



UNIVERSITATEA DE STAT
"ALECU RUSSO"
DIN BĂLȚI



UNIVERSITATEA
LIBERĂ INTERNAȚIONALĂ
DIN Moldova



UNIVERSITATEA
"PETRE ANDREI"
DIN IAȘI

SILVIA BRICEAG
(coordonator)

**Asistența psihologică la etapa
contemporană: realități și perspective**

**Psychological assistance in the contemporary
stage: realities and perspectives**

*Materialele Conferinței Științifice cu participare
Internațională*

25-26 October 2024

BĂLȚI 2024

CZU 37:159.9 (082)

A 86

Coordonator: *Silvia BRICEAG*, conf. univ., dr. în psihologie

Aprobată și recomandată pentru editare de către Consiliul Facultății de Științe ale Educației, Psihologie și Arte, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți.

Lucrarea încorporează materialele Conferinței Științifice cu participare internațională „**Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective. Ediția a V-a.**

Sperăm că achizițiile științifice prezentate în acest volum să fie utile atât pentru specialiștii din domeniile: psihologie, educație, medicină, asistență socială, cât și pentru publicul larg interesat de asistența psihologică la etapa contemporană.

Organizatori / Organizer: Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Arte, Catedra de psihologie

Parteneri / Partners: Facultatea de Științe Sociale și ale Educației, Universitatea Liberă Internațională din Moldova
Facultatea de Psihologie, Științe ale Educației și Asistență socială, Universitatea „Petre Andrei”, Iași, România

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții din Republica Moldova

Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective", conferință științifică internațională (5; 2024 ; Bălți). Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective = Psychological assistance in the contemporary stage: realities and perspectives : Materialele Conferinței Științifice cu participare internațională, [ediția a 5-a], 25-26 October 2024 / coordonator: Silvia Briceag . – Bălți : [US], 2024. – 337 p. : fig. color, tab. – Cerințe de sistem: PDF Reader.

Antetit.: Min. Educației și Cercetării al Rep. Moldova, Univ. de Stat „Alec Russo” din Bălți [et al.]. – Rez.: lb. engl. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art.

ISBN 978-9975-50-344-0(PDF).

Autorii își asumă răspunderea pentru conținutul și aspectul lucrărilor

© Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, 2024

ISBN 978-9975-50-344-0(PDF)

Comitetul științific

Președinte:

Natalia GAȘITOI, conferențiară universitară, doctor, Rectorul Universității de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova

Membri :

Valentina PRIȚCAN, conferențiară universitară, doctor, Prorector pentru activitatea științifică și relații internaționale, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova.

Silvia BRICEAG, conferențiară universitară, doctor, șefa Catedrei de Psihologie, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova

Cristina Maria STOICA, profesor universitar, doctor, Universitatea „Petre Andrei”, Iași, România.

Mihai ȘLEAHTIȚHI, profesor universitar, doctor habilitat, Universitatea de Stat din Moldova

Oxana PALADI, profesor universitar, doctor habilitat, Universitatea de Stat din Moldova

Iulia RACU, profesor universitar, doctor habilitat, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Moldova.

Svetlana RUSNAC, conferențiară universitară, doctor, Decanul Facultății de Psihologie, Științe ale Educației și Asistență socială. Universitatea Liberă Internațională din Moldova.

Viorel ROBU, lector universitar, doctor, Universitatea „Vasile Alexandri” din Bacău, România.

Narcisa Gianina CARANFIL, lectoră universitară, doctor, Universitatea „Petre Andrei” din Iași, România.

Magda TUFEANU, lectoră universitară, doctor, Universitatea Tehnică „Gh. Asachi” din Iași, România.

Comitetul organizatoric

Președinte :

Silvia BRICEAG, conferențiară universitară, doctor, șefa Catedrei de Psihologie, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova

Membri :

Luminița SECRIERU, conferențiară universitară, doctor, responsabilă pentru activitatea științifică la Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Arte, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova.

Daniela CAZACU, conferențiară universitară, doctor, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova

Monica Lusiana MIHĂILĂ, lectoră universitară, doctor, Universitatea „Petre Andrei”, Iași, România.

Maria CORCEVOI, lectoră universitară, doctor, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova.

Vasile GARBUZ, asistent universitar, master în psihologie, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova.

Lilia NACAI, asistentă universitară, master în psihologie, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova.

Svetlana HARAZ, lectoră universitară, doctor, Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Cuprins

COMUNICĂRI ÎN PLEN	6
Mihail ȘLEAHTIȚHI. Liderul autentic: profiluri și interpretări.....	6
Iulia RACU, Elena SOROCHIN. Starea de bine la adulți: particularități și perspective de optimizare.....	13
Sergiu SANDULEAC. Premise neurobiologice, posibilități și legi neuropsihologice, convergențe pedagogice modelatoare în dezvoltarea și eficientizarea gândirii științifice.....	17
Secțiunea I	26
Jana RACU, Eleonora BABII. Особенности самооценки и самоконтроля современного подростка.....	26
Cristina Maria STOICA, Marta Iulina VICOL. Supramotivarea indusă școlărilor mici de către părinți și declanșarea conflictului intern.....	32
Iulia RACU, Eujenia DRUȚĂ. Starea de bine la adolescenți: dimensiuni definitorii.....	43
Mircea Tudor MAIORESCU, Aurelia GLAVAN. Educația pentru sănătate - cheia succesului în prevenirea bolilor netransmisibile la tineri.....	46
Svetlana RUSNAC. Dileme etice în educația și exercitarea profesiei de psiholog clinician în Republica Moldova.....	50
Silvia BRICEAG, Alexandra HRITCU. Strategii de recuperare psihologică în perioada postpartum.....	58
Daniela CAZACU. Rolul atașamentului în contextul familiei moderne.....	69
Angela BEJAN. Dezvoltarea stării de bine a copiilor de vârstă preșcolară.....	74
Светлана РУЧАК, Эмилия БРАТУНОВА. Кризисное состояние: влияние на благополучие и смысложизненные ориентации.....	78
Luminița SECRIERU, Lilia NACAI. Diminuarea anxietății prin sporirea imaginii de sine la copii în situație de risc.....	85
Adrian-Gheorghe STANDAVID. Relația educator-educabili în secolul XXI.....	96
Rodica GHIMPU. Rolul esențial al cabinetelor de asistență psihopedagogică.....	99
Diana CECAN. Organizarea activității psihologului clinician în facilitarea adaptării psihosociale a persoanelor dializate.....	103
Dănuț SIMION. Monogamia astăzi: perspective și provocări.....	105
Lilia NACAI. Dezvoltarea comunicării nonviolente la cadrele didactice.....	110
Tatiana ROȘCA. Doliul la copii. Particularități psihologice.....	118
Olga STAVSCHI. Impactul comunicării interpersonale eficiente asupra dezvoltării personale în educația medicală continuă.....	126
Valentina CUCEREAVÎI. Gestionarea emoțiilor la cadrele didactice din domeniul instruirii adulților.....	131
Secțiunea II	135
Igor RACU. Dezvoltarea conștiinței de sine la vârsta adolescentă.....	135
Жанна РАКУ. Особенности самооценки и самоконтроля современного подростка.....	141
Silvia BRICEAG, Maria RUSU. Ascultarea activă – abilitate fundamentală care aduce succesul în procesul de mediere.....	147
Elena LOSÎI. Adolescenții în era digitală.....	154
Svetlana RUSNAC, Galina DABIJA. Aspirații profesionale și adaptare academică în rândul elevilor de colegiu.....	159
Silvia BRICEAG, Ștefan HRITCU. Profilul psihologic al persoanelor infectate cu HIV/SIDA.....	168
Luminița SECRIERU, Ina DANILCIUC. Specificul intervenției psihologice în criza dată de violența împotriva femeii.....	175
Maria CORCEVOI. Consilierea psihologică în gestionarea emoțiilor în fața incertitudinii.....	180
Oleg ABABII, Elena GRACHILA-GHERAS. Eficientizarea recuperării copiilor cu dificultăți severe de învățare în baza modelării manageriale, formării cadrelor și rezilienței psihologice.....	189
Tatiana ROȘCA, Maria GOLBAN. Cancerul mamar: repercusuni fizice și psihologice.....	195
Tatiana ROȘCA. Dismorfofobia. Aspecte psihopatologice.....	205
Dorina PUTINĂ, Olga CREȚU. Feedback-ul constructiv - ca factor de stimulare a motivației pentru succes în învățarea chimiei.....	213
Элеонора БАБИЙ, Жанна РАКУ. Особенности эмоциональной сферы родителей, воспитывавших детей с расстройством аутистического спектра (РАС).....	217
Iulia RACU, Elena SOROCHIN. Starea de bine la adulți: particularități și perspective de optimizare.....	220
Диана РОЩУПКИНА. Социальная идентичность и субъективное благополучие студентов.....	224
Mirela-Claudia MOMANU. Impactul motivației extrinseci asupra procesului de implicare academică a studenților.....	230
Rodica BALAN, Iulia RACU. Tulburările de comportament alimentar: delimitări conceptuale și modalități de intervenții psihoterapeutice.....	234
Pavel SERAFIMCIUC, Ludmila ANȚIBOR. Рефлексия-важная составляющая конфликтной компетентности.....	239
Viorica ȚÎLEA. Strategii de dezvoltare a atenției la școlarii mici.....	243
Maria CORCEVOI. Relația dintre anxietate și reușita academică în mediul universitar.....	247

Vasile GARBUZ. Intervențiile psihologice pentru prevenirea și remedierea dificultăților școlare.....	252
Secțiunea III.....	257
Florin Marius VOICU, Jana RACU. Abordări teoretico-experimentale privind îmbunătățirea sensului vieții la persoanele de vârstă a treia.....	257
Tatiana NOSOVA. Hipoterapia virtuală: evoluții, rezultate și perspective	261
Iulia IURCHEVICI. Relația dintre stima de sine și agresivitate la adolescenți	266
Iulia RACU, Olesia FRUNZE. Optimizarea stării de bine a tinerilor prin formarea experiențelor pozitive	272
Luminița SECRIERU, Alina BÎRSAN. Autocontrolul și instabilitatea emoțională la preadolescenți.....	275
Pavel SERAFIMCIUC. Игровые методы в коррекции подростков склонных к девиантному поведению 281	281
Beatrice-Maria STANDAVID. Formarea reprezentărilor în dezvoltarea limbajului, la vârsta preșcolară	287
Tatiana ROȘCA, Camelia DEPUTOVICI. Trauma maternă și lumea interioară a copilului.....	290
Svetlana DANILENCO, Maria GURCOVA. Features of socialization, adaptation in the school environment of children with special educational needs (autistic spectrum disorder).....	301
Letiția ANCULETE. Metode de intervenție psihologică pentru dezvoltarea comportamentelor de „help-seeking” la femeile victime ale violenței.....	305
Violeta Nicoleta SIMION. Inteligența emoțională: modele teoretice.....	308
Vasile GARBUZ. Perspectiva psihologică asupra bullying-ului în instituțiile de educație timpurie: cauze, manifestări și soluții	312
Bogdan-Cristian VOICU. Particularități ale calității vieții și stării de bine psihologice ale persoanelor cu comportament adictiv	317
Nadejda USATÎ. Corelări sociale și psihologice ale deciziilor de sarcină la adolescente	322
Miruna- Elena MOANȚĂ. Particularități psihologice ale personalității cu comportament adictiv	325
Emil-Sorin BLOJ. Integrarea în învățământul de masă a copiilor cu CES.....	329
Mărioara ARDELEAN. Dezvoltarea psihosocială la adolescenții victime ale bullying-ului	332
Ecaterina BALAN, Iulia IURCHEVICI, Veacesav CEBOTARI, Ina MORARU. Evaluarea atitudinilor față de boală la pacienții cu sclerodermie sistemică. Abilități motivaționale de incluziune egală în câmpul muncii a persoanelor defavorizate.....	336
Елена АНДРЕЕВСКАЯ. Факторы буллинга в подростковом возрасте	344
Cristina VLAICU. Singuratatea persoanelor vârstnice în societatea românească contemporană.....	347
Татьяна АФАНАСИУ. Характерные черты поколений X, Y и Z. Как найти общий язык.....	351
Rodica UNGUREANU, Ina BIDEAC, Elena PRUNICI, Marina GUMENIUC, Iurie UNGUREANU. Crearea compozițiilor artistico-plastice de către copii în contextul dezvoltării abilităților perceptive individuale. Stilizarea portretului: „Chipul mamei”	356
Oleg ABABII, Elena GRACHILA-GHERAS. Eficientizarea recuperării copiilor cu dificultăți severe de învățare în baza modelării manageriale, formării cadrelor și rezilienței psihologice	364
Elena PRUNICI, Iurie UNGUREANU. Aspecte psihopedagogice ale formării competenței de a învăța să înveți în procesul educațional la biologie	371

COMUNICĂRI ÎN PLEN

CZU 316.61

LIDERUL AUTENTIC: PROFILURI ȘI INTERPRETĂRI

Mihail ȘLEAHTIȚCHI, profesor universitar, doctor habilitat,
Universitatea de Stat din Moldova

Abstract. *In specialized literature, both domestically and internationally, a special place is reserved for the issue of defining the characteristics of an authentic leader. Following investigations, specialists have managed to identify several clarifying profiles. This study briefly presents and interprets four of the most significant profiles: charismatic authority-centered profile, personality traits-centered profile, situational intervention-centered profile, transactional intervention-centered profile.*

Keywords: *authentic leader, charismatic authority-centered profile, personality traits-centered profile, situational intervention-centered profile, transactional intervention-centered profile.*

În literatura de specialitate – apărută la noi, dar și în străinătate - , un loc aparte îi este rezervat problemei legate de stabilirea caracteristicilor definitorii ale liderului autentic. În urma investigațiilor efectuate, respectivele categorii de specialiști au reușit să identifice mai multe profiluri clarificatoare. În cele ce urmează, ne vom opri, pe scurt, la cele mai semnificative dintre ele.

Profilul centrat pe teza de autoritate charismatică

Nu poți să te consideri lider autentic, atenționează susținătorii acestui profil, dacă ești în incapacitatea de a demonstra, zi de zi, că ești charismatic. Or, a fi charismatic, spun ei, indicând originea grecească a termenului, înseamnă să ai o deschidere specială spre Dumnezeu, să fii dotat cu farmec personal, să înfățișezi, prin excelență, „un personaj sacru care poate să ajungă în adâncul sufletelor chinuite ale celor cu care vine în contact și cărora intenționează să le acorde ajutor”.

În limbajul comun, vom reaminti, **charisma** este calitatea, **însușirea cuiva de a stârni admirație**. În psihosociologie charisma desemnează, cel mai adesea, capacitatea unui lider de a **atrage susținători prin calitățile sale unice**. Acestea pot include puteri magice, eroism, sau alte calități umane cu efecte asemănătoare. Cuvântul "charis" (=dar/har divin) a fost utilizat în mitologia greacă veche pentru a desemna **capacitatea de a atrage atenția**. Potrivit lui M.Weber, „carisma este calitatea unei persoane, **recunoscută ca extraordinară**, datorită căreia ea este apreciată ca **dotată cu puteri supranaturale, supraomenești sau cel puțin specifice și proprietăți care nu sunt disponibile altora**".

Conform profilului centrat pe teza de autoritate charismatică, indivizii care au în stăpânire grații speciale trebuie și pot să devină lideri autentici, deoarece ei și numai ei au abilitatea de a crea imaginea de ansamblu a „stării ideale pe care colectivitatea este dator să o atingă în viitor”, precum și „abilitatea de a le insufla membrilor aceste colectivități dorința și responsabilitatea autodezvoltării” [1, pp. 71-72]. Mai mult, având calități ieșite din comun, indivizii charismatici sporesc semnificativ valoarea rezultatelor care urmează să fie obținute de către colectivitate, motivându-i pe membrii acesteia să treacă peste interesele imediate și să se implice, cu desăvârșire, în realizarea misiunii generale [2]. În plus, discursul indivizilor care au charismă consună în cea mai mare măsură cu „imaginarul social și cu dorințele concentrate în ethosul colectiv”. În jurul persoanei lor, de cele mai multe ori, se creează un fel de comunitate de fidelitate și speranță care scapă controlului ierarhiei. Fiecare, în acest caz, se poate declara discipol, partizan sau tovarăș, fără a avea impresia că decade sau se diminuează [3, p.385].

Esențialmente, spun specialiștii, comportamentul de extracție charismatică **3 factori primi**:

- **prezența** – liderul trebuie să fie **100% conectat** la persoana sau la publicul pe care o/îl are în față/ cu care conlucrează;

- **putere** – liderul trebuie să fie perceput/-ă ca fiind **capabil să influențeze** lumea din jurul său;
- **căldura** – oamenii trebuie să simtă mereu că liderului **îi pasă de ei** și că îl/o preocupă constant binele lor.

Totodată, ingredientele comportamentului avut în vedere se prezintă în felul următor:

- simțul umorului;

- extrovertism;
- optimism;
- rapiditate reacțională;
- capacitatea de a asculta cu atenție și de o manieră activă;
- elocință (=darul de a expune frumos și convingător ideile, opiniile, argumentele);
- încredere deplină în forțele proprii;
- pozitivism (= zâmbet neprefăcut, cuvinte cu încărcătură optimistă, posturi deschise și abordabile etc.);
- responsivitate (= receptivitate, reactivitate);
- empatie;
- asertivitate;
- asumare irevocabilă de responsabilitate;
- gândire strategică pe termen lung;
- generozitate (totală non-aviditate, totală non-avaricie);
- pasionalitate;
- autenticitate (= deplina capacitate de a fi „tu însuși”);
- exterior agreabil/attractiv.

Referindu-ne la profilul centrat pe teza autorității charismatice, vom specifica că în mediile de specialitate există și voci care vin cu critici la adresa acestuia, punându-i la îndoială preceptul de bază: *lider te naști, și nu devii*. După cum observă, spre exemplu, A. Neculau [4, p.100], confirmarea caracterului universal al profilului în cauză ar duce, inevitabil, la recunoașterea faptului că oamenii s-ar împărți în două grupuri antitetice: pe de o parte, în indivizi care, în virtutea unor dispoziții native, vor conduce în orice împrejurare, și, pe de altă parte, în indivizi care, în orice împrejurare, ar demonstra că simt nevoia de a fi conduși. În viziunea altor cercetători – ne referim, cu deosebire, la A.P. Hare [5], S. Slavson [6], G. Thoveron [7] și C. Handy [8] –, cei care devin, în timp, lideri de succes manifestă, zi de zi, calități proprii tuturor oamenilor (intuiție, imaginație, empatie, răbdare, rezistență la frustrări și incertitudini, cumpătate, chibzuință etc.), deosebirea constând doar în intensitatea și frecvența cu care ele se manifestă. Situațiile de criză din istoria omenirii au arătat, de nenumărate ori, că oamenii, indiferent de originea lor socială sau rasială, de locul în care s-au născut sau de religia pe care au împărtășit-o, pot deveni lideri eficienți. Neputând fi neglijat, faptul în cauză, cred toți cei care critică profilul la care ne referim, trebuie să indice necesitatea instituirii unor programe educaționale susceptibile să contribuie la formarea și dezvoltarea aptitudinilor de lider.

În final, încheind analiza raționamentelor care au fost formulate și emise, de-a lungul timpului, în legătură cu profilul centrat pe teza autorității charismatice, vom menționa că acesta nu poate explica în deplinătate cui anume îi este dat să fie lider, acest lucru putând să se producă, mai degrabă, prin mijlocirea unei abordări centrate pe identificarea acelor caracteristici de personalitate, ordinare în fond, care pot face dintr-un muritor de rând un autentic exponent al puterii.

Profilul centrat pe trăsăturile de personalitate

Punând în valoare *way of being* al celor care, în varii perioade, au reușit să obțină statusuri sociale privilegiate, profilul în cauză lasă să se vadă că liderilor autentici le sunt caracteristice *de facto* calitățile unui muritor de rând. Acum, spun specialiștii – cum ar fi, de pildă, I. Radu [9, p.163] sau și M. Zlate [10, p.36] –, în prim plan apar acele trăsături ale individului de serie – ordinare, în fond - care, prin energiile pe care le degajă, sunt în stare să-i asigure acestuia autoritate și supremație în cadrul comunității.

Luând în considerare punctele de vedere conținute în studiile referitoare la acest subiect – ne referim, în mod special, la cele semnate de G. Le Bon [11, pp.76-77, 89-94, 138, 181], C. Byrd [12, pp.183-188], R.M. Stogdill [13], J.S. Guilford, W.S. Zimmerman și J.P. Guilford [14], W.H. Newmann [15], M. Zaleska [16], D. Volkogonov [17], F.C. Mann [18], R.A. Baron, N.R. Branscombe și D.R. Byrne [19], E. Lewis [20], D.M. Rossenbloom [21], J. De Launay [22, pp.20-28], S.A. Richardson, A.H. Hastorf și S.M. Dornbusch [23], W. Matthews și C. Westie [24], E.E. Jennings [25, pp.11-14], A. Neculau [26, pp.132-139], T. Cerednicenco [27], O. Weininger [28, pp.57-68], P. Rothman [29, pp.64-72], R.S. Lehrke [30, pp.171-198], C.P. Benbow și J.C. Stanley [31, pp.1262-1264], M. Vlăsceanu [32, pp. 46-69], S. Chirică [33, pp. 165-167] I. Radu [34, pp.162-168], M. Zlate [35, pp.36-42] –, ne vedem îndreptățiți să afirmăm că trăsăturile avute în vedere sunt (i) *de natură fizică și constituțională* (liderul trebuie să dispună de un aspect exterior agreabil, să fie sănătos, înalt, dinamic, să nu fie obez sau de vârstă înaintată etc.), (ii) *de natură psihologică* (intelență,

perspicacitate, gândire rațională, aptitudini euristice, intuiție, spirit de inițiativă, caracter, voință puternică, spirit pragmatic, perseverență, ambiție, responsabilitate, extroversiune, încredere în forțele proprii, autocontrol, clarviziune etc.), (iii) *de natură psihosocială* (sociabilitate, spirit de cooperare, spirit organizatoric, empatie, sensibilitate interpersonală, simțul umorului, diplomație, integritate etc.), (iiii) *de natură socială* (popularitate, prestigiu, autoritate, statut social avansat etc.). În plus, liderului autentic trebuie să-i corespundă, în mod necesar, și o serie de *trăsături specifice*: competență pentru leadership (competență profesională), fluentă verbală, elocință, aptitudini de comunicare para-verbală și non-verbală, putere de influențare.

Interesându-ne de profilul centrat pe trăsăturile de personalitate, este cazul să specificăm că acesta, deși intervine cu o serie de contribuții epistemologice semnificative (întărind, spre exemplu, credința că „atâta vreme cât conducerea este executată de un individ anume, este imposibil ca ea să nu depindă de trăsăturile de personalitate a acelui individ” sau prefigurând schimbări de ordin metodologic pe dimensiunea cercetării trăsăturilor de personalitate), nu poate, în fond, să constituie expresia unei formule interpretative atotcuprinzătoare. Operând cu imprevizibilitatea contextului social, care nu o dată a răsturnat așteptările grupului, demonstrându-i, prin cazuri concrete, că pentru a fi lider nu este imperios necesar să posezi inteligență, sociabilitate, fluentă verbală, empatie sau/și diplomație, numeroși cercetători constată că, în esență, nici un ansamblu de caracteristici individuale nu poate substitui bazele leadership-ului. Astfel, G. Le Bon [36, p. 78], cu toate că optează pentru o listă impunătoare de calități pe care trebuie să le posede liderii, ține totuși să accentueze că aceștia, de foarte multe ori, se recrotează dintre nevrotici, anxioși, semi-alienații aflați în pragul nebuniei. Ar carefi absurd să credem - menționează, cu același prilej, și J.A.C. Brown [37, pp. 219-235] - că un lider ar trebui să fie echilibrat, să posede un simț al umorului sau al dreptății. Mulți dintre cei mai cunoscuți conducători din istorie au fost nebuni, epileptici, lipsiți de bun simț, nedrepti și autoritari. Nici Hearst, nici Ford, nici Hitler și nici Morgan, afirmă cunoscutul om de știință englez, nu au fost modele de virtute și nici măcar de normalitate psihologică: Hearst și Ford au avut nevroze obsesionale, iar Hitler a fost paranoic.

Profilul centrat pe teza de intervenție situațională

Recurgînd la o analiză minuțioasă a surselor de specialitate, putem observa că o bună parte din cercetătorii anorați în problematica identificării caracteristicilor definitorii ale liderului autentic – ne referim, cu precădere, la E.E. Jennings [38, pp.15-17], E.S. Bogardus [39, pp.78-79], A.C. Filley și R.J. House [40, pp.408-410], C.A. Gibb [41, pp.273-275], E.P. Hollander și J.W. Julian [42, pp.388-390], F.E. Fiedler [43], M. Argyle și B. Little [44], R.M. Stogdill [45], D. Cartwright și A. Zander [46], A. Neculau [47, pp.106-113, 165-174], I. Radu [48, pp.168-169] și M. Zlate [49, pp.82-85] – își pun următoarea întrebare: dacă profilul centrat pe teza de autoritate charismatică și cel centrat pe trăsăturile de personalitate nu explică în deplinătate cui îi este dat să fie lider autentic, atunci care este profilul care poate aduce claritatea necesară? De cele mai multe ori, răspunsul se prezintă în felul următor: trebuie luat în calcul ceea ce se află *în afara persoanei* (aflate sau dornice să se afle la putere), *dincolo de ea, în jurul ei*. În felul acesta, ia naștere o nouă platformă interpretativă, o platformă care, deosebindu-se semnificativ de platformele emise anterior, pune în valoare *situația*, adică „totalitatea împrejurărilor care determină la un moment dat condițiile existenței unei ființe, a unei colectivități, a unei activități”.

Analizele cercetătorilor la care facem trimitere conservă, sub o formă sau alta, ideea conform căreia mulțimile au nevoie nu atât de lideri cu anumite însușiri – fizice, psihice, caracterologice sau de altă natură –, cât de lideri pregătiți să înfrunte tot felul de întâmplări și evenimente. Așa cum arată F. Fiedler, spre exemplu, unul din cei mai importanți exponenți ai acestui punct de vedere, enigma conducerii nu poate fi tranșată decât prin abordarea detaliată a circumstanțelor în care se află și acționează liderul. Măsura în care aceste circumstanțe acordă liderului puterea de control și influență este și măsura în care el poate fi eficient. În consecință, semnaleză cunoscutul psihosociolog american, trebuie să se vorbească nu atât despre lideri buni sau răi, puternici sau slabi, deștepți sau mai puțin deștepți, dinamici sau statici, sociabili sau nesociabili, competenți sau incompetenți, cât despre lideri care fac sau nu fac față misiunii pe care o au într-o anumită situație socială.

Întrucât viața de zi cu zi le oferă indivizilor o mare diversitate de situații, mai mulți autori tind să se clarifice cu natura acestei diversități, cu elementele care o compun. R.M. Stogdill [50], bunăoară, o reduce la calitățile individuale ale subiecților, la obiectivele și specificul activităților grupale. A. Filley

și R. House [51], la rândul lor, cred că ea trebuie să semnifice: (a) natura societății în care activează grupul; (b) profilul profesional al grupului; (c) climatul psihologic din cadrul grupului; (d) mărimea grupului; (e) gradul de cooperare grupală; (f) aspirațiile socioculturale ale membrilor grupului; (g) particularitățile individuale ale membrilor grupului și (h) cerințele grupului față de lider. După alți autori -cum ar fi, de exemplu, C.A. Gibb, E.P. Hollander și J.W. Julian [52] -, diversitatea avută în vedere se mai poate reduce la: (i) dinamica interacțiunilor de grup; (j) resursele intelectuale ale grupului; (k) istoricul grupului; (l) condițiile fizice cu care se confruntă grupul și (m) gradul de complexitate a obiectivelor grupale. Având la îndemână date de acest fel, putem afirma că îi este sortit să devină lider autentic acel membru al grupului care se poate ralia, de o manieră operativă, multiplelor așteptări ale grupului, precum și obiectivelor generale și particulare pe care acesta le urmărește.

În mod evident, referindu-ne la profilul centrat pe teza de intervenție situațională, nu putem să facem abstracție de acele luări de atitudine care intră în contradicție cu ceea ce afirmă promotorii acestuia, de aceea ce-au afirmat, pe parcurs, E.E. Jennings sau E.S. Bogardus, A.C. Filley sau R.J. House, F.E. Fiedler sau A. Neculau, R.M. Stogdill sau E.P. Hollander. Cu această ocazie, este important să-i pomenim, în mod special, pe acei specialiști care, ironizând pe seama profilului în cauză, arată că, de fapt, în fruntea grupului ar trebui să se regăsească nu atât *un singur lider*, cât, mai degrabă, *o multitudine de lideri*, aceștia din urmă manifestându-se pe potrivă caracteristicilor specifice ale unui larg spectru de împrejurări și evenimente. Nemaifiind o construcție unitară, actul conducerii, într-un asemenea context, ar constitui expresia concentrată a unui șir infinit de roluri alternative. Drept consecință, după cum concluzionează, de exemplu, A. Gouldner[53] -, profilul situațional se arată a fi cu totul inefficient atunci când „trebuie explicat de ce în practica de toate zilele se înregistrează deosebiri substanțiale între persoanele care devin lideri în situații similare sau de ce liderii nu se schimbă în funcție de fiecare situație nou apărută”.

În intenția de a oferi un model de abordare echilibrată a profilului centrat pe teza de intervenție situațională, A.Neculau [54, pp.110-111] avansează ideea potrivit căreia „situația” este importantă, dar nu și exclusivă în ceea ce ține de identificarea parametrilor definitorii ai liderului autentic. În opinia distinsului psihosociolog român, acest fapt derivă din lipsa unei tipologii argumentate cu privire la situațiile în care indivizii ar putea să se comporte standard și, de asemenea, din imposibilitatea profilării unor „tipuri” de personalitate care să satisfacă cerințele unui număr cât mai mare de situații. Dacă descoperirea liderilor veritabili, spune A. Neculau, ar depinde numai de trăsăturile de personalitate sau numai de situații, probabil că acest proces nu ar pune prea multe probleme; în practică, însă, lucrurile capătă o turnură cu mult mai complicată, aceasta presupunând o intercalație între lideri (buni, răi, inteligenți, activi, pasivi etc), situații (natura activităților, strategii desfășurate în vederea soluționării diverselor chestiuni grupale etc.) și natura grupurilor (scopul, calitatea membrilor etc).

Profilul centrat pe teza de intervenție tranzacțională

Examinând cu atenție mai multe surse de specialitate, putem constata că neclaritățile și îndoielile legate de profilul centrat pe teza de abordare situațională fac să sporească interesul pentru o altă pistă explicativă - profilul centrat pe teza de intervenție tranzacțională a leadership-ului. Numeroși psihologi și psihosociologi, sociologi și politologi, economiști și antropologi – printre care, în mod deosebit, E.P. Hollander [55, pp.501- 505], A. Ashour [56], J.M. Burns [57], B.M. Bass [58], E. Steers [59], B. Wilpert [60], S. Chirică [61, pp.199-201], I. Radu [62] și M. Zlate [63, pp.76-78] – afirmă că liderul autentic se impune prin capacitatea de a proiecta și realiza neconștient tot felul de tranzacții cu ceilalți membri ai grupului. În fond, spun ei, leadership-ul nu este altceva decât un *proces de schimb social*: nimerind într-o situație concretă (care are un istoric, o structură, un conținut și un potențial), liderul se vede nevoit să conlucreze (prin a ceda și a obține, prin a primi și a oferi) utilizând, din plin, competențele și caracteristicilor de personalitate cu care este dotat. Doar dacă știm cum liderul se impune grupului, iar grupul îl modelează pe lider, cum liderul stăpânește situația, iar situația îl influențează pe lider, putem vorbi despre autenticitatea sau non-autenticitatea acestuia din urmă. Drept consecință, conștient specialiștii la care facem trimitere, orice studiu consacrat leadership-ului trebuie centrat pe conceptul de „loc al conducerii”, acesta caracterizând spațiul de interacțiune a trei variabile: lideri, subordonați, situații

Ținând cont de cele menționate în rândurile de mai sus, ne vedem îndreptățiți să constatăm că profilul centrat pe teza de intervenție tranzacțională se distanțează semnificativ de profilurile prezentate anterior, văzând în liderul autentic o persoană responsabilă care se poate înscrie organic atât în cerințele și așteptările grupului, cât și în natura situațiilor prin care acesta se vede silit să treacă. *Stricto sensu*, dacă e să ne conformăm profilului avut în vedere, lider poate deveni acel membru al grupului care poate „da” ceva (imagini, opinii, atitudini, motive, norme de conduită etc.) și „lua” ceva în schimb (idei, convingeri, competențe, etc.), atrăgându-i pe cei din jur prin cunoașterea și explorarea, la maximum, a intereselor și expectanțelor lor. De această dată, liderul este cel care nu va ezita nicio dată să le spună acestora din urmă următoarele : „Vă voi avea în vedere, dacă și voi mă veți avea în vedere”.

În fond, potrivit profilului centrat pe teza de intervenție tranzacțională, lider adevărat se poate chema acel membru al grupului care îi poate incita la activitate pe cei din jurul său prin *recompense contingente și management prin excepție*. Raportându-se în mod direct, precum opinează B. Wilpert [64], la „trebuințele subordonaților legate de substanța performanțelor contractate cu persoana aflată în poziția de lider”, *recompensele contingente* au la bază nu doar schimburi sociale active între cel ce conduce și cei ce sunt conduși, ci și „acte de tranzacționare cu referire la greșelile comise (comune sau unilaterale), acte care sunt chemate, de fapt, să amâne, pentru un anumit timp, orice tip de intervenție sau decizie”. *Managementul prin excepție*, la rândul său, cere de la lider să urmărească continuu productivitatea subordonaților, „pentru a anticipa erorile și a introduce, dacă este nevoie, diverse acțiuni corective”. Operând cu această varietate de management, liderul trebuie să caute și să găsească orice abatere de la „regulile de joc” care au fost anunțate, dinainte, coechipierilor săi.

Știind că sunt și cercetători care pun la îndoială importanța profilului centrat pe teza de intervenție tranzacțională și, respectiv, importanța recompenselor contingente și a managementului prin excepție – cum ar fi, spre exemplu, cazul lui J.M. Howel și B.J. Avolio [65] –, nu vom ezita să remarcăm că în lipsa acestor două mecanisme ar fi extrem de greu – sau chiar imposibil – ca cineva să poată deveni un lider de succes. Or, leadership-ul bazat pe recompense contingente și management prin excepție determină membrii grupului să tindă în mod consecvent spre atingerea nivelului negociat de performanță: atât timp cât liderii, pe de o parte, și cei care li se subordonează, pe de altă parte, sunt în stare să găsească schimbul mutual satisfăcător, exact atât timp „trăiește” și șansa atingerii performanțelor planificate.

Intervenind, cu un **scurt rezumat**, găsim de cuviință să menționăm că analizele pe care le-am efectuat și rezultatele pe care le-am înregistrat atestă prezența unei evoluții incontestabile de la profilurile axate exclusiv pe interpretarea dimensiunilor de bază ale leadership-ului spre profilurile centrate pe studiul interacțiunii dintre însușirile de personalitate ale liderului și tipul sau cerințele situației de conducere. De asemenea, găsim de cuviință să remarcăm că, indiferent de modul în care sunt stabilite caracteristicile definitorii ale liderului, ale situației sau ale grupului, toate aceste profiluri au în comun *ideea de contingență*, o idee care accentuează, după cum spun specialiștii, „relația dintre persoană și situație, dintre trăsăturile și comportamentele liderului și particularitățile situației și care, mai mult, asigură potrivirea dintre comportamentele liderului și particularitățile situației”.

Repere bibliografice:

1. **WILPERT, B.** *Organizational behavior*. În: *Annual Review of Psychology*, 1995, no.46, pp. 59-90.
2. **KOH, W. L., STEERS, R. M., TERBORG, J. R.** *The effects of transformational leadership on teacher attitudes and student*. În: *Journal of Organizational Behavior*, 1995, vol.16, nr.4, pp. 319-334.
3. **MOSCOVICI, S.** *L'âge des foules: un traité historique de psychologie des masses*. Paris: Fayard, 1981. 503 p.
4. **NECULAU, A.** *Liderii în dinamica grupurilor*. Prefață de acad. V. Pavelcu. București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1977. 214 p.
5. **HARE, A.P.** *Handbooks of small group research*. 2-nd ed. New York: Free Press, 1976. 260 p.
6. **SLAVSON, S.** *Personality qualifications of a group psychotherapist*. În: *International Journal of Group Psychotherapy*, 1962, nr.12, pp. 411-420.
7. **THOVERON, G.** *Comunicarea politică*. București: Antet, 1996. 190 p.
8. **HANDY, C.** *Understanding organizations*. 4th ed. New York: Penguin Books, 1993. 445 p.

9. **RADU, I.** *Aspecte psihologice ale conducerii.* În: I. Radu (coord.), P. Iluț, L. Matei. *Psihologie socială.* Cluj-Napoca: EXE S.R.L.,1994, pp.157-185.
10. **ZLATE, M.** *Leadership și management.* Iași: Polirom, 2004. 233 p.
11. **LE BON, G.** *Incertitudinile prezentului.* Selecție și traducere de D. Moldovanu. Iași: Institutul European,1996. 197 p.
12. **BYRD, C.** *Social Psychology.* New York: Appleton-Century-Grofts,1940. 393 p.
13. **STOGDILL, R.M.** *Handbook of Leadership: A survey of theory and research.* New York: The Free Press, 1974. 613 p.
14. **GUILFORD, J.S., ZIMMERMAN, W.S., GUILFORD, J.P.** *The Guilford – Zimmerman Temperament Survey Handbook.* San Diego, C.A.: Educational and Industrial Testing Service, 1976. 314 p.
15. **NEWMAN, W.H.** *Managers for the year 2000.* New Jersey: Prentice Hall Inc., 1978. 133 p.
16. **ZALESKA, M.** *Les problèmes du leadership.* În: S. Moscovici (dir.). *Introduction à la psychologie sociale.* Vol. 2. Paris: Librairie Larousse,1973, pp. 80-114.
17. **БОЛКОГОЛОВ, Д.** *Ни одного дела юрист Ульянов не выиграл.* În: *Аргументы и факты*, 1994, № 35 (724), с. 8.
18. **MANN, F.C.** *A review of the relationship between personality and performance in small groups.* În: *Psychological Buletin*, 1959, no.56, pp. 31-42.
19. **BARON, R. A., BRANSCOMBE, N.R., BYRNE, D. R.** *Social Psychology.* 12 th ed.Upper Saddle River. NJ: Pearson/Allyn & Bacon, 2008. 576 p.
20. **LEWIS, E.** *Public Entrepreneurship: Toward a Theory of Bureaucratic Political Power.* Bloomington: Indiana University Press, 1984. 274 p.
21. **ROSSENBLUM, D.M.** *Public Administration. Understanding Management, Politics and Law in the Public Sector.* New York: Random House, 1986. 387 p.
22. **DE LAUNAY, J.** *Psihologie și sexualitate la marii contemporani.* București: Venus,1993.381p.
23. **RICHARDSON, S.A., HASTORF, A.H., DORNBUSCH, S.M.** *Effects of physical disability on a child's description of himself.* În: *Child*, 1964, no. 35, pp. 893-907.
24. **MATTHEWS, W., WESTIE, C.** *A preferred method for obtaining rankings: reactions to physical handicaps.* În: *American Sociological Review*, 1966, no. 31, pp. 47-63.
25. **JENNINGS, E.E.** *Anatomy of Leadership. Princesses, Heroes and Supermen.* New York: Harper, 1960. 256 p.
26. **NECULAU, A.** *Liderii în dinamica grupurilor.* Prefață de acad. V. Pavelcu. București: Editura Științifică și Enciclopedică,1977. 214 p.
27. **ЧЕРЕДНИЧЕНКО, Т.В.** *О роли имиджа в истории.* În: *Социологические исследования*, 1993, № 9, с. 93-98.
28. **WEININGER, O.** *Sex și caracter.* Traducere din germană de M. Niculcea, Ș. Căpățână, M. Dumitrescu. București: Editura Anastasia, 2002. 594 p.
29. **ROTHMAN, P.** *Genius, gender and culture: Women mathe maticians of the nineteenth century.* În: *Interdisciplinary Science Review*, 1988, vol.13, no.1, pp. 64-72.
30. **LEHRKE, R.S.** *Sex linkage: A biological basis for greater male variability in intelligence.* În: R.T. Osborne, C.E.Noble, N.Weyl (eds.). *Human variation: The biopsychology of age, race and sex.* New York: Academic Press, 1978, pp. 171-198.
31. **BENBOW, C.P., STANLEY, J.C.** *Sex differences in mathematical ability: fact or artefact ?* În: *Science*, 1980, vol. 210, no. 4475, pp.1262-1264.
32. **VLĂSCEANU, M.** *Psihosociologia organizațiilor și conducerii.* București: Paideia, 1993. 370 p.
33. **CHIRICĂ, S.** *Psihologie organizațională. Modele de diagnoză și intervenție.* Cluj-Napoca: Casa de Editură și Consultanță „Studiul Organizării”,1996. 382p.
34. **RADU, I.** *Aspecte psihologice ale conducerii.* În: I. Radu (coord.), P. Iluț, L. Matei. *Psihologie socială.* Cluj-Napoca: EXE S.R.L.,1994, pp.157-185.
35. **ZLATE, M.** *Tratat de psihologie organizațional-managerială.* Volumul al II-lea. Iași: Polirom, 2007. 673 p.
36. **LE BON, G.** *Psihologia maselor.* Traducere, cuvânt înainte și note de dr. L. Gavrilu. București: Editura Științifică,1991. 141 p.
37. **BROWN, J.A.C.** *The Social Psychology of Industry.* New York: Penguin Books, 1967. 310 p.
38. **JENNINGS, E.E.** *Anatomy of Leadership. Princesses, Heroes and Supermen.* New York: Harper, 1960. 256 p.

39. **BOGARDUS, E.S.** *Commandement et situation sociales*. În: C.G. Browne, T.S. Cohn (eds.). *Chefs et meneurs. Psychologie sociale de l'autorité et de la direction*. Paris: P.U.F., 1963, pp. 75-104.
40. **FILLEY, A.C., HOUSE, R.J.** *Managerial Process and Organizational Behavior*. Illinois: Scott, Foresman and Company, 1969. 499 p.
41. **GIBB, C.A.** *Leadership*. În: G. Lindzey, E. Aronson (eds.). *The handbook of social psychology*, 2nd ed., vol.4. Reading, MA: Addison Wesley, 1969, pp. 205-282.
42. **HOLLANDER, E.P., JULIAN, J.W.** *Contemporary trends in the analysis of leadership processes*. În: *Psychological Bulletin*, 1969, vol. 71, pp. 387-397.
43. **FIEDLER, F.E.** *The Trouble with Leadership Training In that It Doesn't train Leaders*. În: *Psychology Today*, no. 6 (9), 1973, pp. 23-29.
44. **ARGYLE, M., LITTLE, B.R.** *Do personality traits apply to social behaviour?* În: *Journal of Personality and Social Psychology*, no.16 (2), 1972, pp. 352-360.
45. **STOGDILL, R.M.** *Handbook of Leadership: A survey of theory and research*. New York: The Free Press, 1974. 613 p.
46. **CARTWRIGHT, D., ZANDER, A.** *Origins of group dynamics*. În: D. Cartwright, A. Zander (eds.). *Group dynamics: Theory and research*. Third edition. New York: Harper & Row, 1968, pp. 3-21.
47. **NECULAU, A.** *Liderii în dinamica grupurilor*. Prefață de acad. V. Pavelcu. București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1977. 214 p.
48. **RADU, I.** *Aspecte psihologice ale conducerii*. În: I. Radu (coord.), P. Iluț, L. Matei. *Psihologie socială*. Cluj-Napoca: EXE S.R.L., 1994, pp.157-185.
49. **ZLATE, M.** *Tratat de psihologie organizațional-managerială*. Volumul al II-lea. Iași: Polirom, 2007. 673 p.
50. **STOGDILL, R.M.** *Handbook of Leadership: A survey of theory and research*. New York: The Free Press, 1974. 613 p.
51. **FILLEY, A.C., HOUSE, R.J.** *Managerial Process and Organizational Behavior*. Illinois: Scott, Foresman and Company, 1969. 499 p.
52. **GIBB, C.A.** *Leadership*. În: G. Lindzey, E. Aronson (eds.). *The handbook of social psychology*, 2nd ed., vol.4. Reading, MA: Addison Wesley, 1969, pp. 205-282.
53. **GOULDNER, A.** *Situation et groupes: la critique situationiste*. În: C.G. Browne, T.S. Cohn (sous la direction de). *Chefs et meneurs. Psychologie sociale de l'autorité et de la direction*. Paris: P.U.F., 1963, pp.107-122.
54. **NECULAU, A.** *Liderii în dinamica grupurilor*. Prefață de acad. V. Pavelcu. București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1977. 214 p.
55. **HOLLANDER, E.P.** *Leadership dynamics*. New York: The Free Press, 1978. 212 p.
56. **ASHOUR, A.** *The Contingency Model of Leader Effectiveness*. În: *Organizational Behavior and Human Performance*, 1972, vol.9, pp. 339-355.
57. **BURNS, J.M.** *Leadership*. New York: Harper & Row, 1978. 530 p.
58. **BASS, B.M.** *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press, 1985. 256 p.
59. **STEERS, E.** *Introduction to organizational behavior*. Fourth edition. New York: Harper Collins Publishers, 1991. 675 p.
60. **WILPERT, B.** *Organizational behavior*. În: *Annual Review of Psychology*, 1995, no.46, pp. 59-90.
61. **CHIRICĂ, S.** *Psihologie organizațională. Modele de diagnoză și intervenție*. Cluj-Napoca: Casa de Editură și Consultanță „Studiul Organizării”, 1996. 382p.
62. **RADU, I.** *Aspecte psihologice ale conducerii*. În: I. Radu (coord.), P. Iluț, L. Matei. *Psihologie socială*. Cluj-Napoca: EXE S.R.L., 1994, pp.157-185.
63. **ZLATE, M.** *Tratat de psihologie organizațional-managerială*. Volumul al II-lea. Iași: Polirom, 2007. 673 p.
64. **WILPERT, B.** *Organizational behavior*. În: *Annual Review of Psychology*, 1995, no.46, pp. 59-90.
65. **HOWEL, J.M., AVOLIO, B.J.** *Transformational leadership, transactional leadership, locus of control and support for innovation: key predictors of Consolidated – Business – Unit – Performance*. În: *Journal of Applied Psychology*, 1993, vol.6, no.73, pp. 891-902.

STAREA DE BINE LA ADULȚI: PARTICULARITĂȚI ȘI PERSPECTIVE DE OPTIMIZARE

Iulia RACU, profesor universitar, doctor habilitat,
Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău, Moldova,
Elena SOROCHIN, doctoranda,
Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău, Moldova

Abstract. *The article presents the conceptualization of well-being through the three distinct approaches. It also describes the specific of well-being in adults, as a result of constative experiment involving 80 adults. Thus, a small number of adults demonstrate high level of well-being. Adults with a high level of well-being demonstrate high level of life satisfaction and optimism. Concrete personality traits found in adults with high level of well-being include sociability, a calm character and extraversion. Well-being in adults can be developed. The psychotherapy model proposed by M. Fordyce in an example in this regard.*

Keywords: *well-being, personality traits, adults, ways of optimization*

În deceniul în care trăim evidențiem un număr tot mai mare de cercetări cu referire la starea de bine. Interesul sporit pentru această temă reiese din multitudinea de schimbări pe care le traversează societatea contemporană: impactul pandemiei de Covid-19 și restricțiile impuse de aceasta a determinat o criză globală la nivelul bunăstării, ritmul accelerat al vieții, responsabilitățile numeroase, nivelul ridicat de stres afectează starea de sănătate fizică, mentală a individului precum și calitatea vieții acestuia.

Actualmente despre starea de bine se menționează în diferite domenii și aspecte: organizații, domeniul educației și în contextul dezvoltării personale. Cele mai multe studii evidențiază relația dintre starea de bine și sănătate (atât cea fizică cât și cea psihică), starea de bine și performanță / productivitate / satisfacție profesională și starea de bine și calitatea vieții [1, 3, 5, 6, 7].

Studiul literaturii din domeniul psihologiei reflectă că pe parcursul evoluției „starea de bine” a fost abordată din mai multe perspective. Astfel, psihologul american E. Diener pune în evidență următoarele accepțiuni și explicații: *prima abordare* starea de bine (sau fericirea) este o virtute sau o calitate morală esențială (Aristotel) ce este condiționată de împlinirea propriului potențial, în acest sens starea de bine este considerată a fi o stare stabilă și permanentă care este experimentată atunci când individul dă dovadă de acțiuni virtuozitate, comportamente morale și o viață trăită cu sens. Totodată, după M. Seligman starea de bine poate fi conceptualizată dintr-o perspectivă holistică ca un „kit” de calități / trăsături dorite (emoții pozitive, angajament, relații armonioase, etc.) ce favorizează o viață completă și împlinită [3, 5, 6, 7].

O altă abordare a stării de bine este cea oferită de E. Diener, R. Emmons, R. Larsen și S. Griffin în care aceasta este privită ca satisfacție de viață, care de fapt este o reflectare subiectivă (percepția și evaluarea) a diferitor sfere ale propriei vieții (sănătatea, realizările personale și viața profesională). Satisfacția de viață este în legătură cu factorii și circumstanțele exterioare cât și interioare. De asemenea vom menționa că îmbunătățirea satisfacției de viață contribuie și la o calitate a vieții mai înaltă [1, 3, 5, 6, 7].

Și *cea de-a treia perspectivă*, propusă de B. Fredrickson și E. Diener care este considerată a fi una importantă cu referire la starea de bine punctează că aceasta este o predominanță a afectelor pozitive (dragoste, bucurie, entuziasm, speranță, recunoștință) asupra celor negative (anxietate, dezamăgire, furie, tristețe, mânie). Este necesar să menționăm că nu lipsa suferinței și a emoțiilor negative condiționează fericirea ci mai degrabă prezența constantă și puternică a emoțiilor pozitive (a bucuriei și recunoștinței) duc la o viață fericită și împlinită [1, 3, 6].

O definiție integrativă a stării de bine prezintă starea de bine ca un concept multidimensional ce cuprinde următoarele dimensiuni: emoții pozitive, satisfacția de viață, realizarea personală și

profesională, precum și lipsa problemelor mentale. Starea de bine este ilustrată ca o stare în care indivizii se simt sănătoși, împliniți și capabili de a depăși provocările și obstacolele. Vom menționa aici că starea de bine încorporează sănătatea fizică și calitatea relațiilor sociale, acestea fiind aspecte obiective și fericirea și satisfacția, care sunt aspecte subiective.

Pentru a putea evidenția particularitățile stării de bine la adulți am întreprins o cercetare a stării de bine și a interrelațiilor dintre starea de bine și trăsăturile de personalitate la aceștia. În eșantionul de cercetare am inclus un număr de 80 de adulți (41 bărbați și 39 femei). A fost posibil să studiem starea de bine și trăsăturile de personalitate prin aplicarea pe eșantionul de cercetare a următoarelor teste și chestionare: *Chestionarul de evaluare a stării de bine Oxford*, *Scala satisfacției de viață*, *Chestionarul de evaluare a optimismului OPT de M. Albu* și *Inventarul de personalitate Freiburg (forma HB)* [4].

Întâi de toate vom ilustra frecvențele pentru nivelurile stării de bine la adulți (nivelul moderat și nivelul ridicat conform *Chestionarului de evaluare a stării de bine Oxford*) (figura 1).

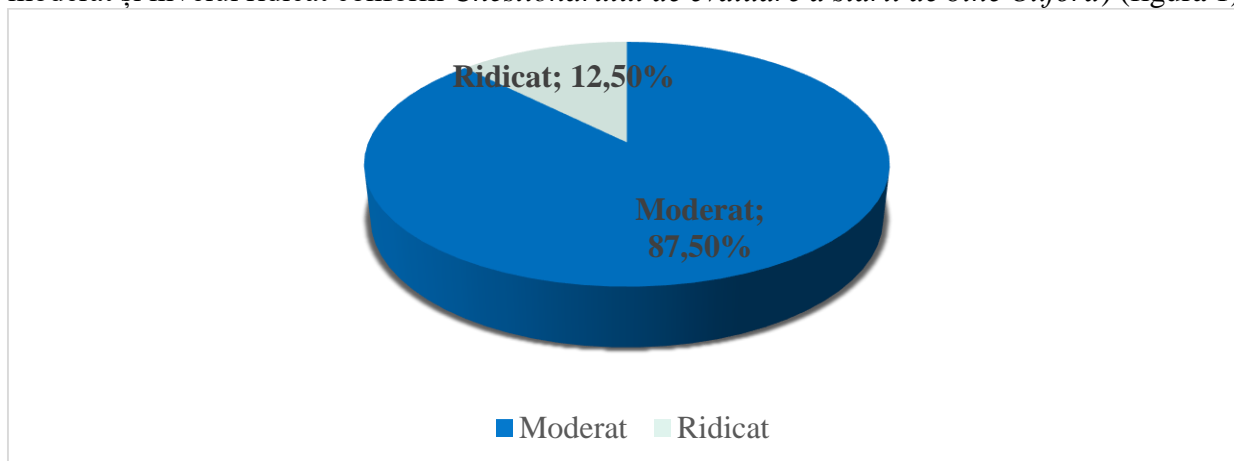


Figura 1. Frecvențele adulților pentru starea de bine

Cei mai mulți adulți din eșantionul de cercetare (87,50%) manifestă nivel moderat al stării de bine. Acești adulți evaluează viața în manieră neutră. Recurent experimentează satisfacție de propria viață și fericire, dar totodată pentru ei sunt particulare stări de suferința și disconfort, care nu ajung să prevaleze [4].

Un număr mic din adulți (12,50%) prezintă nivelul ridicat al stării de bine. Adulții cu nivel ridicat al stării de bine dau dovadă de sentimente și atitudini predominant pozitive, se caracterizează prin relații armonioase și afectuoase cu cei din jur și satisfacție față de viață ridicată. Pentru acești adulți este definitoriu un nivel general de împlinire personală, optimism și bucurie [4]. Pentru a confirma cele menționate am aplicat pe adulți *Scala satisfacției de viață* și *Chestionarul de evaluare a optimismului OPT de M. Albu*. Frecvențele pentru satisfacția de viață la adulți se repartizează conform următoarelor nivele: 33,75% din adulți – nivel scăzut de satisfacție de viață, 42,50% din adulți – nivel moderat de satisfacție de viață și 23,75% din adulți – nivel foarte ridicat de satisfacție de viață. Cu referire la optimism vom prezenta următoarele frecvențe: 12% din adulți – nivel redus de optimism, cu tendință spre pesimism, 73% din adulți nivel moderat de optimism și 15% din adulți – nivel ridicat de optimism.

Interrelațiile dintre starea de bine și satisfacția de viață și starea de bine și optimism au fost evidențiate prin calculul coeficienților de corelație (Pearson) (tabelul 1).

Tabelul 1. Corelațiile dintre starea de bine și satisfacția de viață și starea de bine și optimism după Pearson

Variabile	Coeficientul de corelație	Pragul de semnificații
Starea de bine / satisfacția de viață	$r = 0,3947$	$p \leq 0,01$
Starea de bine / optimism	$r = 0,4732$	$p \leq 0,01$

Conform coeficienților obținuți vom menționa că există o legătură între starea de bine și satisfacția de viață ($r=0,3947$, $p\leq 0,01$) și starea de bine și optimism ($r=0,4732$, $p\leq 0,01$). Influențele între starea de bine și satisfacția de viață și optimism sunt reciproce și complexe. Adulții cu nivel ridicat al stării de bine demonstrează și nivel înalt al satisfacției de viață și a optimismului.

Împreună cu starea de bine, satisfacția de viață și optimism am investigat și trăsăturile de personalitate la adulți (*Inventarul de personalitate Freiburg (forma HB)*). Mediile adulților cu nivel ridicat al stării de bine pentru trăsăturile de personalitate sunt înfățișate în figura 2.

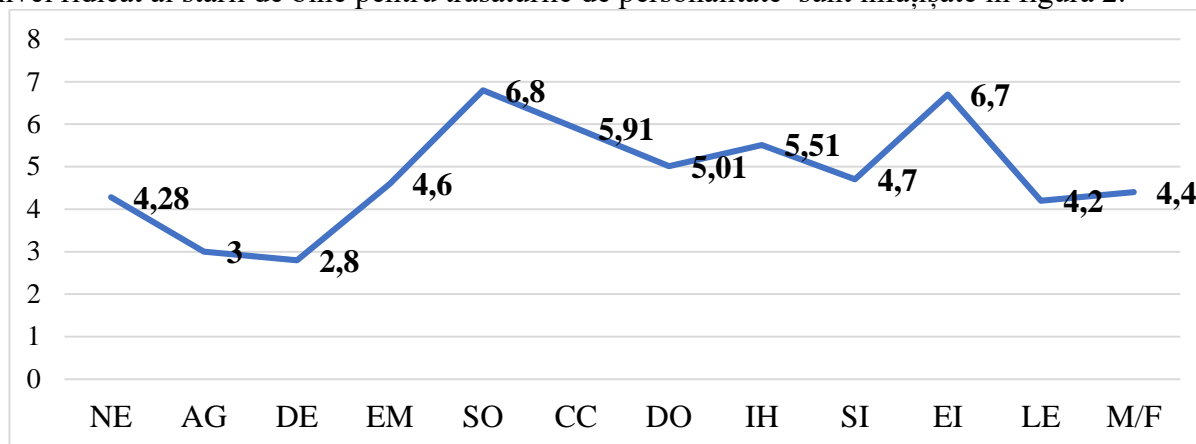


Figura 2. Profilul de personalitate a adulților cu nivel ridicat al stării de bine

Analiza mediilor pentru trăsăturile de personalitate din figura de mai sus ne permite să menționăm că adulții cu nivel ridicat al stării de bine prezintă medii mici pentru nevrozitate (4,28 u.m.), agresivitate (3 u.m.) și depresie (2,8 u.m.) și medii mari pentru sociabilitate (6,8 u.m.), caracter calm (5,91 u.m.) și extraversiune (6,7 u.m.) [4].

Presupunem că starea de bine corelează cu anumite trăsături de personalitate, astfel în acest sens am realizat calculul coeficienților de corelație (Pearson) (tabelul 2)

Tabelul 2. Corelațiile dintre starea de bine și trăsăturile de personalitate după Pearson

Variabile	Coeficientul de corelație	Pragul de semnificații
Stare de bine / Emotivitate	$r=-0,3227$	$p\leq 0,01$
Stare de bine / Sociabilitate	$r= 0,4528$	$p\leq 0,01$
Stare de bine / Caracter calm	$r=0,4595$	$p\leq 0,01$
Stare de bine / Fire deschisă	$r=0,5223$	$p\leq 0,01$
Stare de bine / Extraversiune	$r= 0,6602$	$p\leq 0,01$

Tabelul 2 evidențiază prezența interrelațiilor dintre starea de bine și emotivitate ($r=-0,3227$, $p\leq 0,01$), sociabilitate ($r=0,4528$, $p\leq 0,01$), caracter calm ($r=0,4595$, $p\leq 0,01$), fire deschisă ($r=0,5223$, $p\leq 0,01$) și extraversiune ($r=0,6602$, $p\leq 0,01$).

O constatare relevantă cercetării noastre este că adulții cu nivel ridicat al stării de bine prezintă următoarele trăsături de personalitate: impulsivitate redusă, calmitate, stăpânire emoțională, răbdare, optimism, energie, spirit autocritic, capacitate de a recunoaște propriile slăbiciuni și defecte. Acești adulți demonstrează încredere în sine, atitudine dezinvoltă, degajare, voicivune și sociabilitate (leagă ușor și repede prietenii și are un cerc mare de cunoștințe).

Abordările explicative ale stării de bine evidențiază faptul că starea de bine poate fi dezvoltată și consolidată. Rezultatele cercetării de constatare (un număr mic de adulți cu nivel ridicat al stării de bine) ne-a determinat să analizăm literatura de psihologie în vederea descoperirii perspectivelor / modelelor prin care starea de bine la adulți poate fi dezvoltată.

Un model în acest sens este modelul terapiei stării de bine elaborat de psihologul american M. Fordyce [3]. M. Fordyce consideră că starea de bine este determinată într-o anumită măsură de anumite calități ale persoanei, de alegerile pe care le face sau de atitudini care pot fi modificate prin învățare, atunci conform psihologului există posibilitatea ca starea de bine să fie educată și învățată. Modelul terapiei stării de bine propus de M. Fordyce constă în implementarea unor principii psihologice care ajută oamenii să experimenteze mai multe emoții pozitive, mai multă satisfacție de viață și o bucurie generală mai mare.

Principiile / tehnicile esențiale ale modelului terapiei pentru starea de bine de M. Fordyce cuprind următoarele:

1. *Activismul*. Starea de bine poate fi îmbunătățită prin implicarea adulților în activități plăcute, noi și antrenante. Este important ca activitățile să fie selectate în corespundere cu valorile și scopurile adulților.
2. *Socializarea*. Studiile evidențiază că adulții care sunt mulțumiți de propria viață, de regulă au relații sociale armonioase. În acest sens sunt binevenite construirea și menținerea relațiilor sociale (formale și informale) sănătoase, solide și durabile în care să existe sprijin emoțional și social.
3. *Productivitatea și semnificația*. Relevantă pentru starea de bine este selecția carierei și productivitatea la locul de muncă. Astfel capacitatea adultului de a găsi în munca pe care o desfășoară satisfacție personală și sentimente de realizare favorizează starea de bine.
4. *Organizarea bună a activităților*. Adulții sunt învățați strategii de management al timpului.
5. *Încetarea îngrijorării*. Binevenite sunt tehnicile (substituirea gândurilor sau monitorizarea mentală) prin care adulții să-și poată controla gândurile negative.
6. *Diminuarea expectanțelor și aspirațiilor*. Recomandări importante pentru adulți sunt moderarea propriilor așteptări, întrucât cercetările evidențiază o legătură între așteptările mai modeste în ceea ce privește evenimentele de zi cu zi și nivel înalt al stării de bine.
7. *Dezvoltarea unui stil de gândire optimism și pozitiv*.
8. *Orientarea către prezent*. Este binevenită orientarea adultului către prezent și dezvoltarea capacității de a se bucura maximal de fiecare zi.
9. *Preocuparea pentru a-ți construi o personalitate sănătoasă*. Învățarea abilităților de autocunoaștere, acceptare și autoajutorare prin dezvoltarea abilităților de introspecție, relații sociale, încredere, etc. sunt importante.
10. *Dezvoltarea unei atitudini prietenoase cu cei din jur*. Adulții sunt ajutați să înțeleagă utilitatea interacțiunilor sociale, a deschiderii către ceilalți prin diverse comportamente care le pot spori contactele sociale.
11. *Autenticitatea*. O tendință spre sinceritate, onestitate, deschidere favorizează un nivel sporit al stării de bine.
12. *Eliminarea problemelor și a sentimentelor negative*.
13. *Relații apropiate sunt extrem de importante*. Se accentuează efectul benefic și pozitiv mai ales al relațiilor maritale romantice, distingându-le pe cele nevrotice și disfuncționale.
14. *Valorizarea stării de bine psihologice*. Adulții cei mai fericiți par a atribui multă valoare stării de bine subiective și o situează în vârful listei lor de valori [3].

În concluzii pentru cele evidențiate în articol vom formula următoarele consemnări importante: la nivel global crește interesul pentru sănătatea mintală, starea de bine și caracteristicile care fac indivizii și comunitățile să se dezvolte armonios și să prospere.

Cercetarea stării de bine la adulți pune în lumină faptul că un număr mic de adulți prezintă nivel ridicat al stării de bine (12,50%). Starea de bine la adulți corelează cu satisfacția de viață și optimismul. Adulții cu nivel ridicat al stării de bine prezintă sociabilitate, caracter calm și extraversiune.

Starea de bine la adulți poate fi educată și învățată. Modelul terapiei pentru starea de bine propus de M. Fordyce este un exemplu în acest sens.

Bibliografie

1. ARGYLE, M. *Psihologia fericirii*. București: Ideea europeană. ISBN 978-606-594-622-4. 470 p.
2. DEB, D. *Cum ne recăpătăm starea de bine, conectare și siguranță. 50 de practici polivagale pentru corp și minte*. București: Herald 2023. ISBN 978-973-111-985-4.
3. MUNTELE HENDREȘ, D. *Starea subiectivă de bine. Consolidarea ei prin acțiuni psihologice*. Iași: Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. 2009. 393 p. ISBN 978-973-346-8
4. RACU, Iu., SOROCHIN, E. Starea de bine și trăsăturile de personalitate la adulți. În: *Știință și educație: Materialele conferinței științifice internaționale*. Chișinău: CEP UPS „Ion Creangă”. 2024. p. 174 – 178. ISBN 978-9975-46-944-9.
5. SIEGEL, D. *Neuroștiința fericirii. Dezvoltarea conștientă a creierului către armonie și integrare*. București: Herald. 2021. 445p. ISBN 978-973-111-923.
6. SZENTAGOTAI-TĂTAR, A. DAVID, D. *Tratat de psihologie pozitivă*. Iași: Polirom. 2017. 339 p. ISBN 978-973-46-6234-0.

Notă: Articolul este elaborat în cadrul subproiectului Mecanisme psihologice de promovare a stării de bine în sistemul educațional, MPPSSE 040112

CZU 159.955:612.82

PREMISE NEUROBIOLOGICE, POSIBILITĂȚI ȘI LEGI NEUROPSIHOLOGICE, CONVERGENȚE PEDAGOGICE MODELATOARE ÎN DEZVOLTAREA ȘI EFICIENTIZAREA GÂNDIRII ȘTIINȚIFICE

Sergiu SANDULEAC, conferențiar universitar, doctor,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău, Moldova

Abstract: *The article analyzes the neurobiological and neuropsychological premises supporting the development of scientific thinking, focusing on the mechanisms of neuroplasticity, the functions of the prefrontal cortex, and the role of neurotransmitters in optimizing advanced cognitive processes. Using a theoretical approach based on a critical analysis of the literature, the study identifies and conceptualizes fundamental laws (cerebral plasticity, stage development, and heteronomy of psychological development) as benchmarks for designing modern pedagogical strategies. The study's main contribution lies in the development of an interdisciplinary pedagogical model grounded in the convergence of neuroscience, psychology, and pedagogy. The model advocates for the diversification of teaching methods, the use of nonlinear mind maps, and the integration of metacognitive strategies to foster critical, reflective, and creative thinking. The study's findings highlight the necessity of continuous teacher training and curriculum adaptation to harness the neuroplastic potential of the human brain. The article contributes to the innovation of contemporary education by providing a conceptual framework for integrating neuroscientific discoveries into pedagogical practice, with direct implications for optimizing learning processes and developing complex cognitive competencies through the perspective of scientific thinking.*

Keywords: *neurobiology, scientific thinking, neuroplasticity, pedagogy, modelling pedagogical convergences, constructivist education.*

Introducere

În ultimele decenii, descoperirile în neurobiologie au adus contribuții esențiale la înțelegerea proceselor care stau la baza învățării și dezvoltării gândirii umane. Gândirea științifică, un proces mental complex ce implică raționament logic, analiză critică și explorare sistematică, depinde de funcționarea optimă a unor rețele neuronale complexe, aflate la nivelul cortexului prefrontal și altor regiuni cerebrale implicate în controlul cognitiv. Pentru a înțelege în profunzime premisele neurobiologice ale dezvoltării acestei forme de gândire, este esențial să examinăm

structura și funcționarea creierului, precum și modul în care acesta se adaptează la stimulii educaționali și la experiențele de învățare [2].

Educația ca fenomen social, cultural și pedagogic încorporează în ansamblul său noțional mai multe procese și acțiuni care plasează în prim-plan dezvoltarea creierului, a intelectului, mai precis, a gândirii umane. Este important să menționăm faptul că în dezvoltarea gândirii este decisivă atât cunoașterea cotidiană cât și cea științifică. Ambele forme ale cunoașterii depind de creierul uman și funcționarea lui optimă.

Abordări teoretice

Pentru proiectarea și realizarea eficientă a procesului educațional, la general, și dezvoltarea intelectului/gândirii, în special, urmează să studiem și să înțelegem *premisele neurobiologice de funcționare a creierului uman*. Stabilind aceste puncte de reper, vom detecta posibilitățile neuropsihologice, ceea ce va permite să determinăm și să formulăm convergențele pedagogice modelatoare și formative ale dezvoltării gândirii științifice, concomitent, scoțând în evidență corelația dezvoltării gândirii cu învățarea, cunoașterea și voința persoanei, acceptând fără rezerve necesitatea studierii ansamblului de particularități ale activității cerebrale. Conform ultimelor cercetări, *neuroplasticitatea cerebrală* are un rol esențial în formarea gândirii și mai cu seamă a gândirii științifice. *Neuroplasticitatea* reprezintă capacitatea creierului de a se remodela pe parcursul vieții, răspunzând la experiențe noi, provocări cognitive și stimulări din mediu. Această capacitate permite dezvoltarea de noi sinapse între neuroni, facilitând procesele de învățare și gândire abstractă, acestea reprezentând două dimensiuni centrale ale gândirii științifice [1]. Funcționarea corectă a creierului uman în activitățile de gândire științifică este dependentă de interacțiunea dintre mai multe structuri cerebrale. Dintre acestea, cea mai semnificativă este cortexul prefrontal, responsabil de funcțiile executive, planificarea, rezolvarea problemelor și gândirea critică. Această regiune este susținută de alte structuri precum hipocampul, implicat în consolidarea memoriei pe termen lung, și cortexul parietal, rolul căruia constă în procesarea informațiilor spațiale și matematice. Un alt aspect esențial este funcționarea *sistemului dopaminergic*, care are un rol esențial în consolidarea motivației și în capacitatea de a menține atenția asupra unor sarcini de complexitate medie și înaltă. *Dopamina* este un neuromodulator cheie în procesele de motivație și învățare, influențând direct *gândirea creativă* și abordarea exploratorie a problemelor științifice. În contextul educației, menținerea unui mediu care stimulează eliberarea de dopamină poate facilita adoptarea unui stil de gândire curios și activ, esențial pentru dezvoltarea gândirii științifice.

În această ordine de idei, ținem să *remarcăm rolul determinat al neuromediatorilor/neurotransmițătorilor* [3, pp. 9-12], prin intermediul cărora se transmit impulsurile nervoase. Fiecare neuron eliberează una sau câteva substanțe neuromediatoare (până în prezent se cunosc circa 70 de neuromedatori, a căror acțiune se cunoaște și cca 200, a căror acțiune nu s-a identificat încă). Neuromediatorii îndeplinesc funcții vitale în activitatea sistemului nervos central și în reglarea activității întregului organism uman, menținând starea de homeostazie.

În acest sens, omul contemporan care pretinde să fie considerat inteligent trebuie să cunoască importanța și esența funcționării neuromediatorilor.

Nu mai puțin importantă decât *neurobiologia* este *neuropsihologia*, care studiază relația dintre psihic și creier. Aname această știință, care se dezvoltă atât în baza experimentelor de laborator cât și în baza studierii fenomenelor în condiții naturale oferă cunoștințe privind modificările comportamentului uman ce încep din creier. Bineînțeles că neuropsihologia cognitivă este în continuu completată și aprofundată de datele obținute în neurobiologia, neuropsihologia experimentală, neuropsihologia clinică și desigur că de neurologia studierii comportamentului uman. În acest context, menționăm câteva aspecte importante, care deschid calea spre perfecționarea gândirii, cunoașterii și învățării. Astfel, *perspectiva genetic-evoluționistă*, care stă la baza înțelegerii și explicației psihic-creier, fundamentată de J. H. Jackson (1835-1911) și И. П. Павлов (1849-1936), a servit drept instrument metodologic care a demonstrat că mecanismul neuronal al unei funcții psihice nu este înnăscut și predeterminat, ci se constituie în cursul evoluției filo- și ontogenetice în procesul apariției și dezvoltării funcției înseși. Din acest punct de vedere,

nicio funcție psihică nu trebuie abordată ca un dat și nici nu trebuie raportată la o structură anumită, care, în sine, de fapt, este inertă. **Perspectiva genetic-evoluționistă indică asupra faptului că funcția se integrează în structură, ambele, funcția și structura, formând o unitate dinamică evolutivă** [3, p. 6-7]. Așadar, funcțiile psihice se manifestă ca rezultat al interacțiunii dintre excitație și inhibiție, care se desfășoară pe un spațiu întins, cuprinzând multe centre și zone neuronale. Această interacțiune dintre excitație și inhibiție, dinamismul acestora a fost stabilit de И. П. Павлов, astfel savantul a inclus în circuitul științific conceptul de **mozaic**, care reprezintă, într-o manieră plastică, **dinamica activității corticale**. Acest fenomen redă tabloul desfășurării unui proces psihic prin modificarea permanentă a imaginii electrice (tabloul activismului bioelectric). Prin urmare, dacă ar fi posibil de vizualizat scoarța cerebrală, aceasta ar arăta ca un **mozaic plin de puncte luminoase**, care se sting și se aprind extrem de rapid. Fenomenul a fost demonstrat prin aplicarea tehnicilor speciale de imagistică corticală [3]. În acest cadru de referință, П. К. Анохин (1898-1974), autorul **teoriei sistemului funcțional**, a demonstrat că funcția psihică reprezintă un instrument de adaptare a omului la mediu. Astăzi, neuropsihologia, continuând investigațiile consacrate, concepe realizarea oricărei funcții psihice ca interacțiune între structurile neuronale specifice, corticale și cele nespecifice subcorticale. Evident că nu pretindem la detalierea tuturor subtitulațiilor neuropsihologice, însă, ținem să punctăm elementele esențiale, care sunt necesare unui cadru didactic pentru conștientizarea importanței elaborării și valorificării optime a strategiilor și modelelor pedagogice de dezvoltare a gândirii științifice, inclusiv a asigurării logicii, procesualității învățării prin explorări constructive, metacognitive și reflexiv-operaționale [2]. Lucrările lui A. Luria [4], cunoscut pentru contribuțiile sale în neuropsihologie, subliniază faptul că dezvoltarea oricărei funcții psihice, inclusiv a gândirii, depinde de interacțiunea dintre excitația și inhibiția neuronală, fenomene care au loc la nivelul cortexului cerebral. A. Luria a introdus conceptul de „**blocuri funcționale**” ale creierului, sugerând că gândirea științifică necesită coordonarea activităților din mai multe regiuni cerebrale. Prima dintre aceste blocuri implică excitarea și inhibiția la nivelul sistemului limbic, ce reglează starea de alertă și motivația pentru învățare, în timp ce blocul al doilea, reprezentat de zonele frontale și parietale ale cortexului, este responsabil pentru integrarea informațiilor senzoriale și planificarea raționamentelor complexe. Aceste perspective au fost completate în ultimele decenii de cercetările realizate de autori precum M. Gazzaniga [5], care a investigat lateralizarea funcțiilor cognitive în emisferile cerebrale. El a demonstrat că gândirea științifică poate depinde în mod diferit de emisfera stângă (logico-matematică) și de emisfera dreaptă (imaginativ-creativă), subliniind nevoia de a stimula ambele dimensiuni cognitive printr-o abordare educațională integrativă.

Așadar, creierul reprezintă o **uzină chimică** foarte complicată, care funcționează în baza unor microcircuite electrice prin intermediul neuromediatorilor, cu anumite variații de la subiect la subiect și de la o vârstă la alta [6]. Concomitent cu precizarea premiselor neurobiologice de orientare spre identificarea celor neuropsihologice expuse anterior, mai conturăm premise care se desfășoară la nivelul **hărților mentale cognitive** (mindsight map) și a comportamentului uman, inclusiv influențează asupra stărilor, emoțiilor, memoriei etc.

Hipocampusul și rețelele neuronale asociate acestuia are un rol esențial în consolidarea **memoriei** pe termen lung, esențială pentru acumularea și aplicarea cunoștințelor științifice. În plus, cortexul prefrontal medial contribuie la menținerea și manipularea informațiilor relevante în memorie, ceea ce facilitează soluționarea problemelor științifice complexe.

Procesul de atenție selectivă, mediat de cortexul prefrontal și de sistemul reticular activator, este esențial pentru concentrarea pe sarcinile cognitive relevante. Această capacitate de focalizare atențională este deosebit de importantă în activitățile de cercetare științifică, unde se impune o analiză detaliată a datelor și identificarea celor mai relevante variabile pentru studiul în cauză. În educație, dezvoltarea atenției selective poate fi facilitată prin utilizarea unor metode pedagogice care încurajează explorarea și reflecția critică. Anume, de aici reiese necesitatea cunoașterii metodelor psihologice, a legilor, inclusiv a condițiilor de creare și aplicare eficientă a acestora. În contextul vizat, consemnăm o remarcă importantă efectuată de specialiști [3, p. 61], investigația neuropsihologică nu se poate rezuma doar la aplicarea metodelor neurologice, ea necesită

implicarea unui șir de **metode psihologice** ca: **metoda analizei produselor activității**, care servește pentru studierea motivațiilor, intereselor, competențelor, disponibilităților creatoare ale persoanei etc. Aplicând metoda respectivă se poate recurge la îndeplinirea și evaluarea variatelor sarcini (de desen, computere, construcție de obiecte, elaborare de schițe etc.); **metoda testelor**, care poate fi utilizată cu scop de diagnosticare, cât și ca instrument de cercetare neuropsihologică (pentru diferențierea anormalității de normalitate; orientare și selecție profesională etc.); **metoda experimentală și de laborator**, care presupune un control riguros a variabilelor independente și a condițiilor de desfășurare a investigației etc.; **metoda genetică și comparată**, care, fiind axată pe principiul fundamental al devenirii și evoluției filogenetice și ontogenetice ne poate informa despre potențialul ereditar al persoanei, dar și despre traseul și procesul devenirii acesteia. Tot în cadrul celor abordate, considerăm oportun să precizăm că prin aplicarea metodei genetice și comparate au fost descoperite câteva **legi fundamentale ale organizării psihice**, fără de care astăzi este de neconceput procesul de elaborare a teoriilor psihologice cu adevărat științifice [Apud 3, p. 60-62]. **Metoda logico-matematică/ logico-formală și cibernetică** se aplică în situațiile în care ne propunem cercetări de formare, modelare a diferitor procese psihice și comportamente umane. Convergențele între neuroștiințe, pedagogie și psihologie oferă oportunități valoroase pentru dezvoltarea unor strategii educaționale inovatoare care să stimuleze gândirea științifică. Recent, domeniul emergent al **neuroeducației** explorează modalitățile prin care descoperirile din neuroștiințe pot fi aplicate direct în clasă, îmbunătățind procesele de învățare și predare.

Conform studiilor realizate de autorii precum J. Zadina și B. Carey, există numeroase convergențe între principiile fundamentale ale neuroplasticității și strategiile pedagogice moderne, cum ar fi învățarea bazată pe descoperire, învățarea colaborativă și folosirea unor tehnici de stimulare a curiozității cognitive. Aceste strategii pot crea o „conexiune sinaptică” între diferitele regiuni cerebrale, consolidând astfel competențele de gândire critică și analitică [7; 8].

Printre legile de o importanță metodologică majoră pentru neuropsihologie în proiectarea și valorificarea eficientă a tehnologiilor educaționale, a celor neurodidactice de dezvoltare a gândirii științifice în viziunea noastră o au următoarele **legi**:

- **Legea plasticității cerebrale și impactul asupra educației**, consolidată prin cercetările lui E. Kandel și susținută de alte studii recente în neuroștiințe, postulează că creierul uman poate continua să se dezvolte și să se reorganizeze pe parcursul vieții, dacă este expus la stimuli cognitivi corespunzători. În educație, acest lucru înseamnă că strategiile pedagogice trebuie să fie diversificate și personalizate pentru a maximiza potențialul de învățare a fiecărei persoane [9].

- **Legea dezvoltării și devenirii**, ce susține cu argumente științifice că psihicul se formează în timp, deci se postulează caracterul derivat (din baza neurobiologică și neurofiziologică expusă succint anterior), totodată, menționând impactul factorilor și condițiilor externe de învățare, cunoaștere, metacunoaștere etc. Un aspect relevant pe care îl evidențiază legea respectivă constă în sensul ascendent al transformărilor, adică, desfășurarea lor de la simplu la compus, de la organizarea slabă la cea mai eficientă, precum și indicarea asupra faptului că devenirea/dezvoltarea este optimizabilă și variabilă.

- **Legea interacțiunii dialectice dintre cauzele, factorii externi și condițiile interne** (inclusiv factorii biologi/ereditari), postulează interdependența aspectelor expuse și indică asupra faptului că procesul devenirii și dezvoltării sistemului psihic uman este declanșat și determinat, pe toata durata lui, de influențele externe, implicit de cele ce parvin de la condițiile și factorii interni (creier, sistem endocrin, stările psihofiziologice ale individului). De-a lungul vieții, omul avansează de la interacțiunile biologice/fiziologice între persoana sa și mediu spre cele de tip formativ, desigur că acestea incorporând acțiunile educaționale și experiența existențială.

Anticipând analiza și interpretarea impactului modelelor și convergențelor pedagogice modelatoare, ținem să subliniem **momentul-cheie: anume cunoașterea și respectarea esenței acestor legi de către pedagogi oferă conștientizarea valorizării posibilităților neuropsihologice de a proiecta și construi procesul de învățământ, traseul și procesul învățării pe tot parcursul vieții, inclusiv procesul dezvoltării gândirii științifice.**

- **Legea stadialității**, care surprinde și redă caracterul treptat și gradual al dezvoltării și formării tuturor funcțiilor și proceselor psihice. Legea a fost formulată și demonstrată de mai mulți cercetători notorii, astfel, J. Piaget [10] a stabilit și demonstrat *stadialitatea dezvoltării inteligenței umane*; A. Wallon [11] a demonstrat *stadialitatea dezvoltării afective*; E. Erikson [12] – *stadialitatea dezvoltării psihosociale* etc [13 **Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. În acest context, este important de menționat că trecerea de la un stadiu la altul în planul dezvoltării psihocomportamentale este susținută și, implicit, corelată cu trecerea de la un nivel inferior la unul superior în organizarea structural-funcțională a creierului [2].

- **Legea heterocroniei**, indică asupra faptului că toate funcțiile, procesele și structurile psihice se constituie și se consolidează la intervale diferite de timp (de exemplu: mecanismele perceptivă se dezvoltă înainte de cele ale gândirii). J. Piaget a demonstrat că stadiile dezvoltării nu se omit și nu se interesează, deoarece între ele există interacțiuni genetice, adică, stadiul actual, pregătește apariția următorului, asigurând condițiile necesare pentru a se produce anumite transformări în continuare.

- **Legea heteronomiei**, care reflectă caracterul eterogen și contradictoriu al dezvoltării psihice la nivel intraindividual cât și interindividual. Astfel, legea reperează pe două postulate de bază: a) în interiorul sistemului psihic al unei persoane diferite componente ating niveluri diferite de dezvoltare (de exemplu: vază mai bune decât auz; gândire abstractă mai bună decât concretă; memoria operativă mai eficientă decât cea de lungă durată etc.) și b) una și aceeași funcție sau structură psihică are niveluri diferite de dezvoltare la doi sau mai mulți indivizi. Evident că fiecare persoană care se ocupă de educația și instruirea copiilor și adulților, este axată pe auto/perfecționare, mai exact, pe profesionalizarea carierei sale, fiind obligată să cunoască particularitățile esențiale neurobiologice, să conștientizeze posibilitățile pentru a elabora și valorifica cât mai eficient tehnologiile neurodidactice și pedagogice/educaționale [2].

Având în vedere că astăzi *tehnologia în științele educației se pretează la o abordare sistemică (a instruirii, educației, învățământului), caracterizată prin claritatea obiectivelor propuse, folosirea unor metode, procedee optime, care ar contribui la proiectarea predării-învățării-evaluării adecvate unor anumite stiluri, niveluri și scopuri ale educației* [14, p. 185], ne asociem la constatarea aceasta pertinentă, efectuată de cercetătorul autohton Vl. Guțu. Plecând de la accepțiunea dată și reieșind din studiul amplu teoretic, confirmăm faptul că gândirea științifică poate fi dezvoltată și eficientizată numai printr-o abordare epistemologică și praxiologică, abordate într-un mod sistemic.

Înainte de a elucida aspectul pedagogic preconizat sub forma unor **convergențe modelatoare** (axe-cadru orientate spre un punct comun, termen preluat din neurodidactică), considerăm important să realizăm câteva precizări de rigoare, care, în continuare, vor determina acțiunile noastre investigative. Esența tezei prezentate tranșant de I. Neacșu în lucrarea sa *Neurodidactica* (2019) privind preocuparea cercetătorului de studiul științific al funcționării optimizate a minții umane, al depășirii frontierelor acesteia [6, p. 16] și căutarea răspunsurilor eficiente la ceea ce înseamnă *învățare de calitate* [Ibidem], în esență, rezonează cu o altă idee, expusă de M. Minder, care subliniază că dezvoltarea minții/gândirii este posibilă de realizat prin intermediul neuroștiințelor învățării, care au ca teme **cognitivismul operant modern, ce îmbină și conciliază patru mari orientări ale științelor educației: neofuncționalismul, neobehaviorismul, neoconstructivismul cognitiv și megacognitivismul** [15, p. 20-22].

De fapt, ideea expusă reflectă concepția funcțională, participativă și interdisciplinară a autorului, care oferă **recomandări concrete cum să didactizăm cunoașterea, deoarece cunoașterea produsă este o cunoaștere științifică**, ea nu poate fi automat învățată. Pentru a fi învățată, ea trebuie reconstruită: selectată, organizată, racordată, la disciplinele de studii; adaptată caracteristicilor elevilor, asimilată, evaluată, certificată și transferată [Ibidem, pp. 20-27], ceea ce ne orientează direct spre respectarea legităților neurobiopsihologice și *neuropedagogice a dezvoltării minții* [16, pp. 17-25].

În această ordine de idei, **teoria educației cognitive** în științele pedagogice, abordată din perspectiva *educației pentru știință și pentru viitor* susține cunoașterea ca *produs al activității*

cognitive, dar și ca *proces mintal* de relaționare între mecanismele acestuia, inclusiv între acestea și mediul real înconjurător [17, p. 15]. Evident că nu putem neglija în dezvoltarea gândirii științifice, procesul de receptare și prelucrare a informațiilor, reacțiile persoanei la acestea, schimbarea comportamentelor umane, ceea ce formează cultura acumulată în sens sociologic, însă accentul se va deplasa spre construirea cunoașterii, spre eficientizarea proceselor interne de cunoaștere, și, anume: memorarea, reprezentarea, înțelegerea, categorizarea, conceptualizarea, elaborarea și verificarea judecăților, raționamentelor, rezolvarea problemelor, luarea deciziilor etc. În consens cu incursiunea realizată, subscriem acceptarea și aderarea noastră la **paradigma constructivismului cognitiv**, care reprezintă una din cele trei mari paradigme ale învățării, alături de behaviorism și cognitivism. Paradigma vizată încorporează practicile *centrării pe cel ce învață, pe învățarea prin descoperire, operarea cu sarcini care solicită explorarea conceptelor, judecăților, raționamentelor, aplicarea reflecției, valorificarea multiplelor inteligențe* etc. [18].

Una din axele convergente modelatoare ale dezvoltării gândirii științifice, după cum am menționat anterior, **este învățarea calitativă**, pe care o subsumăm la *învățarea constructivistă*, întrucât anume aceasta are ca scop să învețe individul a fi activ, creativ; a-și construi și folosi propriile instrumente de cunoaștere, implicând meta/analizele și strategiile metacognitive de studiere și cunoaștere a particularităților sale intelectuale (a determina care procese psihice și inteligențe sunt mai dezvoltate, ce stil de învățare predomină etc.); cele de elaborare și monitorizare a traseului și procesului de cunoaștere și învățare; de procesare și integrare a informațiilor, de rezolvare a problemelor; de argumentare și explicare a folosirii instrumentelor elaborate, a rezultatelor obținute și corelarea lor cu scopul proiectat.

La fel, o altă axă convergentă modelatoare pentru dezvoltarea gândirii științifice am determinat-o din accepțiunile cercetătorului american E. de Bono [19, p. 70-72] care a inclus în circuitul științific **conceptul de gândire laterală, numită de el și superminte acțională**, exploratorie, motivantă, aplicată pe verticală și orizontală, prioritar înțeleaptă, perceptivă, clară, simplă și modală, centrată pe subiect; disciplinată și organizată, preocupată de schimbarea tiparelor rigide ale gândirii.

Bazându-ne pe observațiile și cercetările noastre anterioare [2], ne asumăm realizarea unor constatării, care contribuie la formularea altor **convergențe pedagogice modelatoare**:

- ca *concept* calitativ, gândirea științifică reprezintă o formă superioară a gândirii ce denotă nivelul explorării optime a tuturor tipurilor de gândire în variate contexte de instruire, educație, activități profesionale, personale etc.;
- ca *fenomen*, gândirea științifică reprezintă o manifestare interioară și exterioară a funcționării creierului, a inteligenței umane, inclusiv a abilităților și competențelor de valorificare a potențialului nativ și a celui dobândit pe parcursul vieții;
- ca *proces complex* (neurobiologic, psihologic și pedagogic), gândirea științifică reprezintă nucleul structural central al cunoașterii și construirii logicii învățării, ce necesită o explorare optimă a mecanismelor, principiilor și legităților acesteia.

În esență, nu există *unanimitate de opinii atât în domeniul modalităților dezvoltării gândirii științifice cât și privind existența unui set de mecanisme specifice doar învățării* [6].

Cert, însă este faptul prezenței unui consens al cercetătorilor din neuroștiințe în privința necesității dezvoltării minții, gândirii sistematice/științifice, care demonstrează cele mai trainice conexiuni cu învățarea omului [6; 16; 20].

Sintezele efectuate reprezintă motivul aprofundării studiului epistemologic în domeniul neurodidacticii învățării pentru a stabili și posibilitățile pedagogiei în dezvoltarea gândirii științifice. Reieșind din cele relatate în primul capitol, a analizei **premiselor neurobiologice și neuropsihologice am stabilit un șir de convergențe pedagogice modelatoare cu caracter aplicativ, pe care ar trebui să pună accentul cadrele didactice în învățarea elevilor, orientată spre dezvoltarea și eficientizarea gândirii științifice**:

- redefinirea și restructurarea proiectării didactice, începând cu curricula disciplinară și încheind cu proiectul unei lecții/teme în contextul mai cu seamă, a fortificării planificării obiectivelor la nivel de integrare (transversale) și a strategiilor didactice;

- diversificarea strategiilor de învățare pentru a stimula variatele tipuri de gândire (divergentă, creativă, analitică, laterală, sistemică etc.), dezvoltarea optimă a inteligențelor multiple și valorificarea diverselor stiluri de învățare;
- dezvoltarea-eficientizarea gândirii științifice prin diversificarea tehnologiei aplicate de cadrele didactice, care vor explora activ *pedagogia hărților mentale nonliniare* [6], ceea ce va contribui substanțial la formarea competențelor transversale la elevi;
- consolidarea competențelor la nivel de integrare (transversale și abilităților metacognitive, acestea reprezentând nucleul dezvoltării gândirii științifice);
- organizarea convergenței modelatoare de stimulare a emoțiilor și a dispoziției pozitive, care influențează procesul cunoașterii și învățării, prin crearea climatului psihomoral optim și a mediului ergonomic adecvat de învățare;
- formarea elevilor din perspectiva *cunoașterii de sine* în toate aspectele: particularitățile proceselor cognitive, a trăsăturilor caracteriale, volitive etc., pentru a le putea cultiva *statutul de actor școlar și social activ și performant*;
- dezvoltarea capacității de experimentare, de învățare prin acțiune, prin încercare și eroare, prin conceptualizare, reflecție etc.;
- familiarizarea elevilor cu cele mai esențiale și utile cunoștințe privind formarea și aprofundarea permanentă a sistemului cognitiv al omului, îmbinată cu demonstrarea posibilităților mentale, a priorităților învățării cognitiv-constructiviste; a explorării motivate/conștiente a *procesului de învățare pe tot parcursul vieții umane*;
- a învăța elevii *să-și solicite și să-și dirijeze* nu numai sfera emoțională, ci și voința, mintea/creierul, competențele intelectuale în contextul tuturor activităților școlare, formale și nonformale; în viața cotidiană și cea socială;
- evaluarea sistematică și consecventă a progreselor elevilor, performanțele acestora cu accent pe formarea bucuriei și plăcerii de a cunoaște și a învăța, a crea, a se autoinstrui, a se autodepăși și autoaprecia etc.

Investigațiile teoretice realizate, studiul și analiza curricula disciplinară (în liceu și la facultate), cercetarea experimentală ne-a convins să nu mizăm pe introducerea în planurile de învățământ a unor cursuri noi, speciale, referitoare la dezvoltarea gândirii științifice, ci să promovăm insistent ideea redefinirii finalităților, conținuturilor și restructurării strategiilor și tehnologiilor didactice. Bineînțeles că în cursurile universitare pot fi incluse și studiate module speciale corelate cu dezvoltarea gândirii științifice în cadrul fiecărei discipline (fundamentale și de specialitate).

Dezvoltarea gândirii științifice trebuie să fie prioritatea centrală a educației contemporane. Premisele neurobiologice și neuropsihologice discutate în literatura de specialitate demonstrează că educația poate modela în mod profund funcțiile cognitive ale elevilor, ajutându-i să devină gânditori critici și inovatori. Cercetările realizate de autori precum [1; 9] susțin ideea că neuroplasticitatea și interdisciplinaritatea sunt cheia pentru a stimula gândirea reflexivă și critică.

Astfel, educația trebuie să fie flexibilă și interdisciplinară, integrând descoperirile din neuroștiințe și pedagogie pentru a crea strategii de predare care să încurajeze gândirea științifică. Formarea continuă a cadrelor didactice trebuie să se concentreze pe utilizarea metodelor bazate pe dovezi și pe cultivarea mentalității de creștere la elevi. Viitorul educației constă în personalizarea proceselor de învățare și în crearea unui mediu educațional care să susțină curiozitatea, inovația și progresul intelectual al fiecărui elev.

Analize critice și limitări

Deși premisele neurobiologice și neuropsihologice oferă un fundament solid pentru dezvoltarea unor strategii educaționale moderne, aplicarea acestor teorii în practică implică o serie de provocări și posibile controverse. De-a lungul timpului, domeniul neuroeducației a fost marcat atât de progrese remarcabile, cât și de interpretări greșite sau exagerate ale concluziilor științifice, ceea ce a dus la implementări discutabile în mediul educațional. Este esențial ca teoriile propuse să fie analizate critic, nu doar pentru a identifica limitele acestora, ci și pentru a evita riscurile asociate utilizării lor eronate.

În acest compartiment al articolului ne propunem să explorăm principalele aspecte critice ale integrării neuroștiințelor în educație, evidențiind posibilele limitări ale teoriilor prezentate, riscurile aplicării greșite ale acestora și controversalele etice care pot apărea. O înțelegere echilibrată a acestor aspecte este indispensabilă pentru a transforma neuroștiințele într-un instrument eficient și responsabil în procesul educațional.

Unul dintre principalele riscuri în aplicarea principiilor neuroștiințifice este *interpretarea greșită sau supra-simplificată a rezultatelor cercetărilor*. De exemplu, conceptul de neuroplasticitate este adesea exagerat în manualele și materialele pedagogice, fiind prezentat ca o soluție universală pentru toate provocările educaționale. În realitate, plasticitatea este influențată de numeroși factori biologici, psihologici și sociali care trebuie luați în considerare. Un alt aspect este legat de condițiile naturale în care se desfășoară aplicarea principiilor neurobiologice. Deși cercetările neurobiologice sunt adesea realizate în medii controlate de laborator, aplicarea directă a concluziilor lor în sălile de clasă este dificilă. De exemplu, studiile despre funcțiile cortexului prefrontal se bazează, de obicei, pe subiecți adulți, ceea ce limitează relevanța lor pentru copiii aflați în diferite stadii ale dezvoltării cognitive. Prin urmare, este esențial ca strategiile pedagogice bazate pe neuroștiințe să fie adaptate specificităților fiecărei grupe de vârstă. Un alt aspect critic îl reprezintă perpetuarea așa-numitelor *neuromituri în educație*. De exemplu, ideea că un individ folosește predominant emisfera stângă sau dreaptă a creierului a fost demontată de cercetările recente, dar continuă să fie promovată în multe contexte educaționale. Acest lucru poate duce la aplicarea unor metode ineficiente sau chiar dăunătoare. Integrarea principiilor neuroștiințifice în educație necesită formarea adecvată a cadrelor didactice, un aspect adesea neglijat. Fără o înțelegere profundă a conceptelor neuropsihologice, există riscul implementării greșite a strategiilor, ceea ce poate avea un impact negativ asupra procesului de învățare. Formarea continuă trebuie să includă nu doar elemente practice, ci și o înțelegere critică a limitărilor teoriilor aplicate. Un alt subiect de dezbateră este utilizarea tehnologiilor avansate, cum ar fi imagistica cerebrală, pentru a influența sau măsura performanțele cognitive ale elevilor. Deși astfel de tehnologii oferă perspective valoroase, utilizarea lor ridică probleme etice privind confidențialitatea, stigmatizarea sau uniformizarea proceselor de învățare. Teoriile neuroștiințifice sunt adesea dezvoltate în contexte sociale și culturale specifice, ceea ce limitează aplicabilitatea lor universală. De exemplu, strategiile care funcționează într-un sistem educațional occidental pot să nu fie eficiente într-un sistem educațional dintr-o societate colectivă. Este necesară o abordare contextualizată care să țină cont de variabilele sociale, economice și culturale.

Concluzii

Concluziile acestui studiu evidențiază importanța fundamentală a neuroplasticității ca mecanism central în dezvoltarea și optimizarea gândirii științifice, subliniind rolul său în remodelarea funcțională a rețelelor neuronale în urma stimulării cognitive și experiențelor educaționale structurate. Gândirea științifică este conceptualizată ca un proces complex, emergent din interacțiunea dinamică a structurilor cerebrale specifice, precum cortexul prefrontal și hipocampusul, susținute de mecanisme neuropsihologice care includ reglarea motivației, atenției și memoriei.

Integrarea descoperirilor din neuroștiințe în pedagogie deschide perspective semnificative pentru inovarea educațională, oferind un cadru teoretic solid pentru dezvoltarea unor strategii didactice care să promoveze gândirea critică, creativitatea și capacitatea de rezolvare a problemelor. Studiul argumentează că aplicarea convergențelor interdisciplinare dintre neuroștiințe și științele educației poate îmbunătăți semnificativ procesele de învățare, prin adaptarea acestora la nevoile individuale ale elevilor și prin stimularea dezvoltării cognitive continue.

Implicarea cadrelor didactice în adoptarea unor metode educaționale bazate pe dovezi neuroștiințifice este esențială pentru personalizarea învățării și pentru maximizarea potențialului intelectual al fiecărui elev. Totodată, cercetările viitoare ar trebui să exploreze mai detaliat modalitățile prin care principiile neuroplasticității pot fi integrate în proiectarea curriculară și să analizeze impactul acestor intervenții asupra performanței academice și cognitive. Convergențele dintre neuroștiințe, psihologie și pedagogie propuse de acest studiu constituie un fundament

promițător pentru crearea unui sistem educațional care să sprijine gândirea reflexivă, sistematică și inovatoare, contribuind astfel la formarea unor indivizi capabili să răspundă provocărilor complexe ale societății contemporane.

Bibliografie

1. DEHAENE, S. *How We Learn: Why Brains Learn Better Than Any Machine... for Now*. New York: Viking; 2020. 352 p. ISBN: 978-0525559886.
2. SANDULEAC, S. *Teoria și metodologia dezvoltării și eficientizării gândirii științifice la pedagogi (formarea inițială și continuă)*. Monografie. Chișinău: Lexon-Prim. 2024. 441 p. ISBN: 978-9975-172-86-8.
3. CHIRIȚĂ, A. *Curs de neuropsihologie*. Universitatea din București. 63 p. [Disponibil la](#) (accesat 22.02.2024).
4. LURIA, A. *The Working Brain: An Introduction to Neuropsychology*. New York: Basic Books; 1973. 398 p. ISBN: 978-0465092086.
5. GAZZANIGA, M. *Who's in Charge? Free Will and the Science of the Brain*. New York: Harper Perennial; 2012. 272 p. ISBN: 978-0061906111.
6. NEACȘU, I. *Neurodidactica. Știința funcționării optime a minții umane*. București: Editura Universitară; 2019. 250 p. ISBN: 978-6062808311.
7. CAREY, B. *How We Learn: The Surprising Truth About When, Where, and Why It Happens*. New York: Random House; 2014. 274 p. ISBN: 978-0812993882.
8. ZADINA, J. *Multiple Pathways to the Student Brain: Energizing and Enhancing Instruction*. San Francisco: Jossey-Bass; 2014. 295 p. ISBN: 978-1118567618.
9. KANDEL, E. *In Search of Memory: The Emergence of a New Science of Mind*. New York: W.W. Norton & Company; 2006. 528 p. ISBN: 978-0393329377.
10. PIAGET, J. *The Theory of Stages in Cognitive Development*. In: *Measurement and Piaget*. New York: McGraw-Hill; 1971. p. 1-11. ISBN: 978-0070501294.
11. WALLON, H. *De l'acte à la pensée*. Paris: Flammarion; 1942. 320 p. ISBN: 978-2080709641.
12. ERIKSON, E. *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton & Company; 1950. 445 p. ISBN: 978-0393310689.
13. RACU, IG., RACU, IU. *Psihologia dezvoltării*. Chișinău: UPS „Ion Creangă”; 2013. ISBN: 978-9975-71-478-5.
14. GUȚU, VI. *Andragogie. Monografie [Andragogy. Monograph]*. Chișinău: CEP USM. 2023. 280 p. ISBN: 978-9975-62-580-7.
15. MINDER, M. *Didactica funcțională. Obiective, strategii, evaluare*. Chișinău: Cartier educațional, 2003. 360 p. ISBN: 9975-79-39-16.
16. БРИТТ, А. *Нейробиология роста. Как запрограммировать свой мозг на обучение новым навыкам*. Минск: Попурри, 2020. 336 с. ISBN: 978-985-15-4699-8.
17. JOIȚA, E. *Educația cognitivă. Fundamente. Metodologie*. Iași: Polirom. 2002. 243 p. ISBN: 973-681-100-X.
18. GROß-MLYNEK, L et. al. *Cognitive Activation in a Close-Up View: Triggers of High Cognitive Activity in Students During Group Work Phases*. Front Educ. 2022 May 31;7. [Disponibil la](#).
19. DE BONO, E. *Serious Creativity: Using the Power of Lateral Thinking to Create New Ideas*. New York: HarperBusiness; 1992. 338 p. ISBN: 978-0887305665.
20. ТЕПЛОВ, Е.М. *Ум полководца*. Москва: Педагогика, 1990. 203 с. ISBN: 5-7155-0254-3.



Secțiunea I

CZU 159.922.8:37.013

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И САМОКОНТРОЛЯ СОВРЕМЕННОГО ПОДРОСТКА

Jana RACU, dr. hab., prof. univ.,
Eleonora BABII, asist.univ.,
Universitatea de Stat din Moldova

Abstract: *The article presents the results of a pilot study of the relationship between such personality parameters in adolescence as self-esteem and self-control. It was found that the subjects were characterized by average levels of these parameters. For most of the components by which self-esteem was studied (morality, will, independence, creativity, harmony and extroversion), the majority of adolescents have average scores. Thus, the higher the self-esteem of adolescence, the higher the levels of their self-control.*

Key words: *adolescent, self-esteem, self-control.*

Введение. Проблема самоконтроля и самооценки, а также их соотношения в структуре личности является актуальной в подростковом возрасте по нескольким причинам.

Во-первых, в этот возрастной период происходят значительные изменения в психологическом и личностном развитии школьника. Подростки начинают осознавать и искать свое место в обществе, что детерминирует их самоконтроль и самооценку.

Во-вторых, указанные параметры являются важными факторами, которые влияют на обучение в школе и развитие личности в целом. Если подросток имеет низкий самоконтроль и низкую самооценку, это может привести к плохой успеваемости и негативным последствиям для его развития.

В-третьих, в данном контексте необходимо изучение характера взаимосвязи между самоконтролем и самооценкой. Выявление указанных закономерностей позволит педагогам и родителям учитывать основные личностные образования для оптимизации самоконтроля и самооценки подростка.

В психологии обозначенная выше тематика изучалась такими учеными как Я. Л. Коломинский, Ч. Кули, Р. Берне, С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский, В.И. Ковалёв, А.Н. Леонтьев, П.М. Якобсон, К. Левин, У. Джеймс и др.[1, 2, 4, 5, 6]

В рамках нашего пилотажного исследования изучалась взаимосвязь между самооценкой и самоконтролем в подростковом возрасте.

Мы предположили, что существует взаимосвязь между уровнем самооценки и самоконтроля у подростков, т. е. подростки с высоким уровнем самооценки имеют высокий уровень самоконтроля в учебной и социальной сферах, и наоборот.

Методы исследования. Для проверки гипотезы в исследовании использовались следующие стандартизированные методики для измерения уровня самооценки и самоконтроля у подростков:

1. Тест самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан.
2. Методика «Самооценка личности», автор О.И. Мотков.
3. Методика диагностики самоконтроля в общении М. Снайдера.

Количественная обработка эмпирических данных была проведена с использованием критерия Пирсона. В исследовании участвовало 60 подростков в возрасте от 13 до 16 лет.

Результаты, их обсуждение. В продолжение представим описание, анализ и интерпретацию полученных результатов.

В таблице 1 представим данные диагностики уровня самооценки испытуемых по методике Дембо-Рубинштейн, в модификации А.М. Прихожан [3].

Таблица 1. Самооценка у подростков: распределение по уровням

Уровень самооценки	Количество респондентов	%
Низкий (Меньше 45 баллов)	4	6,67
Средний (от 45 до 59 баллов)	23	38,33
Высокий (от 60 до 74 баллов)	29	48,34
Очень высокий (от 75 до 100 баллов)	4	6,66

Анализ полученных данные показал, что для 29 подростков (48,34%) характерен высокий уровень самооценки, что указывает на их позитивное отношение к себе и своим достижениям. Они чувствуют уверенность в себе и своих способностях, что может способствовать их личностному росту. Высокий уровень самооценки свидетельствует о позитивном отношении школьника к себе и своим достижениям в учебной деятельности. Такие подростки уверены в своих способностях и успешности, что может стимулировать их к новым достижениям. Однако, высокая самооценка может приводить к недооценке сложностей и препятствий, а также провоцировать потенциальные неудачи. В целом, здоровая самооценка должна быть высокой, чтобы поддерживать уверенность школьника в себе и своих возможностях, но при этом не должна приводить к самонадеянности и недооценке рисков.

Средний уровень самооценки выявлен у 23 ученика (38,33%), что указывает на то, что они не слишком завышают или занижают свою оценку себя, но имеют потенциал для развития положительного отношения к себе. Ученики со средним уровнем самооценки оценивают себя достаточно объективно, но при этом не обладают высокой уверенностью в своих способностях. Они имеют потенциал для развития положительного отношения к себе через укрепление своих достижений и увеличение уверенности в себе.

Низкий уровень самооценки зафиксирован у 4 учеников (6,67%), что свидетельствует об их недостаточном уважении к себе, которые связаны с проблемами в учебе. Например, неудачи вызывают у подростка чувство неполноценности или не востребованности, а неудачи в учебе могут вызывать чувство неспособности.

Очень высокий уровень самооценки выявлен у 4 респондентов (6,66%), что указывает на здоровое уважение к себе, позитивное отношение к жизни и достижениям. Подростки с высокой самооценкой часто чувствуют себя более уверенно, принимают решения и действия, которые способствуют их личному росту и прогрессу в учебной деятельности. Однако высокий уровень самооценки может приводить к слишком высоким ожиданиям от себя и других, что влияет на разочарование и провоцирует стресс, если эти ожидания не оправдаются. В указанном контексте важно иметь здоровое и реалистичное отношение к себе и своим достижениям.

Для более детального анализа самооценки различных параметров использовалась методика «Самооценка личности» автора О.И. Мотков [7], результаты испытуемых по которой представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты испытуемых по методике «Самооценка личности» (СЛ)

Шкалы СЛ	Показатели подростков %			
	Низкий	Средний	Высокий	Псевдовысокий
Нравственность	18,33	63,34	18,33	-
Воля	25	60	15	-

Самостоятельность	13,33	76,67	8,33	1,66
Креативность	16,66	66,67	16,66	-
Гармоничность	13,33	73,34	13,33	-
Экстраверсия	16,66	68,34	13,33	1,66
Общая самооценка	18,33	65	16,67	-

Анализ полученных данных показал, у подростков преобладает средний уровень интегративной самооценки личности, т.к. он был выявлен у 39 испытуемых (65%). Подростки не завышают и не занижают свою самооценку и имеют потенциал для развития положительного отношения к себе.

Низкий уровень СЛ выявлен у 11 подростков, т.е. 18,33%. Высокий уровень СЛ отмечен у 10 респондентов (16,67%). Для большинства подростков изучаемой выборки установлен средний уровень интегративной самооценки личности. Данный факт указывает на то, что учащиеся в целом обладают достаточной способностью к самоорганизации, планированию и контролю своей деятельности, но они нуждаются в дополнительной поддержке и развитии этих навыков.

Однако, отметим, что примерно пятая часть подростков имеют низкий уровень самооценки, что свидетельствует об определенных трудностях в оценивании себя. Это приводит к неэффективности в их учебной деятельности и приводит к снижению уровня образовательных достижений. Низкая самооценка обусловлена различными факторами, такими как негативные убеждения о себе, отсутствие поддержки со стороны окружающих, критическое отношение к своим достижениям, неудачи в учебе или личной жизни, а также депрессия и тревожность. Этим школьникам требуется дополнительная поддержка для развития позитивного отношения к себе и своим способностям.

Высокий уровень СЛ был выявлен у шестой части респондентов, для которых характерно наличие лидерских качеств, они могут быть образцом для подражания остальным ученикам. Высокая самооценка указывает на здоровое уважение себя, позитивное отношение к жизни и достижениям. Такие школьники более уверены в себе и своих способностях, что помогает им лучше справляться с трудностями и достигать своих целей.

Таким образом, интегративная самооценка подростков важна для повышения их образовательных достижений и психологического благополучия.

В продолжение проанализируем результаты испытуемых по всем шкалам методики. Так, по параметру «Нравственность» выявлены следующие показатели: для более половины 38 подростков (63,34%) характерен средний уровень, что свидетельствует о сформированности у них базовой моральной ориентации с наличием потенциала для дальнейшего развития.

Низкий и высокий уровни зафиксированы, соответственно по 11 испытуемых (18,33%) для каждого из них. В школьной среде могут существовать как негативные, так и позитивные влияния на моральное развитие подростков. Данные результаты могут полезны для планирования и проведения педагогической работы по формированию нравственных качеств у подростков с учетом их текущего уровня.

По шкале «Воля» получены следующие показатели: у 36 респондентов (60%) выявлен средний уровень, который свидетельствует о способности подростков ставить и достигать цели, но они могут иногда испытывать трудности в самоконтроле и управлении своим поведением.

Низкий уровень зафиксирован у 15 подростков (25%), что указывает на их сложности в регуляции собственного поведения и принятии ответственности за свои поступки. Высокие значения характерны для 9 респондентов (15%), что свидетельствует об их высокой мотивации, нацеленности на достижение целей и способности к самоконтролю.

По шкале «Самостоятельность» получены следующие результаты: для большинства 46 подростков (76,67%) характерен средний уровень, что свидетельствует о наличии у них

как сильных, так и слабых сторон самостоятельности. Они способны выполнять некоторые задания самостоятельно, но в других ситуациях им нужна помощь и руководство со стороны учителей и родителей. Данный результат указывает на необходимость развития у школьников навыков самостоятельности: например, в этом направлении помогают задания, требующие применения креативности, принятие решений и риска. Самостоятельность развивается в ходе обучения подростков методам организации работы, планирования, самоконтроля и анализа результатов деятельности.

Важно отметить, что средний уровень самостоятельности является приемлемым результатом, т.к. может быть связан с особенностями личности и возрастными характеристиками. Главное, чтобы подростки имели возможность формировать указанные навыки и не теряли мотивацию к обучению в школе.

Низкий уровень зафиксирован у 8 испытуемых (13,33%), что свидетельствует о необходимости дополнительной работы по развитию у них самостоятельности. Низкий уровень данного качества негативно влияет на успеваемость и общую учебную мотивацию школьников. В таких случаях необходимо проводить специальные занятия, направленные на развитие самостоятельности и организовывать учебный процесс таким образом, чтобы ученики имели возможность его проявлять. Важно учитывать индивидуальные особенности учеников, подбирать и применять подходящие методы работы с ними.

Высокий уровень выявлен у 5 подростков (8,33%), что указывает на их хорошую мотивацию к обучению и способность к самостоятельной учебной деятельности. Они лучше справляются с учебными заданиями и более активно участвуют в учебном процессе, что обеспечивает им более высокие результаты в учебе. Однако, высокий уровень самостоятельности не является единственным фактором успеха в учебе, и эти ученики могут нуждаться в дополнительной поддержке и помощи со стороны педагогов и родителей.

В изучаемой выборке у одного школьника выявлен псевдовысокий уровень самостоятельности, что указывает на определенную неадекватность им оценки своих возможностей. Данный факт детерминируется недостаточной осознанностью своих сильных и слабых сторон, или с переоценкой способностей. В таком случае, необходимо помочь школьнику более реалистично оценивать свои возможности, чтобы его учебная мотивация не пострадала от несоответствия реальности его ожиданиям.

По шкале «Креативность» были получены следующие показатели: у 40 респондентов (66,67%) выявлен средний уровень, что указывает на их потенциал к творческой деятельности, а также необходимости дальнейшего развития и стимулирования этой способности. В данном направлении важны новые задачи и проекты, которые позволят школьникам проявлять свои творческие способности. Вместе с тем, можно использовать различные методики и техники, направленные на развитие креативности, чтобы помогать школьникам осваивать новые навыки и приобретать опыт творческой деятельности. При этом, важно поощрять подростков, признавать и поддерживать их творческие достижения, а также укреплять уверенность в своих способностях.

Низкий уровень зафиксирован у 10 испытуемых (16,66%), что указывает на недостаток их творческой активности и нехватки креативности. Данный факт свидетельствует о том, что они испытывают трудности при выполнении творческих заданий и им нужна дополнительная помощь, а также поддержка учителей и родителей для развития креативности. Так, для формирования творческих способностей у подростков помогают специальные тренинги и занятия, направленные на развитие творческого мышления и умения генерировать новые идеи. В указанном контексте необходимо создать благоприятную атмосферу в классе, которая позволит школьникам чувствовать себя комфортно и свободно выражать свои мысли и идеи.

Высокий уровень креативности и потенциал для творческой деятельности выявлен у 10 респондентов (16,66%). Эти школьники нуждаются в более сложных и интересных заданиях, которые стимулируют их творческие способности.

Представим результаты испытуемых по шкале «Гармоничность»: у 44 подростков (73,34%) выявлен средний уровень данного параметра, что указывает на определенную степень баланса между различными аспектами их жизни. Однако, этот уровень может быть улучшен с помощью развития навыков и соответствующих качеств. Школьники со средним уровнем гармоничности отличаются уверенностью в своих действиях, но все же нуждаются в развитии более глубокого чувства гармонии и баланса в жизни. Возможно, им требуется обратить внимание на свой режим дня, установить приоритеты, научиться управлять личным временем и эмоциями, чтобы достигать более высокого уровня гармоничности в разных сферах жизнедеятельности.

Низкий уровень гармоничности зафиксирован у 8 испытуемых (13,33%), что указывает на некоторые проблемы в балансе между различными аспектами их жизни, такими как учеба, личная жизнь, спорт, хобби и т.д. Эти школьники нуждаются в помощи и поддержке со стороны взрослых в развитии навыков управления своим временем и ресурсами для достижения более гармоничного баланса в своей жизни. Высокие показатели зафиксированы также у 8 подростков (13,33%), т.е. они могут быть примером для других сверстников и важно помогать им развивать указанные навыки и качества по гармонизации своей жизни.

По шкале «Экстраверсия» были получены следующие показатели: у 41 респондента (68,34%) был выявлен средний уровень, что свидетельствует о тенденции к социальной активности и взаимодействию с окружающими. Однако отметим, что по данному уровню не является характеристикой выраженной экстравертной личности. Эти школьники находятся в балансе между социальными контактами и личным пространством, и имеют потенциал для более высокой степени социальной активности.

Низкий уровень зафиксирован у 10 подростков (16,66%), что указывает на их интровертность и предпочтение индивидуальной деятельности перед социальными контактами. Эти школьники могут быть более скрытными и нуждаются в дополнительной поддержке со стороны сверстников и взрослых для развития навыков общения и социальной адаптации.

Высокий уровень также характерен для 8 испытуемых (13,33%), что свидетельствует об их выраженной экстравертности, потребности в общении и социальной активности. Эти школьники открыты и коммуникабельны, нуждаются в возможностях для проявления своих социальных навыков и лидерских качеств.

«Псевдовысокий» зафиксирован у одного подростка для которого характерно желание произвести впечатление и эмоциональную экспрессивность в социальных ситуациях. Однако, это может быть поверхностной чертой, а подросток нуждается в помощи в развитии более глубоких и продуктивных социальных навыков.

В продолжение представим результаты по методике оценки самоконтроля в общении М. Снайдера [8].

Таблица 3. Самоконтроль у подростков: распределение по уровням

Уровень самооценки	Количество респондентов	%
Низкий (0-3 балла)	4	6,67
Средний (4-6 баллов)	23	38,33
Высокий (7-10 баллов)	33	55

Анализ полученных данных выявил следующие закономерности. Так, у более половины подростков 33 (55%) выявлен высокий уровень самоконтроля. Указанный факт свидетельствует о том, что они обладают способностью контролировать свои эмоции, поведение, мысли и это полезно для достижения успеха как в учебе, так и в жизни в целом. Школьники с высоким уровнем самоконтроля лучше справляются со стрессом, управляют своим поведением и решают проблемы, что в свою очередь способствует развитию более здоровых и конструктивных взаимоотношений со сверстниками. Однако, слишком

высокий уровень самоконтроля приводит к избыточной самокритичности, перфекционизму и это негативно влияет на самочувствие и самооценку.

Средний уровень самоконтроля выявлен у 23 респондентов (38,33%), данный результат указывает на потенциал подростков для улучшения способности контролировать свои действия и реакции. Ученики имеют некоторые навыки контроля своих эмоций, поведения и мыслей, но есть еще место для улучшения и развития данной способности. Развитие самоконтроля может помочь подросткам более эффективно решать проблемы и достигать своих целей, а также уменьшить уровень стресса и тревоги.

Низкий уровень выявлен у 4 респондентов (6,67%), что указывает на проблемы в управлении своим поведением и эмоциями. Эти подростки нуждаются в дополнительной поддержке и тренингах для улучшения своего самоконтроля. Школьники с низким уровнем самоконтроля испытывают затруднения в контроле своих эмоций и поведения, что отрицательно сказывается на их успехах как в учебе, так и в жизни, в целом. Дополнительная поддержка со стороны родителей и педагогов может помочь им развить навыки самоконтроля и улучшить свои результаты.

В таблице 4 представим результаты количественного анализа выявления взаимосвязи экспериментальных переменных исследования.

Таблица 4. Коэффициенты корреляции Пирсона самоконтроля и самооценки

		Самооценка
Самоконтроль	Корреляция Пирсона	,389**
	Знач. (двухсторонняя)	,01
	N	60
**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).		

Анализ полученных данных, выявил значимую положительную корреляцию: $r=0,38$, $p < 0,01$ шкал «самоконтроля» и «самооценки» в исследуемой выборке подростков. Это свидетельствует о том, что подростки, с более высоким уровнем самоконтроля, имеют более высокую самооценку и наоборот, подростки с более низким уровнем самоконтроля склонны проявлять более низкую самооценку.

Для детального анализа взаимосвязи «самоконтроля» и каждого из компонентов самооценки личности был использован метод линейной корреляции Пирсона.

Таблица 5. Коэффициент корреляции Пирсона шкал СЛ и самоконтроля

		Нравствен- ность	Воля	Самостоя- тельность	Креатив- ность	Гармонич- ность	Экстра- версия	Общая самооценка
Само- контроль	Корреляция Пирсона	,221*	,474**	,702**	,197	,287*	,300*	,183
	N	60	60	60	60	60	60	60
**. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)								

Анализ полученных данных выявил наличие значимых положительных корреляций шкал «Самостоятельность», «Воля», «Экстраверсия», «Гармоничность» и «Нравственность» со шкалой «Самоконтроль». Так, у подростков с более высоким уровнем самоконтроля выше уровни самостоятельности, волевых качеств, экстраверсии, гармоничности и нравственности. Слабая связь существует между шкалами «Общая самооценка», «Креативность» и «Самоконтроль», в этом направлении требуются дополнительные исследования.

Выводы. Становление таких компонентов как самооценка, самоконтроль в подростковом возрасте является важным аспектом развития личности и оказывает значительное влияние на жизненные достижения и благополучие школьника. В эмпирическом исследовании установлено, что самооценка и самоконтроль взаимосвязаны. Высокий уровень самооценки подростка обеспечивает его способность к хорошему самоконтролю. Подростки с более высокой самооценкой могут быть более мотивированы и уверены в своих способностях для регулирования своего поведения и достижения поставленных целей. Подростки с низкой самооценкой напротив, несклонны к успешному самоконтролю. В указанном контексте педагогам и родителям требуется целенаправленная работа с этими школьниками для развития их положительной самооценки, укрепления самоуважения, уверенности в себе и самоконтроля.

Библиография

1. БЫКОВ, С.В. БОБРОВА, И.В. Самоконтроль как фактор формирования ответственности подростков. *Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия Психология*. 2012. № 2 (12). с. 11–14.
2. БИТЯНОВА, Н.Р. *Проблема саморазвития личности в психологии: Аналитический обзор*. М.: МПСИ; Флинта, 2012.
3. ПРИХОЖАН, А.М. *Исследование по методике самооценки Дембо-Рубинштейн*. <https://psychologos.ru/articles/view/80844-metodika-diagnostika-samoocenki-dembo-rubinstejn-modifikacia-am-prihozan>
4. ДЖЕЙМС, У., *Психология*. М.: Педагогика, 1991.
5. ЛИПКИНА, А. И. Самооценка школьника. М. Знание, 2015.
6. ЛЕВИН, К. Теория поля в социальных науках. М.: Академический проект. Психологические технологии. 2023. 343 с.
7. МОТКОВ, О.И. *Методика «Самооценки личности»*. <https://studfile.net/preview/2229520/>.
8. ШНАЙДЕР, М. *Методика диагностики оценки самоконтроля в общении*. <https://psylist.net/praktikum/00048.htm>

CZU 316.628:37.015.3

SUPRAMOTIVAREA INDUSĂ ȘCOLARILOR MICI DE CĂTRE PĂRINȚI ȘI DECLANȘAREA CONFLICTULUI INTERN

Cristina Maria STOICA, dr., prof. univ., doctor,
Universitatea „Petre Andrei”, Iași, România
Marta Iulina VICOL, dr., lect. univ., doctor,
Universitatea „Petre Andrei”, Iași, România

Cercetarea avut drept scop de a verifica dacă supramotivarea școlară exterioară exercitată de părinte, manifestată printr-un anumit pattern comportamental, influențează sau nu condițiile de dezvoltare a unor conflicte interne la școlarul mic. Cercetarea se înscrie în câmpul abordărilor teoretice ale psihologiei educației, al teoriilor referitoare la motivația școlară și a interpretărilor contingente ale fenomenului motivațional, cu referire la determinarea indicilor de corelație între motivația părinților și conflictele interne ale elevilor. Am considerat oportun să analizăm și problema stilurilor educative din familie, deoarece în urma cercetării s-a confirmat că unele dintre acestea pot avea o mare influență în privința declanșării conflictelor la școlarii de vârstă mică. Motivația prea puternică (supramotivarea), dar și prea scăzută (submotivarea) în activitatea de învățare poate conduce la eșec școlar și tocmai de aceea, am vizat măsurarea motivației în activitatea școlară, a dozării acesteia în raport cu complexitatea diferitelor sarcini de învățare.

Sănătatea fizică și mentală a elevului are de suferit, apar astfel manifestări comportamentale bizare și întreaga personalitate a copilului este zdruncinată, stima de sine fiind în scădere, iar apropierea de eșec este aproape inevitabilă. La baza acestor afirmații stau rezultatele acestei cercetări, în urma cărora s-a confirmat ipoteza inițială, și anume, că elevul de vârstă școlară mică, supramotivat de un părinte cu un pattern predominant autoritar, va dezvolta un conflict intern manifestat în principal în plan extern, prin deteriorarea relațiilor cu colegii săi, prin atitudini ostile față de aceștia.

Obiective, ipoteze și design-ul cercetării

Cercetarea, prin intermediul obiectivului central, și-a propus să verifice dacă supramotivarea școlară exterioară exercitată de părinte, manifestată printr-un anumit pattern comportamental, influențează sau nu condițiile de dezvoltare a unor conflicte interne la școlarul mic. La această vârstă (ciclul primar) motivația internă este puțin conturată, factorii motivaționali externi fiind destul de pregnanți în activitatea desfășurată de școlarul mic. Din acest considerent am evaluat supramotivarea ca fiind un element exterior subiectului, exercitat de către adult (părinte, bunic, persoana care se îngrijește de elev etc.) Întrucât conflictul intern nu poate fi remarcat cu ușurință, am analizat această variabilă prin prisma unui comportament social manifestat de școlarul mic față de covârșnici, operaționalizându-l sub forma nivelului de agresivitate verbală și atitudinală.

Ipoteza generală de la care am pornit în aceasta cercetare susține faptul că un elev mic fiind supramotivat școlar de către părinte printr-un pattern educațional predominant autoritar va dezvolta un conflict intern semnificativ mai crescut decât covârșnicul care va fi motivat corespunzător vârstei și potențialului său. Am considerat semnificativ pentru cercetarea noastră stabilirea gradului de influență a patternului educațional ca determinant al supramotivării școlare, ceea ce a facilitat elaborarea următoarelor ipoteze de lucru: determinarea unei supramotivări școlare va determina dezvoltarea facilă a conflictului intern la elevul de ciclu primar, în timp ce exercitarea unei motivări școlare optime, conform potențialului și resurselor elevului, va scădea semnificativ șansele de dezvoltare a conflictelor interne.

Pornind de la această ipoteză, am dorit să identificăm dacă există diferențe în privința gradului de dezvoltare a conflictului intern între școlarii care se găsesc sub influența a două forme diferite de motivare școlară, respectiv, o motivare optimă și una exacerbată. Astfel, am elaborat cea de a doua ipoteză de lucru: școlarii supramotivați care se găsesc sub influența patternului autoritar aflați într-o situație considerată stresantă, vor obține un scor la conflict intern/agresivitate semnificativ crescut comparativ cu elevii care prezintă aceleași caracteristici motivațional-educaționale, dar care se găsesc într-o situație non-stresantă.

Potrivit ipotezei generale, variabilele independente ale cercetării sunt: nivelul de motivare școlară resimțită: nivel optim vs nivel exacerbat; pattern educațional: democratic vs autoritar; tipul situației experimentale: situație stresantă vs situație non-stresantă. Variabila dependentă a reprezentat-o nivelul de conflict intern, operaționalizat prin atitudinea față de covârșnici, mai exact nivelul de agresivitate verbală și atitudinală manifestat de școlarul mic. Din combinația celor trei variabile independente au rezultat opt grupuri de subiecți implicați în cercetare, după cum se poate vedea mai jos, reprezentând design-ul cercetării:

Design-ul cercetării în cazul cercetării influenței supramotivării induse de părinți asupra declanșării conflictului intern la școlarul mic

V.I.1,2 V.I.3	Motivație optimă		Motivație crescută	
	Democratic	Autoritar	Democratic	Autoritar
t. Stresantă (situație experimentală)	Gr 1	Gr 2	Gr 3	Gr 4
t. Non-stresantă (grupuri de control)	Gr 5	Gr 6	Gr 7	Gr 8

Design-ul cercetării construit, de tipul 2x2x2 sugerează și modul în care au fost repartizate cele 8 grupuri de subiecți rezultate din combinarea variabilelor independente. Primele 4 grupe reprezintă grupul experimental, manipulat în condiții de stres, iar celelalte 4 grupe reprezintă grupul de control manipulat în condiții obișnuite. Privind din prisma nivelului motivațional, subiecții au fost clasificați în două categorii: cei care primesc din partea părinților sarcini adecvate resurselor și potențialului lor, respectiv elevii motivați exterior adecvat nivelului lor, iar în a doua categorie, elevii supramotivați (expectanțele și sarcinile trasate fiind superioare vârstei, potențialului și abilităților școlarului mic). Luând ca reper de analiză patternul educațional, constatăm cele două grupe: grupul subiecților care se află sub influența unui pattern educațional democratic, iar următorul grup reprezintă subiecții aflați sub influența unui model paideic, autoritar.

Instrumente de colectare a datelor și metodele statistice folosite

Cercetarea de tip explorator, are drept scop stabilirea manierei în care supramotivarea școlară exercitată de părinte asupra elevului de ciclu primar, manifestată printr-un anumit pattern educațional predominant autoritar, facilitează dezvoltarea într-un anumit grad a conflictului intern. Modelul educațional și nivelul motivației reprezintă indici operaționalizați prin intermediul unor chestionare care au fost aplicate părinților, concentrând astfel caracteristicile celor două variabile. Variabila dependentă - nivelul conflictului intern, reprezentând efectul variabilelor independente asupra școlarului mic, a fost evaluat prin chestionarul de agresivitate.

În vederea evaluării *patternului educațional* am elaborat un chestionar cu 20 de itemi, atât pozitivi, cât și itemi negativi, armonios randomizați. În elaborarea acestui instrument cantitativ, sugestii semnificative ne-au fost oferite de către instrumentul Parental Authority Questionnaire(PAQ), unde am luat în calcul doar modelul autoritar și cel democratic. Pattern-ul *laisse-faire* l-am exclus din considerente practice: părinții care manifestă un astfel de model educațional nu vor solicita propriilor copii un anumit standard și anumite performanțe școlare, ceea ce nu va determina o supramotivare și, nu va facilita dezvoltarea unui conflict intern semnificativ, cauzat de factorii menționați în acest studiu. S-a constatat că niciun subiect nu a obținut un scor care să-l încadreze în această categorie, ceea ce s-ar putea explica prin faptul că vârsta acestor copii necesită preocupări speciale din partea părinților și atunci aceștia se ocupă îndeaproape de ei urmând ca mai apoi să intervină o stare de mai puțină preocupare, sau părinții pot manifesta o tendință de a nu fi sinceri sau obiectivi în răspunsurile date la chestionare.

Ulterior am stabilit o gradare pentru fiecare model: un nivel crescut de autoritate, unul mediu și unul scăzut de autoritate, pattern-ul autoritar fiind considerat ca fiind în corelație mult mai puternică cu supramotivarea școlară solicitată și manifestată de părinți. În privința pattern-ului educațional democratic am utilizat aceeași tehnică de evaluare și gradare, stabilind un nivel crescut, mediu și scăzut. În cotarea răspunsurilor la itemii din chestionar s-a notat cu 1 pe acei părinți care manifestă un pattern permisiv, cu sume cuprinse între 20- 39, cu 2 pe cei democrațici cu sume între 40-79 și cu 3 pe cei autoritari cu sume între 80-100. S-a putut evidenția predominanța unui anumit model paideic: au fost luate în calcul doar extremele, fără a încerca să considerăm că un nivel scăzut al autorității ar reprezenta un nivel optim al modelului democratic. Pentru validarea chestionarului s-a calculat gradul de consistență internă a itemilor pentru fiecare scală și s-a obținut un scor Alpha Cronbach's: pattern autoritar $\alpha=0,70$; pattern democratic $\alpha=0,61$.

Întrucât la vârsta școlară mică motivația internă este puțin conturată, semnificativă este motivația externă manifestată de către părinți prin diferite mijloace (stimulativ-pozitiv, persecutante). Pentru a evalua expectanțele părinților în privința performanțelor școlare ale celor 174 de subiecți implicați în cercetare, s-a construit un nou instrument cantitativ: un chestionar cu 20 de itemi, operaționalizând astfel *supramotivația*. Pentru a avea o imagine obiectivă asupra rezultatului am utilizat scala Likert în 5 trepte, care vizează atât *semnificația rezultatelor școlare pentru părinți*, cât și *tehnicile stimulative pentru activitatea de învățare* folosite de aceștia.

O categorie aparte de itemi sunt cei care vizează *atitudinea părinților față de eșecul școlar temporar* (o notă mică, sau un calificativ sub așteptări). Scalarea Lickert a permis obținerea unui rezultat net asupra nivelului motivațional, astfel, s-a putut stabili un nivel scăzut, unul mediu și un

grad crescut al motivației. În funcție de scorul obținut cele 3 subscale ale nivelului motivațional au fost notate astfel: cu 1 cei submotivați cu sume cuprinse între 20-39; cu 2 cei optim motivați între 40-79 și cu 3 cei supramotivați cu sume între 80-100. Nivelul crescut, semnificativ peste medie a fost considerat ca fiind *indicele supramotivării școlare* manifestate de părinți. Coeficientul de consistență pentru acest instrument este $\alpha=0,82$.

Studiul variabilei dependente - *gradul de conflict intern manifestat de școlarul mic* a fost realizat în două condiții de evaluare: cea de control și cea experimentală. Am elaborat un instrument cantitativ cu 15 itemi, chestionarul *Cum sunt eu în relație cu ceilalți?* reprezentând o interogație care vizează diferite comportamente și atitudini sociale în raport cu covârșniciei, utilizând modelul oferit de Chestionarul de Agresivitate (Arnold R. Buss și Mark Perry), precum și de teoria de specialitate care a facilitat adaptarea instrumentului la vârsta subiecților implicați în cercetare. În procesul de elaborare a acestui instrument am ținut seama și de acele caracteristici ale copilului motivat peste potențialul său real. Acest inventar al trăsăturilor a trebuit să definească un copil supramotivat prin intermediul unor trăsături psihologice și să fie cotate în funcție de gradul lor de manifestare. Factorii au fost stabiliți după modelul chestionarului de agresivitate. Instrumentul a fost pretestat, iar calcularea coeficientului de consistență internă a permis înlăturarea itemilor indezirabili calitativ și creșterea validității instrumentului.

S-a evitat utilizarea scării pentru a preveni eventualele confuzii în rândul subiecților. S-a obținut în urma calculării coeficientului Alpha Cronbach's un scor $\alpha=0,83$ pentru nivelul total al agresivității, un $\alpha=0,73$ pentru agresivitate verbală și pentru agresivitatea atitudinală $\alpha=0,71$. A fost aplicat în două condiții diferite: de control, în cadrul unei ore la clasă, iar a doua situație, experimentală, s-a realizat înaintea unei lucrări de control inopinate. Efectul situației indezirabile, cea de evaluare neanunțată, a fost întărit și de atenționarea elevilor privind semnificația lucrării pentru media finală la respectiva disciplină. Înaintea lucrării de control, subiecții au fost rugați să completeze Chestionarul *Cum sunt eu în relație cu ceilalți?*, și după aceea au primit subiectele pentru lucrarea de control. Chestionarul a permis detalierea aspectelor semnificative legate de conflictele interne la școlarul mic, facilitând și creionarea unor sugestii semnificative pentru prevenirea și combaterea acestor aspecte indezirabile în activitatea școlară din ciclul gimnazial.

Lotul investigat

Cercetarea a fost desfășurată pe un eșantion de 348 de subiecți împărțiți în două loturi: elevi din clasa a III-a și a IV-a de la Școala cu clasele I-VIII, Iași reprezentând cel dintâi grup de subiecți (N=174), iar cel de al doilea lot l-au reprezentat părinții copiilor (N=174). Subiecții reprezentând elevii din clasele primare au fost împărțiți în două grupuri: 87 de copii au constituit grupul experimental propriu-zis (introdus în situația stresantă), respectiv 87 de școlari făcând parte din grupul de control (nu au fost supuși unei situații stresante).

Am optat pentru clasele finale ale ciclului primar întrucât în această etapă se constată o oarecare stabilitate și continuitate în conduita socială. Dacă la școlarul de clasa I se remarcă în cazul unei note mai mici reacții de tip exploziv însoțite de crize de plâns destul de lungi și foarte acute, ei motivându-și comportamentul prin faptul că vor fi certați de unul din părinți, frecvent de către mamă, la elevul de clasa a II-a se observă o accentuată rivalitate, încep să apară mici răutăți de genul jignirilor sau umilirilor, „răzbunarea“ pentru nota mai bună a colegului intră imediat în acțiune prin „vânarea“ faptelor acestuia și prin pâră. În clasa a III-a manifestările acestor elevi sunt asemănătoare cu cele din anul precedent. Aceștia încearcă să mascheze astfel de porniri răutăcioase. Spre sfârșitul clasei a IV-a aceste manifestări se mai reduc în intensitate, ceea ce stabilizează și echilibrează relațiile dintre colegi.

Am vizat pentru aceasta cercetare centrarea doar pe elevii din clasele a III-a și a IV-a; studiul acestui conflictului intern la primele clase primare necesitând predominant tehnici calitative: interviul semistrukturat, observația, convorbirea, ceea ce ar fi scăzut din obiectivitatea studiului (inevitabil ar fi intervenit și aspectele personale ale observatorului, grila proprie de evaluare a celor studiate etc). Variabila sex nu a fost luată în considerare în diferențierea elevilor, studiile de specilitate privind această problematică evidențiază faptul că la această vârstă nu există diferențe semnificative în privința manifestării conflictului intern. Subiecții, din ambele loturi (elevii și

părinții) au fost identificați în următoarele etape ale cercetării cu ajutorul numelor, precum și a numerelor de ordine, stabilite în urma completării instrumentelor aplicate.

Rezultate și interpretare

S-a urmărit identificarea manierei în care supramotivarea facilitează dezvoltarea conflictului intern la școlarul mic. Supramotivarea am evaluat-o din prisma exterioară, fiind indusă de părinți prin diferite pattern-uri educaționale. Influența modelului paideic utilizat de părinți asupra gradului de motivație este dovedită de corelația semnificativă între cele doi factori. Detaliind această corelație între cei doi factori am dorit să evidențiem dacă între cele două modele educaționale, pentru fiecare în parte, și gradul de motivare indusă de părinți există o anumită legătură. Există o corelație direct proporțională semnificativă între patternul autoritar și nivelul de motivație manifestat de părinți ($r = 0,55$, la un nivel de probabilitate de 0,01). În ceea ce privește patternul democratic, corelația cu nivelul expectanțelor părinților în ceea ce privește reușita școlară este scăzută, ($r = 0,17$, la un nivel de probabilitate de 0,05). Între cele două modele educaționale există o legătură destul de scăzută, cu valență negativă, $r = -0,21$ (la un nivel de probabilitate de 0,05).

În cazul părinților care exercită un stil educațional normativ absolut, conform principiului: *nimic nu este mai presus de lege*, a căror justificare asupra diferitelor acțiuni este exprimată prin sintagma: *sunt mama / tatăl tău! Nu discutăm!*, care evaluează orice formă de manifestare a copilului ca pe o „rebeliune“, este distant, impunând efortul muncii și al respectului, care stimulează dezvoltarea unei personalități obediente, perfecționiste, dar care va cauza o stimă de sine scăzută, cu dificultăți de adaptare și comunicare pentru adultul în devenire, există o probabilitate foarte mare de a regăsi un nivel motivațional supraevaluat. Acești părinți, adepți ai stilului autoritar, își vor evalua nerealist copiii, vor dezvolta grile de „succes școlar“, net superioare potențialului real al școlarului mic, orice abatere de la aceste standarde fiind percepută ca un eșec.

Părinții autoritari își vor supramotiva copiii mult mai mult decât părinții care manifestă un pattern democratic, întrucât aceștia sunt susținători ai principiului egalității, sunt deschiși spre nou, indulgenți, capabili să perceapă și să evalueze mai exact potențialul real al propriului copil. Este și suficient de autoritar pentru a impune o disciplină riguroasă, îl învață pe copil să accepte regulile și să îndeplinească eficient sarcinile, considerându-l membru al familiei responsabil. Expectanțele părinților și sarcinile vor fi în consonanță crescută cu potențialul real al copilului. Evaluând corelația strict din prisma caracteristicilor acestor două pattern-uri ne este ușor să înțelegem valorile statistice privitoare la slaba legătură, negativă dintre acestea două. Aceste pattern-uri nu se exclud reciproc, dar particularitățile acestora pot da impresia unei relații invers proporționale. Cu cât va crește nivelul de flexibilitate, empatie, încredere a părintelui în capacitate copilului, cu atât normativitatea absolută, expectanțele supramotivante, șansele de dezvoltare a conflictelor interne vor scădea.

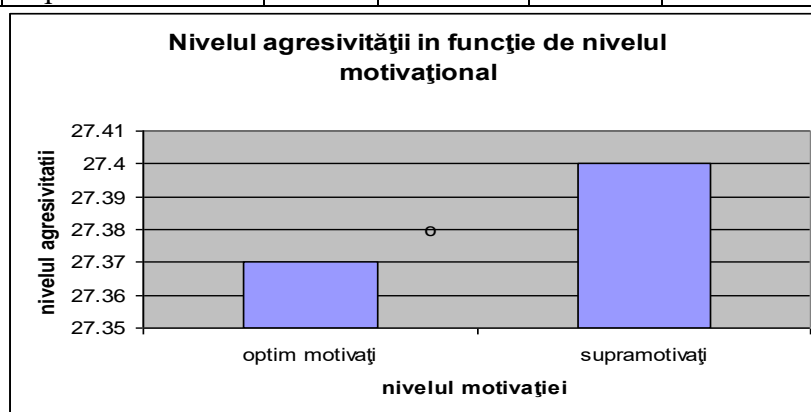
Apare o corelație semnificativă între variabilele *total conflict* și pattern-urile educaționale manifestate de părinți. În cazul pattern-ului predominant autoritar (exprimat în tabel prin variabila *sumă autoritate*) se observă o corelație direct proporțională semnificativă ($r = 0,30$, la un nivel de probabilitate de 0,01) cu nivelul de agresivitate manifestat de copiii supramotivați. Cu cât valoarea expectanțelor manifestate de părinții autoritari va crește, determinând supramotivarea școlarului mic, cu atât se va remarca un nivel mai accentuat al conflictului intern exprimat printr-un comportament agresiv pregnant față de covârșnici. În ceea ce privește legătura dintre patternul democrat (exprimat prin variabila *sumă democrat*) și nivelul de agresivitate manifestat de copii, se poate remarca o slabă corelație, cu valență negativă, de unde rezultă că un comportament și o atitudine deschisă, flexibilă, empatică manifestată de părinte poate reprezenta într-o anumită pondere un factor care poate reduce apariția și dezvoltarea unui conflict intern la școlarul mic, adică manifestare unei conduite agresive, verbal și/sau atitudinal față de colegii săi. Corelația dintre cele două patternuri din prisma agresivității este semnificativ invers proporțională.

Având ca punct de plecare ipoteza conform căreia nivelul motivațional exacerbat impus de părinte va induce declanșarea unor conflicte interne la școlarul mic, am verificat, mai întâi, cum resimt elevii sarcinile cerute de părinți ca fiind supramotivaționale. Verificarea acestei ipoteze a

presupus calcularea *testului T pentru eșantioane independente* pentru compararea rezultatelor obținute la chestionarul de agresivitate al copiilor optim motivați cu a celor care sunt motivați peste nivelul dezvoltării lor intelectuale.

Tabelul 1: Statistica testului T pentru compararea nivelului de agresivitate a celor două categorii de subiecți în funcție de nivelul motivațional (optim motivați / supramotivați)

		N	Medii	t (171)	Prag de semnificație (p)
Nivel de agresivitate	Motivație optimă	116	27,37	-	0,98
	Motivație superioară	57	27,40		



Din lotul de 174 subiecți adulți investigați am constatat că 116 dintre aceștia își motivează optim copiii, 57 de elevi resimt sarcinile trasate de părinți ca fiind supramotivante, iar un elev are o motivație sub limită. În ceea ce privește gradul de conflict manifestat de lotul de copiii, deși există o diferență între mediile celor două grupe de copii (optim motivați și supramotivați), această diferență nu este semnificativă. Elevii aflați sub influența supramotivată a părinților nu vor dezvolta mai ușor un conflict intern, comparativ cu elevii care resimt sarcinile și expectanțele părinților ca fiind adaptate potențialului lor.

Ipoteza potrivit căreia: *determinarea unei supramotivări școlare va determina dezvoltarea facilă a conflictului intern la elevul de ciclu primar, în timp ce o motivare școlară optimă, conform potențialului și resurselor elevului va scădea semnificativ șansele de dezvoltare a conflictelor interne este infirmată.*

Nivelul supramotivat asociat cu un model educațional predominant autoritar facilitează dezvoltarea unor conflicte interne la școlarul mic, manifestate prin diferite conduite și atitudini ostile, chiar agresive față de covârșnici. *Stilul autoritar*, care se manifestă față de copii printr-o intensitate crescută a pretențiilor, un nivel ridicat al cerințelor și controlului dar cu nivel scăzut al înțelegerii, al suportului afectiv; acest stil impune ascultarea, obediența, copiii sunt încărcăți de probleme, reproșuri, nu li se respectă independența și individualitatea. Odată cu creșterea nivelului de motivație școlară indusă de părinți, manifestată de cele mai multe ori printr-un pattern autoritar se vor dezvolta ușor conflictele interne la școlarul mic. Datele statistice au demonstrat că nu există o diferență foarte mare între agresivitatea verbală și cea atitudinală a școlarului mic față de covârșnici, între cele două forme manifeste de conflict intern existând o corelație destul de puternică ($r = 0,69$), reprezentând un nivel crescut de asociere între cele două variabile, dar nu și o relație de cauzalitate.

Tabelul 5. Corelația Pearson calculată între agresivitatea verbală și atitudinea ostilă față de covârșnici.

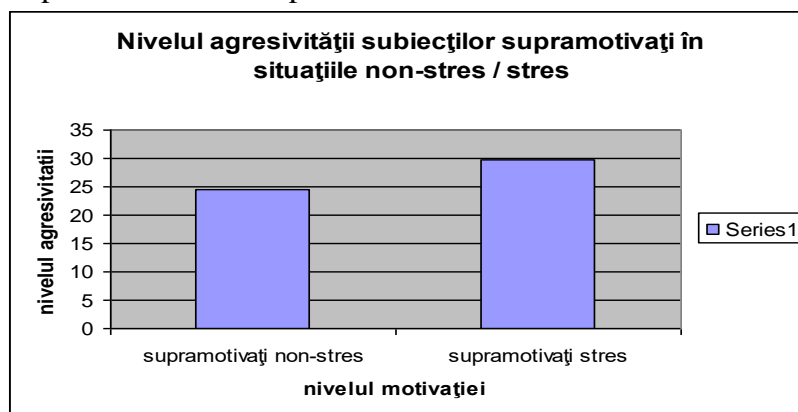
Întrucât un școlar mic provenit dintr-o familie ce exercită un pattern educațional autoritar va resimți mult mai accentuat supramotivarea exercitată de părinți și, deci, va dezvolta mult mai ușor conflictul intern, în acest sens am căutat să identificăm maniera în care o situație indezirabilă (o lucrare de control neanunțată) va întări mai mult supramotivarea copilului, având ca rezultat creșterea semnificativă a conflictului intern, manifestat de acesta printr-un comportament agresiv

față de covârșnici. Școlarul mic îeste la vârsta unui puternic atașament față de părinți, iar dorința de a respecta cât mai mult cerințele acestora reprezintă un factor semnificativ pentru această perioadă (există o relație de reciprocitate între părinți și elevii de ciclu primar: respectarea sarcinilor la standardele stabilite de adult atrage recunoașterea, gratificarea, lauda față de ceilalți).

Tabelul 2: Statistica testului T pentru compararea nivelului de agresivitate a celor două categorii de subiecți (supramotivați stresați vs supramotivați non-stresați)

		N	Medii	t (55)	Prag de semnificație (p)
Nivel de agresivitate	Situație stresantă	32	29,70	-3,53	0,001**
	Situație non-stresantă	25	24,48		

** p este semnificativ pentru o valoare ≤ 0.05



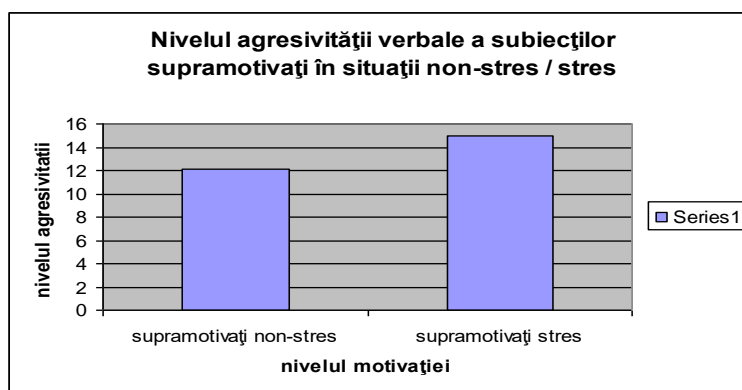
În urma analizei statistice am constatat că între cele două categorii de subiecți supramotivați, introduși în cele două situații experimentale (stres/non-stres) există diferențe semnificative în ceea ce privește gradul de manifestare a agresivității față de colegii lor. Elevii care au făcut parte din grupul experimental au dat răspunsuri care descriau mult mai multe comportamente agresive decât ceilalți.

Dacă atunci când au fost împărțiți în cele două loturi experimentale (stres/non-stres) numărul subiecților era de 28 elevi supramotivați în grupul experimental și 29 de elevi supramotivați în grupul de control, după aplicarea chestionarului și analiza statistică a datelor, am constatat că numărul elevilor supramotivați din lotul experimental a crescut la 32. Concluzionăm astfel că iminența unei lucrări de control, care urmează să evalueze nivelul cunoștințelor elevilor, are o semnificație importantă pentru ei, fapt ce declanșează anumite stări de tensiune și în rândul elevilor optim motivați, tensiuni ce pot determina dezvoltarea unor comportamente agresive, numai că în număr mult mai mic. Am vrut să vedem care tip de agresivitate se manifestă într-o proporție mai mare în cadrul celor două grupuri experimentale. Pentru aceasta am calculat testul T pentru cele două forme de agresivitate verbală și atitudinală.

Tabelul 3: Statistica testului T pentru compararea nivelului de agresivitate verbală a subiecților supramotivați introduși în situația stresantă cu cele ale subiecților supramotivați introduși în situația non-stresantă

		N	M	t(55)	p
Agresivitate verbală	Situație stres	32	14,97	-3,38	0,001**
	Situație Non-stres	25	12,12		

**p este semnificativ pentru o valoare $\leq 0,05$



Statistica testului T pentru nivelul de agresivitate verbală a elevilor supramotivați introduși în cele două situații stres/non-stres descrie diferența semnificativă între cele două medii obținute de subiecții investigați. Elevii supramotivați care urmează să fie evaluați prin intermediul lucrării de control manifestă un grad crescut de agresivitate verbală. Același lucru este evident și din analiza gradului de manifestare a agresivității atitudinale. Se observă o tendință spre agresivitate a unor elevi supramotivați, agresivitate care poate avea mai multe cauze, așa cum am mai precizat. Faptul că aceste manifestări cresc în intensitate când elevul este evaluat înseamnă că evaluarea în sine constituie pentru acesta o tensiune psihică sporită care îl face să nu-și mai poată controla impulsivitatea.

Mecanismul unor astfel de stări poate fi antrenat de o serie de analogii pe care copilul le face față de lucrarea neanunțată. Acesta gândește că nu știa că va fi evaluat lucru care i-ar fi permis o pregătire suplimentară, că obținerea unui rezultat sub standardul său îi va micșora media, fapt ce va atrage asupra lui oprobiul celor apropiați, sau că reacția colegilor săi va fi una care îl va afecta. Aceste analogii duc la declanșarea unor atitudini agresive manifestate față de colegi, deoarece cu ei se află în competiție, cu ei este comparat în privința rezultatelor, grilele de evaluare aflându-se în raport direct cu rezultatele celor mai „buni”.

Tabelul 4: Statistica testului T pentru compararea nivelului de agresivitate atitudinală a subiecților supramotivați introduși în situația stresantă cu cele ale subiecților supramotivați introduși în situația non-stresantă.

		N	M	t (55)	p
Agresivitate atitudinală	Situație stresantă	32	13,66	-2,96	0,004**
	Situație non-stresantă	25	11,36		

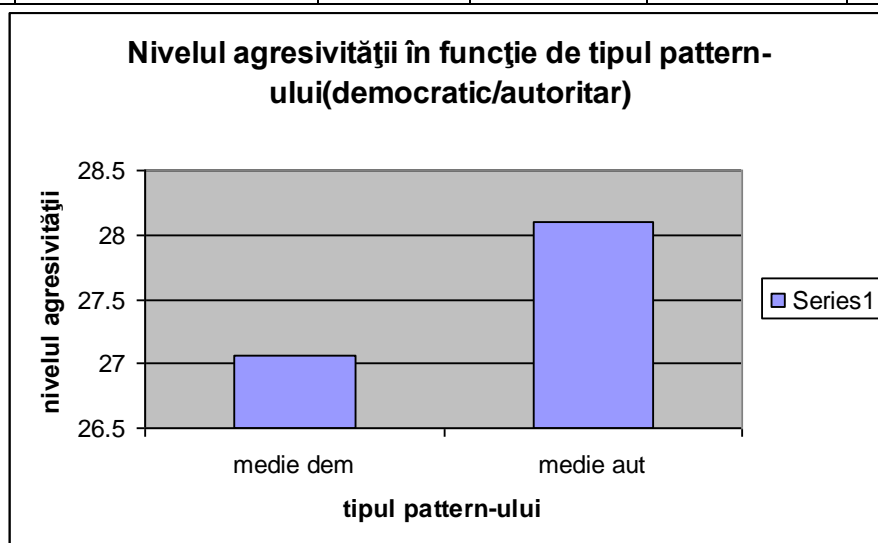
**p este semnificativ pentru o valoare $\leq 0,05$



În ceea ce privește influența tipului de pattern educațional asupra declanșării conflictului intern la școlarul mic, cercetarea de față a evidențiat următoarele date statistice:

Tabelul 8: Nivelul de agresivitate a celor două categorii de subiecți în funcție de patternul educațional exercitat (democratic/autoritar)

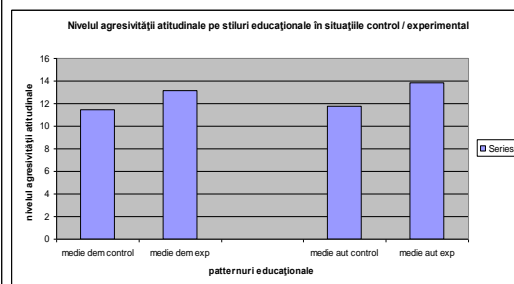
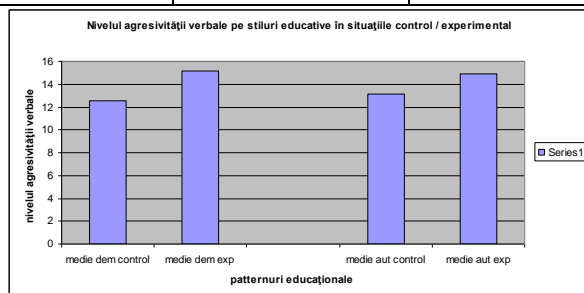
		N	M	t (172)	p
Nivel de agresivitate	Pattern democrat	117	27,07	-1,13	0,025**
	Pattern autoritar	57	28,10		



Pattern-ul autoritar manifestat printr-un nivel crescut al cerințelor și al controlului, asociat cu un nivel scăzut al empatiei față de potențialul și starea copilului, facilitează semnificativ dezvoltarea conflictelor interne. Pentru a fi și mai elocvente concluziile desprinse din cercetare se evidențiază situația gradului de manifestare a agresivității în cele două condiții testate, condiția de control, cea non-stresantă și condiția experimentală, cea stresantă.

Tabelul 5: Nivelul agresivității subiecților în funcție de patternul educațional exercitat în fiecare din condițiile non-stres/stres

Nivelul de agresivitate	Patternul		Grup control	Grup
			Non -stres	experimental
Agresivitate verbală	democratic		12,54	15,12
			t (115)=-4,79	p**=0,00
Agresivitate atitudinală	democratic		11,43	13,14
			t (115)=-3,31	p**=0,001
Agresivitate verbală	autoritar		13,12	14,87
			t(55)=-2,35	p*=0,020
Agresivitate atitudinală	autoritar		11,76	13,84
			t(55)=-2,66	p*=0,008



Se observă că între cele două situații (control/experimental) există diferențe semnificative în gradul de manifestare a conflictelor la școlarii mici. Astfel, cea de a doua ipoteză a acestei cercetări este confirmată. Astfel, putem afirma că o situație resimțită ca fiind stresantă, o situație care ridică

probleme asupra capacității de atingere a anumitor standarde reprezintă un indiciu clar asupra efectului supramotivării școlarului mic în ceea ce privește conflictul intern.

În cazul unei situații resimțită ca fiind stresantă, școlarul mic motivat peste potențialul său va manifesta față de covârșnici atât un nivel mai crescut de agresivitate verbală cât și diferite forme ale agresivității atitudinale. O lucrare de control inopinată poate reprezenta o cale prin care copilul să nu atingă anumite niveluri calitative considerate dezirabile de către părinte, ceea ce creează o puternică tensiune internă (gradul și calitatea cunoștințelor însușite și evaluarea neanunțată), resimțită puternic de școlarul mic, ceea ce va scădea capacitatea de control a tensiunilor psihice, de management optim al energiilor necesare rezolvării satisfăcătoare a sarcinilor, având ca rezultat final afectarea semnificativă a toleranței și a spiritului de cooperare față de covârșnici și, în ultimă instanță va manifesta un comportament agresiv (atât atitudinal cât și verbal) față de colegii de clasă.

Am constatat că între mediile obținute la agresivitate verbală în cele două situații ale pattern-urilor democratic și autoritar în condiții experimentale, există o diferență. Scorul obținut de copiii cu părinți democrați este mai mare decât al celor cu părinți autoritari, lucru ce ar putea fi explicat printr-o stare de autocontrol, știut fiind faptul că agresivitatea este detestată atât de părinți cât și de cadrele didactice. Analiza celor două ipoteze de lucru demonstrează influența nefastă a supramotivării exercitată de părinți asupra atitudinii și comportamentului școlarului mic, în special cu covârșnicii. Această problematică este tot mai des ridicată de către cadrele didactice din școlile primare și se dorește utilizarea unor tehnici de îmbunătățire a aspectului motivațional la școlarul mic, fără a-i afecta grila de nevoi și priorități.

Concluzii

Cercetarea reprezintă o sinteză teoretică a principalelor acumulări rezultate din studiul motivației, dar mai ales a diferitelor tipuri și grade ale conflictului. Vârsta școlară mică reprezintă un important episod din dezvoltarea viitorului adult, pe lângă acumularea informațiilor de bază la diferite discipline indispensabile studiului ulterior, acum au loc semnificative procese de dezvoltare. După Erikson, Piaget, Kohlberg, etapa de vârstă a claselor primare reprezintă *stadiul dezvoltării psihosociale: hărnicie vs inferioritate* (este etapa în care copiii trebuie sprijiniți în diferite activități constructive, limitând cât mai mult comparațiile cu covârșnicii). Acum are loc o creștere din punct de vedere cognitiv, când se dezvoltă operațiile concrete ale gândirii și are loc începutul *operațiilor formale*.

Prin cercetare s-a verificat dacă supramotivarea poate reprezenta un factor explicator pentru conflictele interne întâlnite tot mai des la clasele primare, mai exact, dacă elevul mic fiind supramotivat școlar de către părinte printr-un pattern educațional predominant autoritar va dezvolta un conflict intern semnificativ mai crescut decât covârșnicul care va fi motivat corespunzător vârstei și potențialului său. *Rezultatele obținute au confirmat ipoteza generală al acestui studiu.* Datele referitoare la dezvoltarea conflictului intern pot fi explicate prin intermediul unor stări indezirabile: teama școlarului mic față de reacția părinților, de a-i dezamăgi, de a fi comparați cu ceilalți sau de a fi admonestați sau de a-i fi interzise activitățile preferate etc. Acestea facilitează apariția și dezvoltarea conflictului de rol, care afectează mult imaginea de sine și încrederea în propriile forțe. Pentru a compensa unele eșecuri școlare, elevul din clasele primare încearcă să prevină eventualele trăiri indezirabile prin tehnici de minimalizare a situației: se „răzbună“ pe rivalul său, ironizându-l și persiflându-l, are o atitudine ostilă față de ceilalți (covârșnici și adulți), se compară cu alți copii percepuți ca rivali și care se găsesc într-o situație similară, ascunde carnetul de note etc.

Având rezultatele statistice care au dovedit clar faptul că un copil supramotivat va dezvolta un conflict interior mult mai ușor decât covârșnicul care va primi sarcini conform potențialului său, am dorit să accentuez acest fapt prin evaluarea școlarelor motivați superior, dar aflați în diferite situații: cele obișnuite, în timpul orelor, și o situație de evaluare inopinată. Situațiile evaluative neprevăzute declanșează mecanismele defensive, iar teama de a-i dezamăgi pe părinți devine acută, manifestând un comportament agresiv semnificativ mai crescut decât cei aflați în condiții obișnuite.

Datele statistice ne confirmă faptul că un părinte care manifestă pattern autoritar, fiind adeptul unui sistem normativ absolut, cu tendințe perfecționiste și care manifestă o autoritate semnificativă își va evalua copilul conform unor standarde, (create și impuse de el), net superioare acestuia, atât din prisma vârstei cât și potențialului real al acestuia (părintele își va proiecta rezultatele obținute de copil în funcție de dorințele proprii) și va pretinde anumite rezultate (calitativ și cantitativ), neatingerea anumitor „valori“ va fi interpretată ca nereușită, ceea ce va determina comparații severe cu ceilalți copii etc. Aceste condiții vor facilita apariția și dezvoltarea unei stime de sine scăzute, conflicte interne frecvente la școlarul mic.

Ca element compensatoriu, acești copii vor căuta să-și „elimine rivalii“ (covârșnicii cu care sunt comparați), prin comportamente agresive, atitudinale și verbale (le vor adresa diferite apelative persiflante etc). Aceasta se constată mult mai puțin la școlarii care provin din familii unde se practică un model predominant democratic. Acești copii sunt susținuți în activități de către părinți, fiind corecționați doar acolo unde este necesar. Agresivitatea manifestată de acești subiecți este doar un rezultat al interacțiunilor sociale caracteristice acestei vârste (clasa a IIIa, aIV-a), când se remarcă o creștere a nivelului competițional în clasă (olimpiade).

Această cercetare a vizat verificarea modului în care supramotivarea asociată cu anumite pattern-uri educaționale facilitează dezvoltarea conflictului intern. Prin rezultatele și instrumentele folosite, această lucrare poate constitui un punct de plecare pentru dezvoltarea unor strategii de intervenție în privința conflictelor interne, dar și sesiuni de consiliere pentru părinți, având drept scop dezvoltarea capacității de evaluare pertinentă a propriului copil, de ascultare și colaborare în vederea rezolvării diferitelor activități, sprijinirii și valorizării copilului, creșterea stimei de sine etc. Pornind de la aceste rezultate ar fi interesant de dezvoltat noi cercetări pentru a evidenția maniera de influență a nivelului economic al familiei, pregătirea profesională a părinților asupra condițiilor facilitatoare pentru un conflict intern. Gândind în perspectivă, ar fi util de studiat dacă un astfel de conflict intern nerezolvat, punându-și amprenta asupra personalității individului nu cumva poate favoriza dezvoltarea unor comportamente antisociale și deviante.

Bibliografie

1. Ausubel, D; Robinson, F.(1981), *Învățarea în școală. O introducere în psihologia pedagogică*, Editura Didactică și Pedagogică, București
2. Ciofu, C.(1989), *Interacțiunea părinți-copii*, Editura Științifică și Enciclopedică, București
3. Cosmovici, A (1996), *Psihologie generală*, Editura Polirom, Iași
4. Cosmovici, A, Iacob, L. (1996), *Psihologie școlară*, Editura Polirom, Iași
5. Crețu, C.(1997), *Psihopedagogia succesului*, Editura Polirom, Iași
6. Băran- Pescaru, A. (2004), *Parteneriat în educație*, București, Editura Aramis
7. Florea, N.A; Surlea, C.F; (2006), *Școala și Consilierea părinților*, Editura Aves, Craiova
8. Golu, M.(2003), *Fundamentele psihologiei*, Editura Fundației „România de mâine“, București
9. Golu, M. (1993), *Dinamica Personalității*, Ed Geneze, București
10. Iluț, P.(2005), *Sociopsihologia și antropologia familiei*, Editura Polirom, Iași
11. Milcu, M (2008), *Psihologia relațiilor interpersonale*, Editura Polirom, Iași
12. Popescu-Neveanu, P.(1995), *Psihologie*, Editura Didactică și Pedagogică, București
13. Radu, I; (1993), *Metodologie psihologică și analiza datelor*, Editura Sincron, Cluj Napoca
14. Roșca, Al. (1976), *Psihologie generală*, Editura Didactică și Pedagogică, București
15. Sălăvăstru, D.(2004), *Psihologia educației*, Editura Polirom, Iași
16. Stoica-Constantin, A.(2004), *Conflictul interpersonal*, Editura Polirom, Iași
17. Stoica-Constantin, A; Neculau, A (1998), *Psihologia rezolvării conflictelor*, Editura Polirom, Iași
18. Verza, E; Verza, F.E. (2002), *Psihologia vârștelor*, Editura Pro Humanitate, București
19. Zlate,M. (2006), *Psihologia mecanismelor cognitive*, Editura Polirom, Iași

STAREA DE BINE LA ADOLESCENȚI: DIMENSIUNI DEFINITORII

Iulia RACU, profesor universitar, doctor habilitat,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
Eujenia DRUȚĂ, doctorandă,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Abstract. *The article includes the foundation of the notion of well-being through the presentation of the models proposed by E. Diener and M. Seligman, influential figures in the field of positive psychology. It also outlines the characteristic and stages of adolescence. The specific aspects of well-being in adolescence are presented with a detailed highlighting of the factors that influence it. Among the factors that determine well-being in adolescence are external circumstances and individuals factors.*

Keywords: *well-being, explicative approaches, adolescence, well-being determinants*

Starea de bine a ajuns să fie un subiect privilegiat al psihologiei contemporane. Preponderent în ultimii ani starea de bine este investigată în contextul post pandemiei de Covid-19. Studiile raportează că sănătatea mentală a fost afectată în rândul populației ca efecte ale izolării sociale și a stresului economic și a determinat un număr în exces a cazurilor de anxietate și depresie. Totodată identificăm numeroase cercetări care pun în lumină relația dintre starea de bine și performanța la locul de muncă, starea de bine și activitatea fizică, starea de bine și practicile mindfulness și starea de bine și petrecerea timpului în natură [3, 9].

Analiza literaturii de psihologie pozitivă ne permite să menționăm că există multiple abordări ale stării de bine [3, 7, 9]. În continuare vom face referire la câteva dintre acestea: una dintre cele mai influente perspective care explică starea de bine (subjective well-being) este cea propusă de E. Diener. Psihologul E. Diener nu doar definește starea de bine ci și își aduce contribuția la evaluarea stării de bine. E. Diener conceptualizează starea de bine în mod multidimensional, astfel pentru el aceasta nu este doar lipsa suferințelor ci mai curând o experiență pozitivă a vieții / evaluare globală a vieții ce înglobează emoțiile pozitive, emoțiile negative, satisfacția de viață și sentimentul de împlinire personală. Individul care prezintă nivel înalt al stării de bine trăiește o viață în care prevalează emoțiile pozitive și o mulțumire de propria viață. Ținem să menționăm că E. Diener este autorul uneia dintre cele mai frecvent administrate scale de măsurare a stării de bine și anume *Satisfaction with Life Scale (1985)*. În cercetările sale E. Diener și colegii săi, R. Emmons, R. Larsen și S. Griffin demonstrează că starea de bine are conexiuni cu următoarele variabile: *sănătatea fizică, relațiile sociale, performanța profesională, și modul de adaptare și strategiile de coping*. Încă un aport fundamental al lui E. Diener este că acesta susține și promovează ideea că starea de bine poate fi educată și consolidată prin dezvoltarea unei perspective pozitive asupra vieții și a anumitor abilități de coping [3, 7, 9].

Încă un psiholog important din domeniul psihologiei pozitive este M. Seligman [3, 9]. Numele psihologului M. Seligman este asociat cu așa concepte cum sunt: starea de bine, fericirea și viața cu sens. În lucrările lui M. Seligman identificăm o accepțiune integrativă a stării de bine care include mai multe dimensiuni. Modelul explicativ a lui M. Seligman se numește *modelul PERMA al stării de bine* care conține cele 5 componente ale acesteia. În cele ce urmează vom descrie modelul PERMA:

1. *P – cuprinde emoțiile pozitive.* După M. Seligman emoțiile pozitive (bucurie, entuziasm, satisfacție și recunoștință) sunt indispensabile pentru starea de bine. Dezvoltarea emoțiilor pozitive este vitală, mai ales în fața obstacolelor și provocărilor vieții.
2. *E – angajament.* Angajamentul este un element cheie al stării de bine și reprezintă concentrarea și implicarea totală, de absorbție în activitățile de viață. Conform

acceptiunii lui M. Seligman indivizii care sunt dedicați și intens implicați în activitățile pe care le desfășoară (personale / profesionale) demonstrează nivel mai ridicat al satisfacției de viață și a împlinirii.

3. *R – Relații.* M. Seligman afirmă faptul că relațiile sănătoase, de sprijin / încurajare și autentice cu familia, prietenii, partenerii de viață sunt decisive pentru starea de bine, precum și pentru o viață plină de fericire.

4. *M – Sens.* M. Seligman menționează că o viață cu sens presupune prezența unui scop clar, care conferă o direcție vieții individului. Sensul vieții derivă din religie, din contribuțiile profesionale, ajutorul oferit celor din jur, etc. Oamenii ce trăiesc o viață cu sens sunt mai motivați să depășească dificultățile vieții și se caracterizează prin nivel ridicat de satisfacție.

5. *A – Realizare.* Atingerea obiectivelor și aspirațiilor în domeniile semnificative ale vieții (educație, carieră, sport) favorizează starea de bine. M. Seligman evidențiază că starea de bine nu se limitează doar la nivelul de mulțumire pe care omul o are față de propria viață, dar și la realizările semnificative ale acestuia [3, 9].

Asemenea ideilor expuse de E. Diener și M. Seligman afirmă că starea de bine a indivizilor poate fi îmbunătățită prin intervenții practice, propunând diverse tehnici și exerciții în acest sens [3, 9].

Din modelele explicative ale stării de bine propuse de E. Diener și M. Seligman vom menționa că starea de bine poate fi definită ca un concept complex care cuprinde experiența generală pozitivă a unui individ cu referire la propria sănătate fizică, bunăstare emoțională, satisfacție socială și împlinire personală. În starea de bine se regăsesc atât aspecte ce țin de trăiri subiective (cum ar fi fericirea, mulțumirea, viață cu sens) cât și de anumite condiții exterioare, care se consideră a fi obiective (disponibilitățile și posibilitățile financiare, mediu înconjurător armonios, etc.).

Este important să evidențiem că starea de bine are caracteristice distincte și factori variați care o determină pentru fiecare etapă a dezvoltării umane. Etapele dezvoltării umane prezintă diferit specific fizic, cognitiv și psihosocial și sunt conturate de diferite posibilități și provocări, toate acestea marcând starea de bine a individului.

O etapă semnificativă în dezvoltarea umană este adolescența (de la 14 la 19 ani, uneori până la 20/21 de ani) [1, 2, 5, 6]. F. Golu, G. Pănișoara, D. Papalia ș.a. abordează adolescența ca o trecere între copilărie și maturitate în care se evidențiază schimbări în domeniul fizic, cognitiv și psihosocial [1, 2, 5, 6]. Punctul de referință pentru adolescență este dezvoltarea identității de sine și asumarea diverselor responsabilități. În literatura de psihologie identificăm o împărțire pe stadii a adolescenței: *adolescența timpurie (14 – 15 ani)*, subetapă în care continuă maturizarea puberală și cea fizică precum și o explorare a identității cu o dependență vădită încă de adulți; *adolescența mijlocie (16 – 17 ani)*, adolescenții ajung să fie mai conștienți de cine sunt, grupul de semeni devine cel mai important, se produce o distanțare de părinți și alți adulți, se conturează propriul sistem de valori și adolescenții se implică în relații romantice și *adolescența târzie (18 – 21 de ani)*, se consideră a fi un pas spre vârsta adultă, în care se definitivează și se cristalizează identitatea de sine, în acești ani adolescenții iau decizii cu referire la propriul viitor în sfera educației, carierei și a relațiilor [1, 2, 5, 6].

De asemenea adolescența este vârsta marilor provocări, a confuziilor și tensiunilor, dintre cele mai intense vom lista: probleme ce țin de imaginea corporală, certurile cu părinții, presiunea socială și dificultățile emoționale cum ar fi anxietatea și stările depresive.

În ultimii ani, în cercetări se face referire la *starea de bine la adolescenți*. De modul cum se dezvoltă adolescentul și cum depășește provocările și riscurile vârstei va depinde starea de bine în etapele ulterioare ale dezvoltării umane: tinerețea și maturitatea [1, 4, 8].

Se consideră că starea de bine la adolescenți, nu este doar lipsa anumitor boli fizice și mentale cât și felul în care adolescenții trec cu o atitudine optimistă peste provocările și dificultățile vârstei.

Starea de bine la adolescenți este condiționată de multiple dimensiuni: *de afectivitatea adolescentină* (manifestarea atât a emoțiilor pozitive cum ar fi dragostea, bucuria, entuziasmul, fericirea cât și a emoțiilor negative: anxietate, depresie, tristețe, furie), *satisfacția de viață a acestora* (modul în care adolescenții percep calitatea vieții lor), *autoevaluarea și autoaprecierea personală* (existența sentimentului că sunt valoroși și cu capacitatea de a depăși provocările și greutățile) *precum și calitatea relațiilor interpersonale* (cu părinții, prietenii și colegii) [1, 4, 5, 6, 8].

Starea de bine în adolescență este determinată de circumstanțe exterioare și factori individuali. Întâi de toate vom prezenta și caracteriza circumstanțele exterioare: *mediul social, performanțele academice și relațiile sociale*.

Stilul de viață, regulile sociale și comunitatea în care cresc și trăiesc adolescenții au un rol cheie în starea lor de bine. Astfel în societățile contemporane persistă anumite standarde al frumuseții fizice și în acest context adolescenții pot dezvolta sentimente de incertitudine legate de propria imagine corporală.

D. Huebner cu referire la performanțele academice, menționează că adolescenții ce se simt capabili să facă față programei școlare, cei încurajați de cadre didactice, precum și cei cu succese la liceu au o stare de bine mai ridicată, comparativ cu cei care experimentează eșecuri școlare [apud 1].

J. Karreman consideră că esențiale pentru starea de bine a adolescenților este calitatea conexiunilor sociale, acei adolescenți care știu să stabilească relații pozitive, armonioase fundamentate pe încredere, respect și susținere prezintă o stare de bine mai bună. Adolescenții ce au parte de suport din partea părinților și a semenilor fac față într-un mod mai ușor transformărilor adolescenței [apud 1].

Din factorii individuali care condiționează nivelul stării de bine la adolescenți vom enumera: *emoțiile pozitive și negative, autoaprecierea și autoeficacitatea*.

S. Lyubomirsky evidențiază că foarte importante în starea de bine la adolescenți sunt emoțiile. Adolescenții ce trăiesc experiențe pozitive (succes academic, sunt implicați în diferite activități extra curriculare și activități de voluntariat) au șanse să trăiască o varietate de emoții pozitive [4]. Totodată R. Sapolsky punctează că experiențele dificile și traumatice din adolescență (conflictele sau bullying-ul) vor determina multiple emoții negative [8].

Un factor semnificativ ce este legat de starea de bine a adolescenților este autoaprecierea. Adolescenții cu o încredere în sine înaltă și autoapreciere pozitivă se caracterizează printr-o stare de bine mai bună.

Și autoeficacitatea este un factor esențial în starea de bine a adolescenților. Adolescenții ce simt că își pot influența viața, își pot asuma responsabilității și lua decizii dau dovadă de o stare de bine mai înaltă.

Este important să cunoaștem factorii care condiționează starea de bine la adolescenți, pentru că aceștia sunt puncte de plecare pentru educarea și îmbunătățirea stării de bine prin intervenții psihologice [1, 5, 6].

În concluzii pentru cele expuse vom formula următoarele constatări: există numeroase abordări ale stării de bine, cele mai influente modele explicative sunt cele propuse de E. Diener și M. Seligman. Starea de bine poate fi conceptualizată ca o experiență pozitivă a omului ce înglobează percepția cu privire la sănătatea fizică și cea mentală, satisfacția socială și împlinirea personală.

O etapă importantă în care starea de bine se dezvoltă și se consolidează este adolescența. Starea de bine la adolescenți poate fi influențată de o combinație a mai multor factori exteriori și individuali. Adolescenții ce beneficiază de suportul părinților și a comunității, trăiesc emoții pozitive, au relații sociale armonioase și au nivel ridicat al stării de bine.

Bibliografie:

1. ADAMS, G., BERZONSKY, M. *Psihologia adolescenței*. Tr. de D. Nistor, G. Oancea, A. Hrab, M. Andriescu. Iași: Polirom. 2009. 704 p. ISBN 978-973-46-1303-8.

2. GOLU, F. *Manual de psihologia dezvoltării. O abordare psihodinamică*. Iași: Polirom. 2015. 344 p. ISBN 978-973-46-5627-1.
3. MUNTELE HENDREȘ, D. *Starea subiectivă de bine. Consolidarea ei prin acțiuni psihologice*. Iași: Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. 2009. 393 p. ISBN 978-973-346-8
4. LYUBOMIRSKY, S. *The how of happiness*. United Kingdom: Penguin Books 2008. 384 p. ISSN 0143114956.
5. PAPALIA, D., WENDKOS OLDS, S., DUSKIN FELDMAN, R. *Dezvoltarea umană*. Tr. de A. Mîndrilă-Sonetto București: Trei. 2010. 832 p. ISBN 978-973-8471-414-0.
6. PÂNIȘOARA, G., SALĂVASTRU, D., MITROFAN, L. *Copilăria și adolescența. Provocări actuale în psihologia educației și dezvoltării*. Iași: Polirom. 2016. 308 p. ISBN 9789734660162
7. RACU, Iu., DRUȚĂ, E. Abordări teoretice ale stării de bine în psihologie În: *Practica psihologică modernă: Materialele conferinței științifice naționale cu participare internațională*. Chișinău: CEP UPS „Ion Creangă”. 2024. p. 57 – 61. ISBN 978-9975-46-942-5 (PDF).
8. SAPOLSKY, R. *De ce nu fac zebrele ulcer? Ce este stresul, cum ne îmbolnăvește și cum îl putem combate?* București: Contacte. 2018. 668 p. ISBN 978-606-72-2319-4.
9. SZENTAGOTAI-TĂTAR, A. DAVID, D. *Tratat de psihologie pozitivă*. Iași: Polirom. 2017. ISBN 978-973-46-6234-0.

CZU 37.015:613

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE - CHEIA SUCCESULUI ÎN PREVENIREA BOLILOR NETRANSMISIBILE LA TINERI

Mircea Tudor MAIORESCU, psiholog clinician, doctorand,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
Aurelia GLAVAN, neuropsiholog, doctor habilitat, profesor universitar,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Abstract: *Non-communicable diseases (NCDs), such as cardiovascular diseases, cancer, diabetes, and respiratory issues, are a growing global health challenge. The United Nations has prioritized their prevention, recognizing them as a major threat to global health and development. Lifestyle factors like smoking, poor diet, physical inactivity, and excessive alcohol consumption are key modifiable risk factors. The World Health Organization (WHO) projects that by 2030, NCDs will cause 52 million deaths, with low- and middle-income countries most affected.*

Health education is crucial in preventing NCDs, especially in young people. Early interventions can prevent a significant percentage of cardiovascular diseases, strokes, type 2 diabetes, and cancers. Promoting healthy behaviors such as balanced diets, physical activity, and avoidance of smoking and alcohol is vital. Collaboration between medical experts, educators, and policymakers is essential to implement effective health education programs, which should start from an early age to ensure long-term impact.

Keywords: *Non-communicable diseases, health promotion, risk factors, health education, prevention strategies.*

Actualitate. Bolile netransmisibile prezintă un subiect important de sănătate în întreaga lume, de aceea a și apărut necesitatea de a lua atitudine, privind prevenirea lor. Organizația Națiunilor Unite a poziționat bolile cornice netransmisibile în topul problemelor de pe agenda globală și a subliniat pericolul real pe care îl prezintă aceste afecțiuni pentru omenire, prevenirea lor constituind una dintre principalele priorități ale secolului XXI [7,8].

Bolile netransmisibile reprezintă un grup de afecțiuni care include bolile cardio-vasculare, cancerul, problemele de sănătate mintală, diabetul zaharat, bolile respiratoria cornice și afecțiunile

musculo-scheletare. BNT nu sunt doar o problem de sănătate, dar și o provocare de dezvoltare a tinerilor generații. Dezvoltarea alarmantă a bolilor netransmisibile devine o povară în creștere pentru dezvoltarea economică și bunăstarea unei părți mari din populație [8].

BNT au o etiologie multifactorială și rezultă din interacțiuni complexe între indivizi și mediul lor de existență, inclusiv posibilitățile lor de promovare a sănătății și combaterea vulnerabilității populației de risc [6,8]. Caracteristicile individuale (sex, etnie, predispoziție genetică) și factorii de protecție a sănătății (capacitatea de adaptare emoțională), împreună cu determinantele sociale, economice și de mediu (venituri, educație, condiții de viață și de muncă), determină diferențele de expunere și vulnerabilitatea indivizilor la condițiile compromițătoare ale sănătății. Aceste determinante de bază, influențează oportunitățile de sănătate, căutarea comportamentului și a stilului de viață sanogen [9].

OMS consider creșterea incidenței bolilor netransmisibile o epidemie și estimează că această epidemie va duce la decesul a 52 milioane de persoane până în anul 2030, cu afectarea țărilor cu venituri mici și medii. Din cele șase regiuni ale OMS, regiunea europeană este cea mai afectată de boli netransmisibile, majoritatea BNT fiind bolile cardiovasculare, cancerul, bolile respiratoria cornice și diabetul zaharat, constituind *cele 4 grupuri de BNT majore* [8].

Cauza	Procent din total
Stil de viață	50%
Factori biologici	25%
Factori de mediu	15%
Sistem medical	10%

Tabel 1. Cauzele de mortalitate din țările dezvoltate (Sursă: OMS, 2019)

Aproximativ aceleași date sunt comune și pentru Republica Moldova, 77% din populație suferind de o boală cronică netransmisibilă, alarmantă fiind creșterea mortalității în rândul populației apte de muncă.

Factorii de risc ce determină BNT și necesitatea promovării sănătății prin educație pentru sănătate, pot fi divizați în: [3,7,9]

Factori de risc de fond (nemodificabili): vârsta, sexul, nivelul de educație și calitatea genetică;

Factori de risc comportamentali (modificabili): fumatul, consumul excesiv de alcool, alimentația nesănătoasă, lipsa de activitate fizică;

Factorii de risc intermediari: diabetul zaharat, cantitatea de lipide în sânge, excesul de greutate.

Factorii de risc majori comuni pentru BNT la tineri sunt tutunul, alcoolul, alimentația nesănătoasă și inactivitatea fizică. BNT la tineri în mare măsură pot fi prevenite prin intervenții eficiente și activități de educație pentru sănătate, care abordează factorii de risc comuni. Astfel, conform unor autori (Mensah G. , 2006), pot fi prevenite 80% dintre bolile cardiovasculare, 80% dintre accidentele vasculare cerebrale, 80% din cazurile de diabet zaharat tip II și 40% din cancer. Pentru a obține aceste rezultate, eforturile trebuie orientate către activități de promovare a sănătății și educație pentru sănătate de la vârste fragede.

Promovarea sănătății prin educație

La fiecare stadiu de dezvoltare biologică, tehnologică sau social, omul s-a confruntat cu boli, tipul și răspândirea cărora depindea de mediul ambient și modul de viață. De-a lungul anilor, prin descoperiri epocale, medicina a cunoscut mari transformări, a pătruns în tainele multor boli, a dezvoltat metode de profilaxie și combatere. În prezent, patologia umană este marcată de bolile netransmisibile (BNT), care prezintă o povară tot mai mare, afectând dezvoltarea economică și social a populației pe glob [2,7,9]. *Această situație necesită implicarea tuturor actorilor de resort în promovarea sănătății prin educare pentru sănătate.*

Educația pentru sănătate reprezintă piatra de temelie în prevenirea bolilor netransmisibile la tineri. Este binecunoscut faptul că educația pentru sănătate reprezintă o necesitate, dar și o condiție universală. Prin educație, ca fenomen social, se înțelege transmiterea experiențelor de viață de la o generație la alta, formând astfel deprinderi de comportamente sanogene și cultivând judecăți și

atitudini democratice. Problema formării la tânăra generație a atitudinii pozitive față de sănătatea sa este una dintre cele mai importante valori. Fără educație nu putem realiza cel mai important lucru - optimizarea stilului de viață al tinerilor. Fără o dietă echilibrată și fără activitate fizică nu putem vorbi despre îmbunătățirea controlului stării de sănătate.

Educația pentru sănătate este considerată de specialiști, un instrument de acțiune specific promovării sănătății. La rândul ei, promovarea sănătății cuprinde trei sfere de activitate care se intersectează realizând sectoare de acțiune comună: educația pentru sănătate, prevenția sănătății, protejarea sănătății [1,5].

Educația pentru sănătate a tinerilor are rolul de optimizare a nivelului de cultura (cunoștințe, deprinderi atitudini, comportamente), precum și dezvoltarea mijloacelor și procedurilor educaționale necesare formării și dezvoltării unui comportament sanogen, igienic. Astfel, educația pentru sănătate reprezintă o importanta metoda de acțiune în asigurarea sănătății tinerilor generații și a populației în general, a medicinei omului sănătos, constituind totodată o parte integră a ansamblului acțiunilor educaționale adresate populației. Educația pentru sănătatea tinerilor are următoarele scopuri: [1,4]

- ridicarea nivelului de cunoștințe în domeniului sanogenezei, protecției mediului și prevenției bolilor;
- formarea și dezvoltarea unor deprinderi corecte care să promoveze sănătatea;
- crearea unei poziții active față de sănătatea individuală și față de problemele sănătății publice, în sensul atragerii și capacității maselor la participarea activă în realizarea consolidării sănătății.

Prin măsuri educaționale se implementează un stil de viață sănătos, acesta fiind un obiectiv strategic extrem de important. În prezent se fac intervenții eficiente pentru prevenirea și controlul BNT la tineri, fiind deja posibil îmbunătățirea stilului de viață pentru a preveni sau a modifica factorii de risc [4]. Sănătatea tinerei generații poate fi influențată, susținută și fortificată din perspectiva corelării multitudinii de factori sociali, ecologici, tehnici, economici, educaționali, culturali, morali, ereditari, psihologici și spirituali. Cunoașterea și conștientizarea influențelor nocive din perspectiva factorilor ce pun în pericol sănătatea și viața umană vor stimula la tineri asimilarea informațiilor teoretice despre sănătatea umană ca resursă vitală fundamentală și vor spori motivația pentru practicarea modului de viață sănătos, ce înglobează în sine toate componentele și aspectele decisive ale conduitei umane pro sănătate [5].

Promovarea sănătății, promovarea modului de viață sănătos și profilaxia problemelor de sănătate prin variate activități educaționale instituționale formale și nonformale reprezintă condiția esențială de dezvoltare personală a tinerilor.

Analiza formelor și mijloacelor de educație pentru sănătate

Pentru formarea abilităților sanogene la tineri, este necesară inițierea și realizarea programelor de promovare a sănătății și educație pentru sănătate, pentru fiecare ciclu de dezvoltare elaborând programe și materiale didactice adecvate vârstei. Conduitele preventive formate la vârste fragede devin astfel un model de comportament care să edifice în timp dezvoltarea eficientă educativă. Asupra unei persoane deja formate, adulte, astfel de activități au un impact mult mai redus decât la vârste mai timpurii.

Dezvoltarea programelor de promovare a sănătății sunt ghidate în mare măsură de către politicile de dezvoltare a promovării sănătății. Majoritatea programelor de promovare a sănătății pentru tineri sunt orientate spre îmbunătățirea și familiarizarea cu provocările vieții [4].

1.	Prevenția fumatului
2.	Prevenția abuzului de alcool
3.	Prevenția consumului de droguri
4.	Educația pentru sănătate sexuală

5.	Educație pentru exercițiu fizic și combaterea sedentarismului
6.	Educație pentru relaxare și balanță muncă-odihnă
7.	Prevenția HIV/SIDA sau a bolilor cu transmitere sexuală BTS
8.	Prevenția sarcinilor nedorite
9.	Managementul comportamentului alimentar
10.	Managementul stresului
11.	Program de dezvoltare a afectivității pozitive
12.	Program de dezvoltare personală
13.	Educație pentru prevenirea îmbolnăvirilor prin screening
14.	Program de prevenție a violenței și abuzului fizic și psihic

Tabel 2. Exemple de programe de promovarea a sănătății tinerilor

A modifica un comportament nociv pentru sănătate sau, mai bine zis, a învăța comportamente care-i sunt favorabile – acesta este obiectul educației pentru sănătate. În practica activității educativ-sanogene pot fi utilizate o multitudine de forme și mijloace.

Formele și mijloacele de instruire și educație pentru sănătate sunt foarte numeroase și pot fi clasificate în baza mai multor criterii. În mod obișnuit este utilizata clasificarea în funcție de calea de transmitere, de comunicare a mesajului educațional, criteriu de baza căruia ele pot fi împărțite în următoarele categorii: [1,4,5,9]

- a). forme auditive (orale)- convorbiri individuale, convorbiri în grup, conferințe;
- b). tipărituri – panouri, broșuri, buclete;
- c). forme imagistice (vizuale) – fotografii, postere, reviste foto;
- d). forme audio-vizuale – filme, emisiuni tematice;
- e). forme complexe.

După criteriul adresabilității, deosebim: mijloace individuale, de grup (microgrup), mijloace de masă (mass-media) [4]. Formele individuale și de grup abordează tematici specifice, adaptate strict caracteristicilor persoanelor cărora li se adresează mesajul educațional, în formele de masa, de larga informare, adresate întregii populații, se abordează unele teme de interes personal.

Concluzii

Promovarea sănătății și educația pentru sănătate reprezintă cheia succesului în prevenirea bolilor netransmisibile la tineri.

Ca rezultat al cooperării între specialiștii din diferite domenii (experți medicali, sociologi, psihologi, pedagogi), această formă de promovare a sănătății, educarea tinerilor, ca mijloc de dezvoltare a cunoștințelor și schimbarea comportamentului într-un stil de viață nou, favorabil sănătății, este unul dintre scopurile principale ale programelor de educație pentru sănătate.

Este necesar să facem educație pentru sănătate și să promovăm sănătatea în concordanță cu standardele internaționale, în special ale Uniunii Europene, pentru a îmbunătăți standardele generale de sănătate prin îmbunătățirea cunoștințelor despre factorii de risc și încurajarea tinerilor să adopte comportamente și stiluri de viață sănătoase.

Formele și mijloacele educativ-sanogene pot fi diverse: aceasta se vor face prin măsuri de informare, educație și pregătire profesională, în domenii precum nutriție, consumul de alcool, tutun și droguri, exercițiul fizic, sănătate mintală, comportamentul sexual și folosirea medicamentelor.

Recomandări

1. Promovarea programelor direcționate spre educarea pentru sănătatea în scopul asigurării tinerilor cu informația necesară referitor la formarea abilităților sanogene;
2. Promovarea educației pentru sănătatea în școli, universități și alte instituții de învățământ, pentru fiecare ciclu de dezvoltare elaborând programe și materiale didactice adecvate vârstei;
3. Folosirea celei mai potrivite metode de educație pentru sănătate, cum ar fi forme vizuale, mixte și complexe, la care toată societatea are acces.

Bibliografie

1. DORNBLASTER, B. Educating for Quality Services Management. *Journal of Health Administration Education*, 1995, vol. 13, no. 1, pp. 183-195.
2. ELDAR, R. AND RONEN, R. Implementation and evaluation of a quality assurance programme. *Journal of Health Administration Education*, 1995, vol. 1, no. 1, pp. 28-32.
3. GLANZ, K., et al. (Editors). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. 3rd ed. San Francisco: Wiley Imprint, 2022.
4. MARCU, A. AND MARCU, GR. *Ghid pentru managementul programelor de sănătate*. București: I.S.P., 2000.
5. PANA, B., et al. *Ghid de comunicare și marketing social. Instrumente de promovare a comunicării în sănătate*. București: Ed. Universitară „Carol Davila”, 2003.
6. VLĂDESCU, C. *Managementul serviciilor de sănătate*. București: Ed. Expert, 2000.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO, 2019.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy for Health for All by the XXI-th Century*. Geneva: WHO, 2020.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Standards for Health Promotion in Hospitals*. Copenhagen: WHO, 2014.

CZU 371.125:17(478)

DILEME ETICE ÎN EDUCAȚIA ȘI EXERCITAREA PROFESIEI DE PSIHOLOG CLINICIAN ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Svetlana RUSNAC, dr., conf. univ.,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova

***Annotation.** The article examines the ethical dilemmas associated with the education and practice of clinical psychology in the Republic of Moldova, emphasizing adherence to fundamental principles such as confidentiality, informed consent, professional competence, and integrity. In the context of limited resources and underdeveloped regulations, the study identifies key ethical challenges and proposes solutions inspired by international practices, tailored to local realities. Topics addressed include the importance of training in evidence-based techniques, safeguarding patient data, promoting interdisciplinary collaboration, and clarifying responsibilities within supervised practice. The recommendations focus on strengthening ethical standards through applied educational programs, ongoing ethical supervision, and cooperation between academic and professional institutions. Additionally, the article advocates for legislative and educational*

measures aimed at fostering a modern, ethical, and effective clinical psychology framework, prioritizing the protection of patients' rights and needs while supporting practitioners' professionalism.

Keywords: *professional ethics, ethical dilemmas, confidentiality, ethical education, clinical psychology, evidence-based interventions, ethical supervision.*

Introducere

Etica profesională în psihologia clinică reprezintă un set de norme și principii care ghidează comportamentul psihologilor, având ca scop protejarea drepturilor și bunăstării pacienților. Aceste norme asigură furnizarea serviciilor cu respect pentru demnitatea umană, confidențialitate și integritate profesională, fiind esențiale pentru menținerea unei relații terapeutice de încredere, mai ales în contextul vulnerabilității psihologice a pacienților.

Conform Codului de Etică al APA, etica profesională presupune „un angajament personal și un efort constant pe tot parcursul vieții pentru a acționa etic” [2]. În Republica Moldova, adaptarea acestor principii la realitățile culturale și sociale locale este crucială pentru consolidarea profesiei de psiholog.

Principiile fundamentale în etica psihologiei clinice se referă la:

- respectul pentru drepturile și demnitatea persoanei – psihologii trebuie să respecte diversitatea culturală și individuală a pacienților, adaptând intervențiile terapeutice în funcție de specificul acestora [7];
- competență – practica etică necesită furnizarea de servicii în limitele competențelor profesionale, conform standardelor EFPA: „Psihologii trebuie să mențină standarde ridicate de competență și să recunoască limitele expertizei lor” [9];
- responsabilitate – psihologii trebuie să prioritizeze bunăstarea pacienților, evitând orice prejudecii, în conformitate cu principiul „nu dăuna” din Codul APA [2];
- integritate – practica profesională presupune sinceritate și transparență, psihologii fiind obligați să promoveze onestitatea în știință, educație și practică [5].

Dilemele etice, precum confidențialitatea, consimțământul informat sau conflictele de interese, sunt frecvente și reflectă complexitatea sistemului de servicii psihologice din Republica Moldova în curs de dezvoltare. Resursele limitate și reglementările insuficiente amplifică aceste provocări, subliniind importanța educației etice.

În acest sens, Proiectul de lege privind exercitarea profesiei de psiholog introduce principii esențiale, precum competența, integritatea, responsabilitatea și confidențialitatea, aliniată standardelor internaționale. Aceste reglementări contribuie la dezvoltarea unui cadru etic solid, care protejează atât pacienții, cât și profesioniștii, promovând o practică psihologică responsabilă.

Etica în educația psihologilor clinicieni

Educația etică a psihologilor clinicieni reprezintă fundamentul formării lor profesionale, contribuind la dezvoltarea competențelor necesare gestionării dilemelor etice și respectării normelor profesionale. În psihologia clinică, unde se lucrează adesea cu persoane vulnerabile, educația etică are un rol esențial în asigurarea unei practici bazate pe principii deontologice și standarde internaționale [2, 9].

Instituțiile de învățământ superior din Republica Moldova, precum Universitatea de Stat din Moldova (USM), Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” (UPSC), Universitatea Liberă Internațională din Moldova (ULIM), Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți

(USARB) și Universitatea de Studii Europene din Moldova (USEM), au un rol crucial în dezvoltarea unei baze etice solide pentru viitorii psihologi.

Aceste universități oferă programe de licență și masterat care includ cursuri de etică profesională, pregătind studenții pentru situații reale din practica clinică. Conform Cadrului Național al Calificărilor din Republica Moldova, competențele generale și profesionale ale psihologilor subliniază aplicarea normelor etice și legale în activitatea psihologică. Prin aceste programe, studenții învață să respecte confidențialitatea, să gestioneze conflictele de interese și să abordeze dilemele etice cu responsabilitate [12]. USM oferă un masterat în Psihologie clinică, incluzând module de psihodiagnostic, psihoterapie și etică, axate pe evaluarea și intervenția clinică. ULIM propune un program de masterat în Psihologie clinică și consiliere psihologică, cu accent pe consiliere, psihoterapie și stagii supravegheate, promovând aplicarea normelor etice. USEM se concentrează pe consiliere și intervenție clinică, dezvoltând competențe etice necesare în diverse contexte. UPSC include un program de masterat orientat pe consiliere și intervenții psihologice, cu cursuri dedicate eticii și deontologiei profesionale. USARB oferă un masterat axat pe consiliere psihologică în organizații, pregătind studenții pentru intervenții psihologice etice în medii instituționale.

Prin includerea normelor etice și deontologice în formarea academică, aceste programe contribuie la consolidarea unei practici profesionale responsabile, aliniată la standardele internaționale [5]. Absolvenții sunt astfel pregătiți să răspundă cerințelor etice ale profesiei, sprijinind atât pacienții, cât și dezvoltarea durabilă a psihologiei clinice în Republica Moldova.

Psihologia clinică, disciplină centrală în domeniul psihologiei, este orientată către înțelegerea, evaluarea și tratamentul problemelor psihologice și tulburărilor de sănătate mintală și psihosomatică. Conform Asociației Americane de Psihologie (APA), psihologia clinică integrează știința și practica pentru a promova adaptarea și bunăstarea individuală [2]. În acest sens, practicienii utilizează tehnici avansate de psihodiagnostic, consiliere și intervenție terapeutică pentru a răspunde diverselor nevoi ale pacienților.

La nivel european, Federația Europeană a Asociațiilor de Psihologi (EFPA) subliniază importanța respectării standardelor etice și a confidențialității. Psihologii clinicieni sunt responsabili să lucreze în limitele competenței lor, iar în cazurile complexe să colaboreze interdisciplinar pentru a evita prejudiciile [9]. De asemenea, Codul de Etică al APA promovează principiul de „a nu dăuna” și colaborarea cu specialiști din alte domenii atunci când natura cazului o impune [2].

Formarea psihologilor clinicieni variază semnificativ în funcție de regiunile geografice și de reglementările naționale, reflectând specificul cultural, sistemele de sănătate și standardele educaționale ale fiecărei țări.

Formarea psihologilor clinicieni în SUA implică obținerea unui doctorat (Ph.D. sau Psy.D.), cu o durată de 5-7 ani. Acest proces include pregătire teoretică, practică clinică intensivă și un an de stagiatură. După finalizarea studiilor, candidații trebuie să obțină licența, care presupune trecerea unor examene de stat, asigurând astfel standarde profesionale ridicate. Psy.D. se concentrează mai mult pe practică, iar Ph.D. combină practica cu cercetarea avansată.

În Marea Britanie psihologii clinicieni urmează un program de doctorat în psihologie clinică (DClinPsy) de 3 ani, recunoscut de Consiliul pentru Profesii în Sănătate și Îngrijire (HCPC) și de Societatea Britanică de Psihologie (BPS). Acest program combină practica clinică supravegheată cu cercetarea aplicată, pregătind absolvenții să lucreze în diverse medii clinice, fără a necesita o pregătire medicală formală.

În Germania, psihologii clinicieni finalizează un masterat în psihologie urmat de o formare suplimentară de 3-5 ani în psihoterapie. Această etapă include practică supravegheată și examene pentru obținerea calificării de psihoterapeut.

În Franța formarea constă într-un masterat în psihologie clinică și un stagiul obligatoriu. Psihologii clinicieni pot lucra autonom după finalizarea acestei pregătiri, însă pentru psihoterapie este necesară o formare suplimentară.

În Spania psihologii clinicieni trebuie să finalizeze un master în psihologie clinică sau sănătate și un program postuniversitar numit „Formación Sanitaria Especializada (FSE)”, care durează aproximativ 4 ani și include pregătire practică intensivă în instituții de sănătate.

Aceste sisteme europene reflectă o tendință de colaborare interdisciplinară și includ adesea o pregătire orientată spre specificul național al sănătății mintale, adaptând cerințele la nevoile populației și resursele disponibile.

Educația în psihologie clinică din Republica Moldova include o licență în psihologie și un masterat în psihologie clinică, urmat de înregistrarea la Colegiul Psihologilor (proiect de lege). Programul pune accent pe competențele etice și aplicative fără a solicita o pregătire medicală formală.

În formarea psihologilor clinicieni apar frecvent întrebări legate de necesitatea unei pregătiri medicale formale. În Statele Unite, accentul este pus pe psihopatologie și intervenții psihologice, iar colaborarea interdisciplinară asigură suportul medical atunci când este necesar. În Europa, sistemele educaționale variază, unele țări solicitând o bază de cunoștințe medicale pentru o colaborare eficientă în tratamentele multidisciplinare.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, rolul psihologilor clinicieni este esențial în evaluarea și tratamentul sănătății mintale, iar pregătirea acestora trebuie să includă norme etice și metode validate științific [16]. În acest sens, dilemele etice privind limitele competenței, confidențialitatea și colaborarea interdisciplinară sunt centrale pentru practica clinică.

Formarea psihologilor clinicieni necesită o abordare integrativă care să includă atât respectarea standardelor etice, cât și colaborarea interdisciplinară. Diferențele între sistemele de pregătire reflectă adaptarea la specificul cultural și cerințele de sănătate ale fiecărei țări, însă principiile universale, cum ar fi „a nu dăuna” și respectarea confidențialității, rămân fundamentale pentru practica etică.

Un subiect intens dezbătut în formarea psihologilor clinicieni este dacă pregătirea ar trebui să includă componente medicale pentru a gestiona cazuri complexe. Această dilemă etică este legată de limitele competenței și riscul de a „dăuna” pacientului din cauza lipsei de formare specifică. Soluțiile diferă în funcție de reglementările educaționale ale fiecărei țări, dar toate susțin colaborarea interdisciplinară și respectarea limitelor competenței.

Sistemul american și cel britanic evită includerea instruirii medicale formale, concentrându-se pe pregătirea intensivă în psihopatologie. Psihologii clinicieni sunt instruiți să colaboreze cu psihiatri pentru cazurile care depășesc aria lor de expertiză, asigurând o abordare responsabilă și etică [6, 11].

Sistemul german integrează elemente medicale în formarea psihologilor care devin psihoterapeuți, incluzând psihofarmacologie și practică interdisciplinară. Acest model permite o autonomie mai mare în gestionarea simptomelor asociate tratamentelor [10].

Australia și Noua Zeelandă adoptă o pregătire riguroasă fără cerințe medicale, încurajând colaborarea interdisciplinară similar sistemului britanic. Acest model protejează pacienții prin intervenții coordonate [4].

Indiferent de model, principiul etic fundamental este clar: psihologii clinicieni trebuie să își cunoască limitele și să colaboreze cu alți specialiști pentru a evita prejudiciile și a sprijini sănătatea pacientului.

În formarea psihologilor clinicieni se întâlnesc un șir de dileme etice. De exemplu, studenții psihologi participă frecvent la stagii și sesiuni de supervizare, lucrând cu cazuri reale, confruntând dilema confidențialității. Dilema confidențialității apare în asigurarea protecției datelor pacienților, în special când viitorii psihologi nu sunt complet familiarizați cu normele de protecție a datelor. **În calitate de soluții educaționale** universitățile din SUA și Europa promovează anonimizarea informațiilor prezentate în sesiunile de supervizare. Numele și alte detalii personale ale pacienților sunt excluse, iar discuțiile se concentrează pe probleme clinice [2, 9]. Studenții urmează cursuri obligatorii de etică și protecția datelor, fiind instruiți în utilizarea responsabilă a informațiilor. În plus, există o practică comună de semnare a acordurilor de confidențialitate înainte de participarea la supervizare [5]. În Marea Britanie, toate prezentările de caz în cadrul programului de Doctorat în Psihologie Clinică sunt anonimizate, iar feedback-ul supervizorilor subliniază confidențialitatea ca prioritate etică.

O altă dilemă prezintă recunoașterea limitelor profesionale, esențială în procesul de formare. În acest sens, psihologii clinicieni sunt instruiți să trimită pacienții către specialiști atunci când problema depășește competențele lor. În **SUA** Codul APA impune ca psihologii să își limiteze activitatea la competențele dobândite și să colaboreze interdisciplinar pentru cazurile complexe. Viitorii psihologi sunt instruiți prin simulări de caz și sesiuni de feedback pentru a dezvolta abilitatea de a recunoaște când este necesară o trimitere [2]. În **Marea Britanie** supervizorii monitorizează atent deciziile studenților privind trimiterea pacienților, oferind feedback constant în cadrul programului DClinPsy [5]. În **Germania** cursurile de etică și deontologie includ module privind limitele competenței și colaborarea cu specialiști din alte domenii [10]. În Germania, psihologii în formare colaborează cu psihiatrii în centre de sănătate mintală, învățând să trimită cazurile complexe fără ezitare, consolidând astfel siguranța pacienților.

Formarea psihologilor clinicieni necesită echilibru între competențele dobândite și recunoașterea limitelor acestora. Sistemele educaționale din SUA, Europa și alte regiuni promovează colaborarea interdisciplinară, supervizarea riguroasă și protecția confidențialității, consolidând o practică sigură și etică.

În timpul practicii supervizate, apare dilema responsabilității deciziilor terapeutice: cine este responsabil pentru rezultatele terapeutice – supervizorul sau psihologul în formare? Această dilemă subliniază importanța asigurării îngrijirii de calitate a pacienților, prin clarificarea rolurilor și responsabilităților.

Sistemele de formare din **SUA** și **Marea Britanie** stabilesc o responsabilitate partajată. Supervizorul este responsabil pentru direcția generală și deciziile clinice majore, iar psihologul în formare își asumă responsabilitatea pentru implementarea intervențiilor, sub îndrumare. Codurile de etică ale **APA** și **BPS** recomandă clarificarea acestor responsabilități prin contracte de supervizare, care detaliază rolurile fiecărei părți. De exemplu, în programele de supervizare din NHS (Marea Britanie), contractele de supervizare definesc responsabilitățile și limitele psihologului în formare. Supervizorul monitorizează deciziile terapeutice și oferă feedback constant, sprijinind autonomia progresivă a formandului [13].

În **SUA** și **Australia**, formarea include o tranziție graduală a responsabilității de la supervizor către psihologul în formare, în funcție de progresul acestuia. Deciziile critice sunt inițial luate de supervizor, dar psihologul în formare este implicat în procesul decizional și câștigă

autonomie odată cu dobândirea competențelor necesare. În programele de doctorat americane (Ph.D. sau Psy.D.), supervizorii oferă feedback detaliat și confirmă capacitatea psihologului în formare de a lua decizii terapeutice înainte de transferul complet al responsabilității [2].

Codurile etice ale **APA** și **BPS** subliniază că, în practica supravegheată, responsabilitatea primară revine supervizorului. Psihologii în formare trebuie să consulte supervizorii pentru orice decizie care depășește nivelul lor de competență. Conform Codului APA, psihologii în formare nu pot iniția intervenții complexe fără aprobarea supervizorului, protejând astfel pacienții și sprijinind dezvoltarea profesională [2].

Pe măsură ce psihologii în formare își dezvoltă propriul stil terapeutic, pot apărea conflicte între preferințele personale și metodologia impusă de supervizor. Aceasta reprezintă o dilemă etică, mai ales atunci când abordările diferă. În **SUA** și **Marea Britanie**, supervizarea este văzută ca un proces colaborativ. Supervizorii încurajează psihologii în formare să își dezvolte un stil propriu, oferind îndrumări și feedback constructiv fără a impune un stil specific [1]. Codul APA subliniază importanța respectării autonomiei profesionale a psihologului în formare [2]. În practica britanică supervizorii sunt instruiți să sprijine autonomia profesională a formandului, oferindu-i libertatea de a explora abordări personale în limitele standardelor etice [5]. În **Germania** [10] și **Australia** [4], sesiunile de supervizare se concentrează pe discuții deschise despre deciziile terapeutice. Supervizorii oferă recomandări, dar permit psihologilor în formare să își fundamenteze propriile alegeri, favorizând auto-reflecția. Programele de formare clinică germane includ ședințe de reflecție etică, în care studenții analizează deciziile terapeutice luate, cu sprijinul supervizorilor, pentru a-și dezvolta autonomia în context profesional. Codurile de etică ale **EFPA** și **APA** promovează auto-reflecția ca metodă de consolidare a autonomiei profesionale. Psihologii în formare sunt încurajați să evalueze implicațiile deciziilor lor și să își dezvolte capacitatea de a lua decizii etice. În Europa, ședințele de reflecție etică sunt o parte integrantă a formării, oferind studenților oportunitatea de a discuta cazurile clinice și de a-și rafina stilul terapeutic fără presiunea conformării la metodologia supervizorului.

Responsabilitatea în deciziile terapeutice și echilibrul între autonomie și influența supervizorului sunt abordate prin măsuri educaționale bine structurate, contracte de supervizare, feedback constant și promovarea reflecției etice. Aceste metode asigură îngrijirea de calitate a pacienților, protejând totodată procesul de dezvoltare profesională a psihologilor în formare.

Un subiect important în formarea psihologilor clinicieni este dacă pregătirea ar trebui să includă exclusiv tehnici validate științific sau dacă ar putea include și metode complementare sau alternative, uneori lipsite de dovezi științifice riguroase. Această dilemă pune viitorii psihologi în fața unor provocări etice legate de aplicabilitatea, eficacitatea și siguranța intervențiilor utilizate.

Organizațiile profesionale precum **Asociația Americană de Psihologie (APA)** și **Societatea Britanică de Psihologie (BPS)** recomandă ca programele de formare să acorde prioritate tehnicilor validate științific [15]. Această abordare asigură că intervențiile aplicate sunt sigure, eficiente și respectă principiul etic de „a nu dăuna” [2, 5]. În SUA, programele acreditate de APA sunt obligate să includă tehnici validate științific în curriculum. Studenții sunt instruiți să justifice științific utilizarea metodelor terapeutice, asigurând astfel calitatea intervențiilor.

În anumite sisteme educaționale, cum ar fi cele din **Germania** și **Franța**, programele includ uneori module opționale despre metode alternative, precum terapia prin artă, mindfulness sau tehnici de relaxare. Aceste metode sunt prezentate ca tehnici complementare, iar utilizarea lor este permisă doar în condiții stricte de etică și siguranță [9]. În Germania, psihologii în formare pot învăța tehnici de mindfulness ca suport pentru terapiile validate, cum ar fi terapia cognitiv-

comportamentală [3, 8]. Aplicarea acestor tehnici este însă limitată la cazurile în care există susținere științifică pentru eficacitatea lor.

Codurile etice ale **EFPA** și **APA** subliniază importanța gândirii critice și a evaluării riguroase a intervențiilor. Psihologii în formare sunt instruiți să pună întrebări privind eficacitatea, siguranța și aplicabilitatea fiecărei tehnici și să utilizeze metode complementare doar dacă acestea sunt integrate într-un cadru validat științific și nu contravin interesului pacientului. În sesiunile de supervizare din Marea Britanie, studenții care doresc să utilizeze tehnici alternative trebuie să prezinte dovezi din literatura de specialitate pentru a justifica utilizarea lor. Aceasta promovează o abordare informată și precaută în utilizarea metodelor non-standard [14]. O soluție optimă pentru această dilemă este un curriculum care prioritizează intervențiile validate științific, dar oferă studenților opțiunea de a explora metode complementare într-un mod bine supravegheat și etic. Astfel, viitorii psihologi clinicieni sunt pregătiți să ofere intervenții validate, menținând totodată deschiderea către metode alternative care pot fi integrate în mod responsabil.

Psihologii în formare trebuie să fie conștienți de responsabilitatea etică asociată utilizării metodelor complementare. Codurile de etică recomandă: **transparența cu pacientul** – pacientul trebuie informat despre natura, beneficiile și limitările metodei utilizate; **consimțământul informat** – metodele alternative ar trebui aplicate doar cu acordul explicit al pacientului; **monitorizarea siguranței** – psihologii trebuie să evalueze constant impactul metodelor asupra pacientului și să renunțe la acestea dacă apar riscuri.

Dilema formării în tehnici validate versus metode alternative subliniază importanța eticii și a gândirii critice în pregătirea psihologilor clinicieni. Un curriculum echilibrat, care prioritizează metodele validate dar permite explorarea responsabilă a tehnicilor complementare, contribuie la dezvoltarea unor practicieni capabili să răspundă diverselor nevoi ale pacienților într-un mod sigur și etic.

Gestionarea dilemelor etice în psihologia clinică necesită o abordare structurată, care să prioritizeze siguranța pacientului și să respecte principiile etice fundamentale. Următoarele strategii oferă un cadru pentru soluționarea acestor provocări.

1. Rolul comisiilor etice și al consiliilor de supervizare. Comisiile etice și consiliile de supervizare oferă expertiză multidisciplinară pentru abordarea cazurilor complexe. Aceste organisme sprijină luarea deciziilor etice în situații precum conflictele de interese sau gestionarea confidențialității.

2. Protocole interne standardizate. În instituțiile clinice, aplicarea unor protocole clare pentru dilemele frecvente – precum raportarea abuzului sau deciziile interdisciplinare – facilitează o abordare consistentă și rapidă.

3. Educația continuă și supervizarea etică. Actualizarea constantă a cunoștințelor prin educație continuă și participarea la ateliere de etică sunt esențiale pentru prevenirea și soluționarea dilemelor. Supervizarea etică permite psihologilor să primească feedback constant și să își ajusteze practica conform cerințelor etice.

Concluzii și recomandări

Etica profesională este pilonul central al unei practici psihologice responsabile. Respectarea confidențialității, a consimțământului informat și a limitelor competenței nu doar că protejează pacienții, dar contribuie și la prestigiul profesiei. Psihologii clinicieni, prin menținerea standardelor etice, promovează încrederea publicului și îmbunătățesc calitatea serviciilor psihologice.

Recomandări pentru îmbunătățirea formării etice

1. Introducerea unor cursuri aplicative privind etica. Simulările și studiile de caz pot oferi viitorilor psihologi experiență practică în gestionarea dilemelor.

2. Supervizare centrată pe etică. Oferirea unui feedback detaliat asupra aspectelor etice întâlnite în practică ar consolida înțelegerea și aplicarea principiilor deontologice.

3. Colaborare între instituții. Universitățile, comisiile etice și practicienii activi ar trebui să creeze rețele de sprijin pentru studenți și profesioniști, promovând schimbul de bune practici.

Perspective pentru Republica Moldova

Consolidarea psihologiei clinice în Moldova poate fi realizată prin adoptarea unor reglementări mai stricte și a ghidurilor etice clare, adaptate contextului socio-cultural local. Introducerea unor norme detaliate privind practica psihologică, licențierea și supervizarea etică ar contribui la uniformizarea standardelor în educația și practica psihoclinică. Psihologii ar beneficia de o pregătire mai calitativă prin integrarea mai strânsă în echipe medicale și educaționale, îmbunătățind abordarea holistică a problemelor pacienților. Organizarea de conferințe, ateliere tematice și programe de supervizare ar sprijini dezvoltarea profesională a psihologilor și ar facilita aplicarea eticii în practică.

Prin implementarea acestor măsuri, psihologia clinică din Moldova poate evolua spre un model modern, responsabil și orientat către nevoile pacienților, asigurând totodată un mediu sigur și etic pentru profesioniști. Acest progres ar întări încrederea publicului în serviciile psihologice și ar stimula creșterea calității în sănătatea mintală.

Bibliografie

1. **American Psychological Association (APA).** *APA Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. 2014. Disponibil: <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
2. **American Psychological Association (APA).** *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. 2017. Disponibil: <https://www.apa.org/ethics/code/>
3. Arnaud, N., Baldus, C., Laurenz, L.J. et al. Does a mindfulness-augmented version of the German Strengthening Families Program reduce substance use in adolescents? Study protocol for a randomized controlled trial. In: *Trials*, 2020, 21, 114. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4065-1>. Disponibil: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-4065-1>
4. **Babbage, D.** *Psychology training clinics in Australia and New Zealand: Clinic structure*. In: *Australian Psychologist*, 2008, 43(4), pp. 257-277. <https://doi.org/10.1080/00050060802413354>
5. **BPS (British Psychological Society).** *Code of Ethics and Conduct*. 2021. ISBN: 978-1-85433-804-4. Disponibil: <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-ethics-and-conduct>
6. *Clinical psychology*. Disponibil: https://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_psychology?utm_source=chatgpt.com
7. Colegiul Psihologilor din România. *Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică*. Aprobabil prin Hotărârea nr. 1 din 24 noiembrie 2018, publicată în Monitorul Oficial nr. 143 din 22 februarie 2019. Disponibil: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/211126>
8. **Drüge, M., Guthardt, L., Haller, E. et al.** *Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive Disorders: Enhancing Access and Tailoring Interventions in Diverse Settings*. In: *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2024,

- 1456, pp. 199–226. https://doi.org/10.1007/978-981-97-4402-2_11. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39261431/>
9. European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). *Meta-Code of Ethics*. 2005. Disponibil: <https://www.efpa.eu/sites/default/files/2023-04/meta-code-of-ethics.pdf>
10. European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). *National Requirements Germany*. Disponibil: <https://www.europsy.eu/national-requirements-germany>
11. *Medical psychology*. Disponibil: https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_psychology?utm_source=chatgpt.com
12. Ministerul Educației și Cercetării. *Cadrul Național al Calificărilor din Republica Moldova. Standarde de calificare în învățământul superior*. Disponibil: <https://mecc.gov.md/ro/content/standarde-de-calificare-invatamantul-superior>
13. National Health Service. *Workplace Supervision for Advanced Clinical Practice*. 2021. Disponibil: <https://advanced-practice.hee.nhs.uk/workplace-supervision-for-advanced-clinical-practice-2/>
14. Siev, J., Huppert, J. D., Chambless, D. L. The Dodo Bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. In: *The Behavior Therapist*, 2009, 32(4), 69, pp. 71-76. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/281549534_The_dodo_bird_treatment_technique_and_disseminating_empirically_supported_treatments
15. Spring, B. Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. In: *Journal of Clinical Psychology*, 2007, 63(7), pp. 611-631. doi: 10.1002/jclp.20373
16. World Health Organization. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. 2021. ISBN 978-92-4-003102-9. Disponibil: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

CZU 615.851:616.89-008.441-055.26

STRATEGII DE RECUPERARE PSIHOLOGICĂ ÎN PERIOADA POSTPARTUM

Silvia BRICEAG, conf. univ., dr.,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți
Alexandra HRIȚCU, master în științe sociale,
psiholog, ATAS Nord-Nord-Vest, Moldova

Summary: *The postpartum period begins shortly after the baby is born and usually lasts 6 to 8 weeks and ends when the mother's body is almost back to its pre-pregnancy state. The weeks following birth lay the foundation for long-term health and well-being for the woman and her baby. Therefore, it is essential to establish a reliable postpartum period that is adapted into continuous, ongoing and comprehensive care.*

Keywords: *beby, mother, postnatal depression, postpartum depression, psychotherapy, treatment.*

Introducere

Perioada postpartum începe la scurt timp după nașterea copilului durează de obicei de la 6 până la 8 săptămâni și se termină când corpul mamei aproape a revenit la starea de dinainte de

sărcină. Săptămânile următoare nașterii pun bazele sănătății și bunăstării pe termen lung pentru femeie și copilul ei. Prin urmare, este esențial să se stabilească o perioadă postpartum de încredere, care să fie adaptată în îngrijire continuă și cuprinzătoare.

Nașterea este o provocare fizică și emoțională majoră. Să fii îngrijitor și să te adaptezi la viața cu un copil în perioada postpartum este, de asemenea, incredibil de solicitant, de aici și poate să se ivească probleme legate de depresia postpartum.

Depresia postpartum (PPD) este o tulburare de dispoziție care afectează persoanele în decurs de 1 an de la naștere. Conform Manualului de diagnostic și statistică al tulburărilor mintale, ediția a 5-a (DSM-5), depresia postpartum este acum inclusă în termenul de depresie perinatală [7].

Un episod depresiv major care debutează în timpul sarcinii sau în decurs de 4 săptămâni după naștere este clasificat ca depresie peripartum. Acest termen include atât depresia prenatală, cât și postpartum. DSM-5 nu recunoaște PPD ca o entitate separată. În schimb, PPD este inclusă în diagnosticul mai larg al depresiei peripartum [6]. Spre deosebire de „baby blues”, care se rezolvă de obicei în câteva săptămâni, PPD este mai severă și poate dura luni de zile dacă nu este tratată.

Depresia postpartum este o afecțiune psihologică care poate apărea la femei după nașterea unui copil. Se caracterizează prin sentimente prelungite de tristețe, apatie, oboseală și pierderea interesului pentru viață, inclusiv îngrijirea nou-născutului.

Spre deosebire de forma mai ușoară de stres postpartum, care trece relativ repede și este considerată o reacție normală la schimbările din viață, depresia postpartum este o afecțiune mai gravă și mai profundă care necesită atenția specialiștilor.

Simptomele depresiei postpartum pot varia, dar afectează de obicei bunăstarea emoțională, comportamentul și sănătatea fizică a unei femei. Semnul distinctiv al depresiei postpartum este durata și intensitatea simptomelor, care pot afecta grav viața de zi cu zi și relațiile de familie.

Este important să înțelegem că depresia postpartum nu este un semn de slăbiciune sau eșec în maternitate. Aceasta este o boală gravă care poate afecta orice femeie, indiferent de vârsta ei, numărul de copii sau statutul social. Principalul lucru este să recunoască simptomele la timp și să ceară ajutor calificat.

Cauza exactă a PPD nu este pe deplin înțeleasă, dar potențialele etiologii subiacente care contribuie la dezvoltarea acestei afecțiuni includ modificări hormonale, predispoziție genetică și factori de stres psihosocial. Scăderea rapidă a nivelurilor de estrogen și progesteron după naștere, împreună cu stresul și privarea de somn care însoțesc adesea îngrijirea unui nou-născut, pot declanșa episoade depresive la persoanele susceptibile.

Într-o meta-analiză a 33 de studii, diabetul gestațional, antecedentele de depresie și utilizarea anesteziei epidurale au fost notate ca factori de risc. Cu toate acestea, sunt necesare cercetări suplimentare pentru a evalua adevărata semnificație a acestor factori de risc raportați, în special sexul sugarului și utilizarea anesteziei epidurale [5].

Pe lângă hormonale, alte modificări ale multor căi metabolice pot fi asociate cu dezvoltarea depresiei postpartum, inclusiv modificări în metabolismul energetic, ciclurile purinelor și aminoacizilor, metabolismul steroizilor și neurotransmițătorilor și expunerea la xenobiotice [4].

Depresia este cea mai frecventă afecțiune psihiatrică a perioadei peripartum. Mai mult, PPD este asociată cu un risc crescut de sinucidere a părinților, care este a doua cea mai frecventă cauză de mortalitate postpartum [3]. PPD afectează 6,5% până la 20% dintre persoanele postpartum la nivel global [8]. Incidența variază în funcție de factorii care contribuie, inclusiv de mediul cultural al țării și de condițiile economice.

Diferite studii au găsit diverși factori de risc pentru depresia postpartum, rezultând o consecvență redusă între studii [5]. Potrivit studiilor, depresia apare mai frecvent la adolescenți, la pacienții care nasc prematur și la cei care locuiesc în zonele urbane. Într-o meta-analiză, prevalența depresiei postpartum a fost cea mai mare din China, cu 21,4%. În comparație, prevalența în Japonia a fost de 14%, iar prevalența în Statele Unite a fost de 8,6%.

Timpul mediu de debut al depresiei postpartum este de 14 săptămâni postpartum [5]. În general, pacienții de culoare și hispanici tind să raporteze debutul simptomelor în decurs de 2

săptămâni de la naștere, spre deosebire de pacienții albi, care raportează mai frecvent apariția simptomelor mai târziu.

Înțelegerea diferitelor forme și severitate ale depresiei postpartum ajută profesioniștii să dezvolte cele mai eficiente strategii de tratament și sprijin. În practica medicală, există de obicei mai multe categorii principale care reflectă diverse aspecte și caracteristici ale acestei afecțiuni.

Stresul matern postpartum este cea mai puțin severă formă și este comună în rândul proaspettelor mame. Această afecțiune se manifestă sub formă de oboseală, schimbări de dispoziție și anxietate ușoară, care de obicei se rezolvă de la sine în câteva săptămâni după nașterea copilului. Deși această afecțiune nu necesită intervenție medicală, sprijinul și înțelegerea celor dragi joacă un rol important în recuperare.

Depresia postpartum în sine este o afecțiune mai gravă, care poate include tristețe profundă, apatie, sentimente de deznădejde și chiar lipsa conexiunii emoționale cu copilul. Femeile cu depresie postpartum pot avea dificultăți în îndeplinirea sarcinilor zilnice și au nevoie de ajutor medical profesionist.

Psihoza postpartum este cea mai severă formă și necesită intervenție imediată. Deși această afecțiune este rară, poate include iluzii, halucinații, anxietate severă și chiar gânduri sau comportament care pot pune viața în pericol. Psihoza postpartum necesită tratament intensiv și monitorizare medicală atentă. Diferite tipuri de depresie postpartum necesită tratament și sprijin individualizat [10].

Diagnosticul depresiei postpartum necesită o abordare cuprinzătoare care include evaluarea stării fizice a femeii, a profilului psihologic și a contextului social. Adesea, această afecțiune nu este recunoscută, deoarece multe dintre simptome pot fi confundate cu modificări normale postpartum. Cu toate acestea, diagnosticarea în timp util este esențială pentru inițierea unui tratament și sprijin eficient.

Următoarele metode pot fi utilizate în procesul de diagnosticare: **antecedente medicale și consultație:** medicul conduce conversații detaliate cu femeia pentru a înțelege starea ei emoțională, istoricul sarcinii și al nașterii și dacă au existat episoade similare în trecut. De asemenea, sunt discutați orice factori care pot influența bunăstarea psihologică, inclusiv circumstanțele personale, familiale și profesionale, **evaluare psihologică:** profesioniștii pot folosi chestionare și scale specializate pentru a evalua nivelurile de depresie. Unul dintre cele mai comune instrumente este Scala de depresie postnatală din Edinburgh, care ajută la determinarea severității simptomelor și a necesității unei intervenții ulterioare, **examenul fizic:** Deși depresia postpartum este o afecțiune psihologică, este important să excludem cauzele fizice care pot provoca simptome similare, cum ar fi probleme cu tiroida sau alte tulburări endocrine, **colaborare cu alți profesioniști:** În cazurile în care este necesară o abordare cuprinzătoare, psihoterapeuți, asistenți sociali sau terapeuți de familie pot fi implicați pentru a oferi sprijin și asistență suplimentară în adaptarea la noile circumstanțe de viață [10].

Simptome frecvente ale depresiei postnatale pot fi: sentimentul persistent de tristețe sau stare de spirit scăzută; Piererea interesului pentru lumea din jur și absența plăcerii pentru lucrurile care înainte îți plăceau; Lipsa de energie și senzația de oboseală permanentă; Tulburări de somn noaptea și somnolență în timpul zilei; Sentimentul că ești incapabilă să ai grijă de copilul tău; Probleme privind concentrarea și luarea deciziilor; Lipsa poftei de mâncare sau pofta de mâncare crescută; Senzația de agitație, iritare sau apatie crescută (“nu îți pasă de nimic”); Sentimentul de vină, lipsa de speranță și auto-blamare; Dificultatea de a crea o legătura cu nou-născutul, sentimentul de indiferență și lipsa bucuriei în compania lui; Gânduri înspăimântătoare – de exemplu, în legătură cu rănirea copilului – pot fi înfricoșătoare, însă foarte rar sunt puse în practică; Gânduri legate de suicid și auto-mutilare. Aceste simptome pot influența viața de zi cu zi și relațiile cu copilul, cu familia și cu prietenii [1].

Depresia postnatală se poate dezvolta treptat și poate fi dificil de recunoscut. Unii părinți pot să evite discuțiile cu familia și cu prietenii privind felul în care se simt de teama că ar putea fi judecați că nu par fericiți. Care sunt semnele legate de noii părinți la care să fie atenți partenerul, familia și prietenii: Plâns frecvent fără un motiv evident; Dificultăți în relaționarea cu copilul,

îngrijirea ca datorie și lipsa dorinței de a se juca cu el; Izolarea față de alte persoane; Discurs negativ permanent și prin care se transmite lipsa de speranță; Neglijarea (lipsa igienei, nu își schimbă hainele); Pierderea noțiunii timpului (nu știe dacă au trecut 10 minute sau 2 ore); Pierderea simțului umorului; Îngrijorare permanentă că ceva nu este în regulă cu copilul, în ciuda asigurărilor celor din jur [1].

Înțelegerea cauzelor depresiei postpartum este cheia pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de tratament și sprijin. Această afecțiune este de obicei rezultatul unei combinații de mai mulți factori, inclusiv aspecte biologice, psihologice și sociale.

Din punct de vedere fiziologic, după nașterea unui copil, corpul unei femei suferă modificări semnificative ale nivelului hormonal. Scăderile drastice ale hormonilor, cum ar fi estrogenul și progesteronul, precum și modificările nivelurilor de hormoni tiroidieni, pot afecta starea de spirit și pot contribui la depresie. În plus, schimbările fizice după naștere, cum ar fi oboseala, modificările de greutate și problemele de somn, pot, de asemenea, agrava depresia.

Factorii psihologici joacă un rol la fel de important. Multe femei sunt stresate de noua responsabilitate de a avea grijă de un copil, se simt neliniștite în legătură cu abilitățile lor de părinte sau își fac griji cu privire la schimbările în imaginea corporală și în stima de sine. În plus, unele femei pot avea de-a face cu emoții neprocesate sau traume din trecut care sunt exacerbate după naștere.

Factorii sociali au și ei o influență semnificativă. Lipsa sprijinului din partea partenerului, familiei sau prietenilor, problemele de relație, izolarea sau dificultățile financiare pot crește sentimentele de singurătate și neputință, contribuind la dezvoltarea depresiei. Presiunile culturale și așteptările legate de maternitate pot crea, de asemenea, stres suplimentar.

Înțelegerea faptului că depresia postpartum este o afecțiune complexă îi ajută pe medici să dezvolte abordări de tratament personalizate care iau în considerare toate aspectele vieții unei femei [10].

Scopul acestui studiu de a elabora strategii de intervenție psihologică în perioada postpartum.

Metode, procedee și tehnici de cercetare: În cadrul cercetării a fost aplicată Scala Edinburgh pentru depresia postnatală. Scala Edinburgh de depresie postnatală (Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS) a fost dezvoltată de Cox și colab. (1987) pentru a ajuta medicii de medicină generală de a detecta femeile suferind de depresie postpartum. Scala a fost concepută și testată în centrele de sănătate din Livingston și Edinburg și constă în 10 întrebări prin care femeia testată trebuie să aleagă un răspuns din patru eventualități furnizate de scală referitor la felul cum s-a simțit în ultima săptămână. Scorul maxim este de 30 iar un scor peste 10 trădează o posibilă depresie; un scor peste 13 sugerează o depresie de severitate moderat spre sever. Evaluatorul este invitat să se uite totdeauna la întrebarea nr. 10 despre gândurile suicidare pentru a decela din timp un posibil risc. Studiile de validitate arată că scala identifică corect 92,3% din femeile care suferă de depresie postpartum. Scala reușește să discearnă aceste cazuri de cele cu tulburări anxioase, fobice sau cu tulburări de personalitate.

Scala EPDS s-a dovedit un instrument foarte robust pentru decelarea femeilor cu risc de depresie postpartum și este folosită pe larg în activitățile de screening. Ea a fost folosită în diferite spații culturale și a dovedit o bună sensibilitate (86%), specificitate (78%) și valoare predictivă (73%). Totuși ea nu se poate substitui unui examen clinic competent. Un studiu care compară trei scale de decelare timpurie de depresie postpartum, Scala Edinburgh, Inventarul de predicție a depresiei postpartum (Postpartum Depression Prediction Inventory) și Scala de screening a depresiei (Postpartum Depression Screening Scale) a arătat că rezultatele la EPDS corelează semnificativ cu cele obținute la inventarul de predicție a depresiei postpartum, un instrument mai recent și mai sofisticat. În plus, scala EPDS s-a dovedit a furniza rezultate stabile atunci când evaluările sunt repetate și prezintă trei factori de structură: factorul “depresie” cu întrebările 1, 2 și 8, factorul “anxietate” cu întrebările 3, 4 și 5 și factorul “suicid” cu întrebarea 10. Scala EPDS poate fi utilizată pentru screeningul femeilor la 6-8 săptămâni după naștere [9].

Eșantionul experimental. Au fost investigate 100 de femei în perioada postnatală, acestea fiind grupate pe categorii de vârstă, loc de trai, numărul de copii și situația prezenței sau lipsei suportului în creșterea și educația copilului.

Referindu-ne la vârsta femeilor investigate putem menționa că diapazonul de vârstă a fost de la 18 ani până la 47 de ani. Cele mai multe mame care au completat scala propusă, au avut vârsta de la 29 de ani la de 33 de ani.

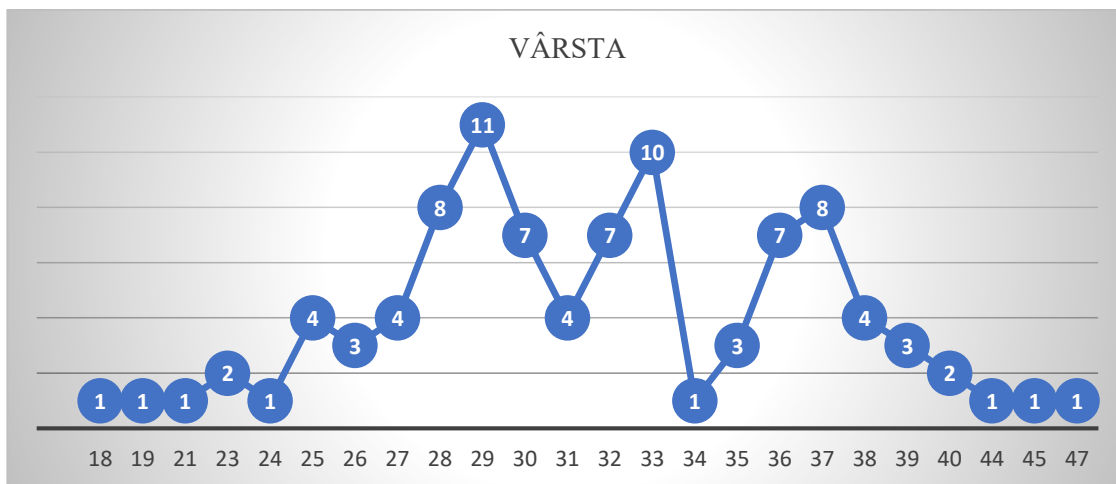


Figura 1. Prezentarea contingentului conform vârstei

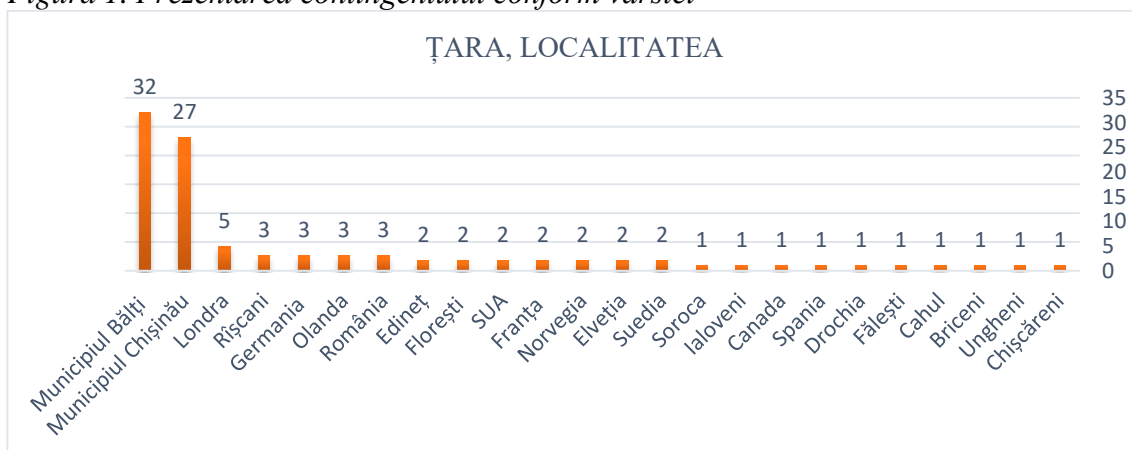


Figura 2. Prezentarea contingentului conform locului de trai.

Referindu-ne la locul de trai al femeilor, menționăm că cele mai multe mame care au completat scala au fost din Republica Moldova, (orașul Bălți și orașul Chișinău) Scala a fost completată și de mame din Marea Britanie, Germania, Olanda, România, Elveția etc.

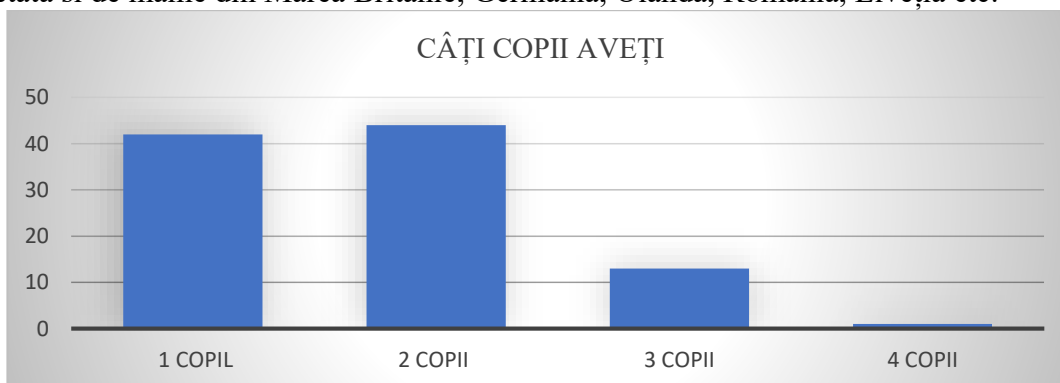


Figura 3. Prezentarea contingentului conform numărului de copii.

Din numărul total de femei 42 % au un singur copil, 44% au 2 copii și doar 14 % au 3 copii.

Am constatat ca la întrebarea dacă au suport în creșterea și educarea copiilor (figura 4) 69% din femei au răspuns afirmativ, pe când 31% au negat prezența acestui suport.

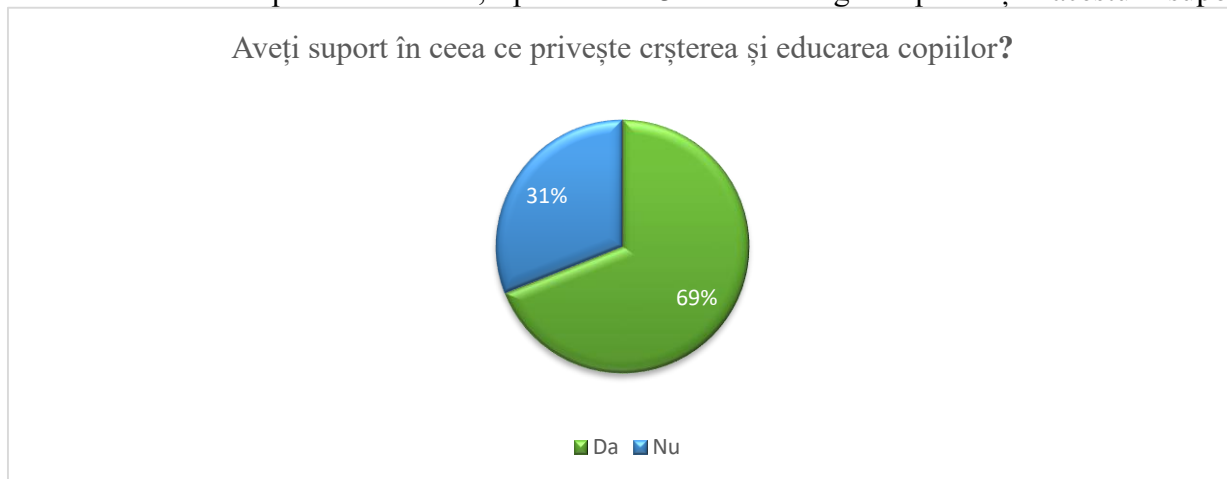


Figura 4 Prezența suportului în creșterea și educarea copiilor.

Rezultate obținute și discuții.

În urma aplicării Scalei EPDS am constatat că la prima afirmație (*Am fost capabilă să râd și să văd partea hazlie a lucrurilor în ultimele 7 zile*) 55 % din femei au prezentat răspuns afirmativ, 28 % din respondente au selectat varianta „mai puțin decât de obicei”, 11% din femei au afirmat ca mult mai puțin decât de obicei și 6 % din ele au menționat că nu au simțit nici o bucurie în ultimele 7 zile.

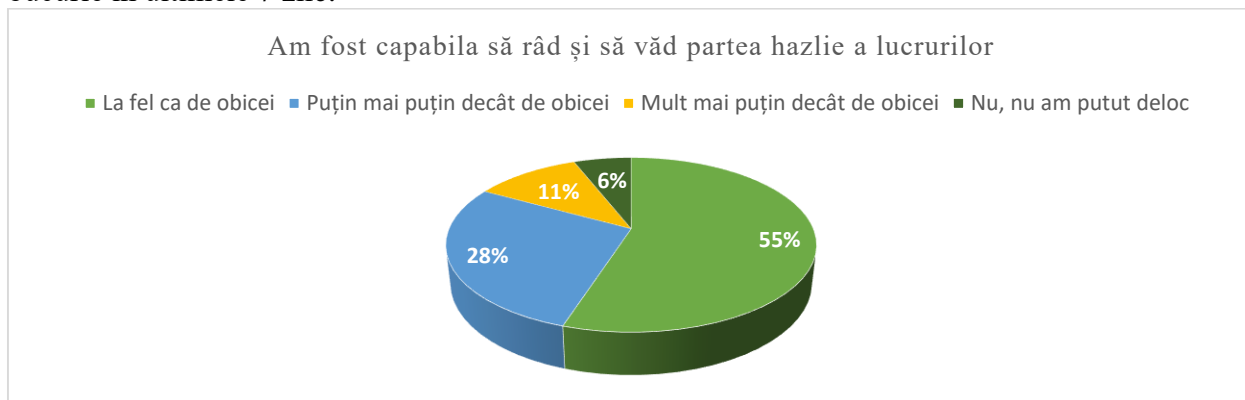


Figura 5. Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 1.

La afirmația 2 (*Am putut să privesc viitorul cu bucurie*) la fel 56% din femei au răspuns afirmativ, 30% din femei au afirmat că mai puțin decât de obicei au privit viitorul cu bucurie, 11% au afirmat că cu mult mai puțin decât de obicei și 3% au menționat că nu au simțit nici o bucurie, privind în viitor.

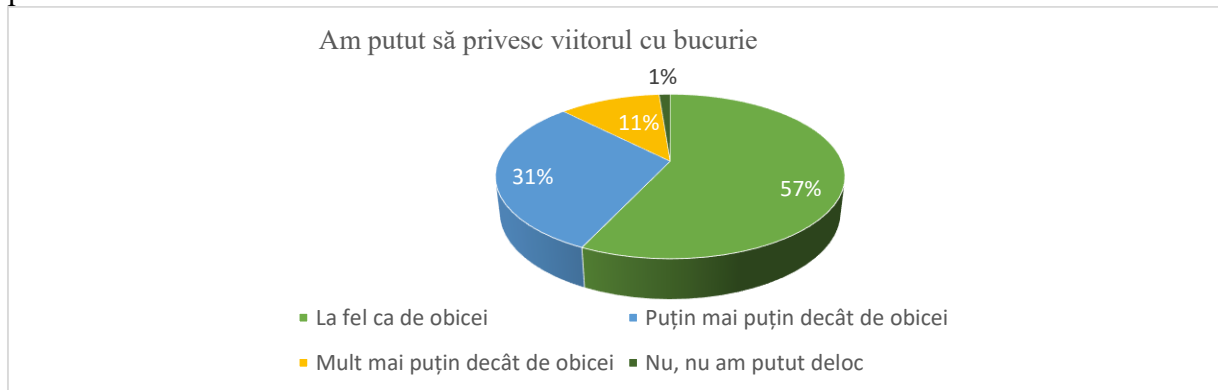


Figura 6. Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 2.

Referindu-ne la afirmația 3 (*M-am învinovățit în mod inutil când lucrurile au mers prost*), putem spune ca mai multe femei (52%) au recunoscut ca uneori s-au învinovățit pe ele însele când

lucrurile nu mergeau bine. Foarte des s-au învinovățit 23% din femei, aproape nici odată nu s-au învinovățit 18% și doar 3 % au menționat faptul că nu au simțit acest sentiment în ultimele 7 zile.

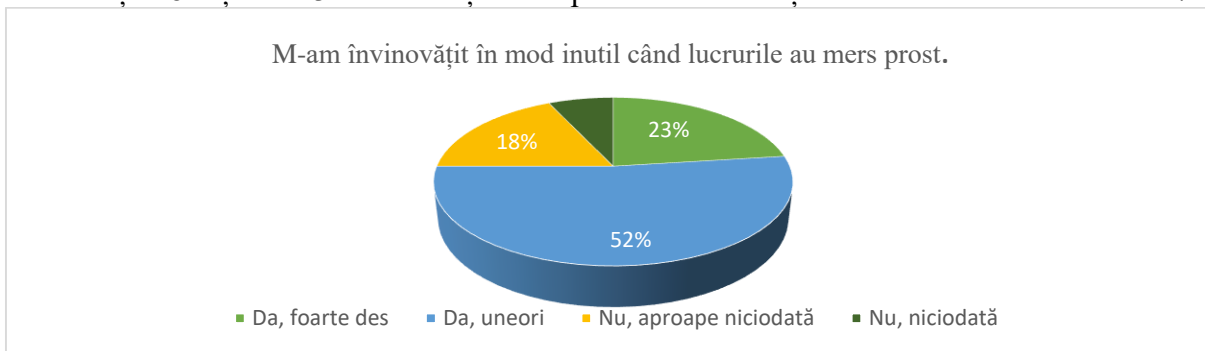


Figura 7. Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 3.

La afirmația 4 (*Am fost îngrijorată fără niciun motiv întemeiat*) 52 % din femei au afirmat că uneori în aceste 7 zile au fost îngrijorate fără niciun motiv întemeiat, 26 % din femei foarte des au simțit îngrijorare fără motiv, 19 % din femei au afirmat că aproape nici odată nu s-au simțit îngrijorate și doar 3% nici odată nu s-au îngrijorat. Deci, putem observa ca 78% din femei au trăit puternic starea de îngrijorare neîntemeiată.

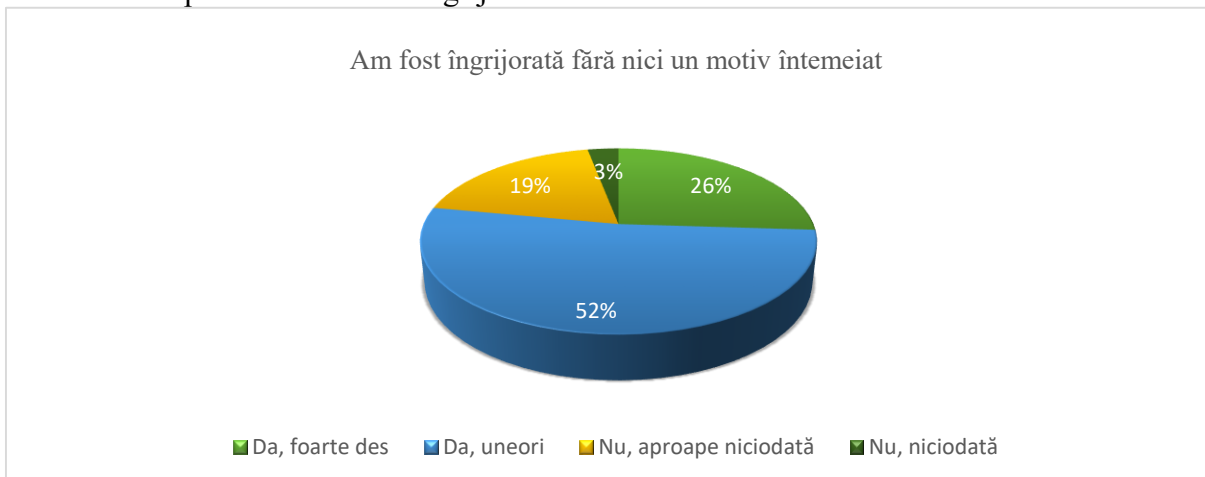


Figura 8 Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 4

Au simțit uneori panică și frică neîntemeiată (figura 9) 49 % dintre femei, aproape nici odată nu au simțit panică sau frică 25% dintre femei, 13 % au trăit starea de panică și frică foarte des și doar 13 % au afirmat ca nici odată în ultimele 7 zile nu au trăit astfel de stări.

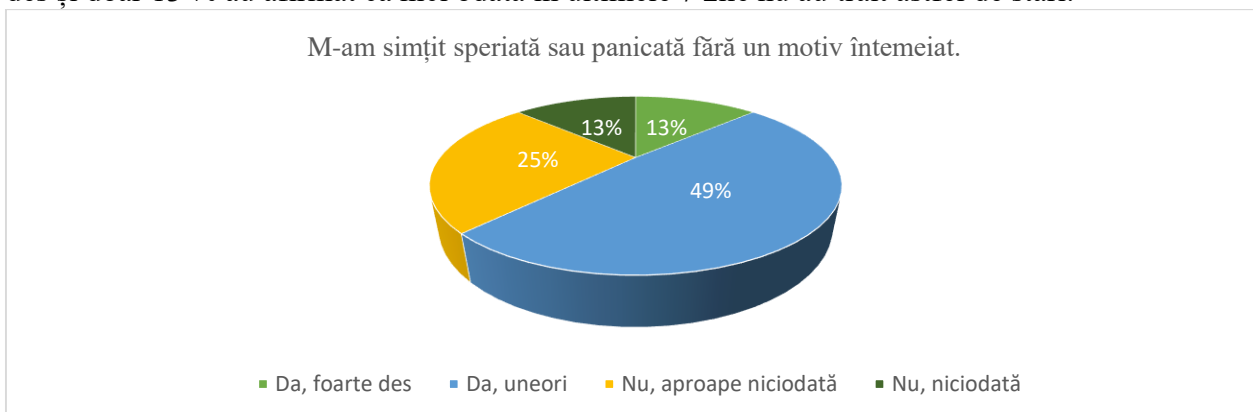


Figura 9 Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 5.

La afirmația 6 (*Nu am putut face față multor lucruri în ultimele 7 zile*) 49% din femei au menționat că uneori nu s-au putut descurca la fel de bine cum o făceau de obicei, 36% din ele au menționat că în mare parte au gestionat bine lucrurile, 8% s-au descurcat la fel de bine ca de obicei și 7% din femei au afirmat că nu au putut face față aproape la nimic la ce li s-a întâmplat în ultimele 7 zile.

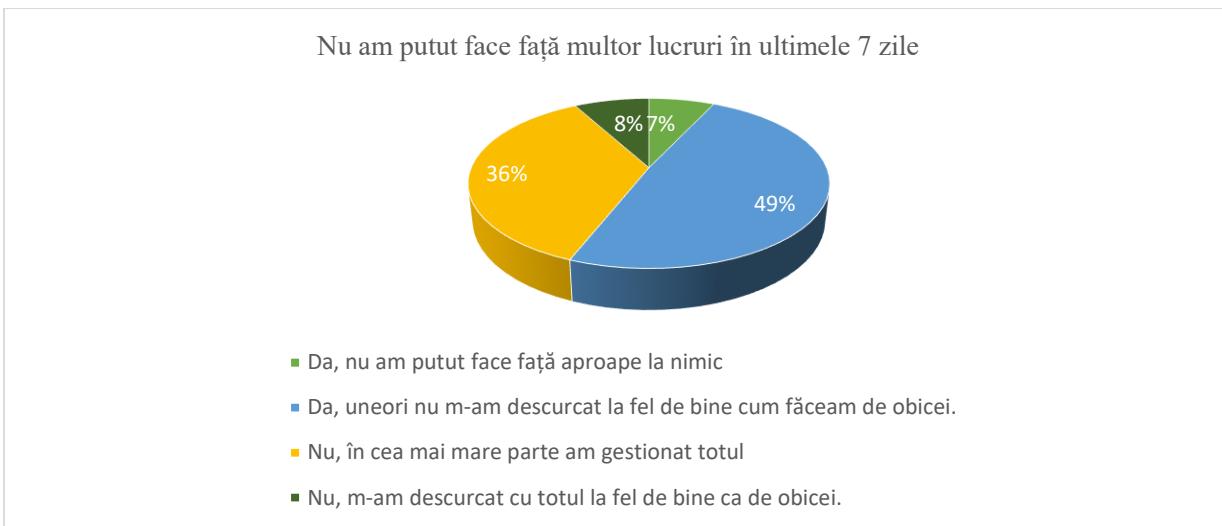


Figura 10 Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 6

La afirmația 7 (*Am fost așa de nefericită că am avut probleme cu somnul*) 54% din femei au menționat că da, uneori au trăit starea de nefericire și nu au putut dormi, 27% din mame au afirmat că practic niciodată nu au trăit așa stare și nu au avut probleme cu somnul, 15% din mame au afirmat că niciodată nu au avut astfel de stări și 4% au răspuns că practic în fiecare noapte au trăit stări de nefericire și au avut probleme cu somnul.

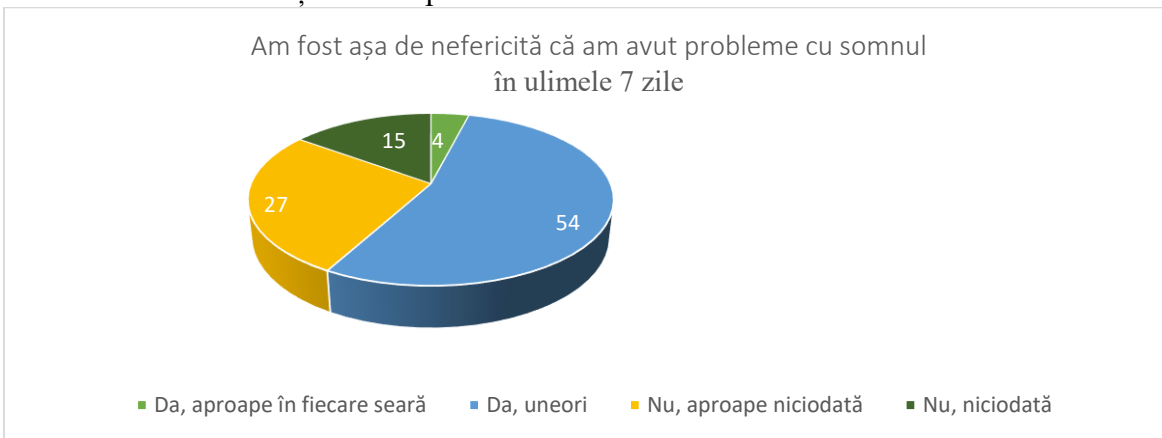


Figura 11. Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 7

La afirmația 8 (*M-am simțit tristă, supărată și nefericită*), 49% din femei au afirmat că în majoritatea timpului s-au simțit triste, supărate și nefericite, 32% din ele au simțit astfel de stare uneori, deloc nu au trăit astfel de stare 4% și 15% din femei foarte des au simțit stări de nefericire, tristețe și supărare.

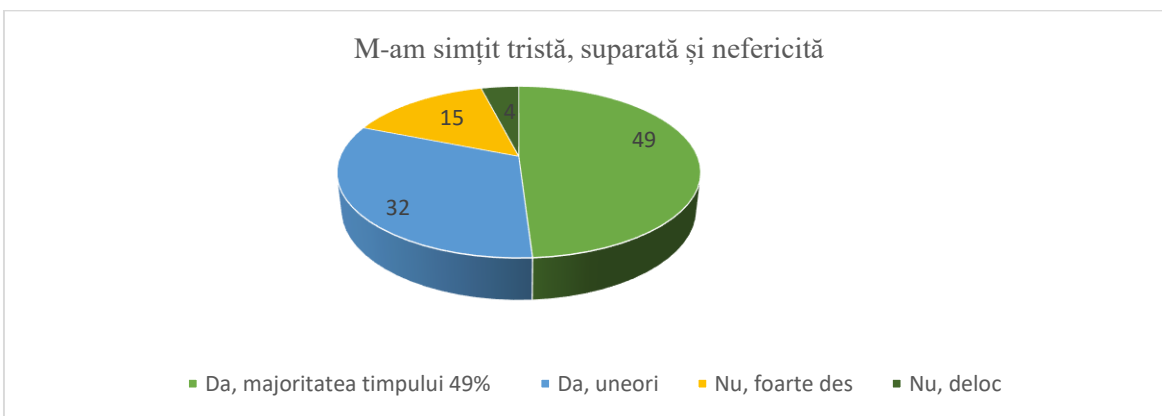


Figura 12. Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 8

Referindu-ne la afirmația 9 (*Am fost așa de nefericită că am plâns*) menționăm că 43% dinre femei au afirmat că da, uneori au trăit astfel de stare, 31% de mame au afirmat că practic niciodată nu au trăit starea de nefericire în așa măsură ca să plângă, 17% au menționat că niciodată nu au trăit această stare iar 9% din mame au afirmat că foarte des s-au confruntat cu astfel de stare. Observăm că doar 17% dintre mame în ultimele 7 zile nu au trăit astfel de stări pe când 83 din ele au trăit această stare într-o doză mai mare sau mai mică.

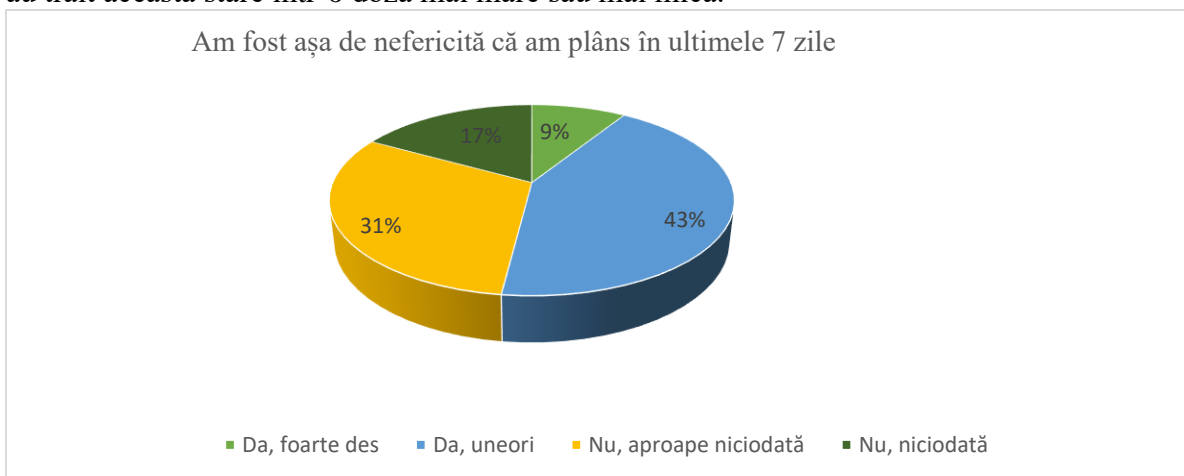


Figura 12. Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 9

La afirmația 10 (*Mi s-a întâmplat să mă gândesc să-mi fac ceva rău*) 71% din femei au menționat că niciodată nu li s-a întâmplat s- aibă astfel de gânduri, 16% din ele au afirmat că, practic niciodată nu au avut așa gânduri, 11% din mame au menționat că uneori au avut astfel de gânduri în ultimele 7 zile iar 2% au răspuns că foarte des li s-a întâmplat să se gândească să-și facă ceva rău în ultimele 7 zile. Deci avem o rată de 13 mame care fie s-au gândit uneori să facă ceva cu ele fie mereu ceea ce denotă că tema abordată este de mare suport pentru mame și pentru viitorul acestora.

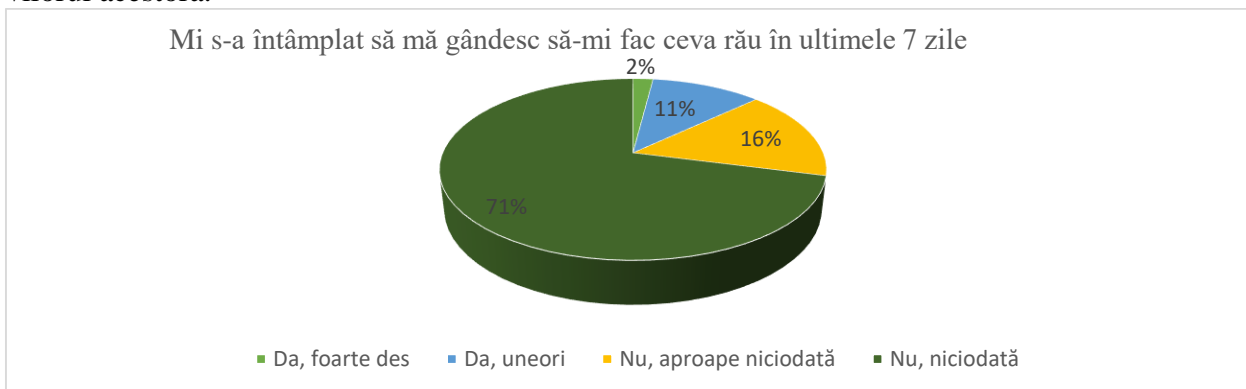


Figura 13. Reprezentarea grafică a răspunsului la afirmația 10

Intervenții psihologice de recuperare în perioada postpartum

Perioada postnatală este o etapă foarte importantă în viața femeii, marcând tranziția către maternitate. Aceasta perioadă este semnificativă și prin modificările pe care le provoacă, de la cele fizice la modificările emoționale care variază de la ușoare la severe și afectează starea generală de bine a mamei, capacitatea ei de a avea grija de nou-născut. Analizând rezultatele experimentale obținute prin aplicarea Scalei de depresie postpartum, putem menționa că am evidențiat următoarele simptome comune: fluctuații mari de dispoziție, tristete persistentă, plans facil, dificultăți de somn, sentimente de vinovăție sau inutilitate, deznădejde, dar și câteva cazuri severe, cu gânduri de autovătămare.

Înțelegerea acestor schimbări este esențială pentru gestionarea lor eficientă.

Recomandări pentru femeile care manifestă simptome ușoare de depresie postpartum

- Este cunoscut că somnul are importanță vitală pentru organismul uman. Lipsa somnului poate agrava stările de anxietate, tristețe, deoarece este indicat ca femeia să doarmă neîntrerupt câteva ore.
- Alimentația și hidratarea la fel au importanță vitală, iar o alimentație echilibrată și o hidratare suficientă sunt esențiale pentru organismul stresat al mamei.
- Mișcarea, exercițiile fizice ușoare pot stimula starea de spirit și nivelul de energie al femeii. Sunt indicate plimbări scurte în aer liber.
- Este foarte important ca femeia să-și aloce câteva momente de relaxare, fie că ascultă muzica preferată, fie face o baie relaxantă, important este ca aceste momente să ajute la diminuarea stresului.
- Reteaua socială, sprijinul social și familial au o importanță crucială și ajută femeia să treacă cu bine peste stările de disconfort emoțional, peste sentimentele de inutilitate, de nefericire etc.
- Comunicarea cu membrii familiei și îndeosebi cu partenerul, împărtășirea sentimentelor, preocupărilor și a responsabilităților este esențială pentru profilaxia stărilor de deznădejde.
- Nu mai puțin importante pot deveni grupurile de support. Prin intermediul acestora, tinerele mame pot primi sprijin, support, încurajare
- Pentru o mai bună gestionare a stărilor emoționale este indicat ca tinerele mame să solicite ajutor din partea prietenilor și a familiei.

Tratamentul depresiei postpartum necesită o abordare integrată care să țină cont atât de starea fizică, cât și de cea psihică a femeii. Principalele metode includ psihoterapia, medicația și sprijinul social. Scopul principal este de a restabili bunăstarea psiho-emoțională a mamei, de a întări legătura ei cu copilul și de a sprijini interacțiunea familiei.

Psihoterapia este unul dintre tratamentele cheie pentru depresia postpartum. Ea ajută femeile să-și înțeleagă și să-și proceseze sentimentele, să găsească strategii de adaptare și să îmbunătățească relațiile cu ceilalți. Există diferite forme de psihoterapie, cum ar fi terapia cognitiv-comportamentală sau psihoterapia interpersonală, care s-au dovedit a fi eficiente în tratarea stărilor depresive. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) ajută la identificarea și schimbarea gândurilor negative și a comportamentelor asociate cu depresi, concentrându-se pe îmbunătățirea relațiilor interpersonale și a abilităților de comunicare [2].

Sprijinul social joacă un rol important în tratamentul depresiei postpartum. Implicarea celor dragi, participarea în grupuri de sprijin sau consultarea unui asistent social poate ajuta o femeie să se simtă mai puțin izolată și mai susținută în experiențele ei.

Tratamentul depresiei postpartum nu este doar un proces de eliminare a simptomelor, ci și o oportunitate pentru o femeie de a se înțelege, de a-și restabili energia și de a găsi armonie în viață [10].

Tabel 1. Strategiile cognitiv-comportamentale de psihoterapie în depresie postpartum

Auror	Strategii	Tehnicile aplicate
Melanie Fennell	1. Strategii cognitive :	- tehnici de distragere, - numărarea gândurilor.
	2. Strategii comportamentale	- monitorizarea activităților, plăcerii și autocontrolului, - realizarea unor orare, - stabilirea unor sarcini gradate.
	3.Strategii cognitiv-comportamentale	- identificarea gândurilor negative, - adresarea de întrebări gândurilor negative, - experimente în sfera comportamentală.
	4.Strategii preventive	- identificarea convingerilor, - adresarea de provocări pentru viitor, - pregătirea pentru viitor.

Christopher Williams	1. Identificarea gândurilor negative	- subiectul este instruit să conștientizeze gândurile cu conținut depresiv din momentul în care acestea se manifestă
	2. Trasarea de sarcini în sfera comportamentală	- subiectul va fi încurajat să realizeze acele activități pe care are tendința de a le evita
	3. Testarea validității gândurilor și convingerilor negative	- selectarea și trasarea unor sarcini menite să infirme veridicitatea gândurilor și convingerilor negative;
	4. Repetare cognitivă (antrenament cognitiv)	- subiectul va repovesti terapeutului, toate etapele unei activități pe care are tendința să o evite, evidențiind gândurile și sentimentele pe care le încearcă. Astfel, se pot identifica blocajele, găsirea unor eventuale soluții, pentru depășirea acestora și imaginarea unor succese viitoare.
	5. Tehnici terapeutice alternative – relaxare, hipnoză	- subiectul este instruit să își imagineze o situație care-l supără și să genereze strategii de a-i face față.
	6. Abordarea convingerilor negative de bază	– terapeutul va investiga modul în care schemele cognitive disfuncționale s-au structurat de-a lungul timpului, precum și modul în care acestea influențează viața de zi cu zi a pacientului.

În terapia cognitiv-comportamentală, restructurarea cognitivă, ajută femeile să-și identifice gândurile iraționale, folosind argumentele logice pentru a testa conținutul acestor gânduri în comparație cu realitatea propriei experiențe de viață. Tratamentele cu ajutorul terapiei cognitiv-comportamentale sunt adesea scurte, și vin în întâmpinarea nevoilor femeilor în perioada postpartum.

Concluzii

Depresia postpartum este o afecțiune gravă care merită atenție și înțelegere, deoarece afectează nu numai bunăstarea femeii, ci și bunăstarea întregii familii. Esențial este să înțelegem că aceasta nu este o condamnare. Cu sprijin adecvat, tratament profesional și sprijin din partea celorlalți, o femeie poate depăși cu succes această condiție dificilă și poate reveni la o viață plină și fericită.

Este important să fie recunoscute semnele și simptomele depresiei postpartum cât mai devreme și să se apeleze la ajutor și sprijin. Cu cât tratamentul este început mai devreme, cu atât mai rapid și mai eficient pot fi obținute rezultate pozitive, astfel impactul depresiei asupra vieții unei femei și a familiei sale poate fi minimizat.

BIBLIOGRAFIE

1. CRISTEA, Cristina. *Depresia postnatală*. Online. Disponibil: <https://www.reginamaria.ro/articole-medicale/depresia-postnatala> [accesat 2024-03-11].
2. DAVID, Daniel. *Tratat de psihoterapie cognitive și comportamentale*. Iași: Polirom, 2017. ISBN 9789734668199.

3. HUTCHERSON, Timothy C.; Nicolae E. CIERI-HUTCHERSON and Meaghan F. GOSCIAK. Brexanolone for postpartum depression. *American Journal of Health-system Pharmacy*. 2020, nr. 5. Online. Disponibil: <https://academic.oup.com/ajhp/article/> [accesat 2024-03-11].
4. KONJEVOD, Marcela; Martin GREDICAK; Barbara VUIC; Lucija TUDOR; Matea NIKOLAC PERKOVIC; Tina MILOS; Dubravka SVOB STRAC PIVAC; Nela NEDIC; and Gordana ERJAVEC. Overview of metabolomic aspects in postpartum depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2023, vol. 127. Online. Disponibil: <https://www.sciencedirect.com/science/article/> [accesat 2024-03-11].
5. LIU, Xueyan; Shuhui WANG and Guangpeng WANG. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of clinical nursing*. 2022, nr. 31. Online. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34750904/> [accesat 2024-03-11].
6. NAKIĆ RADOŠ, Sandra; Burcu KÖMÜRÇÜ AKIK; Maja ŽUTIĆ; Maria F. RODRIGUEZ-MUÑOZ; Kristiina URIKO; Emma MOTRICO; Patricia MORENO-PERAL; Gisèle APTER and Mijke LAMBREGTSE-VAN DEN BERG. Diagnosis of peripartum depression disorder: A state-of-the-art approach from the COST Action Riseup-PPD. *Compr Psychiatry. Comprehensive Psychiatry*. 2024, vol. 130. Online. Disponibil: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00> [accesat 2024-03-11].
7. SERATI, M.; M. REDAELLI; M. BUOLI and A. C. ALTAMURA. Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016, vol. 193. Online. Disponibil: <https://www.sciencedirect.com/science/article> [accesat 2024-03-11].
8. SHARMA, Renu; Pranjal BANSAL; Lokesh SAINI; Nidhi SHARMA and Richa DHINGRA. Zuranolone, a neuroactive drug, used in the treatment of postpartum depression by modulation of GABA_A receptors. *Pharmacol Biochem Behav*. 2024, vol. 238. Online. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38387651/> [accesat 2024-03-11].
9. WILLIAMS, Chris; Anne. GARLAND. A cognitive-behavioural therapy assessment model for use in everyday clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2002, vol. Online. Disponibil: <https://www.cambridge.org/.pdf/a-cognitivebehavioural-therapy-assessment-model-for-use-in-everyday-clinical-practice.pdf> [accesat 2024-03-11].
10. *Послеродовая депрессия*. Online. Disponibil: <https://www.yamed.ru/ginekologiya/poslerodovaya-depressiya/> [accesat 2024-03-11].

CZU 159.924.7

ROLUL ATAȘAMENTULUI ÎN CONTEXTUL FAMILIEI MODERNE

Daniela CAZACU, dr., conf.univ.
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți

Summary: The article examines the role of attachment in the modern family, emphasizing its importance for the emotional development of children and the relational health of family members. It discusses attachment types – secure, anxious-ambivalent, avoidant, and disorganized – and how they influence family dynamics. Solutions and interventions for families with negative attachments are also proposed, including parental education, family counseling, and social support. Positive attachment can contribute to better communication, conflict resolution, and supporting autonomy. The article emphasizes the importance of an emotionally secure environment to cope with contemporary challenges.

Keywords: attachment, modern family, types of attachment, interventions, parental education, family counseling

Atașamentul joacă un rol fundamental în dezvoltarea individului, fiind un proces psihologic și emoțional care începe în copilărie și influențează relațiile de-a lungul vieții. În contextul familiei

moderne, caracterizată de diversitate și schimbări socio-culturale accelerate, rolul atașamentului devine și mai complex. Familiile tradiționale au fost înlocuite în multe cazuri de structuri familiale diverse – monoparentale, mixte, cupluri de același sex sau familii extinse, toate având un impact asupra dinamicii relaționale și, implicit, asupra atașamentului. Teoria atașamentului, dezvoltată de John Bowlby și extinsă de Mary Ainsworth, oferă un cadru esențial pentru înțelegerea modului în care relațiile dintre părinți și copii modelează siguranța emoțională, dezvoltarea personală și capacitatea de a forma relații sănătoase [3].

Familia modernă se confruntă cu provocări unice, precum ritmul accelerat al vieții, utilizarea tehnologiei și presiunile economice, care pot influența timpul și calitatea interacțiunilor dintre membrii săi. Copiii crescuți într-un mediu familial securizant au mai multe șanse să dezvolte un stil de atașament sigur, ceea ce le permite să gestioneze mai bine stresul și să construiască relații de încredere. Pe de altă parte, experiențele de atașament nesigur sau dezorganizat, adesea asociate cu conflicte familiale, divorțuri sau absența unei figuri parentale stabile, pot avea efecte negative asupra dezvoltării emoționale și sociale.

În era modernă, părinții sunt adesea nevoiți să echilibreze cerințele profesionale cu responsabilitățile familiale, ceea ce poate reduce oportunitățile pentru conectare emoțională profundă. În același timp, noile modele familiale pot oferi avantaje unice: de exemplu, familiile extinse sau părinții care împart îngrijirea copilului în mod egal pot sprijini dezvoltarea unui atașament sigur. În plus, tehnologia joacă un rol dual – poate facilita comunicarea, dar poate și să interfereze cu relațiile interpersonale directe.

Astfel, analiza rolului atașamentului în familia modernă implică o înțelegere integrată a diverselor factori contextuali care influențează formarea și menținerea relațiilor afective. Articolul de față explorează impactul stilurilor de atașament în familiile contemporane, relevanța acestora pentru sănătatea emoțională a copiilor și adulților, precum și strategiile prin care părinții și îngrijitorii pot sprijini un atașament securizant într-un mediu familial în continuă schimbare [12].

Pentru a înțelege impactul atașamentului în familia modernă, este esențial să definim mai întâi conceptul de familie și modul în care acesta a evoluat în timp. Familia, ca instituție socială și culturală, a fost descrisă și analizată din multiple perspective de-a lungul decadelor. Sociologii, psihologii și antropologii au subliniat complexitatea și diversitatea acestui concept, evidențiind că familia reprezintă atât o unitate socială, cât și un mediu relațional care influențează profund dezvoltarea umană. D. Batâr definește familia drept „*grup social realizat prin căsătorie, alcătuit din persoane care trăiesc împreună, au gospodărie casnică în comun, sunt legați prin anumite relații naturale biologice, psihologice, morale și juridice și care răspund unul pentru altul în fața societății*” [2, p. 170].

Stănoiu și M. Voinea, subliniind importanța familiei în structurarea societății, o definesc drept nucleul instrumental fundamental al structurii sociale mai largi, în sensul că toate celelalte instituții depind de influențele acesteia [11, p.11]. Având în vedere această funcție, dar și relațiile intrinseci ale familiei, I. Mitrofan și C. Ciupercă definesc familia drept „o formă de comunitate umană alcătuită din doi sau mai mulți indivizi, uniți prin legături de căsătorie și/sau paterne, realizând, mai mult sau mai puțin, latura biologică și/sau cea psihosocială” [9, p. 391].

Cu toate că familia reprezintă structura la care se raportează fiecare individ uman, conceptul de familie este unul deosebit de complex, poliaspectual și polivalent, fapt pus în evidență și de multitudinea teoriilor privind familia. Mai mult decât atât, teoriile în sine se configurează în tipologii, care explicitează intenția de a reliefa modul în care se constituie, se dezvoltă și funcționează familia. Dintre clasificările existente, ne vom referi la cea care le aparține cercetătorilor I. Mitrofan și C. Ciupercă [9, p. 143-163].

În familia contemporană, atât bărbatul, cât și femeia are dreptul la putere. Familia își schimbă orientarea, refuzând să mai fie o unitate de producție economică. Se observă reducerea numărului de membri ai familiei prin reducerea numărului de copii la 1-2. Concomitent, familia își pierde din statutul său de instituție socială. Se diminuează semnificativ autoritatea patriarhală, fiind substituită prin rolul individual [76]. În majoritatea familiilor contemporane problema se rezolvă

simplu: cap al familiei devine acel care o întreține, posedă capacități organizatorice, mai multă experiență de viață, tact, aptitudini comunicative și de lider [6,7].

Conceptul de „familie modernă” accentuează, așadar, dinamismul și pluralismul. Autoarea Stephanie Coontz (2005) susține că familia modernă nu trebuie privită prin prisma unor idealuri rigide, ci ca o instituție care își redefinește constant rolurile și funcțiile în funcție de nevoile membrilor săi și de contextul socio-cultural. În această privință, noțiunea de familie modernă include și o dimensiune psihologică importantă, fiind văzută ca un spațiu în care relațiile interpersonale, comunicarea și atașamentul au un rol central [5].

Această trecere de la definițiile tradiționale la cele moderne deschide calea pentru o analiză detaliată a dinamicii relaționale și a atașamentului în diverse structuri familiale. În continuare, vom explora rolul atașamentului în funcționarea familiilor moderne, integrând perspectivele oferite de aceste definiții diverse.

Legătura dintre familie și atașament este esențială pentru înțelegerea dezvoltării emoționale și sociale a individului. Familia reprezintă primul context în care copilul experimentează relațiile interpersonale, iar tiparele de atașament care se formează în această perioadă timpurie influențează profund personalitatea și capacitatea de a gestiona emoțiile și relațiile în viața adultă. Teoria atașamentului, dezvoltată de John Bowlby, subliniază că interacțiunile constante și calitative dintre copil și figurile primare de îngrijire (de obicei părinții) determină tiparele de atașament care se formează. [3,4].

În cadrul familiei, Bowlby și Mary Ainsworth au identificat patru tipuri principale de atașament: sigur, anxios-ambivalent, evitant și dezorganizat. Atașamentul sigur, cel mai sănătos și dorit, se dezvoltă atunci când copilul primește sprijin emoțional consistent, afecțiune și o prezență constantă din partea părinților. Copiii cu un atașament sigur au încredere că pot apela la părinți atunci când se simt nesiguri sau în pericol, ceea ce le conferă un sentiment de stabilitate și încredere în sine. [apud 3,4].

În schimb, atașamentul anxios-ambivalent apare în familiile în care părinții sunt inconsecvenți în răspunsurile lor emoționale – uneori oferind sprijin, alteori ignorând nevoile copilului. Acești copii pot deveni dependenți emoțional, temându-se că ar putea fi abandonați, și pot manifesta o nevoie intensă de validare. Atașamentul evitant, în schimb, este frecvent întâlnit în familiile în care părinții sunt distanți emoțional sau neglijenți, ceea ce determină copilul să învețe să-și reprime nevoile emoționale pentru a evita respingerea.

Cel mai problematic tip de atașament, cel dezorganizat, apare în familiile marcate de abuz, neglijență severă sau traume. Copiii care dezvoltă acest tip de atașament sunt confuzi și nesiguri în relația cu părinții, având comportamente contradictorii – de exemplu, caută sprijin, dar se tem în același timp de figurile de îngrijire.

Dinamica familială influențează decisiv tiparele de atașament. De exemplu, într-o familie modernă în care părinții împart în mod egal responsabilitățile de îngrijire, copilul poate dezvolta un atașament sigur, având acces constant la mai multe surse de sprijin emoțional. Pe de altă parte, în familiile cu părinți monoparentali, calitatea relației copil-părinte devine și mai crucială, iar lipsa unui sprijin suplimentar poate spori riscul dezvoltării unui atașament nesigur.

Atașamentul nu influențează doar relația copil-părinte, ci și relațiile dintre frați. De exemplu, copiii cu atașament sigur tind să aibă relații mai armonioase cu frații lor, în timp ce cei cu atașament nesigur pot manifesta rivalitate sau conflicte frecvente. De asemenea, tiparele de atașament din copilărie se perpetuează în relațiile adulte, ceea ce face ca dinamica familială timpurie să fie un predictor important pentru sănătatea relațională pe termen lung [1].

În concluzie, familia este cadrul în care se formează tiparele de atașament, acestea având implicații majore asupra dezvoltării emoționale a copilului și asupra relațiilor sale viitoare. Analiza tipurilor de atașament în familie ne ajută să înțelegem complexitatea relațiilor familiale moderne și importanța unui mediu emoțional securizant pentru creșterea și dezvoltarea armonioasă a individului.

Rolul atașamentului în familia modernă este esențial, întrucât oferă stabilitate emoțională și creează cadrul necesar pentru dezvoltarea sănătoasă a membrilor săi. Atașamentul are funcția

principală de a crea un sentiment de siguranță, care permite copiilor să exploreze lumea din jurul lor și să-și dezvolte autonomia, având totodată certitudinea că pot reveni la o „bază sigură” oferită de părinți sau de alte figuri de îngrijire. Această funcție devine deosebit de importantă în contextul modern, în care familiile se confruntă cu diverse provocări, cum ar fi ritmul rapid al vieții, schimbările frecvente și presiunea tehnologiei asupra interacțiunilor față în față.

În familiile moderne, atașamentul servește ca o ancoră emoțională, facilitând o comunicare deschisă și sprijin reciproc între părinți și copii, dar și între parteneri. De exemplu, părinții care au un stil de atașament sigur sunt mai predispuși să creeze un mediu familial armonios, bazat pe respect și afecțiune, ceea ce contribuie la dezvoltarea unor relații sănătoase între membrii familiei. În schimb, un stil de atașament nesigur, fie el evitant sau anxios, poate genera tensiuni în familie, afectând atât comunicarea, cât și coeziunea familială [8].

Funcția atașamentului în familia modernă nu se limitează doar la copii, ci influențează și dinamica dintre adulți. Relațiile de cuplu bazate pe atașament sigur sunt mai reziliente în fața stresului și conflictelor, deoarece partenerii se simt sprijiniți emoțional și pot rezolva împreună problemele. Acest lucru este esențial în familiile contemporane, unde partenerii trebuie adesea să echilibreze responsabilitățile profesionale cu cele familiale, fără a pierde conexiunea emoțională dintre ei.

Atașamentul are și o funcție de reglare emoțională, ajutând copiii să învețe cum să gestioneze stresul și emoțiile dificile. Părinții care răspund consistent și empatic la nevoile copilului le oferă acestora un model de autoreglare, care îi va ajuta pe termen lung în viața socială și profesională. În același timp, familia modernă poate oferi contexte diverse pentru dezvoltarea atașamentului – de exemplu, părinți care împart îngrijirea copilului sau chiar membri estinși ai familiei, cum ar fi bunicii, care joacă un rol activ în creșterea copilului.

Un alt aspect important al funcției atașamentului este crearea unei identități și a unui sentiment de apartenență. În familiile moderne, unde structurile pot varia de la cele monoparentale până la cele recompuse sau adoptive, atașamentul oferă o continuitate emoțională care ajută copilul să-și definească locul și rolul în familie. Chiar și în absența unei structuri familiale tradiționale, copiii care beneficiază de o relație securizantă cu cel puțin un părinte sau îngrijitor au șanse mai mari să se dezvolte armonios.

În plus, atașamentul joacă un rol crucial în sprijinirea autonomiei. Contrar unei percepții greșite conform căreia un atașament puternic ar putea face copilul dependent, cercetările arată că un atașament sigur îi oferă acestuia încrederea necesară pentru a deveni independent și capabil să formeze relații sănătoase pe cont propriu. În familiile moderne, acest echilibru între autonomie și conectare este mai important ca niciodată, având în vedere influențele externe, precum presiunile academice și sociale.

Atașamentul are, de asemenea, o funcție de protecție împotriva efectelor negative ale stresului și traumei. Familiile moderne pot trece prin numeroase situații stresante, de la divorțuri la dificultăți financiare, iar copiii care dezvoltă un atașament sigur au o reziliență mai mare în fața acestor provocări. Un mediu familial bazat pe sprijin emoțional și deschidere poate diminua efectele adverse ale acestor experiențe și poate ajuta copilul să facă față mai bine dificultăților [1].

Pe scurt, rolul atașamentului în familia modernă este de a crea stabilitate, sprijin și un mediu propice pentru dezvoltare. Funcția sa principală este de a asigura un fundament emoțional sănătos, care să permită tuturor membrilor familiei – copii și adulți deopotrivă – să navigheze cu succes complexitățile și provocările lumii contemporane. Atașamentul nu este doar un proces pasiv, ci un mecanism activ care contribuie la consolidarea legăturilor familiale, promovând sănătatea emoțională și relațională pe termen lung.

Atunci când într-o familie persistă atașamente negative – fie ele anxioase, evitante sau dezorganizate – intervenția adecvată poate transforma dinamica familială și poate promova un mediu mai sănătos pentru toți membrii. Atașamentele negative apar adesea ca rezultat al traumelor, lipsei de conectare emoțională sau inconsecvenței în răspunsurile părinților. Recomandările și soluțiile pentru lucrul cu astfel de familii includ intervenții pe mai multe niveluri, orientate către dezvoltarea unui atașament mai sigur.

Educația parentală: Părinții trebuie să fie informați despre importanța atașamentului în dezvoltarea copilului. Programele de educație parentală pot ajuta părinții să înțeleagă cum răspunsurile lor emoționale și comportamentale influențează copilul. De exemplu, cursurile care promovează „parenting-ul sensibil” pot învăța părinții să răspundă empatic la nevoile emoționale ale copiilor.

Consilierea familială: Terapia de familie poate fi o soluție eficientă pentru a identifica și aborda conflictele care afectează atașamentul. Prin consiliere, părinții și copiii pot învăța să-și exprime emoțiile în mod sănătos, să comunice mai eficient și să-și rezolve tensiunile.

Terapia individuală pentru părinți: Unii părinți cu stiluri de atașament nesigur au propriile traume nerezolvate. Terapia individuală îi poate ajuta să-și înțeleagă propriile tipare emoționale și să dezvolte o capacitate mai mare de a oferi sprijin emoțional copiilor.

Crearea rutinei și a predictibilității: Copiii din familiile cu atașament negativ pot beneficia de o rutină stabilă. Stabilitatea zilnică ajută la reducerea anxietății și la crearea unui sentiment de siguranță. Părinții pot fi încurajați să stabilească ore fixe pentru mesele împreună, timpul de joacă sau discuțiile familiale.

Tehnici de reconectare emoțională: Activitățile care promovează conectarea emoțională, cum ar fi jocurile, cititul împreună sau simpla petrecere a timpului fără distrageri, pot ajuta la întărirea legăturilor dintre membrii familiei. Timpul de calitate este esențial pentru a reconstrui un atașament securizant.

Gestionarea conflictelor: Familiile cu atașamente negative se confruntă adesea cu conflicte frecvente. Este important să fie învățate strategii eficiente de gestionare a conflictelor, cum ar fi comunicarea nonviolentă, ascultarea activă și exprimarea nevoilor într-un mod clar și calm.

Terapia prin joc pentru copii: În cazul copiilor mici, terapia prin joc poate fi o metodă excelentă pentru a-i ajuta să proceseze emoțiile și să învețe să-și exprime nevoile într-un mod sănătos. Aceasta poate oferi părinților informații valoroase despre starea emoțională a copilului.

Consolidarea empatiei: Părinții pot fi încurajați să-și dezvolte empatia față de copii, punându-se în locul acestora și încercând să înțeleagă perspectivele lor. Acest lucru ajută la reducerea răspunsurilor critice sau punitive și la promovarea unei relații bazate pe înțelegere.

Sprijinirea autonomiei copilului: Este important să se ofere copiilor libertatea de a-și exprima gândurile și emoțiile, chiar și atunci când acestea sunt diferite de cele ale părinților. Autonomia sprijinită într-un mediu securizant reduce anxietatea copilului și întărește încrederea în sine.

Rolul tehnologiei: În familiile moderne, timpul petrecut pe dispozitive electronice poate submina conectarea emoțională. Este recomandat să se stabilească perioade fără tehnologie, dedicate interacțiunilor directe.

Repararea relațiilor: Părinții trebuie încurajați să repare relațiile atunci când greșesc. Scuzele sincere și recunoașterea propriilor erori ajută copilul să înțeleagă că relațiile nu trebuie să fie perfecte, ci autentice.

Exerciții de reglare emoțională: Învățarea unor tehnici de reglare emoțională, cum ar fi respirația profundă sau mindfulness, poate ajuta atât părinții, cât și copiii să gestioneze mai bine stresul și emoțiile intense.

Crearea unui mediu fără judecată: Familiile ar trebui să fie încurajate să creeze un mediu în care toți membrii se simt acceptați și sprijiniți, indiferent de greșelile sau imperfecțiunile lor.

Sprijin social: Familiile cu atașamente negative pot beneficia de sprijin din partea comunității sau a rețelelor sociale extinse. Grupurile de suport pentru părinți sau programele comunitare pot oferi resurse valoroase și un sentiment de apartenență.

Abordarea traumelor familiale: Dacă atașamentul negativ este rezultatul unor traume, este esențial să se abordeze aceste experiențe prin terapie specializată, cum ar fi terapia traumei sau terapia de atașament.

Prin aplicarea acestor soluții, familiile pot transforma dinamica relațiilor și pot cultiva un mediu mai sigur și mai armonios, promovând astfel un atașament pozitiv între membrii săi.

În concluzie, atașamentul joacă un rol fundamental în structura și funcționarea familiei moderne, influențând atât relațiile dintre părinți și copii, cât și dinamica dintre parteneri. Deși familia modernă a devenit tot mai diversificată, principiile unui atașament sigur rămân esențiale pentru asigurarea sănătății emoționale și a dezvoltării armonioase. Înțelegerea tipurilor de atașament și impactului acestora permite identificarea problemelor și implementarea soluțiilor pentru îmbunătățirea relațiilor familiale.

Intervențiile, cum ar fi educația parentală, terapia familială sau tehnicile de reconectare emoțională, pot ajuta la transformarea atașamentelor negative în legături securizante și sănătoase. Familia modernă trebuie privită ca un spațiu de adaptare continuă, în care empatia, comunicarea deschisă și sprijinul reciproc sunt cruciale. Prin promovarea unui mediu emoțional securizant, membrii familiei pot face față mai bine provocărilor contemporane. Astfel, dezvoltarea atașamentului pozitiv devine nu doar o soluție pentru dificultăți relaționale, ci și o investiție în viitorul emoțional al fiecărui individ.

BIBLIOGRAFIE:

1. AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E., & WALL, S. N. (2015). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press Accesat: 10.10.24 Disponibil: <https://edu.freepedia.ro/atasamentul-familial-premisa-dezvoltarii-relatiilor-sociale>
2. BATÂR D. Familia în dinamica societății. Sibiu, 2004. 170 p. [4, p. 170].
3. BOWLBY J. Crearea și ruperea legăturilor afective. Editura Trei, 2016. 2. Bowlby, J. O bază de siguranță. Aplicații clinice ale teoriei atașamentului. București. Editura Trei. 2011.
4. BOWLBY, J. O bază sigură, aplicații clinice ale teoriei atașamentului. București: Trei, 2011.
5. COONTZ, S. The Origins of Modern Divorce https://firstsearch.oclc.org/ECOPDFS/BLACKWLL/A0147370/FAMP_188.PDF
6. CUZNEȚOV L. Pedagogia familiei. Suport de curs. Univ. Ped. De Stat „I. Creangă” din Chișinău. Primex-Com S.R.L., 2013. - 77 p. 41, 42
7. CUZNEȚOV L. Filosofia practică a familiei. Chișinău: CEP USM, 2013. 328 p. 41, 42
8. HAZAN, C., & SHAVER, P. Romantic love conceptualized as an attachment process. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1987, no.52 (3), p.511-524. ISSN: 0022-3514]
9. MITROFAN I., Ciupercă C. Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei. București: Press Mihaela, 1998. 389 p. 57, p. 391 57, p. 143-163
10. POPESCU, R. Introducere în sociologia familiei: familia românească în societatea contemporană, Iași: Polirom, 2009. 197 p. 76
11. STĂNOIU, A. Voinea, M. Sociologia familiei. București: Universitatea București, 1983. 291 p.84, p.11
12. TURCHINĂ, T., CIUBOTARU, C. Stilul de atașament și satisfacția comunicării în relația părinți-copii În: Psihologie, revistă științifico-practică. Chișinău, 2012, nr. 2, p. 3-13.

CZU 159.9.07-053.4

DEZVOLTAREA STĂRII DE BINE A COPIILOR DE VÂRSTĂ PREȘCOLARĂ

Angela BEJAN, conferențiar universitar, doctor,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți

Summary: Well-being is a complex concept, defined as a balance between positive emotions, life satisfaction, and the reduction of negative affects, with both objective dimensions (health, education, socio-economic environment) and subjective ones (happiness, life perception). It is influenced by individual factors (social skills, resilience, emotional stability) and sociocultural factors (community relationships, social support, cultural norms). The development of well-being begins in childhood through habits acquired in family and school, with long-term effects on adult

life. Promoting this concept in education leads to improved academic and personal performance among students, contributing to community success.

Keywords: *well-being, quality of life, positive emotions, education, positive relationships.*

Starea de bine cuprinde acceptarea de sine, relațiile pozitive cu ceilalți, atitudinea pozitivă față de familie, grădiniță, carte, vizează promovarea fericirii și a satisfacției de viață și se conturează în baza virtuților universale: înțelepciunea, curajul, omenia, dreptatea, cumpătarea, transcendența toate conturând dezvoltarea echilibrată a personalității. În fapt, bunăstarea, numită în lucrările de specialitate recente „starea subiectivă de bine”, reprezintă atât efectul interacțiunilor dintre persoane, cât și un indicator concret, măsurabil al succesului unei comunități - din punct de vedere relațional inter- și intrapersonal [3].

Starea de bine este definită ca exprimând trăirea unui nivel înalt de sentimente și emoții pozitive, a unui nivel scăzut de afecte negative și a unui grad sporit de satisfacție cu propria viață. În măsura în care individul întrunește aceste trei componente, se poate aprecia dacă acesta posedă sau nu un optim al stării de bine.

În contextul schimbărilor accelerate ale lumii, al progresului tehnologic, degradării mediului, intoleranței sporânde, care pun în pericol sănătatea, observăm pe plan global o preocupare în creștere pentru starea de bine a omului. La nivel de școală, elevii simt repercusiunile acțiunii lumii, care a devenit mai competitivă, focalizată pe teste, mai stresată ca niciodată. În ultimul deceniu, un număr tot mai mare de cercetări științifice din diverse țări demonstrează că școlile interesate de starea de bine a elevilor tind să fie mai efective, obțin rezultate academice mai bune, iar elevii – realizări mai mari în viață [5].

Astfel, caracterul, atitudinea, deprinderile pozitive sau negative ne influențează în mod direct starea de bine. Iar deprinderile asimilate în copilărie, în familie și școală au efecte de durată asupra stării de bine ca adult [1].

Starea de bine mai este numită și calitatea vieții, un concept asociat funcționalității și sănătății fizice, mintale, emoționale, sociale, percepției de sine etc. Este o stare dinamică, care poate fi îmbunătățită dacă oamenii își pot atinge scopurile personale și sociale, prin adoptarea unor comportamente și deprinderi sănătoase. Starea de bine are două dimensiuni: obiectivă (starea social-economică, resurse educaționale și starea de sănătate) și subiectivă (fericirea, percepția calității vieții și satisfacția în viață) [7].

În domeniul psihosocial, termenul este folosit în mod obișnuit pentru a desemna abilitatea individuală de a face față unor situații de criză, inclusiv prin însușirea experienței pentru a răspunde unor factori de stres ce ar putea urma. Valoarea rezilienței este considerată ca rezultând din raportul care se stabilește între factorii de risc (singulari sau succesivi, individuali sau de mediu) și factorii de protecție (sprijin moral, financiar etc.). Reziliența are o deosebită însemnătate în perioadele de tranziție, de acumulare a stresului, perioade ce pot include și evenimente neașteptate, exterioare individului (dezastre naturale, pierderea locului de muncă, sărăcie). Aceste evenimente impun creșterea abilității de a le face față, în vederea menținerii unei abordări pozitive (psihice, atitudinale sau comportamentale). În egală măsură, reziliența a fost considerată nu doar o stare, ci un proces de adaptare fizică sau emoțională a individului. Nu a fost ignorată nici dimensiunea spirituală a rezilienței care rezultă din sprijinul și încrederea pe care o pot oferi apartenența la o anumită religie ca sursă de speranță, optimism și încredere în valorile vieții. Percepția subiectivă a bunăstării psihologice - un sentiment de susținere din partea mediului semnificativ social și, așa cum este consecință, dominarea unui sentiment de încredere și competența personalității (sunt un iubit, de succes, încrezător în sine).

Se știe că de cele mai multe ori un copil petrece la școală, comunicarea cu semenii și educatorii. Tipul de interacțiune cu adulții este un factor foarte grav care afectează atât dezvoltarea copilului și bunăstarea sa psihologică. Prin urmare, important să studieze caracteristicile percepției bunăstării psihologice de către toți participanții la procesul educațional.

Sub aspect psihologic înțelegem bunăstarea ca o construcție multifactorică reprezentând o interconexiune complexă de factori culturali, sociali, psihologici, fizici, economici și spirituali.

Principalii factori determinanți bunăstării psihologice, se împart în două grupuri - individuală și socioculturală [6].

Primul grup de factori individuali cuprinde:

- abilități relevante din perspectivă socială, precum cele academice, artistice sau fizice;
- resurse socio-psihologice, incluzând capacitatea de adaptare, dezvoltare personală, rezolvarea problemelor și utilizarea strategiilor de coping;
- vulnerabilități personale, cum ar fi istoricul de viață, contextul familial sau posibile dizabilități de dezvoltare.

Al doilea grup de factori socioculturali se referă la:

- trăsăturile specifice comunităților în care copilul este integrat (grupul de prieteni, mediul școlar, familia, vecinătatea sau comunitățile religioase);
- agenții de socializare, precum părinții, profesorii, colegii sau mass-media;
- stresori socioculturali, cum ar fi violența, conflictele, sărăcia, intimidarea sau hărțuirea;
- normele culturale privind interacțiunile sociale, inclusiv rolurile de gen și relațiile între copii și părinți sau colegi;
- modalitățile prin care copilul dobândește experiență socială prin procesul de socializare.

Analiza terminologică a definiției „stabilității emoționale” a făcut posibilă dezvoltarea definiției autorului a acestui concept în raport cu stadiul copilăriei preșcolare. Considerăm stabilitatea emoțională ca una dintre componentele bunăstării emoționale și o caracteristică individuală a sferei emoționale a copiilor, care este stabilitatea reacțiilor și relațiilor emoționale ale copilului atunci când interacționează cu realitatea din jur, asigură adaptarea sa de succes în societate și găsește expresie în adecvarea răspunsului emoțional al copilului atunci când interacționează cu mediul realitate, în forța severității emoțiilor experimentate și a caracteristicilor emoționale despre răspuns.

Starea subiectivă de bine (subjective / psychological well-being) este definită, în mod operațional, din punct de vedere hedonist, ca exprimând trăirea unui nivel înalt de sentimente și emoții pozitive, a unui nivel scăzut de afecte negative și a unui grad sporit de satisfacție de propria viață. În măsura în care individul întrunește aceste trei componente, se poate aprecia dacă acesta posedă sau nu un optim al stării subiective de bine. Conceptul stării subiective de bine este interdependentă cu cel de fericire. Cert este, însă, că, sporind starea subiectivă de bine, sentimentul de fericire este în creștere.

Explorând semnificațiile stării psihice de bine, s-au descris următoarele șase dimensiuni [2]:

- autoacceptarea: o percepție pozitivă asupra propriei persoane și a experiențelor trecute.
- stăpânirea mediului: abilitatea de a controla și organiza atât viața personală, cât și mediul înconjurător.
- autonomia: independența în luarea deciziilor și capacitatea de a rezista influențelor sociale, menținând propriile convingeri și acțiuni.
- relațiile pozitive: conexiuni armonioase cu ceilalți, bazate pe empatie și respect pentru nevoile acestora.
- creșterea personală: deschiderea către noi experiențe, reflectând dorința de progres și autodezvoltare.
- scopul și sensul vieții: conștientizarea importanței obiectivelor și semnificației propriei existențe.

Cercetările realizate de Ruff, Singer și colaboratorii au relevat faptul că niveluri ridicate ale stării subiective de bine corelează cu o mai bună circulație neuroendocrină, cu riscuri cardiovasculare reduse și cu o funcționalitate imunitară optimă [4].

Anne Konu și Matti Rimpelä au propus un model care direcționează intervențiile către anumite zone și domenii. Acest model împarte „starea de bine” în patru categorii:

- ✓ Condiții mediul fizic, hrana, serviciile de asistență medicală, activitățile de consiliere alimentația.
- ✓ Relațiile pozitive cu toți actanții educaționali.

- ✓ Mijloacele de realizare personală și modul în care copiii primesc feedback și încurajare.
- ✓ Starea de sănătate fizică și mintală [8].

Factorii ce contribuie la asigurarea stării de bine a copiilor:

<i>Factorii</i>	<i>Caracteristica</i>
Sănătatea fizică	Alimentație echilibrată, activitate fizică regulată, somn suficient, controale medicale.
Mediul familial	Relații calde, siguranță emoțională, comunicare deschisă, sprijin familial.
Dezvoltarea emoțională	Exprimarea sănătoasă a emoțiilor, dezvoltarea stimei de sine, gestionarea stresului.
Mediul social	Relații pozitive cu prietenii, evitarea bullying-ului, participarea la activități de grup.
Educația	Acces la educație de calitate, încurajarea curiozității și dezvoltarea talentelor.
Jocul și recreerea	Timp pentru joacă liberă, explorarea hobby-urilor, echilibru între responsabilități și timp liber.
Mediul fizic	Locuință sigură și curată, contact cu natura, expunere la diversitate culturală.
Sprijinul social	Acces la resurse comunitare, participare la proiecte comunitare, implicare socială.

În concluzie dezvoltarea stării de bine a copiilor de vârstă preșcolară este un proces fundamental care influențează întreaga lor viață. Aceasta presupune crearea unui mediu familial și educațional sigur, cald și stimulat, în care copiii să-și dezvolte abilitățile sociale, emoționale și cognitive. Factori precum stabilitatea emoțională, relațiile pozitive, sprijinul social și oportunitățile de explorare contribuie la construirea rezilienței și a unei percepții sănătoase asupra vieții. Prin promovarea unei stări de bine în această etapă esențială de dezvoltare, se pun bazele pentru o viață adultă echilibrată și împlinită.

Bibliografie:

1. ARNOLD, L., J. Foundation. Evidence Summary for the Perry preschool program. November 2017. [online] [citată 11.10.2024] Disponibil: <https://evidencebasedprograms.org/document/perrypreschoolproject-evidence-summary>
2. CALUȚCHI, D. Starea de bine în educație timpurie. Ghid metodologic pentru cadrele didactice. Bălți: Tipografia din Bălți, 2024. 169 p. ISBN 978-9975-161-67-1.
3. COJOCEA, M., PETCU, I., MILĂȘAN, A. Starea de bine a profesorilor și elevilor: resurse, impact și idei practice. București. 2021. 391 p. ISBN 978-973-0-345889.
4. COZONAC, C. Un manual pentru asigurarea bunăstării copilului și a familiei în Moldova. [online] [citată 11.10.2024] <https://moldova.europalibera.org/a/27302333.html>
5. LAYARD, R., HAGELL, A. Transforming the Mental health of Children. In: Helliwell J. et al. World happiness Report. 2015, pp. 106-132.
6. Lucrările conferinței multidisciplinare internațională „Laboratorul de creativitate“ Coordonator MARIAN, Gina, București, 2022. 2737 p. ISBN 978-973-0-35995-4.
7. STATHAM, J., CHASE, E. Childhood wellbeing. A brief overview. Childhood Wellbeing Research Centre, 2010. [online] [citată 11.10.2024] Disponibil: http://www.cwrc.ac.uk/documents/CWRC_briefing_paper.pdf
8. TÎRCĂ, A. Hai cu starea de bine în școală! Ghid pentru profesori, directori și părinți. București: EDP, 2022. 96 p. ISBN 978-606-088-119-3.

9. DUMITRESCU, R., ADUCOVSCI, D., SAKIZLIAN, R. Starea de bine Sănătate. București: Editura Universității din București, 2013. ISBN 978-606-16-0353-4.

CZU 159.923:316.6

КРИЗИСНОЕ СОСТОЯНИЕ: ВЛИЯНИЕ НА БЛАГОПОЛУЧИЕ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ

Светлана РУСНАК, доктор психологических наук, доцент,
Международный независимый университет Молдовы
Эмилия БРАТУНОВА, магистр психологии,
психолог, Комрат

Annotation. This article explores the impact of crisis states on psychological well-being and life-meaning orientations of individuals. The analysis of survey data and correlational research revealed that the primary sources of stress include geopolitical instability, family conflicts, economic challenges, and health problems. It was found that nervousness, depression, and loneliness exert a significant negative influence on key aspects of well-being, such as goal-setting, autonomy, and life satisfaction. The results highlight the necessity of implementing comprehensive psychological support programs aimed at restoring activity, enhancing emotional regulation, strengthening social connections, and reinterpreting life meanings. The study emphasizes the importance of developing strategies to increase resilience to stress and crises, thereby facilitating personal growth and adaptation in unstable conditions.

Keywords: crisis states, psychological well-being, life-meaning orientations, stress, depression, life goals, social support, resilience.

Введение

Жизненный путь человека представляет собой последовательность значимых событий, отражающих уникальность, целостность и непрерывность индивидуальной истории. Высшие личностные образования, такие как сознание, ответственность и зрелость, играют важную роль в организации и регуляции жизненного пути, способствуя становлению личности как субъекта собственной жизни [9]. Среди них особое место занимают кризисные события, которые, по С.Л. Рубинштейну, определяют дальнейший ход жизни и требуют значительных изменений привычного образа жизни [16, с. 643].

Кризисные события связаны с воздействием макросоциальных, межличностных или личностных стрессоров. Они оцениваются как сложные, переломные и неконтролируемые. Несмотря на угрозу внутреннему равновесию, такие события часто становятся катализатором личностного роста и трансформации [14].

Процесс переживания кризисов включает осмысление и трансформацию смыслов, что изменяет ценностно-смысловую сферу личности через взаимодействие аффективных и когнитивных механизмов [11]. Важную роль играет внутренний диалог, создающий возможность для переосмысления и смыслообразования [10].

Структура переживания включает три компонента: денотативный (восприятие события), коннотативный (отношение к событию) и конативный (стратегии преодоления) [15]. Продуктивное переживание может привести к посттравматическому росту, проявляющемуся в улучшении отношений с окружающими, расширении возможностей и переосмыслении жизненных целей. Однако непродуктивное переживание часто связано с нарушением адаптации и постстрессовыми расстройствами [17].

Психологическое благополучие, определяемое как субъективная оценка удовлетворенности жизнью и самореализацией, является важным показателем способности личности преодолевать кризисы [5, 12, 15]. Согласно многомерной модели Ryff, благополучие включает аспекты личностного роста, автономии, целей в жизни, управления

средой и качества отношений [4, 5]. Эти аспекты позволяют анализировать, как кризисные события влияют на внутренние ресурсы личности.

Настоящее исследование, проведённое в январе-марте 2024 года, направлено на изучение взаимосвязей между кризисными состояниями, психологическим благополучием и смысложизненными ориентациями. Основной вопрос: каким образом кризисы изменяют внутреннюю структуру личности и её способность к адаптации и личностному росту?

Методология и методы исследования

Объект исследования: опыт переживания кризисных событий.

Предмет исследования: влияние переживаний кризисных событий на показатели психологического благополучия.

Цель исследования: изучить, как кризисные события влияют на психологическое благополучие и смысложизненные ориентации личности.

Задачи исследования: 1) проанализировать опыт переживания кризисных ситуаций; 2) определить взаимосвязь компонентов переживания с показателями психологического благополучия; 3) выявить условия, способствующие восстановлению благополучия после кризисов.

Гипотеза: интенсивность переживания кризисных ситуаций отрицательно влияет на ключевые аспекты благополучия, такие как субъективное счастье, автономия и способность находить жизненные смыслы.

Характеристика респондентов. В исследовании приняли участие 57 человек в возрасте от 17 до 50 лет. Большинство — женщины (96%), 61% состоят в браке. Преимущественно уровень образования — высший (71%), доход в большинстве случаев средний (74%).

Методы исследования

1. **Методика С. Руснак "Исследование психологического благополучия"**. Методика охватывает субъективное счастье, принятие себя, автономию, управление средой, цели и смысл жизни [3].

2. **Опросник исследования кризисного состояния (СЕТА)**. Используется для оценки восприятия кризисов, их последствий и включает шкалы депрессии, тревожности и посттравматических симптомов.

3. **Тест смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев)**. Оценивает смысложизненные ориентации через такие параметры, как цели, процесс, результативность жизни, а также locus контроля [13].

4. **Метод опроса**. Метод опроса был разработан для выявления ключевых кризисных событий, с которыми столкнулись респонденты за последний год, и оценки их влияния на благополучие. Участники подробно описывали наиболее значимые кризисные события, такие как семейные конфликты, экономические трудности или проблемы со здоровьем, и оценивали их влияние на жизнь по шкале от 1 до 10.

Опрос позволил дополнить количественные данные субъективной информацией, раскрывающей глубину переживаний и стратегии адаптации.

Комплексное использование методик позволило получить данные о субъективных аспектах благополучия, влиянии кризисов на смысложизненные ориентации и уровнях стрессоустойчивости респондентов. Сочетание структурированных анкет и открытого опроса обеспечило глубокое понимание процессов адаптации, что способствует выявлению факторов восстановления после кризисов.

Результаты и обсуждение

Результаты анкетирования респондентов выявили многоаспектное влияние кризисных событий на психологическое благополучие и смысложизненные ориентации личности. Кризисные события затрагивают как личную, так и общественную жизнь, демонстрируя сложное переплетение внешних и внутренних факторов стресса. Эти события можно классифицировать на несколько ключевых категорий.

Личные и семейные отношения. Конфликты с супругом, родителями, а также кризисы, связанные с разводом или изменением семейной динамики, выступают одними из наиболее распространённых и значимых источников стресса. Такие ситуации требуют переосмысления отношений, что нередко сопровождается внутренними переживаниями и снижением качества взаимодействий с близкими. Например, семейные конфликты не только нарушают привычное восприятие безопасности, но и угрожают основам социальной поддержки, что подчёркивает важность семейной гармонии для общего благополучия.

Профессиональные и учебные стрессы. Смена работы, выпускные экзамены, а также необходимость адаптации к новым профессиональным условиям вызывают высокий уровень тревожности. Исследования в данной области подчёркивают, что профессиональные вызовы могут усиливать чувство несоответствия и снижать самооценку, особенно при отсутствии ресурсов для адаптации. Для молодёжи, например, окончание университета и вступление в профессиональную жизнь являются мощными стрессорами, которые определяют дальнейший жизненный путь.

Экономические и геополитические стрессы. Война в Украине и другие международные конфликты оказались ведущими факторами стресса среди респондентов. Геополитическая нестабильность и рост цен усиливают страх за будущее, что снижает мотивацию и способность к долгосрочному планированию. Эти данные перекликаются с выводами исследований, показывающих, что экономическая нестабильность и геополитическая неопределённость выступают мощными катализаторами тревожных состояний.

Здоровье и благополучие. Болезни близких, ухудшение собственного здоровья и связанные с этим психологические последствия, такие как депрессия и апатия, представляют собой значимые источники стресса. Респонденты подчёркивали, что такие события не только нарушают физическое состояние, но и ставят под сомнение жизненные цели и смысл. Это согласуется с концепцией, согласно которой здоровье рассматривается как основа психологической устойчивости.

Анализ частоты упоминаний показал, что наиболее стрессовыми факторами являются следующие.

Война и геополитическая нестабильность — это главный источник стресса, затрагивающий широкие слои населения. Он обусловлен чувством неопределённости и невозможностью контролировать глобальные события.

Личные и семейные отношения — конфликты в семье усиливают чувство социальной изоляции и подрывают внутренние ресурсы.

Экономические трудности — рост цен и финансовые проблемы создают устойчивое чувство нестабильности, препятствуя формированию долгосрочных планов.

Работа и профессиональные изменения — необходимость адаптации к новым условиям требует значительных когнитивных и эмоциональных усилий.

Здоровье и психологическое состояние — проблемы со здоровьем усиливают внутренние кризисы, усугубляя эмоциональную нестабильность.

Наибольшее влияние на стресс респондентов оказывают внешние факторы, такие как геополитическая нестабильность и экономические трудности. Однако нельзя недооценивать значение внутренних факторов, таких как семейные конфликты или профессиональные вызовы. Эти данные свидетельствуют о том, что стрессовые ситуации оказывают комплексное влияние на личность, затрагивая её способность адаптироваться и сохранять осмысленность жизни.

Результаты подчёркивают важность разработки программ психологической помощи, направленных на:

- 1) поддержание социальной стабильности через улучшение семейных отношений и профессиональной среды;

- 2) укрепление эмоциональной устойчивости через обучение методам саморегуляции и управления стрессом;
- 3) развитие стратегий адаптации к внешним кризисам, таких как экономические или геополитические изменения.

Таким образом, исследование демонстрирует, что кризисные события играют ключевую роль в формировании жизненного опыта и требуют комплексного подхода для минимизации их негативных последствий.

Взаимосвязь кризисных состояний и психологического благополучия

Для углубленного анализа влияния кризисных состояний на личностные показатели был проведён корреляционный анализ. Целью являлось выявление взаимосвязей между компонентами кризисных состояний (нервозность, депрессия, спад активности, одиночество и др.) и ключевыми аспектами психологического благополучия (субъективное счастье, принятие себя, автономия, цели и смысл жизни, качество взаимоотношений). Такой подход позволил выделить количественные зависимости, которые демонстрируют, как именно кризисы трансформируют субъективное восприятие личности и её жизненные ориентиры.

Основные результаты анализа

Нервозность показала выраженную отрицательную корреляцию с общим уровнем благополучия ($r = -0.459$, $p < 0.001$) и субъективным ощущением счастья ($r = -0.448$, $p < 0.001$). Эти данные указывают на то, что повышенная тревожность существенно подрывает способность личности испытывать удовлетворённость жизнью. Нервозность также негативно влияет на автономию ($r = -0.420$, $p = 0.001$) и целеполагание ($r = -0.338$, $p = 0.007$). Таким образом, состояние хронической нервозности ограничивает способность личности принимать независимые решения и формировать осмысленные жизненные планы.

Значительная отрицательная корреляция депрессии с субъективным счастьем ($r = -0.523$, $p < 0.001$) и общим психологическим благополучием ($r = -0.441$, $p < 0.001$) подтверждает разрушающее влияние депрессивных состояний. Утрата способности находить цели и видеть перспективы ($r = -0.308$, $p = 0.015$) объясняет, почему депрессия является одним из ключевых факторов, препятствующих восстановлению после кризиса.

Снижение активности коррелирует с ухудшением благополучия ($r = -0.401$, $p = 0.001$) и счастья ($r = -0.394$, $p = 0.002$). Этот показатель также имеет отрицательную связь с постановкой жизненных целей ($r = -0.319$, $p = 0.012$). Это свидетельствует о том, что физическая и эмоциональная пассивность подрывает способность личности ощущать свою жизнь полноценной и осмысленной.

Одиночество отрицательно коррелирует с субъективным счастьем ($r = -0.341$, $p = 0.007$), указывая на значимость социальных контактов для поддержания эмоциональной стабильности. Недостаток поддержки со стороны окружающих усиливает чувство изоляции и снижает способность личности взаимодействовать с обществом.

Избегание стрессовых ситуаций, отражённое в шкале жизненной экспозиции, снижает чувство автономии ($r = -0.300$, $p = 0.018$). Это подчёркивает, что склонность избегать трудностей мешает личностному росту и самостоятельности.

Употребление психоактивных веществ отрицательно коррелирует с качеством взаимоотношений ($r = -0.261$, $p = 0.040$). Это подтверждает разрушительное влияние зависимостей на способность личности поддерживать здоровые социальные связи.

Взаимосвязь кризисных состояний и смысловых ориентаций

Кризисные состояния оказали существенное влияние на смысловые ориентации. Полученные данные подчеркивают, что нервозность, депрессия, одиночество и снижение активности негативно влияют на ключевые аспекты осмысленности жизни.

Нервозность и депрессия снижают способность личности формировать и достигать цели. Депрессия имеет выраженную отрицательную корреляцию с постановкой целей ($r = -0.308$, $p = 0.015$) и процессом их достижения ($r = -0.354$, $p = 0.005$). Эти данные

подтверждают, что кризисные состояния ограничивают внутреннюю мотивацию и способность видеть перспективы.

Спад активности показал значительную отрицательную корреляцию с локусом контроля – я ($r = -0.400$, $p = 0.001$) и локусом контроля – жизнь ($r = -0.343$, $p = 0.006$). Это указывает на снижение уверенности в своих возможностях и убеждённости в том, что жизнь поддаётся управлению.

Нервозность и снижение активности ухудшают восприятие прожитых этапов жизни как продуктивных ($r = -0.282$, $p = 0.026$ и $r = -0.498$, $p < 0.001$ соответственно). Личности, испытывающие стресс, чаще оценивают своё прошлое как несостоявшееся.

Результаты корреляционного анализа подчеркивают, что кризисные состояния оказывают комплексное влияние на психологическое благополучие и осмысленность жизни. Наиболее значимые факторы, такие как нервозность, депрессия и одиночество, требуют специального подхода для минимизации их последствий. Укрепление автономии, развитие социальных связей и восстановление мотивации могут способствовать преодолению кризисов и улучшению качества жизни.

Обсуждение результатов

Результаты настоящего исследования подтверждают существенное влияние кризисных состояний на психологическое благополучие и смысловые ориентации личности. Выявленные взаимосвязи подчёркивают сложное взаимодействие между внешними стрессорами и внутренними ресурсами, что подтверждается многочисленными работами в данной области.

Геополитическая нестабильность и экономические трудности, определённые как ключевые стрессоры, оказывают мощное влияние на состояние личности. Это согласуется с выводами Silva M. et al., которые отмечают, что неопределённость на макроуровне провоцирует рост тревожности, усиливая чувство беспомощности и подрывая способность видеть перспективы [6]. Такие ситуации, как рост цен, война в Украине и экономические кризисы, формируют устойчивое чувство неуверенности, которое становится барьером для постановки и достижения жизненных целей.

Семейные конфликты, определённые респондентами как один из значимых источников стресса, подтверждают выводы Umberson et al. о важности семейной динамики для сохранения психологического благополучия [8]. Негативные взаимодействия внутри семьи усиливают изоляцию, формируя ощущение одиночества, которое, согласно нашим данным, тесно связано с утратой жизненных целей и снижением удовлетворённости процессом жизни. Эти результаты подчёркивают необходимость укрепления семейных связей и работы над разрешением конфликтов как ключевого аспекта психологической помощи.

Отрицательная корреляция депрессии с результативностью жизни ($r = -0.425$, $p < 0.001$) согласуется с концепцией посттравматического роста Tedeschi и Calhoun. Как отмечают авторы, без продуктивного осмысления травматических событий личность застревает в состоянии деструктивных переживаний, что препятствует восстановлению [7]. Депрессия приводит к экзистенциальной дезориентации, о чём также писал V. Frankl, подчёркивая роль смыслов и целей в поддержании устойчивости [1].

Нервозность и депрессия оказывают сильное негативное влияние на автономию ($r = -0.420$, $p = 0.001$) и уверенность в себе. Это подтверждает важность разработки программ по эмоциональной регуляции, которые снижают воздействие стрессоров. Эффективные стратегии управления эмоциями способны восстановить чувство контроля над жизнью, что является критически важным для преодоления кризисов.

Снижение активности подрывает целеустремлённость и ухудшает способность личности оценивать своё прошлое как продуктивное ($r = -0.498$, $p < 0.001$). Постепенное восстановление активности через достижение небольших целей помогает вернуть жизненный тонус, что согласуется с подходами мотивационной психологии. Это также

способствует восстановлению положительного восприятия собственной жизни и укреплению внутренних ресурсов.

Одиночество оказывает разрушительное воздействие на способность личности формировать жизненные ориентиры ($r = -0.257$, $p = 0.044$). Исследования Holt-Lunstad подтверждают, что наличие поддерживающих социальных связей снижает риск депрессивных расстройств и усиливает устойчивость к стрессу [2]. Таким образом, программы социальной поддержки играют ключевую роль в реабилитации после кризисов.

Потеря способности ставить цели и находить смыслы является одним из наиболее деструктивных эффектов кризисных состояний. Восстановление смыслов жизни способствует восстановлению внутреннего равновесия и помогает личности адаптироваться к новым условиям. Этот процесс требует целенаправленной работы в рамках психологической помощи, включая когнитивно-поведенческие интервенции и методы позитивной психологии.

Данные подтверждают необходимость комплексного подхода к работе с кризисными состояниями. Вмешательства, направленные на восстановление эмоциональной стабильности, социального взаимодействия и целеустремлённости, способствуют улучшению психологического благополучия. В то же время, особое внимание должно уделяться профилактике: снижение влияния внешних стрессоров и укрепление внутренних ресурсов личности позволит минимизировать последствия кризисов и повысить устойчивость к будущим вызовам.

Заключение и практические рекомендации

Результаты исследования демонстрируют, что кризисные состояния оказывают значительное и комплексное влияние на психологическое благополучие и смысло-жизненные ориентации. Наиболее уязвимыми аспектами являются целеустремлённость, автономия и удовлетворённость жизнью, что подтверждает важность интеграции этих параметров в программы психологической помощи и реабилитации. Выявленные взаимосвязи между кризисными состояниями и внутренними ресурсами личности подчеркивают сложность и многогранность их влияния, что требует системного подхода в работе с пострадавшими.

Кризисные состояния, включая нервозность, депрессию, одиночество и снижение активности, препятствуют формированию и реализации жизненных целей, осмыслению прожитого опыта и восстановлению внутреннего равновесия. Результаты исследования подкрепляют существующие теории и эмпирические данные, которые подчёркивают важность работы над эмоциональной регуляцией, восстановлением активности, укреплением социальных связей и возвращением смыслов в жизнь.

Практические рекомендации

Программы эмоциональной регуляции. *Включение тренингов по управлению эмоциями и стрессом.* Такие программы должны быть направлены на снижение негативного влияния нервозности и депрессии, укрепление способности справляться с трудными эмоциональными состояниями и поддержание когнитивной гибкости. Это может включать когнитивно-поведенческую терапию, методы осознанности и практики медитации.

Поддержка активности. *Постепенное восстановление активности через постановку достижимых целей.* Разработка индивидуальных планов, которые предусматривают постепенные достижения, способствует укреплению мотивации, улучшению физического и эмоционального состояния, а также формированию чувства успеха. Эти шаги особенно важны для преодоления апатии и регуляции активности.

Укрепление социальных связей. *Создание групп поддержки, направленных на развитие и восстановление социальных контактов.* Исследования подтверждают, что ощущение принадлежности к сообществу и наличие эмоциональной поддержки значительно повышают устойчивость личности к стрессу. Особое внимание должно быть

уделено людям, испытывающим социальную изоляцию, через организацию клубов, групп взаимопомощи и других инициатив.

Фокус на смыслах и целях. Психологическая помощь должна быть ориентирована на восстановление способности личности формулировать долгосрочные цели и находить смыслы. Это может включать работу с ценностями, экзистенциальную терапию и поддержание ощущений личной значимости. Посттравматический рост возможен только при условии успешного переосмысления кризисного опыта.

Стабилизация внешних факторов. Уменьшение влияния внешних стрессоров, таких как геополитическая нестабильность и экономические трудности, через внедрение образовательных программ. Финансовая грамотность, тренинги по адаптации к изменяющимся условиям и обучение стрессоустойчивости помогают снизить тревожность и страх перед неопределённостью.

Профилактика и раннее вмешательство. Регулярный мониторинг состояния психологического благополучия у групп риска. Использование диагностических инструментов для своевременного выявления деструктивных изменений в эмоциональном состоянии личности и предоставление адекватной помощи может минимизировать долгосрочные последствия кризисов.

Перспективы исследований

Результаты подчёркивают необходимость дальнейших исследований, направленных на изучение долгосрочных последствий кризисных состояний и эффективности различных интервенций. Особое внимание следует уделить поиску оптимальных стратегий профилактики и реабилитации, а также разработке программ, ориентированных на различные социальные и возрастные группы.

Библиография

1. Frankl, V. *Man's Search for Meaning*. New York: Turtleback Books, 2006. 192 p.
2. Holt-Lunstad, J. Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection. In: *Annu. Rev. Psychol.*, 2018, 4 (69), pp. 437-458.
3. Rusnac, S. Cercetarea stării de bine psihologic: metodologie și rezultate. In: *Psihologia socială în secolul XXI: provocări, tendințe, perspective*, 4-5 mai 2017, Chișinău. Chișinău: Universitatea Liberă Internațională din Moldova, 2017, pp. 101-115.
4. Ryff, C.D. Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, Vol. 57, No. 6, p. 1069-1081.
5. Ryff, C.D. The structure of psychological well-being revisited. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, Vol. 69, p. 719–727.
6. Silva, M., Resurrección, D.M., Antunes, A. et al. Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. In: *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, 2018, 13. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8061146/>
7. Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. In: *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9(3), pp. 455–471.
8. Umberson, D., Thomeer, M. B., Williams, K. Family status and mental health: Recent advances and future directions. In: DeLamater, J., Ward, A. (Eds.). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer, 2013, pp. 405-431.
9. Абульханова-Славская, К. А. *Стратегия жизни*. М.: Издательство «Мысль», 1991 https://www.studmed.ru/view/abulhanova-slavskaya-ka-strategiya-zhizni_9584dd05e41.html
10. Бодров, В. А. *Психологический стресс: развитие и преодоление*. Москва: PerSe, 2006. 523 с.

11. Григорьева, М.В., Шамионов, Р.М. Временные соотношения субъектных и личностных проявлений в адаптационном процессе. В: *Известия Волгоградского государственного педагогического университета*, 2009, № 9, с. 127-130.
12. Данилова, М.А., Тарасенко, Е.А. Психологическое благополучие личности: понятие и основные уровни. В: *Форум молодых ученых*, 2019, №4 (32). <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-blagopoluchie-lichnosti-ponyatie-i-osnovnye-urovni>
13. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО): Руководство. М.: Смысл, 2000. 18 с. <http://publishing.smysl.ru/book/sgo/ManSGO.pdf>
14. Павлоцкая, Я.И. Социально-психологический анализ уровней и типов благополучия личности. В: *Современные проблемы науки и образования*. Пенза: Издат. дом «Академия естествознания», 2015, № 1 (часть 1), с.15-44.
15. Рикель, А. М., Туниянц, А. А., Батырова, Н. Понятие субъективного благополучия в гедонистическом и эвдемонистическом подходах. В: *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*, 2017, №2. <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-subektivnogo-blagopoluchiya-v-gedonisticheskom-i-evdemonisticheskom-podhodah>
16. Рубинштейн, С.Л. *Основы общей психологии*. 4-издание. СПб.: Изд-во «Питер», 2004. 678 с.
17. Трошихина, Е.Г. Субъективное восприятие временных периодов жизни в связи с психологическим благополучием человека. В: *Человек, субъект, личность в современной психологии: материалы Международной научной конференции, посвященной 80-летию А.В. Брушлинского, 10-11 октября 2013 г., Москва*. Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко. В 3 т. Т.1. М., 2013, с.445-448.

CZU 159.942.5-053.5

DIMINUAREA ANXIETĂȚII PRIN SPORIREA IMAGINII DE SINE LA COPII ÎN SITUAȚIE DE RISC

Luminița SECRIERU, dr., conf.univ.,
Universitatea de Stat “Alec Russo” din Bălți,
Republica Moldova
Lilia NACAI, asist. univ.,
Universitatea de Stat “Alec Russo” din Bălți,
Republica Moldova

***Abstract:** This article represents research on the relations between self-image and anxiety that abused children possess. Moreover, is based on theoretical research that also includes elaboration and implementation of a psychological program. The research brought in evidence the problems regarding the types of emotional disorders resulting from abuse and negligence of the children, at the age between 8 to 10 years. Besides, this work represents the results that demonstrate the positive impact of the psychological intervention program that is orientated towards optimizations of the mental state, self-esteem, decrease of anxiety in the children who were abused or neglected.*

***Keywords:** self-image, anxiety, family, abused child, neglected child, emoțional disorders, psychological intervention techniques.*

Expunerea în copilărie la evenimente traumatizante cum ar fi violența, neglijarea, exploatarea, traficul, presupune declanșarea consecințelor la nivel individual, repercursiuni grave

asupra personalității, care afectează dezvoltarea copilului imediat și/sau pe termen lung. Consecințele trăirii traumei de către copii sunt mult mai grave decât în cazul adulților, afectând multiple arii de funcționare: cognitivă, socială, emoțională, fizică. Dintre toate trăirile negative ale copilului marcat de traumă, **anxietatea** ocupă un loc aparte, deseori ducând la inhibarea comportamentului, la subminarea resurselor proprii, la scăderea capacității de învățare, a productivității activității, la dificultăți în comunicare și a funcționării sociale. Anxietatea netratată la timp, se poate intensifica și va fi prezentă ca manifestare clinică și cel mai frecvent va condiționa și apariția depresiei. [7]

Autoaprecierea este capacitatea umană ce reflectă atitudinea individului față de posibilitățile și rezultatele activității sale. Ea joacă un rol important în evoluția întregii personalități în măsura în care se bazează pe un echilibru între dorințele, pretențiile individului, pe de o parte și capacitățile, posibilitățile proprii reale, pe de altă parte. Autoaprecierea se dezvoltă în contextul relațiilor cu familia, cu prietenii și cu societatea. [3; p. 70 –74]

Cercetările psihologice au demonstrat faptul că autoaprecierea este o variabilă psihologică implicată în furie, ostilitate, comportament agresiv și comportamente delincvente. În acest context ne-a interesat să analizăm relația dintre anxietate și autoapreciere.

Reieșind din cele de mai sus și din numărul mare de copii aflați în situație de risc, din insuficiența studiilor referitoare la problematica legată de intervenția, evaluarea și asistarea psihologică a acestora sunt motivele care ne-au determinat să alegem prezenta temă de cercetare.

Problema investigației: se reflectă în necesitatea studierii relației dintre imaginea de sine și anxietatea la copiii în situație de risc.

Scopul cercetării constă în determinarea relației dintre imaginea de sine și anxietatea la în situație de risc.

Ipotezele cercetării:

1. Presupunem că la copilul care a suferit o formă de abuz și neglijare apar o serie de tulburări emoționale;
2. Presupunem că există o relație între imaginea de sine și anxietatea la copiii abuzați;
3. Presupunem că implementarea unui program de intervenție psihologică va ameliora tulburările emoționale în cazul copiilor victime ale abuzului și neglijării.

Metodologia cercetării

Lotul experimental de subiecți. În cercetarea noastră au participat 10 copii cu vârste între 8 și 10 ani de la *Centrul de plasament temporar al copiilor în situație de risc "Drumul spre casă", mun. Bălți*

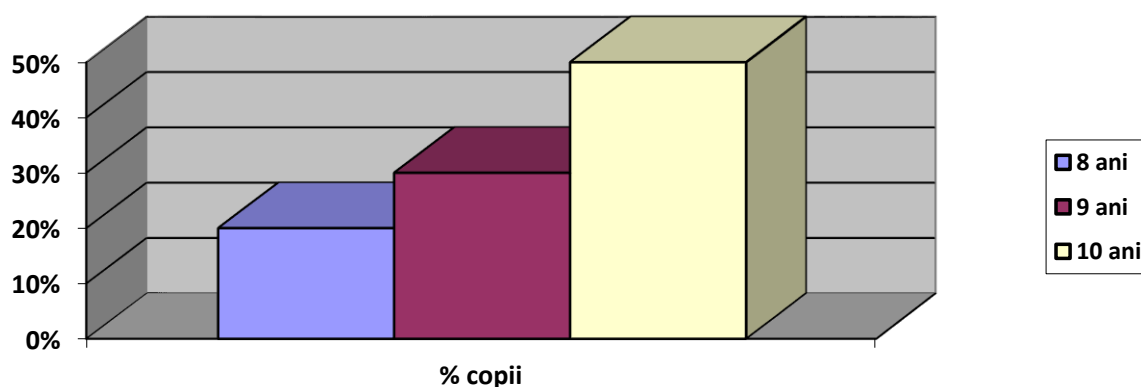


Figura 1: Indicii cantitativi privind repartizare pe vârstă a eșantionului experimental
Copiii examinați aveau vârsta cuprinsă între 8 și 10 ani. Distribuția pe grupe de vârstă este următoarea: 8 ani (2 subiecți), 9 ani (3 subiecți), 10 ani (5 subiecți).

Sexul. Dintre cei 10 copii investigați, 4 au fost băieți, iar 6 fete.

Forma de abuz suferită. Datele prezentate în diagramele de mai jos arată faptul că majoritatea copiilor investigați au prezentat cel puțin două forme de abuz, una dintre ele fiind

dominantă. Astfel, se observă că 20% dintre subiecții investigați au ca formă dominantă de abuz-abuzul fizic ; 20% abuzul emoțional; 30%, au suferit o formă de neglijare.

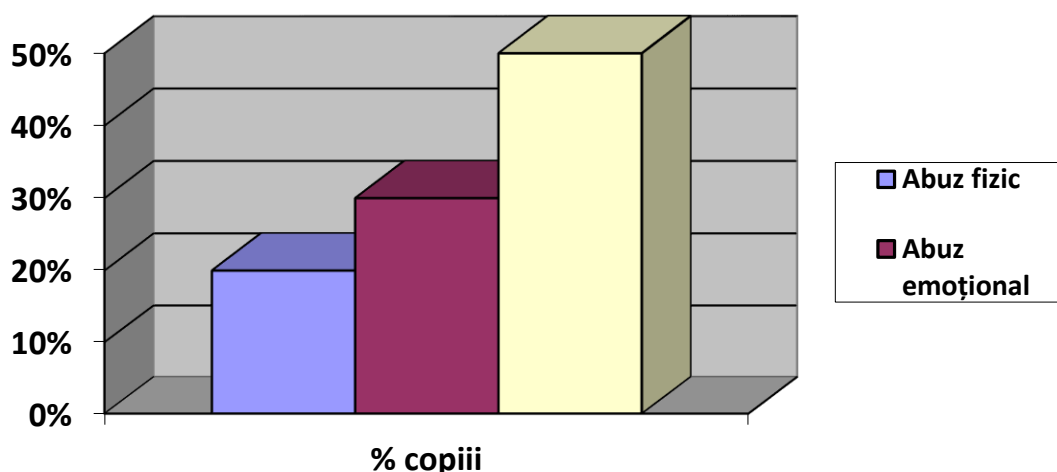


Figura 2: Distribuția datelor privind forma de abuz la care au fost supuși copiii investigați

Pentru colectarea datelor au fost utilizate următoarele **instrumente** :

1. Diagnosticarea autoaprecierii stărilor psihice (după Eysenck)

Tehnica a fost elaborată de savantul H.J. Eysenck în scopul determinării stărilor psihice : anxietate, frustrare, agresivitate, rigiditate. Testul constă din 40 de afirmații grupate grupate în blocuri a câte 10 în fiecare. Pentru fiecare bloc de afirmații se calculează punctajul total. Primul bloc determină nivelul stării de anxietate, al doilea determină nivelul stării de frustrare, al treilea-nivelul de agresivitate, al patrulea - starea de rigiditate. Stările cercetate sunt apreciate după trei nivele ce sunt expuse în anexa nr.1.

Subiecților li se cere să răspundă sincer la întrebări în felul următor:

- Dacă starea vă caracterizează (da) puneți 2 puncte;
- Dacă starea se potrivește, dar nu prea (uneori) - 1 punct;
- Dacă nu se potrivește (nu) - 0 puncte;

Cotarea și interpretarea rezultatelor:

Afirmațiile 1-10 se referă la anxietate:

- 0-7 lipsa de anxietate;
- 8-14 anxietate medie, acceptată;
- 15-20 foarte anxioși.

Afirmațiile 11-20 frustrare:

- 0-7 autoapreciere înaltă, rezistența la eșecuri, lipsa fricii de greutate;
- 8-14 nivel mediu, prezența frustrării;
- 15-20 autoapreciere scăzută, evitarea dificultăților, frica de eșecuri.

Afirmațiile 21-30 se referă la agresivitate:

- 0-7 calm, reținut, cumpătat;
- 8-14 nivel mediu de agresivitate;
- 15-20 agresivitate, nestăpânire, dificultăți în relație cu alții.

Afirmațiile 31-40 rigiditate:

- 0-7 lipsa rigidității, flexibilitate;
- 8-14 nivel mediu;
- 15-20 rigiditate pronunțată, sunt contraindicate schimbările. [2, p.26]

2. Metoda Dembo-Rubinștein (în modificarea lui A. M. Prihojan) are menirea de a examina autoaprecierile și aspirațiile spre dezvoltare a sinelui. Subiecților li se propune să indice pe 7 segmente a câte 100 mm nivelul dezvoltării unor calități (*Inteligență, Încredere în sine, Autoritate, Gelozie, Autoapreciere, Stima de sine, Anxietate*) și cel al aspirațiilor spre dezvoltare.

Primul segment nu se ia în calculul la analiza statistică, prezentând doar o mostră de antrenament. Celelalte 6 sunt măsurate, calculându-se media pentru toate și pentru cele două indicații.

În conformitate cu concepția autorilor metodei, nivelul autoaprecierii se evaluează în următorul mod: mai puțin de 44 mm – autoapreciere joasă, 45 – 59 – medie, 60 – 74 – înaltă, 75 – 100 – foarte înaltă. Se consideră că autoaprecierile reale se plasează între indicii 45 – 74, de la 75 la 100 se manifestă supraaprecierea, care denotă anumite probleme de formare a personalității, incapacitate de evaluare de sine în raport cu alții, lipsa unui potențial de dezvoltare. Mai puțin de 45 – subapreciere, subiecții din această categorie alcătuind “grupul de risc”, deoarece se manifestă pregnant sentimentul de neîncredere în sine sau sentimentul de apărare ridicat.

Nivelul aspirațiilor de dezvoltare este optim determinat atunci, când se include între 60 și 89 mm., iar de la 75 la 89 denotă o percepere adecvată a propriilor posibilități, perspective de dezvoltare a personalității. Rezultatele înalte (90 – 100 mm.) denotă o apreciere inadecvată a capacităților proprii, iar cele joase (până la 60) – un nivel jos al aspirațiilor.

Diferențele dintre aceste două măsurări semnifică calitatea motivației spre dezvoltare după cum urmează: până la 7 – lipsa unei motivații sau tendințe slab manifestate, între 7 și 25 – motivație adecvată, de la 26 – la 40 – aspirații sporite, soldate cu solicitări intense față de sine și, ca rezultat, cu tensiune internă, peste 40 – conflict intern. [10; p.23]

Pentru verificarea ipotezei 1, conform căreia am presupus că la copilul care a suferit o formă de abuz și neglijare apar o serie de tulburări emoționale, inițial am administrat metoda *Diagnosticarea autoaprecierii stării psihice după H.J. Eysenck*, în scopul determinării stărilor psihice : anxietate, frustrare, agresivitate, rigiditate.

Conform datelor obținute la metoda *Diagnosticarea autoaprecierii stării psihice după H.J. Eysenck*, menționăm ca participanți la studiu au prezentat următoarele rezultate (medii) privind autoaprecierea stărilor psihice : anxietate, frustrare, agresivitate, rigiditate.

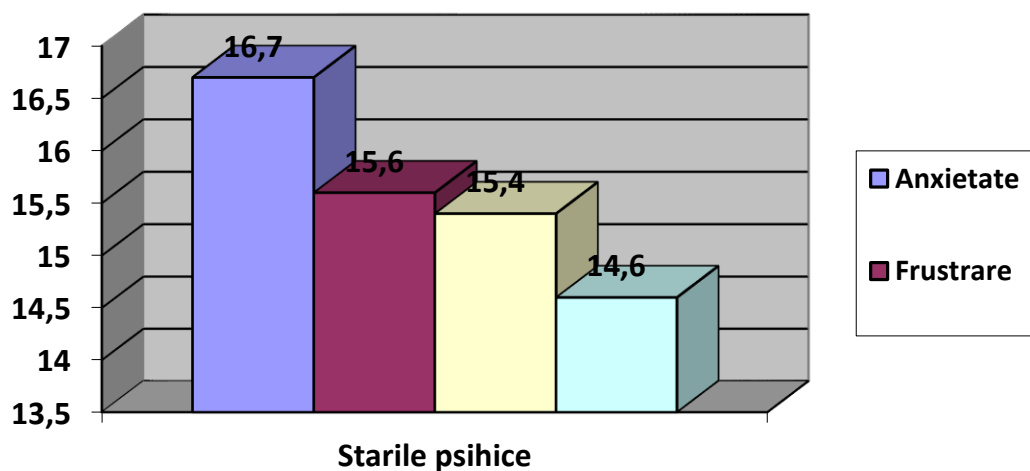


Figura 3: Reprezentarea grafică a valorilor medii a stărilor psihice a respondenților (N=10)

Conform valorilor medii obținute de respondenți, ce reflectă intensitatea manifestării stărilor psihice constatăm, nivel înalt al anxietății, urmat de frustrare sporită, agresivitate înaltă a respondenților și nivel mediu de rigiditate.

Anxietatea, nivel înalt (m=16,7) – denotă că copiii abuzați și/sau neglijăți trăiesc emoții intense, neliniște exagerată în raport cu situațiile școlare și extrașcolare, trăiesc stări de tensiune, frustrare și nervozitate permanente, manifestă fatigabilitate psihică, supărare, hipersensibilitate și neatenție, tensiuni în corp, emoții sau dureri de stomac, dureri de cap, au dificultăți de adormire, probleme de atenție și concentrare, sentimente de singurătate, îngrijorare, dependență de adulți, refuz de a merge la școală și neîncredere în sine, combinată cu gestionarea defectuoasă a propriilor trăiri și emoții, adesea asistăm și la evitarea comunicării și socializării cu alții copii.

Frustrare, nivel înalt (m=15,6) – denotă că copiii abuzați și/sau neglijăți trăiesc starea de frustrare, nervozitate, care, de obicei, este însoțită și de un nivel înalt de anxietate, se manifestă prin autoapreciere scăzută, evitarea dificultăților, frica de eșecuri

Rigiditate, nivel mediu ($m=14,6$) – denotă că copiii abuzați și/sau neglijați manifestă invariabilitatea comportamentelor, credințelor, opiniilor chiar dacă acestea diferă, nu corespund situației reale, vieții. Incapacitatea de a reacționa la o situație nouă, de a restructura acțiunile, comportamentele.

Agresivitate, nivel înalt ($m=15,4$) – denotă că copiii abuzați și/sau neglijați comunică ineficient, rezolvă conflictele decât prin acte de violență, nu știu să ceară ajutorul adulților în situații dificile sau, uneori, adulții nu le oferă suficientă atenție și sprijin, păstrează mânia, ura față de ceilalți pentru că au fost tratați incorect la un moment dat, sau își manifeste frustrările, nemulțumirile prin acte de ostilitate directă, pot manifesta agresivitatea ca formă de adaptare.

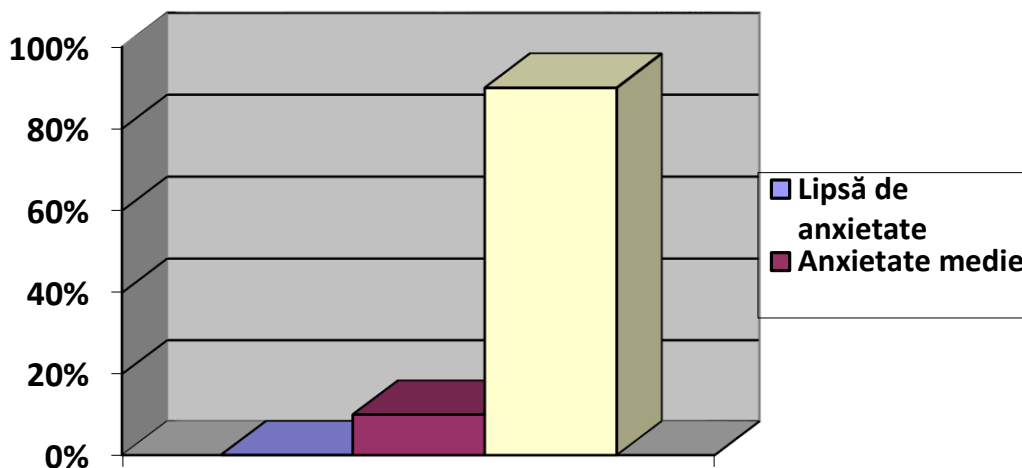


Figura 4: Distribuția datelor privind nivelul anxietății a respondenților ($N=10$)

Conform rezultatelor obținute de respondenți la metodica *Diagnosticarea autoaprecierii stării psihice după H.J. Eysenck*, menționăm că aceștia au prezentat următoarele scoruri, încadrate în trei grupe: lipsa de anxietate, anxietate medie, acceptată, foarte anxioși. Scorurile obținute indică anxietate înaltă la majoritatea respondenților (90%), deci majoritatea subiecților experimentali, copiii abuzați și/sau neglijați trăiesc sentimente de teamă, neputință, furie.

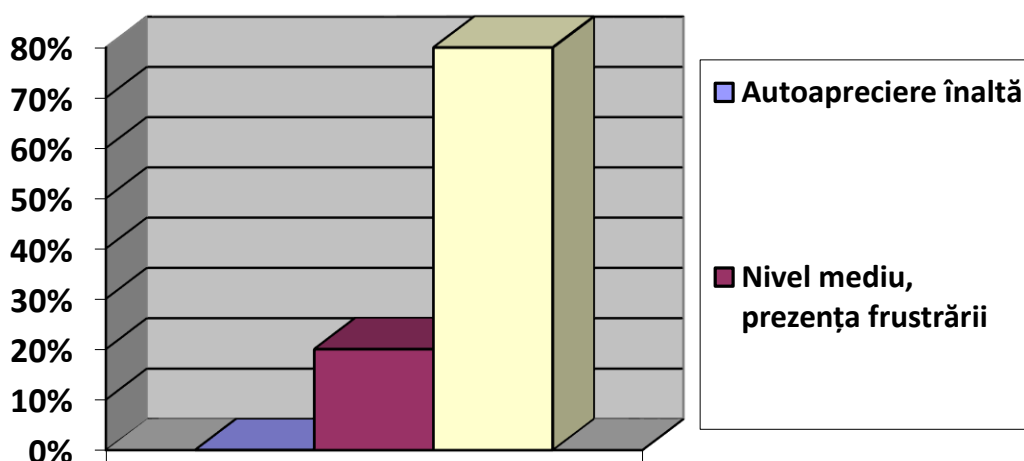


Figura 5: Distribuția datelor privind nivelul de frustrare a respondenților ($N=10$)

Conform rezultatelor obținute de respondenți la metodica *Diagnosticarea autoaprecierii stării psihice după H.J. Eysenck*, menționăm respondenții participanți la studiu au prezentat următoarele scoruri, încadrate în trei grupe: autoapreciere înaltă, rezistența la eșecuri, lipsa fricii de greutate; nivel mediu, prezența frustrării, autoapreciere scăzută, evitarea dificultăților, frica de eșecuri. Scorurile obținute indică nivel înalt de frustrare la majoritatea respondenților (80%), deci majoritatea subiecților experimentali, copiii abuzați și/sau neglijați trăiesc sentimente de neîncredere autoapreciere scăzută, evita dificultățile, au frica de eșecuri.

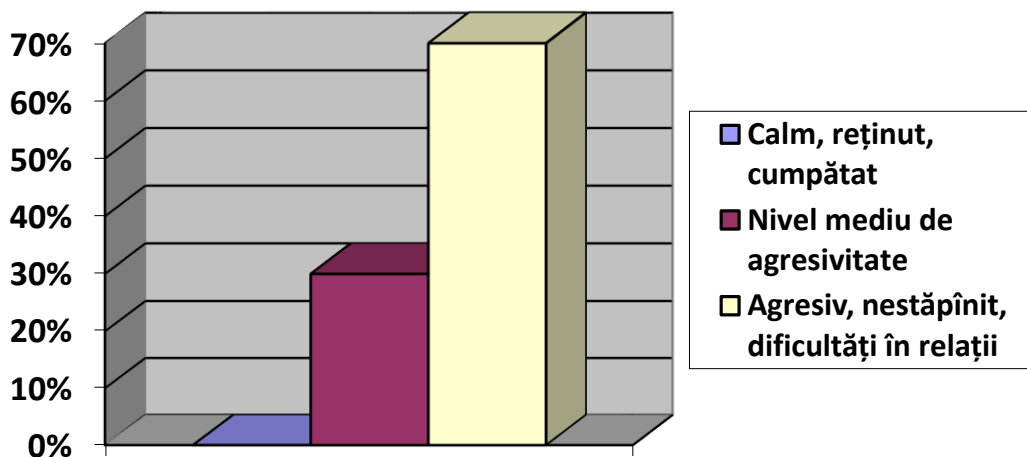


Figura 6: Distribuția datelor privind nivelul de agresivitate a respondenților (N=10)

Scorurile obținute indică nivel înalt de agresivitate la majoritatea respondenților (80%), deci majoritatea subiecților experimentali, copiii abuzați și/sau neglijați, supuși actelor de agresivitate, cei care nu știu ce înseamnă dragoste părintească, sunt maltratați sau neglijați, în consecință ei nu pot să aibă încredere în propriile forțe, să fie fericiți, pot deveni incapabili de a transmite copiilor proprii dragostea și afecțiunea lor pe care înșiși nu le-au cunoscut în copilărie. Complexul de inferioritate este acel factor care-i împiedică în realizarea lor familială și profesională. Copii supuși actelor de agresivitate la atingerea maturității devin și ei mai agresivi decât semenii.

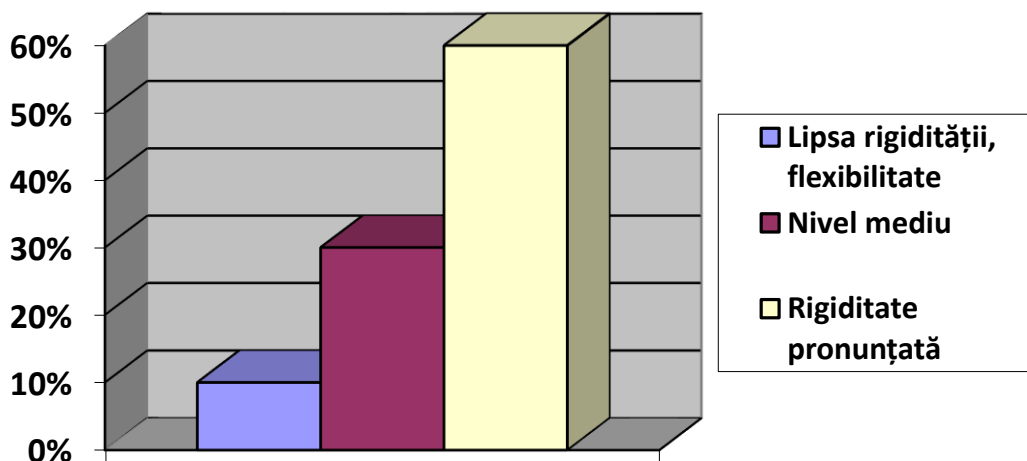


Figura 7: Distribuția datelor privind nivelul de rigiditate a respondenților (N=10)

Sentimentele de teamă, neputință, furie, pe care le are copilul, condiționează tulburări psihopatologice și un comportament anormal, agresiv, o purtare revoltătoare. Situația aceasta duce la dereglarea comportamentului și a stărilor emoționale. Acești copii se confruntă cu diverse dificultăți, le slăbește atenția, capacitatea de concentrare, obosesc rapid mintal sau fizic, sunt retrași sau pot fi brutali, mincinoși, răutăcioși, intră repede în conflict cu cei din jur, li se formează convingerea că violența este o modalitate de soluționare a problemelor. Traumatismul emoțional cronic din copilărie este cauza modificărilor trăsăturilor de personalitate ale copilului și creării unui potențial distructiv și periculos, care este în defavoarea societății.

Pentru studiul imaginii de sine am aplicat *tehnica de autoapreciere Dembo – Rubinștein* (în modificarea lui A. M. Прихожан) care are drept scop studierea nivelului autoaprecierii și nivelului de aspirații.

În continuare prezentăm în figura 8 rezultatele obținute la metoda Dembo – Rubinștein privind nivelul de autoapreciere a copiilor.

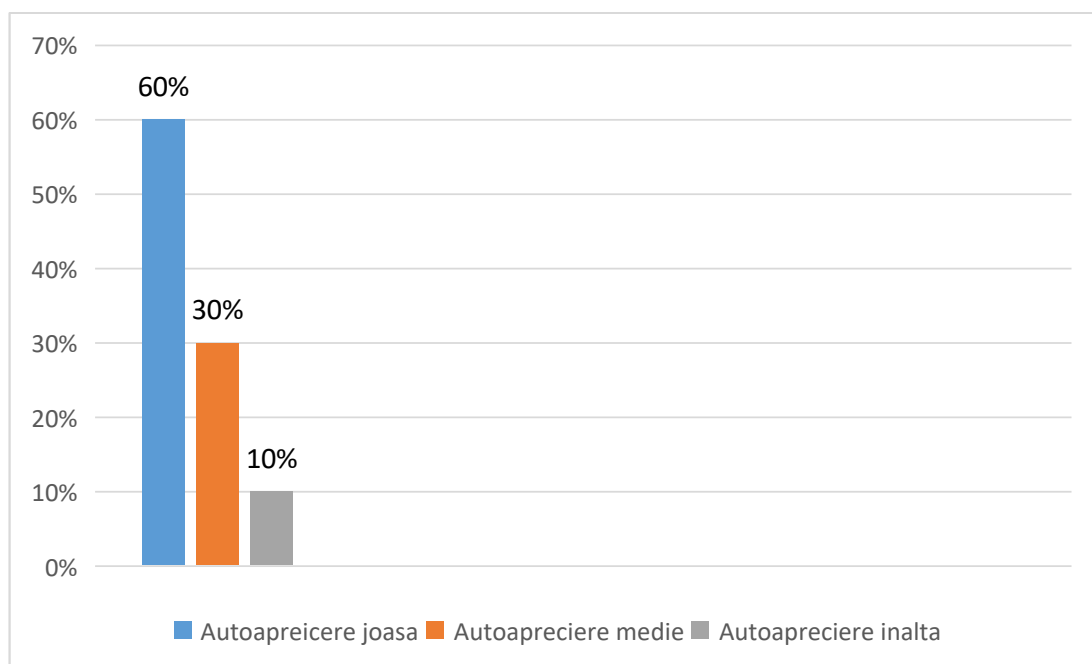


Figura 8. Nivelul de autoapreciere a copiilor dupa tehnica Dembo – Rubinștein

Tehnica Dembo-Rubenștein a permis elevilor să se autoevalueze în raport cu următorii indici: *intelligență, caracter, autoritate la semeni, abilități manuale, exterior, încredere în sine.*

Prin aplicarea tehnicii Dembo – Rubinștein s-a urmărit scopul identificării raportului dintre calitatea imaginii de sine și nivelului de autoapreciere la copii.

Analiza datelor prezentate în figura 8 oferă următoarea informație: din totalul subiecților, 60% (6 din 10 copii) au o autoapreciere joasa (mai puțin de 44 mm), 30% (3/10) au o autoapreciere medie (între 45 -59 mm), 10% (1/10) o autoapreciere inalta (60-74 mm la limita, mai mult spre medie). Observăm că cei mai mulți copii se subapreciază: subiecții din această categorie alcătuind “grupul de risc”, deoarece se manifestă pregnant sentimentul de neîncredere în sine sau sentimentul de apărare ridicat.

Subaprecierile indică mai multe ezitări sau lipsa dorinței de realizare. Acești copii sunt emotivi interiorizați, fragili, sensibili, sunt nemulțumiți de sine și de realizările personale, mereu se lamentează și sunt în căutarea motivației, sunt atenți la opinia celorlalți, ușor influențabili.

Rezultatele obținute privind nivelul aspirațiilor spre dezvoltare au fost sintetizate în figura nr.9.

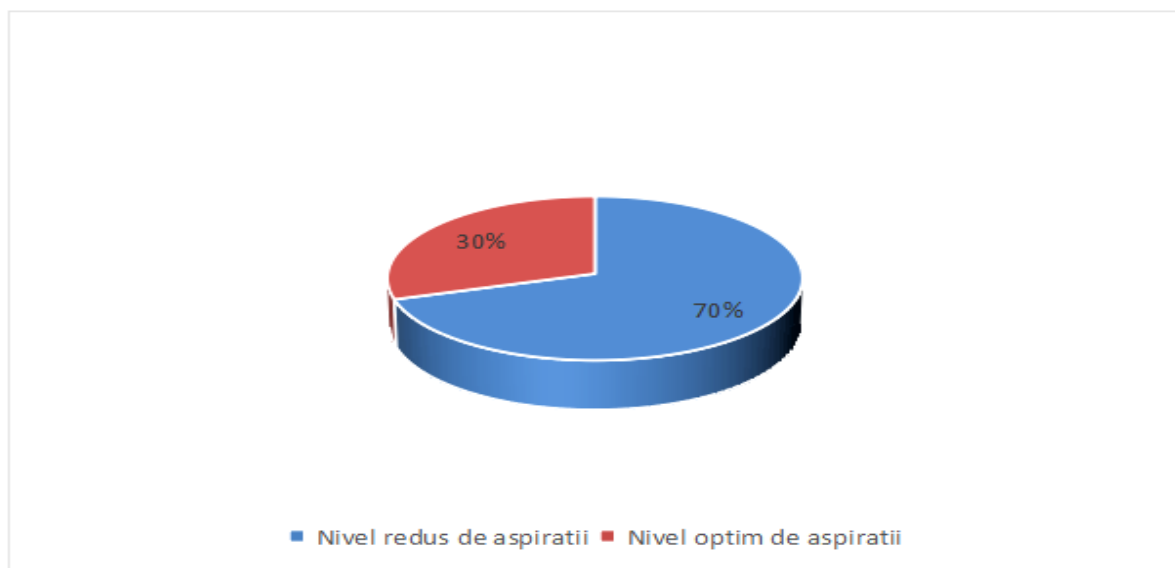


Figura 9. Nivelul aspirațiilor spre dezvoltare a copiilor dupa tehnica Dembo – Rubinștein

Rezultatele prezentate în figura nr.9 denotă următoarea situație: 70% de copii (7 din 10) prezintă un nivel redus de aspirații și 30% copii (3/10) prezintă un nivel optim de aspirații.

În continuare am corelat rezultatele obținute la cele două instrumente.

Analiza amplă a datelor ne permite să concludem că nivelului înalt de anxietate corespunde cu o autoapreciere scăzută. Rezultatele obținute au fost sintetizate în figura nr.10

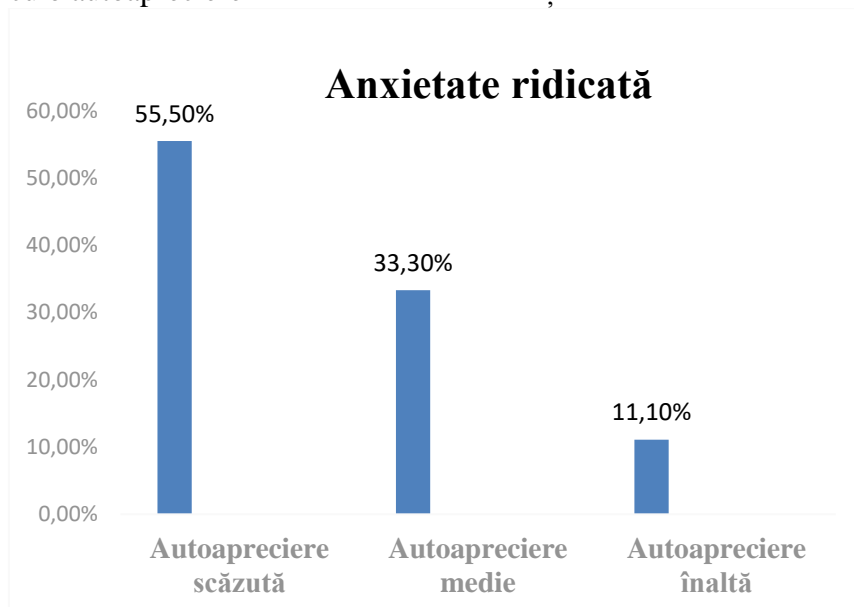


Figura 10. Repartiția datelor privind **autoaprecierea** la copiii supuși experimentului care manifestă **nivel ridicat de anxietate**

Rezultatele prezentate în figura 10 denotă următoarea situație: 55,5% copii cu un nivel ridicat de anxietate obțin un scor redus, ceea ce presupune o autoapreciere scăzută. Autoaprecierea scăzută sau negativă se manifestă prin neîncredere în forțele proprii, inacceptare de sine, autonegare, prin trăirea unor stări conflictuale, adânci, suferințe permanente, izolare. Consecințele pe care autoaprecierea scăzută le produce în funcționarea psihologică și în personalitatea copiilor sunt o varietate de emoții negative, cum ar fi stări apăsătoare, agitație, neliniște și un nivel accentuat de anxietate.

33,3% din numărul total de copii cu nivel ridicat de anxietate au o autoapreciere medie. Ei se caracterizează ca fiind precauți și nesiguri. Conceptul despre sine al acestor copii este frecvent confuz și incert, dar în același timp ei își atribuie și calități pozitive.

Doar 11,1% (1 din 9 copii) cu un nivel ridicat de anxietate au o autoapreciere înaltă. Elevii cu o autoapreciere înaltă se percep ca fiind întotdeauna mulțumiți de ei, se respectă, recunoscând și acceptându-și în același timp defectele lor.

În concluzie, menționăm că copiii cu un nivel ridicat de anxietate mai mult se autoapreciază la un nivel scăzut și mediu. Acest fapt este confirmat și de coeficientul de corelație negativ obținut, $r = -0,557$, $p = 0,045$.

În urma analizei datelor prezentate constatăm, că există o relație de strânsă interdependență între anxietate și autoapreciere. O autoapreciere scăzută are un impact asupra copilului și anume: pierderea încrederii în forțele proprii, apariția anxietății accentuate și a neliniștii permanente.

În continuare am analizat particularitățile **nivelului de aspirații** raportat la **nivelul ridicat de anxietate**. Rezultatele obținute au fost sintetizate în figura nr.11.

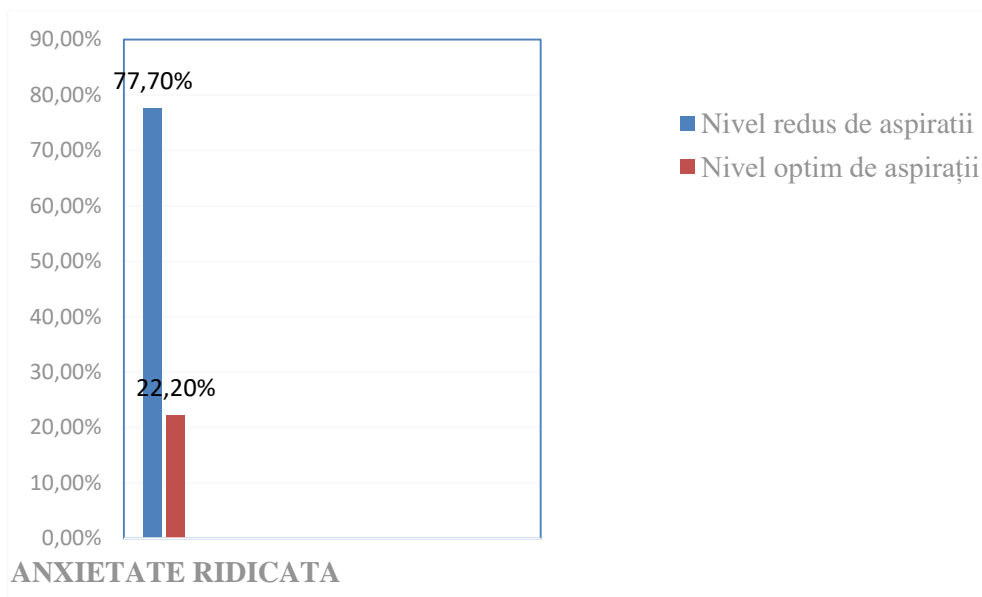


Figura 11. Repartiția datelor privind **nivelul de aspirații** la copiii supuși experimentului care manifestă **nivel ridicat de anxietate**

Rezultatele obținute și prezentate în figura nr.11 au arătat că din 9 copii cu nivel ridicat de anxietate, 77,7% (7 din 9 copii) prezintă un nivel redus de aspirații în raport cu propriul Eu și anume în raport cu: intelectul, caracterul, autoritatea în fața semenilor, capacitățile comunicative, înfățișarea și încrederea în sine, ceea ce împiedică valorificarea posibilităților reale de care el dispune.

22,2% din copiii (2 din 9 copii) cu nivel ridicat de anxietate au un nivel optim de aspirații. Acești copii sunt încrezători în propriile posibilități, manifestă perseverență în atingerea obiectivelor, sunt critici în evaluarea progresului.

Pentru a investiga existența unei relații între anxietate și nivelul de aspirații, am calculat coeficientul de corelație Pearson. Rezultatele ne permit să constatăm existența unei corelații pozitive semnificative între anxietate și nivelul de aspirații, $r=0,432$, $p=0,038$.

Generalizând rezultatele ce vizează interrelația *anxietate –autoapreciere* și *anxietate –nivel de aspirații*, vom conchide că există o relație de interdependență între ele.

Concluzii:

Prelucrarea, analiza datelor ne-a permis **să constatăm** următoarele:

- Copiii abuzați și/sau neglijăți, supuși actelor de agresivitate, ei nu pot să aibă încredere în propriile forțe, sunt anxioși, frustrați, complexul de inferioritate este acel factor care-i împiedică în realizarea lor familială și profesională. Copii supuși actelor de agresivitate la atingerea maturității devin și ei mai agresivi decât semenii.
- Sentimentele de teamă, neputință, furie, pe care le are copilul, condiționează tulburări psihopatologice și un comportament, agresiv, o purtare revoltătoare, ceea ce duce la dereglarea comportamentului și a stărilor emoționale. Acești copii se confruntă cu diverse dificultăți, le slăbește atenția, capacitatea de concentrare, se obosesc rapid mintal sau fizic, sunt retrași sau pot fi brutali, mincinoși, răutăcioși, intră repede în conflict cu cei din jur, li se formează convingerea că violența este o modalitate de soluționare a problemelor. Traumatismul emoțional cronic din copilărie este cauza modificărilor trăsăturilor de personalitate ale copilului și creării unui potențial distructiv și periculos.

Rezultatele experimentului de constatare au servit drept suport în elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică în vederea optimizării stării psihice, autoaprecierii, diminuării anxietății în cazul copiilor victime ale abuzului, neglijării.

Astfel, cei 9 copii care au înregistrat nivel ridicat de anxietate și o autoapreciere joasă au constituit grupul țintă al programului. Cu acești copii au fost desfășurate 7 ședințe de grup cu durata de 40 - 50 minute. Având vârste apropiate și experiențe asemănătoare, coeziunea grupului

s-a realizat cu ușurință. Programul oferă copilului posibilitatea de a împărtăși cu ceilalți trăirile asociate abuzului, neglijării, putând, de asemenea, afla mai multe despre experiențele celorlalți.

Scopul de a reduce problemele emoționale, îmbunătățirea stimei de sine

Obiective

- Educarea managementului emoțional;
- Prelucrarea emoțiilor și cognitiilor asociate traumei
- Îmbunătățirea abilităților de relaționare;
- Învățarea metodelor constructive de soluționare a conflictelor

Forma de lucru: în grup

Numărul de persoane: 9 copii

Locul de desfășurare: sala de comunicare, Centrul de Plasament Temporar al copiilor în situație de risc “Drumul spre casă”.

Durata pentru realizare: 7 ședințe

Frecvența ședințelor: 2 ședințe pe săptămână

Timpu ședinței: 40-50 min

Metode/tehnici aplicate: terapia prin joc; art-terapia; biblioterapia; desenul proiectiv; terapia prin mișcare; explicația; demonstrația; brainstorming; conversația; istorioare / povestirea poveștilor alcătuite de copil; finalizarea istorioarelor începute, tehnici de relaxare.

Programul de intervenție a fost constituit din 3 părți:

1. *Etapa de relaționare și cunoaștere în grup* (1 ședință) - această parte a programului a fost orientată spre stabilirea regulilor și principiilor de lucru cât și pentru stabilirea obiectivelor și așteptărilor.

2. *Etapa de intervenție* (5 ședințe) - a urmărit atingerea obiectivelor formulate. Această parte a programului cuprinde tehnici și exerciții ce conduc la dezvoltarea imaginii de sine; antrenarea și optimizarea încrederii în sine; antrenarea autoaprecierii; învățarea tehnicilor pentru înlăturarea încordării; stimularea autoaprecierii; și dezvoltarea capacității de autoreglare psihică.

3. *Etapa consolidării și evaluării eficienței programului în ansamblu* (1 ședință) - această etapă are ca scop evaluarea rezultatelor, cât și consolidarea cunoștințelor, și abilităților dezvoltate pe parcursul programului.

În scopul evaluării eficienței programului de intervenție asupra tulburărilor emoționale evidențiate la copiii abuzați și neglijați am administrat testele: *Diagnosticarea autoaprecierii stării psihice* după H.J. Eysenck și *Tehnica de autoapreciere Dembo – Rubinștein* (în modificarea lui A. M. Прихожан).

Au fost examinate rezultatele obținute de copii după etapa de intervenție comparativ cu cele din etapa constatativă.

În scopul analizei comparate a valorilor experimentale prezentăm în continuare, în figura 12, rezultatele obținute de copiii abuzați și neglijați la etapa *pre-test* și *post-test* la testul *Diagnosticarea autoaprecierii stării psihice* după H.J. Eysenck.

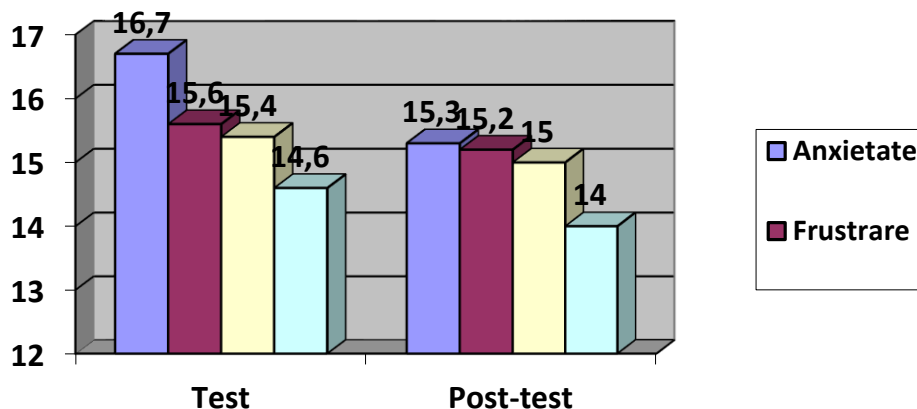


Figura 12: Reprezentarea grafică a valorilor medii a stărilor psihice a respondenților înainte și după experimentul de formare

Conform valorilor medii obținute de respondenți, ce reflectă intensitatea manifestării stărilor psihice constatăm diferențe importante între rezultatele Test și rezultatele-Retest: indici cantitativi semnificativ mai scăzuți la dimensiunea *Anxietatea* ($M_{Test}=16,7$ vs. $M_{Retest}=15,3$), *Frustrare* ($M_{Test}=15,6$ vs. $M_{Retest}=15,2$), *Rigiditate* ($M_{Test}=15,4$ vs. $M_{Retest}=15$), *Agresivitate* ($M_{Test}=14,6$ vs. $M_{Retest}=14$). Aceste rezultate pot fi explicate prin activitățile din cadrul programului formativ orientate spre dezvoltarea competențelor de management emoțional; prelucrarea emoțiilor și cognițiilor asociate traumei, abilităților de relaționare.

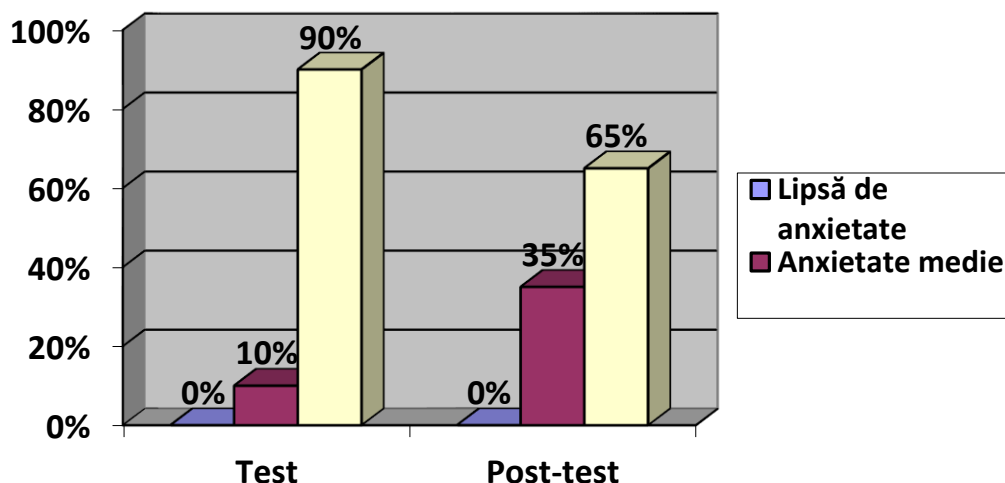


Figura 13: Distribuția datelor privind nivelul anxietății a respondenților înainte și după experimentul de formare

Prezintă interes, pentru cercetarea noastră compararea indicilor cantitativi obținuți de respondenți privind nivelul anxietății la înainte și după experimentul de formare. Rezultatele cantitative ne permit să consemnăm diferențe între rezultatele -Test și rezultatele-Retest. Astfel, constatăm că copiii abuzați și neglijați prezintă indici cantitativi mai scăzuți la dimensiunea *Anxietate* (Test - circa 90% respondenți s-au autoapreciat cu nivel înalt de anxietate, iar 10% marcați de anxietate medie vs. Retest circa 65% din respondenți foarte anxioși, iar 35% marcați de anxietate medie). Ceea ce denotă că copiii abuzați și neglijați percep, autoapreciază stare sa mai puțin anxioasă decât în experimental de constatare, fapt ce confirmă că programul formativ propus la etapa intervenției psihologice s-a dovedit a fi eficient.

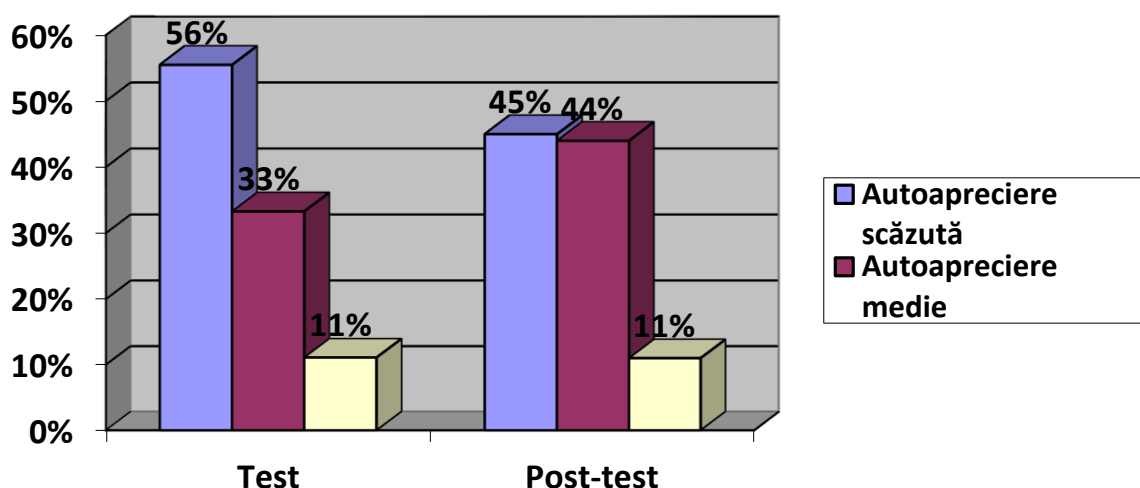


Figura 14. Repartiția datelor privind nivelul autoaprecierii la copiii supuși experimentului formativ care manifestă nivel ridicat de anxietate (rezultatele Test și rezultatele-Retest)

Rezultatele prezentate în figura 14 denotă următoarea situație privind rezultatele Test și rezultatele-Retest: *Test* - 55,5% copii cu un nivel ridicat de anxietate obțin un scor redus, ceea ce presupune o autoapreciere scăzută, *Retest* - 45% copii cu un nivel ridicat de anxietate obțin un scor redus, ceea ce presupune o autoapreciere scăzută; *Test* - 33,3% din numărul total de copii cu nivel ridicat de anxietate au o autoapreciere medie, *Retest* - 44 % din numărul total de copii cu nivel ridicat de anxietate au o autoapreciere medie; *Test și Retest* - doar 11,1% (1 din 9 copii) cu un nivel ridicat de anxietate au o autoapreciere înaltă.

Rezultatelor obținute în faza aplicării diagnosticului post-test, ne arată faptul că modelul experimental propus și-a dovedit eficient. Programul de intervenție psihologică poate fi utilizat de specialiștii în domeniu, în lucrul cu copiii abuzați, neglijați în vederea ameliorării tulburărilor emoționale, îmbunătățirii imaginii de sine și a relaționării.

Bibliografie:

1. Abuzul și Neglijarea copilului, Studiu realizat de Organizația „Salvați Copiii”, România, București, 2000.
2. BATOG, M. Modalitati de interventie psihologica in cazul tulburarilor posttraumatice de stres la copii si adolescenti. Suport metodologic. Chisinau, 2015, p.26
3. RACU, Iu. Relația dintre autoapreciere și anxietate la preadolescenți. In: Psihologie Pedagogie Specială Asistență Socială. 2009, nr. 3 (16), p. 70 –74
4. RAPORT ANUAL 2016-2017. Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii Disponibil pe internet https://www.cnpac.md/wp-content/uploads/2011/12/Raport-CNPAC-2016-2017_final.pdf
5. RAPORT ANUAL 2018. Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii Disponibil pe internet https://www.cnpac.md/wp-content/uploads/2011/12/Raport-CNPAC_2018_romana.pdf
6. RAPORT ANUAL 2019. Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii Disponibil pe internet https://www.cnpac.md/wp-content/uploads/2019/12/CNPAC_raport-2019-RO-sm.pdf
7. SÎMBOTEANU, Daniela, ȘEVCENCO, Oxana. Evaluarea și elaborarea Raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare sau trafic al copilului: Ghid. Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii. Chișinău: Tipogr. Foxtrot, 2017
8. TOARTĂ, Viorica, SÎMBOTEANU, Daniela. Compendiul statistic cu privire la evoluția în anul 2019 a cazurilor de violență, neglijare, exploatare, trafic asupra copiilor. Disponibil pe internet <https://www.cnpac.md/ro/compendiul-statistic-cu-privire-la-evolutia-in-anul-2019-a-cazurilor-de-violenta-neglijare-exploatare-trafic-asupra-copiilor-3/>
9. VELEANOVICI, A. *Profilul psiho-afectiv al copiilor aflați în dificultate*. În: Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor, vol. VIII, Chișinău, 2009
10. GONȚA, V., GODOROJA, O. Impactul imaginii de sine în manifestarea sentimentului de gelozie la tineri. În :Revista de Psihologie nr.3, 2010. p.23]

CZU 371.3

RELAȚIA EDUCATOR-EDUCABILI ÎN SECOLUL XXI

Adrian-Gheorghe STANDAVID, dr.,prof,
Colegiul Național de Artă,Târgu Mureș, România

***Abstract.**The educator-educable relationship is one of the major problems of contemporary education. In the view of modern pedagogy, the educator-educable relationship is conceived as a complex relationship.*

Establishing a favorable relationship between the educator and the educable can help the students of the National College of Art in acquiring the disciplines of general culture

Keywords: *relationship, teacher, student, problem, empathy*

Preliminarii

Relația educator-educabil constituie una dintre problemele majore ale învățământului contemporan care a preocupat gândirea pedagogică mondială.

În literatura de specialitate au apărut o serie de lucrări care au abordat această temă. Sensul formativ al învățământului contemporan impune mai mult decât oricând, luarea în considerație a relației educator-educabil, pe fondul căreia se realizează sarcinile complexe ale formării personalității elevului.

Calitatea de diriginte la un colegiu vocațional m-a determinat să caut răspunsuri la întrebări legate de modul în care pot facilita accesul la o mai atractivă educație de cultură generală, a unor elevi care au ales filiera vocațională de dezvoltare educațională. În acest context am considerat că stabilirea unei relații propice între educator și educabili poate ajuta elevii în însușirea disciplinelor de cultură generală, alături de pasiunea lor pentru specialitatea aleasă.

Perspective asupra relației educator-educabil

În plan istoric, atât în gândirea pedagogică, cât și în practica educativă s-au conturat două puncte de vedere opuse privind relația educator-educabil. Unul specific pedagogiei tradiționale, bazat pe o comunicare unilaterală, de la profesor la elev, care pune accentul pe influențele exterioare ce se exercită asupra elevului, neluând în considerație clasa cu rețeaua ei complexă de comunicații. Ca, o ripostă la acest punct de vedere a apărut orientarea educației libere care consideră copilul exclusiv ca subiect al educației, în afara oricărei dirijări din partea educatorului. Apare limpede caracterul unilateral al acestor două puncte de vedere, primul punând accent pe autoritatea profesorului, iar cel de-al doilea pe libertatea deplină a elevului, ambele respingând posibilitatea realizării unui dialog și a unei conlucrări eficiente între factorii educaționali, în realizarea demersului didactic.

În viziunea pedagogiei moderne relația educator-educabil este concepută ca o relație de mare complexitate, care implică un dialog permanent între cei doi factori, educat și educator, o comunicare reciprocă, angajând toate laturile personalității acestora. [1, p. 57]

În procesul de învățământ între profesor și elev se realizează, o cooperare permanentă, în cadrul căreia este bine precizat statutul fiecăruia, profesorul – ca factor educativ, iar elevul – ca obiect și subiect al educației.

Astfel, pentru a-și realiza rolul său de a organiza și stabili strategia acțiunii educaționale, „de a media accesul la informații, de a armoniza la sistemul de decodaj al elevului, de a urmări sistematic achizițiile comportamentale și de a evalua randamentul școlar” [2, p. 124], educatorul trebuie să cunoască psihologia elevului și să se transpună în psihologia acestuia. Prin aceasta, profesorul urmărește schimbarea locului și rolului elevului în actul educațional, stimularea activității și angajarea lui în procesul propriei sale formări. Dialogul deschis dintre profesor și elev soliciită spontaneitatea și receptivitatea acestora, dezvoltă gândirea divergentă, spiritul de investigație, curiozitatea științifică și creativitatea în rezolvarea problemelor.

Între calitatea educabilului de obiect al influenței educative și subiect al formării sale trebuie să existe un raport dialectic, eficiența acțiunii educative fiind dependentă de gradul de angajare și participare al acestuia la propria sa formare.

Din precizarea locului și rolului celor doi factori în relația pedagogică apare clară ideea de autoritate și libertate ca elemente indispensabile ale procesului educațional. Autoritatea, în accepția pedagogiei moderne, este înțeleasă nu ca o forță de dominație și constrângere, care menține pasivitatea și dependența, ci ca un factor care mediază accesul la cultură, propunând găsirea unor soluții, prin stimularea inițiativei și a dorinței de a participa activ la procesul de predare învățare, creionând astfel specificul contemporan al procesului educațional.

Relația pedagogică bilaterală presupune un complex de relații în plan formal și informal care se intercondiționează reciproc pe fondul unei realități sociale specifice grupului clasei. În plan formal sunt implicate – așa cum subliniază Ioan Nicola [3, p. 54] – relațiile de muncă tradiționale care se formează în procesul cunoașterii și învățării. Concomitent, apar relațiile în plan informal psihologice, afective, care pot fi de simpatie-antipatie sau indiferență. Aceste relații pot avea un

rol stenic sau astenic, influențând astfel desfășurarea celor dintâi și deci, gradul de angajare a elevului în munca instructiv-educativă. Interacțiunea dintre aceste două aspecte ale relației profesor-elev este condiționată de conduita empatică a profesorului față de elev și a elevului față de profesor. De asemenea, această interacțiune este influențată de sistemul relațional existent la nivelul grupului clasei.

Obiectivele Studiului

În cadrul studiului întreprins pentru realizarea proiectului din cadrul programului „Profesori fericiți-elevi împliniți”, am urmărit atingerea câtorva obiective, pornind de la premiza că mediul socioafectiv al grupului influențează comportamentul elevilor, dar și imaginea despre propria lor persoană.

- Stabilirea relației dintre empatie și performanța profesională la cadrele didactice ;
- Surprinderea gradului de dependență a comportamentului empatic, de relația dintre profesor și elev
- Fixarea relației dintre capacitate și comportament empatie la cadrele didactice;
- Evidențierea experienței empatică a cadrelor didactice ca sursă de valorificare a competenței profesionale.

Chestionare

Pentru a ilustra comportamentul empatic predictiv s-au utilizat serii de chestionare aplicate atât elevilor, cât și colectivului de cadre didactice care predă la clasă.

În prima grilă, profesorul evaluează elevii din clasă pe baza unor criterii, pe o scală de la 1 la 5. Am avut în vedere următoarele criterii:

- cinstit - ipocrit
- curajul răspunderii - lașitate
- corect față de ceilalți - fără scrupule
- modestie - aroganță, îngâmfare
- sinceritate — falsitate; seriozitate
- profundzime - nepăsare
- respectă pe cei din jur - lipsă de considerație
- generozitate - egoism
- comportament civilizat - nepolitețe, exprimare urâtă
- bunătate - răutate
- conștiincios - superficial
- înțelegător, omenos - indiferent
- discret - palavragiu
- spirit de dreptate - nedrept
- caracter integru - imoral.

În paralel, am cerut elevilor să se autoevalueze pe baza acelorași criterii. Ca urmare, după efectuarea ambelor operații și de către profesori și de către elevi, am confruntat predicția făcută de profesor cu autoevaluarea elevului. Cu cât scorul de devianță este mai mic, deci cu cât predicția profesorului este mai apropiată de autoevaluarea elevului, cu atât empatia predictivă a profesorului este mai bună. Invers, cu cât scorul de devianță este mai mare cu atât empatia predictivă a profesorului este mai scăzută.

Acest experiment scoate în evidență nivelul comportamentului predictiv empatic al profesorului, față de fiecare elev în parte, dar și față de toți elevii.

Tot în cadrul aceleiași variante experimentale am putut surprinde și nivelul empatiei predictive a elevului față de profesor. Acest aspect ne-a interesat în analiza relației profesor-elev.

Astfel, s-a solicitat elevilor să noteze pe o grilă cu aceleași criterii, cum cred ei că îi evaluează profesorul. De astă dată, elevii erau solicitați să se pună în „rolul” profesorului. Se compară răspunsurile fiecărui elev cu evaluările făcute de profesor în prima grilă și se calculează scorul de devianță. Ca și anterior, un scor mic de devianță exprimă, un bun nivel al empatiei predictive a elevului, în timp ce un scor mare de devianță exprimă o slabă empatie predictivă a elevului.

Rezultate

Din experimentul prezentat decurge posibilitatea surprinderii următorilor indicatori evidenți în analiza rezultatelor:

- empatia predictivă a profesorului, rezultată din confruntarea predicției profesorului cu autoevaluarea elevului;
- empatia predictivă a elevului, rezultată din confruntarea predicției elevului cu evaluarea profesorului.

Acești indicatori, confrunțați între ei, ne pot furniza informații cu privire la relația dintre evaluare și predicție, relația dintre evaluare și empatie, relația dintre empatia profesorului și empatia elevului. Acestea sunt preliminarii ale comunicării eficiente dintre educabili și educator.

Interpretând rezultatele, am observat faptul că profesorii cu performanță didactică ridicată sunt semnificativ mai empatici decât ceilalți profesori, ceea ce înseamnă că empatia reprezintă o însușire aptitudinală a profesorului care-i asigură, alături de alte însușiri, performanța sa didactică și eficiența comunicării sale cu elevii. Statistic, la clasa la care sunt diriginți reacțiile profesorilor se distribuie astfel: 50,4% reacții empatice de nivel ridicat, 31,2% reacții empatice de nivel bun și 18,4% reacții empatice de nivel slab.

Concluzii

Rezultatele studiului la clasă permit multiple referiri cu privire la rolul și locul relației educator-educabil în procesul educațional prin stabilirea unei legături permanente a profesorului cu elevii a căror comportare este variată și față de care trebuie să existe o deplină înțelegere, pentru a se putea clădi un sistem pertinent de influențare.

Interpretarea rezultatelor a evidențiat faptul că profesorii mai „experimentați” au mai multă empatie față de elevii care au o atitudine și un comportament incorect, manifestat la școală. Acest lucru arată că, aceste însușiri, pot fi utilizate ca un element de apropiere de psihologia elevului și implicit de pătrundere mai adânc în vastul cîmp de preocupări al acestuia.

Bibliografie

1. GHIVIRIGĂ, Luminița. *Relația profesor-elev în perspectiva lecției moderne*, București: Editura Didactică și Pedagogică, 1975. 191 p. ISBN/COD:307IPTIMRE.
2. ION T Radu. *Evaluarea în procesul didactic*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 2008. 288 p. ISBN: 9789733023548.
3. NICOLA, Ioan. *Pedagogie școlară*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1980. 395 p.

CZU 37.015.3:159.9

ROLUL ESENȚIAL AL CABINETELOR DE ASISTENȚĂ PSIHOPEDAGOGICĂ

Rodica GHIMPU, doctorand
Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă"
Chișinău, Republica Moldova

Abstract. *Psycho-educational offices play an essential role in providing emotional, academic and personal development support through their employed counselors.*

Through counselling programs and activities, educational psychologists can help pre-school and schoolchildren to develop confidence in their abilities and communication skills. These skills, along with managing emotions, are essential not only in school but also in everyday life.

Keywords: *office , counseling , psycho-pedagogy , assistance , students*

Viața poate fi confuză și uneori avem nevoie de ajutor pentru a lua decizii importante sau pentru a face față provocărilor emoționale. Consilierea psihologică și cea profesională ar trebui să fie disponibile pentru a sprijini în dezvoltarea lor pe toți elevii.

Cabinetele de asistență psihopedagogică organizează acțiuni de cunoaștere și consiliere psihopedagogică a preșcolarilor/elevilor, realizate individual și colectiv, acțiuni cu părinții și cu

cadrele didactice, prin consultații individuale și colective, precum și acțiuni de colaborare cu comunitățile locale, în scopul orientării școlare și profesionale, orientării carierei elevilor, activități de consiliere individuală și de grup a elevilor cu manifestări deviate, prin informare, documentare, consiliere.

Cabinetele de psihopedagogie joacă un rol esențial și să ofere, prin consilierii angajați, sprijin emoțional, academic și în dezvoltarea personală.

Prin programele de consiliere și activitățile propuse, cabinetele de psihopedagogie îi pot ajuta pe preșcolari și elevi să-și dezvolte încrederea în aptitudinile lor și abilitățile de comunicare. Aceste competențe, împreună cu gestionarea emoțiilor, sunt esențiale nu doar în școală, ci și în viața de zi cu zi.

Cabinetele de asistență psihopedagogică din sistemul preuniversitar românesc, coordonate de Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională au reprezentat, încă de la începuturi, câmpul de intervenție pentru o problemă diversă. Consilierea psihopedagogică reprezintă o activitate complexă, care capătă nuanțe în practica educațională cotidiană românească, datorită unui complex de factori de natură obiectivă, legislativă și instituțională, dar și de natură subiectivă, contextuală.

În acest context, prezenta consilierului școlar în sistemul de educație a devenit o necesitate, prin contribuția acestuia la promovarea echilibrului și a stării de bine a elevilor, la dezvoltarea lor școlară și personală prin facilitarea unor contexte pentru cunoașterea de sine, relaționare interpersonală armonioasă, controlul stresului, exersarea unor tehnici de învățare eficiente, încurajarea atitudinilor creative, formularea unor opțiuni vocaționale realiste.

Consilierea psihologică este o intervenție psihologică în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale sau în scopul prevenției și remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament. Cu alte cuvinte, consilierea psihologică este o intervenție psihologică care se adresează persoanelor aflate în situații de criză, sau care se află în impas în ce privește rezolvarea unor situații din viața personală sau profesională. Persoanele care apelează la consiliere psihologică sunt deci persoane sănătoase, care au totuși nevoie de consiliere pentru a găsi soluții legate de problemele cu care se confruntă.

Consilierea reprezintă o acțiune complexă prin care "se urmărește sugerarea modului de a proceda sau a modului de comportare ce trebuie să fie adoptat într-o situație dată sau, în general, în viață și activitatea cotidiană" (Tomșa, 1996). Consilierea este o relație guvernată de principii, caracterizată de aplicarea uneia sau mai multor teorii psihologice și a unui set recunoscut de deprinderi de comunicare la preocupările intime ale subiectului (clientului), la problemele și aspirațiile sale. *Asociația Britanică pentru Consiliere* (1985), subliniază că oamenii se angajează într-o situație de consiliere atunci când persoana ce ocupă, în mod obișnuit sau temporar rolul de consilier, oferă sau este dispus explicit să ofere timp, atenție, respect unei alte persoane ce manifestă o nevoie de asistență de specialitate. Sarcina consilierului este de a oferi clientului posibilitatea să exploreze, să descopere și să clarifice modalități de a trăi, dispunând de mai multe resurse și îndreptându-se spre o cât mai bună existență (Fetham și Dryden, 1993). Consilierea psihopedagogică este un proces complex ce descrie relația interumană de ajutor dintre o persoană specializată, consilierul, și o altă persoană care solicită asistență de specialitate, clientul. Relația dintre consilier și persoana consiliată este una de alianță, de participare și colaborare reciprocă.

În ultimul secol profesia de consilier psihologic a apărut într-o serie de diverse domenii: financiar, de imagine, politic, parental, familial, educațional, sexual, s.a. Aceste tipuri de consiliere psihologică au în comun tratarea unei teme concrete, a unei probleme, așa că putem spune că activitatea de consiliere psihologică merge ținut pe o problemă concretă.

Consilierul școlar este un profesor cu specialitatea pedagogie, psihologie, sociologie, care își desfășoară activitatea în cadrul centrelor și a cabinetelor de asistență psihopedagogică, instituție conform Legii învățământului (Legea nr. 84/1995) în calitate de unități conexe ale învățământului preuniversitar.

Rolul consilierului școlar corespunde statutului său de cadru didactic (profesor-consilier) care îmbină activitatea de asistență psihopedagogică a principalilor "actori ai educației" (profesori,

elevii, părinții) cu norma de predare-învățare-evaluare (1/4) în specialitate, realizată, de regulă, în învățământul liceal sau/și la cursurile de perfecționare ale educatoarelor și învățătorilor, organizate prin liceele pedagogice.

Activitatea de bază a consilierului-școlar (profesorului-consilier), definită ca activitate complexă de asistență psihopedagogică și socială a cadrelor didactice, elevilor și părinților, include un ansamblu de acțiuni specifice

- informare de specialitate (în domeniul teoriei educației, didacticii generale, teoriei curriculumului, psihologiei generale, psihologiei educației, psihologiei vârstelor, metodologiei cunoașterii elevului, managementului educației, sociologiei educației);

- consultare de specialitate (necesară pentru cunoașterea elevului și pentru proiectarea pedagogică a activității didactice și educative)

- examinare de specialitate (prin diferite metode de cunoaștere a elevului, în general prin aplicarea unor teste în mod special)

- orientare școlară, profesională și socială (cu scop de investigare, informare, formare-dezvoltare, integrare; cu implicarea tuturor factorilor responsabili: școală, familie, colectiv didactic, elev, comunitate educativă locală)

- perfecționare (în domeniul pedagogiei, psihologiei, sociologiei educației/conform programelor instituționalizate la nivel central, teritorial și focal)

- cercetare pedagogică (orientată, mai ales în domeniul didacticii generale și aplicate)

Aceste acțiuni specifice vizează, pe de o parte, stimularea procesului de adaptare optimă a elevului la cerințele societății, școlii, colectivului didactic, colectivului clasei, familiei, comunității educative locale, teritoriale, naționale, iar, pe de altă parte, perfecționarea capacității profesorilor de proiectare pedagogică optimă a activității didactice și educative. Îndeplinirea acestor obiective fundamentale angajează colaborarea profesorilor-consilieri cu toți factorii implicați în proiectarea, realizarea și perfecționarea sistemului și a procesului de învățământ la nivel teritorial și local.

Profesorul-consilier, coordonator al centrului de asistență psihopedagogică (județean, respectiv al municipiului București) contribuie la realizarea acestor obiective conform statutului său care prevede

- coordonarea activității centrului și a cabinetelor interșcolare de asistență psihopedagogică organizate în cadrul județului (respectiv al municipiului București);

- asigurarea legăturilor metodologice și de informare cu Ministerul învățământului și cu Institutul de Științe ale Educației;

- participarea la activitățile de perfecționare organizate de Casa Corpului Didactic;

- participarea la activitățile de inspecție școlară, organizate de Inspectoratul Școlar;

- participarea la ședințele Consiliului consultativ al Inspectoratului școlar

- colaborarea cu Direcția Județeană de Muncă și de Protecție Socială, cu Centrul Județean de Medicină Preventivă (respectiv cu Direcția și Centrul municipiului București) și cu mass. media teritorială și locală.

Profesorii-consilieri de la centrul de asistență psihopedagogică județean (respectiv al municipiului București) îndeplinesc următoarele atribuții, stabilite în conformitate cu același Regulament:

- consilierea tuturor "actorilor educației" (profesori, părinți, elevi etc.) în probleme privind: (auto)cunoașterea elevilor, adaptarea acestora la viața școlii, familiei, comunității, prevenirea, diminuarea și combaterea eșecului și a abandonului școlar, orientarea școlară, profesională și socială;

- examinarea psihopedagogică și psihosocială a elevilor și a claselor de elevi-problemă (la solicitarea inspectoratului școlar, a școlilor, profesorilor, părinților, elevilor);

- elaborarea materialelor metodice necesare profesorilor și profesorilor-diriginți pentru optimizarea procesului de proiectare și de realizare a activităților didactice și educative;

- elaborarea materialelor metodice necesare inspectorilor școlari și directorilor unităților de învățământ pentru optimizarea activităților manageriale, organizate la nivel teritorial și local.

- sprijinirea activităților de perfecționare și de cercetare pedagogică, organizate la nivel

teritorial și local prin intermediul comisiilor și catedrelor de specialitate;

- colaborarea cu factorii locali implicați în proiectarea unor obiective pedagogice specifice, realizabile în mediul școlar și extrașcolar.

Realizarea acestor obiective, presupune implicarea sistematică a profesorilor-consilieri în activități manageriale specifice organizate de Inspectoratul Școlar și de Casa Corpului Didactic, prin intermediul consiliilor profesionale, a comisiilor și catedrelor metodice care funcționează la nivel școlar și interșcolar: comisia educatoarelor, comisia învățătorilor, comisia profesorilor-diriginți, comisia de orientare școlară și profesională, catedrele de specialitate etc.

În cadrul comisiilor educatoarelor și învățătorilor profesorii-consilieri trebuie să colaboreze cu profesorii-logopezi de la centrul logopedic interșcolar și de la cabinetele logopedice școlare și interșcolare care au responsabilități în domeniul asistenței psiho-pedagogice a educatoarelor, învățătorilor și părinților în probleme privind: cunoașterea copilului, stimularea dezvoltării limbajului, proiectarea diferențiată a instruirii.

Activitatea profesorului-consilier în condițiile sistemului de învățământ din România angajează practic trei tipuri de acțiuni complementare:

- acțiuni de asistență psihologică, orientate special în direcția cunoașterii elevului prin strategii și mijloace de cercetare specifice;

- acțiuni de asistență pedagogică, orientate special în direcția proiectării diferențiate/individualizate a procesului de educație și instruire;

- acțiuni de asistență socială, orientate special în direcția optimizării procesului de integrare a elevului în colectivul clasei și în diferite comunități, în perspectiva orientării sale școlare și profesionale optime. În acest context, profesorul-consilier care își desfășoară activitatea în centrele și cabinetele de asistență psihopedagogică îndeplinește funcția didactică de: profesor-psiholog, profesor-psihopedagog, profesor.

Reforma învățământului în România subliniază importanța comutării accentului de pe latura informativă a procesului educativ spre cea formativă. Învățământul

tradițional de tip informativ se concentrează prioritar pe aspectele de ordin cognitiv ale elevului, ignorând personalitatea subiectului educației, componentele sale afective, motivaționale, atitudinale și comportamentale. Elevul este perceput ca un „recipient” de asimilare și de reproducere a informațiilor, și mai puțin ca o persoană reală, ca o ființă umană originală, ca o personalitate unică și irepetabilă. Învățământul modern românesc trebuie să aibă ca scop nu doar absolvenți bine informați, ci formarea de persoane bine abilitate și instrumentate cu resurse adaptative la solicitările sociale și psihologice ale vieții, cu un sistem axiologic bine conturat. Sistemul de învățământ românesc actual nu este încă în totalitate pregătit să răspundă exigențelor impuse de o societate liberă și democratică. Conservatorismul, depersonalizarea, intelectualismul, autoritarismul și obediința, elitismul și inegalitatea șanselor, segregarea școlii de persoană, familie, comunitate sunt doar câteva din tarele învățământului românesc existente și astăzi (Miroiu și colaboratorii, 1998).

Concluzii

Creșterea alarmantă a numărului de eșecuri și abandonuri școlare, de comportamente deviate și delincvente, de tulburări emoționale în rândul elevilor, reprezintă indicatori ai faptului că școala trebuie să facă mai mult în această direcție.

Consilierea reprezintă una din modalitățile esențiale prin care școala devine un proces formativ, centrat pe elev, capabilă să valorizeze tipuri diverse de elevi și abilități, să răspundă nevoilor comunității și să infuzeze societatea cu persoane competente pentru viața socială și profesională.

Bibliografie

1. Colin F., Windy Dryden, Whurr, 1993, *Dictionary of Counselling*
2. Legii învățământului (Legea nr. 84/1995)
3. Miroiu, A., Pasti, V., Codita, C., Ivan, G. – 1998 „*Invatamantul romanesc azi. Studiu dediagnoza*”. Iasi, Editura Polirom
4. Turcu, F., Turcu, A., 1999, *Fundamentele psihologiei școlare*, Editura All, București

5. Tomşa, Gh., 1996, *Dicţionar de orientare şcolară şi profesională*, Ed. Afeliu, Bucureşti
6. Sorin Cristea., *Dictionar de Termini Pedagogici* Editura Didactică şi Pedagogică, R.A-Bucureşti
7. <https://www.anc.gov.ro/so/m/Consilier.scolar.pdf> - Standard ocupaţional Consilier şcolar

CZU 159.922.62:66.081.62

ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII PSIHOLOGULUI CLINICIAN ÎN FACILITAREA ADAPTĂRII PSIHOSOCIALE A PERSOANELOR DIALIZATE

Diana CECAN, drd., Universitatea de Stat din Moldova,
psiholog clinician BB-Dializa

*„Dacă este aleasă în mod liber,
orice meserie devine izvor de satisfacţii deosebite,
atâta timp cât îţi îngăduie să tragi foloase
din înclinaţiile afective şi din energiile instinctive „
S. FREUD*

Abstract: *The article describes how the activity of the clinical psychologist within the dialysis center can be organized, thus oriented towards facilitating the psychosocial adaptation of the adult undergoing chronic hemodialysis treatment. The important directions of activity of the clinical psychologist are included and presented, as well as the importance of the intervention program in facilitating psychosocial adaptation.*

K

e

y În Republica Moldova dar şi la nivel mondial o persoană adultă din zece este diagnosticată cu boală cronică renală (BCR), ceea ce denotă că în ţara noastră numărul persoanelor afectate de această maladie ar fi aproximativ de peste 350 de mii. Un rol preponderent în eficacitatea tratamentului prin hemodializă cronică prezintă adaptarea psihosocială a persoanei şi acceptarea acestei boali precum şi a tratamentului de substituţie a funcţiei renale.

s

Literatura de specialitate atestă diverse definiţii şi abordări ale adaptării psihosociale. Conceptul de adaptare vizează reacţia, conduita ce pune organismul şi activitatea psihică care îl caracterizează social în repliere suplă la condiţiile variabile şi numeroase ale mediului în care acesta trăieşte, capacitatea psihicului de a se modifica în raport cu schimbările intervenite în condiţiile sale de viaţă, devenind apt de a îndeplini funcţiile şi obiectivele sale [5].

i

Adaptarea se manifestă la toate nivelurile structural-funcţionale din a căror dinamică se constituie condiţia umană, ca proces dinamic de schimbare, dezvoltat în mod voluntar sau involuntar, în scopul replasării organismului într-o poziţie mai avantajoasă faţă de mediul înconjurător şi presupunând capacitatea de a învăţa. Un obstacol obligă la mobilizarea organismului care încearcă prin comportament să-şi menţină echilibrul anterior sau să ajusteze şi să creeze un nou echilibru compatibil cu supravieţuirea sa [3].

În Republica Moldova, ca şi în majoritatea ţărilor din lume, hemodializa este metoda principală de înlocuire a funcţiei renale. Această metodă este varianta cea mai frecventă de substituţie a funcţiilor renale şi este utilizată pentru menţinerea a 80% din pacienţi cu BCR.

y

Aflarea diagnosticului poate induce persoanei o stare de şoc. În primele momente de la iniţierea tratamentului prin hemodializă cronică, consilierea psihologică şi terapia suportivă au un rol foarte important în reducerea stresului emoţional, anxietăţii, depresiei, fricii de moarte, stări psihologice frecvent întâlnite la aceşti pacienţi [1].

l

Adaptarea psihosocială se referă la modul în care pacienţii reuşesc să-şi regleze viaţa socială şi emoţională în raport cu boala cronică renală şi tratamentul de substituţie a funcţiei renale.

g

i

s

t

,

Hemodializa poate genera schimbări majore în viața de zi cu zi, limitând activitățile obișnuite și afectând relațiile sociale și profesionale ale persoanei.

Printre principalele aspecte pe care psihologul clinician le poate aborda pentru facilitarea adaptării psihosociale se numără:

- **promovarea unei atitudini active și constructive față de tratament;**
- **reducerea izolării sociale** prin încurajarea participării la activități de grup, fie ele sociale sau terapeutice;
- **sprijinirea reluării activităților profesionale**, în măsura în care este posibil;
- **dezvoltarea unui stil de viață sănătos** care să includă regimuri alimentare și exerciții fizice, în funcție de recomandările medicale [2].

Organizarea activității psihologului clinician în facilitarea adaptării psihosociale a persoanelor aflate la tratament prin hemodializă, presupune abordarea unui set complex de aspecte legate de sănătatea mentală și emoțională a acestora. Hemodializa este o procedură medicală continuă și vitală pentru pacienții cu BCR st. V și are un impact semnificativ atât asupra calității vieții cât și a stării psihosociale. Psihologul clinician din cadrul centrului de dializă, în acest context joacă un rol important în echipa multidisciplinară care gestionează tratamentul de substituție a funcției renale. Intervențiile acestuia se concentrează pe:

- **Evaluarea stării psihologice a pacienților:** psihologul realizează o evaluare inițială a stării emoționale și mentale a pacientului, folosind interviuri clinice și teste psihometrice; identifică nivelul de anxietate, depresie, stresul post-traumatic, tulburările de somn sau alte tulburări psihice legate de boala cronică renală și tratamentul prin hemodializă; monitorizarea reacțiilor emoționale pe termen lung, deoarece hemodializa este un tratament de durată care poate genera frustrare și epuizare psihică.
- **Suport emoțional:** oferirea unui spațiu de exprimare a emoțiilor și gândurilor legate de boala cronică renală și tratamentul prin hemodializă; ghidarea pacienților să facă față sentimentelor de neputință, pierderii independenței și modificările imaginii de sine.
- **Sprijin în adaptarea la stilul de viață specific hemodializei:** hemodializa impune schimbări semnificative în stilul de viață al pacienților, iar psihologul clinician ajută să se adapteze la aceste modificări, îi sprijină în crearea unui echilibru între tratament și activitățile cotidiene; psihologul ajută pacienții să se confrunte cu sentimentele de pierdere a autonomiei și să-și regăsească sentimentul de control asupra vieții lor.
- **Intervenții cu elemente psihoterapeutice:** tehnici de reducere a anxietății și depresiei (ex. terapie cognitiv-comportamentală, tehnici de relaxare); promovarea strategiilor de coping eficiente și de adaptare la tratamentul prin hemodializă; terapia individuală sau de grup pentru susținerea stării emoționale și relaționale.
- **Educație psihologică și consiliere pentru acceptarea bolii:** psihologul organizează sesiuni educaționale pentru a ajuta pacienții să înțeleagă și să accepte implicațiile bolii lor și a tratamentului necesar; informarea despre impactul psihologic al hemodializei și despre importanța unui stil de viață echilibrat din punct de vedere psihosocial; membrii familiei sunt implicați în procesul de îngrijire, iar psihologul oferă consiliere pentru a-i ajuta să înțeleagă și să gestioneze stresul asociat cu îngrijirea unei persoane cu afecțiuni cronice; psihologul ajută la îmbunătățirea comunicării între pacient, familie și echipa medicală, pentru asigurarea un sprijin optim pentru pacient.
- **Monitorizarea și ajustarea intervențiilor:** intervențiile psihologice trebuie monitorizate și ajustate în funcție de evoluția stării psihologice a pacientului; evaluările periodice sunt esențiale pentru a monitoriza starea emoțională și psihologică a persoanelor dializate [2,4].

Un alt aspect crucial al organizării activității psihologului clinician este colaborarea strânsă cu echipa medicală multidisciplinară. Comunicarea eficientă între profesioniștii din domeniul sănătății, inclusiv medici, asistenți sociali, și asistenți medicali, este esențială pentru a asigura o abordare integrată și coordonată a nevoilor pacienților dializați. Psihologul **participă la întâlniri**

de echipă, oferă feedback și sugerează intervenții pentru îmbunătățirea stării generale a pacienților. Asigură **comunicarea eficientă între pacienți și personalul medical**, poate media interacțiunile dintre pacient și echipa medicală pentru a reduce tensiunile și a îmbunătăți cooperarea. Această colaborare facilitează schimbul de informații relevante și permite adaptarea continuă a intervențiilor psihologice în funcție de evoluția clinică a pacientului [6].

Organizarea activității psihologului implică, de asemenea, dezvoltarea și implementarea unor programe de intervenție psihosociale personalizate, adaptate nevoilor individuale ale persoanelor dializate. Aceste programe pot include consiliere psihologică individuală sau în grup, terapie cognitiv-comportamentală, strategii de gestionare a stresului și tehnici de relaxare. Prin abordarea centrată pe pacient, psihologul clinician încurajează dezvoltarea resurselor interne ale persoanei și promovează o adaptare sănătoasă la schimbările impuse de tratamentul prin hemodializă.

În **concluzie**, menționez că organizarea activității psihologului clinician în facilitarea adaptării psihosociale la persoanele dializate este un proces complex și multidimensional, care implică evaluare detaliată, intervenții personalizate, colaborare interdisciplinară și desigur educație continuă. Este important ca psihologii clinicieni din cadrul centrelor de dializă să adapteze strategiile și intervențiile psihologice la nevoile specifice ale fiecărui pacient și să ofere un suport psihologic continuu pe parcursul tratamentului de substituție a funcției renale. Astfel, prin abordarea profesionistă și sensibilă, psihologul clinician devine un element esențial în promovarea stării de bine a pacienților aflați la tratament prin hemodializă cronică.

Bibliografie

1. CEPOIDA, P., CHIȚANU, S. Ghidul pacientului dializat. Chișinău: Bons Offices, 2017.
2. DAVID, D. Psihologie clinică și psihoterapie: fundamente. Iași: Polirom, 2006. 323 p.
3. DORON, R., PAROT, F. Dicționar de psihologie. București: Humanitas, 2007.
4. Insuficiența renală cronică la adult. Protocol clinic național. PCN-21. Chișinău, 2017. 55p.
5. ȘCHIOPU, U. Dicționar de psihologie. București: Babel. 1997.
6. <http://www.dializa.md/2019/03/14/poti-trai-calitativ-cu-rinichi-artificiali-daca>

CZU 314.545.2

MONOGAMIA ASTĂZI: PERSPECTIVE ȘI PROVOCĂRI

Dănuț SIMION, asist., univ.,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova

***Abstract.** Monogamy has been and continues to be a cultural ideal promoted in many societies, but attitudes towards this relationship model have varied over time. Globally, monogamy is seen as the dominant norm, and monogamous relationships are associated with stability and long-term emotional commitment. Cultural attitudes towards monogamy have been influenced by a number of factors, including religion, economics and social traditions. In many traditional cultures, monogamy is underpinned by religious norms, and deviations from this model are often seen as immoral or unacceptable. In modern times, couples are choosing to redefine the boundaries of their relationships. Open relationships or polyamory are emerging as alternatives that are gaining ground, offering relational models based on consensus and transparency. In the future, perspectives on monogamy and romantic relationships are likely to change even further. Globalization, access to information, and rapid social change will continue to influence people's perceptions and behaviours regarding romantic and sexual commitments. Greater flexibility and diversification of relationship patterns can be expected as more people choose to negotiate their own definition of fidelity and intimacy. Monogamy, although it will remain relevant for a considerable part of the population, will be in a continuous dialog with new relational realities and choices.*

Keywords: *monogamy, cultural attitudes, relationship models, social norms.*

Majoritatea societăților umane au promovat căsătoria monogamă ca ideal cultural, deși cercetările istorice și antropologice sugerează că până de curând, aproximativ 84% din căsătorii au fost poligame, în timp ce doar 16% au fost monogame [10]. Mononormativitatea sau "biasul cultural" care privilegiază monogamia este atât o practică intimă (o funcție a unei relații specifice între două persoane), cât și o practică publică (o relație socio-culturală recunoscută) [1]. Împreună, aceste percepții ne conduc la concluzia că monogamia este nu doar „corectă” ci și inevitabilă. Monogamia este adesea definită în dicționare ca fiind „obiceiul de a avea un singur partener”. Originile grecești ale cuvântului monogamie se traduc prin „o singură nuntă sau căsătorie”. Această perspectivă antropomorfă implică faptul că monogamia cuprinde o anumită formă de ceremonie și/sau contract legal între doi indivizi. Biologii au adoptat ulterior termenul de monogamie, împreună cu alternativele sale (precum poligamia), pentru a clasifica atât sistemele de împerechere, de obicei între masculi și femele, cât și relațiile sociale asociate acestora [2].

Monogamia pare să fi apărut, cel mai probabil, ca un mecanism social pentru protejarea distribuției resurselor de-a lungul liniei genealogice, permițând o mai mare siguranță și control asupra moștenirii biologice și economice. Persoanele stabile relațional tind să manifeste comportamente monogame. Acest tip de relaționare pare să se manifeste în mod natural, fără a fi perceput ca un sacrificiu semnificativ. Acești indivizi sunt, în general, mai puțin motivați să exploreze relații alternative, valorificând stabilitatea și siguranța pe care o oferă relațiile monogame. Prin contrast, persoanele cu un profil mai „explorator” tind să perceapă monogamia mai mult ca pe o constrângere socială, decât ca pe o cale firească spre satisfacție conjugală. Pentru aceste persoane, respectarea normelor monogame este un comportament impus, rezultat al unei conformări la așteptările sociale, decât o expresie autentică a dorințelor și nevoilor lor relaționale.

Astfel, la un nivel individual, monogamia poate varia ca preferință relațională naturală. Studiarea acestor dinamici sugerează că monogamia poate fi mai compatibilă pentru unii indivizi decât pentru alții, în funcție de modul în care aceștia își prioritizează valorile și dorințele relaționale. Un alt aspect care poate încurca înțelegerea și percepția monogamiei este recunoașterea faptului că indivizii dintr-o populație descrisă în mod obișnuit ca fiind monogamă variază relațional [11].

Conceptele de monogamie și iubire se suprapun de obicei, deoarece ambele sunt subnoțiuni ale conceptului de relație romantică, ce trebuie însă separate. În majoritatea literaturii, se afirmă că a trăi într-o relație monogamă este echivalent cu a experimenta iubire sau atașament romantic, chiar dacă aceste concepte pot fi distincte [3]. Dragostea este determinantul principal al sentimentelor de angajament față de un anumit partener distingându-se cognitiv de dorința sexuală cât și de dragostea sexuală (eros). A fi îndrăgostit este diferit de sentimentul dorinței de a te copula cu persoana iubită. Dragostea este diferită de instinctul de copulație și cu siguranță mult mai mult decât o dorință sexuală sau un comportament sexual. Iubirea cuprinde un vast tărâm de emoții, sentimente și conexiuni care se extind dincolo de dorințele carnale cu care este des asociată. Dragostea este o tapiserie țesută complicat din firele de încredere, companie și dedicare. Dragostea este o călătorie de cea mai mare magnitudine, o expediție în adâncurile necunoscute ale emoției și conexiunii umane. Este o dovadă a frumuseții vulnerabilității, deoarece ne obligă să ne deschidem inimile și să ne expunem sinele cel mai interior altuia [12].

Într-adevăr, orice sistem de conexiune în vederea copulării și viețuirii este adesea considerat a fi o colecție de decizii individuale, care sunt modelate de mulți factori interni și externi. Cultural, percepem relațiile prin prisma monogamiei. Această influență este inevitabilă, dar avem ocazia să reflectăm asupra modului în care ne afectează, să descoperim ce ne atrage la ea și să ne adaptăm, în mod intenționat, relațiile, fie că sunt monogame, fie non-monogame.

În cele ce urmează, voi prezenta o analiză cuprinzătoare a diferitelor tipuri de monogamie, într-o manieră riguroasă și sistematică.

1. Monogamia sexuală este poate cea mai directă și ușor de înțeles, cel puțin la prima vedere. Aceasta se referă la un aranjament care este exclusiv din punct de vedere sexual;

„exclusiv” însă nu înseamnă același lucru pentru toată lumea [5]. Monogamia sexuală se referă la practica de a avea un singur partener sexual la un moment dat. Acest tip de monogamie se concentrează pe exclusivitatea comportamentului sexual, indiferent de legăturile emoționale sau sociale. Partenerii se angajează într-o relație în care se angajează în activități sexuale numai unul cu celălalt.

- Specific: Se axează exclusiv pe exclusivitatea sexuală, fără să implice neapărat exclusivitatea emoțională sau romantică.

2. Monogamia emoțională înseamnă a fi intim și legat emoțional profund de un singur partener [5]. În acest tip de relație, apropierea emoțională, dragostea și afecțiunea sunt împărtășite exclusiv între două persoane, chiar dacă nu există exclusivitate sexuală. Acest atașament este de așteptat în relațiile convenționale. Monogamia emoțională este atunci când o persoană este investită emoțional și conectată doar cu partenerul său, indiferent dacă sunt sau nu exclusivi fizic. Dacă monogamia sexuală este acceptată implicit, oamenii reflectă și mai puțin asupra monogamiei emoționale, iar aventurile emoționale sunt percepute mai degrabă ca trădări ale unor înțelegeri tacite, decât explicite. În acest fel, monogamia emoțională se diferențiază de alte relații monogame tradiționale în care angajamentele fizice și emoționale sunt întrepătrunse [8].

- Specific: Monogamia emoțională se concentrează pe legătura emoțională, chiar dacă partenerii nu sunt exclusiv sexuali.

3. Monogamia socială, se referă la doi indivizi care formează o legătură de pereche pe termen lung, adesea locuind împreună și cooperând în creșterea descendenților, fără a fi neapărat exclusivi sexual. Acest termen este adesea utilizat în studiul comportamentului animalelor, dar se aplică relațiilor umane în cazurile în care unitatea socială rămâne intactă fără a fi garantată fidelitatea sexuală. Monogamia socială poate fi definită în termeni de suprapunere spațială a unui mascul adult și a unei femele adulte care trăiesc ca o pereche [11]. În manifestările sale extreme, monogamia socială poate implica percepția că interesele sau relațiile exterioare sunt, în mod inerent, suspecte. În astfel de cazuri, activitățile sociale desfășurate în afara relației de cuplu sunt adesea văzute ca o potențială amenințare la adresa stabilității relației. De asemenea, pentru cei care aderă strict la monogamia socială, timpul petrecut separat pentru a urmări interese personale poate fi interpretat ca o posibilă amenințare, subminând astfel încrederea și percepția de siguranță în relație [5]. În forma sa extremă, acest tip de monogamie socială poate fi considerat o manifestare de control abuziv, în care un partener domină viața celuilalt și nu tolerează prietenii sau interese externe. Într-o formă mai moderată, însă, acest comportament este destul de răspândit în societatea contemporană. În multe relații, explorarea intereselor personale și menținerea de legături externe sunt privite mai degrabă ca o necesitate tolerată, decât ca un aspect pozitiv. Aceasta se datorează modelului monogamiei moderne, care ne învață că partenerii ar trebui să fie capabili să satisfacă toate nevoile celuilalt, creând astfel un univers relațional autosuficient și izolat de influențele exterioare. Atracția acestui tip de monogamie socială poate fi extrem de puternică. Este simplu să percepi o altă persoană ca fiind totul pentru tine. Monogamia socială, în care părinții cooperează pentru a-și crește puii, este relativ comună printre animale, însă fidelitatea sexuală adevărată este greu de găsit [6].

- Specific: Monogamia socială pune accentul pe legăturile sociale și pe parteneriat, fără a se concentra neapărat pe exclusivitatea sexuală sau emoțională.

4. Monogamia serială se referă la nota de legalitate morală dată unei căsătorii epuizate cu scopul de a începe o nouă relație. Monogamia serială este definită de Britannica World Language Dictionary ca fiind căsătoria cu o singură persoană la un moment dat [7]. Monogamia serială descrie un model de relații monogame succesive în timp. Persoanele care au relații monogame în serie sunt legate de o singură persoană la un moment dat însă au capacitatea de a trece de la o relație exclusivă la alta după despărțire.

- Specific: Implică relații monogame multiple, una după alta, mai degrabă decât monogamia extinsă sau maritală.

5. Monogamia practică se referă la decizia pragmatică sau situațională de a rămâne monogam datorită unor motive externe, cum ar fi așteptările culturale, economice sau sociale [5]. Aceasta poate să nu decurgă neapărat din preferințe personale, ci ca răspuns la presiunile societății.

- Specific: Monogamia practică ține mai mult de comoditate și de normele sociale, decât de dorința personală de exclusivitate.

6. Monogamia extinsă se referă la relațiile monogame pe termen lung, care se întind pe mai mulți ani sau pe durata întregii vieți. Cuplurile pot trece prin provocări și schimbări, dar rămân angajate față de un partener pe termen lung.

- Specific: Se concentrează pe angajamentul pe termen lung și pe durata întregii vieți, de obicei cu investiții sociale sau emoționale mai profunde.

8. Monogamia maritală este angajamentul de a fi monogam în contextul unei căsătorii legale. Aceasta implică exclusivitate sexuală, emoțională și socială ca parte a contractului de căsătorie, adesea influențată de norme juridice, religioase și culturale. Monogamia maritală, în esența sa, este practica de a te angaja exclusiv față de o singură persoană pe durata relației de căsătorie. Acest concept există de secole și rămâne astăzi cea mai populară alegere pentru cuplurile căsătorite. Cu toate acestea, pe măsură ce înțelegerea noastră a relațiilor evoluează, la fel se întâmplă și cu definiția monogamiei maritale. Aceasta poate include acum aspecte de exclusivitate emoțională, sexuală și socială și chiar un anumit grad de deschidere în anumite limite. Cheia este ca ambii parteneri dintr-o căsătorie monogamă să fie de acord și să adere la același nivel de exclusivitate și angajament [9].

- Specific : Este obligatorie din punct de vedere juridic sau religios, ceea ce o diferențiază de relațiile monogame non-maritale.

9. Monogamia genetică este rară - cel puțin la nivelul unei specii - iar monogamia poate exista în absența fidelității sexuale [2]. Monogamia genetică este un termen adesea utilizat în biologie pentru a descrie sistemele de împerechere în care indivizii se reproduc doar cu partenerul lor principal, asigurându-se că toți urmașii sunt legați genetic de ambii părinți. La om, se referă la situațiile în care partenerii au copii exclusiv unul cu celălalt.

- Specific: Implică un angajament de a avea urmași doar cu un singur partener, punând accentul pe legătura genetică.

Deși monogamia este considerată un model social predominant, nu toți indivizii sunt definiți de aceasta. Deși suntem crescuți în acest sistem, mulți se confruntă cu efectele complexității relațiilor intime, iar poveștile despre infidelitate sau căsătorii multiple sunt frecvente în diferite cercurile familiale. Cupluri care rămân împreună din cauza presiunilor sociale, culturale sau a constrângerilor familiale sunt bine cunoscute, iar uneori relațiile sunt menținute doar pentru a respecta normele sociale, fără a reflecta satisfacția emoțională autentică. În cadrul interacțiunilor romantice, suntem adesea atât obiecte, cât și agenți ai interesului romantic, iar comportamentele noastre oscilează între consolidarea sau retragerea din aceste relații.

Prioritizarea unei relații poate deveni dificilă pentru unii indivizi, iar succesul în menținerea monogamiei nu este garantat doar de factorii biologici, economici sau culturali. Se consideră că factorul biologic, joacă adesea un rol central în determinarea comportamentelor legate de fidelitate, în timp ce factorii culturali și sociali fie pot susține, fie pot complica aceste impulsuri biologice.

Exclusivitatea romantică și intimă este, prin natura sa, limitată, iar odată ce această exclusivitate se erodează, soluțiile sunt adesea puține, dificile și complexe. Unii indivizi aleg să ignore suferința asociată, adoptând strategii culturale de suprimare a emoțiilor care pot duce la frustrare, agresivitate sau comportamente compensatorii, precum flirtul și infidelitatea. Alții caută sprijin extern prin consiliere sau religie, dar sunt și din aceia ce se angajează într-un proces de autocunoaștere și explorare a alternativelor relaționale, cum ar fi relațiile non-monogame consensuale. Cei care reușesc această tranziție sunt cei care aleg să se redefească dincolo de normele monogame.

Într-o societate dominată de monogamie, indivizii care aleg non-monogamia consensuală sunt adesea judecați și stigmatizați, fiind considerați fie dependenți de sex, fie suferinzi de traume emoționale. În acest caz un coming out relațional îl percep ca fiind mai mult decât necesar. Totuși,

aceste relații reprezintă pur și simplu o alternativă la normele dominante și implică aceleași riscuri și recompense ca orice alt tip de relație. Acești indivizi aleg să își construiască relațiile pe propriile reguli, iar această formă de coabitare nu este mai puțin validă decât monogamia. Monogamia asemeni non-monogamiei etice este, pentru unii, o modalitate funcțională de a trăi și de a experimenta iubirea și intimitatea. Pentru cei care aleg non-monogamia etică, acest stil de viață funcționează și oferă satisfacție în aceleași moduri în care monogamia funcționează pentru alții. Atitudinile culturale și sociale față de monogamie sunt atât de profund integrate în structura societății, încât rareori sunt supuse unei evaluări critice.

Monogamia este adesea percepută ca fiind norma universală, considerată implicit ca fiind calea naturală și corectă pentru organizarea relațiilor romantice și familiale. Această internalizare a normelor monogame reflectă procesul de socializare prin care indivizii sunt educați să considere monogamia drept standardul predominant, fără a lua în calcul alternativele. Dintr-o altă perspectivă, această înrădăcinare a monogamiei poate fi explicată prin prisma teoriilor normativității sociale și a conformității culturale.

Normele sociale sunt reguli și standarde nescrise care ghidează comportamentul acceptat într-o societate. În cazul monogamiei, aceste norme sunt susținute prin instituții precum familia, religia și legea, care promovează relațiile monogame ca fiind ideale. Această hegemonie a monogamiei poate conduce la o lipsă de reflecție critică, unde indivizii nu pun sub semnul întrebării dacă aceasta este cu adevărat cea mai adecvată formă de relaționare pentru toți oamenii.

În schimb, monogamia este văzută ca singura cale legitimă de organizare a relațiilor, contribuind la stigmatizarea sau ignorarea altor modele relaționale, precum non-monogamia consensuală. În contextul psihologiei sociale, tendința de a nu pune sub semnul întrebării monogamia poate fi înțeleasă prin efectele de conformitate și presiune a grupului. Indivizii tind să adopte normele majorității pentru a evita sancțiunile sociale; monogamia devine în acest mod un exemplu de normă dominantă. Astfel, criticarea sau explorarea altor tipuri de relații poate fi percepută ca o deviere de la normă, ceea ce contribuie la menținerea monogamiei ca ideal social.

Bibliografie

1. Anapol D. *Polyamory in the 21st century: Love and intimacy with multiple partners*. Pennsylvania: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. 2010.
2. Carter C. S., Perkeybile A. M. The Monogamy Paradox: What Do Love and Sex Have to Do With It? *Front Ecol Evol.* 2018;6:202. [citat 23.10.2024]. Disponibil: <https://www.frontiersin.org/journals/ecology-and-evolution/articles/10.3389/fevo.2018.00202/full>
3. Cubells S. J., Alejandro S., Mendoza A. P., Nagel N. E., Rivera B. M. J. "Assumption of the myths of romantic love: its relationship with sex, type of sex-affective relationship, and sexual orientation." *Frontiers in sociology* 6 (2021): 621646. [citat 23.10.2024]. Disponibil: <https://www.frontiersin.org/journals/sociology/articles/10.3389/fsoc.2021.621646/full>
4. Kean J. A stunning plurality: Unravelling hetero-and mononormativities through HBO's *Big Love*. *Sexualities*, 2015. 18(5-6), 698-713. [citat 23.10.2024]. Disponibil: <https://doi.org/10.1177/1363460714561718>
5. Michaels M. A., Johnson P. *Designer relationships: a guide to happy monogamy, positive polyamory, and optimistic open relationships*. Jersey City, NJ: Cleis Press, 2015.
6. Morell V. A New Look at Monogamy. *Science* 281, 1982, 1983 (1998). [citat 20.10.2024]. Disponibil: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.281.5385.1982>
7. Preble R. C. (ed.), *Britannica World Language Dictionary*, Oxford-London 1962, p. 1275:1.
8. Schmidt C. Emotional Monogamy. [citat 23.10.2024]. Disponibil: <https://themonogamyexperiment.com/emotional-monogamy/>
9. Schmidt C. What Is Marital Monogamy? [citat 23.10.2024]. Disponibil: <https://themonogamyexperiment.com/what-is-marital-monogamy/>

10. Schmitt, David P. 2005. Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating. *Behavioral and Brain Sciences* 28 (2): 247–231. [citată 14.10.2024]. Disponibil:

<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Frel0000036>

11. Solomon N. G., Ophir A. G. Editorial: What's Love Got to Do With It: The Evolution of Monogamy. *Front Ecol Evol.* 2020 Apr;8:110. [citată 10.10.2024]. Disponibil: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7416880/pdf/nihms-1613074.pdf>

12. Wood J., De Santis C., Desmarais S., Milhausen R. Motivations for engaging in consensually non-monogamous relationships. *Archives of Sexual Behavior* 50, no. 4 (2021): 1253-1272. [citată 21.10.2024]. Disponibil: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-020-01873-x>

CZU 316.77:371.12

DEZVOLTAREA COMUNICĂRII NONVIOLENTE LA CADRELE DIDACTICE

Lilia NACAI, asist. univ.,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți,
Republica Moldova

Abstract: *The article explores both the theoretical and practical aspects of nonviolent communication in the educational environment. The author highlights the essence of this form of communication, its fundamental components, and how it can be integrated into the educational process. Additionally, practical recommendations are provided for the development and strengthening of nonviolent communication skills among teachers, emphasizing the importance of training them for effective and constructive communication in the educational context.*

Keywords: *communication, communicative competencies, educational communication, nonviolent communication, teachers.*

Studiul personalității cadrelor didactice sistemul educațional și al comunicării educaționale a stîrnit un interes constant de-a lungul timpului, fiind demonstrat prin cercetările detaliate ale psihologilor care au încercat să definească și să măsoare aceste concepte. Printre cercetările relevante în acest domeniu se numără cele realizate de M. Zlate, A. Neculau, N. Mitrofan, A. Tabachiu, I. Moraru, S. Cristea, I. Jinga, C. Gavrilă, A. Gherguț, V. Guțu, E. Joița, A.D. Manea, F. Voiculescu și M. Vlăsceanu, care au avut ca scop clarificarea conceptului și identificarea unor metode de îmbunătățire a comunicării educaționale.

În cadrul competențelor psihopedagogice, competența de comunicare, în general, și în mod special competența de comunicare nonviolentă, sunt fundamentale pentru înțelegerea interacțiunilor umane. Contribuțiile semnificative în elucidarea competențelor comunicative ale pedagogilor le atestăm la E. F. Iwanicki, Anca Dragu, Paul Popescu Neveanu, Ion-Ovidiu Pânișoară, Tinca Crețu.

Comunicarea nonviolentă, dezvoltată de Marshall B. Rosenberg, fondatorul și directorul serviciilor de educație ale Centrului pentru Comunicare Nonviolentă (SUA, 1984) este mai mult decât o metodă de a ieși din conflicte sau de a promova cooperarea; este un mod de a construi relații autentice și de a proteja legăturile umane. autorul susține că aceasta este cheia către liniștea interioară și relațiile armonioase cu ceilalți și cu societatea în general. Pentru a atinge acest echilibru, este important să ne controlăm impulsurile, să ascultăm, să punem întrebări și să exprimăm clar dorințele noastre. Astfel, putem depăși comunicarea agresivă, eliberându-ne de traumele trecutului și de gândirea ce generează conflicte și negativitate.

Marshall B. Rosenberg introduce și conceptul de „a oferi din toată inima”, o formă de interacțiune umană bazată pe dăruirea sinceră, fără a aștepta recompense. Atunci când oferim din

suflet, atât emițătorul, cât și destinatarul beneficiază: destinatarul se simte bine, lipsit de frică sau vinovăție, iar emițătorul simte respect față de sine, observând cum acțiunile sale aduc schimbări pozitive în viața celorlalți. „A oferi din toată inima” presupune a acționa cu empatie și respect pentru nevoile celorlalți, iar acest act duce la mulțumire și la o dorință de a continua să oferi și pe viitor.

Marshall B. Rosenberg sustine că ”Copiii au nevoie de mult mai mult decât cunoștințe de citire, scriere și aritmetică, indiferent cât de importante pot fi acestea. Ei trebuie să învețe și cum să gândească independent, cum să găsească un sens în ceea ce învață și cum să lucreze și să trăiască împreună. Educatorii, profesorii, directorii de școli și părinții se vor apropia de educația pusă în slujba îmbogățirii vieții prin abilitățile de comunicare, precum și prin structurarea unui mediu educativ, care să susțină dezvoltarea autonomiei și interdependenței în clasă.”

Semnificativ, în acest sens, pentru cadrele didactice cu competențe de comunicare nonviolentă este de a se apropia mai mult de nevoile proprii, de a deveni mai conștienți clipă de clipă de ce se întâmplă în interiorul propriu, de a pune acțiunile în armonie cu valorile și a putea răspunde constructiv nevoilor elevilor. Competența de comunicare nonviolentă presupune realizarea simultană a două moduri de acțiune umană - a accepta partenerul cu empatie (a manifesta compasiune pentru stările de suflet ale celuilalt) și dezvoltare de sine, realizate prin cele patru componente:

1. Observ - cum exprimăm o observație;
2. Simt - cum exprimăm un sentiment;
3. Am nevoie - cum exprimăm o nevoie;
4. Doresc acum să rog - cum exprimăm o cerere.

Marshall B. Rosenberg a identificat patru exerciții de bază în comunicarea nonviolentă recomandabile cadrelor didactice:

1. Separă întotdeauna faptele, realitatea, de judecăți sau interpretări.
2. Identifică și exprimă sentimentele legate de realitatea respectivă.
3. Conștientizează nevoile reale.
4. Învață să formulezi cerințe clare, adică să identifici acele lucruri care pot duce la împlinirea nevoilor descoperite.

Pentru dezvoltarea comunicării nonviolente, este esențial ca cadrele didactice să învețe și să aplice tehnicile specifice acestei metode. Comunicarea nonviolentă se bazează pe patru componente fundamentale: faptele, sentimentele, nevoile și cererile. Aceste elemente trebuie exprimate cu claritate și să fie receptate corect de către interlocutori. Faptele se referă la observările obiective, sentimentele la trăirile personale, nevoile reflectă dorințele sau necesitățile fundamentale, iar cererile sunt solicitările, rugămintele clare și precise. Prin utilizarea acestor componente într-un mod conștient și deschis, cadrele didactice pot îmbunătăți relațiile de comunicare cu elevii și colegii, favorizând un mediu educativ mai armonios și eficient.

Prima componentă a comunicării nonviolente, „Observ”, implică diferențierea clară între ceea ce observăm în mod obiectiv și evaluările sau judecățile pe care le facem despre acele observări. Aceasta înseamnă că, în loc să facem afirmații care pot fi percepute ca critici sau interpretări personale, trebuie să ne concentrăm pe descrierea exactă a faptelor, a ceea ce s-a întâmplat, fără a adăuga conotații sau evaluări subiective. Astfel, printr-o observare clară și neutră, evităm conflictele care ar putea apărea din cauza interpretărilor eronate sau a judecăților, facilitând o comunicare mai deschisă și mai constructivă.

Deosebiri dintre observări și evaluări

Observări ce conțin evaluări	Observări care nu conțin evaluări
Ești prea generos.	Cînd văd cum împarți toți banii pentru prînz altor persoane, mă gîndesc că ești prea generos.
Dan este lăsător.	Dan se pregătește de examene doar în noaptea din ajun.
Victor joacă fotbal slab de tot.	Victor nu a marcat nici un gol în 20 de jocuri.

Atunci cînd cuvintele "întotdeauna", "niciodată", "vreodată", "ori de cîte ori", "oricînd" etc. sînt utilizate în calitate de exagerări („Tu întotdeauna ești ocupat”, „Ea niciodată nu poate fi găsită cînd este nevoie de dînsa”), ele deseori provoacă o reacție de apărare în loc de bunăvoință, de compasiune.

A doua componentă a CNV necesară pentru a ne exprima pe noi înșine sînt sentimentele. Cadrele didactice dezvoltîndu-și un vocabular al trăirilor sufletești, care ar permite să identifice și să exprime emoțiile clar și concret, ar asigura relaționare eficientă cu elevii, colegii, părinții.

Următoarele liste de cuvinte au fost întocmite pentru a ajuta să dezvoltăm capacitatea de a exprima emoțiile/sentimentele/stările psihice și de a descrie în mod clar un întreg spectru de stări emoționale.

Tabelul 1. Sentimente și emoții cînd nevoile noastre nu ne sunt satisfăcute

ENERVARE amar tăios exasperat frustrat morocănos nerăbdător iritabil	NERVOZITATE agitat înfuriat furios iritat indignat scârbit deranjat	ANTIPATIE dispreț dezgustat antipatic repulsie JENĂ rușinat vinovat sfios	DISCONFORT agitat alarmat deranjat perturbat șocat surprins tulburat incomod
CONFUZIE uimit dezorientat amețit șovăitor pierdut intrigat nedumerit nelămurit derutat sfășiat uluit	DURERE agonie devastat jale rănit singuratic mizerabil plin de regret remușcări	FRICĂ înfrișat temător suferind însăpămîntat șovăitor panicat paralizat speriat încordat îngrozit îngrijorat	TRISTEȚE deprimat descurajat dezamăgit abătut consternat sumbru melancolic disperat nefericit mizerabil
VULNERABIL fragil precaut neajutorat nesigur bănuitor rezervat sensibil delicat	DORINȚĂ invidios gelos (cu) dor dornic	STRES / OBOSEALĂ extenuat epuizat copleșit neliniștit sommoros uzat	ABSENȚĂ apatic plictisit îndepărtat zăpăcit indiferent amorțit dezinteresat retras

Tabelul 2. Sentimente și emoții cînd nevoile noastre ne sunt satisfăcute

AFEȚIUNE milos prietenos iubitor înduioșat tandru călduros	PACE calm confortabil centrat liniștit mulțumit împlinit relaxat ușurat satisfăcut	INTERES absorbit conștient curios fermecat angajat fascinat intrigat vrăjit stimulat inspirat	ODIHNĂ alert energizat revigorat proaspăt întinerit relaxat reînnoit puternic	RECUNOȘȚINȚĂ apreciativ mișcat atins SPERANȚĂ încurajat în așteptare optimist	BUCURIE vioi, amuzat inspirat, energic încurajat, excitat, entuziast fericit, vesel recunoscător încrezător revigorat motivate, optimist, mulțumit, încântat
---	--	--	--	--	--

A treia componentă a comunicării nonviolente se referă la conștientizarea cauzelor din spatele trăirilor noastre interioare și la exprimarea acestora pornind de la nevoile noastre fundamentale. Această abordare ne învață că acțiunile și cuvintele altora pot servi doar ca stimuli,

dar nu sunt cauzele directe ale emoțiilor noastre. Emoțiile noastre sunt rezultatul modului în care reacționăm la comportamentele sau cuvintele celorlalți, precum și din necesitățile și așteptările noastre în acel moment. Prin această componentă, cadrele didactice asigură în comunicarea educațională asumarea responsabilității pentru propriile sentimente și emoții.

Următoarele listă de cuvinte au fost întocmită pentru a ajuta să identificăm și să recunoaștem nevoile, dorințele sau valori fundamentale umane.

Tabelul 3. Nevoi și valori umane genrale

STARE DE BINE / PACE	SUBZISTENȚĂ / SĂNĂTATE abundență / înfloritoare exercițiu fizic alimente, nutriție hrană, adăpost odihnă, somn durabilitate sprijin / ajutor bunăstare vitalitate, energie	SIGURANȚĂ / SECURITATE confort încredere siguranță emoțională familiaritate ordine, structură predictibilitate protecție de vătămări stabilitate credință	ODIHNĂ / RECREERE / DISTRACTIE acceptare, apreciere, recunoștință conștientizare echilibru, frumusețe ușurare, calm umor, mișcare joacă, relaxare întinerire, simplitate spațiu, liniște
CONECTARE / DRAGOSTE	DRAGOSTE / ÎNGRIJIREA afecțiune, căldură frumusețe apropiere, atingere companie compasiune, bunățate intimitate, conexiune sexuală recunoaștere / importanță, grijă respect, onorare valorizare, prețuire	EMPATIE / ÎNTELEGERE conștientizare, claritate, acceptare, confirmare, considerare, comunicare auzire (a fi auzit) știut (a fi știut) prezență, ascultare respect, egalitate receptivitate, deschidere recunoaștere văzut (a fi văzut) sensibilitate	COMUNITATE / APARTENENȚĂ cooperare, tovărășie generozitate incluere inter- dependență armonie ospitalitate, mutualitate, reciprocitate parteneriat, relație participare sprijin, solidaritate încredere, de nădejde transparență, sinceritate
AUTO-EXPRIMARE / BUCURIE	AUTONOMIE / AUTENTICITATE alegere, claritate congruență consistență, continuitate libertate, onestitate independentă integritate putere, împuternicire auto-responsabilizare	CREATIVITATE / JOACĂ aventură descoperire inițiativă inovație inspirație mister pasiune provocare spontaneitate	SCOP / CONTRIBUȚIE apreciere, recunoștință realizare, productivitate celebrare, comemorare eficacitate, eficiență exelență creștere, învățare, stimă de sine abilitate, măiestrie

Când cineva ne transmite un mesaj negativ - verbal sau nonverbal - noi dispunem de patru opțiuni pentru a-l primi:

1. A accepta acest mesaj drept personal, auzind în el critici și învinuiri. Alegând să recepționăm acest mesaj drept personal, am putea reacționa în felul următor: *"Vai, ar fi trebuit să fii într-adevăr mai atent!"*. Astfel noi acceptăm judecata cuiva și ne acuzăm pe noi înșine. Atunci când pledăm pentru această opțiune, o facem din contul respectului nostru de sine și ne va costa scump, deoarece ea ne înclină spre sentimentul de vinovăție, rușine și spre depresie.
2. A acuza vorbitorul, atunci când recepționăm mesajele altor persoane în acest mod, avem ocazia să simțim mare supărare.
3. Să orientăm lumina conștiinței asupra necesităților și propriilor trăiri sufletești. Concentrându-ne atenția asupra propriilor sentimente și necesități, înțelegem că emoțiile curente, senzația că sîntem lezați derivă din necesitatea ca eforturile noastre să fie recunoscute.

4. A ne îndrepta gândurile asupra emoțiilor și necesităților altei persoane, pe care ea le-a exprimat la moment. De exemplu, am putea întreba: *"Te simți rănit, deoarece nu sînt luate în considerare preferințele tale, iat tu ai nevoie de acest lucru?"*

În acest caz, în loc să învinuim alte persoane pentru senzațiile noastre, noi acceptăm responsabilitatea prin faptul că sîntem conștienți de propriile noastre necesități, dorințe, expectații, valori sau gânduri.

Un aspect deosebit de important în comunicarea nonviolentă, în context educațional, este a patra componentă, care vizează formularea clară a rugămintilor. Procesul de exprimare a observațiilor, emoțiilor și nevoilor este similar cu autoempathia, deoarece, deși selectăm cu atenție ce dorim să comunicăm celorlalți, exprimăm întreaga gamă de trăiri prin această autoanaliză. Formularea cererii trebuie să fie precisă și clară, fiind esențială pentru inițierea unui dialog deschis și constructiv. Marshall B. Rosenberg sustine că în formularea rugămintilor trebuie să ținem cont de următoarele recomandări:

1. Exprimăm ceea ce cerem, și nu ceea ce nu cerem. Nu utilizăm expresii de genul: *nu face, nu trebuie*. Cînd cerințele sînt exprimate prin cuvinte care conțin o negație oamenii se simt dezorientați privitor la ceea ce a fost cerut cu adevărat sau manifestă rezistență.
2. Rugămintile sunt orientate pe trei dimensiuni:
 - Cîteodată dorim să cunoaștem emoțiile/sentimentele generate prin ceea ce am spus și motivele acelor trăiri sufletești.
 - Uneori vrem să cunoaștem gândurile interlocutorilor vis-a-vis de spusurile noastre. În aceste cazuri este important să specificăm care din gândurile lor am dori să ni le împărtășească.
 - Alteori am vrea să știm dacă persoana dorește să întreprindă vreo acțiune din cele recomandate de noi.

Comunicarea nonviolentă ne învață să fim conștienți de forma specifică a sincerității pe care o cerem de la interlocutorii noștri și să exprimăm această cerință într-un limbaj concret.

3. Cererile sînt înțelese drept porunci atunci cînd persoanele cărora le sînt adresate consideră că vor fi acuzate sau pedepsite în caz de neîndeplinire a lor și atunci ei văd numai două opțiuni: a se supune sau a protesta. În fiecare din aceste cazuri, persoana care înaintează cerința este considerată autoritară, poruncitoare, fapt care diminuează capacitatea ascultătorului de a răspunde înțelegător la cerințele ei.

Cu cît mai mult am învinuit, acuzat, pedepsit în trecut persoanele care n-au răspuns rugămintilor noastre, cu atît mai mare este probabilitatea că în prezent rugămintile vor fi interpretate drept porunci. De asemenea, noi plătim și pentru aplicarea unor astfel de tactici de către alți oameni. Pe cît oamenii din viața noastră au fost acuzați, pedepsiți sau obligați să se simtă vinovați pentru neîndeplinirea cerințelor altora, pe atît ei vor duce în spate această greutate în fiecare relație nouă, întrezărind în orice rugămintă o poruncă.

4. Criterii privind formularea rugămintilor:
 - O rugămintă/cerere este concretă.
 - O rugămintă/cerere este exprimată într-un limbaj pozitiv.
 - O rugămintă/cerere este realistă și realizabilă (din punctul nostru de vedere).
 - O rugămintă/cerere este ceva care se face „pas cu pas”.
 - O rugămintă/cerere se exprimă în aici și acum.
 - O rugămintă/cerere este negociabilă.

5. Definierea obiectivului cînd formulăm rugăminti

Cînd exprimăm cerințe, trebuie să conștientizăm scopul pe care îl urmărim. Dacă scopul nostru constă în a schimba oamenii sau comportamentul lor, sau în a insista asupra poziției noastre, atunci comunicarea nonviolentă nu este instrumentul potrivit. Procesul comunicării nonviolente este destinat pentru persoanele care așteaptă de la alții să le răspundă la cereri și să se schimbe, dar numai în cazul în care aceștia ar face-o cu bunăvoință și în mod empatic. Obiectivul comunicării nonviolente este de a stabili o relație bazată pe sinceritate și empatie. Atunci cînd alții se conving că scopul nostru principal ține de calitatea relației și că dorim ca această relație să satisfacă

necesitățile tuturor, în acest caz ei se pot convinge și de faptul că cererile noastre sînt rugămînți, și nu niște porunci camuflate.

Este dificil de menținut permanent conștientizarea acestui obiectiv, mai ales printre părinți, educatori, manageri, pedagogi, a căror activitate ține de domeniul influențării altor oameni în scopul obținerii unor rezultate de comportament.

În fiecare moment de relație avem de ales între: a tăcea și a rămîne în această liniște pentru a oferi empatie; a ne exprima, a-l asculta pe celălalt. Oricare ar fi alegerea noastră, o facem în intenția de a avea grijă de relația cu ceea ce este vital în noi, în celălalt și între noi. Dacă suntem concentrați asupra acestei intenții, avem mai multe șanse să găsim cuvintele de a spune ceea ce trăim, respectînd ceea ce trăiește celălalt. Avînd în minte această intenție, putem să ne clarificăm responsabilitatea. Sunte responsabili: intenției cu care ne exprimăm; manierei în care ne exprimăm, coerentă sau nu cu intenția noastră; manierei în care îl receptăm și îl ascultăm pe celălalt. În schimb nu avem responsabilitatea stărilor celuilalt și felului în care receptează ceea ce îi spunem.

Procsul comunicării nonviolente este în slujba intenției noastre în cei trei timpi ai dialogului: a clarifica ceea ce se întîmplă în noi, a ne exprima și a-l asculta pe celălalt.

Exersarea comunicării nonviolente ne transformă într-un interpret al propriei vieți care va poseda un plus de conștiință, de sensibilitate și competență.

Analiza literaturii de specialitate ne-a permis să onstatăm că comunicarea nonviolentă este o dimensiune indispensabilă a comunicării educaționale, care poate fi exersată, dezvoltată, consolidată. Considerăm, că cadrele didactice pot utiliza în acest scop exercițiile selectate din literatură de specialitate axate pe două aspecte fundamentale: atingerea compasiunii și formularea mesajelor în contextul educațional prin prisma comunicării nonviolente. În acest sens propunem următoarele exerciții:

1. Exercițiul 1. Orientează-te spre compasiune (după Thom Bond)

Exercițiul este orientat spre experiența unei „schimbări” în ceea ce gîndești și o schimbare în ceea ce te simți. Pentru a înțelege „schimbarea”, imaginează-ți o linie precum cea de mai jos etichetată „Continuum de conectare”. La un capăt este furie, deconectare și violență ... iar dincolo este compasiunea, conexiunea și pacea. În orice moment, suntem cu toții undeva pe această linie (mulți sau cei mai mulți dintre noi, undeva la mijloc).

Continuumul de conectare



furie, deconectare, violență \leftrightarrow conectare, compasiune

Cînd interacționăm cu alte persoane, ne mișcăm continuu înainte și înapoi pe această linie, de multe ori din moment în moment, uneori chiar de la o secundă la alta. Acest exercițiu este un instrument pentru a vă deplasa către o stare mai plină de compasiune, chiar și în momentele dificile. Puteți face „Exercițiul” de cîte ori doriți și puteți să îl utilizați în diferite situații.

Sugestii înainte de a începe:

- 1) Rezervați-vă un timp neîntrerupt de 20 – 30 de minute. Acest exercițiu poate necesita o cantitate substanțială de concentrare, în special cînd îl faceți pentru prima dată.
- 2) Exercițiul face referire la **Tabelul 1, Tabelul 2, Tabelul 3**. Majorității oamenilor li se pare mai confortabil să le imprime și să le ai la îndemână.

Pasul 1

Luați o hîrtie goală și în partea de sus, scrieți ceva ce țî-a spus cineva și care nu vă place să auziți.

Sugestii:

- 1) Oamenii care aleg o situație mai puțin traumatică, dar totuși „stimulantă” par să aibă un succes mai mare la început.
- 2) Gîndiți-vă la expresia exactă spusă de această persoană. Nu este necesară o linie de poveste sau fundal pentru acest exercițiu, ci doar expresia efectivă. Cînd ați terminat, derulați în jos.

Pasul 2

Acum desenează o formă ca litera „T” în jumătatea superioară a hârtiei și scrie litera „E” în partea stângă și litera „N” în dreapta. exact ca în imaginea de aici. Când ai terminat, derulați în jos.

Pasul 3

În partea stângă, sub coloana „E”, scrieți cum vă simțiți când vă gândiți la acest citat. Accesați Tabelul 1, Tabelul 2 pentru a vedea o listă de emoții care vor fi utilizate cu acest exercițiu.

Sugestii:

Puteți tipări lista sau o puteți menține deschisă ca o fereastră separată, astfel încât să o puteți consulta pe tot parcursul exercițiului. Când ai terminat cu această coloană derulați în jos.

Pasul 4

În partea dreaptă, sub coloana „N”, scrieți ce aveți nevoie (sau încă aveți) și nu obțineți în momentul în care ai auzit cuvintele respective. Accesați Tabelul 3 pentru a vedea o listă de NEVOI care pot fi utilizate în acest exercițiu.

Sugestii:

Puteți, de asemenea, să imprimați această listă. După ce ai terminat cu această coloană, puteți derula în jos.

Pasul 5

Ia-ți un minut ... Închide ochii și relaxează-te. După ceva timp, uită-te din nou la foaia ta. Dacă sunteți sigur că această listă reprezintă ceea ce ai experimentat, atunci derulați mai jos la pasul următor.

Dacă simțiți însă că lipsește ceva, reveniți la listele de Emoții și Nevoi și parcurgeți-le din nou până vă simțiți complet. Apoi derulați în jos.

Pasul 6

Desenați o a doua formă a literei „T” pe jumătatea de jos a hârtiei cu un „E” în partea stângă și un „N” în dreapta, la fel ca înainte. Când ai terminat, puteți derula în jos.

Pasul 7

În partea stângă, sub coloana „E”, scrieți ce vă imaginați că simțea cealaltă persoană când ai auzit ce a spus. Dacă într-adevăr nu vă puteți gândi la ce simțea, puteți încerca să reveniți la pasul 5 de mai sus și să verificați propria listă. Majoritatea oamenilor au dificultăți să facă „Pasul 7” până când propria lor listă nu este într-adevăr completă („Pasul 5”). După ce ai terminat cu această coloană, puteți derula în jos.

Pasul 8

În partea dreaptă, sub coloana „N”, scrieți ceea ce vă imaginați că cealaltă persoană avea nevoie și nu primea în momentul în care le-ai auzit cuvintele. La fel ca la „Pasul 7” dacă chiar nu vă puteți gândi la ce aveau nevoie, puteți încerca să reveniți la pasul 5 de mai sus și să verificați propria listă. Majoritatea oamenilor au dificultăți în a face „Pasul 8” până când propria lor listă nu este într-adevăr completă („Pasul 5”). După ce ai terminat cu această coloană derulați în jos.

Pasul 9

Ia-ți din nou un minut. Închide ochii și relaxează-te. Uită-te din nou la listă completată acum. Dacă vă simțiți confortabil, atunci această listă reprezintă foarte posibil ceea ce trăiau.

Dacă simți însă că lipsește ceva, du-te înapoi și privește din nou listele până când ești sigur că ești complet. Abia atunci derulează mai jos.

Pasul 10

Verificați cu voi înșivă și observați dacă observați o schimbare a modului în care vă simțiți despre ceea ce v-a fost spus sau cum vă simțiți față de persoana care a spus-o. Verificați dacă credeți că poate aveți un mod de a gândi despre acest lucru care nu exista până acum ... sau dacă vă simțiți mai puțin supărat decât atunci când ai început. Dacă este așa, atunci ai avut o ”schimbare”. Te-ai mutat conștient către compasiune. Sper ca ți-a plăcut.

Dacă vă simțiți la fel sau mai rău, poate doriți să încercați din nou cu același citat sau unul pe un subiect care nu este la fel de „fierbinte” pentru dvs.

Vă rugăm să rețineți: aproximativ 20% dintre persoanele care fac exercițiul nu simt "schimbarea" pentru prima dată. Dar 100% dintre persoanele care repetă exercițiul până la urmă o fac. Și încă o ultimă sugestie: oamenii care practică acest exercițiu frecvent, raportează tot mai mult succes în „schimbare”. Este ca și cum ai antrena un mușchi.

Vă rugăm să rețineți că acest exercițiu este doar un “gust” al comunicării nonviolente și că există un volum mult mai mare de muncă și practici, care este și mai puternic atunci când ne dezvoltăm aceste abilități prin învățare și practică.

Exercițiul 2. **Observație sau evaluare?**

Pentru a stabili eficiența în a discerne ce este observație și ce este evaluare, faceți următorul exercițiu. Incercuiți numărul din fața fiecărei afirmații care este o pura observație, fără a implica și o evaluare.

1. Când i-am cerut Mariei să mă asculte, mi-a răspuns obraznic.
2. Marius mi-a spus ca i-a ros cîinele certificatul de poarticipare la training.
3. Am auzit un manager spunîndu-i unui angajat: "Ești un prost".
4. Este foarte desteaptă.
5. Ești un om minunat.
6. Nu-mi amintesc ca, în această săptămîna, sa fi ajuns la serviciu înainte de ora 8.
7. E un impulsiv!
8. Mi-a spus că are probleme cu mersul pe bicicletă.
9. Am vazut-o vorbind și rîzînd cu alte trei colege, în timp ce arăta spre colega cea nouă.
10. Sunt foarte impertinenți.

Exercițiul 3. **Exprimarea sentimentelor**

Încercuiți numărul din fața fiecărui enunț în care sunt exprimate verbal sentimentele.

1. Simt că ești furios.
2. Sunt foarte mulțumit să văd că faci acel raport.
3. Mă simt trist pentru că aș vrea ca toată lumea să-și găsească un loc la noi în spital și văd că nu e așa.
4. Ești încîntător!
5. Când l-ai prezentat pe noul tău prieten, m-am simțit așa de fericit...
6. Sunt recunoscător că mi-ai spus ce te supără.
7. Simt că voi, angajații, nu vă străduiți cît ar trebui.
8. Îmi fac griji că nu vei avea timp să termini asta.
9. Dacă nu faci ce spun eu, mă simt desconsiderat.
10. Sunt fericit să văd ce mult înveți.

Exercițiul 4. **Recunoașterea nevoilor**

Pentru a exersa capacitatea de a identifica nevoile, va rog sa incercuiti numarul din fața fiecărui enunț în care vorbitorul își recunoaște răspunderea față de propriile nevoi, arătînd felul în care ele sunt legate de nevoile persoanei respective.

1. Ma simt uşurată că te-ai întors cînd te-ai întors pentru că îmi făceam griji pentru siguranța ta.
2. M-am simțit deranjată de faptul că ai jignit-o, pentru că vreau ca toata lumea sa fie respectată.
3. Sunt încîntat de prezentarea ta de la seminar.
4. Ma rănești cînd spui: “Nu-mi pasă”.
5. Cînd vii tîrziu la curs, mă simt frustrat.
6. Mă enervez cînd mîzgălești pe hîrtie.
7. Sunt dezamăgită pentru că voiam să se înțeleagă clar punctul meu de vedere și văd că nu a fost așa.
8. Mă faceți atît de fericită cînd vă ajutați unul pe celălalt!
9. Sunt nedumerit cînd faci lucrurile astfel.
10. Sunt recunoscător că ai vorbit deschis, pentru că prețuiesc onestitatea.

Exercițiul 5. **Exprimarea cerintelor**

Încercuți numărul din fața fiecăruia dintre enunțurile de mai jos în care considerați că vorbitorul și-a exprimat clar dorința de a se face ceva anume.

1. Vreau sa fii respectuos.
2. Aș vrea sa fii atent la mine când vorbesc.
3. Vreau să-mi spui ce înțelegi tu în legătura cu obiectivele acestui proiect.
4. Aș vrea să vii la timp, pe viitor.
5. Aș vrea sa-mi spui daca putem stabili o întâlnire pentru a discuta ce s-a întâmplat cu tine și cu Eugen azi.
6. Aș vrea să te străduiești mai mult.
7. Aș vrea sa lași deoparte materialele la care lucrezi, timp de cinci minute.
8. Aș vrea sa-ți folosești propriile cuvinte ca să-i spui ce s-a întâmplat.
9. Aș vrea să ridicați mâna de cate ori nu înțelegeți ceva. Este cineva care nu dorește sa facă asta?
10. Aș vrea să jucam corect.

Referințe bibliografice:

1. KELLER, Françoise. *Exerciții de comunicare nonviolentă*. București: Editura Trei, 2016. 238 p. ISBN 978-606-719-405-0
2. NACAI, Lilia. Competența de comunicare nonviolentă – resursă a competenței parentale / L. Nacai // Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective: Materialele Conf. șt. intern., ed. a 3-ia, 21 oct. 2022. – Bălți, 2022. – p. 74-78, (0,25 c.a.) – ISBN 978-9975-50-295-5(PDF).
3. NACAI, Lilia. Comunicarea nonviolentă în management educațional: dimensiuni teoretico-aplicative. In: Managementul educațional: realizări și perspective de dezvoltare: Materialele Conf. șt.-pract. intern., Ed. a IV-a, 27-28 . – Bălți, 2023. – p. 522-529, ISBN 978-9975-161-32-9
4. NACAI, Lilia. Dimensiuni psihologice ale personalității profesorului eficient / L. Nacai // Educația incluzivă: dimensiuni, provocări, soluții : Materialele Conf. șt.-practice intern., ed. a 6-a, 3 dec. 2021. – Bălți, 2021. – p. 58-61, (0,18 c.a.) – ISBN 978-9975-161-01-5.
5. PÂNIȘOARĂ, Ion- Ovidiu. *Comunicarea eficientă*. Iași : Polirom, 2004 . 344 p. ISBN 973-681-606-0.
6. ROSENBERG, Marshall B. *Comunicarea nonviolentă. Limbajul vieții..* Chișinău: Epigraf, 2005. 221p. ISBN 9975-924-52-2

CZU 159.9-053.2:393.7

DOLIUL LA COPII. PARTICULARITĂȚI PSIHOLOGICE

Tatiana ROȘCA, doctorandă, asistent universitar,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
Vlad URSU, student, ciclul II,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Abstract. *Grief refers to the loss of a close person, such as a parent, sibling, or attachment figure. The paper does not intend to address grief understood as separation from parents, loss of a pet, someone's illness, etc., but rather the loss of a loved one. Therefore, the main objective is to make adults more aware of a subject often considered "taboo", about which they sometimes prefer not to talk. The purpose of this paper is not to provide a definitive guide to behaviors and precautions to be used in the case of grief, but rather to share some approaches suitable for this situation.*

Keywords: *child, attachment, grief, parent, death, past, pain.*

Doliul, mai mult decât orice altă experiență de viață, marchează un moment de cotitură în parcursul evolutiv al fiecărui individ. Totuși, experiența morții la o vârstă la care nu se posedă încă capacitatea de a-i face față și, poate, nici măcar de a se gândi la ea în absența unui adult protector, poate condiționa restul existenței.

O primă analiză sistematică a aspectelor legate de pierdere, o oferă Freud [9] în „*Doliu și melancolie*”. Autorul vorbește despre doliu ca despre o stare de spirit dureroasă, caracterizată prin pierderea interesului pentru lumea exterioară, imposibilitatea subiectivă de a avea acces la un nou obiect de iubire și aversiunea față de orice activitate care nu are legătură cu amintirea celui decedat [9]. Această stare de spirit aduce cu sine aspecte depresive legate de pierderea obiectului de iubire și de imposibilitatea subiectului de a face noi investiții.

În acest context, P. Reale [după 4] spune că se poate spune că fenomenul ireversibilității este tipic ființei vii, în genele căreia este înscrisă propria durată. Dar dacă durata este tipică ființei vii, este la fel de adevărat că nu toate ființele vii au conștiința duratei: de fapt, animalul superior este capabil să păstreze trecutul, dar nu are conștiința duratei; numai omul este conștient de durată în toată complexitatea sa, deoarece posedă un viitor inerent ideii de moarte. Dimensiunea temporală este, așadar, o construcție a conștiinței și, într-adevăr, se poate spune că ea constituie aspectul său fundamental.

Prin urmare, știm că, atunci când vorbim despre viață, trebuie să ne confruntăm și cu moartea, cu moartea celorlalți și cu propria noastră moarte. Așa se explică angoasa noastră în fața trecerii timpului, temerile și îndoielile noastre cu privire la viitor, ipocriziile și ascunzișurile noastre în abordarea priorităților. În același timp, aceasta explică tensiunea pentru ca fiecare moment al vieții să aibă un gust savuros și, poate, clarifică dorul de lumi posibile și nostalgia perenă pentru pierderea (sau irealizabilitatea) acestora. În plus, moartea însoțește nu doar sfârșitul vieții, ci fiecare moment al acesteia, deoarece copilul trebuie să „moară” pentru ca adultul să se „nască” și fiecare experiență trebuie să se încheie pentru a face loc alteia. Nu poate exista capacitatea de a elabora doliul dacă nu ne aflăm în dimensiunea temporalității, unde viața apare ca fiind locul finitudinii și unde recunoaștem valoarea lucrurilor și acceptăm separarea, fără a renega însă valoarea vieții [5].

Însuși actul de creștere implică pierderea și renunțarea. Winnicott [20] vorbește despre doliul fiziologic ca fiind prima experiență de pierdere și separare. Dintre pierderile fiziologice, prima este separarea de mamă. Copilul nu poate fi împiedicat să se distanțeze de ea, deoarece nevoia de a fi un sine separat este foarte puternică, dar teama de a pierde mama implică teama de a muri, de a se împrăști, de a se face bucăți. Prezența mamei pentru copil înseamnă securitate și această experiență a fricii și a pierderii poate fi integrată dacă legătura, în timp ce asigură separarea, poate garanta continuitatea, „experiența iluziei”, care este suprapunerea dintre ceea ce mama oferă și ceea ce copilul poate concepe din ea, această experiență trăită de timpuriu devenind un instrument pentru doliu [18].

În perioada de înțarcare, copilul trece prin poziția depresivă care îl confruntă cu durerea, cu pierderea, cu vinovăția. *Obiectul* durerii este sânul mamei și tot ceea ce înseamnă sânul și laptele pentru psihicul copilului și anume iubire, bunătate, siguranță [15].

Dacă copilul reușește să experimenteze pierderea, durerea și vinovăția prin procesarea acestor stări interne și păstrarea capacității de a se bucura de o relație bună cu *obiectul* iubirii și, mai ales, dacă *obiectul* iubirii este capabil să întărească „încrederea în propria bunătate și în bunătatea celorlalți”, se va stabili o bună capacitate de relaționare cu *obiectul* iubit, ceea ce va duce la experiențe bune, relații bune, o bună partajare internă. Cu cât modelele interne de funcționare, care sunt modelul reprezentativ al sinelui, al celuilalt și al relațiilor pe care fiecare copil le construiește cu figurile de atașament, derivă din relații sigure, cu atât mai mult oamenii sunt capabili să stabilească relații deschise și satisfăcătoare cu ceilalți și să stăpânească traumele și frustrările.

Prin urmare, durerea complicată reprezintă un fel de proces de elaborare alterată. Acest fenomen se caracterizează fie prin absența manifestărilor, fie, dimpotrivă, prin persistența și activarea unor stări maniaco-depresive după pierderea suferită.

În relația de iubire cu celălalt, se determină cea mai mare posibilitate de suferință: pierderea obiectului iubirii este cauza și sursa principală a durerii noastre. Freud scrie că niciodată când iubim nu ne predăm la suferință ca atunci când am pierdut obiectul iubit sau iubirea [9].

Adolescența se conturează, de asemenea, ca o perioadă de doliu: doliu pentru pierderea corpului din copilărie, doliu pentru pierderea imaginii parentale care l-a însoțit pe adolescent până acum, doliu pentru modalitățile stabilite de relaționare în familie cu părinții și frații. Procesul de construcție a identității personale este un lung drum pe care adolescentul îl întreprinde, încercând să găsească un echilibru între cine a fost (copilul), cine este (adolescentul) și cine va fi (adultul). Ca schimbare de stare, poate fi considerată o experiență de tip depresiv: se pierd vechile securități, se abandonează modelele parentale și, într-un sens mai larg, lumea copilăriei, apar tensiuni și întrebări care exprimă dificultatea de a face față schimbării care are loc, fiind o adevărată experiență de doliu care trebuie, într-un fel, procesată de adolescent. Doliul este legat de pierderea copilăriei, omnipotența din această perioadă și egocentrismul ei. Și dacă, copilul crede că se află în centrul lumii (egocentrism), și crede că poate face orice și totul deodată (omnipotență), mișcându-se pe baza principiului plăcerii, adolescentul trebuie, în schimb, să facă să se acomodeze treptat cu realitatea și să intre în contact cu dimensiunea limitării [8]. Acest lucru înseamnă să devenim conștienți de faptul că nu putem obține tot ceea ce ne dorim și că nu suntem centrul universului. Această conștientizare, care duce la o redefinire globală a identității, nu ar trebui să se realizeze pe deplin decât la vârsta adultă: adolescentul tinde să oscileze între această conștientizare și negarea ei. Această din urmă apărare (negarea) este o modalitate de a evita orice tulburare a maladiei de tip depresiv legată de depășirea omnipotenței din copilărie: se încearcă să nu se intre în contact cu sentimentele de durere și suferință, înlocuindu-le cu o atitudine caracterizată de euforie, aroganță sau falsă siguranță. În acest fel, starea de rău de tip depresiv este redusă la tăcere și înăbușită de un mecanism de apărare intens. Atunci când această apărare este mai nuanțată, apar expresii emoționale care sunt mai în concordanță cu ceea ce se întâmplă în lumea interioară a adolescentului: se pot manifesta astfel sentimentele de singurătate, goliciune și disperare tipice adolescenței. La fel de tipică și frecventă este dezvoltarea unui sentiment de neputință legat de faptul că trebuie să se confrunte cu o realitate care nu este întotdeauna conformă cu nevoile, dorințele și așteptările proprii. Pentru o dezvoltare sănătoasă a individului și pentru o construcție adecvată a identității este necesară procesarea unor astfel de experiențe depresive. Este vorba de a începe să considerăm trecerea de la copilărie la lumea adultă ca o oportunitate pentru un salt la nivel evolutiv [4].

Totodată, doliul este un răspuns natural la pierdere și o stare pe care mulți oameni o experimentează de mai multe ori în viață. Majoritatea indivizilor reușesc să facă față în mod adecvat pierderii unei persoane dragi și să se adapteze bine; cu toate acestea, un procent mic, dar semnificativ, de persoane îndoliate suferă un sindrom caracterizat de un stres psihologic prelungit legat de pierdere; această stare, caracterizată prin tulburări la nivel psihologic și somatic, a fost denumită „doliu complicat”. S-au efectuat numeroase studii și cercetări privind etapele progresive ale gândirii care duc la construirea conceptului de moarte ca fenomen universal și inevitabil. Dobândirea conceptului de moarte necesită două etape fundamentale: pe de o parte, reorientarea cu tot cortegiul de sentimente, emoții și trăiri legate de pierderea obiectului parental de referință, iar pe de altă parte, în funcție de vârstă, strategiile de adaptare și de reziliență care fac posibilă depășirea doliului, permițând re poziționarea propriului „eu”. capabil să rețină în sine obiectul iubirii într-o condiție de apartenență care este doar interioară.

În funcție de vârsta copilului, pot fi identificate etape care caracterizează dobândirea treptată a conștiinței morții:

- până la vârsta de 2 ani: nu există o înțelegere a morții. Copilul poate fi indiferent la moartea fizică, dar este foarte atent la legăturile emoționale. Dacă despărțirile sau pierderile sunt de scurtă durată, deoarece copilul se află într-o fază de omnipotență, legătura poate fi restabilită rapid [3]. În aceste cazuri, trauma rămâne, dar la nivel conștient pierderea nu este reprezentată. Copilul, de fapt, nu concepe mental moartea, ci ceea ce simte este pierderea unei legături afective trăite ca o continuitate a senzațiilor și a experiențelor de sine. Reacțiile sale se

datorează mai mult pierderii legăturii de atașament decât pierderii obiectului; astfel de legături lasă o urmă emoțional-senzorială. Confruntat cu o pierdere definitivă, copilul va trăi pierderea unor părți din sinele său legate de senzațiile de sine unite cu obiectul. Mirosul, vocea, modul de a fi ținut în brațe lasă o urmă corporală și emoțională, iar întreruperea legăturii implică o formă de fragilitate. Modalitățile de relaționare afectivă organizează etapele-cheie pentru dezvoltarea și organizarea sinelui pe care acesta le dobândește, în primii ani de viață, prin patru procese fundamentale: reglarea ritmurilor corporale, reglarea emoțiilor, formarea și socializarea relațiilor interpersonale și învățarea explorării mediului [12]. Răspunsul la doliul traumatizant în această etapă va depinde în mare măsură de comunicarea non-verbală, de stăpânire și de apropierea fizică. De asemenea, copilul experimentează un sentiment profund de inadecvare inconștientă legat de incapacitatea sa de a evita evenimentul. În cazul în care a existat o pierdere neprocesată în primii ani de viață, în adolescență sau la vârsta adultă poate exista o fragilitate în ceea ce privește afecțiunea și un sentiment de autodeprecieri.

- până la vârsta de 4/6 ani: deja în jurul vârstei de 3 ani, copiii încep să aibă o puternică conștientizare a propriei persoane, a capacităților și limitelor lor și, prin urmare și a posibilității de a muri și de a suferi din cauza pierderii unor relații importante. Dar este, de asemenea, etapa reprezentării mitico-magice a morții, care nu este gândită ca o negare a vieții, ci ca o absență temporară și reversibilă. Ea este astfel recunoscută, dar este negată în consecințele sale. Copilul ignoră contrapunerea mort-viu și gândește moartea ca fiind nedefinitivă. El poate continua să pună întrebări despre persoana moartă și să întrebe când se va întoarce, expresia „pentru totdeauna” nu este înțeleasă. În jocuri, de exemplu, copilul își face personajele să „moară” în timpul unei lupte, făcându-le să cadă la pământ, dar la scurt timp după aceea le pune din nou pe picioare și jocul începe din nou [7].
- până la vârsta de 9/10 ani: conștientizarea morții evoluează spre o acceptare mai concretă a acesteia. Aceasta este perioada realismului copilăriei, a reprezentărilor concrete (cadavru, cimitir, schelet, mormânt) care nu au valoare simbolică, dar care produc temeri și angoase concrete. Persoana care moare este pietrificată în spațiu și timp, nu poate să se miște, să vorbească, să respire: este absentă. Între 4 și 10 ani se produc două schimbări în noțiunea de moarte: trecerea de la referința personală (moartea proprie sau a celor dragi) la referința universală (toți oamenii mor, mai ales cei bătrâni) și trecerea de la moartea considerată temporară și reversibilă la aceeași experiență considerată ireversibilă și definitivă. Copilul asociază moartea cu angoase și temeri, asociind-o mai mult cu evenimente externe decât ca o consecință a unor cauze naturale (de exemplu, bătrânețe, boală); de aici și apariția angoasei la pierderea definitivă a unei persoane dragi în circumstanțe de separare chiar și momentană, cum ar fi drumul de dimineață spre școală. Toată această fază se caracterizează, de asemenea, prin structurarea din ce în ce mai definitivă a codului moral, care guvernează și dă sens și valoare morții însăși.
- începând cu vârsta de 9/10 ani: copilul intră în faza anxietăților existențiale, a căror gestionare deschide accesul la simbolizarea morții în sine, la anxietățile de moarte și la soluții ideologice. În adolescență, anxietățile legate de moarte și evocarea propriilor pierderi încep să fie gestionate în maniera gândirii adulte, cu corolarele sale filosofice, religioase și metafizice [7].

În general, doliul se referă la procesul mental de recunoaștere și acceptare a unei pierderi suferite. Atunci când vorbim de doliu normal, ne referim în general la durata acestui proces; se consideră că normalitatea este de aproximativ un an, un an și jumătate, timp necesar pentru a ieși din starea depresivă care a urmat doliului și pentru a interioriza persoana pierdută ca parte a lumii interioare a fiecăruia. Unele cercetări au constatat că o perioadă de procesare foarte comună este de aproximativ 13 luni, deoarece aniversarea ar fi un factor important în finalizarea doliului. Dacă, dimpotrivă, starea depresivă se prelungește ani de zile, ea nu mai este considerată ca o fază necesară și integrantă a procesării, ci ca un factor patologic al personalității [14]. În realitate, nu există momente și modalități corecte de procesare și, mai ales, numeroase variabile intră în joc în rezolvarea acestui proces:

- persoana pierdută (soț/soție, copil, părinte);

- vârsta persoanei în momentul pierderii (copil, adolescent, adult, vârstnic);
- moartea ca un eveniment prezis sau brusc;
- rețeaua de sprijin social, persoane apropiate semnificative.

Există factori de protecție și factori de risc care ajută sau îngreunează procesul de doliu, precum și sisteme de credințe sociale care fac din moarte un eveniment mai mult sau mai puțin dramatic. Freud vorbește despre „munca de doliu”, adică procesul energetic de transformare pe care mintea îl face pentru a îndepărta libidoul de legăturile sale cu obiectul pierdut. Această muncă necesită timp, deoarece inițial există o respingere a realității și existența obiectului pierdut este prelungită psihic [9]. De fapt, amintirile și așteptările care legau libidoul de obiect sunt evocate și suferă o hiperîncărcare pentru ca desprinderea libidoului de obiect să se realizeze; abia după ce opera de doliu este încheiată, ego-ul redevine liber și își pierde inhibiția în funcțiile sale.

În melancolie, pierderea necunoscută este cea care dă naștere unei astfel de munci interne și este responsabilă de inhibiție. Deși doliul duce la abateri grave de la atitudinea normală față de viață, el nu poate fi considerat o stare patologică; după o anumită perioadă este depășit și este inutil și chiar dăunător să se intervină asupra lui.

Bowlby distinge patru faze în doliu: primele două faze sunt caracterizate de uimire și neîncredere, în care realitatea este respinsă, care durează în general câteva zile, pentru că apoi persoana care a pierdut permanent o figură afectiv semnificativă începe să realizeze pierderea și poate reacționa la pierdere cu excese de durere și/sau furie. A treia fază, a disperării, se caracterizează printr-o dispoziție depresivă persistentă și o tristețe generalizată, și, în sfârșit, a patra fază, care se realizează prin suportarea indispensabilă a durerii rezultate din pierdere pentru ca un parcurs favorabil al doliului să aibă loc [1]. Numai dacă poate tolera suferința acută, persoana îndoliată poate ajunge treptat să admită și să accepte pierderea și restructurarea pe care viața trebuie să o sufere în mod inevitabil [20].

Un doliu cu un rezultat pozitiv duce la o schimbare pozitivă, spre deosebire de un doliu cu un rezultat negativ, din cauza încercării în procesul de doliu: doliu cronic și prelungit, eșecul de a trece de a doua etapă și, prin urmare, tristețe, furie, vinovăție sau evitarea pierderii, desensibilizarea durerii: doliu absent sau amânat în efortul de a evita durerea pierderii.

Rolul adultului în procesarea doliului la copii

Fiecare dintre noi, adult sau copil, este îngrijorat de experiența morții. Termenul de „doliu” este utilizat de obicei pentru a defini acel set de emoții, reacții și comportamente, care exprimă suferința pentru pierderea unei persoane dragi; a fi în doliu constă într-o muncă de construire a unei noi structuri de sens, de găsire a unui nou mod de semnificație în organizarea experienței. Deoarece relațiile sunt fundamentale pentru „sensul” vieții, a fi în doliu înseamnă a recupera și a consolida sensul autentic al ceea ce s-a pierdut, abstractizând valoarea sa cea mai profundă din relație, pentru a o reformula și a o face relevantă pentru viața trecută, prezentă și viitoare: în acest fel, o pierdere poate constitui o experiență de câștig pentru structura narativă a propriului sine. În copilăria timpurie, experiența doliului este un eveniment important pentru structurarea personalității, moartea unei persoane dragi fiind, fără îndoială, unul dintre cele mai dificile subiecte dintre cele cu care adulții trebuie să se confrunte cu copiii lor, mai ales dacă părintele supraviețuitor este cel care vorbește despre aceasta [17]. De multe ori, cei care trebuie să treacă prin această experiență tind să o nege, cu iluzia că pot amâna cât mai mult posibil momentul în care vor fi nevoiți să se confrunte cu realitatea. După cum s-a ilustrat anterior, copiii pot înțelege de la vârsta de doi ani diferența dintre moarte și o despărțire de moment și că înțelegerea morții în general este cea care ajută mai târziu la înțelegerea doliului: este mult mai ușor pentru un copil să înțeleagă realitatea morții atunci când aceasta nu este asociată inițial cu pierderea unei persoane dragi. Și invers, este mai ușor pentru un copil să înțeleagă moartea unei persoane dragi atunci când a dobândit deja conceptul de moarte [13].

Prin urmare, atunci când un adult discută subiectul sensibil al morții cu copiii, este esențial să se acorde o atenție deosebită la ceea ce li se comunică despre eveniment. De asemenea, este esențial să le permitem să participe la toate emoțiile, pentru ca ei să crească cu un sentiment solid de sine și cu capacitatea de a face față situației de doliu actuale și celor care vor urma. Copiii, de

fapt, par să dezvolte în mod natural gânduri despre moarte, deși au tendința de a simplifica sau de a modifica acest concept la început. Adultul trebuie să ofere relații de *conținere* (tolerarea durerii copiilor) [12] în care copiii/tinerii să se simtă liniștiți în trăirea durerii și a suferinței. El/ea trebuie să aibă o atitudine de ascultare: să fie capabil să detecteze nu numai din întrebări, ci și din comportamentul de disconfort, când trebuie să se deschidă la dialog pe aceste teme. El trebuie să se angajeze personal în dialogul despre pierdere și moarte, fără a ține prelegeri, ci acceptând că el însuși este atins, zguduit, provocat. Însoțirea copilului în procesul de doliu presupune ca adultul să fi trăit corect acest proces din partea sa, astfel încât copilul să nu fie implicat în propriile dificultăți emoționale ale adultului. Trebuie să înțelegem cu atenție care este atitudinea noastră, astfel încât punctul de vedere al copilului să nu fie determinat de inhibiții de durată care ne aparțin.

Din punct de vedere psihologic, moartea și doliul necesită procese mai complexe de procesare și reintegrare pentru copii decât pentru adulți. În elaborarea sa, copilul este mai fragil, mai expus decât adultul, iar procesul prin care se stabilește posibilitatea de reintegrare a relațiilor de obiect se dobândește, în copilăria timpurie, doar pe o perioadă îndelungată de timp, cu o evoluție complexă și dificilă în comparație cu cea care are loc la adult. Pentru procesarea doliului la copii sunt importante: o relație bună cu familia înainte de doliu, o persoană în care să aibă încredere și care să se ocupe de ei cu afecțiune, o informare promptă și clară despre deces, care să nu denatureze și să nu ascundă ceea ce s-a întâmplat, încurajarea de a se alătura doliului în familie. Doliul cu (împărtășirea durerii) este una dintre cele mai importante experiențe de creștere.

Doar apropierea de cei dragi și împărtășirea cu ceilalți ne ajută să tolerăm acest eveniment teribil. În ritualul plânsului și al doliului este posibilă exprimarea durerii și împărtășirea ei cu ceilalți într-o dimensiune socială, depășind astfel singurătatea care o face intolerabilă. În această extrinsecalizare a durerii se poate modera dispersia și nebunia care îl amenință pe cel îndurerat [9] și se poate accesa, într-o dimensiune socială și culturală, o posibilitate de elaborare a pierderii și a suferinței legate de ea. Excluderea și tăcerea sunt resimțite ca o respingere și generează un sentiment de dezorientare, de abandon, de nerecunoaștere, care devastează mai mult decât împărtășirea sentimentelor dureroase, deoarece pot bloca orice cercetare, deschidere, chestionare și elaborare [2]. Competența fundamentală a celor care dialoghează cu copilul este de a-l pune în largul său pe micul interlocutor, de a-l face să reflecteze și de a-i activa întrebările spontane, în ton cu structurile mentale pe care le posedă.

Pentru a permite ca evenimentele, chiar dacă aduc suferință, să devină parte integrantă a propriei dezvoltări personale, este necesar să se spargă tabuul conform căruia nu se poate împărtăși cu copiii durerea bolii și a morții unui membru al familiei, nici participarea la tratamente și înmormântări. În schimb, pentru a procesa pierderea și pentru a permite internalizarea persoanei iubite, este necesar să se împărtășească istoria relației, bucuriile și tristețile, evenimentele, speranțele și grijile trăite împreună cu persoana dispărută. Numai în acest fel absența devine gândibilă și procesabilă, iar moartea poate deveni parte a vieții, devenind relaționare și memorie, o „moștenire de afecțiune”, care continuă să trăiască și să se exprime în cei rămași în urmă.

O confirmare suplimentară a importanței sprijinului oferit de mediul care îl înconjoară pe copil reiese din anumite studii realizate în cadrul teoriei psihanalitice. Astfel de studii arată, de fapt, posibilitatea ca un copil, la o vârstă fragedă, să fie capabil să jalească moartea unui părinte în același mod ca un adult. Această capacitate se dezvoltă în mod natural dacă i se oferă un sprijin adecvat și informații veridice despre ceea ce s-a întâmplat. În acest sens, investigațiile efectuate pe copii de la vârsta de doi ani după moartea unui părinte au arătat cât de importante sunt atât variabilele interne, cât și cele externe în procesul de doliu. Prin variabile interne se înțelege caracterul, personalitatea copilului, adică toate acele procese de reacție internă și resurse psihice care sunt puse în acțiune în momentul morții părintelui. Prin variabile externe se înțeleg, pe de altă parte, suportul din mediul copilului, în primul rând cel al părintelui supraviețuitor și tipul de relație pe care copilul o stabilește cu părintele decedat înainte de moartea acestuia. Ambele seturi de variabile joacă un rol fundamental în ceea ce va fi procesul de doliu al copilului și în dezvoltarea personalității acestuia. Dacă există un mediu familial și social sensibil și grijuliu, dacă sunt ajutați să exprime ceea ce se întâmplă în interiorul lor, dacă sunt informați și liniștiți cu privire la ceea ce

se întâmplă în jurul lor, moartea unui părinte, a unui frate sau a unei surori, a unei persoane dragi, nu duce neapărat la dificultăți grave și la o stopare a dezvoltării [10]. Copiii dau dovadă de o anumită forță și rezistență în a face față dificultăților și tragediilor din viața lor și trebuie să avem încredere în posibilitățile lor de participare și de recuperare, în curajul și creativitatea lor și chiar în realismul și simțul lor practic [8]. A ști că persoana iubită a murit este o modalitate de a accepta ceea ce s-a întâmplat și de a procesa acest lucru într-un mod sănătos. Astfel, în această împrejurare, *comunicarea dintre adult și copil se dovedește a fi o bază solidă pentru procesul ulterior, dificil, al doliului de copil.*

E. Kubler Ross a studiat dinamica care se creează în timpul doliului și a identificat etapele care apar în timpul acestui proces în copilărie [13].

În primul rând, copilul poate experimenta, timp de săptămâni sau luni șocul pierderii unui părinte, caracterizat prin sentimente de durere, neîncredere și furie. După ce acest șoc a trecut, copilul și adultul pot continua să experimenteze această fază, care se manifestă printr-o serie de comportamente, cum ar fi uitarea evenimentului în sine sau fuga de orice lucru care i-ar putea aduce aminte de acesta. Acest mecanism reprezintă un mijloc de apărare care atenuează impactul cu pierderea, care are rolul de a da copilului timp să se adapteze la ideea că părintele a plecat.

Negarea este, prin urmare, un important mecanism de apărare al ego-ului, care, incapabil să accepte realitatea, încearcă în mod inconștient să o uite și să blocheze tensiunea emoțională care rezultă. În cazul în care activarea acestui mecanism de apărare se dovedește a fi insuficientă, avem faza de depresie reactivă. În acest sens, este important să se facă distincția între un sentiment depresiv normal și o formă de depresie patologică, din care derivă un sentiment de neputință și incapacitatea de a menține relații emoționale stabile cu ceilalți. Moartea unei persoane dragi poate, de fapt, să joace un rol important în dezvoltarea tulburărilor depresive în mai multe moduri, în primul rând ca factor de vulnerabilitate, care tinde să crească sensibilitatea individului supraviețuitor. Copilul, în golul lăsat de părintele dispărut, va regăsi emoțiile pe care părintele rămas în viață le-a pus acolo [14]. Procesele de identificare exploatează stările emoționale pe care părintele le-a pus și le pune atunci când îl evocă pe partenerul care nu mai este acolo sau când în realitate întâlnește situații în care este inclus în amintire. Identificările copilului vor viza durerea, vinovăția, disprețul, furia, idealizarea (ceea ce face ca identificările să fie imposibile). Ceea ce va avea copilul în interior va fi atunci un părinte urât, idealizat sau devalorizat. Prin urmare, este esențial ca părintele rămas să reușească treptat să își proceseze sentimentele, astfel încât copilul să poată întâlni un părinte cu care să se poată împăca. Copilul, care înainte avea doi părinți cu care să se identifice și către care să-și îndrepte emoțiile, poate acum să se bazeze doar pe un singur părinte și va avea tendința de a-și descărca emoțiile asupra părintelui supraviețuitor pentru a-i testa rezistența, mai ales dacă emoțiile sale sunt furioase, sau pentru a le menține reprimite în interiorul său. Copilul poate întâmpina dificultăți în a se identifica cu părintele supraviețuitor, care se poate simți afectat de faptul că a rămas văduv, lipsindu-i astfel ceva și pot exista, de asemenea, probleme la anumite vârste, dacă părintele supraviețuitor este de același sex, în ceea ce privește identitatea de gen (autodevalorizare sau mișcări homosexuale/simbiotice față de părintele supraviețuitor) [10]. În cazul în care părintele rămas este de sex opus, acest lucru poate duce la devalorizarea sexului opus, la dominație față de viitorii parteneri sau la lipsa de motivație pentru legătura de pereche, sau la o tendință de a deveni tovarășul părintelui rămas, cu prinderea în legături oedipiene nerezolvate. Copilul își poate asuma funcția de protecție/îngrijire/reparare a părintelui singur, devenind „tovarășul” acestuia sau devenind complice sau hipersensibil la sentimentele și stările afective ale părintelui prezent, pentru a compensa abandonul celui absent.

Un copil poate reacționa la doliu cu sentimente de vinovăție, deoarece crede că comportamentul său greșit a cauzat moartea, astfel încât moartea este resimțită ca o pedeapsă personală, sau cu sentimente de vinovăție atunci când își dă seama că se simte fericit în ciuda pierderii.

Pe de altă parte, voința puternică de a trăi a copiilor trebuie să fie susținută de către adult. Relația preexistentă în cuplul parental produce, de asemenea, influențe asupra identificării, la fel ca și relația dintre părintele absent și copil. Patologia apare atunci când stările emoționale

îndreptate atât către copil, cât și către partenerul absent nu sunt procesate și sunt proiectate direct asupra copilului, ca urmare a decompensării psihofizice suferite de părintele supraviețuitor.

Astfel de experiențe presupun:

- dezamăgire;
- depresie; furie și/sau furie impotentă; impotență legată de depresie;
- pierderea investiției narcisiste și a încrederii în sine;
- pierderea unor părți din sine care se sprijină pe partener (emoționale, intime, inclusiv sexualitatea);
- pierderea planificării comune cu partenerul (afectivă și în realitatea externă);
- blocarea emoțiilor;
- vinovăție (din cauza unor situații conflictuale anterioare decesului);
- sentimentul de inadecvare și atacul asupra stimei de sine;
- riscul de a regresa la rolul de fiu/fiică în relația cu părinții (de exemplu, întoarcerea în casa părinților sau încredințarea copiilor acestora);
- idealizarea partenerului mort;
- supra-disciplină, din cauza faptului că trebuie să își asume dualitatea celor două roluri parentale; copilul, atunci, poate dezvolta o personalitate rigidă, anxioasă și tensionată, grosolană;
- așteptări prea mici, deci lipsa de stimuli adecvați pentru dezvoltarea copilului. Dacă așteptările sunt scăzute, pot apărea pasivitate și indiferență, stimă de sine scăzută, sentimente de abandon. Copiii pot avea conflicte de loialitate față de părintele rămas; pot manifesta comportamente de răceală emoțională, comportamente de cerere excesivă de afecțiune și dependență, egocentrism, comportamente de instrumentalizare a celorlalți, agresivitate.

Părintele supraviețuitor simte că trebuie să își asume ambele roluri față de copil, al său și cel al părintelui dispărut, activând și cealaltă parte care se referă la conotațiile persoanei absente. În acest caz, o figură de referință care are genul persoanei dispărute devine un ajutor pentru procesele de identificare, cu condiția ca părintele rămas să fie el însuși capabil să își proceseze propria stare și să permită copilului să se refere la alte persoane. Adesea, de fapt, poate exista furie din partea părintelui supraviețuitor față de părintele mort, ascunsă sau transformată în idealizare, deoarece acesta este dificil de contactat [11]. Se tinde, de fapt, să se amintească părțile pozitive ale persoanei decedate și să se uite cele negative. Aceste stări afective sunt, de asemenea, cele pe care copilul le va întâlni în raport cu părintele absent, deoarece se plasează în spațiul gol lăsat de părintele dispărut. Dispariția părintelui în realitatea concretă nu coincide, de fapt, cu dispariția în realitatea psihologică, unde acesta rămâne, în schimb, prezent, chiar dacă această dispariție a avut loc în momentul concepției. Pe scurt, este important să fim liniștitori, să părem naturali și, așa cum am menționat deja, să comunicăm într-un mod adecvat vârstei copilului.

În **concluzie**, din cele relatate mai sus, putem conchide faptul că nu există activități predefinite care pot uni fiecare caz de doliu în cazul fiecărui copil care a suferit pierderea. Prin urmare, aceasta poate fi considerată o limită sau o dificultate suplimentară cu care trebuie să se confrunte adultul într-o asemenea situație. Și deoarece fiecare caz este individual și diferit, acest lucru necesită stabilirea unei metodologii aparte, care se potrivește copilului în parte. În acest sens, lucrarea are intenția de a se extinde, pentru a permite o viziune mai largă și a oferi mai multe perspective celor care au de-a face cu îngrijirea unui copil care a suferit o pierdere.

Bibliografie

1. BOWLBY, J. Costruzione e rottura dei legami affettivi. Milano: Mondadori, 1982.
2. CAMPIONE, F. La domanda che vola. Educare i bambini alla morte e al lutto. Torino: Bollati Boringhieri, 2012.
3. CANESTRARI, O. Trauma e relazioni traumatiche. Milano: Franco Angeli, 1984.
4. CANCRINI, T. Un tempo per il dolore. Torino: Bollati Boringhieri, 2002.
5. DESPELDER, L., STRICKLAND, A. The Last Dance, L'incontro con la morte e il morire. Bologna: Il Mulino, 2005.

6. DE MARTINO, E. Morte e pianto Rituale. Firenze: Martinelli, 1977.
7. FITZGERALD, H. Mi manchi tanto! Come aiutare i bambini ad affrontare il lutto. Milano: Franco Angeli, 1992.
8. FREUD, S. Lutto e melanconia. Bologna: Il Mulino, 1915.
9. FREUD, A., BURINGHAM, D. Bambini senza famiglia. Mestre: Giunti Editore, 1972.
10. FURMAN, E. A child's Parent Dies. Studies in Child-hood Bereavement. New York: Yale University Press, 1974.
11. GROLLMAN, E.A. Perché si muore? Come trovare le parole giuste: un dialogo tra genitori e figli. Milano: Edelweiss, 2005.
12. KLEIN, M. Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi. Torino: Bollati Boringhieri, 1940.
13. KUBLER ROSS, E. La morte e il morire. Napoli: Graus, 2005.
14. MARZANO, E.M. La responsabilità di sostenere un duplice lutto. Intervento psicoterapeutico con i familiari del bambino. Milano: Universo, 2004.
15. SCHAEFER, D. Come dirlo ai bambini. Torino: Bollati Boringhieri, 2009.
16. SGARRO, M. Il lutto in psicologia clinica e psicoterapia. Milano: Apogeo Editore, 2008.
17. SICURELLI, R. Il bambino e la morte; un problema educativo. Roma: Laterza, 1982.
18. SUNDERLAND, M. Aiutare i bambini a superare lutti e perdite. Milano: Sironi Editore, 2003.
19. VIORST, J. Distacchi. Bologna: Il Mulino, 1986.
20. WINNICOT, D.W. Gioco e realtà. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.

CZU 316.772:614.253.3

IMPACTUL COMUNICĂRII INTERPERSONALE EFICIENTE ASUPRA DEZVOLTĂRII PERSONALE ÎN EDUCAȚIA MEDICALĂ CONTINUĂ

Olga STAVSCHI, profesoară, grad didactic superior,
metodistă, CEMF „Raisa Pacalo”, Bălți.

***Abstract:** Interpersonal communication is far too important to practice at random, and the duty to perfect this skill is all the greater, since no one has the absolute right to communicate. If we involve our fellow human beings in interpersonal communication, "obliging" them to listen to us, we have a duty to provide them with interesting and useful ideas.*

***Keywords:** communication, nature of relationships, attitude, behavior.*

Comunicarea interpersonală este forma de interacțiune semiotică la care apelăm cu precădere atunci când vrem să fim receptați, înțeleși și acceptați sau când căutăm să provocăm la nivelul alocutorului o anumită reacție (o schimbare de comportament sau o schimbare de atitudine).

Comunicare interpersonală se referă la comunicarea față în față. Acest tip de comunicare este important pentru a te înțelege pe tine și pentru a construi relațiile tale cu ceilalți. Pentru a realiza acest lucru trebuie dezvoltată capacitatea de autoanaliză, autocunoaștere, autoexpunere cât și cunoașterea barierelor și factorilor perturbatori care îngreunează procesul comunicării (11).

Obiectivele acestei comunicări sunt extrem de multiple și complexe:

- cunoașterea celor de lângă noi,
- crearea și întreținerea legăturilor umane,
- persuadarea interlocutorului,
- recunoașterea valorii personale,
- satisfacerea nevoilor afective, de control și dominație etc.

Comunicarea interpersonală se desfășoară în situații informale (sau nestructurate), în care nu avem de-a face cu ierarhii socialmente instituționalizate privind interlocutorii.

Acest fapt constituie un prim avantaj, datorită confortului psihic (de cele mai multe ori, și fizic) pe care îl generează. Partenerilor de comunicare interpersonală nu li se impune să stea în

picioare sau în genunchi, nu li se cere o anumită vestimentație și nu li se pretinde memorizarea și rostirea unor formule lipsite de normă pentru ei, sub amenințarea că în caz de „nesupunere“ actul de limbaj la care sunt parte eșuează (10).

Actele de limbaj interpersonale se prezintă ca interacțiuni biunivoce. Emitentul și receptorul sunt doi indivizi distincți sub raport existențial. De regulă, ei se cunosc unul pe celălalt suficient de bine pentru a nu recurge la etichetele prin care le sunt numite rolurile sociale pe care le joacă. De aceea, actorii acestora pot să sară peste faza întrebărilor de tatonare și să treacă la împărțirea unor informații mai bogate. Amploarea deosebită și natura personală a problemelor vizate de mesaje sunt mărci clare ale comunicării interpersonale (7).

Comunicarea interpersonală – element important în educația medicală continuă

În contextul profesional dar și personal al fiecărui individ din educația medicală continuă, comunicarea interpersonală reprezintă forma de comunicare esențială și cel mai des folosită. Existența socială a fiecărui individ din educația medicală continuă depinde de abilitatea cu care angajează discuții cu ceilalți. Acest tip de comunicare are o dublă importanță: constituie o cale de cunoaștere de sine și care garantează capacitatea de a construi relațiile cu ceilalți din educația medicală continuă. Comunicarea interpersonală se referă la schimbul de gânduri și idei între indivizi în educația medicală continuă, folosind o varietate de metode, inclusiv cuvinte, variații tonale, expresii faciale, gesturi și limbaj corporal (3). Reprezintă un proces plurivalent care poate să fie descris, schematic, prin aceea că un emițător și un receptor schimbă mesaje între ei, iar acestea conțin deopotrivă idei și sentimente. Emițătorul codifică mesajele folosind componente verbale, vocale și vizuale, în timp ce receptorul primește mesajele și le decodează, organizând și interpretând cele trei elemente, în funcție de propriile experiențe, credințe, aspirații și nevoi. Unul din obiectivele principale ale comunicării interpersonale în educația medicală continuă este reprezentat de cunoașterea de sine prin dirijarea interacțiunii cu partenerii de comunicare, în așa fel încât să-i determine să ne destăinuie constatările pe care le-au făcut în legătură cu trăsăturile și manifestările noastre ce scapă propriei capacități de observare (9).

Prin urmare comunicarea interpersonală în educația medicală continuă mijlocește cunoaștere de sine cu ajutorul interlocutorului, de asemenea ajută la formarea de judecăți asupra unor reacții personale cu referire la un subiect sau la un anumit gest al receptorului/emițătorului de informație.

Comunicarea interpersonală și abilitățile de a relaționa cu ceilalți nu sunt importante doar pentru un individ, ci ele se întâmplă să fie în centrul succesului instituției de educație medicală continuă. Atunci când comunicarea interpersonală la locul de muncă este eficientă, aceasta face operațiunile mai eficiente și munca în echipă nu numai că este posibilă, ci și mai ușoară. În interiorul instituției comunicarea interpersonală se desfășoară ca fluxul de informații, materiale, percepții și înțelegeri între diferiți actori din educația medicală continuă, cuprinzând toate metodele, mijloacele de comunicare, toate rețelele, canalele, sistemele de comunicare sau structura organizațională, toate schimburile de la o persoană la alta (8).

Comunicarea interpersonală explică modalitățile prin care sunt livrate activitățile organizaționale în educația medicală continuă, cum ar fi gestionarea, controlul, planificarea și conducerea.

Comunicarea interpersonală ocupă un rol esențial în educația medicală continuă. Membrii educației medicale continue relaționează continuu și nu numai în cadru profesional, în acest context comunicarea interpersonală este parte a comunicării informale. Cu toate acestea, interferează și cu partea de comunicare formală, elementul de comunicare interpersonală făcându-se simțit de multe ori aproape inconștient și în cadrul unui act de comunicare oficială (2). Mediul de comunicare interpersonală, conținutul și calitatea mesajelor transmise pentru a ”iniția, defini, menține sau promova o relație” este cel care determină succesul acestui proces în educația medicală continuă (5).

Abordările moderne ale actului medical accentuează importanța procesului comunicării în educația medicală continuă. Studiile de specialitate susțin că cadru didactic eficient alocă între 60 și 80% din timp activităților centrate pe comunicare. Totodată în surprinderea rolurilor manageriale delimitează natura ubicuă a comunicării interpersonale în educația medicală continuă,

conturând ipostaza liderului (cadru didactic) care construiește relații cu formabilii, care se conectează cu aceștia, îi motivează și îi antrenează într-un proces de dezvoltare continuă, inspirându-i în îmbunătățirea și echilibrarea eficacității lor personale.

Pentru a gestiona și stimula procesul comunicării interpersonale în educația medicală continuă, cadru didactic trebuie să fie el însuși implicat într-un proces continuu de creștere personală axat pe dezvoltare și cunoaștere de sine. În prezent cadru didactic nu mai trebuie să fie cel care deține informația, ci dimpotrivă, trebuie să se deschidă, să comunice, să împartă spațiul pentru decizii, să împuternicească, să inspire încredere și să poată determina creșterea gradului de implicare al formabililor săi cu scopul atingerii performanței. Așadar formabilul trebuie să dobândească abilități noi, din sferă personală și interpersonală. Pentru a-și dezvolta aceste noi abilități este necesar să întreprindă un proces de dezvoltare personală, să își cerceteze singur mijloacele pentru a dobândi o mai bună cunoaștere de sine, să realizeze o reflecție aprofundată asupra sa, asupra valorilor sale, asupra obiectivelor sale personale, asupra relațiilor sale cu ceilalți.

Provocările impuse de dinamica societății actuale, schimbarea paradigmatelor educaționale din ultimele două decenii impun la nivelul instituțiilor de educație medicală continuă o regândire a strategiilor manageriale din perspectiva gestionării procesului comunicării cu accentul pe dimensiunea interpersonală, cea care asigură suportul dezvoltării și îmbunătățirii climatului relațional la locul de muncă, formabilul situându-se prin statutul și rolul său în centrul actului comunicării la nivelul educației medicale continue și al comunității medicale.

Cunoașterea de sine și încrederea în sine - surse ale dezvoltării personale în educația medicală continuă.

Formabilul joacă un rol important în educația medicală continuă, fie că este direcția succesului sau a eșecului, sarcina rezultatelor revine în cele din urmă cadrului didactic. De aici devine imperativ ca preocupările continue de dezvoltare ale cadrului didactic să fie legate de viitorul formabililor pe care le conduc. Prin urmare, este important să subliniem rolul dezvoltării personale a unui asistent medical.

Există mari variații între ființele umane în ceea ce privește atributele personale, calitățile, precum și componența psihologică. Prin urmare, performanța unui asistent medical în ceea ce privește încrederea, fiabilitatea sau eficacitatea sa ca lider va fi influențată logic de abilitățile sale interpersonale. Atunci când analizăm problema dezvoltării orientării valorice a formabililor și a abilităților personale și interpersonale ale acestora, ne confruntăm cu o problemă multiplă care cuprinde pe de o parte dezvoltarea de sine ca proces de autocunoaștere și de creștere personală, cât și o analiză a strategiilor sale de intervenție pentru incitarea la performanța activă a pacienților. Raportându-ne la perspectiva managerială, înainte de a conduce alți oameni, este esențial ca asistentul medical să se cunoască bine pe sine.

Este esențial ca asistentul medical să țină cont de reacțiile pacienților, colegilor și superiorilor săi în fața manifestărilor din lumea exterioară a gândirii sale, a sentimentelor, a atitudinilor și a comportamentelor sale. Aceste reacții vor conduce la o mai bună cunoaștere a sinelui asistentului medical prin efectul numit „ogindă” care-i va permite să-și schimbe atitudinile și comportamentele. (4)

Cunoașterea de sine ca rezultat al dezvoltării personale permite asistentelor medicali să își schimbe atitudinile și comportamentele, deoarece îi determină să fie conștienți de acestea, și de impactul lor asupra celorlalți actori din educația medicală continuă. Cunoașterea de sine îi construiește asistentului medical încrederea în sine, care îi influențează practicile manageriale. Încrederea în sine, esențială în actul medical, derivă din cunoașterea de sine, din cunoașterea aptitudinilor, neajunsurilor, talentelor și a slăbiciunilor, se dezvoltă treptat exploatând punctele forte și remediindu-le pe cele slabe.

Cunoașterea de sine este un proces cognitiv, afectiv și motivațional individual, dar care suportă influențe puternice de mediu, astfel comunicarea interpersonală este una dintre sursele cunoașterii de sine. O comunicare eficientă poate asigura un climat securizant, facilitator al cunoașterii de sine și intercunoașterii. O mai bună cunoaștere de sine permite asistenților medicali să poată asculta empatic, să-și înțeleagă mai bine pacienții, să proiecteze așteptări mai realiste față

de aceștia. Coerența asistentului medical cu el însuși, pe care ar putea să o dobândească în urma unui proces de dezvoltare personală, i-ar consolida credibilitatea față de pacienții săi și încrederea în forțele proprii, în sine. Acest lucru ar putea fi explicat prin faptul că asistentul medical ar reuși cu ușurință să-și consolideze acțiunile și discursurile. Pacienții l-ar percepe și l-ar vedea ca pe un model, ca pe cineva care este capabil să ”spună ce va face, să facă ceea ce a spus și să spună că a făcut” (1).

Această percepție provine din certitudinea referitoare la atitudinile și comportamentele asistentului medical care acționează în conformitate cu imaginea pe care o oferă. Pacienții ar percepe astfel o reducere a riscului de încredere în asistent medical. Drept urmare, asistent medical ar fi credibil în ochii pacienților săi și ar fi „demn” de încredere. În plus, o mai bună înțelegere și acceptare a funcționării, așteptărilor și nevoilor pacienților săi, ar permite asistentului medical să creeze o relație de încredere reciprocă. Printr-o mai bună înțelegere a pacienților săi, asistentul medical ar putea identifica nevoile, așteptările și obiectivele personale ale acestora. Prin cunoașterea și înțelegerea pacienților săi, asistentul medical ar fi de asemenea determinat să aibă încredere în competențele acestora. Încrederea este obligatorie pentru optimizarea oricărui sistem și implicit în sistemul medical. Lipsa încrederii determină fiecare componentă să-și vizeze propriile interese imediate în detrimentul celor pe termen lung și în detrimentul întregului sistem de educație medicală continuă. (6)

Încrederea este un element esențial al eficacității organizaționale. Prin poziția lor, asistenții medicali sunt direct responsabili în construirea unei relații de încredere prin crearea unui climat psihologic favorabil în cadrul instituției medicale. Într-o instituție medicală, capacitatea conducerii de a dezvolta și menține relații pe termen lung de încredere reciprocă cu pacienții lor este o condiție esențială pentru succesul instituției medicale. Deși încrederea nu este singurul factor care influențează relația dintre asistent medical și pacienții săi, cei care au încredere în asistentul medical arată o satisfacție mai mare în munca lor, experimentează mai puține conflicte de rol și își exprimă mai multe opinii favorabile asistentului medical.

Asistenții medicali sunt responsabili de o mulțitudine de sarcini importante, inclusiv să se asigure că membrii echipei să coopereze la strategii, proiecte și acțiuni care ajută instituția medicală să își atingă obiectivele de calitate a actului medical furnizat. Din acest punct de vedere este foarte important ca asistentul medical să dețină abilități de comunicare interpersonală excelente, să recunoască munca și calitățile pacienților, să admită greșelile, să fie deschis să comunice corect performanțele slabe pacienților în scopul de a putea stabili împreună un plan eficient de îmbunătățire și de ameliorare.

O bună comunicare interpersonală a asistentului medical va fi o adevărată parghie de negociere în diverse situații dificile și provocatoare ivite la nivelul instituției medicale, educației medicale continue. Calitatea acțiunilor specifice depind într-o mare măsură de abilitățile asistentului medical și de calitățile acestuia de a gestiona situații critice. În ipostaza sa de participant la actul comunicării, asistentul medical ar trebui să dețină o serie de deprinderi și abilități esențiale în procesul de comunicare interpersonală.

Există nenumărate liste de abilități de comunicare interpersonală pe care le posedă un asistent medical. Cu toate acestea, se conturează patru elemente cheie care se regăsesc mereu în listele respective și adaptând la contextul specific al instituției medicale un asistent medical eficient și bun comunicator interpersonal ar trebui:

- să fie empatic – asistentul/a medical trebuie să fii capabil să înțeleagă un pacient, un membru al echipei medicale, un beneficiar al actului medical, un potențial partener, dacă intenționează să interacționeze cu aceștia într-un mod productiv și dacă dorește să-i convingă, să-i determine și să le câștige încrederea. Prin urmare, a fi empatic este esențial atunci când dorești construirea unei rețele/echipe de lucru. Un rol foarte important revine nivelului de dezvoltare personală a asistentului medical capabil să se pună în locul celorlalți și să anticipeze nevoile, dorințele și preocupările acestora pentru a oferi cele mai bune, soluții, servicii sau propuneri.

□ să fie un bun ascultător – asistent medical ca un bun ascultător trebuie să fie activ, să asculte cu atenție, deschidere și acceptare diferite puncte de vedere, chiar dacă nu sunt în acord total cu viziunea sa.

□ să dovedească abilități de lider - conducerea bună este ceea ce transformă un grup de oameni într-o echipă orientată către un obiectiv comun. Acest element poate consolida sau distruge demersul de a întemeia o echipă de lucru. Cei mai eficienți asistenți medicali sunt și cei mai inspirați oameni și adevărați lideri.

□ să posede persuasiune și inspirație - Persuasiunea este un motor al creșterii, al dezvoltării personale ca indivizi și intervine în relații ca o forță coezivă, forța de a face schimb de discursuri, de raționamente, de emoții astfel încât să se obțină un total sau parțial consens, iar relația să devină constructivă, să genereze evoluția celor care o compun. Pentru a acționa într - o direcție dată, oamenii trebuie să se simtă inspirați. În acest sens asistent medical prin comunicarea viziunii, a credințelor și idealurilor sale trebuie să fie convingător în ai determina pe ceilalți să le împărtășească la rândul lor.

Concluzii

Eficiența în cadrul instituțiilor de educație medicală continuă depinde în foarte mare măsură de abilitatea cadrelor didactice de a gestiona procesul comunicării interpersonale. Cunoașterea de sine, încrederea în sine și abilitățile de comunicare interpersonală ca elemente integrale ale dezvoltării personale a cadrelor didactice și formabililor sunt o pledoarie pentru un proces educațional eficient la nivelul educației medicale continue.

Comunicarea interpersonală este mult prea importantă pentru a o practica la voia întâmplării, iar datoria de a ne perfecționa această abilitate este cu atât mai mare, cu cât nimeni nu are dreptul absolut de a comunica. Dacă ne implicăm formabilii, cadre didactice într-o comunicare interpersonală, „obligându-i“ să ne asculte, suntem datori să le punem la dispoziție idei interesante și folositoare.

BIBLIOGRAFIE

1. ALBU, G. Comunicarea interpersonală. Aspecte formative și valențe psihologice. Iași: Institutul European, 2008. 306 p. ISBN: 978-973- 611-512-7.
2. BALCIU, B., ADIR, V. Comunicare interpersonală: perspective teoretice și strategii practice. București: Printech. 2009. 183 p. ISBN: 978-606-521-344-9.
3. DINU, M. Comunicarea. Repere fundamentale. București: Orizonturi.2014. 440 p. ISBN 978-973-736-071-7.
4. EZECHIL, L. Comunicarea educațională în context școlar. București: Didactică și Pedagogică. 2002. 184 p. ISBN 973-30-2269-1.
5. FICA, S., MINEA, L. Ghid de comunicare și comportament în relația cu pacientul. București: Universitară „Carol Davila”. 2008. 94 p. ISBN 978-973-708-20-35.
6. FLOYD, K. Comunicarea interpersonală. Iași: Polirom, 2013. 502 p. ISBN 978-973- 463-34-18.
7. HALL, M. Magia comunicării. Trad. O. Cernat. București: Excalibur. 2008. 308 p. ISBN 978-973-1930-07-7.
8. LESENCIUC, A. Teorii ale comunicării. Ed. a 2-a, reviz. Brașov: Ed. Academiei Forțelor Aeriene „Henri Coandă”, 2017. 316 p. ISBN 978-606-8356-46-4.
9. LOHISSE, J. Comunicarea. De la transmiterea mecanică la interacțiune. Iași: Polirom, 2002. 200 p. ISBN 973-683-859-5.
10. MUCCHIELLI, A. Arta de a comunica: metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare. Iași: Polirom, 2015. 280 p. ISBN 978-973-46-5208-2.
11. SPINEI, A. Comunicare și comportament. Chișinău: CEP Medicina USMF, 2005. 215 p. ISBN 9975-918-23-9.

CZU 371.12:159.942

GESTIONAREA EMOȚIILOR LA CADRELE DIDACTICE DIN DOMENIUL INSTRUIRII ADULȚILOR.

Valentina CUCEREAVÎL, metodistă
CEMF „Raisa Pacalo”, Bălți.

***Abstract.** An emotion is an affective state we experience, a subjective reaction to the environment that is accompanied by organic changes (physiological and endocrine) of innate origin, influenced by experience. It is a state that comes over us suddenly in the form of more or less violent and more or less fleeting crises. Emotions, like reason, are an equally important part of our lives, significantly affecting our actions, even though we are not always aware of their presence. Emotions do not force us to respond in a certain way, but they make us more inclined to do something that makes sense in a particular context. Although it may be believed that people are under the tyranny of emotions, they are actually malleable, which allows us to control them. The ability to understand and balance emotions is called emotional regulation or emotional control.*

***Key words:** emotions, emotional control, emotional self-control, mood control.*

În procesul de instruire a adulților, un mediu de învățare pozitiv implică configurarea unor factori specifici instruirii adulților, orientați spre satisfacerea nevoilor acestei categorii de formabili. Astfel, mediul de învățare generează un cadru pozitiv în instruirea adulților se referă la profilul formatorului, relaționarea interpersonală, stilurile de comunicare, gestionarea emoțiilor și depășirea situațiilor de stres.

Calitatea dezvoltării comportamentale a cadrelor didactice din instruirea adulților la nivelul competențelor psihopedagogice: comunicativă, decizională, managerială, tehnologică, evaluativă etc., depinde de gradul de cultură emoțională a cadrelor didactice ce se exprimă în implicare emoțională complexă, expresivitate afectivă, putere de determinare a comportamentului, autoreglare emoțională, rezistență afectivă, empatie, managementul emoțiilor și nivel înalt de feedbackului afectiv, amplificarea motivației, comunicare didactică, prevenirea conflictelor, extinderea spectrului de inițiative sociale, optimism existențial și pedagogic, stabilirea și coordonarea relațiilor interumane eficiente, perseverență, canalizarea emoțiilor, abilitatea de a folosi emoțiile ca sursă de energie proactivă și rezistența profesională. Aceste expresii comportamentale definesc, cultura emoțională a cadrelor didactice. Cultura emoțională a cadrelor didactice reprezintă un concept relativ nou în psihopedagogia modernă, determinând frontierele unui nou domeniu de intersecție a psihoafectivității cu centrele de interes ale științelor educației.

Competențele emoționale sunt reprezentative în structura personalității profesorului pentru soluționarea problemelor de ordin afectiv; În mediul educațional, rezonanța afectivă devine posibilă numai în cazul conștientizării profunde a multiplelor implicații psihopedagogice ale comunicării emoționale. Activitatea pedagogică se caracterizează prin frecvente tensiuni emoționale, eficiența sa fiind determinată în mare măsură de gradul de dezvoltare al stabilității emoționale.

O emoție este o stare afectivă pe care o experimentăm, o reacție subiectivă față de mediu care este însoțită de schimbări organice (fiziologice și endocrine) ale unei origini înnăscute, influențată de experiență. Este o stare care vine asupra noastră deodată și brusc, sub forma unor crize mai mult sau mai puțin violente și mai mult sau mai puțin trecătoare (4). Emoțiile, la fel ca și rațiunea, sunt o parte tot atât de importantă a vieții noastre, afectându-ne major acțiunile, deși nu totdeauna suntem conștienți de prezența lor. Emoțiile nu ne forțează să răspundem într-un anumit fel, ci ne fac să fim mai înclinați să facem ceva care să aibă sens într-un context anume. Deși se poate crede că oamenii sunt sub tirania emoțiilor, acestea sunt de fapt maleabile, ceea ce ne permite să le controlăm. Abilitatea de a înțelege și balansa emoțiile se numește reglare emoțională sau control emoțional.

Când ne simțim stresați, trebuie să ne acordăm timp să analizăm emoțiile negative pe care le simțim (4). Astfel, reglarea emoțională este legată și de alte forme de reglare precum reglarea stresului, a dispoziției, a gândurilor, a atenției și a impulsurilor precum foamea, agresivitatea. **Stabilitatea emoțională** este o caracteristică funcțională, dinamică și integrativă a personalității, care contribuie la menținerea productivității muncii în condiții stresante, fără a influența bunăstarea, sănătatea și performanța profesională a cadrului didactic.

Echilibrul emoțional este o condiție a funcționalității sociale, a sănătății fizice, psihologice și atitudinale. O caracteristică a echilibrului în general și a celui emoțional în particular este aceea că tinde să fluctueze și să se schimbe, în funcție de situațiile psihosociale la care este expus subiectul. Putem privi echilibrul emoțional din trei perspective: ca rezultat al vieții de zi cu zi, ca stabilitate afectivă sau ca mulțumire de sine.

Cultura emoțională a cadrelor didactice reprezintă un concept relativ nou în psihopedagogia modernă, determinând frontierele unui nou domeniu de intersecție a psihoafectivității cu centrele de interes ale științelor educației.

Dezvoltarea culturii emoționale a cadrului didactic trebuie să prezinte o prioritate în formarea acestuia, deoarece are rolul de a activa și de a stimula componentele funcționalității culturii profesionale în ansamblu. Formarea culturii emoționale asigură exprimarea potențialului afectiv și intelectual, atât în plan calitativ, cât și în plan cantitativ și constituie un factor decisiv în realizarea procesului didactic, având totodată repercursiuni și asupra dezvoltării personale a cadrului didactic (1).

Cultura emoțională a cadrelor didactice constituie o subcomponentă a culturii profesionale de natură psihopedagogică și sociopedagogică, formațiune dinamică a personalității, reflectată în unitatea dimensiunilor intrapersonale cu următoarele componente:

- Imaginea de sine (considerația de sine și de alții, asertivitatea),
- Componenta motivațional-normativă (principii, reguli, funcții ale expresiilor emoționale didactice),
- Cognitivă (cunoștințe și experiențe emoționale),
- Conotativă (semnificații atribuite conduitelor emoționale)
- Dimensiunea comunicativ-relațională, având următoarele componente: discursivă (vizând funcționalitatea strategiilor discursive aplicate), managerială (arta gestionării emoțiilor), integratoare (ingineria emoțională declanșând premise ale inteligenței sociale). axiologică (valori emoționale pedagogice reflectate în comportamentul deontologic),

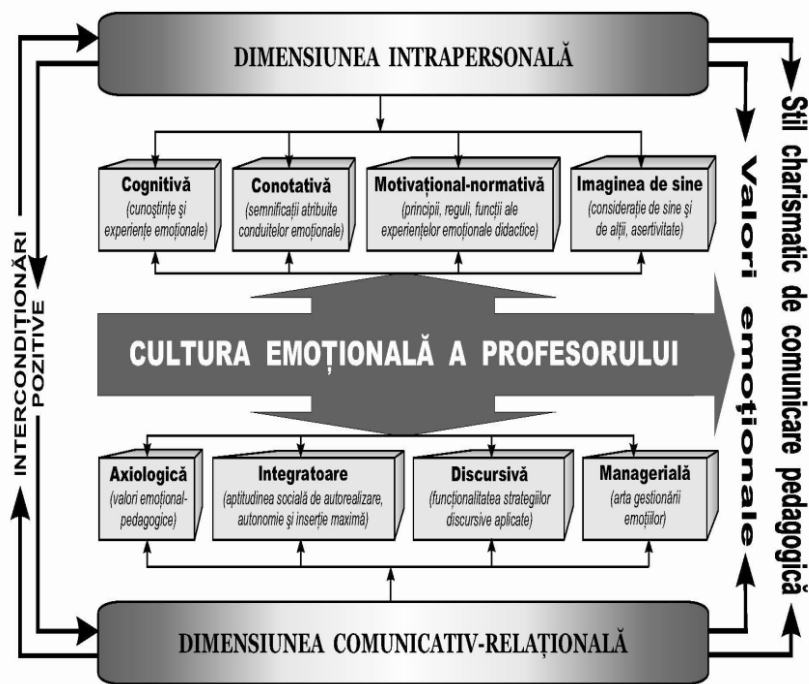
Dimensiunea afectivă – afectivitate elaborată/ adoptată de pedagogi pentru maximizarea eficienței profesionale/sociale integrate într-un stil charismatic de comunicare pedagogică, catalizator de confort profesional și valori emoționale.

– Stabilitate emoțională în activitatea profesională.

Inteligența emoțională reprezintă abilitatea de a-ți recunoaște emoțiile, a înțelege ce vor să-ți comunice și a realiza în ce fel emoțiile tale îi afectează pe cei din jur (5).

Inteligența emoțională include: Înțelegerea mai bună a propriilor emoții; Gestionarea eficientă a propriilor emoții; Înțelegerea mai bună a celor din jur; Crearea de relații mai bune la toate nivelele cu cei din jur și creșterea imaginii personale.

Modelul teoretic al culturii emoționale a profesorului



Cojocar - Borozan M, (1). menționează că pentru a dezvolta competența de gestionare a emoțiilor este necesar să:

–Identifici sentimentul :Ce emoție simți? De exemplu: tristețe, supărare, nervozitate, teamă, bucurie, dezamăgire, rușine

–Accepți ceea ce simți: Nu te gânde că dacă te concentrezi pe emoție o vei simți și mai intens sau că dacă nu îi vei acorda nici o atenție, va trece. De multe ori evitarea emoțiilor le alimentează și mai mult. Spune-ți că este bine să simți așa și acceptă emoția pe care o ai.

–Gândește-te la provocările (dificultățile) prin care treci ca fiind niște oportunități și la stresori ca probleme temporare, nu ca dezastre. Privește orice încercare prin care treci ca pe o ocazie de a învăța cum să te porți sau cum să treci peste anumite sentimente neplăcute și vei vedea că data viitoare îți va fi mai ușor să te confrunți cu ele!

–Învață să practici o tehnică de respirație. Acest lucru te ajută să te relaxezi și să stabilești un echilibru interior. Inspiră adânc pe nări, în timp ce ai gura închisă, expiră apoi pe gură. Repetă acest exercițiu de aproximativ 10 ori fără să te grăbești. Poți folosi această tehnică pentru a te calma în multe situații, la școală sau acasă.

–Exprimă emoția: De exemplu, poți să scrii despre ce simți, să desenezi, poți să vorbești cu cineva de încredere, poți să plângi. Asigură-te că orice vei alege, nu va face rău nici ție nici altora (nu spargi, lovești, jignești).

–Alege un mod sănătos de a avea grijă de tine: Întreabă-te: „De ce anume am nevoie ca să depășesc această emoție?” Poți avea nevoie, de exemplu, de o îmbrățișare, de somn, de o plimbare, de sport, de un duș sau ajutor din partea cuiva.

–Alături de emoții și gândurile tale te pot împiedica să ai un comportament care să te ajute să depășești situații pe care le vezi dificile.

– Modelul după care se întâmplă acest lucru este următorul:

–E important și util, ca și în cazul emoțiilor, să identifici aceste gânduri (1).

Sugestii pentru cadrele didactice care lucrează cu adulții.

În munca cu adulții este important să-și dezvolte:

- Capacitatea de a fi empatic;
- Capacitatea de automotivare și autoinspirație;
- Capacitatea de lua decizii afective;

- Capacitatea de asumare a responsabilității pedagogice pentru emoțiile / sentimentele exteriorizate;
- Capacitatea de încredere profesională.
- Capacitatea de reglare emoțională se poate concepe ca o parte a procesului de autocontrol individual. Mulți autori consideră reglarea emoțională ca făcând parte din conceptul umbrelă de autoreglare individuală, folosit în schimbarea gândurilor, sentimentelor, dorințelor și acțiunilor în perspectiva atingerii scopurilor lor, individul fiind un agent activ, un făuritor de decizii și nu un simplu spectator al evenimentelor din jurul său.

Concluzii

Pentru educați trebuie considerată benefică exprimarea sinceră a emoțiilor profesorului; Spectrul de emoții constructive recomandabil a fi dezvoltate în mediul educațional vor fi expuse printr-o combinație de expresii comunicative având conotație pozitivă, vor provoca deschiderea spre comunicare a interlocutorilor; Climatul și dispoziția afectivă a comunicării este domeniul strict al responsabilității profesorului la nivel de management al comunicării. Gama de nevoi emoționale în continuă dezvoltare provoacă probleme, ce solicită formarea unor competențe specifice de autoreglare emoțională pentru recuperarea organismului, de relaxare progresivă prin alternarea eforturilor, pentru adaptarea la schimbări și păstrarea integrității mentale; Competențele emoționale sunt reprezentative în structura personalității profesorului pentru soluționarea problemelor de ordin afectiv; În mediul educațional, rezonanța afectivă devine posibilă numai în cazul conștientizării profunde a multiplelor implicații psihopedagogice ale comunicării emoționale. Activitatea pedagogică se caracterizează prin frecvente tensiuni emoționale, eficiența sa fiind determinată în mare măsură de gradul de dezvoltare al stabilității emoționale (7).

În cadrul structurii și dinamicii profesiei didactice, stabilitatea emoțională constituie o variabilă majoră, care depinde de o serie de factori interni, externi și combinați. Analiza factorilor stabilității emoționale ne oferă posibilitatea creării unui model de ameliorare a stărilor psihologice ale profesorilor. Dobândirea (învățarea) unor abilități, metode și tehnici de luare a deciziilor optime și de rezolvare a problemelor. Dobândirea unor tehnici de rezolvare a conflictelor, de colaborare pozitivă cu ceilalți menite să asigure succesul în activitate. Suport social adecvat, prin gestionarea unor relații de parteneriat profesional cu persoane competente ce pot oferi sprijin, ajutor, consultanță (9).

Bibliografie

1. COJOCARU – BOROZAN M. ,Metodologia cercetării culturii emoționale. Chișinău: Tip. UPS „Ion Creangă”, 2012. ISBN 258-3475-46-0688-8.
- 2.CHELCEA S. Psihosociologie. Teorii, cercetări, aplicații, Iași: Editura Polirom, 2010, 420 p. ISBN:978-973-46-0868-3.
- 3.FLOUD K. Comunicarea interpersonală. Iași: Editura Polirom, 2013, 504 p. ISBN 978-973-46-3341-8.
- 4.GALLO L. Emoțiile negative. Cum să ne eliberăm de frică, anxietate, tristețe, furie, agresivitate, rușine, Trad. R. Bogdan, București: Editura Niculescu, 2016, 237 p. ISBN 9789737489821.
- 5.GOLEMAN D., Inteligența emoțională cheia succesului în viață. București: Alfa, 2004. ISBN 973-8120-67-5.
6. ILUȚ P.Psihologie socială și sociopsihologie, Iași: Editura Polirom, 2009, 627 p. ISBN 978-973-46-1486-8.
- 7.NEACȘU I. Introducere în psihologia educației și a dezvoltării, Iași: Editura Polirom, 2010, 331 p. ISBN 9789734617982.
- 8.ROCO M. Creativitate și inteligență emoțională, Iași: Editura Polirom, 2004, 245 p. ISBN: 973-683-654-1.
- 9.STĂNCULESCU E. Psihologia educației. De la teorie la practică, București: Editura Universitară, 2008, 397 p. ISBN 978-606-591-766-8.
10. STEIN STIVEN., BOOK HOWARD E., Forța inteligenței emoționale: inteligența emoțională și succesul vostru. București: ALLFA, 2003. ISBN:978 973-8457-21-8.



Secțiunea II

CZU 159.922.8

DEZVOLTAREA CONȘTIINȚEI DE SINE LA VÂRSTA ADOLESCENTĂ

Igor RACU, dr. hab., prof. univ.,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Abstract: *This article presents the results of a theoretical-experimental research on the development of self-awareness at the adolescent age (14/15 – 17/18 years). 100 teenagers participated in the observational experiment, selected according to two variables: age (50 each of 14/15 and 17/18 years old) and gender (50 girls and boys each). Statistically significant differences were established in the level of development of self-awareness according to the mentioned variables: gender and age. In the formative experiment and the control experiment, we demonstrated the possibility of influencing the process of developing self-awareness in adolescence.*

Key-word: *Adolescence, self-awareness, development, personality.*

Conștiința de sine prezintă procesul cu ajutorul căruia omul se cunoaște pe sine și se referă la sine însuși. „Conștiința de sine în activitatea psihologică a persoanei apare ca un proces destul de complicat de cunoaștere nemijlocită de sine dezvoltat în timp, legat de mișcarea de la imagini situații unice peste integrarea a astfel de imagini multiple într-un studiu integral – în noțiunea de Eu personal ca subiect, diferit de ceilalți subiecții. Procesul complicat și cu multe trepte al autocunoașterii este însoțit de diferite emoții care în continuare se generalizează în atitudine emoțional-valorică a persoanei către sine” [8, p.32].

Structura conștiinței de sine a unei persoane este o combinație complementară a trei substructuri: cognitivă, afectivă și comportamentală .

Substructura cognitivă include conștientizarea de sine în sistemul de activitate, în sistemul de relații interpersonale determinat de această activitate și în sistemul dezvoltării sale personale. Treptat, pe baza imaginii de sine în anumite situații, pe baza opiniei colegiilor, se formează un eu stabil, un concept care îi conferă un sentiment de încredere sau nesigurantă profesională.

Într-o atitudine afectiv-evaluativă față de sine, se distinge între o evaluare a capacităților actuale (stima de sine reală), realizările de ieri (stima de sine retrospectivă) și realizările viitoare (stima de sine potențială sau ideală), precum și o evaluare a ce cred alții despre el (stima de sine reflexivă). Potrivit lui Markova, dacă evaluarea actuală este mai mare decât cea retrospectivă, iar ratingul ideal este mai mare decât cel actual, aceasta indică creșterea conștiinței de sine profesionale[6].

Și, în sfârșit, a treia componentă a conștientizării de sine profesională-comportamentală înseamnă capacitatea de a acționa pe baza cunoștințelor despre sine și a atitudinii față de sine.

A.G. Spirkin, analizând trăsăturile conștiinței de sine și stimei de sine, identifică de fapt aceste fenomene: „... însăși esența conștiinței este exprimată în evaluarea unei persoane a acțiunilor sale și a rezultatelor, gândurilor, sentimentelor, caracterului moral și intereselor lor, idealuri și motive de comportament, într-o evaluare holistică a sinelui și a locului său în viață” [7, p.148-149].

Potrivit lui L. Vîgotski, conștiința de sine este conștiința socială transferată în interior, iar memoria este fundamentul care păstrează integritatea conștiinței de sine, continuitatea și continuitatea stărilor sale individuale. Conștiința de sine a unui adolescent este considerată de

L. Vîgotski nu doar ca un fenomen al personalității și conștiinței sale, ci ca un moment în dezvoltarea personalității unui adolescent, justificat biologic și social. Organizarea sistemului nervos conține posibilitățile de conștiință de sine, dar pentru ca aceste posibilități să fie realizate sunt necesare schimbări psihologice și sociale adecvate[5].

Adolescența este o perioadă tranzitorie în care un individ trece de la copilărie la maturitate. Una din principalele probleme care ține de formarea personalității în adolescență este dezvoltarea conștiinței de sine. „Perioada pubertății și a adolescenței repune problemele dezvoltării conștiinței de sine datorită, pe de o parte, modificărilor ce survin în sistemul general de cerințe ce se manifestă liber față de puber și adolescent, iar, pe de altă parte, datorită schimbărilor prin care trece personalitatea cu structurile și substructurile sale” [2, p.328].

În perioada adolescență de dezvoltare se finalizează procesul de formare a conștiinței de sine în care conținutul componentelor de bază este determinat de următorii factori - experiența de comunicare cu adulții și cu semenii și de experiența activității individuale; se formează un conținut nou, deosebit, specific al conștiinței de sine format în dependență de diferite SSD care influențează integral personalitatea determinându-i comportamentul, activitatea, stilul de viață, etc. Laturile specifice în conștiința de sine sunt în mare măsură determinate de patru elemente în cadrul situației sociale de dezvoltare, și anume: copilul - adultul (comunicare, interacțiune, activitate); copilul - alt copil (comunicare, interacțiune, activitate); copilul - anturajul material (activitatea dominantă, etc.); copilul - El însuși[4].

Scopul cercetării constă în determinarea nivelului de dezvoltare a conștiinței de sine la adolescenți și demonstrarea posibilității de dezvoltare a acestei formațiuni nucleare în condiții experimentale special organizate.

Obiectivele cercetării: studiul conștiinței de sine la vârsta adolescență în funcție de variabila vârstă; studiul conștiinței de sine la vârsta adolescență în funcție de variabila gen; elaborarea și implementarea unui program de intervenții psihologice în vederea dezvoltării conștiinței de sine la vârsta adolescență; evaluarea eficienței programului de dezvoltare a conștiinței de sine la vârsta adolescență.

Ipotezele cercetării:

1. Presupunem diferențe în dezvoltarea conștiinței de sine la adolescenți în funcție de variabila vârstă și gen.
2. În condiții experimentale special organizate este posibil de a influența dezvoltarea conștiinței de sine la vârsta adolescență.

Eșantion: 200 de subiecți cu vârsta cuprinsă între 14/15 și 17/18 ani; 100 sunt băieți și 100 sunt fete; 100 de 14/15 și 100 de 17/18 ani.

Instrumente diagnostice: 1. Testul arborelui de J.E. Klausnitzel, (tradus și adaptat de P.Traxel, Z. Anghel) a fost aplicat pentru măsurarea nivelului de dezvoltare a conștiinței de sine. 2. Scala Toulouse a stimei de sine (E.T.E.S) care permite identificarea anumitor rezonanțe afective care însoțesc autoevaluarea identității sub diferite aspecte. 3. Test nivelurile conștiinței de David R. Hawkins, utilizat pentru măsurarea nivelului conștiinței de sine. 4. Scala stimei de sine de Rosenberg este cea mai frecvent utilizată și cea mai cunoscută pentru evaluarea nivelului stimei de sine.

În scopul validării ipotezelor stabilite vom prezenta rezultatele:

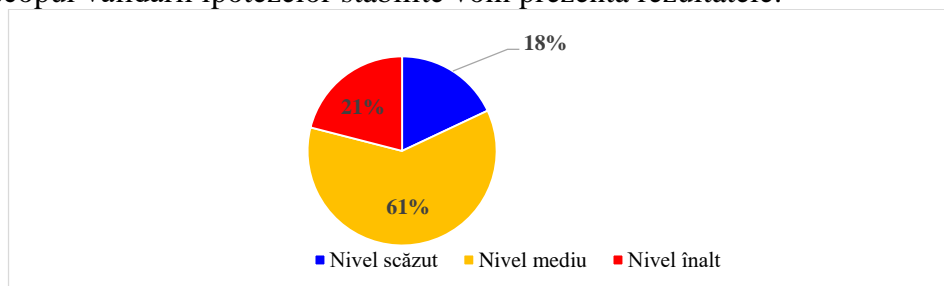


Fig. 1. Rezultatele privind nivelul conștiinței de sine la adolescenți

S-a stabilit că 18% dintre adolescenții studiați au manifestat nivel scăzut al conștiinței de sine, 61% - nivel mediu și 21% - nivel înalt.

În continuare, ne-am propus să evidențiem diferențele în funcție de variabila gen.

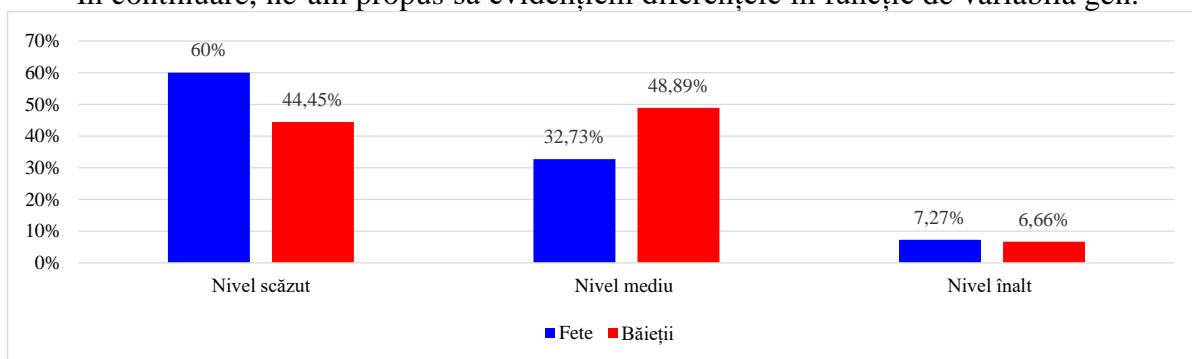


Fig. 2. Nivelul conștiinței de sine în funcție de variabila gen

Analizând datele prezentate putem afirma că există diferențe în nivelul de dezvoltare al conștiinței de sine în funcție de variabila gen. Pentru fete: 60% - nivel scăzut și 32,73% - nivel mediu; băieți: 44,45% - nivel scăzut și 48,89% - nivel mediu. Diferențe statistic semnificative, $t=2,4315$, $p=0,05$.

În continuare prezentăm rezultatele obținute în funcție de variabila vârstă.

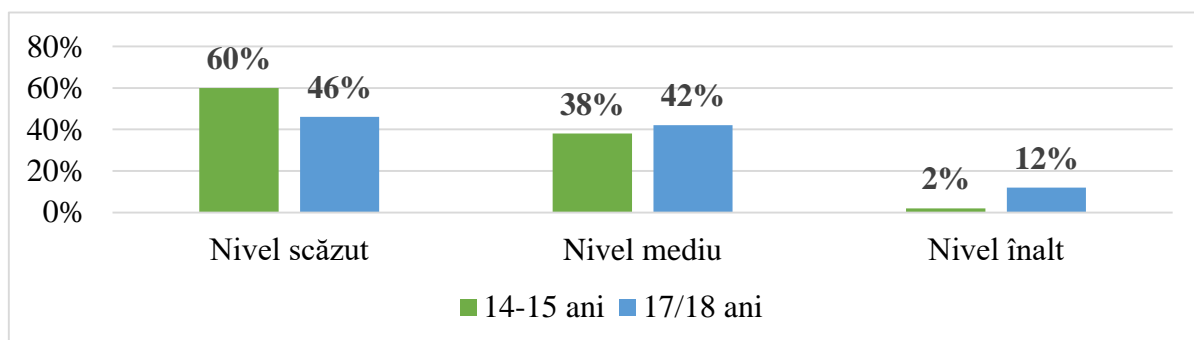


Fig. 3. Nivelul conștiinței de sine în funcție de variabila vârstă

Rezultatele prezentate în figura 3 ne permit să constatăm că adolescenții cu vârsta de 14/15 ani au obținut: 60% dintre adolescenții au fost identificați cu un nivel scăzut al conștiinței de sine, 38% - nivel mediu și doar 2% dintre ei manifestă un nivel înalt al conștiinței de sine.

În ceea ce privește adolescenții cu vârsta de 17/18 ani, datele sunt: 46% - nivel scăzut al conștiinței de sine, 42% - nivel mediu și 12% dintre adolescenți manifestă nivel înalt al conștiinței de sine.

Făcând comparație între aceste două categorii de adolescenți, putem constata că nivelul scăzut al conștiinței de sine predomină la adolescenții cu vârsta de 14/15 ani, cu o diferență de 14%. Din datele expuse, putem constata că există diferențe cu privire la nivelul dezvoltării conștiinței de sine în funcție de vârstă, adolescenții cu vârsta de 17/18 ani manifestă un grad mai înalt al conștiinței de sine în comparație cu cei de 14/15 ani, diferențe statistic semnificative, $t=3,4612$, $p=0,05$.

În continuare, ne-am propus să evidențiem diferențele în dezvoltarea conștiinței de sine în funcție de variabila gen după testul Hawkins.

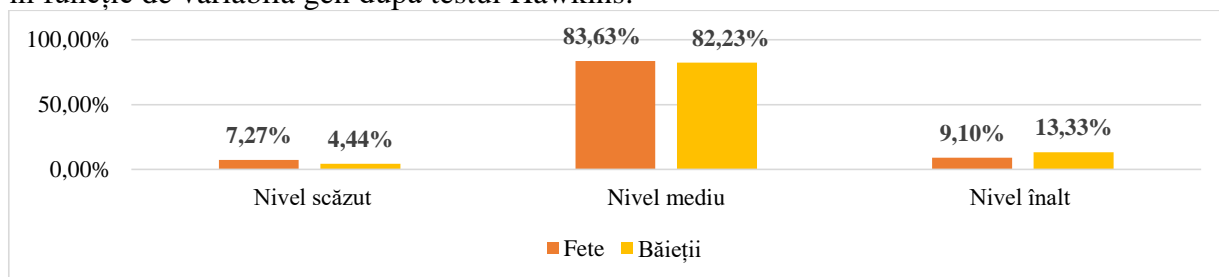


Fig. 4. Nivelul conștiinței de sine în funcție de variabila gen (Hawkins).

În fig. 4 constatăm un nivel scăzut al conștiinței de sine la 7,27% de fete și la 4,44% din băieți.

Datele obținute în experimentul constatativ ne permit să concluzionăm că la vârsta adolescență predomină nivelul mediu al dezvoltării conștiinței de sine; au fost stabilite diferențe statistic semnificative în nivelul dezvoltării conștiinței de sine în funcție de variabila gen și vârstă.

Scopul experimentului formativ: elaborarea și administrarea unui program de intervenții psihologice orientat la dezvoltarea conștiinței de sine la adolescenții.

Ipoteza cercetării formative: în condiții experimentale special organizate este posibil de a influența dezvoltarea conștiinței de sine la vârsta adolescență

În vederea realizării scopului și verificării ipotezei cercetării formative ne-am propus următoarele *obiective operaționale:* elaborarea și implementarea programului formativ orientat la dezvoltarea conștiinței de sine la adolescenții; realizarea experimentului de control; evaluarea eficienței programului de intervenții psihologice.

Pentru experimentul formativ au fost selectați 22 de subiecți, a câte 11 în grupul experimental și grupul de control.

În vederea verificării omogenității celor două grupuri am recurs la compararea rezultatelor din experimentul de constatare prin intermediul testului neparametric U Mann-Whitney. Analiza rezultatelor testului U Mann-Whitney a demonstrat lipsa diferențelor statistic semnificative pentru subiecții din GE și GC la nivelul dezvoltării conștiinței de sine.

Tabelul 1. Verificarea omogenității grupurilor (GE/test GC/test)

	U Mann-Whitney	p
Testul arborelui	12,50	0,075
Test nivelurile conștiinței	45,50	0,688
Scala Toulouse a stimei de sine (E.T.E.S)	42,50	0,587
Sinele fizic	43,50	0,622
Sinele emoțional	41,50	0,553
Sinele școlar	34,00	0,296
Sinele social	37,00	0,392
Sinele respectiv	35,00	0,320
Scala stimei de sine	30,50	0,399

Cu subiecții GE au fost realizate 16 ședințe formative pe parcursul a 3 luni.

Programul de intervenție psihologică a fost conceput ca și procedee de lucru și tehnici de remediere psihologică, prin care s-a urmărit dezvoltarea conștiinței de sine.

Obiectivele programului: cunoașterea de sine și consolidarea încrederii în sine și a experiențelor membrilor grupului; creșterea capacității de a se accepta pe sine, a încrederii în propriile abilități, autocontrolul asupra emoțiilor, gândurilor și acțiunilor etc.

După finalizarea experimentului formativ a fost realizat experimentul de control în care am aplicat instrumentele diagnostice folosite la etapa de constatare: Testul arborelui de J.E. Klausnitzel, Scala Toulouse a stimei de sine de N. Oubrayrie, C. Safont și M. DeLeonardis, Test nivelurile conștiinței de David R. Hawkins, Scala stimei de sine de Rosenberg.

În vederea stabilirii efectelor parvenite drept urmare a programului formativ am realizat comparația rezultatelor obținute de subiecții din grupul experimental (GE) și grupul de control (GC) prin testul statistic U - Mann-Whitney. În continuare vom prezenta diferențele în rezultatele GE și GC la etapa re-test.

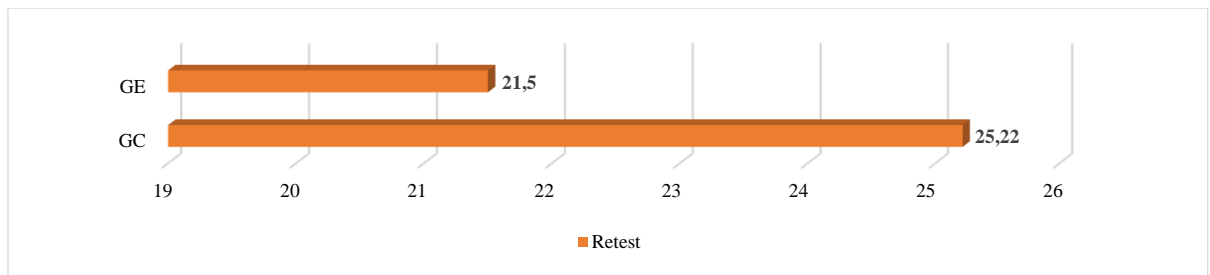


Fig. 5. Rezultatele GC/GE în re-test, Testul arborelui

Au fost constatate diferențe statistic semnificative în rezultatele obținute de subiecții CG și GE în ceea ce privește nivelul conștiinței de sine: GC/re-test valoarea medie este de 25,22 un., iar GE/re-test media este 21,50 un. ($p=0,05$).

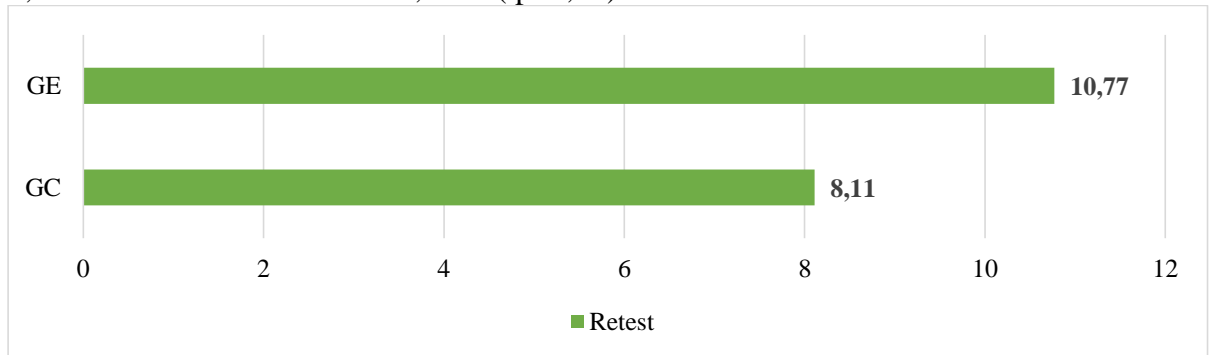


Fig. 6. Rezultatele GC/GE re-test, testul David R. Hawkins

Prin intermediul testului neparametric U Mann–Whitney am determinat prezența diferențelor statistic semnificative la un prag de semnificație $p=0,05$, ceea ce indică creșterea rezultatelor cantitative care reflectă nivelul conștiinței de sine la adolescenții din grupul experimental.

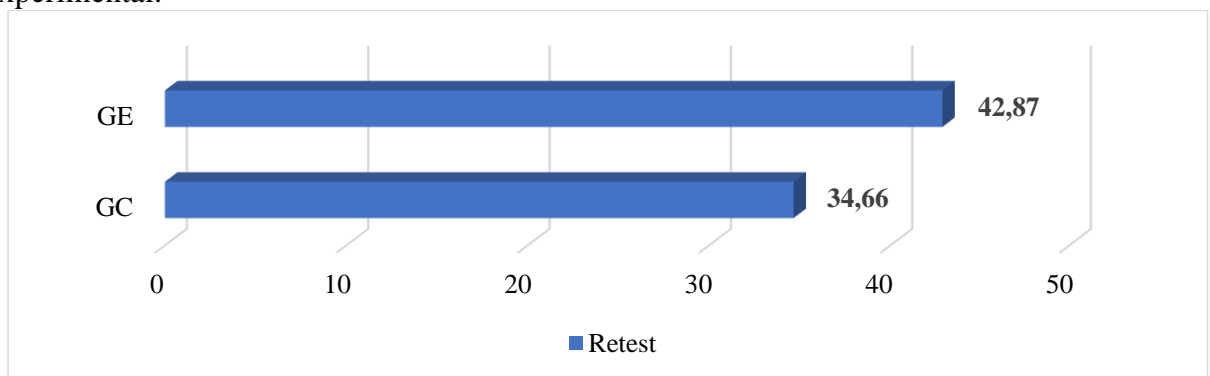


Fig. 7. Rezultatele GC/GE re-test, scala Toulouse a stimei de sine

Au fost constatate diferențe statistic semnificative prin utilizarea testului U Mann Whitney în ceea ce privește dezvoltarea conștiinței de sine la adolescenții din GC și GE în re-test, $p=0,05$. Din nou a fost înregistrată creșterea nivelului conștiinței de sine la adolescenții din grupul experimental.

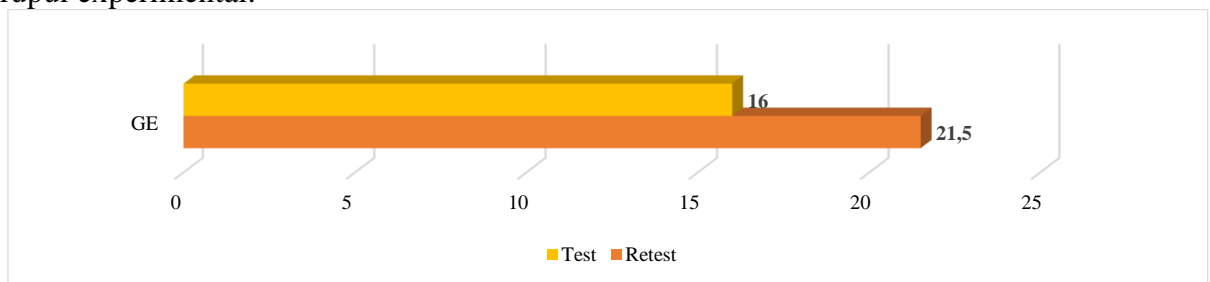


Fig. 8. Rezultatele pentru adolescenții din GE test/re-test, Testul arborelui

Datele prezentate mai sus ne permit să afirmăm că există diferențe statistic semnificative în rezultatele GE în test/re-test (Testul Wilcoxon, $p=0,01$).

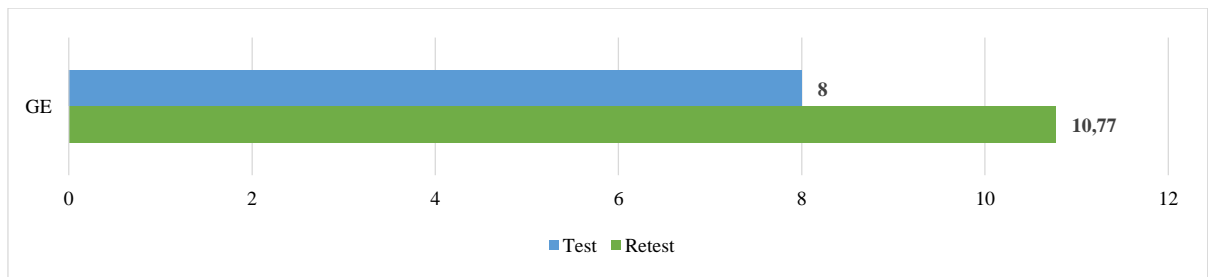


Fig. 9. Rezultatele pentru adolescenții din GE test/re-test, Testul Hawkins
Din nou constatăm diferențe statistic semnificative în rezultatele GE în test/re-test (testul Wilcoxon, $p=0,01$).

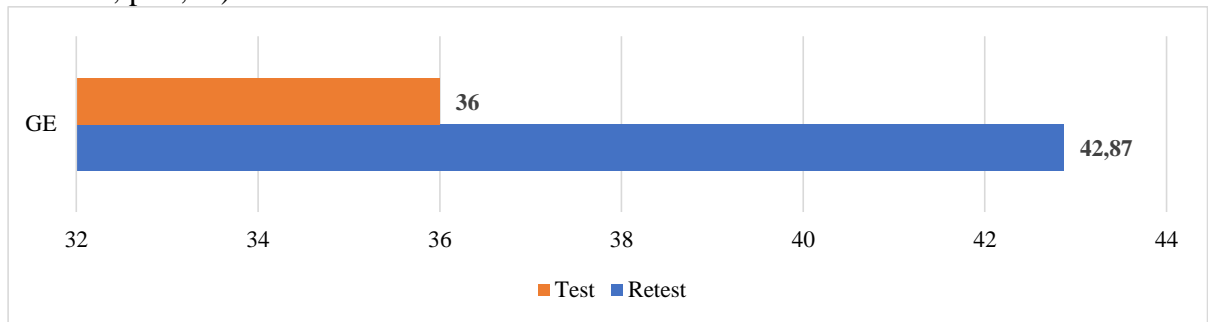


Fig. 10. Rezultatele pentru adolescenții din GE test/re-test, Scala Toulouse
Potrivit datelor medii prezentate grafic în figura de mai sus, identificăm următoarele rezultate: GE/test – 36 unități medii și GE/retest – 42,87 unități medii. Conform Testului Wilcoxon constatăm prezența diferențelor statistic semnificative la pragul $p=0,01$ cu rezultate mai mari pentru adolescenții din GE în re-test.

Ultima comparație statistică realizată ține de GC în test și re-test. Vom prezenta rezultatele obținute la testul Toulouse, menționând că nu au fost stabilite diferențe statistic semnificative în rezultatele subiecților din grupul de control în test/re-test nici la una din tehnicile diagnostice administrate.

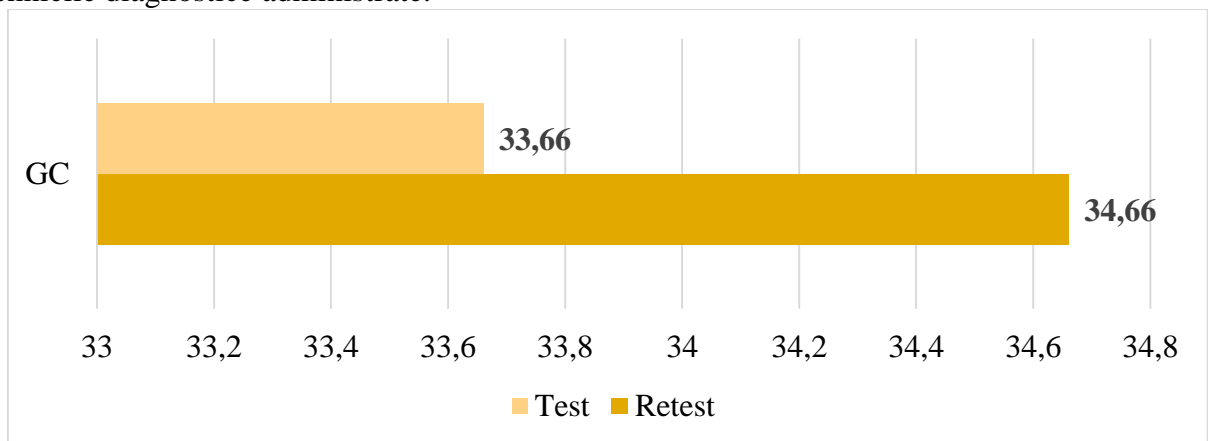


Fig. 11. Rezultatele pentru adolescenții din GC test/re-test, Scala Toulouse.

Rezultatele obținute în experimentul de control, comparațiile statistice realizate ne permit să concluzionăm că adolescenții din grupul experimental au manifestat progrese semnificative în ceea ce privește dezvoltarea conștiinței de sine, drept urmare a participării în programul formativ.

BIBLIOGRAFIE

1. ENACHE, A. M. Dezvoltarea conștiinței de sine în adolescență. București, 2006.
2. MALTZ, M. Psiho-cibernetica: corectarea imaginii de sine. București, 2017.
3. RACU, I. Psihogeneza conștiinței de sine în condiții sociale diferite. Chișinău, 1997.
4. RACU, I. Psihologia conștiinței de sine. Chișinău, 2005.
5. ГОРДЕЕВА, О.В. Представления Выготского Л.С. о самосознании. М., 1996.
6. МАРКОВА, А.К. Психология профессионализма. М., 1996.

7. СПИРКИН, А.Г. Сознание и самосознание. М., 1972.

8. ЧЕСНОКОВА, И.И. Проблема самосознания в психологии. М., 1977.

CZU 159.923.2-053.6

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И САМОКОНТРОЛЯ СОВРЕМЕННОГО ПОДРОСТКА

Жанна РАКУ, доктор хабилитат, профессор
Молдавский Государственный Университет

Abstract: *The article presents the results of a pilot study of the relationship between such personality parameters in adolescence as self-esteem and self-control. It was found that the subjects were characterized by average levels of these parameters. For most of the components by which self-esteem was studied (morality, will, independence, creativity, harmony and extroversion), the majority of adolescents have average scores. Thus, the higher the self-esteem of adolescence, the higher the levels of their self-control.*

Key words: *adolescent, self-esteem, self-control.*

Введение. Проблема самоконтроля и самооценки, а также их соотношения в структуре личности является актуальной в подростковом возрасте по нескольким причинам.

Во-первых, в этот возрастной период происходят значительные изменения в психологическом и личностном развитии школьника. Подростки начинают осознавать и искать свое место в обществе, что детерминирует их самоконтроль и самооценку.

Во-вторых, указанные параметры являются важными факторами, которые влияют на обучение в школе и развитие личности в целом. Если подросток имеет низкий самоконтроль и низкую самооценку, это может привести к плохой успеваемости и негативным последствиям для его развития.

В-третьих, в данном контексте необходимо изучение характера взаимосвязи между самоконтролем и самооценкой. Выявление указанных закономерностей позволит педагогам и родителям учитывать основные личностные образования для оптимизации самоконтроля и самооценки подростка.

В психологии обозначенная выше тематика изучалась такими учеными как Я. Л. Коломинский, Ч. Кули, Р. Берне, С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский, В.И. Ковалёв, А.Н. Леонтьев, П.М. Якобсон, К. Левин, У. Джеймс и др.[1, 2, 4, 5, 6]

В рамках нашего пилотажного исследования изучалась взаимосвязь между самооценкой и самоконтролем в подростковом возрасте.

Мы предположили, что существует взаимосвязь между уровнем самооценки и самоконтроля у подростков, т. е. подростки с высоким уровнем самооценки имеют высокий уровень самоконтроля в учебной и социальной сферах, и наоборот.

Методы исследования. Для проверки гипотезы в исследовании использовались следующие стандартизированные методики для измерения уровня самооценки и самоконтроля у подростков:

4. Тест самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан.

5. Методика «Самооценка личности», автор О.И. Мотков.

6. Методика диагностики самоконтроля в общении М. Снайдера.

Количественная обработка эмпирических данных была проведена с использованием критерия Пирсона. В исследовании участвовало 60 подростков в возрасте от 13 до 16 лет.

Результаты, их обсуждение. В продолжение представим описание, анализ и интерпретацию полученных результатов.

В таблице 1 представим данные диагностики уровня самооценки испытуемых по методике Дембо-Рубинштейн, в модификации А.М. Прихожан [3].

Таблица 1. Самооценка у подростков: распределение по уровням

Уровень самооценки	Количество респондентов	%
Низкий (Меньше 45 баллов)	4	6,67
Средний (от 45 до 59 баллов)	23	38,33
Высокий (от 60 до 74 баллов)	29	48,34
Очень высокий (от 75 до 100 баллов)	4	6,66

Анализ полученных данные показал, что для 29 подростков (48,34%) характерен высокий уровень самооценки, что указывает на их позитивное отношение к себе и своим достижениям. Они чувствуют уверенность в себе и своих способностях, что может способствовать их личностному росту. Высокий уровень самооценки свидетельствует о позитивном отношении школьника к себе и своим достижениям в учебной деятельности. Такие подростки уверены в своих способностях и успешности, что может стимулировать их к новым достижениям. Однако, высокая самооценка может приводить к недооценке сложностей и препятствий, а также провоцировать потенциальные неудачи. В целом, здоровая самооценка должна быть высокой, чтобы поддерживать уверенность школьника в себе и своих возможностях, но при этом не должна приводить к самонадеянности и недооценке рисков.

Средний уровень самооценки выявлен у 23 ученика (38,33%), что указывает на то, что они не слишком завышают или занижают свою оценку себя, но имеют потенциал для развития положительного отношения к себе. Ученики со средним уровнем самооценки оценивают себя достаточно объективно, но при этом не обладают высокой уверенностью в своих способностях. Они имеют потенциал для развития положительного отношения к себе через укрепление своих достижений и увеличение уверенности в себе.

Низкий уровень самооценки зафиксирован у 4 учеников (6,67%), что свидетельствует об их недостаточном уважении к себе, которые связаны с проблемами в учебе. Например, неудачи вызывают у подростка чувство неполноценности или не востребованности, а неудачи в учебе могут вызывать чувство неспособности.

Очень высокий уровень самооценки выявлен у 4 респондентов (6,66%), что указывает на здоровое уважение к себе, позитивное отношение к жизни и достижениям. Подростки с высокой самооценкой часто чувствуют себя более уверенно, принимают решения и действия, которые способствуют их личному росту и прогрессу в учебной деятельности. Однако высокий уровень самооценки может приводить к слишком высоким ожиданиям от себя и других, что влияет на разочарование и провоцирует стресс, если эти ожидания не оправдаются. В указанном контексте важно иметь здоровое и реалистичное отношение к себе и своим достижениям.

Для более детального анализа самооценки различных параметров использовалась методика «Самооценка личности» автора О.И. Мотков [7], результаты испытуемых по которой представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты испытуемых по методике «Самооценка личности» (СЛ)

Шкалы СЛ	Показатели подростков %			
	Низкий	Средний	Высокий	Псевдовысокий
Нравственность	18,33	63,34	18,33	-
Воля	25	60	15	-
Самостоятельность	13,33	76,67	8,33	1,66
Креативность	16,66	66,67	16,66	-
Гармоничность	13,33	73,34	13,33	-
Экстраверсия	16,66	68,34	13,33	1,66
Общая самооценка	18,33	65	16,67	-

Анализ полученных данных показал, у подростков преобладает средний уровень интегративной самооценки личности, т.к. он был выявлен у 39 испытуемых (65%). Подростки не завышают и не занижают свою самооценку и имеют потенциал для развития положительного отношения к себе.

Низкий уровень СЛ выявлен у 11 подростков, т.е. 18,33%. Высокий уровень СЛ отмечен у 10 респондентов (16,67%). Для большинства подростков изучаемой выборки установлен средний уровень интегративной самооценки личности. Данный факт указывает на то, что учащиеся в целом обладают достаточной способностью к самоорганизации, планированию и контролю своей деятельности, но они нуждаются в дополнительной поддержке и развитии этих навыков.

Однако, отметим, что примерно пятая часть подростков имеют низкий уровень самооценки, что свидетельствует об определенных трудностях в оценивании себя. Это приводит к неэффективности в их учебной деятельности и приводит к снижению уровня образовательных достижений. Низкая самооценка обусловлена различными факторами, такими как негативные убеждения о себе, отсутствие поддержки со стороны окружающих, критическое отношение к своим достижениям, неудачи в учебе или личной жизни, а также депрессия и тревожность. Этим школьникам требуется дополнительная поддержка для развития позитивного отношения к себе и своим способностям.

Высокий уровень СЛ был выявлен у шестой части респондентов, для которых характерно наличие лидерских качеств, они могут быть образцом для подражания остальным ученикам. Высокая самооценка указывает на здоровое уважение себя, позитивное отношение к жизни и достижениям. Такие школьники более уверены в себе и своих способностях, что помогает им лучше справляться с трудностями и достигать своих целей.

Таким образом, интегративная самооценка подростков важна для повышения их образовательных достижений и психологического благополучия.

В продолжение проанализируем результаты испытуемых по всем шкалам методики. Так, по параметру «Нравственность» выявлены следующие показатели: для более половины 38 подростков (63,34%) характерен средний уровень, что свидетельствует о сформированности у них базовой моральной ориентации с наличием потенциала для дальнейшего развития.

Низкий и высокий уровни зафиксированы, соответственно по 11 испытуемых (18,33%) для каждого из них. В школьной среде могут существовать как негативные, так и позитивные влияния на моральное развитие подростков. Данные результаты могут полезны для планирования и проведения педагогической работы по формированию нравственных качеств у подростков с учетом их текущего уровня.

По шкале «Воля» получены следующие показатели: у 36 респондентов (60%) выявлен средний уровень, который свидетельствует о способности подростков ставить и достигать цели, но они могут иногда испытывать трудности в самоконтроле и управлении своим поведением.

Низкий уровень зафиксирован у 15 подростков (25%), что указывает на их сложности в регуляции собственного поведения и принятии ответственности за свои поступки. Высокие значения характерны для 9 респондентов (15%), что свидетельствует об их высокой мотивации, нацеленности на достижение целей и способности к самоконтролю.

По шкале «Самостоятельность» получены следующие результаты: для большинства 46 подростков (76,67%) характерен средний уровень, что свидетельствует о наличии у них как сильных, так и слабых сторон самостоятельности. Они способны выполнять некоторые задания самостоятельно, но в других ситуациях им нужна помощь и руководство со стороны учителей и родителей. Данный результат указывает на необходимость развития у школьников навыков самостоятельности: например, в этом направлении помогают задания, требующие применения креативности, принятие решений и риска. Самостоятельность

развивается в ходе обучения подростков методам организации работы, планирования, самоконтроля и анализа результатов деятельности.

Важно отметить, что средний уровень самостоятельности является приемлемым результатом, т.к. может быть связан с особенностями личности и возрастными характеристиками. Главное, чтобы подростки имели возможность формировать указанные навыки и не теряли мотивацию к обучению в школе.

Низкий уровень зафиксирован у 8 испытуемых (13,33%), что свидетельствует о необходимости дополнительной работы по развитию у них самостоятельности. Низкий уровень данного качества негативно влияет на успеваемость и общую учебную мотивацию школьников. В таких случаях необходимо проводить специальные занятия, направленные на развитие самостоятельности и организовывать учебный процесс таким образом, чтобы ученики имели возможность его проявлять. Важно учитывать индивидуальные особенности учеников, подбирать и применять подходящие методы работы с ними.

Высокий уровень выявлен у 5 подростков (8,33%), что указывает на их хорошую мотивацию к обучению и способность к самостоятельной учебной деятельности. Они лучше справляются с учебными заданиями и более активно участвуют в учебном процессе, что обеспечивает им более высокие результаты в учебе. Однако, высокий уровень самостоятельности не является единственным фактором успеха в учебе, и эти ученики могут нуждаться в дополнительной поддержке и помощи со стороны педагогов и родителей.

В изучаемой выборке у одного школьника выявлен псевдовысокий уровень самостоятельности, что указывает на определенную неадекватность им оценки своих возможностей. Данный факт детерминируется недостаточной осознанностью своих сильных и слабых сторон, или с переоценкой способностей. В таком случае, необходимо помочь школьнику более реалистично оценивать свои возможности, чтобы его учебная мотивация не пострадала от несоответствия реальности его ожиданиям.

По шкале «Креативность» были получены следующие показатели: у 40 респондентов (66,67%) выявлен средний уровень, что указывает на их потенциал к творческой деятельности, а также необходимости дальнейшего развития и стимулирования этой способности. В данном направлении важны новые задачи и проекты, которые позволят школьникам проявлять свои творческие способности. Вместе с тем, можно использовать различные методики и техники, направленные на развитие креативности, чтобы помогать школьникам осваивать новые навыки и приобретать опыт творческой деятельности. При этом, важно поощрять подростков, признавать и поддерживать их творческие достижения, а также укреплять уверенность в своих способностях.

Низкий уровень зафиксирован у 10 испытуемых (16,66%), что указывает на недостаток их творческой активности и нехватки креативности. Данный факт свидетельствует о том, что они испытывают трудности при выполнении творческих заданий и им нужна дополнительная помощь, а также поддержка учителей и родителей для развития креативности. Так, для формирования творческих способностей у подростков помогают специальные тренинги и занятия, направленные на развитие творческого мышления и умения генерировать новые идеи. В указанном контексте необходимо создать благоприятную атмосферу в классе, которая позволит школьникам чувствовать себя комфортно и свободно выражать свои мысли и идеи.

Высокий уровень креативности и потенциал для творческой деятельности выявлен у 10 респондентов (16,66%). Эти школьники нуждаются в более сложных и интересных заданиях, которые стимулируют их творческие способности.

Представим результаты испытуемых по шкале «Гармоничность»: у 44 подростков (73,34%) выявлен средний уровень данного параметра, что указывает на определенную степень баланса между различными аспектами их жизни. Однако, этот уровень может быть улучшен с помощью развития навыков и соответствующих качеств. Школьники со средним уровнем гармоничности отличаются уверенностью в своих действиях, но все же нуждаются

в развитии более глубокого чувства гармонии и баланса в жизни. Возможно, им требуется обратить внимание на свой режим дня, установить приоритеты, научиться управлять личным временем и эмоциями, чтобы достигать более высокого уровня гармоничности в разных сферах жизнедеятельности.

Низкий уровень гармоничности зафиксирован у 8 испытуемых (13,33%), что указывает на некоторые проблемы в балансе между различными аспектами их жизни, такими как учеба, личная жизнь, спорт, хобби и т.д. Эти школьники нуждаются в помощи и поддержке со стороны взрослых в развитии навыков управления своим временем и ресурсами для достижения более гармоничного баланса в своей жизни. Высокие показатели зафиксированы также у 8 подростков (13,33%), т.е. они могут быть примером для других сверстников и важно помогать им развивать указанные навыки и качества по гармонизации своей жизни.

По шкале «Экстраверсия» были получены следующие показатели: у 41 респондента (68,34%) был выявлен средний уровень, что свидетельствует о тенденции к социальной активности и взаимодействию с окружающими. Однако отметим, что на данный уровень не является характеристикой выраженной экстравертной личности. Эти школьники находятся в балансе между социальными контактами и личным пространством, и имеют потенциал для более высокой степени социальной активности.

Низкий уровень зафиксирован у 10 подростков (16,66%), что указывает на их интровертность и предпочтение индивидуальной деятельности перед социальными контактами. Эти школьники могут быть более скрытными и нуждаются в дополнительной поддержке со стороны сверстников и взрослых для развития навыков общения и социальной адаптации.

Высокий уровень также характерен для 8 испытуемых (13,33%), что свидетельствует об их выраженной экстравертности, потребности в общении и социальной активности. Эти школьники открыты и коммуникабельны, нуждаются в возможностях для проявления своих социальных навыков и лидерских качеств.

«Псевдовысокий» зафиксирован у одного подростка для которого характерно желание произвести впечатление и эмоциональную экспрессивность в социальных ситуациях. Однако, это может быть поверхностной чертой, а подросток нуждается в помощи в развитии более глубоких и продуктивных социальных навыков.

В продолжение представим результаты по методике оценки самоконтроля в общении М. Снайдера [8].

Таблица 3. Самоконтроль у подростков: распределение по уровням

Уровень самооценки	Количество респондентов	%
Низкий (0-3 балла)	4	6,67
Средний (4-6 баллов)	23	38,33
Высокий (7-10 баллов)	33	55

Анализ полученных данных выявил следующие закономерности. Так, у более половины подростков 33 (55%) выявлен высокий уровень самоконтроля. Указанный факт свидетельствует о том, что они обладают способностью контролировать свои эмоции, поведение, мысли и это полезно для достижения успеха как в учебе, так и в жизни в целом. Школьники с высоким уровнем самоконтроля лучше справляются со стрессом, управляют своим поведением и решают проблемы, что в свою очередь способствует развитию более здоровых и конструктивных взаимоотношений со сверстниками. Однако, слишком высокий уровень самоконтроля приводит к избыточной самокритичности, перфекционизму и это негативно влияет на самочувствие и самооценку.

Средний уровень самоконтроля выявлен у 23 респондентов (38,33%), данный результат указывает на потенциал подростков для улучшения способности контролировать свои действия и реакции. Ученики имеют некоторые навыки контроля своих эмоций, поведения и мыслей, но есть еще место для улучшения и развития данной способности.

Развитие самоконтроля может помочь подросткам более эффективно решать проблемы и достигать своих целей, а также уменьшить уровень стресса и тревоги.

Низкий уровень выявлен у 4 респондентов (6,67%), что указывает на проблемы в управлении своим поведением и эмоциями. Эти подростки нуждаются в дополнительной поддержке и тренингах для улучшения своего самоконтроля. Школьники с низким уровнем самоконтроля испытывают затруднения в контроле своих эмоций и поведения, что отрицательно сказывается на их успехах как в учебе, так и в жизни, в целом. Дополнительная поддержка со стороны родителей и педагогов может помочь им развить навыки самоконтроля и улучшить свои результаты.

В таблице 4 представим результаты количественного анализа выявления взаимосвязи экспериментальных переменных исследования.

Таблица 4. Коэффициенты корреляции Пирсона самоконтроля и самооценки

		Самооценка
Самоконтроль	Корреляция Пирсона	,389**
	Знач. (двухсторонняя)	,01
	N	60
**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).		

Анализ полученных данных, выявил значимую положительную корреляцию: $r=0,38$, $p < 0,01$ шкал «самоконтроля» и «самооценки» в исследуемой выборке подростков. Это свидетельствует о том, что подростки, с более высоким уровнем самоконтроля, имеют более высокую самооценку и наоборот, подростки с более низким уровнем самоконтроля склонны проявлять более низкую самооценку.

Для детального анализа взаимосвязи «самоконтроля» и каждого из компонентов самооценки личности был использован метод линейной корреляции Пирсона.

Таблица 5. Коэффициент корреляции Пирсона шкал СЛ и самоконтроля

		Нравствен- ность	Воля	Самостоя- тельность	Креатив- ность	Гармонич- ность	Экстра- версия	Общая самооценка
Само- контроль	Корреляция Пирсона	,221*	,474**	,702**	,197	,287*	,300*	,183
	N	60	60	60	60	60	60	60
**. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)								

Анализ полученных данных выявил наличие значимых положительных корреляций шкал «Самостоятельность», «Воля», «Экстраверсия», «Гармоничность» и «Нравственность» со шкалой «Самоконтроль». Так, у подростков с более высоким уровнем самоконтроля выше уровни самостоятельности, волевых качеств, экстраверсии, гармоничности и нравственности. Слабая связь существует между шкалами «Общая самооценка», «Креативность» и «Самоконтроль», в этом направлении требуются дополнительные исследования.

Выводы. Становление таких компонентов как самооценка, самоконтроль в подростковом возрасте является важным аспектом развития личности и оказывает значительное влияние на жизненные достижения и благополучие школьника. В эмпирическом исследовании установлено, что самооценка и самоконтроль взаимосвязаны. Высокий уровень самооценки подростка обеспечивает его способность к хорошему самоконтролю. Подростки с более высокой самооценкой могут быть более мотивированы и уверены в своих способностях для регулирования своего поведения и достижения

поставленных целей. Подростки с низкой самооценкой напротив, несклонны к успешному самоконтролю. В указанном контексте педагогам и родителям требуется целенаправленная работа с этими школьниками для развития их положительной самооценки, укрепления самоуважения, уверенности в себе и самоконтроля.

Библиография

1. БЫКОВ, С.В. БОБРОВА, И.В. Самоконтроль как фактор формирования ответственности подростков. *Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия Психология*. 2012. № 2 (12). с. 11–14.
2. БИТЯНОВА, Н.Р. *Проблема саморазвития личности в психологии: Аналитический обзор*. М.: МПСИ; Флинта, 2012.
3. ПРИХОЖАН, А.М. *Исследование по методике самооценки Дембо-Рубинштейн*. <https://psychologos.ru/articles/view/80844-metodika-diagnostika-samoocenki-dembo-rubinstejn-modifikacia-am-prihozan>
4. ДЖЕЙМС, У., *Психология*. М.: Педагогика, 1991.
5. ЛИПКИНА, А. И. Самооценка школьника. М. Знание, 2015.
6. ЛЕВИН, К. Теория поля в социальных науках. М.: Академический проект. Психологические технологии. 2023. 343 с.
7. МОТКОВ, О.И. *Методика «Самооценки личности»*. <https://studfile.net/preview/2229520/>.
8. СНАЙДЕР, М. *Методика диагностики оценки самоконтроля в общении*. <https://psylist.net/praktikum/00048.htm>

CZU 159.923.2

ASCULTAREA ACTIVĂ – ABILITATE FUNDAMENTALĂ CARE ADUCE SUCESUL ÎN PROCESUL DE MEDIERE

Silvia BRICEAG, dr., conf. univ.

Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Arte,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți
Maria RUSU, master în psihologie, mediator
Biroul Asociat de Mediatori "Paciurca & Partenerii"

***Abstract.** Active listening is essential for mediators who want to effectively facilitate communication between the parties involved in a conflict. This skill allows the mediator to understand not only the words being spoken but also the emotions and intentions behind them. Through techniques such as paraphrasing, open-ended questions, and feedback, the mediator creates a safe space where participants feel heard and respected.*

The article emphasizes that active listening not only helps clarify issues but also builds trust and fosters a collaborative atmosphere. Mediators who excel in this skill can more easily identify the underlying interests of the parties and facilitate creative solutions, thereby contributing to the success of the mediation process.

***Keywords:** mediation, active listening, communication, trust, feedback, relations, interplay, success*

Introducere

Într-o lume din ce în ce mai aglomerată și plină de zgomot, capacitatea de a asculta cu adevărat a devenit o artă. Ascultarea activă nu este doar o simplă tehnică de comunicare, ci o abilitate esențială care transformă interacțiunile noastre, fie că sunt personale sau profesionale. Această practică ne permite să ne conectăm cu ceilalți la un nivel mai profund, să înțelegem perspectivele lor și să construim relații bazate pe empatie și respect.

Medierea reprezintă acea modalitate de soluționare alternativă a litigiilor pe cale amiabilă, în cadrul unui proces structurat, flexibil și confidențial, cu asistența unui sau mai multor mediatori (1).

Conform Legii cu privire la mediere, „mediatorul este persoană terță, atestată în condițiile prezentei legi, care asigură desfășurarea procesului de mediere în vederea soluționării litigiului dintre părți (1).

Rolul mediatorului este de a ajuta părțile să găsească o soluție convenabilă și durabilă pentru problema lor și să ajungă la un consens, care să satisfacă toate părțile. Mediatorul acționează imparțial și neutru. El nu poate să impună o soluție, aceasta trebuie să apară în procesul negocierilor, însă este responsabil să dezvolte cele mai eficiente tehnici de comunicare, să faciliteze discuțiile și să construiască un acord între părți.

Medierea este o procedură voluntară, se desfășoară într-o totală confidențialitate și se bazează pe încrederea pe care părțile o acordă mediatorului.

Medierea se consideră una dintre cele mai eficiente soluții pentru rezolvarea conflictelor și contribuie la armonizarea vieții sociale (10).

Medierea litigiilor se bucură de următoarele avantaje comparativ cu soluționarea acestora în instanțele de judecată și anume: flexibilitate, costuri reduse, confidențialitate, rapiditate, procedura voluntară și informală, menținerea relațiilor dintre părți, soluții favorabile, complexitate, comoditate (9)

Problema de cercetare.

În contextul medierii, ascultarea activă joacă un rol crucial. Ascultarea activă este o tehnică de comunicare care implică nu doar auzul cuvintelor rostite de interlocutor, ci și înțelegerea și interpretarea mesajelor emoționale și contextuale din spatele acestora. Aceasta presupune un angajament total față de cel care vorbește, implicând atenție, empatie și răspunsuri care să demonstreze că mesajul a fost recepționat corect.

Ascultarea activă presupune mult tact și răbdare din partea mediatorului. Persoanele, în procesul de mediere, vorbesc adesea despre relațiile lor, despre implicațiile lor afective, despre ceea ce ar dori să obțină de la celălalt, despre dorințele lor, pe care, poate, nimănui nu i le-au destăinuit până atunci. Nu admit și nici nu susțin că mediatorul este un duhovnic sau un consultant psiholog, însă în cadrul medierii, mediatorul împreună cu persoanele accesează câmpul de nevoi, interese și dorințe ale acestora, și este absolut normal ca în acest câmp să fie implicate emoții, trăiri, amintiri. Ascultarea activă, printre alte multe roluri, îl are și pe acela de a da încredere părții în a aprofunda problema conflictuală spre a găsi o soluție mulțumitoare (7).

Conceptul de ascultare activă în general, a fost popularizat în anii 1960 de psihologul american Carl Rogers, care l-a integrat în terapia centrată pe client. Rogers considera că pentru a ajuta oamenii să se dezvolte personal și emoțional, este esențial ca terapeuții să asculte activ clienții lor. De-a lungul decadelor, această tehnică a fost adoptată și adaptată în diverse domenii, inclusiv în educație, afaceri și, în cazul nostru, în medierea conflictelor.

Mediatorii trebuie să faciliteze o comunicare eficientă între părțile aflate în conflict, iar abilitatea de a asculta activ este esențială pentru a crea un mediu de încredere și deschidere. Prin ascultarea activă, mediatorul poate identifica nevoile și preocupările fiecărei părți, ceea ce permite găsirea unor soluții satisfăcătoare pentru toți cei implicați.

Mai mult, ascultarea activă ajută la reducerea tensiunilor și la clarificarea neînțelegerilor. Atunci când o parte simte că este ascultată și că punctele sale de vedere sunt luate în considerare, este mai predispusă să coopereze și să participe constructiv la procesul de mediere. Această tehnică contribuie la construirea unei relații de respect și încredere între mediator și părțile aflate în conflict, esențială pentru un rezultat pozitiv.

Ascultarea activă în procesul de mediere implică o atenție conștientă din partea mediatorului, o empatie profundă și un feedback constructiv. Scopul ascultării active al mediatorului este de a crea o conexiune autentică între părți și de a facilita o comunicare eficientă, esențială în relațiile dintre cei, care s-au pomenit într-un impas existențial.

Ascultarea activă numită și ascultare empatică sau ascultare reflexivă, este un mod de a asculta și de a răspunde unei alte persoane, care îmbunătățește înțelegerea și încrederea reciprocă. Aceasta este o abilitate esențială pentru mediatori și părți deopotrivă, deoarece permite ascultătorului să primească și să interpreteze cu precizie mesajul vorbitorului și să ofere apoi un răspuns adecvat. Răspunsul este o parte integrantă a procesului de ascultare și poate fi critic pentru succesul unei negocieri sau medieri. Printre beneficiile sale, ascultarea empatică construiește încredere și respect, permite părților să se elibereze de emoție, reduce tensiunile, încurajează schimbul de informații și creează un mediu sigur, care să conducă la rezolvarea problemelor de colaborare (5)

Ascultarea activă se bazează pe trei componente fundamentale:

Atenție: aceasta este prima și cea mai importantă componentă. Mediatorul trebuie să fie complet prezent în momentul comunicării, eliminând orice distrageri externe. O atenție concentrată a mediatorului permite părților să se simtă valoroase și ascultate. Contactul vizual și gesturile de confirmare exprimate prin încuviințări sau zâmbete pot contribui la sporirea acestui sentiment.

Feedback: odată ce mediatorul a recepționat mesajul, este esențial să ofere feedback. Acesta poate lua forma reformulării sau sumarizării informațiilor transmise, pentru a verifica dacă a înțeles corect. Feedbackul poate include și întrebări deschise, care invită părțile să dezvăluie mai multe detalii sau să clarifice anumite aspecte. Acest proces nu doar că demonstrează că mediatorul este angajat, dar contribuie și la aprofundarea discuției.

Empatie: empatia este capacitatea de a înțelege și de a simți emoțiile celuilalt. Prin ascultare activă, părțile în conflict simt că perspectivele și sentimentele lor sunt recunoscute și validate. Aceasta nu înseamnă că mediatorul trebuie să fie de acord cu tot ceea ce se spune, ci că se arată deschis și înțelegător față de experiențele și emoțiile părților aflate în litigiu. Carl Rogers a descris impactul empatiei asupra celor care o primesc: Când (...) cineva te ascultă cu adevărat, fără să te judece, fără să încerce să-și asume responsabilitatea în locul tău, fără să încerce să te modeleze, te simți al naibii de bine... Atunci când sunt ascultat și auzit, sunt capabil să percep lumea într-un fel nou și să merg mai departe. E uimitor cum probleme care par nerezolvabile devin rezolvabile dacă cineva ascultă; cum confuzii ce par iremediabile se transformă într-o curgere relativ limpede când cineva e ascultat (11, p. 149).

Este imperios necesar de a face o diferență clară între ascultarea pasivă și activă care constă în următoarele: Ascultarea pasivă implică o recepție mai superficială a mesajelor, fără un angajament real din partea mediatorului. Acest lucru se manifestă prin acțiunea de a asculta fără a oferi feedback sau a se implica emoțional, ceea ce duce adesea la neînțelegeri și frustrări. În contrast, ascultarea activă este un proces dinamic și interactiv, în care mediatorul este activ implicat în discuție, se angajează în procesul de comunicare și răspunde într-un mod care încurajează deschiderea și clarificarea.

Mediatorul trebuie să fie mai mult un psiholog decât judecător, chiar dacă natura umană are trăsătura de a judeca. Părțile într-un proces de mediere, trebuie să aibă siguranța că au fost înțelese, nu judecate. Putem avea impresia că suntem înțeleși pentru că am fost ascultați. Aceasta ar putea fi o greșeală. Persoana care ascultă are în general ca primă reacție o judecată, mai degrabă decât un efort de înțelegere. Așa este făcută ființa umană (3, p. 128)

Un prim rol al ascultării active a mediatorului reprezintă facilitarea comunicării între părți. Ascultarea activă joacă un rol fundamental în procesul de mediere, acționând ca un catalizator pentru o comunicare eficientă între părțile implicate într-un conflict. Mediatorii, prin aplicarea tehnicilor de ascultare activă, pot ajuta la depășirea barierelor de comunicare și la clarificarea neînțelegerilor. Acest tip de ascultare permite mediatorului să reflecteze și să reformuleze mesajele transmise de fiecare parte, asigurându-se că toți participanții sunt pe aceeași lungime de undă.

Prin ascultarea activă, mediatorul poate identifica temerile, preocupările și interesele profunde ale fiecărei părți, ceea ce facilitează nu doar comunicarea verbală, ci și înțelegerea

nonverbală. Astfel, ascultarea activă ajută la crearea unui spațiu în care părțile se simt încurajate să își exprime punctele de vedere, contribuind la o discuție deschisă și constructivă.

Al doilea rol al ascultării active al mediatorului este și crearea unui mediu de încredere. Atmosfera de încredere este esențială pentru ca părțile să se deschidă și să își exprime sentimentele și nevoile într-un mod sincer.

În acest context, mediatorul nu este doar un simplu facilitator; el devine un partener în procesul de soluționare a conflictului. Ascultarea activă le oferă părților oportunitatea de a explora și de a discuta nu doar faptele conflictului, ci și emoțiile asociate acestora. De multe ori, resentimentele și fricile nespuse sunt cele care mențin conflictele. Prin ascultarea activă, mediatorul poate ajuta părțile să articuleze aceste sentimente, ceea ce le permite să ajungă la o înțelegere mai profundă a situației.

Ascultarea activă oferă mediatorilor un set de beneficii esențiale care îmbunătățesc calitatea procesului de mediere. Prin îmbunătățirea înțelegerii problemelor, identificarea intereselor subtile și creșterea satisfacției părților implicate, mediatorii pot facilita un proces mai eficient și mai constructiv. Această abordare nu doar că contribuie la soluționarea conflictelor, ci și la construirea unor relații mai sănătoase și mai durabile între părți.

Unul dintre cele mai importante beneficii ale ascultării active constă în formarea relațiilor bazate pe conexiune autentică. Atunci când îl ascultăm activ pe celălalt, pentru a-l înțelege, pentru a afla care sunt emoțiile, nevoile, punctele sale de vedere, viziunea pe care o are asupra unei situații și asupra vieții în general, ne dăm răgazul de a-l cunoaște (2).

Printre beneficiile ascultării active a mediatorului o mai constituie și îmbunătățirea înțelegerii problemelor. Unul dintre cele mai semnificative beneficii ale ascultării active pentru mediatorii este îmbunătățirea înțelegerii problemelor întâmpinate de părțile implicate. Prin aplicarea acestei tehnici, mediatorii pot obține o imagine clară și detaliată a conflictului, inclusiv a contextului și a dinamicii relațiilor dintre părți. Ascultarea activă le permite mediatorilor să înțeleagă nu doar faptele, ci și emoțiile și percepțiile fiecărei părți, oferind o bază solidă pentru analiza situației. Această înțelegere profundă ajută mediatorii să identifice nuanțele și complexitatea conflictului, ceea ce este esențial pentru găsirea unor soluții eficiente și durabile.

Un alt beneficiu al ascultării active al mediatorului este identificarea intereselor subtile. Adesea, conflictele nu sunt doar despre problemele evidente, ci și despre nevoile, dorințele și temerile care stau la baza acestora. Mediatorii care ascultă activ sunt mai capabili să descopere aceste interese profunde, ceea ce le permite să faciliteze discuții care nu doar abordează simptomele conflictului, ci și cauzele acestuia. Identificarea acestor interese subtile ajută mediatorii să dezvolte opțiuni de soluționare care sunt mai relevante și mai acceptabile pentru toate părțile, promovând astfel colaborarea și deschiderea.

În aceeași ordine de idei, un alt beneficiu al ascultării active al mediatorului reprezintă creșterea satisfacției părților implicate. Ascultarea activă a mediatorului contribuie semnificativ la creșterea satisfacției părților implicate în procesul de mediere. Atunci când părțile simt că sunt ascultate și că opiniile lor sunt luate în considerare, ele devin mai dispuse să participe activ în procesul de mediere și să colaboreze pentru găsirea unei soluții. Această satisfacție se traduce nu doar în rezultate mai favorabile, ci și în o experiență mai pozitivă în cadrul medierii. Părțile se simt validate și respectate, ceea ce duce la o îmbunătățire a relațiilor interumane pe termen lung.

Context general

În calitate de instrumente tehnice de ascultare activă, mediatorul poate utiliza:

1. *Reflectarea*, metodă prin care mediatorul reiterează sau reafirmă ceea ce a auzit, punând accent pe emoțiile și sentimentele exprimate de interlocutor. Aceasta ajută la confirmarea înțelegerii și la crearea unui sentiment de empatie. De exemplu, dacă cineva spune: „Mă simt bulversat că nu mi se iau în considerare opiniile”, mediatorul ar putea răspunde: „Îmi dau seama că te simți bulversat și că este important pentru tine să se ia în considerare opiniile.” Această tehnică validează emoțiile interlocutorului și îl încurajează să se deschidă mai mult.

2. *Parafrizarea* este tehnica ce implică reformularea mesajului interlocutorului cu propriile cuvinte pentru a verifica înțelegerea. Aceasta nu doar că arată că mediatorul este atent, ci și că se

străduiește să înțeleagă esența mesajului. De exemplu, dacă cineva discută despre dificultățile întâmpinate în comunicarea cu partea opusă, mediatorul poate parafraza: „Deci, dacă am înțeles bine, ai întâmpinat probleme cu partea oponentă și simți că nu colaborați eficient.” Această tehnică ajută la clarificarea mesajului și la evitarea neînțelegerilor.

3. *Reformularea* este similară cu parafrizarea, dar se concentrează mai mult pe exprimarea ideilor într-un mod care să faciliteze discuția. Aceasta poate include transformarea unui comentariu negativ într-unul constructiv. De exemplu, dacă cineva spune: „Nu mai pot discuta cu soțul meu”, mediatorul ar putea reformula: „Se pare că simți că mediul familial este provocator. Poate am putea explora împreună ce anume nu funcționează?” Această tehnică ajută la redirecționarea conversației către soluții.

4. *Clarificarea* presupune solicitarea de detalii suplimentare sau explicații pentru a asigura o înțelegere corectă. Mediatorul poate folosi întrebări deschise pentru a îndemna interlocutorul să elaboreze. De exemplu, „Poți să-mi dai un exemplu specific al situației care te deranjează?” Aceasta nu doar că ajută la înțelegerea mai bună, dar și la eliminarea ambiguității.

5. *Sumarizarea* este o tehnică prin care ascultătorul reunește informațiile cheie discutate, oferind o imagine de ansamblu. Aceasta ajută la consolidarea mesajului și asigură că toate părțile sunt pe aceeași lungime de undă. De exemplu, la finalul unei discuții, mediatorul ar putea spune: „Deci, am discutat despre frustrările tale legate de echipă, precum și despre dorința ta de a avea o comunicare mai deschisă.” Această tehnică contribuie la clarificarea punctelor discutate și la orientarea discuției către pașii următori.

6. *Încurajarea* reprezintă o tehnică esențială care implică oferirea de suport verbal și non-verbal pentru a stimula părțile să continue să vorbească. Aceasta poate include expresii de încurajare precum „Te rog continuă” sau „Apreciez că împărtășești acest lucru cu mine.” Mediatorul poate utiliza și gesturi precum încuviințarea din cap pentru a arăta că este angajat în conversație.

7. *Validarea* constă în recunoașterea și acceptarea sentimentelor și emoțiilor interlocutorului. Mediatorul poate spune: „Este normal să te simți așa în această situație.” Aceasta ajută părțile să se simtă auzite și respectate, sporind deschiderea și colaborarea.

8. *Întrebări deschise și încurajarea exprimării* care sunt esențiale pentru a încuraja părțile să își exprime gândurile și sentimentele. Aceste întrebări încurajează discuții mai profunde și ajută la descoperirea intereselor subtile. De exemplu, întrebări precum „Cum te-ai simțit când s-a întâmplat acest lucru?” sau „Ce ai dori să se schimbe în această situație?” sunt excelente pentru a promova exprimarea sinceră.

9. *Utilizarea limbajului corporal și a expresiilor faciale* care joacă un rol extraordinar în ascultarea activă. Mediatorul ar trebui să adopte o poziție deschisă, să mențină contactul vizual și să folosească expresii faciale care să reflecte empatia și înțelegerea. Acest tip de comunicare non-verbală completează mesajele verbale și poate transmite un sentiment profund de suport și atenție.

Fața unui om are mai mulți mușchi decât fața unui oricare animal. Iar acești mușchi pot crea o gamă foarte complexă de mesaje emoționale. Nevoia de a crea aceste mesaje este atât de puternică, încât chipul nostru exprimă diverse stări chiar și atunci când suntem singuri și nu ne vede nimeni. Astfel, exersați-vă expresiile faciale pentru a crea expresii pozitive, cum ar fi fericirea, zâmbetul politicos sau ascultarea activă (8, pp. 138,162)

Pe lângă beneficii ascultarea activă a mediatorului se poate ciocni și cu provocări în practică și *bariere* în calea acesteia. Iată câteva dintre cele mai frecvente provocări întâmpinate de mediatori.

Dificultăți în menținerea unei ascultări active. Una dintre cele mai mari provocări este menținerea unei ascultări active pe întreaga durată a medierii. Mediatorii pot fi expuși la discuții intense și emoționale, iar concentrarea constantă asupra interlocutorilor poate deveni obositoare. Distragerile externe, gândurile proprii sau presiunea de a ajunge la o soluție pot interfera cu capacitatea de a asculta activ. Aceasta poate duce la pierderea unor detalii importante, afectând astfel calitatea medierii.

Găsirea echilibrului între empatie și neutralitate. Mediatorii trebuie să fie empatici și să valideze sentimentele părților implicate, dar în același timp trebuie să rămână imparțiali. Această dualitate poate crea tensiune, deoarece o empatie excesivă poate fi percepută ca un favoritism, în timp ce o atitudine prea distantă poate duce la o lipsă de conexiune cu părțile. Menținerea acestui echilibru este crucială pentru a facilita un mediu de mediere productiv și echitabil.

Gestionarea emoțiilor personale în timpul medierii. Mediatorii nu sunt imuni la emoțiile personale, iar gestionarea acestora poate fi o provocare majoră. Emoțiile precum frustrarea, anxietatea sau stresul pot influența modul în care mediatorul percepe și reacționează la situație. Aceasta poate afecta, de asemenea, capacitatea de a asculta activ și de a oferi suport părților. Este esențial ca mediatorii să fie conștienți de propriile emoții și să dezvolte strategii pentru a le gestiona, astfel încât acestea să nu interfereze cu procesul de mediere.

Există diverse bariere care pot împiedica ascultarea activă, inclusiv prejudecăți, stereotipuri sau asumarea că se cunoaște deja perspectiva mediatorului. Aceste bariere pot duce la interpretări greșite și la o comunicare inefficientă. De asemenea, condiții externe precum zgomotul, stresul sau lipsa de timp pot afecta concentrarea și capacitatea de a asculta activ. Provocările în practicarea ascultării active sunt multiple, dar conștientizarea lor este primul pas către depășirea acestora. Mediatorii trebuie să își dezvolte abilitățile de auto-reflecție și gestionare a emoțiilor, să fie atenți la barierele în calea ascultării și să găsească un echilibru sănătos între empatie și neutralitate. Prin abordarea acestor provocări, mediatorii pot îmbunătăți calitatea procesului de mediere și pot crea un mediu propice pentru soluționarea eficientă a conflictelor.

Autoarea Madelyn Burley-Allen prezintă pe larg metodele în ghidul său. Arta de a asculta ce spun cei din jurul tău și succesul în viață” prin care oricine își poate perfecționa abilitatea de a asculta activ, eficient, precum și modalitățile de utilizare practică a acestei abilități în viața personală și profesională. Grație acestor tehnici, care și-au demonstrat eficacitatea în timp, oricine poate învăța:

- cum sa eliminati perturbarile interne si externe, pentru a va concentra mai activ asupra conversatiei;
- cum sa identificați cuvintele cheie și ideile centrale ale mesajului transmis;
- cum sa evitați influențele prejudecăților și ale ideilor preconceptuate asupra ascultării;
- cum sa interpretați limbajul corporal;
- cum să adresați întrebări constructive, pentru a obține informațiile dorite;
- cum să-i determinați pe ceilalți sa va asculte;
- cum să dobândiți o serie de abilități practice, utile atât în viața personală, cât și în cea profesională (4).

Ascultarea activă este o competență esențială în domeniul medierii, având un impact profund asupra eficienței procesului și asupra relațiilor interumane. Într-o lume în care conflictele sunt inevitabile, abilitatea de a asculta cu adevărat, de a înțelege și de a răspunde cu empatie este fundamentală pentru mediatorii pentru atingerea succesului. Aceasta nu doar că facilitează comunicarea, dar și contribuie la crearea unui mediu în care părțile se simt respectate și auzite.

Pentru mediatorii aspiranți, dezvoltarea abilităților de ascultare activă ar trebui să fie o prioritate. Aceasta poate implica participarea la cursuri de formare, practică constantă în medii de simulare, precum și auto-reflecție asupra interacțiunilor anterioare. Mediatorii trebuie să își exerseze tehnici precum reflectarea, parafrizarea și clarificarea, pentru a deveni mai competenți în gestionarea discuțiilor dificile. De asemenea, cultivarea empatiei și a abilităților de gestionare a emoțiilor personale este esențială pentru a putea asculta activ fără prejudecăți.

Să știi să taci, să nu-ți fie teamă de tăcere, să nu reacționezi imediat, să fii realmente disponibil pentru celălalt, să dai dovadă de empatie: acestea sunt atitudinile adecvate ce trebuie adoptate și mai ales dezvoltate pentru a-l asculta cu adevărat pe celălalt. Să știi să ascuți este o competență pe cât de rară, pe atât de prețioasă (12).

Investiția în aceste abilități nu doar că va îmbunătăți calitatea medierii, dar va și contribui la dezvoltarea profesională și personală a mediatorului. Un mediator bine pregătit și capabil să

asculte activ va reuși să creeze un spațiu de dialog constructiv, facilitând soluționarea eficientă a conflictelor.

Concluzii

Impactul ascultării active asupra procesului de mediere este profund și de amploare. Mediatorii care practică ascultarea activă contribuie la clarificarea problemelor, identificarea intereselor subtile și ascunse și generarea de soluții creative care să satisfacă toate părțile implicate. Aceasta duce la rezultate mai durabile și la o experiență de mediere mai pozitivă, în care părțile se simt implicate și valorificate.

Pe lângă beneficiile imediate în mediere, ascultarea activă are un impact semnificativ asupra relațiilor interumane. Când oamenii se simt ascultați și înțeleși, relațiile lor se îmbunătățesc. Încrederea și respectul reciproc cresc, facilitând comunicarea deschisă și colaborarea. Acest lucru nu doar că reduce conflictele, dar contribuie și la construirea unei culturi de dialog și cooperare.

În concluzie, ascultarea activă este un instrument esențial în mediere, având un impact semnificativ asupra modului în care părțile interacționează. Prin facilitarea unei comunicări deschise și prin crearea unui mediu de încredere, mediatorii pot transforma conflictele în oportunități de colaborare și de înțelegere. Această abordare nu doar că îmbunătățește calitatea medierii, ci și contribuie la dezvoltarea relațiilor interumane pe termen lung, promovând o cultură a dialogului și a respectului reciproc.

Astfel, ascultarea activă este o abilitate indispensabilă pentru mediatorii, grație căreia, mediatorii nu doar că îmbunătățesc calitatea medierii, ci și contribuie la o societate mai armonioasă, în care dialogul constructiv și empatia devin normă.

Ascultarea activă nu este o abilitate înnăscută. Cei care cultivă obiceiul perseverenței par a fi asigurați împotriva eșecului. Indiferent de câte ori sunt învinși, reușesc în cele din urmă să ajungă sus (6, p. 109).

Bibliografie

1. Legea nr.137 din 03.07.2015 cu privire la mediere. *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*. 2015, nr. 224-233. Online. Disponibil: <https://mediere.gov.md/sites/files/document/attachments/pdf> [accesat 2024-03-11].
2. BĂLAN, Adelina. *Ce este ascultarea activă și cum poți să devii un bun ascultător*. Blog post. Disponibil: <https://fainsisimplu.ro/ce-este-ascultarea-activa> [accesat 2024-03-11].
3. BRACONNIER, Alain. *Cum să asculți și să te faci ascultat*. București: Trei, 2019. ISBN 978-606-40-0654-3.
4. BURLEY-ALLEN, Madelyn. *Arta de a asculta ce spun cei din jurul tău și succesul în viață*. București: Teora, 2008. ISBN 9781594960413.
5. COMEAGA, Irina. *Ascultarea empatică-tehnică esențială în mediere*. Online. Disponibil: <https://www.medierenet.ro/2014/ascultarea-empatica-mediere/> [accesat 2024-03-11].
6. HILL, Napoleon; Dale CARNEGIE și Joseph. MURPHY. *Secretele celor trei maestri ai succesului pentru a-ți schimba viața*. București: Curtea Veche, 2013. ISBN 978-606-588-834-0.
7. ILIE, Dorin. *Cum te ajută mediatorul*. Online. Disponibil: <https://www.biroulmediatorilor.ro/mediatorul.html> [accesat 2024-03-11].
8. JAMES, Judi. *Manual de gesturi*. București: Curtea Veche, 2009. ISBN 978-606-44-0056-7.
9. Ministerul Justiției al Republicii Moldova. Consiliul de Mediere. *Avantajele medierii*. Online. Disponibil: <https://mediere.gov.md/ro/content/avantaje-medierii> [accesat 2024-03-11].
10. Ministerul Justiției al Republicii Moldova. Consiliul de Mediere. *Ce este medierea?* Online. Disponibil: <https://mediere.gov.md/ro/content/ce-este-medierea-ro> [accesat 2024-03-11].

11. ROSENBERG, Marshall. *Comunicarea nonviolentă*. București: Ponte, 2014. ISBN: 978606840513.
12. SUTU, Alexandru-Mihai. *Ascultarea activă*. Online. Disponibil: <https://www.scribd.com/doc/227361491/Ascultarea-Activa> [accesat 2024-03-11].

CZU 159.922.8:004

ADOLESCENȚII ÎN ERA DIGITALĂ

Elena LOSÎI, dr. în psihologie, conf. univ.,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

***Abstract.** The development of information technologies, as well as the degree of accessibility to the various gadgets, have changed the way we learn, communicate, interact and work. Diverse opportunities and benefits from an economic and social perspective were the result of this evolution, but also the emergence of new challenges. Unfortunately, not everyone can control the number of hours they spend in front of gadgets. Many become addicted to modern technologies and teenagers are at the top of the list of those who are most vulnerable to these challenges. Numerous studies on this issue have shown that adolescents are more exposed to addictive behavioral problems due to their age specific psychological characteristics. The risks and consequences of gadget-dependent behaviors in adolescents are presented in this article.*

***Key-words:** addictive behaviors, gadget addiction, internet addiction, teenagers.*

În ultimul deceniu atestăm o dezvoltare uriașă a tehnologiei informației și comunicațiilor, iar apariția și extinderea internetului a făcut posibilă crearea unor rețele globale complexe de comunicare și colaborare. Aceste noi tehnologii au transformat felul în care învățăm, comunicăm, interacționăm și lucrăm. Această evoluție a adus cu sine oportunități și beneficii diverse din punct de vedere economic și social, dar și apariția unor noi provocări. Cu regret, nu toți pot să-și controleze numărul de ore pe care le petrec în fața gadget-urilor. Mulți ajung să devină dependenți de tehnologiile moderne. Și cei mai vulnerabili în fața acestor provocări sunt adolescenții. Numeroase studii întreprinse asupra acestei probleme denotă că adolescenții datorită unor caracteristici psihologice, cum ar fi mai puțin control al impulsurilor, mai săraci în planificarea pe termen lung, tendința de a minimiza riscurile față de comportamentele de risc, etc, sunt mai expuși la apariția problemelor comportamentale adictive [1, 2, 4, 10]. Totodată, în această perioadă de vârstă se dezvoltă intens sentimentul maturității și independența față de adulți, fapt ce-i determină să utilizeze excesiv telefonul, computerul sau tableta pentru a se simți independenți, maturi, lideri, stăpâni pe propriile decizii și comportamente și a depăși unele dificultăți psihologice specifice acestei perioade de vârstă. Timpul pe care adolescenții îl petrec de obicei pe telefoane și alte dispozitive se poate rezuma la: socializare cu alți colegi și prieteni, explorarea intereselor personale, jocuri online, ascultarea de muzică, efectuarea temelor școlare, vizionarea de filme sau de programe televizate etc. Astfel, ei ating starea de confort psihologic, inclusiv în stabilirea relațiilor sociale, de comunicare și de prietenie, care sunt deosebit de importante în această perioadă de dezvoltare.

În prezent nu există un consens asupra definiției comportamentului dependent și asupra diferitelor forme de comportamente dependente. Totuși, de exemplu, utilizarea excesivă a telefonului este definită ca o formă de comportament caracterizată de utilizarea compulsivă a dispozitivului, care are ca consecință diferite manifestări de rău fizic, psihoemoțional sau social [11, p.434]. Cunoscuta cercetătoare a problemei dependenței de gadget-uri C. Young definește dependența de internet drept o tulburare mintală ce se caracterizează prin dificultăți de control al impulsurilor, incapacitate de deconectare de la internet, iar simptomele clinice ale acestui tip de dependență sunt asemănătoare cu cele ale dependenței de jocurile de noroc compulsive. În

literatura de specialitate sunt expuse două modele de definire ale dependenței de internet sau de smartphone-uri: modelul care face referire la dificultatea controlului impulsiv (DellOsso, Marazziti, Holander, 2006) și modelul obsesiv-compulsiv. Evaluarea comportamentului dependent de internet include prezența a patru elemente:

1. Utilizarea excesivă a internetului, adesea asociată cu o pierdere a noțiunii timpului sau o neglijare a activităților de bază.
2. Retragerea, inclusiv prezența unor sentimente de furie, tensiune și/sau depresie, atunci când computerul este inaccesibil.
3. Toleranță, inclusiv necesitatea unui echipament de computer mai bun, software mai performant sau mai multe ore de utilizare.
4. Consecințe negative: minciuni, rezultate școlare sau vocaționale slabe, izolare socială și oboseală permanentă [11, p.435].

Toată lumea utilizează tehnologiile contemporane. Ele ne ușurează foarte mult existența. Doar că cercetătorii menționează faptul că aflarea unei perioade îndelungate în fața ecranelor și pe internet devine o problemă atunci când acest fapt afectează capacitatea unui copil de a avea o viață normală. Cu referire la dependența de internet, cercetătorii consideră că un comportament excesiv (sau, în unele cazuri, deranjant) nu justifică în totalitate diagnosticarea dependenței comportamentale, ci mai degrabă incapacitatea individului de a restrânge activitatea în pofida consecințelor negative și este ceea ce reprezintă semnul distinctiv al procesului de dependență [5, 6, 12]. Televiziunea, computerul, telefonul și jocurile online îi expun pe copiii unui număr foarte mare de stimuli pentru creierul lor, iar acest lucru îi poate determina să nu-și dorească să ia pauze, să uite de obligațiile cotidiene sau să renunțe la somn și alimentație, să aibă un regim dezordonat de viață. În studiile de specialitate sunt expuse numeroase comportamente ce denotă instalarea dependenței de internet: pierderea noțiunii timpului atâta timp cât este online, reduce orele de somn necesare pentru a petrece timp online; preferă să petreacă timpul în fața gadget-urilor în detrimentul timpului petrecut cu prietenii sau familia, pierde interesul pentru activitățile pentru care altă dată era interesat, manifestă comportamente de agresivitate, furie atunci când timpul petrecut online este întrerupt etc. Dependența de tehnologii aduce, ca și celelalte dependențe de fapt, schimbări negative în comportamentul copiilor. Tehnologia are un impact negativ asupra copiilor dacă aceștia petrec atât de mult timp pe ecrane încât renunță regimul normal de viață, la mâncare, somn, la efectuarea temelor sau la petrecerea timpului cu prietenii și familia. Deseori adolescenții sun prinși în fluxul, febra, curgerea jocului. Brad Marshall menționează că starea de flux este asociată cu distorsiunea percepției timpului. E un mod mai pretențios de a spune că jucătorii se pierd în zona lor de plăcere și pierd noțiunea timpului. Ele definește fluxul drept „o stare mentală pe care jocurile i-o produc și sunt create cu intenția de a i-o produce unui jucător, stimulându-i stările de excitație, făcându-l să devină extrem de concentrat și să-și concentreze atenția exclusiv pe ceea ce face pe moment” [9, p.33]. Cercetările sugerează că utilizarea intensă a internetului poate fi, de asemenea, un factor de risc pentru stări anxioase și agresive, în special în rândul adolescenților. Studiile demonstrează că atunci când copiii petrec prea mult timp în internet manifestă comportamente de izolare socială în viața reală, stări de nervozitate și anxietate, capacități reduse de concentrare și nivel mic de angajament în alte activități [8].

Modelele psihologice și sociale ale înțelegerii adicției pun accent pe faptul că ea se dezvoltă treptat, de-a lungul timpului, și că poate fi mai bine înțeleasă ca o metodă învățată de adaptare la medii specifice, dar o metodă care poate deveni puternică și compulsivă. Diverse teorii se concentrează pe aspecte diferite ale adicției, de exemplu: este o alegere (Heyman, 2013) și/sau o metodă de a trata durerea fizică sau psihologică insuportabilă (Khantzian, 1985). Într-un studiu aprofundat asupra 98 de teorii și modele din domeniul adicției, profesorul Robert West și dr. Jamie Brown de la University College, Londra, au definit o „*teorie sintetică a adicției*”. Teoria lor este foarte explicită și atotcuprinzătoare, explicând diferite forme ale adicției și arată că aceasta este legată de alte comportamente în care rațiunea este înfrântă de stimulii și motivații puternice. Este o metodă utilă de abordare a adicției. Toți avem capacitatea de a deveni dependenți de diferite obiecte sau substanțe, în diferite momente ale vieții, în funcție de ce ni se întâmplă și de

împrejurări, și toți avem capacitatea de a depăși această etapă. Problema nu este că unii dintre noi au o boală și alții nu o au. Modul de dezvoltare a unei adicții este influențat genetic., dar nu poate fi redus doar la vulnerabilitate genetică, chiar dacă această explicație este o metodă atrăgătoare de rezolvare a unor probleme complexe și dificile. Nu putem înțelege pe deplin comportamentele dependente dacă nu suntem dispuși să ne punem în locul celor pe care i-a afectat și, pentru a face asta, avem nevoie să ne gândim la influența extrem de negativă a stigmatizării asupra modului în care este văzută dependența în societatea în care trăim [7, p.25].

În cazul adicției nonsubstanță, cum este cea de tehnologii, caracteristicile mediului extern și ale contextului interpersonal au rolul de trigger în declanșarea și manifestarea tulburării de adicție. În DSM – 5 sau ICD – 10 până nu demult era descrisă doar forma de dependență de substanțe, adică cea fiziologică. Recent, în 2013, a fost inclusă și dependența de jocuri. Cu toate acestea, practica clinică ne conduce la constatarea unui fapt evident, și anume existența unui comportament de dependență legat de alte activități și care implică apariția unor noi forme de dependență [11, p.433]. Constatările neuroimagistice au arătat că, indiferent de prezența sau absența unei substanțe psihoactive, la nivel neurobiologic, ariile care susțin comportamentele de recompense și plăcere se activau în diferite situații de dependență și manifestare a unor comportamente compulsive și impulsive. Aceste rezultate de la nivelul substratului neurobiologic au permis includerea manifestărilor de dependență psihologică și fiziologică (chimică) sub aceeași perspectivă, definind totodată, noi forme de experiență a adicției. Cu referire la apariția și manifestarea comportamentelor dependente, cercetările experimentale de durată au arătat că persoanele cu dependență de substanțe prezintă un risc mai mare de a dezvolta și alte dependențe patologice, cum ar fi cea de tehnologii sau cumpărături, iar persoanele care au comportamente dependente de jocuri sau dependența de internet au mai multe șanse să abuzeze de alcool, tutun sau alte droguri. Acest fapt denotă existența unei corelații între diferite tipuri de dependență, fapt ce poate fi explicat, argumentat prin existența unui mecanism psihologic comun de adicție.

Pe baza experienței clinice și a rezultatelor obținute din cercetările anterioare, au fost stabilite opt caracteristici clinice primare ale dependenței de internet:

1. *Preocuparea*: o dorință puternică pentru internet, gânduri persistente privind activitatea online anterioară sau anticiparea următoarei sesiuni online; utilizarea internetului este activitatea dominantă în viața de zi cu zi.
2. *Retragerea*: manifestată printr-o dispoziție disforică, anxietate, iritabilitate și plictiseală după câteva zile sau chiar ore fără activitate pe internet.
3. *Toleranța*: nevoia de creștere semnificativă a utilizării internetului, necesară pentru a atinge satisfacția psihoemoțională.
4. *Dificultățile de control*: dorința persistentă și/sau încercări nereușite de a controla, a reduce sau întrerupe utilizarea internetului.
5. *Nerespectarea consecințelor nocive*: utilizarea excesivă și continuă a internetului în ciuda conștientizării consecințelor, precum problemele fizice sau psihice persistente sau recurente cauzate de utilizarea internetului.
6. *Comunicarea și interesele, interacțiunile sociale directe (face to face) se diminuează*: pierderea interesului pentru anumite activități anterioare și hobby-uri, pentru activitățile de divertisment, ca rezultat direct al utilizării internetului.
7. *Ameliorarea emoțiilor negative*: folosirea exclusivă a internetului pentru a estompa sau a ameliora o dispoziție disforică (de exemplu, sentimente de neputință, vinovăție, anxietate).
8. *Tendința de a se ascunde de prieteni și rude*: raportarea falsă a costurilor/timpului implicării pe internet către membrii familiei, terapeut și alte persoane [11, p.435].

În urma studiilor din ultimii ani cercetarea psihologică asupra tulburărilor legate de adicție a cunoscut o profundă reevaluare. Ca urmare a fost reformulată perspectiva cu privire la reabilitarea persoanelor cu probleme comportamentale dependente. S-au conturat noi modele de apreciere și direcții de reabilitare a persoanelor cu comportamente adictive. Aceste modele se referă la patru factori centrali, din perspectiva cărora se intervine:

1. Perspectivele și tehnicile din domeniul neuroștiințelor;

2. Abordarea bazată pe fapte evidente cu scopul individualizării intervenției de specialitate;

3. Abordarea transdiagnostică orientată pe proces, care ia în considerare procesele legate de abilitățile cognitive, emoționale și sociale deoarece deficitul legate de aceste dimensiuni se manifestă constant în rândul persoanelor cu tulburări de dependență;

4. Recunoașterea constructului de dependență comportamentală, care se referă la faptul că unele comportamente repetate afectează funcționalitatea personalității și pot fi conceptualizate ca tulburări de dependență, inclusiv în situațiile când nu există consum de substanțe psihoactive [11, p.436].

Numeroase studii au constatat influența negativă pe care devic-urile le pot avea asupra copiilor și adolescenților. În acest context, au fost studiate tehnicile de mediere pe care părinții le adoptă pentru a scădea impactul negativ al acestora sau a preveni o influență negativă. Nathanson constată că în literatura de specialitate persistă descrierea a trei tipuri de tehnici de mediere, utilizate de către părinți, în funcție de vârsta copiilor și de informațiile difuzate în media și de implicare a părinților:

1. *Medierea factuală* se realizează atunci când părintele oferă explicații asupra modului în care este produs și prezentat conținutul media. Singer și Zuckerman menționează că atunci când copiii beneficiază de acest tip de mediere, aceștia dovedesc o mai bună cunoaștere a materialului media și o dezvoltare a competențelor de analiză critică a conținutului. În pofida faptului că acest tip de mediere are o influență pozitivă asupra capacității copilului de a înțelege conținutul, acest tip nu este eficient în combaterea stereotipurilor sau diminuarea agresivității.

2. *Tehnicile de mediere evaluative* se referă la discuțiile dintre părinți și copii cu privire la conținutul media, explicațiile pentru interpretarea sensului sau a semnificațiilor acestuia, emiterea unor judecăți de valoare, explicații pentru realizarea dintre real și imaginar. Aceste tehnici presupun atât vizionarea împreună, cât și interpretarea conținutului media de către copil în urma discuțiilor cu părinții. Interpretarea conținutului vizualizat scade influența negativă a conținuturilor media asupra comportamentului copiilor și la formarea unei percepții corecte a realității, îl învață să facă distincție între lumea reală și cea virtuală.

3. *Tehnicile de mediere restrictive* fac referire la implementarea regulilor și la constrângerile privind utilizarea tehnologiilor digitale și a accesului la internet. Acest tip de mediere presupune stabilirea regulilor sau a limitelor de către părinți în utilizarea gadget-urilor de către copii. Aceasta poate avea 2 forme: fixarea regulilor pentru timpul acordat și pentru conținutul urmărit. Timpul și conținutul permis copiilor pentru a fi accesat pot fi folosite ca stimulări, recompense sau ca pedepse [3, p.259].

Există o legătură între stilurile educaționale adoptate de către părinți și tipul de mediere. Astfel, Eastin și colaboratorii săi au stabilit că părinții autoritari utilizează tehnici de mediere evaluative în mai mare măsură decât părinții autocrați sau cei dezinteresați. Totodată, tehnicile de mediere adoptate de către părinți sunt influențate și de nivelul socioeconomic și cultural al familiei, de statutul marital al părinților și de vârsta sau genul copiilor. În familia nucleară este mai frecvent întâlnită medierea activă, iar în familia monoparentală, când copilul este crescut de mamă, există mai puține reguli legate de timpul petrecut în fața televizorului sau în internet. Astfel, tehnicile de mediere active sunt utilizate preponderent în relațiile cu adolescenții, iar tehnicile de mediere restrictive, ce presupun limite de conținut și timp, sunt utilizate mai frecvent de către părinți pentru băieții adolescenți [3, p.261].

Evident că controlul parental presupune restricții în legătură cu utilizarea tehnologiei și de reguli clare despre ce conținut este acceptabil sau nu. Acesta poate fi un control parental în grad ridicat de supraveghere personal, sau control prin diverse filtre, pentru a urmări utilizarea internetului, cu impunerea unor restricții și reguli clare în ceea ce privește limita folosirii tehnologiei. Totuși cel mai potrivit stil parental, este cel, care reușește să îmbine armonios atât afecțiunea părintească cât și controlul parental. Putem obține acest lucru doar prin comunicarea neîntreruptă și asertivă în familie.

Utilizarea tehnologiilor informaționale în exces de către adolescent nu afectează atât de mult timpul petrecut în familie, cât mai ales calitatea relației părinte-adolescent. Golde menționează trei aspecte importante pe care părintele ar trebui să le ia în calcul în crearea unui climat familial suportiv pentru copiii săi, dar mai ales pentru ca tehnologia digitală să nu influențeze negativ relațiile din interiorul familiei:

1. Conștientizați-vă stilul parental și cultura familială.
2. Înțelegeți lumea digitală și nevoia de a o utiliza a generației Z.
3. Elaborați un plan familial pentru tehnologie și stabiliți reguli pentru utilizarea media ca să vă asigurați că tehnologia are un impact pozitiv asupra dezvoltării copilului [3, p. 263].

Generația Z are caracteristici unice pentru a crește în era digitală, era în care informațiile sunt partajate și transmise în timp real de la un utilizator la altul sau la un întreg grup de utilizatori. În pofida faptului că perioada adolescenței aduce modificări semnificative în relația părinte-adolescent, fiind o perioadă marcată de dispute sau conflicte frecvente și tumultuoase, s-a constatat că aceste conflicte sunt generate și de deciziile părinților de a limita accesul la tehnologiile digitale. Deși nivelul de control și implicare parentală descresc pe măsură ce copilul înaintează în vârstă, adoptarea tehnicilor de mediere în utilizarea tehnologiilor digitale și a internetului este necesară, indiferent de vârsta copiilor [3, p. 264].

În concluzie, menționăm faptul că tehnologia a devenit o parte componentă și importantă a copiilor noștri. Și aceste devic-uri trebuie să fie folosite eficient pentru studiu, pentru dezvoltare personală, pentru comunicare și relaxare, dar trebuie utilizate în siguranță, nu în dauna activităților și comunicării reale. Este important ca părinții să conștientizeze prezența și necesitatea acestora în viața copiilor, dar și impactul negativ pe care-l pot avea atunci când sunt utilizate necontrolat și fără limită de timp. Este evident că tehnologia digitală aduce multe beneficii copiilor și adolescenților atunci când este folosită în siguranță, cu limite de timp. Pentru a utiliza tehnologia cu moderație este necesar ca părinții /familia să ocupe o poziție activă, să asigure un control parental în selectarea jocurilor video, alegerea programelor televizate adecvate vârstei copilului, nivelului său de dezvoltare, implicarea copiilor în treburile casnice, activități comune cu membrii familiei etc.

Utilizarea internetului de către copii și adolescenți a devenit o parte componentă relevantă a vieții de zi cu zi. Cercetările semnalează existența unor devieri cognitive, emoționale și comportamentale în caz de utilizare în exces a gadget-urilor. Tocmai din acest motiv misiunea părinților și a altor actori sociali care participă la educația generației în creștere este de ai ajuta să navigheze pe internet în mod sănătos și adecvat vârstei lor. Este important ca părinții sau adulții din viața copiilor să stabilească limite și reguli clare în ceea ce privește timpul în fața ecranelor și în internet, să înțeleagă ce fac copiii lor online, pentru a se simți încrezători că aceștia accesează conținuturi media bune. Folosirea gadget-urilor pentru a socializa cu prietenii, a pregăti teme, a se relaxa ascultând muzică, a explora universul, nu ar trebui să fie o problemă, atât timp cât totul se petrece cu moderației și cât timp de accesează un conținut informațional adecvat vârstei. Internetul poate avea multe funcții educative. Adolescenții ar putea fi încurajați să citească lucruri noi despre ceea ce îi pasionează, să folosească internetul drept resursă pentru diverse teme și proiecte la școală sau să acceseze jocuri care să le dezvolte flexibilitatea, gândirea critică, creativitatea și capacitatea de gândire strategică. Dar, în general, activitatea online a copiilor și adolescenților trebuie monitorizată. Este esențial ca părinții să cunoască ce site-uri accesează copiii în mod regulat, să urmărească cât timp stau zilnic online și să observe ce activități desfășoară. Părinții trebuie să se învețe să aibă o atitudine deschisă și flexibilă pentru a înțelege motivele pentru care copiii și adolescenții își doresc tot mai mult timp pe internet. Dar, cred că aspectul cu un puternic impact educativ este puterea exemplului. Toți membrii familiei ar trebui să aibă un program adecvat și echilibrat de utilizare a dispozitivelor digitale și a internetului, să păstreze un echilibru în ceea ce privește utilizarea tehnologiilor digitale.

Bibliografie

1. ADAMS, G., BERZONSKY, M. *Psihologia adolescenței: Manualul Blackwell.*

- Iași: Polirom, 2009. 704 p. ISBN 978-973-46-1303- 8-1.
2. BRAD, M. *Copiii și lumea virtuală: program în 7 pași pentru vindecarea copilăriei copilului tău*. București: For You, 2020. ISBN 978-606-639-365-2.
 3. BONCHIȘ, E. (coord.) *Generația Z: o perspectivă psihologică și educațională*. Iași: Polirom, 2021. ISBN 978-973-46-8384-0.
 4. DUCANDA, Anne-Lise. *Copiii în fața ecranelor: cum îi protejăm*. București: Corint print, 2023. ISBN 978-606-088-095-0.
 5. MATE, G. *Pe tărâmul fantomelor înfometate. Prizonieri în lumea dependenței*. București: Ed. Herald, 2019. ISBN 978-973-111-581-8.
 6. GOLDEBERG, R. *Dependențele copiilor și tinerilor. Lupta pentru libertate*. București: Univers Enciclopedic Gold, 2016. ISBN 978-606-704-150-0.
 7. SVANBERG, J. *Addiction. Psihologia dependenței și a comportamentului adictiv*. București: Prior, 2019. ISBN 978-973-88195-6-6.
 8. MARHAN, A. M. *Psihologia utilizării noilor tehnologii*. Iași: Ed. Institutul European, 2007. ISBN 978-973-611-513-4.
 9. MARSHALL, B. *Copiii și lumea virtuală*. București: For You, , 2020. 263 p. ISBN 978-606-639-365-2.
 10. PALLADINO, L. *Copiii în epoca dependenței de tehnologie*. Iași: Polirom 2015. ISBN 978-973-46-5267-9.
 11. PÂNIȘOARĂ, G. *Parenting de la A la Z: 83 de teme provocatoare pentru părinții de zi*. Iași: Polirom, 2022. ISBN 978-973-46-8782-4.
 12. HERMEZIU, C. (coord.) *Viața pe Facebook: dau like, deci exist*. Iași: Polirom, 2020. ISBN 978-973-46-8070-2.

CZU 377:37.015.3

ASPIRAȚII PROFESIONALE ȘI ADAPTARE ACADEMICĂ ÎN RÂNDUL ELEVILOR DE COLEGIU

Svetlana RUSNAC, dr., conf. univ.,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
Galina DABIJA, master în psihologie,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Annotation. *The study examines the relationship between professional aspirations and the social and academic adaptation of college students, highlighting the influence of sociodemographic characteristics and the language of instruction. The results reveal fluctuations in the process of professional identity formation and significant challenges in time management. Educational interventions and counseling programs are proposed to enhance students' academic and professional success.*

Keywords: *professional aspirations, academic adaptation, professional identity, counseling, students, college.*

Introducere

Aspirațiile profesionale și adaptarea academică reprezintă două dimensiuni esențiale ale parcursului educațional al elevilor din colegiu, influențându-se reciproc și jucând un rol central în dezvoltarea lor personală și profesională. Literatura contemporană subliniază importanța acestor factori în conturarea succesului educațional, în special în contextul provocărilor academice și sociale pe care elevii le întâmpină în perioada colegiului [7]. Studiile recente explorează legătura dintre aspirațiile profesionale ale elevilor, motivația lor intrinsecă, și capacitatea de adaptare la cerințele mediului academic, relevând diferențe semnificative în funcție de factori individuali și contextuali.

Conform lui Eccles și Wigfield [3], aspirațiile profesionale reflectă obiectivele de carieră ale elevilor, care sunt influențate de percepțiile despre propria competență, valorile personale și suportul social. Aceste aspirații sunt modelate de mediul socio-cultural, de interacțiunile cu profesorii și colegii, dar și de accesul la informații și resurse educaționale. Elevii care își formulează obiective profesionale clare demonstrează adesea o motivație academică mai ridicată și o implicare crescută în activitățile școlare [6]. Totuși, aspirațiile nerealiste sau insuficient susținute de competențele actuale pot genera frustrări și dificultăți de adaptare.

Pe de altă parte, adaptarea academică este un construct complex care implică integrarea elevului în viața academică și socială a colegiului, precum și capacitatea acestuia de a gestiona stresul și de a răspunde cerințelor curriculare [1]. Adaptarea academică depinde de factori precum reziliența personală, sprijinul social, și nivelul de compatibilitate între așteptările elevilor și realitățile mediului educațional. Studiile recente evidențiază importanța abilităților de autoreglare, precum și a programelor de suport educațional, în facilitarea unei tranziții armonioase către colegiu [2, 4].

Intersecția dintre aspirațiile profesionale și adaptarea academică este deosebit de relevantă, întrucât aceste două dimensiuni contribuie la menținerea angajamentului față de educație și la reducerea riscului de abandon școlar. Într-un context educațional din ce în ce mai divers și orientat spre performanță, este esențial să înțelegem cum pot fi cultivate aspirațiile profesionale ale elevilor și cum poate fi sprijinită adaptarea lor academică [8]. Studiile sugerează că intervențiile educaționale și consilierea pot juca un rol crucial în sprijinirea elevilor în clarificarea obiectivelor de carieră și în dezvoltarea strategiilor de adaptare la provocările academice.

Această lucrare își propune să exploreze corelația dintre aspirațiile profesionale și adaptarea academică în rândul elevilor de colegiu, evidențiind importanța acestui subiect în procesul de formare a tinerilor și sugerând direcții de intervenție educațională bazate pe cele mai recente descoperiri din literatura de specialitate.

Metodologie și metode de cercetare

Cercetarea de față își propune să exploreze aspectele adaptării psihosociale și la solicitările academice ale elevilor de colegiu, având drept scop identificarea modului în care aceștia reușesc să facă față provocărilor mediului educațional și să își construiască identitatea profesională. Prin această abordare, se urmărește determinarea relației dintre adaptare și statutul de identitate profesională în contextul cerințelor academice.

Scopul cercetării constă în identificarea aspectelor adaptării psihosociale și la solicitările academice ale elevilor de colegiu. În acest sens, studiul analizează modul în care elevii se adaptează la mediul nou social și educațional, precum și la solicitările impuse de procesul de învățământ, precum și formarea identității lor profesionale.

Ipoteza cercetării susține că identitatea profesională și nivelul adaptării la mediul social și solicitările academice sunt determinante pentru succesul educațional și integrarea elevilor în colegiu, precum și pentru formarea identității profesionale.

Eșantionul cercetării. Cercetarea a implicat un eșantion de 160 de elevi ai Colegiului de Medicină din orașul Cahul. Participanții au fost selectați dintre elevii cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani, provenind din anii I-IV de studii. Această diversitate permite o analiză amplă a adaptării la diferite niveluri de studiu, oferind o perspectivă generală asupra aspectelor psihologice și academice cu care se confruntă elevii de colegiu. Eșantionul a fost compus astfel încât să reflecte complexitatea mediului educațional și să faciliteze identificarea factorilor care influențează adaptarea psihologică și profesională.

Metodele de cercetare. Pentru atingerea obiectivelor propuse, cercetarea a utilizat două metode psihologice validate, care permit analiza adaptării psihologice și a identității profesionale.

Chestionarul de adaptare la mediul social și solicitările academice (AMSSA). Acest instrument oferă o măsurare detaliată a capacității elevilor de a face față cerințelor academice, relațiilor sociale și tranziției la mediul educațional specific colegiului. Chestionarul evaluează aspecte precum nivelul de stres, suportul social, și satisfacția academică [5].

Metoda de diagnosticare a stadiului identității profesionale, dezvoltată de **Азбель А.А.** și **Грецов А.Г.**, este un instrument psihologic structurat pentru a analiza nivelul de maturitate profesională a indivizilor. Indicatorii stadiilor identității profesionale se referă la: a) **identitatea profesională nedefinită**, nivel care indică absența unei direcții clare privind cariera, reflectând lipsa de interes sau idei concrete în planificarea profesională; b) **identitate profesională impusă**, caracterizată de adoptarea unui traseu profesional determinat de factori externi (familie, presiuni sociale), acest stadiu nu reflectă o alegere personală, ci conformarea la influențe externe; c) **moratoriul (criza) identității profesionale** - o etapă de incertitudine și explorare activă, în care individul conștientizează necesitatea luării unei decizii profesionale, dar nu a ajuns încă la o concluzie fermă; d) **identitatea profesională formată**, care reprezintă atingerea unei viziuni clare și bine definite asupra carierei, bazată pe o alegere rațională și independentă, reflectând maturitate profesională. Chestionarul facilitează analiza detaliată a procesului de formare a identității profesionale și oferă o bază pentru înțelegerea nevoilor specifice ale indivizilor în raport cu integrarea lor academică și profesională. Această metodă este deosebit de utilă în contexte educaționale și vocaționale pentru a ghida intervențiile de suport și consiliere [9].

Cercetarea a fost realizată pe parcursul primului semestru academic al anului de studii 2023-2024, iar datele au fost colectate în mod individual și anonim pentru a asigura confidențialitatea răspunsurilor. Chestionarele au fost distribuite în format tipărit, iar completarea acestora a fost asistată pentru a clarifica eventualele neînțelegeri. Datele colectate au fost analizate statistic, utilizând metode descriptive și inferențiale pentru a identifica corelațiile relevante între variabilele studiate.

Această metodologie permite investigarea detaliată a factorilor psihologici și contextuali care influențează adaptarea elevilor la mediul academic și formarea identității lor profesionale, oferind o bază solidă pentru formularea recomandărilor educaționale și intervențiilor de sprijin.

Rezultate și discuții

Adaptarea la mediul social și solicitările academice

Aplicarea chestionarului AMSSA a permis evaluarea impactului schimbărilor micro-, mezo- și macrosociale asupra elevilor din colegiu, relevând aspectele fundamentale ale adaptării psihologice în raport cu cerințele academice. Această analiză oferă o perspectivă asupra modului în care elevii gestionează integrarea în mediul educațional, cu accent pe comunicare, satisfacerea necesităților socioeconomice și ecosociale, gestionarea timpului și identificarea profesională.

Chestionarul AMSSA clasifică scorurile în patru categorii de adaptare: **foarte joasă** (0-8), **joasă** (8-14), **medie** (15-20) și **înaltă** (21-25). Analiza scorurilor pentru întregul eșantion sugerează un nivel predominant **mediu** (15-20) al adaptării, indicând un nivel general acceptabil, dar cu spațiu pentru îmbunătățire.

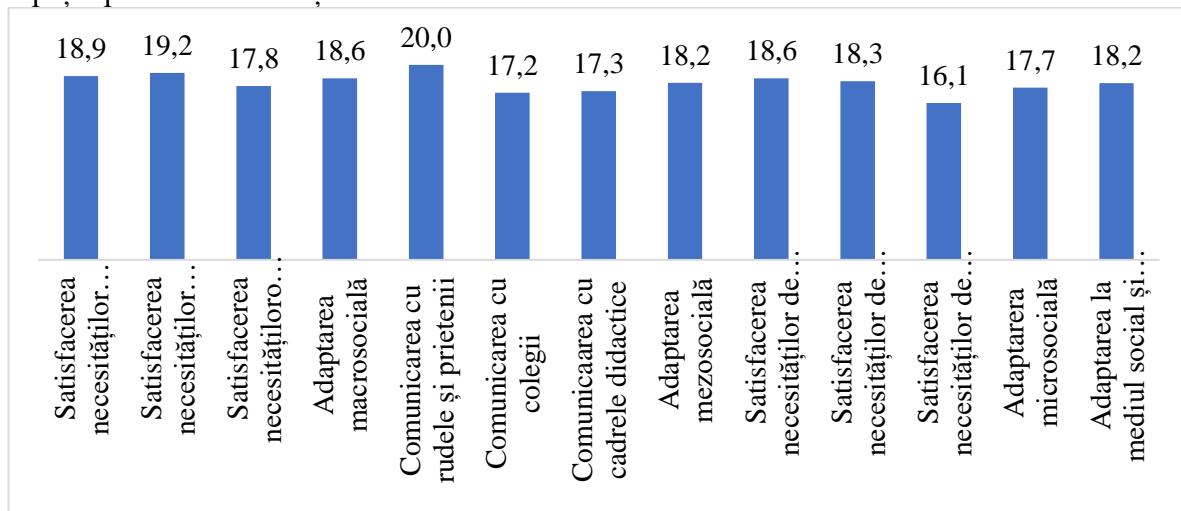


Fig. 1. Adaptarea la mediul social și solicitările academice: medii pentru întreg eșantionul

Satisfacerea necesităților sociocomunicative (18.9). Scorurile sugerează o adaptare moderată în comunicare, indicând o interacțiune funcțională între elevi și mediul social. Totuși, există loc pentru îmbunătățirea abilităților de comunicare, esențiale pentru colaborare și dezvoltarea relațiilor interpersonale.

Satisfacerea necesităților ecosociale (19.2). Elevii demonstrează o adaptare bună la aspectele ecosociale, ceea ce denotă integrarea eficientă în mediul natural și social. Acest rezultat evidențiază stabilitatea relațiilor cu grupurile sociale și cu comunitatea.

Satisfacerea necesităților socioeconomice (17.8). Deși elevii se descurcă moderat în satisfacerea nevoilor materiale și financiare, accesul limitat la resursele educaționale rămâne o provocare.

Adaptarea macrosocială (18.6). Acest scor reflectă abilitatea elevilor de a se adapta structurilor și normelor macrosociale, precum interacțiunile cu instituțiile și normele comunității largi.

Comunicarea cu rudele și prietenii (20.0). Cel mai înalt scor obținut indică un suport social solid, care contribuie la bunăstarea emoțională și stabilitatea psihologică a elevilor.

Comunicarea cu colegii (17.2) și cadrele didactice (17.3). Aceste scoruri arată interacțiuni funcționale, dar moderate. Programele pentru îmbunătățirea comunicării ar putea aduce beneficii semnificative, în special în relația cu cadrele didactice.

Adaptarea mezosocială (18.2). Un scor bun indică relații sănătoase în cadrul grupurilor mai mici, precum clasele și cercurile de prieteni.

Satisfacerea necesităților de identificare profesională (18.6) și de formare profesională (18.3). Elevii prezintă o orientare profesională bine definită și sunt mulțumiți de pregătirea academică, ceea ce sugerează o bază solidă pentru viitoarea carieră.

Satisfacerea necesităților de time management (16.1). Cel mai scăzut scor reflectă dificultăți majore în gestionarea timpului, care pot afecta atât performanța academică, cât și bunăstarea generală.

Adaptarea la mediul social și solicitările academice (18.2). Scorul general indică o adaptare moderată, dar cu nevoi evidente de îmbunătățire în anumite domenii.

Această analiză subliniază importanța intervențiilor țintite pentru îmbunătățirea adaptării elevilor la mediul nou social, educațional și solicitările academice, contribuind astfel la succesul lor academic și la dezvoltarea personală.

Rezultatele obținute prin aplicarea chestionarului AMSSA evidențiază diferențe între anii de studiu, oferind o imagine de ansamblu asupra modului în care elevii se adaptează la cerințele academice și sociale pe parcursul anilor de colegiu.

Satisfacerea necesităților sociocomunicative. Scorurile cresc de la 18.7 (anul 1) la 19.2 (anul 4), sugerând îmbunătățirea treptată a abilităților de comunicare pe măsură ce elevii avansează în studii.

Satisfacerea necesităților ecosociale. Rezultatele relativ constante (18.9–19.2) indică o adaptare stabilă la mediul ecosocial pe toată durata studiilor.

Satisfacerea necesităților socioeconomice. După o creștere inițială în anii 2 și 3, scorurile scad în anul 4 (17.3), reflectând provocările economice crescute în contextul pregătirii pentru finalizarea studiilor.

Adaptarea macrosocială. Scorurile scad treptat (18.9 în anul 1, 17.7 în anul 4), sugerând dificultăți în menținerea interacțiunilor macrosociale, cum ar fi relațiile cu instituțiile externe.

Comunicarea cu rudele și prietenii. Scorurile cresc de la 18.5 în anul 1 la 20.6 în anul 4, indicând o consolidare a suportului social personal.

Comunicarea cu colegii. Scorurile fluctuează, cu o scădere în anul 2 (16.3) și o ușoară recuperare în anii următori, sugerând provocări în integrarea socială.

Comunicarea cu cadrele didactice. Scorurile scad constant (18.5 în anul 1, 17.0 în anul 4), ceea ce indică o nevoie de îmbunătățire a relațiilor elev-cadru didactic, mai ales în anii superiori.

Satisfacerea necesităților de identificare profesională. Scorurile variază, cu un minim de 17.4 în anul 3 și o revenire la 18.9 în anul 4, reflectând procesele de explorare și reafirmare profesională.

Satisfacerea necesităților de formare profesională. Similar identificării profesionale, scorurile fluctuează, atingând un maxim de 19.6 în anul 2 și o ușoară scădere în anul 3, urmată de o revenire în anul 4.

Satisfacerea necesităților de gestionare a timpului. Scorurile rămân scăzute pe tot parcursul studiilor (15.4 în anul 3, cu o ușoară creștere la 16.9 în anul 4), sugerând dificultăți persistente în acest domeniu.

Adaptarea la mediul social și solicitările academice. Scorurile generale indică o adaptare mai bună în anii superiori (18.9 în anul 4), după o scădere notabilă în anul 2 (17.7).

Anul 2 reprezintă o perioadă critică, cu scăderi semnificative în majoritatea domeniilor. Intervențiile trebuie să includă suport psihosocial și dezvoltarea abilităților de gestionare a timpului și integrare socială.

La anul 4 scorurile mai ridicate sugerează o adaptare generală îmbunătățită, dar este necesar un suport suplimentar pentru pregătirea tranziției către viața profesională.

Analiza subliniază o adaptare bună în general, dar evidențiază domenii cheie care necesită intervenții specifice pentru a susține succesul academic și integrarea socială a elevilor.

La Colegiul de Medicină din Cahul, predarea disciplinelor are loc atât în limba română, cât și în limba rusă. Analiza rezultatelor obținute pentru cele două grupuri evidențiază diferențe relevante în procesul de adaptare socială și academică a elevilor, influențate de limba de studiu.

Satisfacerea necesităților sociocomunicative. Elevii care studiază în limba română (19.1) manifestă o integrare socială mai bună decât cei care studiază în limba rusă (18.7), sugerând abilități de comunicare mai dezvoltate.

Satisfacerea necesităților ecosociale. Elevii care studiază în limba rusă (19.5) sunt mai mulțumiți de aspectele ecosociale decât cei care studiază în limba română (18.9).

Satisfacerea necesităților socioeconomice. Elevii din clasele cu predare în limba română (18.0) raportează o satisfacere ușor mai mare a necesităților socioeconomice comparativ cu cei din clasele cu predare în limba rusă (17.7).

Adaptarea macrosocială. Ambele grupuri prezintă scoruri egale (18.6), indicând o adaptare similară la mediul social larg.

Comunicarea cu rudele și prietenii. Elevii care studiază în limba rusă (20.2) au relații mai strânse cu familia și prietenii, comparativ cu elevii din clasele cu predare în limba română (19.8).

Comunicarea cu colegii. Elevii din clasele cu predare în limba română (17.4) demonstrează o integrare socială mai bună cu colegii lor față de cei din clasele cu predare în limba rusă (16.9).

Comunicarea cu cadrele didactice. Elevii din clasele cu predare în limba română (18.0) au o relație mai deschisă cu profesorii, comparativ cu elevii din clasele cu predare în limba rusă (16.7).

Adaptarea mezosocială. Elevii care studiază în limba română (18.4) prezintă o adaptare mezosocială mai bună față de cei care studiază în limba rusă (17.9).

Satisfacerea necesităților de identificare profesională. Elevii care studiază în limba rusă (19.3) au o direcție profesională mai bine definită comparativ cu elevii din clasele cu predare în limba română (18.3).

Satisfacerea necesităților de formare profesională. Elevii din clasele cu predare în limba română (18.4) sunt ușor mai satisfăcuți de formarea profesională comparativ cu cei care studiază în limba rusă (18.0).

Satisfacerea necesităților de gestionare a timpului. Ambele grupuri prezintă dificultăți similare în gestionarea timpului (română: 16.2, rusă: 16.0).

Adaptarea microsocioală. Elevii care studiază în limba română (17.9) prezintă o adaptare microsocioală mai bună față de cei care studiază în limba rusă (17.4).

Adaptarea generală la mediul social și solicitările academice. Elevii din clasele cu predare în limba română (18.3) au o adaptare generală ușor mai bună decât cei din clasele cu predare în limba rusă (18.0).

Elevii care studiază în limba română demonstrează o integrare socială mai bună, în timp ce cei care studiază în limba rusă excelează la satisfacerea necesităților ecosociale și de identificare profesională. Se recomandă inițiative pentru îmbunătățirea relației între cadrele didactice și elevii din clasele cu predare în limba rusă. Este esențial să se asigure sprijin egal în orientarea profesională pentru ambele grupuri. Programe de formare specifice în time management ar putea ajuta la îmbunătățirea acestui aspect pentru ambele categorii.

Această analiză contribuie la identificarea nevoilor specifice ale elevilor în funcție de limba de studiu, oferind direcții clare pentru intervenții educaționale și sociale care să sprijine adaptarea optimă a tuturor elevilor.

Analiza nivelului identității profesionale

În urma aplicării Metodei de diagnosticare a stadiului identității profesionale, s-a evaluat nivelul identității profesionale al elevilor din colegiu. Rezultatele obținute sunt sintetizate în Figura 2, care prezintă scorurile medii pentru diferitele stadii de identitate profesională.

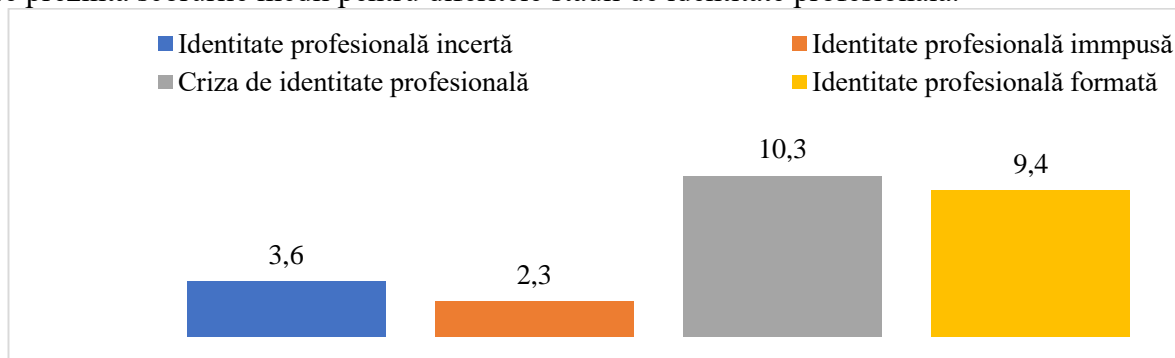


Fig. 2. Identitatea profesională: medii pentru întreg eșantionul

Identitate profesională incertă. Scor mediu: 3.6. Acest scor relativ scăzut indică faptul că doar o mică parte dintre elevi întâmpină dificultăți semnificative în conturarea unei direcții profesionale. Majoritatea par să aibă o viziune destul de clară asupra viitorului lor, deși există un grup minoritar care necesită sprijin suplimentar pentru clarificarea alegerilor profesionale.

Identitate profesională impusă. Scor mediu: 2.3. Nivelul redus al acestei dimensiuni sugerează că elevii nu sunt influențați semnificativ de factori externi, cum ar fi familia sau societatea, în alegerea carierei. Aceasta este o observație pozitivă, indicând un mediu educațional și social favorabil libertății de decizie.

Criza de identitate profesională. Scor mediu: 10.3. Un scor mediu ridicat pe această dimensiune arată că mulți elevi se confruntă cu incertitudini și conflicte interne legate de viitoarea lor carieră. Această situație sugerează o nevoie acută de consiliere și orientare pentru a facilita clarificarea și reducerea anxietăților asociate procesului decizional.

Identitate profesională formată. Scor mediu: 9.4. Un scor ridicat indică faptul că o mare parte a elevilor și-au definit deja identitatea profesională, având obiective clare și o direcție bine conturată pentru viitor. Aceasta reflectă succesul programelor actuale de orientare profesională și implicarea elevilor în procesul de planificare a carierei.

Scorurile reduse arată că doar o mică parte dintre elevi se confruntă cu incertitudini. Este esențial să se asigure sprijin individualizat pentru aceștia, pentru a clarifica alegerile profesionale. Nivelul scăzut al **identității profesionale impuse** indică un mediu educațional favorabil. Este important să se mențină această autonomie în procesul decizional. Nivelurile ridicate ale crizei identității profesionale sugerează necesitatea unor programe de consiliere mai structurate, care să abordeze nesiguranțele și să sprijine elevii în luarea deciziilor informate. Rezultatele pozitive pentru identitatea profesională formată indică un progres semnificativ în formarea identității profesionale. Continuarea și extinderea programelor de orientare profesională pot contribui la creșterea numărului de elevi care își clarifică direcția profesională.

Această analiză oferă o bază solidă pentru îmbunătățirea programelor de orientare și sprijin profesional în colegiu, contribuind la dezvoltarea unei identități profesionale clare și bine conturate pentru toți elevii.

Analiza scorurilor medii pentru stadiile identității profesionale oferă o perspectivă clară asupra modului în care aceasta evoluează pe parcursul anilor de studiu. Rezultatele evidențiază diferențe semnificative între anii de studiu în ceea ce privește nesiguranța, presiunile externe, confuziile și clarificarea profesională.

Elevii din primul an prezintă niveluri scăzute pentru **identitatea profesională incertă** (2.5) și **identitatea profesională impusă** (2.1), indicând un început promițător în clarificarea opțiunilor profesionale și lipsa presiunilor externe. Totuși, **criza de identitate profesională** este ridicată (10.7), reflectând incertitudinile inițiale ale tranziției la colegiu. **Identitatea profesională formată** are un scor ridicat (10.4), ceea ce sugerează că unii elevi au început deja să-și definească direcția profesională.

Scorul pentru **identitatea profesională incertă** crește semnificativ (4.5), indicând o perioadă de reevaluare profesională la anul 2. **Identitatea profesională impusă** rămâne scăzută (2.8), ceea ce confirmă continuarea autonomiei elevilor. **Criza de identitate profesională** rămâne ridicată (10.7), în timp ce **identitatea profesională formată** scade la 7.5, sugerând dificultăți în consolidarea unei direcții clare.

Elevii de anul 3 prezintă un scor ușor mai mare pentru **identitatea profesională incertă** (2.6), dar **identitatea profesională impusă** rămâne constant scăzută (2.2). **Criza de identitate profesională** se menține ridicată (10.4), însă **identitatea profesională formată** atinge cel mai înalt nivel (10.7), indicând un progres semnificativ în clarificarea carierei.

În ultimul an, scorurile pentru **identitatea profesională incertă** cresc (4.7), sugerând reevaluări finale ale opțiunilor profesionale. **Identitatea profesională impusă** scade la cel mai mic nivel (2.0), indicând o libertate sporită în luarea deciziilor. **Criza de identitate profesională** scade ușor (9.5), iar **identitatea profesională formată** rămâne ridicată (9.0), sugerând o pregătire relativ bună pentru viitorul profesional.

Fluctuațiile indică perioade de reevaluare profesională, cu o creștere semnificativă în anii 2 și 4. Nivelurile constant scăzute pentru identitatea profesională impusă sugerează un mediu de sprijin care oferă libertate decizională elevilor. Persistența nivelurilor ridicate ale crizei identității profesionale subliniază necesitatea unor programe constante de consiliere profesională. Cele mai ridicate scoruri pentru identitatea profesională formată sunt în anii 1 și 3, indicând un progres în clarificarea opțiunilor profesionale, dar variabilitatea sugerează necesitatea unui sprijin continuu.

Pentru a evalua modul în care limba de studiu influențează formarea identității profesionale, s-au analizat rezultatele obținute la chestionarul de identitate profesională, diferențiate între elevii care învață în limbile română și rusă. Această analiză oferă o perspectivă utilă asupra diferențelor și similitudinilor dintre cele două grupuri.

Elevii din grupele cu predare în limba română prezintă un nivel scăzut al identității profesionale incertă (3.5), ceea ce sugerează că majoritatea nu se confruntă cu nesiguranțe majore privind direcția profesională. În mod similar, identitatea profesională impusă (2.7) este redusă, indicând că acești elevi beneficiază de o autonomie ridicată în alegerea carierei, fără influențe externe semnificative.

Cu toate acestea, criza de identitate profesională are un scor ridicat (10.3), subliniind faptul că unii elevi încă întâmpină dificultăți în clarificarea obiectivelor lor profesionale. În același timp, identitatea profesională formată obține un scor relativ înalt (9.3), ceea ce sugerează că mulți dintre acești elevi reușesc să-și definească obiectivele de carieră și să-și planifice pașii pentru viitor.

Elevii din grupele cu predare în limba rusă prezintă scoruri similare pentru identitatea profesională incertă (3.6) și un nivel și mai scăzut al identității profesionale impuse (1.8). Acest lucru indică o autonomie foarte ridicată în procesul de luare a deciziilor privind cariera, fără influențe externe marcante.

Cu toate acestea, criza de identitate profesională este ușor mai ridicată (10.4) comparativ cu grupul de limba română, sugerând că acești elevi se confruntă cu provocări similare în clarificarea direcției profesionale. Identitatea profesională formată are un scor mai mare (9.5) decât în cazul elevilor din grupele de limba română, ceea ce sugerează că aceștia și-au consolidat într-o mai mare măsură opțiunile de carieră.

Aceste rezultate evidențiază faptul că, în timp ce diferențele între cele două grupuri sunt subtile, ele oferă indicii valoroase pentru ajustarea programelor de consiliere profesională. Sprijinul ar trebui să fie adaptat la nevoile specifice ale fiecărui grup, pentru a promova atât clarificarea obiectivelor profesionale, cât și autonomia decizională a elevilor.

Verificarea ipotezelor operaționale: influența caracteristicilor sociodemografice și corelația între adaptare și identitatea profesională

Pentru a evalua influența caracteristicilor sociodemografice, precum anul de studiu și limba de studii, asupra nivelului de adaptare la mediul social și solicitările academice, s-a utilizat compararea statistică multiplă a mediilor.

Analiza statistică a relevat diferențe semnificative în funcție de anul de studiu. De exemplu: între anul 2 și anul 3, diferența medie este semnificativă (2.55, $p = .037$), precum și între anul 3 și anul 4 (2.77, $p = .018$). Aceste rezultate indică faptul că adaptarea evoluează pe parcursul anilor de studiu, fiind influențată de experiențele specifice fiecărei etape educaționale. În ceea ce privește limba de studiu, nu s-au înregistrat diferențe semnificative ($p > .05$), sugerând că aceasta nu joacă un rol determinant în adaptarea la mediul social și solicitările academice.

Pentru a analiza influența anului de studiu și limbii de studiu asupra formării identității profesionale, s-au utilizat comparații multiple ale mediilor. Pentru identitatea profesională incertă există diferențe între anul 1 și anul 4 (2.175, $p = .026$), precum și între anul 3 și anul 4 (2.1, $p = .035$). Pentru identitatea profesională formată, diferența între anul 2 și anul 3 este semnificativă (3.15, $p = .050$). Aceste rezultate arată că anul de studiu influențează formarea identității profesionale, cu o clarificare progresivă a opțiunilor pe măsură ce elevii avansează. În schimb, limba de studiu nu determină diferențe semnificative în majoritatea cazurilor ($p > .05$), cu excepția identității profesionale impuse, unde elevii care studiază în limba română au un nivel mai ridicat comparativ cu cei din grupele cu predare în rusă (2.07, $p = .040$).

Corelațiile dintre variabilele de adaptare psihosocială și stadiile identității profesionale au fost evaluate folosind coeficientul de corelație Pearson.

Identitate profesională indefinită. Corelație negativă semnificativă cu satisfacția comunicării cu rudele și prietenii ($r = -.759$, $p < .000$) și cu cadrele didactice ($r = -.890$, $p < .000$). Corelație negativă semnificativă cu adaptarea la mediul social ($r = -.169$, $p = .032$). Aceste rezultate sugerează că o adaptare psihosocială mai slabă este asociată cu un nivel ridicat de incertitudine profesională.

Identitate profesională impusă. Corelație negativă semnificativă cu satisfacția comunicării cu rudele și prietenii ($r = -.673$, $p < .000$) și cadrele didactice ($r = -.698$, $p < .000$). Acest rezultat indică faptul că o satisfacție mai scăzută în comunicare este asociată cu o identitate profesională impusă mai puternică.

Criza de identitate profesională. Corelație pozitivă semnificativă cu satisfacția în comunicarea cu cadrele didactice ($r = .848$, $p < .000$) și cu satisfacerea necesităților de identificare profesională ($r = .256$, $p = .001$). Acest lucru arată că o mai mare conștientizare a nevoilor profesionale poate accentua dificultățile legate de luarea deciziilor.

Identitate profesională formată. Corelație pozitivă semnificativă cu satisfacția comunicării cu rudele și prietenii ($r = .768$, $p < .000$), cadrele didactice ($r = .711$, $p < .000$) și satisfacerea necesităților de formare profesională ($r = .742$, $p < .000$). Acest rezultat sugerează că o adaptare psihosocială solidă este strâns legată de formarea unei identități profesionale bine definite.

Astfel, evoluția adaptării este semnificativ influențată de anul de studiu, dar limba de predare are un impact limitat. Anul de studiu influențează semnificativ procesul de formare a identității profesionale, în timp ce limba de studiu afectează doar anumite aspecte, precum identitatea profesională impusă. O adaptare socială și academică mai bună este asociată cu o identitate profesională mai bine formată. Nesiguranțele profesionale sunt strâns legate de o adaptare psihosocială slabă, iar presiunile externe influențează negativ clarificarea identității.

Concluzii și recomandări

Studiul confirmă interdependența dintre aspirațiile profesionale și adaptarea socială și academică în dezvoltarea elevilor din colegiu. Elevii care își stabilesc obiective profesionale clare

și realist fundamentate prezintă o adaptare academică mai bună, indicând un impact direct al clarității identitare asupra capacității de integrare în mediul educațional.

Nivelul de adaptare la mediul social și solicitările academice se îmbunătățește progresiv de la primul la ultimul an de studiu. Totuși, anul 2 reprezintă o perioadă critică, marcată de dificultăți semnificative în integrarea socială și academică. Rezultatele indică necesitatea unor intervenții mai concentrate în această etapă.

Formarea identității profesionale este influențată în principal de anul de studiu, cu fluctuații specifice în procesul de clarificare profesională. Limba de predare joacă un rol marginal, cu excepția identității profesionale impuse, mai frecventă în rândul elevilor care studiază în limba română.

Nivelurile ridicate de adaptare psihosocială sunt asociate cu o identitate profesională bine formată. În schimb, incertitudinea profesională și criza identitară sunt strâns legate de o adaptare deficitară, în special în comunicarea cu cadrele didactice și în satisfacerea nevoilor de identificare profesională.

Gestionarea timpului rămâne o dificultate majoră pentru elevii din toate anii de studiu, afectând performanța academică și bunăstarea generală. Comunicarea elevilor cu cadrele didactice, deși funcțională, necesită îmbunătățiri semnificative, mai ales în anii superiori.

Recomandări

Anul 2 fiind o etapă critică, este necesară implementarea unor programe dedicate sprijinirii elevilor în gestionarea provocărilor academice și sociale. Activitățile de consiliere, atelierele de formare a competențelor sociale și sesiunile de orientare profesională pot facilita tranziția.

Nivelurile ridicate ale crizei de identitate profesională subliniază necesitatea unor programe de consiliere profesională adaptate nevoilor individuale ale elevilor. Intervențiile ar trebui să includă sesiuni de evaluare a intereselor și abilităților, simulări de carieră și acces la informații despre oportunitățile profesionale.

Programele de formare pentru cadrele didactice, axate pe dezvoltarea abilităților de comunicare și mentoring, pot îmbunătăți interacțiunile cu elevii. Crearea unui mediu educațional deschis și suportiv va facilita adaptarea elevilor la cerințele academice.

Este recomandată organizarea de ateliere practice pentru dezvoltarea abilităților de gestionare a timpului. Acestea ar putea include strategii de prioritizare, utilizarea eficientă a resurselor și tehnici de reducere a stresului legat de cerințele academice.

Pentru elevii din anul 4, este esențial să se ofere suport specific pentru tranziția către viața profesională. Programele de mentorat, activitățile de practică și consilierea pentru inserția profesională ar putea contribui la consolidarea identității profesionale și reducerea incertitudinilor.

Pentru elevii care studiază în limba română, este necesară o atenție sporită pentru reducerea presiunilor externe legate de alegerile profesionale. Pentru cei care studiază în limba rusă, se recomandă inițiative care să îmbunătățească comunicarea cu cadrele didactice și integrarea socială în colegiu.

Corelația strânsă între aspirațiile profesionale și adaptarea academică subliniază importanța unei abordări integrate în sprijinirea elevilor din colegiu. Intervențiile trebuie să vizeze atât dezvoltarea personală, cât și profesională, promovând un mediu educațional incluziv, care să faciliteze succesul academic și integrarea socială optimă.

Bibliografie

1. Baker, R. W., Siryk, B. Measuring academic motivation and adjustment: A brief measure of college student adjustment. In: *Journal of Counseling Psychology*, 1984, 31(2), pp. 179–189.
2. Credé, M., Niehorster, S. Adjustment to college as measured by the Student Adaptation to College Questionnaire: A quantitative review of its structure and relationships with correlates and consequences. In: *Educational Psychology Review*, 2012, 24, pp. 133–165.
3. Eccles, J. S., Wigfield, A. (2020). From expectancy-value theory to situated expectancy-value theory: A developmental, social-cognitive, and sociocultural perspective on motivation. In:

4. Friedlander, L. J., Reid, G. J., Shupak, N., Cribbie, R. Social support, self-esteem, and stress as predictors of adjustment to university among first-year undergraduates. In: *Journal of College Student Development*, 2007, 48(3), pp. 259–274. <https://doi.org/10.1353/csd.2007.0024>
5. Rusnac, S., Zmuncila, L., Alali, A. Construirea, validarea și aprobarea Chestionarului de adaptare la mediul social și solicitările academice (AMSSA). In: *Preocupări contemporane ale științelor socio-umane. Materialele Conferinței Științifice Internaționale prilejuate aniversării a 15 ani de la fondarea Facultății Psihologie, Științe ale Educației și Asistență Socială. Ediția a VI-a – Mentalități ale societății în transformare. Chișinău, 11-12 decembrie, 2015. Vol. 1.* Chișinău: Tipogr. Biodesign, 2016, pp. 265-274.
6. Ryan, R. M., Deci, E. L. Intrinsic and extrinsic motivations in educational settings: A review and a look forward. In: *Contemporary Educational Psychologist*, 2000, 25, pp. 54–67. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
7. Tinto, V. *Completing College: Rethinking Institutional Action*. Chicago: University of Chicago Press, 2012. 284 p.
8. Zimmerman, B. J., Schunk, D. H. Self-regulated learning and performance. In: B. J. Zimmerman & D. H. Schunk (Eds.). *Handbook of Self-regulation of Learning and Performance*. Abingdon: Routledge, 2011, pp. 1-12.
9. Азбель А.А., Грецов А.Г. Методика изучения статусов профессиональной идентичности. В: Сунцова Я.С. (сост.). *Диагностика профессионального самоопределения. Учебно-методическое пособие*. Ижевск: Издательство «Удмуртский университет», 2009, сс. 4-11. Disponibil: <http://elibrary.udsu.ru/xmlui/bitstream/handle/123456789/3888/2009152.pdf>

CZU 159.923:616.98:578.828

PROFILUL PSIHOLOGIC AL PERSOANELOR INFECTATE CU HIV/SIDA

Silvia BRICEAG, conf. univ., dr.,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți
Ștefan HRITȚCU, master în științe sociale, psiholog
Instituția Publică Centrul Social Regional Viața cu Speranță, Bălți

Summary: HIV/AIDS infection and STIs are a public health priority. They affect not only the medical sector, but also social and economic aspects, development, etc., because they are complex and have an impact on all components of society.

In recent years, the HIV epidemic has remained concentrated due to two factors: the continuing epidemic among people who inject drugs and their sex partners, with relatively large numbers of women heterosexually transmitting HIV, and the epidemic among men who sex with men, which contributes to the increase in HIV infection among men.

Keywords: HIV/AIDS, psychological profile, frustration; anxiety; stress resistance; stress tolerance; social adaptation.

Introducere

Infecția HIV/SIDA și ITS sunt o prioritate pentru sănătatea publică. Acestea afectează nu doar sectorul medical, dar și aspectele sociale și economice, dezvoltarea etc., deoarece sunt complexe și au un impact asupra tuturor componentelor societății.

În ultimii ani, epidemia HIV a rămas concentrată din cauza a doi factori: continuarea epidemiei în rândul persoanelor care injectează droguri și a partenerilor lor sexuali, cu un număr

relativ mare de femei cu transmitere heterosexuale a HIV, și a epidemiei în rândul bărbaților care fac sex cu bărbați, ceea ce contribuie la creșterea infectării cu HIV în rândul bărbaților.

Infecția cu HIV – este infecția produsă de virusul HIV (Human Immunodeficiency Virus), caracterizată printr-o evoluție de lungă durată în care se produce degradarea progresivă a imunității, în special celulară [1].

Sindromul de imunodeficiență dobândită (SIDA - syndrome d'immunodéficience acquise sau AIDS - acquired immunodeficiency syndrome) – este etapa finală a infecției, caracterizată prin imunodepresie severă (numărul limfocitelor CD4 fiind sub 200/mm³) și creșterea masivă a viremiei plasmatică, secundară imposibilității controlării replicării HIV și a sechestrării acestuia, în urma dezorganizării structurii țesuturilor limfoide. La această etapă apar, în special, infecțiile oportuniste și maladiile oncologice care determină, în final, decesul bolnavului [1].

Infecții oportuniste – caracterizează stadiul final (SIDA) al infecției HIV, în majoritatea cazurilor determinând decesul unei persoane seropozitive HIV. În categoria infecțiilor oportuniste asociate infecției HIV au fost incluse atât infecții oportuniste propriu-zise, care sunt condiționate de existența unei imunodepresii accentuate, neafectând persoanele imunocompetente (cuprinzând infecțiile cu *Pneumocystis jirovecii*, micobacteriile atipice, virusul JC, *Cryptococcus neoformans*, *Cryptosporidium parvum*, etc.), precum și infecții care apar și la imunocompetenți (tuberculoza, toxoplasmoza, infecțiile cu virusurile herpetice, diverse infecții bacteriene), dar care se manifestă diferit la seropozitivii HIV, de obicei mult mai grav, persistent, recidivant [1].

Grupuri cheie – un grup de persoane cu risc sporit de infectare cu HIV. În grupurile cheie sunt incluși: ● bărbații care fac sex cu bărbați; ● persoanele consumatoare de droguri injectabile; ● persoanele care se află în închisoare sau în detenție provizorie; ● lucrătorii sexului comercial; ● transgenderii [1].

Grupuri vulnerabile – grupuri de persoane care sunt vulnerabile la infecția cu HIV în anumite situații sau condiții, cum ar fi: tinerii, orfanii, persoanele cu dizabilități, lucrătorii migranți etc [1].

Tratament antiretroviral (TARV) – o combinație de medicamente care acționează prin diferite mecanisme asupra ciclului de replicare a HIV, împiedicându-l să se desfășoare. Sub acțiunea acestui tratament are loc reprimarea maximală a încărcăturii virale, restabilirea calitativă și cantitativă a imunității, prelungirea și îmbunătățirea calității vieții pacientului și prevenirea transmiterii ulterioare a infecției cu HIV [1].

CD4 – sunt limfocite purtătoare a markerului de diferențiere CD4; sunt leucocite care luptă împotriva infecțiilor și joacă un rol important în funcționarea sistemului imunitar; sunt produse în splină, în ganglionii limfatici și în glanda timus, și circulă în întreg organismul, fiind transportate de către sânge; uneori sunt celule T-promotoare, care ajută la identificarea, atacarea și distrugerea bacteriilor specifice, a fungilor și a virusurilor care afectează organismul. Celulele CD4 sunt o țintă majoră pentru HIV, care se fixează pe suprafața lor, pătrund în ele și, fie se replică imediat, ucigând celulele CD4 în timpul replicării, fie rămân în stare de repaus, replicându-se mai târziu. Pe măsură ce virusul HIV pătrunde în celulele CD4 și se replică, numărul celulelor CD4 din sânge scade progresiv [1].

În Republica Moldova circa 17 mii de persoane sunt infectate cu HIV, dintre care doar 11 297 persoane își cunosc statutul. Datele au fost făcute publice de Agenția Națională pentru Sănătate Publică în contextul marcării Zilei mondiale de comemorare a persoanelor decedate de SIDA, comunică MOLDPRES [4].

Potrivit ANSP, cu acest prilej, până la finele lunii mai, se desfășoară Campania socială cu sloganul „Nu te lăsa dus de val. Testează-te la HIV!”. Campania are loc cu suportul financiar al Fondului Global și UNAIDS Moldova. Aceasta include o serie de evenimente și activități cu privire la importanța testării HIV, cunoașterii propriului statut, prevenirii răspândirii HIV și importanței inițierii tratamentului antiretroviral al persoanelor cu infecția HIV [4].

Conform datelor statistice estimative, actualmente în țara noastră trăiesc 17 034 de persoane cu HIV, dintre care doar 11 297 persoane își cunosc statutul. Astfel încă 5737 persoane infectate cu HIV nu cunosc că sunt infectate cu acest virus [4].

Specialiștii precizează că majoritatea persoanelor depistate cu infecția HIV sunt persoane tinere de vârstă reproductivă, sexual active și din acest motiv testarea și depistarea, este una din intervențiile prioritare în răspunsul la infecția cu HIV. În țara noastră sunt prestate servicii de prevenire HIV pentru grupurile – cheie ale populației, care geografic acoperă tot teritoriul. În anul 2023, de aceste servicii au beneficiat peste 29 mii de persoane din grupurile cu risc sporit de infecție, inclusiv persoane utilizatoare de droguri. Conform datelor OMS, peste 37 de milioane de persoane din întreaga lume trăiesc cu HIV [4].

Începând cu 2014, Ministerul Sănătății achiziționează din resursele bugetului de stat toate medicamentele ARV de primă linie pentru adulți și adolescenți, iar din 2015, o parte din medicamentele de linia a doua, toate consumabilele pentru testele HIV (pentru spitale, clinici și centre de asistență primară) și teste CD4 și VL pentru pacienții care beneficiază de tratament ARV. Începând cu 2017, prevenirea HIV în rândul grupurilor cu risc ridicat a fost parțial finanțată din Fondul de profilaxie a Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală (FAOAM). În perioada de raportare 2015-2020, suma finanțării de stat pentru programele HIV a crescut cu 90,4%. În 2019, cheltuielile legate de răspunsul național la epidemia de HIV din resursele financiare ale statului au crescut cu circa 28,8%, de la 70,0 milioane lei în 2018 la 90,2 milioane lei în 2019 (GAM, 2020) înregistrând o reducere în 2020 la 85,6 milioane lei. În același timp, contribuția la răspunsul la epidemia de HIV din resursele internaționale a scăzut cu circa 10,3%, de la 63 milioane lei în 2016 la 56.5 milioane lei în 2020. Dependența de finanțarea donatorilor persistă, aceasta reprezentând circa 40% din totalul cheltuielilor în 2020. O finanțare deosebit de redusă este tipică pentru componenta de prevenire a HIV. Pentru prima dată în Republica Moldova, în anul 2017, a fost lansat concursul pentru finanțarea proiectelor de reducere a riscurilor din mijloacele fondului măsurilor de profilaxie al CNAM. În urma acestui concurs au fost selectate 2 ONG-uri care au oferit servicii de reducere a riscurilor pentru populațiile cu risc sporit de infectare, în perioada noiembrie 2017 - decembrie 2018, valoarea proiectelor fiind de 1,8 mil. lei. În perioada menționată de către serviciile acestor proiecte au beneficiat 1739 persoane din grupurile – cheie, domiciliați în 6 localități: mun. Bălți, or. Durlăști, Ialoveni, Cricova, Căușeni și Călărași. În anii 2018-2019 din mijloacele financiare ale Fondului măsurilor de profilaxie în scopul dat au fost alocate, respectiv 1,2 mil. lei și 1,1 mil. lei, iar în anul 2020 s-au executat peste 827 mii lei [3].

Potrivit ultimelor estimări (martie 2020), realizate în colaborare cu Programul Națiunilor Unite privind HIV/SIDA (UNAIDS), numărul estimat de persoane infectate cu HIV/SIDA în Moldova este de circa 14.589, iar prevalența HIV este de 0,6% [0,4% -0,8%], care este mai mică decât măsurarea anterioară (17.000 în 2018). Reducerea se datorează în principal ajustării populației totale în perioada 2018-2019, în conformitate cu rezultatele recensământului din 2014, repetat de Biroul Național de Statistică abia în 2019 [2].

Până în 2040, numărul pacienților cu HIV ar putea crește cu 250% dacă astăzi nu ajungem la cât mai puțini cetățeni infectați cu tratament. Cercetările în acest domeniu arată că natura psihotraumatică a bolii reduce resursele psihologice ale persoanelor infectate cu HIV. În cele mai multe cazuri, ei se dovedesc a fi nepregătiți din punct de vedere psihologic pentru situația care a apărut, incapabili să găsească linia optimă de comportament într-o situație de colaps a unui stereotip de viață. De fapt, infecția cu HIV este un exemplu de situație extremă.

Capacitatea de a depăși o criză de viață și eficiența utilizării mecanismelor adaptative și compensatorii pentru combaterea bolii depind în mare măsură de adaptarea la faptul purtării virusului și de nivelul de rezistență la stres.

Potrivit statisticilor Ministerului Sănătății, numărul persoanelor infectate cu HIV crește în medie cu 10% anual. Prevalența tot mai mare a infecției cu HIV, riscurile asociate cu infecția și incurabilitatea bolii o fac una dintre cele mai presante și stringente probleme ale societății.

Infecția cu HIV este adesea privită doar ca o problemă medicală. Cu toate acestea, o serie de studii notează că natura psihotraumatică a bolii și consecințele sale sociale pot agrava tulburările cauzate de infecția cu HIV. Experiențele emoționale vin în prim-plan. În plus, apar probleme asociate cu vulnerabilitatea socială crescută a acestor persoane, ceea ce poate crește riscul de a dezvolta un comportament suicidal.

Scopul acestui studiu a fost de a identifica profilul psihologic al personalității (anxietatea situațională, rezistența la stres și capacitățile de adaptare) persoanelor infectate cu HIV.

Metode, procedee și tehnici de cercetare: Au fost aplicate următoarele metode: Chestionarul Cattell cu 16 factori (Formula C), în care întrebările au fost grupate după conținut în jurul anumitor trăsături psihologice; tehnica „Scara de anxietate” Spielberger-Khanin, care va permite să determinăm nivelul de dezvoltare al anxietății situaționale și personale; metoda pentru determinarea rezistenței la stres și a adaptării sociale de către Holmes și Rahe, ale căror rezultate finale determină simultan gradul de rezistență la stres și exprimă (în cifre) gradul de încărcare a tensiunii; Metoda de diagnostic Rogers-Diamond pentru adaptarea socio-psihologică.

Eșantionul experimental. Studiul a implicat 50 de persoane (bărbați și femei) cu vârsta cuprinsă între 18 și 70 de ani, având statut seropozitiv de la unu la cincisprezece ani și un grup de control de 50 de persoane sănătoase de aceeași vârstă.

Rezultate obținute și discuții.

Folosind chestionarul Cattell cu 16 factori (Formularul C), au fost analizate caracteristicile psihologice individuale ale personalității persoanelor infectate cu HIV și a subiecților de control. grupuri (Fig. 1). Analiza a evidențiat diferențe semnificative statistic între grupuri în manifestarea următorilor factori: „stima de sine” – factor MD, „deschidere-închidere” – factor A, „instabilitate emoțională - stabilitate emoțională” - factorul C. Factorul G - „comportament normativ scăzut – ridicat comportament normativ”, factor L – „credulitate-suspiciune”, factor N – „directitate-diplomație”, factor O – „calm-anxietate”, factor Q3 - „scurt autocontrol - autocontrol ridicat” și factor Q4 – „relaxare-tensiune”. Diferențele intergrup semnificative statistic la un nivel de semnificație de $p \leq 0,05$ au fost identificate prin factorul N „timiditate-curaj”.

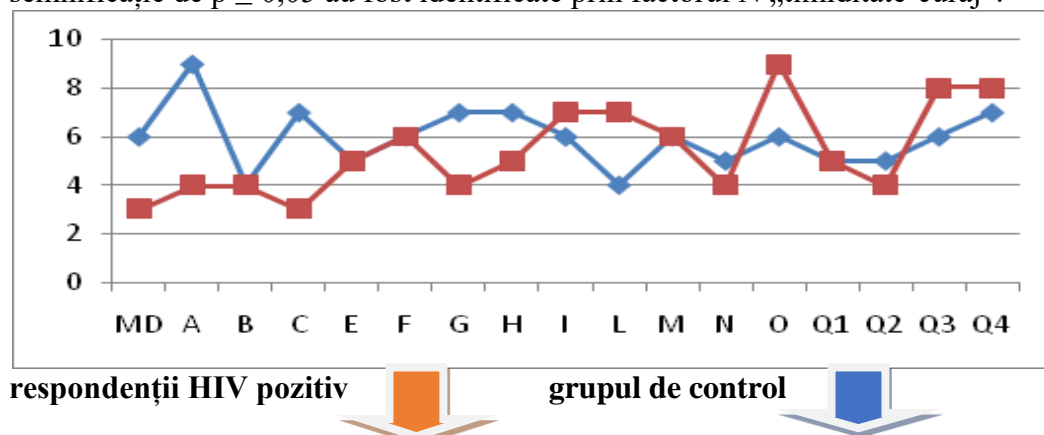


Figura 1. Prezentarea grafică a rezultatelor aplicării chestionarului Cattell, 16 factori (Formularul C).

Severitatea problemelor cu care se confruntă persoanele infectate cu HIV, contradicții interpersonale, încălcarea legăturilor profesionale și familiale are un impact asupra caracteristicilor psihologice ale individului care se manifestă printr-o schimbare de stil social comportament manifestat prin impulsivitate, suspiciune, iritabilitate, neliniște, anxietate crescută, lipsă de încredere în sine, aceasta dezvăluie o scădere a inițiativei, a curajului în alegerea propriului stil de comportament. La persoanele infectate cu HIV tulburări se remarcă și în sfera emoțională: disconfort emoțional, tendință la agresiune (auto-agresiune), comportament conflictual. În același timp, sfera intelectuală actorul (B), printre respondenții cu infecție HIV nu diferă de grupul de control. Investigația anxietății situaționale și personale în grupurile studiate folosind Spielberger-Khanin Anxiety Scale, a demonstrat existența diferențelor de manifestare a anxietății personale și situaționale la grupul experimental și cel de control. (Fig. 2).

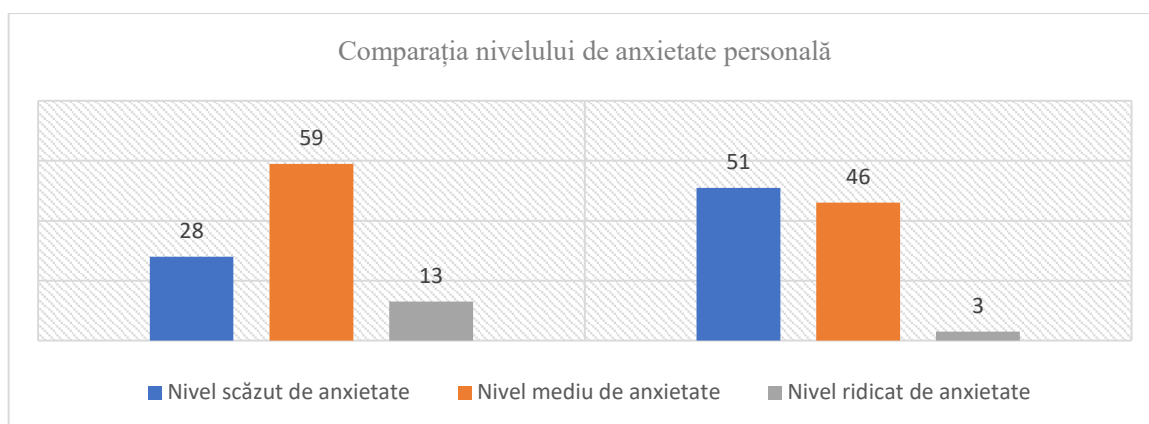


Figura 2 Rezultate comparative a nivelului anxietății personale la grupul experimental și cel de control

Evaluările cognitive ale pericolului, de regulă, sunt veriga inițială în apariția stării de anxietate. Supraestimarea și stabilitatea lor în timp sunt indicatori care demonstrează o evaluare cognitivă scăzută a unei situații stresante, ceea ce contribuie la dezvoltarea distresului. Am identificat o predominanță a unui nivel mediu de anxietate situațională la 59% dintre respondenții infectați cu HIV. Rate mai mari de anxietate situațională într-un grup de persoane cu statut HIV, comparativ cu grupul de control, se poate explica prin schimbarea relațiilor, întrucât pentru multe persoane infectate cu HIV însăși situația noilor relații sociale provoacă anxietate.

Analiza nivelului de anxietate situațională (Fig. 3) indică predominanța anxietății personale ridicate la 78% dintre pacienții infectați cu HIV, în timp ce în lotul de control doar 4% dintre respondenți au manifestat un nivel ridicat de anxietate.

Acest lucru se datorează faptului că pacienții infectați cu HIV reacționează la majoritatea situațiilor cu o stare de anxietate, deoarece îi percep ca amenințatori. Ei dezvoltă neîncredere în ceilalți, suspiciune și uneori ostilitate. Adesea, acești oameni se consideră „perdanți” și se conformează stereotipurilor sociale negative. În același timp, anxietatea poate fi o reacție defensivă a unui individ incapabil de implicare activă în relațiile sociale. În grupul de control, anxietatea personală a fost semnificativ mai puțin pronunțată.

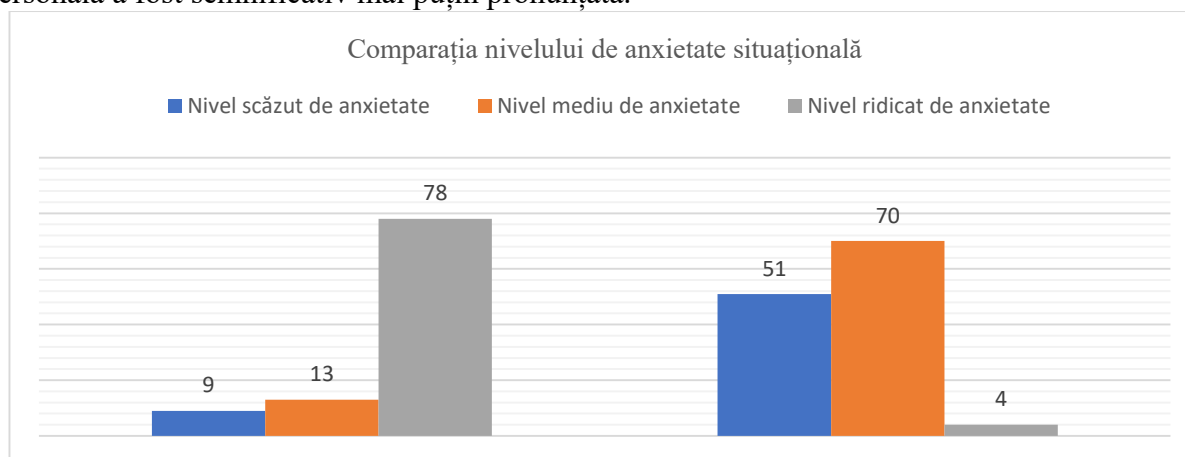


Figura 3 Rezultate comparative a nivelului anxietății situaționale la grupul experimental și cel de control

Predominanța unui nivel mediu de anxietate situațională și a unui nivel ridicat de anxietate personală la pacienții infectați cu HIV arată că aceștia experimentează stări de anxietate de o intensitate mai mare și mult mai des și prin urmare, sunt mai susceptibili la influența stresului.

Astfel, pacienții care realizează că sunt infectați cu HIV prezintă caracteristici socio-psihologice, precum frustrare, instabilitate, impulsivitate, iritabilitate, uneori agresivitate, neliniște, anxietate crescută, îndoială de sine, instabilitatea răspunsului emoțional în situații dificile de viață.

Aplicând scala Holmes și Rahe de determinare a rezistenței la stres și a adaptării sociale, s-au identificat diferențe intergrup semnificative statistic în manifestarea gradului de rezistență la stres: rezistență scăzută la stres la persoanele cu statut seropozitiv și rezistență ridicată, în grupul de control (Fig. 4). Încărcarea mare de stres în rândul respondenților seropozitivi este cauzată de situații, evenimente și circumstanțe de viață asociate cu divorțul, separarea soților (parteneri) fără formalizarea divorțului, schimbări în starea de sănătate a membrilor familiei, probleme cu rudele, schimbări în activitatea socială și comportamentală. stereotipuri.

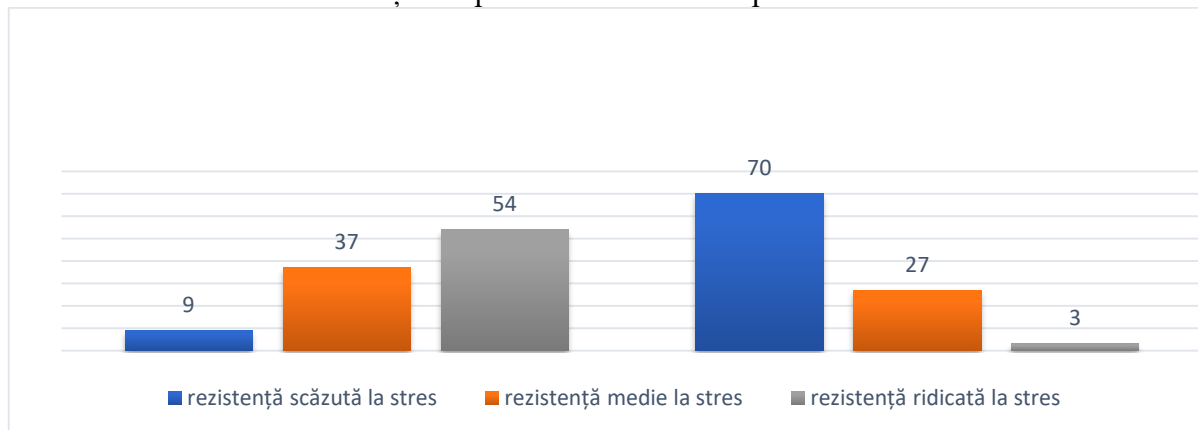


Figura 4 Rezultatele evaluării comparative a rezistenței la stres.

Folosind metoda de diagnostic Rogers-Dimon pentru adaptarea socio-psihologică, indivizii infectați cu HIV au fost constatați că au un scor scăzut pe scala „adaptabilitate” (Fig. 5). În același timp, indicatorul de inadaptare a depășit adaptabilitatea de 2 ori, ceea ce indică o predominanță pronunțată a inadaptării asupra proceselor adaptative. Scoruri scăzute în rândul respondenților infectați cu HIV au fost, de asemenea, dezvăluite la scalele „acceptare de sine” și „confort emoțional”. Nivelul ridicat – pe scara „neacceptării de sine”, pe disconfort emoțional, pe control intern și extern, pe scara „escapism” (evitarea problemelor). În lotul de control, a fost observată o relație inversă.

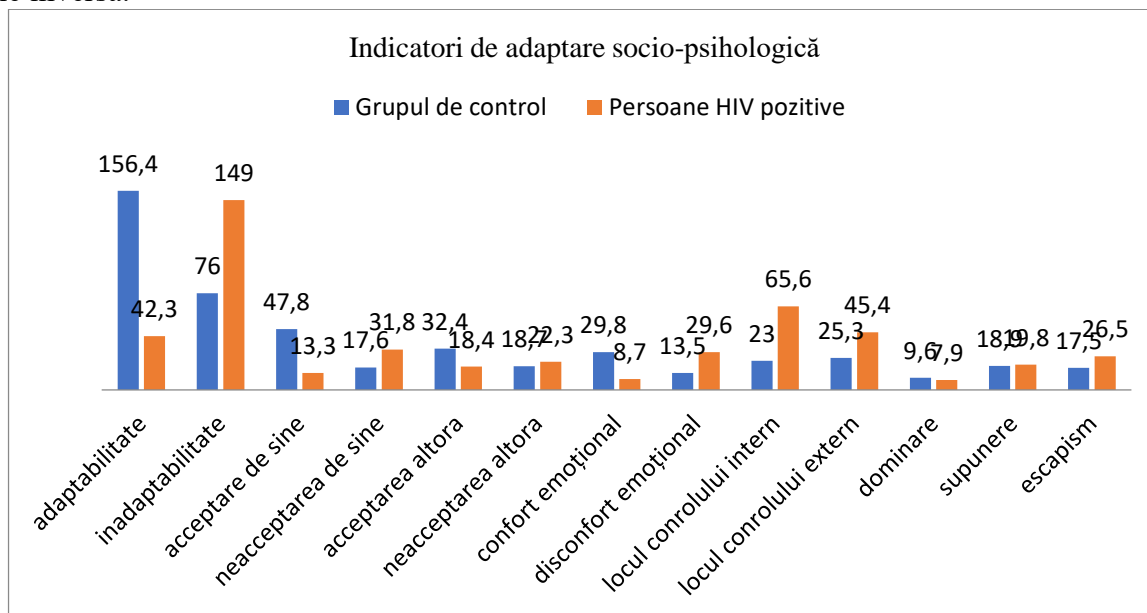
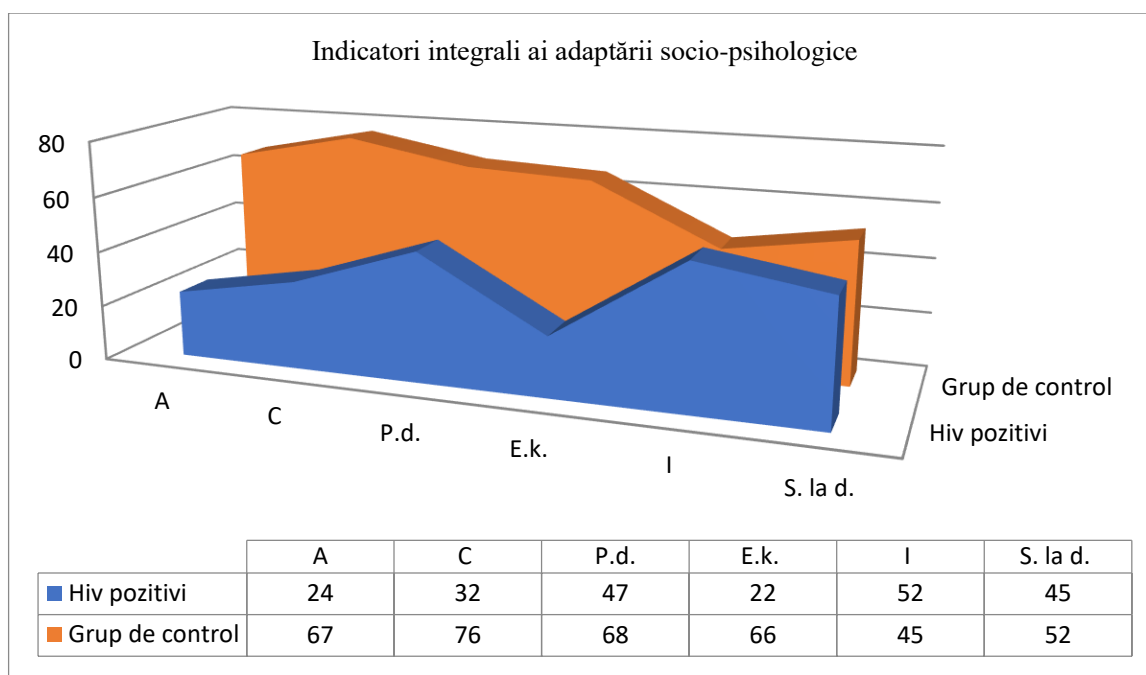


Figura 5 Rezultate comparative a indicatorilor de adaptare socio-psihologică

În figura 6 sunt prezentați indicatorii integrali ai adaptării socio-psihologice. În lotul respondenților seropozitivi a existat un nivel scăzut de confort emoțional, adaptabilitate, autoacceptare și acceptare a celorlalți, ceea ce contribuie la scăderea capacităților de adaptare. Cea mai mică diferență cu grupul de control a fost valoarea internității. Aceasta indică predominanța controlului intern asupra controlului extern și indică faptul că respondenții ambelor grupuri își asumă responsabilitatea pentru comportamentul și acțiunile lor.



Notă. *A – adaptabilitate, C – autoacceptare, P.d. – acceptarea altora, E.k. – confort emoțional, I – interioritate, S. la d. – dorinta de dominare.*

Figura 6 Indicatorii integrali ai adaptării socio-psihoologice.

Analiza rezultatelor studiului a evidențiat diferențe semnificative a indicatorilor de adaptare socio-psihoologică între persoanele cu statut seropozitiv și grupul de control. Astfel, scăderea adaptării socio-psihoologice a persoanelor care trăiesc cu HIV este influențată de caracteristicile psihologice personale și anume: creșterea anxietății situaționale și personale, autocontrol scăzut, scăderea rezistenței la stres și neîncredere în sine.

CONCLUZII

Amploarea răspândirii infecției cu HIV, trăsăturile și specificul dezvoltării bolii împing problema infecției cu HIV din apanajul medicilor la un nou plan psihologic. Infecția cu HIV este considerată în stadiul actual ca o situație de criză complexă. Afectează sferele cognitive, emoționale și comportamentale ale individului. În condițiile spargerii stereotipurilor de viață, a absenței unor contacte personale profunde, a unei imitări accentuate a cercului de prieteni și a unei izolări sociale, respondenții infectați cu HIV demonstrează un nivel scăzut al toleranței față de o situație frustrantă.

O persoană infectată cu HIV se caracterizează prin pasivitate socială, izolare, conflict, agresivitate, aspirații nerezonabile de conducere, un nivel ridicat de anxietate situațională și personală, izolare și un sentiment de valoare insuficientă a propriei personalități. Ei sunt mai predispuși să evite problemele, decât să le rezolve. Acest lucru determină un nivel ridicat de tensiune și creștere a riscului de tulburări de adaptare mentală și socializare. Starea emoțională a persoanelor seropozitive, manifestată prin disconfort emoțional, grad scăzut de satisfacție față de relațiile cu ceilalți, statut social incert, satisfacerea nevoilor de bază și autorealizare, necesită o atenție nu mai puțin serioasă decât starea lor fizică. Modificările psihologice identificate în personalitatea persoanelor infectate cu HIV, care reduc rezistența la stres și capacitatea de adaptare socială, fac posibilă concretizarea ideilor despre caracteristicile reacției mentale și comportamentului lor și pot fi folosite pentru a face o alegere a mijloacelor metodologice atunci când se desfășoară activități psiho-corecționale și psihoterapeutice cu persoane infectate cu HIV pentru a depăși o criză de viață, a menține capacitatea de muncă, a îmbunătăți calitatea vieții și a crea oportunități de auto-realizare personală.

BIBLIOGRAFIE

1. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la PROGRAM NAȚIONAL de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2022-

2025. Online. Disponibil: <https://gov.md/sites/default/files/document/msmps.2020.pdf> [accesat 2024-03-11].

2. Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova cu privire la PROGRAMUL NAȚIONAL de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2021-2025. Online. Disponibil: <https://cancelaria.gov.md/sites/default/files/documen/pdf> [accesat 2024-03-11].

3. Ministerul sănătății al Republicii Moldova. *Infecția cu HIV la adult și adolescent. Protocol clinic național (ediția III)*. Chișinău: 2022. Online. Disponibil: <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/PCN-211.pdf> [accesat 2024-03-11].

4. Moldpresa. Agenția Informațională de Stat. *Peste 17 mii de moldoveni suferă de HIV*. Online. Disponibil: <https://www.moldpres.md/news/2024/05/21/24003718> [accesat 2024-03-11].

CZU 159.9:343.54-055.2

SPECIFICUL INTERVENȚIEI PSIHOLOGICE ÎN CRIZA DATĂ DE VIOLENȚA ÎMPOTRIVA FEMEII

Luminița SECRIERU, dr., conf. univ.,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova,
Ina DANILCIUC, master în psihologie, psiholog,
IP Serviciul de asistență și consiliere pentru victimele violenței în familie,
Centrul „Ariadna” Drochia, Moldova

***Abstract:** The field of study of the research is the psychological intervention in the crisis given by violence against women, namely the overcoming of difficult situations. This paper highlights posttraumatic stress disorder, which considers to be one of the most intense traumatic experiences that a person can live as a result of domestic abuse. The investigation demonstrates the presence and role of pre-traumatic factors, which took place before the event and the link between the current crisis and some crises of the past, how they affect the woman's situation. And identifying the possibilities of adaptation of the victim woman to the new situation, through changing thoughts and subsequently behaviors, leads to the improvement of the mental state and the normalization of emotions, in order to prevent the evolution to posttraumatic stress.*

***Key-words:** behavior, crisis, emotion, psychological intervention, posttraumatic stress, violence, women.*

Cercetările care s-au axat pe criza violenței au demonstrat că nu se poate realiza un profil psihologic sau cultural al femeii abuzate de către partener. Totodată, s-a demonstrat faptul că violența domestică izvorăște pe conceptul inegalității de gen. Prin urmare, de cele mai multe ori, fenomenul este acceptat, tolerat sau sancționat în funcție de cultura și societatea în care se manifestă. [6, p.275]

În culturile individualiste femeia este cea care poate să decidă ce stil de viață adoptă. În culturile colectiviste, caracterizate de norme specifice care controlează și reglează interacțiunea socială, femeile respectă regulile sociale deoarece „orice abatere de la acestea atrage consecințe sociale negative puternice (rușine, pierderea respectului)” (Yoshioka și Choi, 2005, p. 514). Iată de ce, percepția femeilor care se confruntă cu situații în care există violență domestică este influențată de modalitatea în care sunt abordate în societatea respectivă rolurile maritale și egalitatea de șansă între femei și bărbați, indicatori care coordonează prioritățile și nevoile femeii în raport cu familia și comunitatea din care fac parte. [6, p. 276]

Statistile pentru ultimii ani, cu referire la fenomenul violenței în Republica Moldova descriu următoarea realitate: mai mult de 63% dintre femei și fete în vârstă de 15-16 ani au suferit de cel puțin o formă de violență în timpul vieții lor. Anual în Republica Moldova circa 40 de femei

își pierd viața în urma actelor de violență suferite în familie. Circa 73% de femei au fost supuse cel puțin unei forme de violență din partea partenerului la un moment dat în viață.

Majoritatea oamenilor au capacitatea de a-și controla emoțiile și de a depăși situațiile dificile cu care se confruntă. Există, însă, un prag al acceptării situațiilor de viață negative, dincolo de care orice om poate parcurge o criză psihologică, cu durată și intensitate diferite, în funcție de caracteristicile psihologice individuale.

Considerăm că este necesar de a extinde cercetările în acest domeniu, nemijlocit asupra femeilor marcate de criza violenței. Acest studiu își propune să identifice, să sintetizeze, completeze și să explice intervenția în criza dată de violența împotriva femeii. Cercetarea are ca obiectiv principal dezvoltarea unui model de management eficient pentru ameliorarea stării psihice și normalizarea emoțională a femeii marcate de criză.

Astfel, problema investigației științifice o constituie identificarea strategiilor și tehnicilor eficiente de intervenție psihologică în criza dată de violența împotriva femeii.

În acest studiu ne-am propus să identificăm factorii care duc la ameliorarea stării psihice a femeii victime, precum și specificul intervenției psihologice în criza dată de violența împotriva femeii, iar specificul constă și în faptul că trebuie să ținem cont de factorii pretraumatici, factori de mediu (statut socio-economic), nivel de educație, decese în familie, nivel scăzut de inteligență, statutul de minoritate etnică, factori genetici și fiziologici care includ și vârsta la care a avut loc traumatizarea. Trebuie să ținem cont și să înțelegem trecutul și prezentul femeilor victime a violenței domestice, influența experiențelor traumatice trăite, precum și reacțiile lor față de acestea și modurile de a le face față.

Cercetarea s-a desfășurat pe un eșantion constituit din 7 femei aflate în criza dată de violență în familie, proveniența cărora fiind atât din mediul urban cât și rural. Participarea femeilor la cercetare a fost benevolă, ele aflându-se în regim rezidențial în cadrul Centrului de plasament temporar pe o perioadă de până la șase luni. Etapa cercetării în care au fost chestionate femeile a durat 50-60 min. În urma analizei datelor cu privire la vârstă am stabilit: două femei de 25 ani, trei femei de 27-29 ani și două de 34/36 ani.

Studiul acestei cercetări este axat pe determinarea factorilor care duc la trăirile individuale ale evenimentului traumatizant, precum și pe stabilirea strategiilor de ameliorare a stărilor psihice, normalizarea emoțiilor de mai apoi în vederea prevenirii evoluției spre stresul posttraumatic și preluării responsabilităților propriului viitor.

În vederea realizării obiectivelor propuse, au fost utilizate și administrate următoarele instrumente:

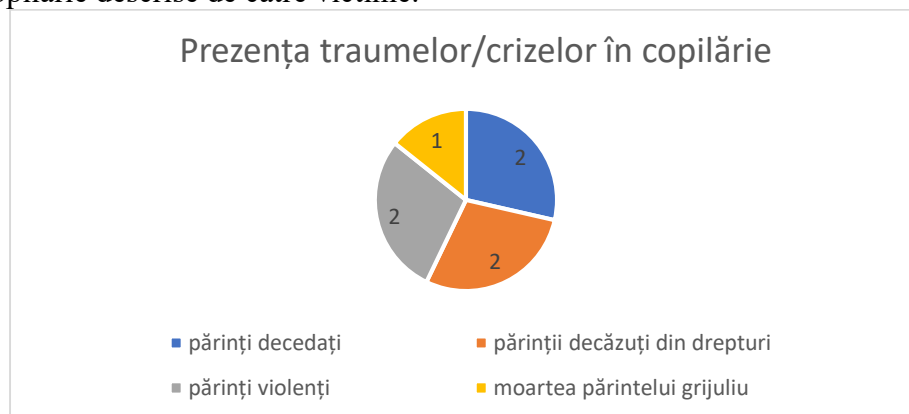
- ✓ Interviu semi-structurat în criza dată de violența împotriva femeii
- ✓ Scala de evaluare a influenței evenimentului traumatic (Impact of Event Scale-R-IES-R)

Interviu semi-structurat fiind cea mai importantă și frecvent utilizată ca metodă de colectare a datelor subiectului, prin intermediul căruia aflăm informații axate pe istoricul de caz, acesta vizează evaluarea naturii problemelor persoanei din perspectiva dezvoltării individuale, analiza perioadelor /evenimentelor critice, antecedente. Această primă etapă este și cea mai importantă, deoarece presupune stabilirea contactului primar cu subiectul, la fel presupune și evaluarea inițială, iar de calitatea contactului inițial și de calitatea colectării datelor depinde intervenția.

Scala de evaluare a influenței evenimentului traumatic se utilizează în scopul identificării reacțiilor individuale la evenimentul traumatizant. Este recomandat pentru victimele adulte. Oferă informație despre: tendințele de evitare a evenimentului traumatic / intruziunea evenimentului traumatic / excitabilitatea fiziologică.

Scala este remarcabilă prin numărul redus de itemi (conține doar 22 enunțuri asupra cărora se poate pronunța subiectul), IES-R a fost elaborată și perfecționată, ținându-se cont de rezultatele aplicării în cercetarea practică. Se evaluează în ce măsură subiectul a trăit astfel de emoții în situații asemănătoare și încercuiește cifra care ilustrează cât de des au fost aceste manifestări prezente în ultimele șapte zile, inclusiv ziua evaluării. Suma rezultatelor obținută la cele trei subscale

ilustrează impactul stresului posttraumatic (IES-R). Figura nr.1 redă prezența crizelor sau a traumelor din copilărie descrise de către victime.



Astfel, putem observa prezența factorilor pretraumatici în viața femeilor victime, care au un impact major în influența noilor trăiri către un alt eveniment dureros. Gândurile recurente și amintirile legate de evenimentul traumatic revin în minte cu o intensitate destul de înaltă și cu un impact psihologic destul de dureros, iar senzația femeii că se află și trăiește din nou evenimentul traumatic duce la incapacitatea ei de ieșire din criza curentă.

În urma aplicării Scalei de evaluare a evenimentului traumatic (Impact of Event Scale R-IES-R), am obținut un punctaj de la 80-96 puncte, ceea ce presupune nivelul cel mai înalt de intensitate a stresului posttraumatic.

Tabelul nr.2 Rezultate Scala de evaluare a evenimentului traumatic (Impact of Event Scale R-IES-R)

<i>S1</i> 28ani	<i>S2</i> 25ani	<i>S3</i> 36ani	<i>S4</i> 25 ani	<i>S5</i> 29ani	<i>S6</i> 28ani	<i>S7</i> 34ani
<i>IN - 29 p</i>	<i>IN - 29 p</i>	<i>IN - 29 p</i>	<i>IN - 31 p</i>	<i>IN - 31 p</i>	<i>IN - 33 p</i>	<i>IN - 33 p</i>
<i>AV - 30p</i>	<i>AV - 34 p</i>	<i>AV - 26 p</i>	<i>AV - 28 p</i>	<i>AV - 32 p</i>	<i>AV - 28 p</i>	<i>AV - 34 p</i>
<i>AR - 21 p</i>	<i>AR - 21 p</i>	<i>AR - 29 p</i>	<i>AR - 29 p</i>	<i>AR - 27 p</i>	<i>AR - 29 p</i>	<i>AR - 29 p</i>
<i>IES-R - 80p</i>	<i>IES-R - 84p</i>	<i>IES-R - 84p</i>	<i>IES-R - 88p</i>	<i>IES-R - 90p</i>	<i>IES-R - 90p</i>	<i>IES-R - 96p</i>

Femeile care au suportat un eveniment traumatic trec prin stări precum: insomnie, reamintirea incidentului involuntar, împotriva voinței proprii, incapacitatea excluderii din memorie a amintirilor dureroase, înțepenirea și paralizia sentimentelor celor întâmplare, incapacitatea de a adormi, incapacitatea de concentrare a atenției, prezența senzațiilor fizice neplăcute, precum: respirație dificilă, intensificare a pulsului, transpirație, dureri abdominale sau chiar greață.

Pornind de la rezultatele experimentului de constatare, în care s-a identificat cel mai înalt nivel de intensitate a stresului posttraumatic, am constatat necesitatea implementării unui program de intervenție în criză, un program: activ, directiv, orientat spre scop, cooperant și vizând rezolvarea de probleme.

Intervenind într-o situație de criză, ne-am propus: să evaluăm amploarea și particularitățile situației de criză; să inventariem repertoriul de disponibilități și abilități pe care le are femeia pentru a face față crizei și nu în ultimul rând, să ajutăm la conștientizarea gândurilor negative și schemelor cognitiv-disfuncționale și să generăm noi obținuți în ceea ce privește cognițiile, modul de percepere al realității și modelele de comportament.

Grupul experimental l-a constituit 4 femei aflate în criza dată de violență, acestea fiind conștiente de faptul că au nevoie de intervenția psihologică, astfel dându-și benevol consimțământul participării în Program. Programul de intervenție în criză, cu denumirea: „*Gândind diferit*”, a fost alcătuit din 12 ședințe cu durata de 60-90 minute fiecare ședință, cu frecvența o dată pe săptămână.

Scopul programului a fost ca femeia aflată în criza dată de violență domestică să capete încredere atât în intervențiile oferite din partea psihologilor, cât și în forțele proprii. Programul este destinat susținerii femeilor aflate în criza dată de violență în familie în urma unei practici centrate pe traumă. Iar prin intermediul intervenției date ținem cont de următoarele principii-cheie: crearea unui mediu de siguranță, dezvoltarea unei relații de încredere, abilitarea și dobândirea de

competențe, alegerea, luarea deciziilor și controlului persoanei asupra vieții sale, colaborarea, construirea unor experiențe relaționale pozitive, înțelegerea traumei, a prevalenței acesteia, a dinamicii și a impactului asupra vieții, înțelegerea complexității persoanei.

În program am pus accent deosebit pe formularea conceptelor în termeni operaționali și pe validarea empirică a rezultatelor procesului terapeutic pentru restabilirea cognițiilor și schimbarea comportamentelor. Esența constă în influențarea pozitivă asupra dezvoltării abilităților de autoreglare emoțională, sporirea încrederii în sine, diminuarea agresivității prin utilizarea tehnicilor și strategiilor specifice abordării cognitiv-comportamentale. Învățăm împreună să observăm gândurile, emoțiile, comportamentele și ulterior modul în care acestea sunt conectate, iar astfel putem influența schimbările în gânduri și comportamente pentru ca femeia să se simtă mult mai bine și să poată depăși situațiile dificile mai ușor.

În ultima parte a studiului am evaluat eficiența programului de intervenție în criza dată de violența împotriva femeii cu denumirea „Gândind diferit”. Investigarea eficienței programului de intervenție în criza dată de violența împotriva femeii a fost realizată în următoarele direcții: compararea și evidențierea diferențelor obținute de femei din grupul experimental test și grupul experimental retest.

Pentru a estima eficiența programului am administrat repetat Scala de evaluare a evenimentului traumatic (Impact of Event Scale-R-IES-R). Iar rezultatele acestuia le putem vizualiza în Tabelul nr. 2.

Tabelul nr. 2. Rezultate retest Scala de evaluare a evenimentului traumatic (Impact of Event Scale-R-IES-R).

<i>S1</i> 28ani	<i>S2</i> 25ani	<i>S5</i> 29ani	<i>S6</i> 28ani
<i>IN - 16 p</i>	<i>IN - 18 p</i>	<i>IN - 15 p</i>	<i>IN - 14 p</i>
<i>AV - 12 p</i>	<i>AV - 22 p</i>	<i>AV - 13 p</i>	<i>AV - 12 p</i>
<i>AR - 18 p</i>	<i>AR - 18 p</i>	<i>AR - 12 p</i>	<i>AR - 12 p</i>
<i>IES-R - 46 p.</i>	<i>IES-R - 58 p.</i>	<i>IES-R - 40 p.</i>	<i>IES-R - 38 p.</i>

În urma aplicării repetate a Scalei de evaluare a evenimentului traumatic (Impact of Event Scale R-IES-R), am obținut un punctaj cuprins între 38 și 58 de puncte, ceea ce presupune nivelul mediu de intensitate a stresului posttraumatic. Femeile, incluse în programul de criză, care au suportat un eveniment traumatic trec prin stări precum: reamintirea incidentului împotriva voinței proprii, incapacitatea de concentrare a atenției, prezența senzațiilor fizice precum: respirație dificilă, transpirație, însă cu o intensitate medie.

Datele pe care le-am obținut în urma implementării programului de intervenție în criză ne permit să conchidem faptul că finalitățile propuse din start au fost realizate. Femeile care au trecut prin program, sunt în stare să conștientizeze și să recunoască simptomele cu caracter traumatic, să-și exploreze gândurile, sentimentele și comportamentele în diferite etape ale vieții, au învățat abilitatea de a-și schimba gândurile sau comportamentele pentru ca în final să se simtă mai puțin stresate și nu în ultimul rând femeile au învățat să-și controleze emoțiile atunci când se gândesc la un eveniment traumatic din trecut și suportă mai ușor situațiile dificile din prezent, iar capacitatea de concentrare asupra altor lucruri le dă posibilitatea femeilor să se simtă mult mai bine și mai relaxate.

Astfel, valorile inovative ale investigației expuse vin să confirme ipoteza conform căreia am presupus implicarea femeii în criza dată de violență într-un program de intervenție psihologică ar ameliora starea ei psihică și ar normaliza emoțiile de mai apoi, în vederea prevenirii evoluției spre stresul posttraumatic.

Demersul formativ și rezultatele expuse ne permit să formulăm următoarele concluzii.

-Modelul distinct și inovativ de diminuare a crizei date de violență este posibilă prin parcurgerea riguroasă a femeii prin toți pașii de lucru propuși din start. Conștientizarea și

recunoașterea că are nevoie de intervenție psihologică constituind etapa primară, distinctă în rezolvarea problemei.

-Atragerea gândurilor despre trauma din trecut ajută femeia victimă să se confrunte treptat cu amintirile evenimentelor traumatice până când acestea provoacă mai puțină suferință și evitare.

-Lucrul cu gândurile neproductive, sau mai bine zis exersarea în cât mai multe situații a schimbării spre o gândire mai pozitivă și mai productivă, duce după sine niște emoții care s-au demonstrat a fi mult mai plăcute femeii victime din cadrul Programului, iar ulterior urmând comportamente mult mai productive și benefice femeii.

-Odată cu restabilirea activităților plăcute, demult uitate din viața femeii, s-a demonstrat îmbunătățirea stării de spirit a acestora, o încredere în sine, o poftă de viață și o focusare a atenției spre alte activități mult mai importante, dar și o manifestare mult mai calmă în relațiile lor cu copiii din cadrul Centrului. Ulterior copiii preluând comportamentul mamei au manifestat și ei un tip de comportament mai liniștit, ceea ce remarcă un succes nu mai puțin important.

-Femeile din grupul experimental retest au demonstrat rezultatele ce indică un nivel mai redus a trăirilor evenimentului traumatic. Datele confirmă trăirea emoțiilor în situații foarte stresante într-o intensitate mai rară comparativ cu grupul experimental test.

Plecând de la analiza, precizarea, determinarea și interpretarea aspectelor teoretice, a celor experimentale și a rezultatelor obținute în cadrul experimentului formativ, prelucrarea cantitativă a acestora, putem concluziona următoarele:

Evaluarea factorilor predispozanți într-o situație de criză, a depășirii istoricului femeii victime, precum și evaluarea trăirilor sau emoțiilor într-o situație foarte stresantă, a condiționat identificarea metodelor, strategiilor intervenției psihologice în criza dată de violența împotriva femeii și evidențiere pașilor oportuni în parcurgerea de către femei victime în vederea ameliorării stării psihice și normalizării emoțiilor, în vederea depășirii crizei actuale prin prisma crizelor trecute neprocesate la timp.

Studiul realizat a permis elaborarea programului de intervenție în criza dată de violență împotriva femeii, centrat pe prelucrarea traumelor din copilărie, schimbarea gândurilor care este urmată de schimbarea comportamentelor, regăsirea prin intermediul activităților uitate, rezolvarea de probleme, recăpătarea încrederii în forțele proprii, dar și în cei din jur, și nu în ultimul rând depășirea cu alte tipuri de emoții a evenimentelor traumatice.

Rezultatele experimentului formativ și de control, ne demonstrează că pașii de lucru în terapiile cognitiv-comportamentale din cadrul programului, trebuie să fie orientați spre crearea unui mediu de siguranță, dezvoltarea unei relații de încredere, abilitarea și dobândirea de competențe, luarea deciziilor și controlului persoanei asupra vieții sale, colaborarea, construirea unor experiențe relaționale pozitive, înțelegerea traumei, a prevalenței acesteia, a dinamicii și a impactului, înțelegerea complexității persoanei.

Datele obținute în urma realizării programului de intervenție în criza dată de violență împotriva femeii, denotă impactul benefic al strategiilor aplicate în intervențiile psihologice de ameliorare a stresului și normalizarea emoțiilor în situații foarte stresante. Programul realizat s-a dovedit a fi eficient. S-a observat un comportament diferit, mult mai benefic și eficient decât cel precedent, creșterea stimei de sine, realizarea prin intermediul altor activități, focusarea spre momentele pozitive din viață, relaționarea cu copii care pînă la intervenție nu aveau parte de atenție, afecțiune și ascultare.

Bibliografie

1. *BATOG, M.*, Modalități de intervenție psihologică în cazul tulburării posttraumatice de stres la copii și adolescenți. *Chișinău: Institutul de Științe ale Educației, 2015. 124 p.*

2. *HOLDEVICI, I.*, Psihoterapia de scurtă durată. *București: Dual Tech, 2004. 411 p.*

3. *MARINEANU, V., VOICU I.*, Intervenția în criză și primul ajutor psihologic Ghid operațional. *București: Editura Centrului Tehnic-Editorial al Armatei, 2016. 192 p.*

4. *MUNTEAN, A.*, Violență, traumă, reziliență. *Iași: Editura Polirom, 2011. 163 p. ISBN 978-973-46-1308-3.*

5. RAȚIU, A.M., HIZO-MILOȘ L.S., *Violența domestică. Volumul I. Aspecte generale. Fondul ONG România: Napoca Star. 2016. 229 p. ISBN 978-606-690-426-*

6. RUJOIU, V., *Dependentă sau autonomă? Femeia și violența domestică. O abordare interculturală. În Revista de psihologie. Serie nouă Tomul 55 Nr. 3-4: Editura Academiei Române, 2009. 265-278 p.*

7. TOMA, S., TOMA, N., POPENCO, G., CAPTARI, V., PANFIL, N., *Asistența psihologică a cazurilor de violență în familie: suport de curs. Chișinău: [S.n.], 2024. 140 p.*

8. TURLIUC, M.N., HUȚULEAC, A.K., DĂNILĂ, O., *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2009. 208 p. ISBN 978-973-703-436-6.*

9. VRAȘTI, R., *Ghid practic de intervenție în criză. Ontario Canada: Huron Perth Healthcare Alliance Mental Health Programs Crisis Intervention Program Stratford, 2012. 468 p.*

CZU 159.942

CONSILIEREA PSIHOLOGICĂ ÎN GESTIONAREA EMOȚIILOR ÎN FAȚA INCERTITUDINII

Maria CORCEVOI, dr., lector univ.
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți

Abstract: *Managing emotions in the face of uncertainty is a crucial yet challenging process essential for emotional well-being. This article outlines eight practical strategies to navigate uncertainty effectively: accepting the present moment, adopting a growth mindset, clarifying fears, distinguishing between what can and cannot be controlled, creating flexible action plans, letting go of external worries, drawing confidence from past experiences, and aligning life choices with one's tolerance for uncertainty. Each strategy emphasizes actionable steps, self-reflection, and adaptability, offering a structured framework to transform uncertainty from a source of anxiety into an opportunity for learning and personal growth. With consistent application, these approaches help individuals build emotional resilience and navigate the unknown with greater confidence and clarity.*

Keywords: *Emotional management, uncertainty, growth mindset, emotional resilience, anxiety reduction, tolerance for uncertainty.*

Gestionarea emoțiilor reprezintă o componentă fundamentală a sănătății mentale, având un impact direct asupra creșterii rezilienței și îmbunătățirii calității vieții. În acest context, psihologii joacă un rol esențial, sprijinind clienții să identifice, să accepte și să reglementeze emoțiile intense, mai ales în situații de incertitudine sau anxietate.

Această nevoie devine evidentă în lumina cercetărilor privind stresul, care identifică trei factori principali ce contribuie la disconfort emoțional: lipsa controlului, imprevizibilitatea și percepția că lucrurile se înrăutățesc. Toți acești factori converg spre o stare emoțională guvernată de anxietate – un sentiment de neliniște generală, declanșat de incertitudinea privind viitorul.

În fața unor forțe percepute ca fiind mai presus de controlul nostru, anxietatea se manifestă ca răspuns la incertitudinea privind impactul acestora asupra vieții noastre. Frica este o emoție specifică, declanșată de anticiparea unui eveniment negativ concret, precum teama de a ne bălba în timpul unei prelegeri importante sau pierderea unei persoane dragi. Pe de altă parte, anxietatea, adesea strâns legată de incertitudine, apare în lipsa unei amenințări clar definite, accentuând disconfortul emoțional. Cu cât ne confruntăm cu o incertitudine mai mare, cu atât starea noastră emoțională devine mai precară. Studiile neuroștiințifice demonstrează că, atunci când riscurile unei situații sunt necunoscute, activitatea în regiunile cerebrale responsabile de procesarea emoțiilor – precum amigdala – crește considerabil. În mod surprinzător, preferăm să știm cu siguranță că ne așteaptă un eveniment negativ, pentru că acest lucru ne permite să ne pregătim un

plan de acțiune. De exemplu, cercetările lui Fosslien arată că indivizii care percepeau un risc de 50% pentru un eveniment neplăcut (precum un șoc electric) erau de trei ori mai stresați decât cei care știau că riscul este de 90% (apud 4).

Această tendință de a evita ambiguitatea subliniază de ce gestionarea emoțiilor și intervențiile psihologice sunt atât de importante. În situații de incertitudine, clienții pot fi ghidați să dezvolte tehnici de acceptare și reglementare emoțională, reducând astfel activarea intensă a mecanismelor de stres. Psihologii pot sprijini clienții să recunoască că lipsa de control este inevitabilă în unele cazuri și să-și concentreze energia pe factorii pe care îi pot influența. Prin reducerea spiralei de incertitudine și crearea unor strategii proactive, consilierea psihologică ajută la diminuarea impactului stresului și la cultivarea unei relații sănătoase cu emoțiile, chiar și în fața situațiilor imprevizibile. Acest proces devine esențial pentru restabilirea echilibrului și pentru promovarea unei sănătăți mentale robuste.

Gestionarea emoțiilor în contextul incertitudinii este un aspect esențial în consilierea psihologică, iar un prim pas este oprirea ciclului de reacții automate și acceptarea momentului prezent. În situații de anxietate intensă, tendința firească este de a evita disconfortul sau de a reacționa impulsiv. Totuși, această abordare adesea perpetuează starea negativă, intensificând senzația de neputință. Psihologii pot sprijini clienții să adopte strategii care întrerup acest ciclu și să înțeleagă că emoțiile intense sunt, de obicei, temporare. Un exemplu de intervenție practică este tehnica pauzei conștiente, care încurajează clienții să se oprească și să accepte senzațiile fizice asociate emoțiilor puternice – cum ar fi bătăile accelerate ale inimii sau senzația de nod în stomac. Studiile arată că aceste senzații durează, de regulă, aproximativ 90 de secunde, timp în care clienții pot învăța să-și dezvolte reziliența emoțională prin exerciții simple, cum ar fi numărarea până la 90 sau chiar până la 5, repetându-le ori de câte ori este necesar.

Aceste tehnici pot fi completate de practici suplimentare precum meditația ghidată, scrisul într-un jurnal, sau discuțiile cu un prieten apropiat sau un consilier. Toate acestea oferă un spațiu sigur pentru explorarea și înțelegerea emoțiilor. Este important ca psihologii să îi ajute pe clienți să înțeleagă că acceptarea emoțiilor nu înseamnă resemnare, ci o abordare activă și conștientă a anxietății. În plus, o schimbare de perspectivă asupra anxietății poate avea un efect pozitiv. Psihologii pot încuraja clienții să vadă anxietatea nu ca pe un obstacol, ci ca pe un semnal protector, folosind afirmații precum „Îți mulțumesc că încerci să mă protejezi. Apreciez asta!”. Această abordare promovează o relație mai sănătoasă cu propriile emoții și deschide calea către schimbare și creștere personală. În continuare vom prezenta un exemplu de dialog care ilustrează modul în care psihologii pot ghida clienții în procesul de gestionare a emoțiilor, utilizând strategii practice și personalizate.

Client: Simt că inima îmi bate atât de tare, mă panichez complet când mă gândesc că ar putea să se întâmple ceva rău. Nu pot să mă liniștesc!

Consilier: Înțeleg cât de copleșitor poate fi acest sentiment. Hai să începem cu un pas simplu. Oprește-te un moment, așază-te confortabil și ia o pauză. Vom număra împreună încet până la 5. Ești pregătit?

Client: Doar să număr? Nu sunt sigur că asta mă va ajuta...

Consilier: Încearcă, vom vedea împreună. Hai să numărăm: 1... 2... 3... 4... 5. Cum te simți acum?

Client: Cred că un pic mai bine. Nu mai simt aceeași presiune.

Consilier: Perfect! Emoțiile puternice, cum este această panică, durează în general aproximativ 90 de secunde. Cu fiecare pauză conștientă, înveți să tolerezi disconfortul fără să reacționezi impulsiv. Data viitoare când te simți așa, amintește-ți că este temporar și că poți relua acest exercițiu.

Client: Dar de ce tot simt că lucrurile vor merge prost? E ca un ciclu care nu se oprește.

Consilier: Este normal să simți asta în fața incertitudinii. Ai încercat vreodată să privești anxietatea ca pe un mesaj? Ce crezi că încearcă să-ți spună?

Client: Nu m-am gândit la asta... poate că vrea să fiu atent la ce se întâmplă în jur.

Consilier: Exact! Anxietatea încearcă adesea să ne protejeze. Ce-ar fi să îi spui acum: „Îți mulțumesc că încerci să mă protejezi. Apreciez asta.”? Acest mic exercițiu te poate ajuta să te reconectezi cu emoțiile tale într-un mod sănătos.

Client: Hm, o să încerc... „Mulțumesc că încerci să mă protejezi. Apreciez asta.” Sună diferit, dar parcă mă ajută să nu mai fiu atât de împotriva.

Consilier: Foarte bine! Acum că începem să ne uităm diferit la emoții, ce-ai zice să explorăm alte opțiuni pentru a gestiona disconfortul? De exemplu, ai putea să scrii într-un jurnal ce simți chiar acum.

Client: Scrisul? Nu știu dacă mă ajută...

Consilier: Poți începe simplu, cu câteva fraze despre ce simți și ce gânduri îți vin. Mulți oameni descoperă că scrisul îi ajută să-și organizeze gândurile și să elibereze tensiunea. Dacă vrei, poți încerca și meditația ghidată sau să discuți cu un prieten apropiat.

Client: Cred că pot începe cu jurnalul. Mi se pare o idee mai accesibilă pentru moment.

Consilier: Minunat! Ideea este să îți găsești metodele care funcționează cel mai bine pentru tine. Prin aceste exerciții, începi să îți construiești reziliența emoțională și să îți gestionezi anxietatea mai eficient, chiar și în fața incertitudinii.

Client: Încep să văd lucrurile altfel. Cred că aceste tehnici ar putea să mă ajute să ies din acest ciclu.

Consilier: Absolut! Și este un proces. Cu fiecare pas mic pe care îl faci, te apropii mai mult de a recăpăta echilibrul. Ai făcut deja progrese excelente.

Gestionarea emoțiilor în contextul incertitudinii este un aspect esențial în consilierea psihologică, iar primul pas propus este oprirea ciclului de reacții automate și acceptarea momentului prezent.

După ce clienții încep să tolereze disconfortul și să întrerupă reacțiile automate, următorul pas în procesul de consiliere se concentrează pe schimbarea perspectivei asupra propriilor capacități și adoptarea unei mentalități orientate spre creștere.

Adoptă mantra „Sunt o persoană care învață să...” Această abordare invită clienții să își redefină modul în care percep dificultățile și incertitudinea. În loc să gândească „Nu pot să duc la bun sfârșit sarcina asta” sau „Ar fi trebuit să o rezolv deja”, clienții sunt încurajați să își spună „Sunt o persoană care învață să fac față acestei provocări”. Această schimbare simplă de limbaj le permite să se perceapă ca fiind agenți ai schimbării și participanți activi în procesul propriei dezvoltări. Acest tip de gândire, cunoscut în psihologie sub numele de *mentalitate de creștere*, ajută la redefinirea obstacolelor și a incertitudinii ca oportunități de învățare. În loc să vadă situațiile dificile ca fiind blocaje insurmontabile, clienții pot începe să se concentreze pe abilitățile pe care le pot dobândi pentru a face față provocărilor. De exemplu, în loc să gândească „Nu știu ce să fac acum, ceea ce înseamnă că nu pot face nimic”, clienții pot învăța să își spună „Pot să dobândesc abilitățile necesare ca să depășesc această problemă”. Adoptarea unei mentalități de creștere reduce amenințarea percepută de incertitudine și transformă terenul nesigur într-o șansă pentru evoluție. Psihologii pot sprijini clienții în dezvoltarea acestui tip de gândire prin exerciții de auto-reflecție și prin stabilirea unor obiective mici, dar realizabile, care să întărească încrederea în propria capacitate. Dialogul de mai jos ilustrează cum consilierul poate ghida clientul spre această schimbare de perspectivă, folosind tehnici practice și un limbaj care promovează autorefecția și încrederea în procesul de adaptare.

Client: Mă simt complet copleșit de sarcina asta. Am încercat, dar pur și simplu nu cred că pot să o duc la bun sfârșit.

Consilier: Înțeleg cât de frustrant poate fi să te simți blocat. Ce-ar fi să încercăm să privim situația dintr-o altă perspectivă? Cum ar suna dacă, în loc să spui „Nu pot să fac asta”, ți-ai spune „Sunt o persoană care învață să fac față acestei provocări”?

Client: Hm, pare o formulare diferită, dar nu sunt sigur că mă ajută. Mă simt totuși incompetent.

Consilier: Este absolut normal să te simți astfel la început. Dar gândește-te la asta: atunci când spui „Sunt o persoană care învață să...”, îți acorzi permisiunea de a face greșeli și de a învăța din ele, în loc să te judeci pentru ceea ce încă nu știi. Crezi că ai putea încerca această formulare?

Client: Cred că aș putea să spun asta... „Sunt o persoană care învață să fac față provocării.”

Consilier: Exact! Cum te simți acum, spunând asta?

Client: E un pic mai ușor. Parcă nu mai simt atât de multă presiune.

Consilier: Minunat. Asta este mentalitatea de creștere. În loc să vezi obstacolul ca pe un blocaj insurmontabil, începi să-l percepi ca pe o oportunitate de a învăța ceva nou. Ce-ai zice să identificăm un prim pas mic pe care îl poți face pentru a începe să abordezi această sarcină?

Client: Poate că aș putea să cer ajutor de la cineva care știe mai bine ce să fac sau să caut informații suplimentare.

Consilier: Excelent! Acesta este un pas concret care îți arată că procesul de învățare începe cu acțiuni mici. Amintește-ți, fiecare pas te aduce mai aproape de a depăși această provocare. Și, cu fiecare efort, îți întărești încrederea în capacitatea ta de a reuși.

Client: Da, cred că asta ar putea funcționa. Voi începe cu acel prim pas și voi vedea cum evoluează lucrurile.

Consilier: Perfect! Și nu uita, este în regulă să greșești sau să te simți nesigur. Ce este important e că acum te percepi ca fiind o persoană care învață și crește, nu ca pe cineva blocat în fața unui obstacol.

Această strategie, bazată pe adoptarea mentalității de creștere, oferă clienților un mod diferit de a percepe dificultățile și incertitudinea. În loc să vadă obstacolele ca fiind bariere definitive, clienții sunt încurajați să le privească drept oportunități de învățare și dezvoltare personală.

După ce clienții învață să accepte incertitudinea și să adopte o mentalitate de creștere, un alt pas important în gestionarea emoțiilor este **transpunerea anxietății generale în temeri specifice**. Adesea, anxietatea are un caracter difuz, ceea ce o face să pară copleșitoare și greu de gestionat. Prin identificarea clară a temerilor, clienții pot înțelege mai bine ceea ce îi îngrijorează și pot găsi soluții concrete pentru a reduce impactul emoțional. Această strategie presupune explorarea conștientă a surselor de anxietate prin întrebări care ajută la clarificarea temerilor. De exemplu, clienții pot fi ghidați să răspundă la întrebări precum: „De ce anume îmi este frică?”; „Ce îmi imaginez că ar putea să se întâmple?”; „Cum ar arăta exact scenariile respective și cum m-ar face să mă simt?”. Prin acest proces, clienții descoperă adesea că temerile lor sunt legate de pierderea unui aspect al identității sau de anticiparea unor emoții neplăcute. De exemplu, cineva care se teme de eșec poate realiza că își asociază succesul cu valoarea personală, iar această frică devine sursa anxietății. Identificarea temerilor specifice nu doar că face anxietatea mai ușor de gestionat, dar oferă și oportunitatea de a dezvolta strategii practice pentru a aborda aceste temeri. Psihologii pot încuraja clienții să reflecteze asupra modalităților de a preveni situațiile care îi îngrijorează sau să își dezvolte resursele necesare pentru a le face față. În continuare, un exemplu de dialog între consilier și client ilustrează aplicarea acestei strategii.

Client: Simt mereu o neliniște generală, dar nu știu exact de ce. Totul pare copleșitor, dar nu pot pune degetul pe ceva anume.

Consilier: Este normal să simți așa când anxietatea este difuză. Hai să încercăm să o clarificăm puțin. Dacă ar fi să răspunzi la întrebarea „De ce anume îmi este frică?”, ce ai spune?

Client: Hm, cred că mi-e frică să nu eșuez la locul de muncă. Dar asta pare prea vag...

Consilier: Bun, este un început. Să mergem mai departe. Ce îți imaginezi că s-ar putea întâmpla dacă ai eșua?

Client: Mă gândesc că aș putea pierde respectul colegilor sau chiar jobul. Și dacă asta s-ar întâmpla, nu știu cum m-aș descurca.

Consilier: Înțeleg. Aș vrea să mergem și mai în detaliu. Cum ar arăta exact un astfel de scenariu și cum crezi că te-ar face să te simți?

Client: Cred că m-aș simți umilit, ca și cum n-aș fi destul de bun. Probabil aș începe să mă îndoiesc de toate abilitățile mele.

Consilier: Este un scenariu destul de clar acum. Să ne gândim la următorul pas. Dacă te gândești la acest scenariu, ce ai putea face pentru a-l evita sau pentru a-ți reduce impactul emoțional?

Client: Poate aș putea să cer feedback regulat de la colegi sau să lucrez mai mult la abilitățile mele. Poate că, dacă aș ști că fac progrese, m-aș simți mai sigur.

Consilier: Exact, asta e cheia – să transformăm anxietatea generală în pași specifici pe care îi poți lua. Acum că ți-ai clarificat temerile, ai o direcție clară și poți să te concentrezi pe lucruri pe care le poți controla. Cum te simți acum în legătură cu anxietatea ta?

Client: Mă simt un pic mai liniștit. Pare mai ușor să gestionez anxietatea când știu exact ce mă sperie și ce pot să fac.

Consilier: Minunat! Este un proces care necesită practică, dar fiecare pas mic te apropie de o gestionare mai eficientă a emoțiilor. De fiecare dată când simți anxietate, încearcă să te întrebă de ce anume îți este frică și cum poți aborda acele temeri.

Acest dialog ilustrează modul în care clarificarea anxietății prin transpunerea ei în temeri specifice ajută clienții să găsească soluții practice și să reducă sentimentul de copleșire. Strategia oferă un cadru structurat pentru a face față incertitudinii și pentru a transforma neliniștea în acțiuni concrete.

După ce o persoană reușește să transpună anxietatea în temeri specifice, un pas crucial în gestionarea emoțiilor este să diferențieze între ceea ce poate controla și ceea ce nu poate. Adesea, temerile se împart în două categorii distincte:

Sfera interioară: lucruri care sunt sub control personal, cum ar fi acțiunile, atitudinile sau eforturile proprii.

Sfera exterioară: aspecte care sunt în afara controlului personal, precum deciziile altora, evenimentele externe sau circumstanțele imprevizibile.

Identificarea clară a ceea ce aparține sferei exterioare este esențială, deoarece asumarea responsabilității pentru aceste elemente externe poate duce la frustrare și epuizare emoțională. În schimb, concentrarea asupra sferei interioare permite o persoană să stabilească obiective clare și realizabile, oferind astfel o direcție concretă de acțiune. Separarea temerilor în aceste două categorii reduce sentimentul de copleșire și oferă un sentiment de claritate și control asupra situației. Psihologii pot sprijini acest proces prin întrebări și exerciții care ajută individul să delimiteze sfera interioară de cea exterioară, facilitând o abordare mai structurată și eficientă a provocărilor emoționale. În continuare, un dialog exemplu arată cum se poate aplica această strategie în consiliere.

Client: Am încercat să fac tot ce pot, dar încă mă simt copleșit. Parcă nu e suficient, iar lucrurile nu se schimbă.

Consilier: Înțeleg cât de frustrant poate fi să simți că nu controlezi situația. Hai să încercăm un exercițiu simplu. Dacă te gândești la temerile tale, crezi că ele se împart în două categorii: lucruri pe care le poți controla și lucruri care nu sunt sub controlul tău?

Client: Probabil. De exemplu, mi-e teamă că oamenii de la muncă nu mă respectă. Nu știu dacă pot să fac ceva în legătură cu asta.

Consilier: Asta e o observație bună. În acest caz, respectul celorlalți se află în sfera exterioară – nu poți controla direct cum gândesc sau simt ceilalți. Dar te poți concentra pe ceea ce se află în sfera interioară: acțiunile tale. Ce ai putea face pentru a-ți îmbunătăți performanța sau comunicarea cu colegii?

Client: Poate că aș putea să fiu mai deschis în discuții sau să cer feedback despre munca mea.

Consilier: Exact. Acestea sunt acțiuni aflate în sfera ta de control. Dacă te concentrezi pe ele, vei avea un sentiment mai mare de siguranță și progres, chiar dacă rezultatul final depinde de factori externi. Cum te face să te simți să delimitezi lucrurile în acest fel?

Client: Mă simt un pic mai eliberat. Dacă știu ce depinde de mine, nu mai simt presiunea de a schimba lucruri pe care nu le pot controla.

Consilier: Perfect! Aceasta este esența diferențierii între sfera interioară și cea exterioară. Atunci când te concentrezi pe ceea ce poți influența, reduci sentimentul de neputință. Te-ar ajuta să faci o listă cu lucrurile din sfera ta de control și să stabilești câțiva pași concreți?

Client: Cred că da. Ar fi util să văd clar pe ce pot lucra și să nu mă mai consum pentru ceea ce nu pot schimba.

Consilier: Excelent! Îți sugerez să faci asta și, pe măsură ce lucrezi pe lista ta, vei începe să te simți mai stăpân pe situație. E un proces care necesită practică, dar fiecare pas îți oferă claritate și încredere.

Acest dialog evidențiază cum diferențierea între sfera interioară și cea exterioară ajută clienții să își prioritizeze eforturile și să își reducă anxietatea, transformând provocările într-un plan de acțiune concret.

Odată ce o persoană reușește să diferențieze între ceea ce ține de sfera interioară și ceea ce aparține sferei exterioare, următorul pas important este *crearea unui plan de acțiune flexibil*, capabil să se adapteze circumstanțelor imprevizibile. Incertitudinea devine copleșitoare deoarece perturbă mecanismul natural de utilizare a tiparelor din experiențele anterioare. În situațiile familiare, o persoană poate apela cu ușurință la soluții care au funcționat în trecut. Însă, în lipsa acestor tipare, vigilența crește, iar energia emoțională este rapid epuizată, deoarece fiecare detaliu necesită analiză atentă. Crearea unui plan flexibil permite o abordare mai organizată și mai calmă, reducând impactul negativ al incertitudinii asupra bunăstării emoționale. Acest proces oferă claritate și structură, ajutând persoana să rămână ancorată în acțiuni concrete, chiar și atunci când viitorul este imprevizibil. Un astfel de plan devine un instrument esențial în gestionarea stresului și în menținerea echilibrului psihologic. În situațiile aflate sub controlul unei persoane, un mod eficient de a aborda provocările este transformarea acestora în întrebări care presupun acțiune. De exemplu, dacă anxietatea unei persoane este legată de pierderea locului de muncă, întrebarea poate fi reformulată astfel: „Ce aș face dacă aș fi concediat?” Răspunsurile, cum ar fi postarea unui anunț pe LinkedIn, explorarea oportunităților prin rețelele de prieteni sau investigarea unor noi domenii de interes, devin pași concreți care oferă claritate și reduc senzația de neputință. Valoarea acestui proces nu constă doar în rezultatele planificării, ci și în impactul reflecției și pregătirii. Un plan flexibil nu trebuie să fie perfect sau rigid; dimpotrivă, acesta devine o sursă de informații și de siguranță emoțională, oferind un sentiment de calm chiar și în fața unui viitor nesigur. Mai mult, un plan adaptabil permite stabilirea unor așteptări realiste. O persoană nu va simți vinovăție dacă lucrurile nu se desfășoară conform planului inițial și va percepe întreg procesul ca pe o oportunitate de învățare, nu ca pe un eșec.

Client: Mă gândesc constant la ce ar putea merge prost, dar tot mă simt nepregătit.

Consilier: Hai să transformăm această anxietate într-o întrebare concretă: „Ce aș face dacă lucrurile nu merg conform planului?” Care ar fi primul pas pe care l-ai face?

Client: Aș începe prin actualizarea CV-ului și căutarea de joburi online.

Consilier: Foarte bine! Ce alte acțiuni ai putea lua?

Client: Poate aș posta pe LinkedIn și aș cere ajutor prietenilor.

Consilier: Exact. Acum, dacă toate acestea fac parte dintr-un plan, cum te face să te simți?

Client: Mai liniștit, știind că am câteva opțiuni.

Consilier: Acesta este scopul unui plan flexibil: nu e nevoie să fie perfect, dar îți oferă claritate și siguranță. Chiar dacă planul se schimbă, ai deja o bază care te ajută să faci față imprevizibilului.

Client: Pare realizabil și mai puțin stresant.

Consilier: Minunat! Ține minte, procesul de planificare te pregătește pentru orice situație și îți întărește încrederea în capacitatea ta de a gestiona provocările.

Acest dialog scurt și clar ilustrează cum planificarea flexibilă ajută la reducerea anxietății și promovează o atitudine proactivă, oferind clienților o mai bună gestionare a incertitudinii.

Un pas final în gestionarea emoțiilor *este învățarea renunțării la lucrurile care se află în afara controlului unei persoane*. Deși acest proces poate părea dificil, stabilirea unor limite clare pentru grijile legate de sfera exterioară devine esențială în reducerea stresului și anxietății. Cum

poate fi realizat acest lucru? Identificarea este un prim pas util. Când o persoană este copleșită de gânduri legate de un viitor incert sau amenințător, aceasta poate încerca să își numească emoția sau tiparul mental printr-un singur cuvânt, precum „opunere”, „exagerare” sau „împotmolire”. Această tehnică ajută individul să înțeleagă că nu este definit de gândurile sale și să găsească un punct de plecare pentru a se detașa de ele.

O altă strategie eficientă, inspirată din terapia cognitiv-comportamentală, constă în alocarea unui interval clar pentru a reflecta asupra acestor griji. De exemplu, persoana își poate stabili un moment specific al zilei – cum ar fi „mâine dimineață la ora 9” – pentru a se gândi la problemele din sfera exterioară. Această metodă creează o barieră între grijile continue și viața cotidiană, oferind mai mult spațiu pentru a se concentra pe prezent.

Aceste tehnici simple, dar eficiente, limitează impactul negativ al grijilor externe și ajută la promovarea unui sentiment de calm și claritate. Aplicarea acestor strategii poate fi ghidată în cadrul consilierii psihologice, oferind suport pentru a naviga mai eficient prin provocările vieții.

Client: Nu mă pot opri să mă gândesc la lucruri care nu depind de mine. De exemplu, dacă compania unde lucrez decide să facă restructurări, mă simt complet neputincios.

Consilier: Este normal să simți anxietate când te confrunți cu ceva din afara controlului tău. Ce-ar fi să încercăm un exercițiu? Data viitoare când aceste gânduri apar, încearcă să le identifici într-un singur cuvânt. Ce ai spune despre acest sentiment de acum?

Client: Hm... Poate „frustrare”.

Consilier: Bun început. Recunoscând și numind emoția sau tiparul mental, te distanțezi de ea. Aceasta este o modalitate de a-ți aminti că nu ești definit de aceste gânduri. Cum te simți făcând asta?

Client: Poate puțin mai conștient. Îmi dau seama că nu trebuie să mă afund în ele.

Consilier: Exact. Acum, pentru a limita timpul pe care îl petreci îngrijorându-te, îți propun să-ți aloci un interval specific pentru aceste gânduri. De exemplu, „Mâine dimineață la ora 9 mă voi gândi la ce se va întâmpla cu restructurările”. Crezi că ar funcționa pentru tine?

Client: Pare o idee bună. Dacă știu că am un moment anume pentru asta, poate că nu mă voi mai stresa constant.

Consilier: Exact! Această tehnică nu doar că îți reduce stresul, dar te ajută să te concentrezi pe prezent și să păstrezi energia pentru ceea ce contează acum. Data viitoare când te surprinzi îngrijorându-te, reamintește-ți intervalul pe care l-ai stabilit.

Client: Cred că pot încerca. Dacă îmi impun un interval clar, poate reușesc să îmi eliberez mintea.

Consilier: Minunat! Este un proces, dar cu practica, vei observa o diferență semnificativă. Ce este important este să rămâi consecvent cu aceste limite.

Acest dialog evidențiază cum consilierul poate ajuta clientul să își gestioneze grijile legate de sfera exterioară, promovând claritatea și reducând stresul asociat cu lucrurile din afara controlului său.

În fața incertitudinii, o persoană nu poate prezice cu exactitate viitorul, dar poate **consolida încrederea în propriile capacități**. Cheia pentru a depăși schimbările nu constă în încrederea în lumea exterioară, ci în credința în puterea proprie de a găsi soluții. O modalitate practică de a întări această încredere este prin analizarea experiențelor anterioare. Întrebări precum „Când nu am fost sigur de pasul următor?”, „Cum am depășit situația?”, „Ce am făcut bine?” sau „Ce am învățat?” pot ajuta o persoană să își amintească momentele dificile pe care le-a gestionat cu succes. Acest proces contribuie la formarea unei mentalități de tipul „Nu sunt sigur ce o să se întâmple, dar voi fi OK. Știu că mă voi descurca.” În loc ca gândurile limitative, precum „Nu pot să fac asta” sau „Sunt slab”, să preia controlul, reflectarea asupra resurselor și strategiilor utilizate în trecut ajută la recunoașterea faptului că cele mai dificile momente au fost deja depășite. Această conștientizare întărește încrederea unei persoane în abilitatea sa de a face față provocărilor viitoare. Psihologii pot sprijini acest proces de auto-reflecție, ajutând clienții să identifice resursele interne folosite anterior și să le aplice în prezent, pentru a naviga mai bine prin incertitudini. Exercițiul devine o piatră de temelie în construirea rezilienței emoționale și a încrederii în sine.

Client: Simt că nu voi putea să fac față schimbărilor care urmează. Nu am încredere în mine și mă gândesc mereu că voi eșua.

Consilier: Înțeleg cât de dificil poate fi să simți asta. Hai să privim puțin în trecut. Îți amintești un moment în care te-ai simțit nesigur, dar ai reușit să depășești situația?

Client: Cred că da... Când am început la actualul loc de muncă, mă simțeam complet nepregătit, dar cumva am învățat și m-am descurcat.

Consilier: Perfect! Și cum ai făcut față acelei situații? Ce ai făcut bine atunci?

Client: Am cerut ajutor colegilor, am citit mult despre ce aveam de făcut și m-am concentrat pe pași mici, nu pe întreaga sarcină.

Consilier: Excelent. Acum, privind înapoi, ce ai învățat din acea experiență?

Client: Am învățat că, deși mă simțeam copleșit la început, eram capabil să mă adaptez și să gădesc soluții.

Consilier: Exact. Faptul că ai trecut printr-o situație dificilă înainte și ai reușit să te descurci arată că ai deja resursele necesare pentru a face față și de această dată. Cum te face să te simți această realizare?

Client: Puțin mai încrezător. Parcă îmi amintesc că am mai trecut prin asta și că m-am descurcat.

Consilier: Minunat! Atunci când te simți copleșit de incertitudine, amintește-ți de acele momente și spune-ți: „Nu sunt sigur ce o să se întâmple, dar voi fi OK. Am mai făcut asta înainte.” Crezi că ai putea încerca să îți spui asta data viitoare când te simți nesigur?

Client: Da, cred că pot face asta. Îmi dă un pic de liniște să știu că am mai reușit și altădată.

Consilier: Perfect! Acesta este un instrument puternic care te ajută să îți regăsești încrederea și să privești incertitudinea ca pe o provocare pe care ești capabil să o depășești.

Acest dialog arată cum consilierul poate ghida clientul să reflecteze asupra resurselor personale din trecut, ajutându-l să dezvolte încredere în sine și să abordeze viitorul cu mai mult calm și optimism.

Toleranța la incertitudine variază semnificativ între indivizi, iar înțelegerea propriilor limite reprezintă un pas crucial în construirea unei vieți echilibrate. În timp ce unii oameni preferă stabilitatea și predictibilitatea, alții pot accepta sau chiar căuta situații care implică un risc mai mare. De exemplu, joburile din domeniul precum educația sau sectorul public oferă de obicei mai multă siguranță comparativ cu cele din industrii creative sau antreprenoriale. De-a lungul vieții, toleranța la incertitudine poate fluctua, fiind influențată de circumstanțe personale. Este natural să apară o dorință crescută pentru stabilitate odată cu înaintarea în vârstă sau, dimpotrivă, să apară nevoia de schimbare în momente de tranziție, cum ar fi criza vârstei mijlocii. Pentru cei care se confruntă cu stres cronic din cauza unei situații cu un grad ridicat de incertitudine, este benefic să reevalueze direcția vieții lor. Alegerea unei traiectorii mai stabile, în acord cu nevoile și limitele proprii, poate contribui la reducerea anxietății și la restabilirea echilibrului. Psihologii joacă un rol important în acest proces, sprijinind indivizii să analizeze toleranța lor la incertitudine și să identifice opțiuni de viață care să răspundă mai bine nevoilor lor. Această abordare ajută la crearea unui mediu mai stabil și mai satisfăcător, adaptat resurselor interne ale fiecărei persoane. În continuare, un exemplu de dialog arată cum această strategie poate fi integrată în consilierea psihologică.

Client: Simt că trăiesc mereu pe muchie de cuțit. Jobul meu e imprevizibil, iar viitorul pare un haos total. Nu mai știu cum să fac față.

Consilier: Este clar că te confrunți cu multă incertitudine, iar asta poate fi foarte obositor. Hai să discutăm despre câtă incertitudine simți că poți tolera în viața ta. Ai idee ce nivel de stabilitate ai nevoie ca să te simți mai confortabil?

Client: Cred că aș avea nevoie de mai multă siguranță. Îmi place ce fac acum, dar totul e atât de nesigur încât mă stresez constant.

Consilier: Înțeleg. Poate ar fi util să îți analizezi opțiunile și să vezi dacă există o traiectorie profesională sau personală care să-ți ofere mai multă stabilitate. Ce alternative ai putea lua în considerare pentru a reduce această doză de incertitudine?

Client: Cred că aş putea căuta un job într-un domeniu mai stabil sau poate chiar să îmi suplimentez veniturile cu o activitate care să îmi ofere mai multă siguranță financiară.

Consilier: Excelent! Alegerea unui domeniu mai stabil sau crearea unor surse adiționale de venit poate fi o soluție bună. Totuși, este important să te gândești și la cum te-ai simți în aceste situații mai sigure. Crezi că ți-ar aduce liniștea pe care o cauți?

Client: Da, cred că m-ar ajuta să mă relaxez mai mult și să mă concentrez pe alte aspecte ale vieții.

Consilier: Perfect. Acum, să discutăm pașii concreți. Ce ar fi primul lucru pe care l-ai putea face pentru a începe această tranziție?

Client: Aș putea să cercetez alte oportunități profesionale sau să încep să economisesc mai mult ca să am o plasă de siguranță.

Consilier: Foarte bine. Este important să îți planifici schimbările într-un ritm confortabil pentru tine. Ține minte că este perfect normal să îți dorești mai multă stabilitate și că a-ți alinia viața cu nevoile tale actuale este o dovadă de înțelepciune, nu de renunțare.

Client: Cred că ai dreptate. Mă simt deja mai clar în privința lucrurilor pe care le pot face pentru a reduce stresul.

Consilier: Minunat! Cu pași mici, vei putea să îți creezi o viață care să fie în echilibru cu toleranța ta la incertitudine. Și cel mai important, vei putea să gestionezi schimbările cu mai multă încredere.

Acest dialog arată cum consilierul poate sprijini clientul să-și analizeze toleranța la incertitudine, să identifice nevoia de stabilitate și să planifice schimbări care să-i ofere un echilibru mai bun. Strategia promovează luarea unor decizii informate și aliniate cu resursele interne ale clientului.

Gestionarea emoțiilor în fața incertitudinii reprezintă un proces complex, dar esențial pentru atingerea bunăstării personale. Strategiile abordate – acceptarea momentului prezent, adoptarea unei mentalități de creștere, clarificarea temerilor și diferențierea între ceea ce poate fi controlat și ceea ce nu – oferă un cadru eficient pentru a depăși dificultățile generate de incertitudine. Crearea unui plan flexibil, renunțarea la grijile legate de sfera exterioară și rememorarea momentelor care au întărit încrederea în sine contribuie semnificativ la dezvoltarea rezilienței emoționale. De asemenea, adaptarea alegerilor de viață la propria toleranță la incertitudine ajută la reducerea stresului cronic și la regăsirea echilibrului psihologic. Aplicate consecvent, aceste strategii nu doar că oferă soluții practice pentru gestionarea anxietății, ci transformă incertitudinea într-o oportunitate de învățare și creștere personală. Cu sprijin adecvat și introspecție, fiecare persoană poate naviga cu mai multă încredere și claritate prin provocările necunoscutului. Acest proces facilitează nu doar gestionarea prezentului, ci și construirea unui viitor mai stabil și mai armonios.

Repere bibliografice:

1. Belmont, Judith. Soluții-cheie pentru terapeuți. Strategii esențiale, idei și instrumente. Traducere de Filip Radu. București: Editura Trei, 2015. ISBN (epub): 978-606-40-1301-9.

2. Clark, Lynn. SOS Ajutor pentru emoții. Managementul anxietății, furiei și depresiei. București: Romanian Psychological Testing Services, 2011. ISBN: 978-973-181-644-9.

3. Dann, Jill. Inteligența emoțională. Traducere din limba engleză de Graal Soft/Ciprian Prundeanu. București: Editura Litera, 2016.

4. Fosslien, Liz. Emoții copleșitoare. Traducere din engleză de Gangă I. București: Curtea Veche Publishing, 2024. ISBN: 978-606-44-1685-8.

5. Pânișoară, G., Sălăvăstru, D., & Mitrofan, L. Copilăria și adolescența. Provocări actuale în psihologia educației și dezvoltării. București: Editura Polirom, 2016.

6. Nesse, Randolph M. Argumente optimiste: observații de la frontiera psihiatriei evoluționiste. Traducere din limba engleză de Irina Nicolaescu. București: Editura Litera, 2020. ISBN: 978-606-33-4995-9.

7. Whitfield, Charles L. Eliberarea copilului interior. Cum să identifici și să vindeci traumele copilăriei. Traducere de Lutić Andreea. București: Editura Litera, 2022. ISBN (epub): 978-606-33-9109-5.

EFICIENTIZAREA RECUPERĂRII COPILOR CU DIFICULTĂȚI SEVERE DE ÎNVĂȚARE ÎN BAZA MODELĂRII MANAGERIALE, FORMĂRII CADRELOR ȘI REZILIENȚEI PSIHOLOGICE

Oleg ABABII, dr., lect. univ.,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova,
Elena GRACHILA-GHERAS, doctorandă, psiholog
Complexul Educațional cu Învățământ special „Orfeu”, Chișinău, Moldova

***Abstract.** Quality recovery through education of children with severe learning disabilities (CSLD) can be highly effective only based on the modeling of recovery management, teacher training and psychological resilience which, together, form the foundation for the harmonious development of these children, facilitate adaptation, inclusion their school and social. The increase in the number of CSLD alarms the whole society, and the institutions, which are concerned with their recovery, implementing managerial modeling, continuous training of teaching staff, resilience and psychological assistance, applying modern educational technologies of the Curative Pedagogy alternative through research concerns continue to achieve results, including redirecting some to schools and gymnasiums, researching the progressive dynamics of CSLD, improving the psychophysical state of CSLD by preparing and participating in International Festivals of Inclusive creation (school orchestras), art therapy exhibitions, etc. For researching the impact of teacher training, some psychological work methods were selected, thanks to which a simple but concrete sampling was carried out, which demonstrated and induced a safety in the quality of our recuperative educational process for CSLD. The sample was made up of 30 teaching staff from the "Orfeu" educational complex with special education [1, 5].*

***Key-words:** recovery, severe mental impairment, managerial modeling, psychological resilience, psycho-pedagogy, recovery quality, testing.*

În ultimele decenii, în domeniul psihologiei și psihopedagogiei speciale au existat schimbări semnificative, ce se datorează noilor viziuni ale societății, posibilităților de adaptare, recuperare, integrare, incluziune școlară și socială în societate a CDSÎ, ceea ce presupune în mod firesc o revizuire a abordărilor științifice necesare provocărilor legate de creșterea numărului de copii cu dificultăți severe de învățare.

Conform datelor Casei Naționale de Asigurări Sociale, numărul persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova, constituie 162 mii persoane, dintre care peste 10 mii sunt copii cu vârstă de 0-17 ani, atestând o creștere constantă comparativ cu alți ani [6].

Pentru a asigura un proces educațional incluziv CDSÎ, este nevoie de specialiști, care acceptă inițial noul sistem de valori pentru această categorie – să fie competenți în metodele moderne de educație incluzivă, socializare, interacțiune și comunicare a elevilor cu diverse necesități și nevoi educaționale [3].

Oferind o recuperare de calitate și învățare adaptată nevoilor CDSÎ este necesar de a modela, a elabora și a implementa un management recuperatoriu eficient al unei organizații educaționale, unde se ține cont de înțelegerea și acceptarea de către cadrele didactice a conceptului de incluziune, totodată, identificarea necesităților profesorilor pentru desfășurarea procesului educațional recuperatoriu de calitate, precum sunt suportul organizațional, dezvoltarea potențialului creativ, nivelului de empatie, de toleranță, dominantele motivaționale, nivelului relaționării interpersonale, rezilienței psihologice, etc [3].

Rolul cadrelor didactice este esențial în viața școlară a CDSÎ. Acesta are rolul de a „diagnostica” ceea ce are nevoie un elev pentru a învăța eficient. Diversele strategii incluse de

către psihopedagog în procesul educațional, va contribui nu numai la îmbunătățirea calității educaționale dar și va insufla toleranță, disciplină, rezultate și recuperare. Profesorul bine pregătit, instruit, testat poate modela acțiunile, poate da tonul pentru interacțiuni pozitive, poate manipula trăsăturile mediului de clasă și timpul, astfel, încât acestea să corespundă caracteristicilor individuale, să permită tuturor să învețe și să înregistreze progrese în dezvoltarea lor. Evaluarea, planificarea, opinia, revizuirea, atitudinea de a lua decizii sunt ajustate la cadrul didactic, ținând cont de înțelegerea tot mai mare a nevoilor elevului [8].

Cu siguranță, eficientizarea recuperării CDSÎ ține de foarte mulți factori, însă dezvoltarea sa armonioasă, într-un mediu prietenos, tolerant care să pună accent permanent pe recuperarea de calitate a acestuia se fundamentează cu profesori bine calificați, specialiști în domeniu, care acordă multă atenție sistemului de învățare specială (corecțional), care la rândul său, identifică scopuri și obiective pozitive pentru rezolvarea problemelor din domeniul sprijinului pedagogic și psihologic persoanelor cu dificultăți severe de învățare într-un mediu educațional care să continue acasă, în familie și societate. Socializarea cu succes, menținerea sănătății psihice familiilor și corectarea tulburărilor elevilor, adică asigurarea bunăstării și securității sociale, vin să fie scopuri esențiale pentru profesori și administrație [2].

Provocările cu care se confruntă astăzi psihopedagogii, psihologi, profesori, psihiatri, educatori implicați în procesul de recuperare a copiilor cu dificultăți severe de învățare, devin din ce în ce mai răspândite. Aici nu te limitezi numai la teorie, în lucru cu acești elevi, teoria ar fi una egală cu zero. Punerea în practică a tuturor recomandărilor pedagogice și psihologice, în baza experienței avansate, psihopedagogii pot oferi o recuperare de calitate [8].

De aici, pornim și ideea că, un profesor care poate oferi sprijin neconținut, are nevoie și el de perfecționare, formare și suport psihologic, astfel, participând activ la diverse training-uri, ședințe, seminare cu scopul de a se menține, „apăra”, de toate provocările care apar în drumul lor profesional. Pentru toate acestea, reziliența profesorului necesită continuu dezvoltare și îmbunătățire [3].

Cu certitudine, eficientizarea recuperării CDSÎ, poate înregistra calitate și cote înalte, dacă vor fi corect selectate, formate și antrenate cadrele didactice în domeniul psihopedagogiei speciale. Pentru atingerea unui înalt nivel al calității recuperării, un profesor/educator al copilului cu dificultăți severe de învățare, trebuie să posede:

- competențe comunicative și de profilaxie a conflictelor;
- toleranță și empatie;
- motivație de muncă și succes;
- competențe de organizare și măiestrie profesională;
- flexibilitatea gândirii și creativitate;
- reziliență psihologică, etc, [3].

Astfel, pentru verificarea acestor variabile, la cadrele didactice selectate pentru activitatea lor cu CDSÎ, am efectuat o eșalonare simplă, alcătuită din 30 de cadre didactice care au participat activ și din plăcere la testare. Toate cadrele didactice au „menirea de a oferi servicii adecvate CDSÎ, respectându-le drepturile și principiile, oferindu-le totodată, acea posibilitate de a-și dezvolta propriul potențial, în vederea integrării acestor din punct de vedere educațional, sociocultural și economic. Tot ei, îi ajută să trăiască cu demnitate ca cetățeni cu drepturi depline și de a face remarcată contribuția lor la viața socială.

Experimentul de constatare prevede colectarea datelor a 6 metode psihologice despre nivelul de pregătire a pedagogilor.

1.1. Dominanțe motivaționale la cadrele didactice

Motivația la subiecții din lotul experimental a fost evaluată prin metoda Chestionarului „Motivația profesională”. Rezultatele pentru motivația profesională a pedagogilor sunt prezentate în figura 1.1.

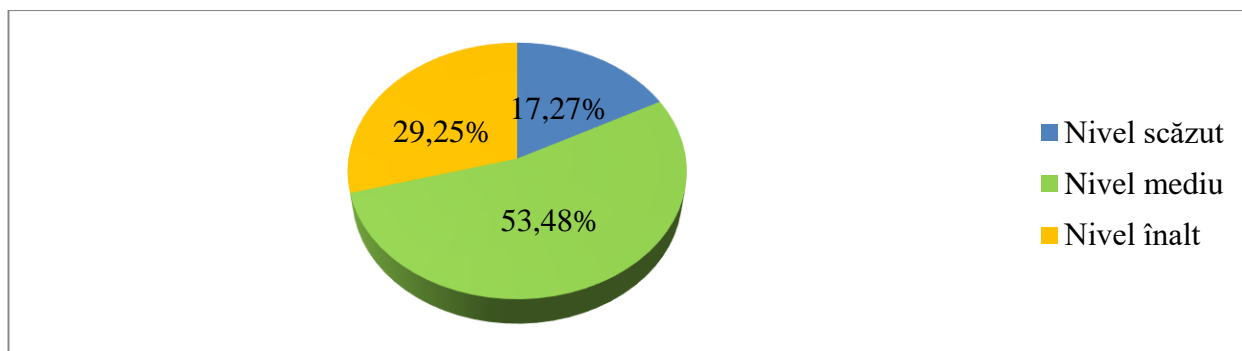


Figura 1.1. Rezultatele pentru motivația profesională la subiecții din lotul experimental.

Conform rezultatelor din figura 1.1. subiecții eșantionului au obținut următoarele rezultate: 17,27% nivel scăzut, 53,48% nivel mediu și 29,52% nivel înalt al motivației profesionale.

De aici, figura 1.1. ne permite să deducem că cadrele didactice care au înregistrat niveluri bune cu privire la motivația profesională unde, nivelul scăzut de motivație profesională ne demonstrează că: le place munca pe care o desfășoară, volumul de muncă și potențialul fizic și intelectual sunt în echilibru.

Profesorii care se încadrează în nivelul mediu de motivație profesională au nevoie de suport de odihnă și decontare sau organizarea mai corectă a muncii și învățarea de a se delega din sarcini, astfel situația poate evita sindromul arderii profesionale și emoționale. Cei care au înregistrat nivel înalt de motivație profesională, sunt în mare parte tinerii care manifestă optimism și care găsesc în fiecare provocare o scară către succes.

1.2. Care este potențialul creativ?

Acest instrument a fost utilizat în scopul de a cunoaște potențialul creativ al profesorilor [4]. Creativitatea nu este o calitate înăscută a indivizilor, ci se poate dezvolta sau schimba pe parcursul vieții. Un test de creativitate poate evidenția modul în care abilitățile s-au dezvoltat de-a lungul vieții. Creativitatea cuprinde un set de calități cognitive și personale care contribuie la dezvoltarea abilităților care permit generarea de idei inovatoare. Una dintre componentele creativității este capacitatea unei persoane de a gândi în mod divergent.

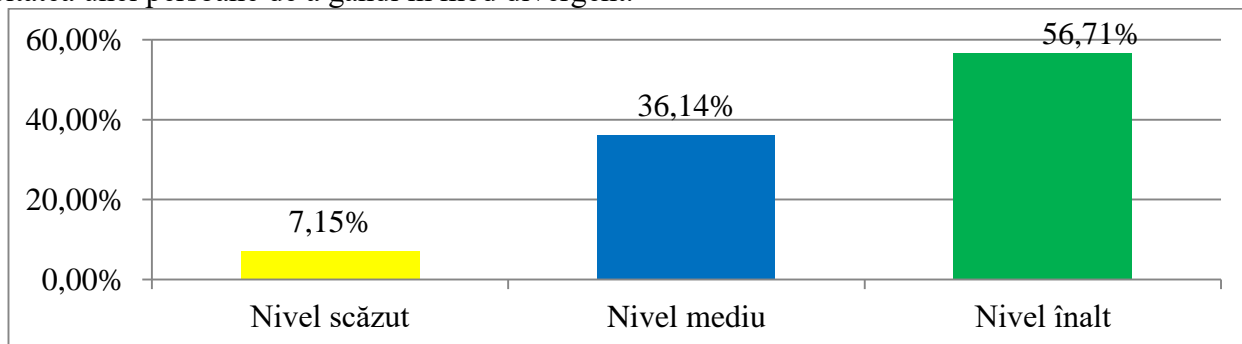


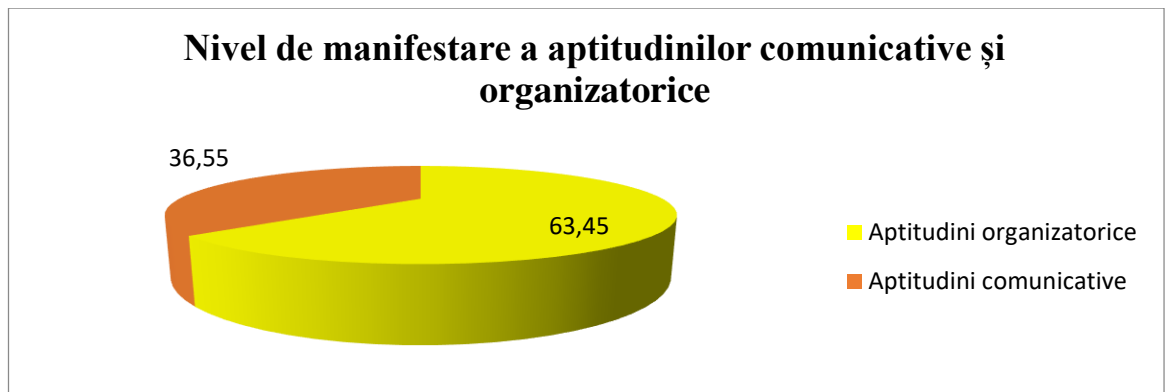
Figura 1.2. Potențialul creativ al cadrelor didactice din lotul experimental.

Conform rezultatelor din figura 1.2. subiecții eșantionului au obținut următoarele rezultate: 7,15% nivel scăzut, 43,37% nivel mediu și 49,48% nivel înalt al potențialului creativ.

De aici, figura 1.2. ne permite să deducem că cadrele didactice care își dedică zilnic timp în recuperarea CDSÎ, au înregistrat niveluri foarte bune cu privire la potențialul creativ.

Profesorii care se încadrează în nivelul înalt 56,17% al potențialului creativ (și care sunt cei mai mulți creativi) desfășoară activități interesante și captivante care atrag atenția și dorința copilului de a se implica în activitate. Cadrele didactice care au înregistrat nivel mediu 36,14% al potențialului creativ, sunt cei care în activitatea cu acești copii deosebiți experiența de muncă este mai mică decât a celor care au înregistrat nivel înalt al creativității.

1.3. Nivelul de manifestare a aptitudinilor comunicative și organizatorice. Rezultatele aptitudinilor comunicative și organizatorice ale cadrelor didactice sunt prezentate în Fig. 1.3.



Din figura 1.3. constatăm că 63,45% din profesori posedă un nivel înalt de aptitudini organizatorice, ceea ce de fapt este foarte important în predarea orelor educațional-recuperatorii pentru CDSÎ. Acești profesori, își pot organiza orele, activitățile, acțiunile și timpul în așa mod ca fiecare element sau scop propus să fie atins. Totodată, aceștia pot întâmpina dificultăți când este vorba să comunice în fața unui auditoriu mai mare. Profesorii care au înregistrat 36,55% din aptitudini comunicative simt nevoie în activitatea lor de comunicare și organizare. Ei singuri caută activități care să le-ar satisfacă nivelul de comunicare și organizare. Totodată aceștia preferă să se încadreze în diverse activități de dezvoltare a nivelului de organizare a timpului, orelor, activităților. În schimb, cu ușurință pot comunica deschis în fața a mai multor persoane.

1.4. Cât de tolerant ești?

Toleranța însăși implică acceptarea calmă a altor credințe, obiceiuri, tradiții, viziuni asupra lumii [4]. O poziție tolerantă nu este deloc pasivă, dimpotrivă, este un model activ și conștient de comportament social în care o persoană decide în mod favorabil să trateze convingerile și opiniile atât ale altor persoane, cât și ale altor naționalități în general. Acordându-le dreptul de a gândi, a acționa, a simți, a acționa așa.

Rezultatele toleranței la cadrele didactice sunt prezentate în Figura 1.4.

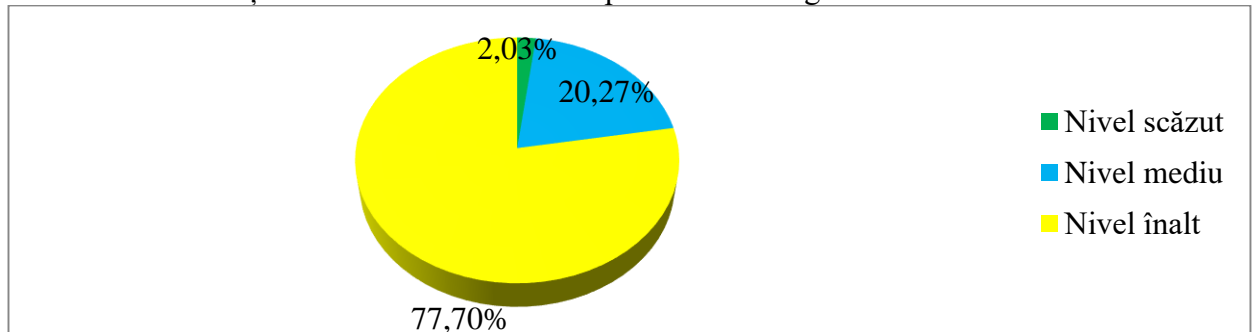


Figura 1.4. Sunteți toleranți cu ceilalți.

Din figura 1.4, constatăm că 77,70% dintre cadrele didactice înregistrează nivel înalt de toleranță. Astfel, putem cu exactitate să afirmăm că aceste cadre didactice sunt capabile să înțeleagă punctele de vedere a altora, să accepte alte opinii și păreri, comparând ideile lor cu ale celorlalți. 20,27% din cadrele didactice au înregistrat nivelul mediu de toleranță, adică acestea sunt dotați cu o mare flexibilitate mintală și detestă atitudinile rigide. Dacă gândurile și comportamentele diferite de ale lor nu atentează direct propria ființă umană, atunci acestea cu acceptate și intervin în contact cu tact. Cele 2,03% înregistrate cu nivel scăzut de toleranță, demonstrează că aceștia au idei foarte precise și concrete pe care le apără cu vigoare chiar dacă nu este necesar. Încearcă întotdeauna să își impună punctual de vedere, oricare ar fi circumstanțele și atmosfera.

În activitatea cu CDSÎ o mare însemnătate are empatia ca aptitudine a pedagogului[4]. În Figura 1.5 sunt prezentate rezultatele evaluării nivelului de empatie.

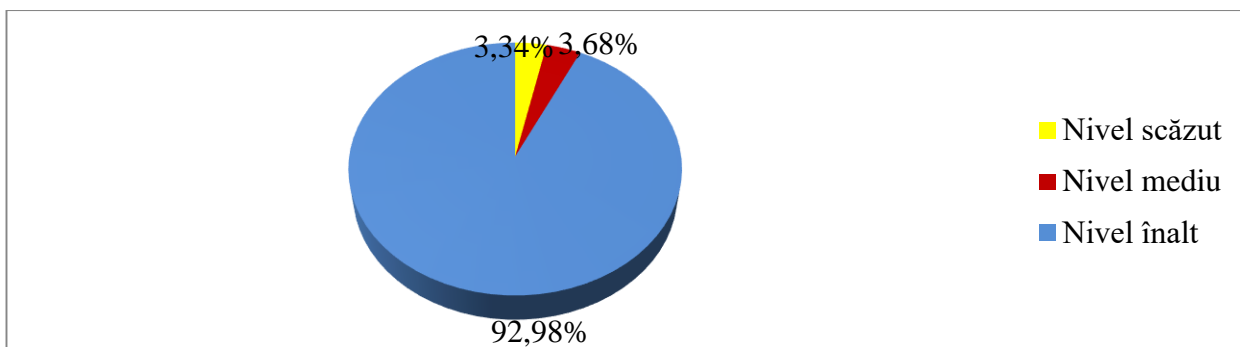


Figura 1.5 Nivelul de empatie

Majoritatea profesorilor – 29 (92,98%) au înregistrat nivel înalt de empatie. Aceștia sunt sensibili la problemele și necesitățile celorlalți, sunt mărinimoși, sinceri față de ceilalți, apti de a ierta. Totodată, sunt persoane emotive, comunicabile și ușor găsesc limbă comună cu cei din jur. Celelalte niveluri înregistrate, 3,68% nivelul mediu și 3,34% nivelul scăzut de empatie, demonstrează că pedagogii urmăresc mai mult acțiunile dar nu emoțiile persoanelor. Sunt îndreptați să judece pe ceilalți după faptele și acțiunile lor. În pofida faptului că la calitățile enumerate mai sus ei nu tot timpul sunt organizați în lucrul minuțios și precis, ușor pot să-și piardă echilibrul.

În Figura 1.6 sunt prezentate rezultatele construirii relațiilor interpersonale, de T. Leary [10].

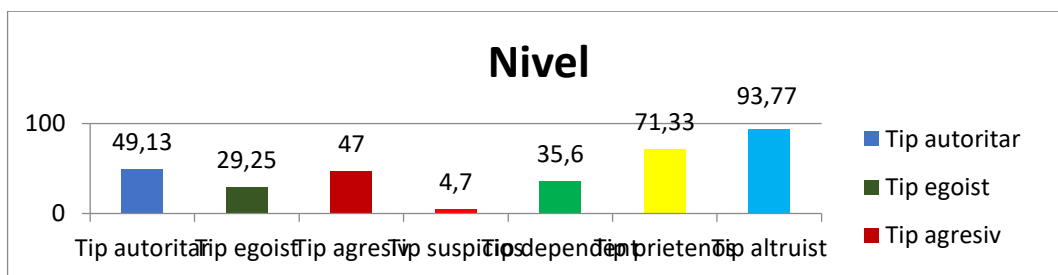
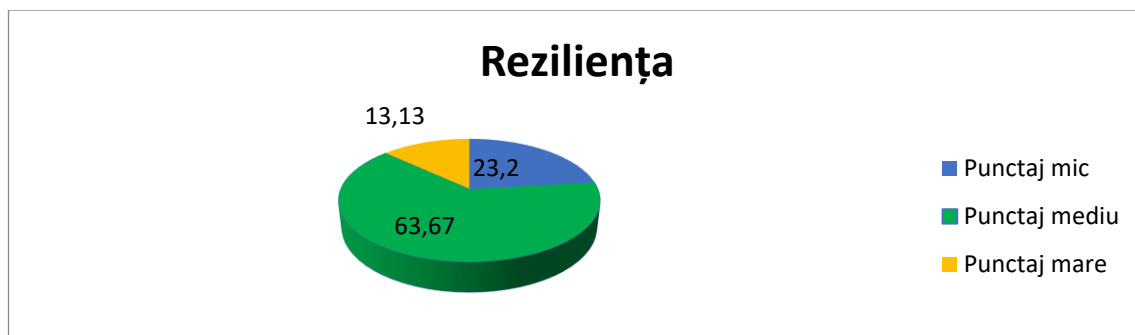


Figura 1.6. Aprecierea comportamentului, a celor ce ne înconjoară, pentru autoapreciere, pentru evaluarea oamenilor apreciați.

Majoritatea cadrelor didactice, 93,77% s-au înregistrat ca fiind altruști, adică aceștia, au un comportament flexibil, vin în susținerea copiilor și a colegilor pe tot parcursul acțiunilor recuperatorii și sunt mulțumiți de rezultatele lor. 71,33% dintre profesori sunt prietenoși, aceștia manifestă empatie față de cei din jur, stabilesc ușor dialoguri între ei și practică des schimbul de experiență. Tip autoritar au înregistrat 49,13% dintre pedagogi, aceștia preferă să iasă în evidență prin cunoștințele și activitățile sale, domină deseori caracterul de extrovert. Tipul dependent domină la 35,6%, caracterizându-se ca fiind dominați de opiniile și părerile altora, se arată neîncrezuți în sine, îngrijorați și neliniștiți când apare ceva nou. 29,25% la profesori predomină tipul egoist. Aceștia tind să devină lideri dominându-i pe alții iar părerile lor sunt independente de a celorlalți. Suspicioșii, au înregistrat 4,7% - aceștia manifestă nonconformism și pot fi supărăcioși. De asemenea pot critica și manifesta neîncredere în alții. Autoritari, 49,13% sunt acei profesori care sunt mult mai încrezuți în sine, cu certitudine pot ajuta și exprima acțiunile făcute dar și ferm pot să își exprime indignările și pot ușor critica acțiunile altora.

În Figura 1.7. sunt prezentate rezultatele rezilienței la cadrele didactice prin Testul de evaluare a nivelului de reziliență David Monica [7].



1.7. Nivelul de reziliență

Rezultatele înregistrate de către profesori pentru reziliență, ne demonstrează că 63,67% atestă un nivel mediu. Se arată că au un potențial mare în a atinge un grad înalt de reziliență. Au încredere în ei și în capacitățile tale de a face față provocărilor vieții. Dacă să menționăm perioada pandemiei Covid-19, unde activitățile s-au desfășurat la distanță, atunci putem cu siguranță să afirmăm că acest rezultat este foarte bun. Pentru CDSÎ, atât pentru profesori cât și pentru părinții acestora, lecțiile online sunt o adevărată provocare. Copiii se abat de la programul zilei, de la obișnuințele care se petrec zi de zi în școală și la lecții. Toate cercurile de muzică și sport s-au oprit instantaneu.

De menționat că acest studiu este realizat în conformitate cu realitatea de astăzi din instituția CEÎS „Orfeu” și comparat cu studiul „Dimensiuni experimentale ale nivelului de pregătire a cadrelor didactice pentru implicare în activitățile de recuperare a copiilor cu deficiențe mintale” din 2014 [3]. Toate tehnicile efectuate în comun cu cadrele didactice și psihologul școlar, au concluzionat, că pe măsură ce au trecut anii cu formări continue, modelări manageriale și acumulări de experiență, profesorii obțin și înregistrează diferite aptitudini care vin în susținerea și caracterizarea lor ca, fiind specialiști foarte buni, știindu-și meseria, menținându-și echilibrul psihoemoțional și fizic, știind cum să-și organizeze timpul, acțiunile și activitățile, cum să îmbine utilul cu plăcutul și desigur, în primul rând, cum să construiască o recuperare de calitate în rândul CDSÎ, să mențină flacăra pedagogiei mereu aprinsă, să ridice nivelul de interes și implicare al fiecărui copil în activitățile de zi cu zi, să împărtășească experiența și să își dorească în continuare ca incluziunea socială a acestor copii să fie una de calitate și remarcată. Ce ține de nivelul de reziliență, pedagogii opun rezistență și revin la stările inițiale insiferent de provocările cu care se confruntă pe parcursul activității lor. Aceștia se descurcă destul de bine deși, se simt subapreciați. Au obiceiul să fie modești și să țină contactul cu realitatea.

Este de menționat, că în rezultatul formărilor profesionale specializate, activităților organizate în colectiv au obținut gradul didactic superior - 6, gradul didactic I – 7, gradul didactic II – 11 cadre didactice din grupele preșcolare, clasele primare și gimnaziale ale CEÎS „Orfeu”.

În figura 1.8. sunt prezentate rezultatele eficientizării manageriale care s-au evidențiat considerabil, prin atestarea și continuarea studiilor (doctorat) la aceeași specialitate, nemaivorbind de alte formări care s-au produs de-a lungul a 10 ani în CEÎS „Orfeu”.



Modelul managementului recuperării în Complexul educațional ”ORFEU”, care a stat la baza cercetării a fost elaborat și prezentat în prizma unor finalități: Creșterea potențialului

de dezvoltare a copilului; ameliorarea integrării și incluziunii școlare și sociale; ameliorarea adaptării pre-profesionale [5, p. 76]. Managementul activităților de recuperare, conceptualizarea recuperării conform trebuințelor fiecărui copil, modelarea și asigurarea acțiunilor complexe de influență în aceste situații aduc la ameliorarea proceselor de dezvoltare și formare a deprinderilor de socializare și integrare în viață a copiilor cu DMS.

Pe parcursul ultimilor zece ani, în rezultatul acestor activități a fost posibil de redirecționat în școli și gimnazii – 43 copii cu dificultăți severe de învățare.

Un indice al influențelor pozitive a managementului recuperării asupra copiilor cu DMS sunt performanțele acestora în viața socială la diferite foruri naționale și internaționale, expoziții școlare permanente. Managementul activităților de recuperare, conceptualizarea recuperării conform trebuințelor psihofizice ale fiecărui copil, modelarea și asigurarea acțiunilor complexe de influență în aceste situații aduc la ameliorarea proceselor de dezvoltare și formare a deprinderilor de socializare și integrare în viață a copiilor cu DMS .

Eficiențizarea managementului acțiunilor de recuperare și oferirea posibilităților de incluziune școlară și socială a CDSÎ în instituții de alternativă cere o nouă abordare de formare a resurselor umane. Rezultatele implementării formării organizate a resurselor umane sunt demonstrate prin schimbarea pozitivă a multor criterii de evaluare. În acest context, observăm o creștere a competențelor în aria cunoașterii acțiunilor de recuperare și, în deosebi, a copiilor cu DMS. Profesorii au devenit mult mai răbdători, sunt mult mai încrezuți în ceea ce fac, sunt încrezuți că vor fi acceptați de copii și colegi, urmăresc acțiunile dar și stările sufletești ale copiilor, sunt mult mai sensibili, sinceri cu cei din jur, nu permit conflictele și găsesc soluții de compromis, sunt motivați spre succes, au devenit mai toleranți, s-a diminuat agresivitatea, s-au micșorat atitudinile rigide, au crescut atitudinile comunicative și organizatorice, a devenit populară colaborarea și relația prietenoasă cu colegii. Majoritatea resurselor umane au un comportament flexibil, vin în susținerea copiilor pe parcursul tuturor acțiunilor recuperatorii, sunt mândri de rezultatele realizate în complexul educațional.

Referințe:

1. ABABII O., DANII A. Implementarea terapiilor complexe de educație recuperatorie a copiilor cu CES”. În: Materialele Conferinței internaționale „Școala modernă: provocări și oportunități”. Ministerul Educației al Republicii Moldova, Institutul de Științe ale Educației. Chișinău: Cavaoli SRL, 2015, p.437-439.
2. ANDRONACHE N., DANII A., BUCUN N., ABABII O. ș.a. Bazele curriculare și standardele învățământului special. Chișinău: Pontos, 2002, p.70.
3. ABABII O., ”Dimensiuni experimentale ale nivelului de pregătire, formare a cadrelor didactice pentru implicare în activitățile de recuperare a copiilor cu deficiențe mintale” STUDIA UNIVERSITATIS MOLDAVIAE , *Seria”Științe ale educației”*, 2016, nr.5, p.95.
4. ALLEN ROBERT. Teste de personalitate, 2010.
5. http://www.cnaa.md/files/theses/2017/52020/oleg_ababii_thesis.pdf
6. <https://cnas.gov.md/>
7. <https://davidmonica.wordpress.com/2010/01/21/interpretarea-rezultatelor-test-pentru-evaluarea-nivelului-de-rezilienta/>
8. <https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/subiect-03-nu-765-mec-2023.pdf>
9. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/15-20_42.pdf
10. <https://www.scribd.com/document/51734819/Testul-leary>

CZU 618.19-006

CANCERUL MAMAR: REPERCUSIUNI FIZICE ȘI PSIHOLOGICE

Tatiana ROȘCA, asistent universitar,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
Maria GOLBAN, student,

Abstract. *Breast cancer is the most diagnosed malignant condition and the leading cause of cancer-related death in women. It ranks as the most frequent neoplasm among women under 45, with an even higher incidence in women up to 65 years old. It accounts for 22% of all cancer types, 29% of all female cancers, resulting in a mortality rate of 16%.*

Keywords: *breast cancer, neoplasm, pain, relationship, treatment, chemotherapy, physician.*

Cancerul mamar (carcinomul mamar) este o tumoare malignă, o leziune sau umflătură care distruge țesutul epitelial, infiltrându-se în cele din urmă, într-un stadiu avansat, în structurile din jur. Apare ca o masă de țesut nou care se formează atunci când celulele mamare încep să se dividă și să prolifereze într-un mod autonom și decuplat de sistemele normale de control ale organismului.

Cancerul mamar, conform diferitelor studii epidemiologice, reprezintă, după cancerul de piele, cel mai frecvent tip de afecțiune malignă în rândul populației feminine.

Cu toate acestea, nu pare să cruțe sexul masculin, chiar dacă acestea sunt cazuri extrem de rare. Din punct de vedere histologic, nu se deosebește de tumorile care apar la femei, dar prezintă un diagnostic mai sever.

Cancerul de sân este cea mai importantă cauză de deces la femeile cu vârsta cuprinsă între 35 și 55 de ani, în timp ce la cele cu vârsta mai mare de 55 de ani, este a doua cauză de deces după bolile cardiovasculare.

Din nefericire, până în prezent, s-a înregistrat o creștere ușoară, dar constantă a bolii, în special în țările occidentale și mai industrializate. În fiecare an, aproximativ treizeci de mii de femei descoperă că au cancer de sân, iar 25% dintre acestea se află în faza de premenopauză [5].

Totuși, în ciuda creșterii numărului de cazuri, datorită noilor metode de diagnosticare și de descoperiri terapeutice, mortalitatea prin cancer de sân s-a stabilizat și chiar s-a redus în unele zone, astfel încât vindecarea definitivă este un obiectiv realizabil în majoritatea cazurilor [1].

Aproximativ jumătate dintre aceste tumori maligne la femei sunt localizate în partea superioară, probabil din cauza prezenței unei cantități mai mari de țesut glandular în acea zonă. În plus, sânul stâng este cu 5-10% mai frecvent afectat decât cel drept.

Deși cancerul de sân este una dintre cele mai frecvente tumori maligne, este și una dintre cele mai ușor de vindecat.

Factori de risc

Cauzele cancerului de sân, ca în cazul majorității cancerelor, nu sunt cunoscute.

Cu toate acestea, este clar că cancerul de sân, nu este o boală contagioasă și nu afectează neapărat pe cei care au suferit traumatisme sau vânătași la sân. Datele epidemiologice sugerează însă că factorii genetici, endocrini și de mediu pot crește riscul de a dezvolta boala.

1. *Factori genetici:* Rudele pacienților cu cancer de sân au un risc crescut de a dezvolta ulterior boala, iar rudele de gradul întâi (surori, mame, fiice) au un risc de două până la trei ori mai mare în comparație cu cel al populației în general. Cinci la sută dintre pacienții cu cancer de sân ar fi moștenit o alterare cromozomială specifică care să contribuie la dezvoltarea tumorii maligne. O mutație punctiformă în gena supresoare p53 pe cromozomul 17 indică că indivizi cu sindromul Li-Fraumeni vor dezvolta unul sau mai multe dintre cele șase tipuri de cancer, inclusiv cancerul de sân. Studiile conexe au arătat, de asemenea, o asociere între pierderea heterozigozității pe cromozomul 17q și „sindromul de carcinom mamar-ovarian”. Această genă (BRCA1) este mai puțin cunoscută, dar penetranța sa este probabil ridicată, în jur de 85%. Aceste două modificări genetice nu sunt implicate decât în foarte puține cazuri de cancer de sân, iar screeningul de rutină nu poate fi garantat pentru femeile care nu au un istoric familial semnificativ al acestei boli. Femeile cu antecedente familiale de cancer mamar sunt, prin urmare, sfătuite să se supună unor teste de sânge specifice pentru a verifica dacă au sau nu moștenit o modificare în genele BRCA1 sau BRCA2, care ar crește riscul de cancer [22].

2. *Factori endocrini:* menarhă precoce, menopauză târzie, nuliparitate și vârstă tardivă la prima sarcină par să fie asociate în mod independent cu incidența crescută a cancerului de sân.

Având în vedere că activitatea sportivă poate influența vârsta menarhei și regularitatea menstruală, a fost sugerat ca acest efect al dietei și al activității sportive poate să explice cel puțin în parte, variațiile în incidența cancerului de sân în rândul femeilor cu stiluri de viață diferite. Vârsta primei sarcini la termen este un determinant mai important al riscului decât numărul de sarcini. Riscul de cancer de sân este în prezent mai mare în rândul femeilor cu prima sarcină după vârsta de 30 de ani decât în rândul femeilor nulipare, ceea ce sugerează că o sarcină timpurie este protectoare, în timp ce sarcina târzie poate favoriza dezvoltarea bolii. Utilizarea de estrogeni crește riscul pentru carcinomul endometrial, dar acesta poate fi redus prin administrarea concomitentă sau secvențială a progestativelor în TES [14].

3. *Factori de mediu:* Incidența cancerului de sân variază foarte mult în diferite părți ale lumii, cele mai ridicate niveluri fiind în țările occidentale și în regiunile mai dezvoltate. Cea mai scăzută incidență se înregistrează în rândul femeilor asiatice, dar atât femeile imigrante, cât și femeile japoneze din a doua generație care au migrat în Hawaii și în sudul Californiei au un risc crescut de a dezvolta cancerul de sân. Căutarea factorilor de mediu care ar putea să explice acest fenomen s-a concentrat asupra dietei și în special asupra consumului de grăsimi. Există o bună corelație între aportului de grăsimi din alimentație și incidența carcinomului mamar. De exemplu, șobolanii hrăniți cu diete bogate în grăsimi, au o mai mare tendință de a dezvolta tumori mamare [8]. Cu toate acestea, studiile epidemiologice nu au reușit până acum să demonstreze o asociere semnificativă între grăsimile din alimentație și dezvoltarea carcinomului mamar. Femeile obeze la postmenopauză au un risc crescut de cancer de sân. Consumul moderat de alcool a fost demonstrat în mod repetat că este asociat cu un risc crescut cu 40% până la 60%, deși explicația pentru acest lucru este neclară. Totuși, chiar dacă circumstanțiale care leagă factorii de mediu și riscul de cancer de sân sunt numeroase, niciunul nu este suficient de bine stabilit pentru a sfătui femeile să își schimbe stilul de viață într-un mod anume [18].

Simptomatologie

Cancerul mamar poate fi reprezentat inițial de un grup de celule anormale care formează un nodul de câțiva milimetri sau un focar de microcalcificări. Aceste leziuni inițiale nu provoacă, în general durere, deoarece sunt total asimptomatice și pot trece adesea neobservate de cea mai scrupuloasă examinare clinică. Cu toate acestea, în timp ce microcalcificările pot deveni destul de mari fără a da vreun semn de sine stătător, nodulul, pe de altă parte, pe măsură ce crește în timp, devine palpabil sau chiar vizibil.

De obicei, autodiagnosticarea are loc când femeile își ating sânii și constată prezența unei mici bile sau a unei plăci dure de o consistență diferită de cea normală. Totuși, majoritatea carcinoamelor mamare nu prezintă niciun semn, iar prezența lor este detectată doar după o examinare mamografică.

La femeile tinere, cu vârste cuprinse între 30 și 45 de ani, acest lucru este posibil cu ajutorul ultrasunetelor. Datorită apariției tehnicii mamografice, boala poate fi adesea diagnosticată înainte de apariția unor simptome reale.

Cancerul de sân metastatic poate provoca simptome diferite în funcție de localizare, cum ar fi dureri puternice, tuse, insuficiență hepatică, ulceratii, hipertensiune endocraniană cu cefalee, greață și vărsături. Cele mai frecvente locuri în care pot apărea metastazele sunt oasele, ficatul, plămânii și creierul [6].

În unele cazuri, carcinomul este asociat cu o inflamație a țesutului mamar, cu implicarea rețelei limfatice, care provoacă înroșirea pielii, senzație de tensiune și creșterea volumului sânelui. Acest tablou clinic se numește carcinom mamar inflamator, care este o formă rară de cancer. Unele semne pot fi observate la nivelul mamelonului. Acesta se poate retrage până la introflexie, sau poate fi afectat de eczeme și secreta picături de sânge. Pe de altă parte, o secreție seroasă sau colorată, nu ar trebui, în general, să fie alarmantă, deși trebuie evaluată clinic.

Unele boli benigne ale sânelui, cum ar fi mastopatia fibrochistică, mastalgia funcțională și fibroadenomul sunt, în diferite grade, asociate cu o creștere a incidenței cancerului mamar și apariția oricăror simptome noi, care ar trebui să fi raportate cu atenție de către paciente și evaluate de către medici, deoarece poate reprezenta primul semn de apariție a bolii, la orice vârstă [26].

La fel, femeia simptomatică prezintă semne și simptome clinice diferite, în funcție de faptul dacă se află în faza de premenopauză sau postmenopauză.

La femeia în premenopauză, prezența îndoielilor și a incertitudinilor de interpretare, evocarea alarmelor false și cererea potențială de servicii de diagnosticare este foarte relevantă, dar disproporționată din punct de vedere cantitativ în comparație cu apariția alarmelor autentice, care sunt mai des susținute de prezența unei mase suspecte.

La femeia aflată în postmenopauză scena simptomelor și a semnelor clinice se schimbă radical. Dispare, de obicei seria de false alarme sau de incertitudini evocate de alterările morfo-funcționale clinice și de majoritatea semnelor și simptomelor detectate de femeie și reprezintă adevărate alarme în sensul oncologic. Astfel, carcinomul mamar este adesea descris cu margini neregulate (dure sau fixe, noduli sau mase nedureroase), pentru că poate lua orice formă și consistență [24]. Din acest motiv, orice masă, leziune sau îngroșare care diferă net de cele din jur sau de țesutul dominant ar trebui să alerteze orice femeie și să fie evaluată mai atent de către medicul specialist.

Evoluția cancerului de sân

Evoluția naturală a carcinomului este caracterizată de o perioadă lungă și marcată de heterogenitate. Supraviețuirea medie a pacienților care refuză tratamentul este între 2,5 și 3 ani, iar supraviețuirea unui pacient netratat poate fi mai mare de 20 de ani. Carcinomul mamar se numără cu siguranță printre cancerele cu cea mai lentă creștere și s-a estimat că, în medie, tumoarea se dublează de aproximativ trei ori pe an.

Dacă acest lucru se aplică la perioada preclinică sau prediagnostică de creștere a tumorii, cancerul de sân ia în medie 10 ani sau mai mult pentru a crește de la o singură celulă până la 1 cm, diametrul la care poate fi diagnosticat de majoritatea pacienților sau medicilor.

Se presupune că metastazele pot apărea în cea mai mare parte a acestei perioade preclinice, dar mai frecvent în timpul ultimilor 3 sau 4 ani de creștere preclinică, când masa tumorală crește de la 10 la mai mult de 10 celule.

Micrometastazele nedagnosticabile din punct de vedere clinic sunt prezente în momentul diagnosticării la un procent considerabil de pacienții purtători de cancer de sân.

În cazul în care persoanele date sunt tratate doar cu terapie locală (intervenție chirurgicală și/sau radioterapie), chiar dacă este condusă în mod optim, aceste paciente ar putea muri în continuare. Pe de altă parte, diagnosticarea precoce cu ajutorul mamografiei crește supraviețuirea acestor paciente, deoarece tumoarea face metastaze târziu în cursul preclinic [18].

Istoria naturală a neoplasmelor mamare este astăzi marcată în special de două teorii. Conform primei teorii, există o gradualitate a leziunilor proliferative ale sânului, de la epiteliul normal la carcinom.

Această ipoteză pare să fie confirmată de studiile care au arătat atât prezența unor zone de carcinom în cadrul leziunilor mamare hiperplazice atipice, cât și în dezvoltarea de linii celulare neoplazice prin cultivarea *in vitro* a celulelor din leziunile hiperplastice.

Ulterior, tumoarea s-ar răspândi la nivelul ganglionilor limfatici și abia într-o a treia fază ar ajunge la organe.

Acest lucru a determinat mulți chirurghi să favorizeze abordările de demultiplicare cât mai largi posibil atunci când boala pare a fi cantonată în limitele rațiunii.

Această concepție este contrastată cu o teorie care favorizează aspectele biologice ale neoplaziei, privită ca o boală sistemică, care ar implica o serie complexă de intenții imunologice locale și generale.

Din acest motiv chirurgia trebuie să fie modulată și adaptată, în termeni de exegeză, la stadiul neoplasmului și, în al doilea rând, la utilizarea radioterapiei și a chimioterapiei pentru a completa chirurgia [10].

Forme de cancer mamar

Cele mai multe carcinoame apar în unitățile doculobulare (UTDL) și ulterior, prin mecanisme încă necunoscute, dau naștere la diferite tumori, nu numai din punct de vedere morfologic, ci și al comportamentului lor biologic.

O tumoare malignă se poate răspândi prin circulația limfatică la nivelul ganglionilor limfatici, iar prin sânge către alte organe și țesuturi aflate la distanță de locul de origine, reproducând noduli tumorali.

Aceste leziuni secundare se numesc metastaze, chiar dacă tumora se răspândește în altă parte, ea își păstrează același numele inițial.

În acest caz, vorbim de cancerul mamar metastatic, chiar dacă tumoarea secundară este localizată în alt organ.

Cel mai frecvent tip de cancer de sân se numește carcinom ductal, care își are originea în mucoasa canalelor. Carcinomul lobular, o altă variantă, se formează în lobuli.

Pentru cancer, există o formă neinvazivă, și o formă invazivă.

Din categoria neinvazivă fac parte carcinomul ductal *in situ* (CIS) și carcinomul lobular *in situ*.

Carcinomul ductal *in situ* reprezintă 1% din carcinoamele mamare, dar această incidență pare să fie în creștere în ultima vreme. Această tumoare provine din epiteliul ductului. Diagnosticul de carcinom ductal nefiltrant apare adesea întâmplător în timpul examenului histologic pentru hiperplazia benignă; În schimb, carcinomul lobular *in situ* reprezintă, în majoritatea cazurilor o constatare histologică întâmplătoare, asociată cu alte leziuni benigne și maligne ale sânului. Este multicentrică în 70% din cazuri și bilaterală în aproximativ 20-40% din cazuri.

Prognosticul carcinomului lobular *in situ* este legat de eventuala apariție a carcinomului invaziv și aproximativ o treime dintre pacienții cu carcinom lobular *in situ* stabilit la biopsie dezvoltă carcinom invaziv [16].

În schimb, carcinomul ductal infiltrant, carcinomul medular, carcinomul tubular, carcinomul mucinos sau coloidal aparțin categoriei invazive.

Carcinomul ductal infiltrant este cel mai frecvent cancer care reprezintă 75% din toate cancerurile de sân. Acesta este definit ca NOS (*not otherwise specified*), deoarece nu prezintă nicio particularitate histologică. Neoplasmul se prezintă cu consistență dură cu margini predominant neregulate și crestate, oferind o rezistență considerabilă la tăiere cu o senzație stridentă. Histologic relevă o proliferare neregulată de celule epiteliale maligne slab diferențiate, cu o tendință redusă la necroză.

Carcinomul medular constituie 5-7% din toate carcinoamele mamare și se manifestă ca un carcinom circumscris care atinge dimensiuni mari, în medie 3-4 cm în diametru [2]. De obicei localizat în profunzime în cadranele superioare ale sânului, are o consistență moale, cu zone extinse de necroză. Din punct de vedere histologic prezintă celule mari, rotunde sau poligonale, cu citoplasmă abundentă și nuclei mari. Această tumoră se caracterizează prin prezența unui infiltrat difuz de limfocite mici și, uneori, de plasmocite. În ciuda diferențierii celulare slabe, are o capacitate infiltrativă moderată, cu o tendință redusă de a invada ganglionii limfatici.

Carcinomul tubular se găsește în formă pură în 1% din cazuri, dar poate fi asociat și cu alte forme histologice. Are o structură pronunțată microglandulară sau tubulară căptușită în mod obișnuit de un epiteliu monostratificat bine diferențiat și uneori conține substanță amiloidă. Tendința de metastazare este scăzută.

Carcinomul coloidal cuprinde aproximativ 3% din toate carcinoamele mamare. Apare la o vârstă mai înaintată decât vârsta medie a carcinoamelor mamare și este cu un istoric preoperator de lungă durată. Este o tumoare cu creștere lentă care poate ajunge la dimensiuni mari, la palpare se apreciază o masă bine delimitată, de consistență moale. Leziunile apar de culoare roșie-brună, cu prezența de material gelatinos pe suprafața tăiată. Prognosticul acestui neoplasm tinde să fie mai bun [20];

Carcinomul papilar infiltrant este o tumoare rară, care nu depășește 1% din cazuri. Acesta apare cel mai frecvent în jumătatea inferioară a sânului. Reprezintă cel mai probabil un stadiu mai târziu sau o formă mai agresivă a carcinomului papilar neinfiltrant. Evoluția este lentă și poate ajunge la dimensiuni considerabile înainte de a face metastaze la nivelul ganglionilor limfatici axilari care prezintă, de asemenea, aspectul papilar caracteristic. Prognosticul este excelent după tratamentul chirurgical;

Carcinomul lobular infiltrant constituie 5-10% din cazurile de carcinom mamar. Acesta își are originea în celulele acinilor și ale canalelor terminale mici ale glandei mamare. În forma sa cea mai caracteristică, carcinomul lobular infiltrant constă în forme mici și relativ uniforme, dispuse pe un singur rând mărginit cu un aspect fibros dens;

Carcinomul inflamator este o tumoare frecvent observată la femeile tinere cu sâni voluminoși, în timpul sarcinii sau în perioada de alăptare. Este o entitate care are doar constatări clinice, nefiind raportabilă la un anumit tip histologic. Sânul afectat de acest neoplasm apare mărit în volum și consistență, cu edem intens, înroșire a pielii și căldură crescută, detectabilă la termoinprimare. Din punct de vedere histologic este posibil să se evidențieze celule neoplazice nediferențiate în limfaticile intradermice. Prognosticul este aproape întotdeauna nefavorabil, deoarece majoritatea pacienților, în momentul diagnosticării, prezintă o răspândire metastatică regională.

Stadializarea clinică

Deși majoritatea tumorilor mamare pornesc de la epitelii canalelor sau celulelor lobulilor, există totuși, pentru fiecare femeie în parte, o largă variație în creșterea lor, care afectează prognosticul general. De asemenea, cu câteva excepții, majoritatea tumorilor mamare se dezvoltă inițial în interiorul unui canal. Într-un stadiu ulterior, pe măsură ce tumoarea crește în volum, aceasta se infiltrează în stroma periductală, ajunge la structurile limfatice și vasculare și, în cele din urmă, se răspândește la ganglionii limfatici axilari sau la alte părți limfatice și la organe la distanță.

În încercarea de a înțelege și de a trata mai bine cancerul de sân, a fost propusă gruparea leziunilor în funcție de stadii, în momentul diagnosticării. În acest fel, cancerul mamare pot fi ușor clasificate în funcție de evoluția lor în cadrul sânului (răspândire locală), pentru implicarea neoplazică și pentru caracterul ganglionilor limfatici axilari regionali (răspândire regională), precum și în funcție de starea structurilor rămase ale corpului în ceea ce privește metastazele (răspândire la distanță). Stadializarea este un aspect important, dar adesea neglijat, deoarece servește la gruparea pacienților în funcție de gradul de extindere a bolii, pentru a compara rezultatele diferitelor protocoale de tratament și pentru a formula o judecată prognostică mai precisă [15].

De-a lungul anilor au fost propuse mai multe sisteme de etapizare, dar cel mai des urmat este modelul TNM, care se bazează pe evaluarea celor trei elemente principale ale bolii: tumoarea primară (T), ganglionii limfatici regionali (N) și metastazele la distanță (M). În ceea ce privește tumoarea primară, trebuie luate în considerare următoarele elemente:

- locul său de apariție în sân;
- relația sa cu pielea și cu peretele toracic;
- locul ganglionii limfatici regionali și drenajul limfatic al sânului.

Prezența celulelor neoplazice în ganglionii limfatici supraclaviculari sau implicarea oricărui alt grup de ganglioni limfatici, inclusiv cel al glandei mamare interne, trebuie să fie luată în considerare ca o metastază la distanță.

Stadializarea cancerului de sân este inițial clinică, formulată pe baza examinării obiective (examinare și palpate) și a examenelor radiologice (mamografie) și ulterior histopatologie.

În același context, carcinoamele au fost împărțite în trei grade histologice de malignitate prin observarea gradului de formare a tuburilor, a dimensiunii celulelor și a nucleelor, gradul de hiperchromatism și numărul de mitoze. Tumorile cu un grad scăzut de malignitate au fost definite ca fiind de gradul I, în timp ce cele cu un grad ridicat de malignitate aparțin gradului III. Cu toate acestea, o descriere exactă a tumorii pacientului, o măsurare precisă a diametrului tumorii și o simplă enumerare a numărului de ganglioni limfatici histologic pozitivi va avea ca rezultat un grad mai precis de clasificare [3].

Cancerul mamar și recidiva

Cancerul de sân, ca majoritatea cancerelor, prezintă un risc ridicat de recidivă.

Cu toate acestea, știm că astăzi, din fericire, medicina, cu ajutorul numeroasele sale progrese se poate lăuda cu un rezultat foarte pozitiv în lupta împotriva cancerului de sân, chiar și în cazul nefericit în care acesta ar recidiva.

Datele epidemiologice arată că femeile care prezintă cel mai mare risc de a dezvolta un carcinom sunt cu siguranță cele care l-au avut deja. Riscul este pe tot parcursul vieții și apare cu o rată de 0,5-1% pe an de urmărire.

De asemenea, datele arată că femeile care consumă alcool, care sunt în postmenopauză, care sunt supraponderale sau care au mai mult de trei ganglioni limfatici metastatici, au un risc cu 30% mai mare de a dezvolta din nou cancerul de sân.

Atunci când cancerul de sân recidivează, este de obicei o reapariție a tumorii diagnosticate inițial. Uneori, se poate întâmpla că o cantitate foarte mică de celule nu este distrusă și, fiind prea mică pentru a fi detectată cu raze X, aceasta continuă să crească în timp, până când ajunge la o asemenea dimensiune, încât poate fi percepută la atingere sau detectată cu raze X [12].

Astfel, celulele pot provoca simptome la locul inițial al tumorii sau în altă parte a corpului, sub formă de metastaze.

De obicei, tumoarea revine în primii cinci ani după tratament. Cu toate acestea, în general, timpul mediu de apariție a unei recidive la nivel local sau regional după terapia inițială este de trei ani, în timp ce timpul mediu de apariție a unei recidive la distanță este, pe de altă parte, de doi ani. Evident, cu cât este mai lung intervalul dintre prima tumoare și recidivă, cu atât mai bună este prognosticul. Deoarece tumora cu cel mai grav stadiu clinic și patologic determină prognosticul general al pacientului, pacienții cu un prognostic bun după primul diagnostic ar trebui să fie monitorizați cu atenție pentru a nu exista posibilitatea apariției unui al doilea carcinom, care ar trebui să fie diagnosticat cât mai devreme posibil [25]. Prin urmare, se recomandă diagnosticarea precoce a primei tumori, deoarece dacă la acel moment tumoarea a fost identificată când era încă mică, recidiva va fi, de asemenea, mai ușor de tratat [17].

Tratamentul unei recidive variază, în general, de la terapia localizată pentru un risc scăzut la una sistemică pentru cei cu risc ridicat, deși, în aceste cazuri, mulți medici optează pentru mastectomie, tocmai din cauza eficienței în eliminarea celulelor canceroase și pentru că face puțin probabil ca cancerul de sân să recidiveze. În cazul unei recidive locoregionale, este necesară integrarea intervenției chirurgicale, a radioterapiei și a chimioterapiei, în funcție de amploarea recidivei, de starea generală a pacientei, prezența sau absența comorbidităților și, bineînțeles, a terapiilor anterioare.

Vârsta în sine nu contraindică efectuarea radioterapiei, a hormonoterapiei și/sau a chimioterapiei. În tratamentul metastazelor osoase se recomandă radioterapia și hormonoterapia.

Cancerul și rana imaginii corporale

Diagnosticul de cancer la sân aduce o bulversare majoră în viața unei femei. În acest sens, cancerul vine ca o lovitură în vise, planuri, percepția propriului corp.

Cuvântul cancer devine brusc un obstacol, chiar și dacă încerci să îl ocolești: „te trezești că se încinge în tine, în gândurile, emoțiile, cuvintele tale, precum și în rănile de pe piele” [4].

Astăzi, multe forme de cancer sunt vindecabile, dar diagnosticul lor amintește inevitabil că viața are un sfârșit, smulgând astfel iluzia magică a nemuririi care ne pândește pe fiecare dintre noi. Dintr-o dată ești obligat să te confrunți cu o boală de temut, care evocă imagini de suferință și moarte și ale căror cicatrici vor rămâne acolo pentru a-ți aminti că în orice moment se poate întoarce cu ușurință. Boală, care nu înseamnă doar pierderea sănătății și integritatea fizică, ci și un atac asupra părții cele mai încărcate de simbolism și de semnificații, atât personale, cât și colective, ale corpului feminin. Sânul, dintr-un obiect bun, distribuitor de viață și plăcere se transformă într-un obiect rău, generator de suferință și moarte.

Astfel, cancerul de sân, cu suprasolicitarea sa, nu numai că afectează emblema feminității și a sexualității, ci și acea imagine de sine pe care o femeie și-o construiește, de multe ori cu greu, în decursul experiențelor sale. Este o rană profundă care devine devastatoare atunci când operația la sân este distructivă.

O astfel de rană a imaginii de sine unitare și integrale atrage după sine schimbări considerabile atât la nivel practic, în ceea ce privește calitatea vieții, cât și la nivelul imaginii corporale și, în unele cazuri, crize mai profunde în ceea ce privește propria identitate. Atacul provocat de cancer și de intervențiile chirurgicale mutilante poate, prin urmare, să pună în pericol dubla identificare a femeii și a mamei. Teama de a fi abandonată, faptul că nu mai îndrăznește să facă dragoste, umilința față de corpul care a pierdut ceva foarte important și teama de a se dezbrăca, sunt însoțite de experiența bolii.

Există numeroase studii care sunt de acord cu acest lucru, investigând repercusiunile asupra imaginii de sine și a crizei de identitate și care descriu probleme legate de sentimentul de a se simți mai puțin atrăgătoare, feminine și profund afectate [7].

În plus, pentru unele femei există adesea tendința de a se „disocia” de partea mutilată, percepând-o ca fiind altceva decât ele însele și evitând orice contact tactil sau vizual cu cicatricea. Bineînțeles, experimentarea unui istoric de boală este întotdeauna o chestiune foarte individuală care, pe lângă starea de sănătate a pacientului, depinde, de asemenea, de personalitatea acestuia, de situația familială și socială, de capacitatea de a tolera pierderea și de a suferi.

De fapt, toate etapele unei astfel de procesări trebuie să fie finalizată pentru a putea reorganiza lumea internă și pentru a putea accepta pierderea și diferitele schimbări fizice și psihologice asociate cu diagnosticul și tratamentul.

Unul dintre cele mai dificile aspecte cu care trebuie să te confrunți atunci când suferi de o astfel de boală, este imprevizibilitatea evenimentelor [9], deoarece chiar dacă pacientul răspunde bine la terapiile prescrise, nu este niciodată posibil să se prevadă cum va reacționa la tratamentele ulterioare atât din punct de vedere fizic, cât și la nivel psihologic.

De fapt, reiese în mod clar modul în care femeia cu cancer de sân este extrem de vulnerabilă atât din punct de vedere fizic, cât și psihologic, deoarece experiența ei este adesea caracterizată de nesiguranță și anxietăți persecutorii care îi invadează mintea.

Astfel, la teama pentru viitor se adaugă gândul de a fi pierdut o parte importantă din ea însăși și sentimentul de a nu mai fi o femeie „întregă”.

Totodată, cuvântul cancer evocă multe sensuri iraționale, iar atunci când intră în viața cuiva, este dificil să controlezi valul de sentimente conflictuale pe care îl declanșează. Comunicarea diagnosticului este de obicei trăită ca o sentință, o condamnare. Lumea pare să se prăbușească, lăsând persoana în mod inevitabil la mila incertitudinii și a confuziei.

Cu toate acestea, atunci când amenințarea și teama de a fi copleșit preiau controlul, este necesar să se facă mulți pași individuali pentru a învăța să trăiești în această lume nouă și în această nouă condiție, dând frâu liber plânsului și sentimentelor de furie, care pot fi de ajutor și chiar pot avea un efect de vindecare [23].

De aceea atunci când se începe tratamentul, ai impresia că, în sfârșit, se face ceva concret.

Cu toate acestea, acest moment se poate dovedi, de asemenea, foarte dificil, deoarece persoana bolnavă se poate simți rău, poate suferi efecte nedorite și accepta cu greu noua sa situație.

Cancerul și terapiile respective, care lasă urme adânci în viața unei persoane, nu reprezintă doar o încercare psihologică, ci pot implica și o serie de schimbări în viața unei persoane, în special la nivel fizic. Acestea schimbări fizice pot compromite în mod semnificativ identitatea unei femei și relația femeii cu corpul ei, până la afectarea semnificativă a relațiilor cu ceilalți.

Corpul, rănit și mutilat, este simțit și experimentat ca ceva străin și, prin urmare, nu mai este familiar [11]. Deci, este necesar ca persoana să își ia timp pentru a se regăsi în acest nou corp și pentru a învăța să îl accepte cu toate schimbările sale.

În general, efectele nedorite ale terapiilor împotriva cancerului pot fi diferite și depind foarte mult de tipul de tumoare și de alegerea tratamentului. De exemplu, pentru multe femei căderea părului, cauzată de chimioterapie este una dintre cele mai dificile faze ale traseului de tratament, deoarece pierderea părului pentru o femeie este un eveniment care o doare profund și îi rănește profund feminitatea.

Alte efecte nedorite ale terapiei pot fi creșterea bruscă a părului pe față și creșterea sau pierderea în greutate. În plus, în timpul tratamentului oncologic, igiena orală este deosebit de importantă, deoarece administrarea anumitor medicamente poate modifica compoziția salivei.

Acest proces este trăit în mod diferit de către fiecare persoană și poate dura o perioadă mai lungă sau mai scurtă.

În același context, cancerul și tratamentele sale nu afectează doar organele afectate de boală, ci întregul corp și întreaga persoană. De fapt, chiar dacă organele sexuale nu sunt afectate în mod direct, rămân urme care pot afecta profund sfera sexuală atât din punct de vedere biologic, cât și din punct de vedere psihosexual. Multe femei, după diagnosticarea cancerului de sân și în timpul tratamentelor respective au tendința de a-și pierde interesul pentru sex. Această scădere a dorinței pare să fie legată de instinctul de supraviețuire care predomină la aceste femei în timpul bolii, un instinct care este adesea însoțit de gânduri depresive și de griji de diferite tipuri. Bolnavul se simte adesea obosit și epuizat, iar organismul are nevoie de mult timp și energie pentru a se vindeca [2]. Din acest motiv, pare normal ca aceste femei în astfel de momente să își concentreze tot interesul și resursele disponibile pentru a depăși boala, relegând astfel în plan secund aspectele care înainte de boală jucau un rol semnificativ în viața lor, cum ar fi sexualitatea.

Pentru că sexualitatea este strâns legată de stima de sine și imaginea corporală. Ea nu poate fi limitată la genitalitate și procreare, ci este, înainte de toate, un program biologic orientat spre a favoriza construirea legăturii de cuplu, în care aspectul relațional al sexului dobândește importanță și semnificație ca modalitate de cunoaștere de sine și a celuilalt. Se poate, prin urmare, intui cum cancerul de sân poate influența trăirile atunci când o parte din sine nu mai este la fel de utilizabilă ca înainte în relația cu partenerul. Prin urmare, boala schimbă profund sentimentele față de sexualitate și afectează semnificativ relația de cuplu. Unele femei, după operația de mutilare a sânilor au impresia că au fost nevoite să renunțe la o parte importantă din ele însele și că, în consecință, nu mai pot fi dorite. Ca urmare, neputând să mai fie dorite, au teama de a fi respinse de partenerul lor și evită orice contact fizic. Partenerul, la rândul său, din cauza problemelor de incertitudine sau din considerație, tinde adesea să renunțe și el la orice manifestare sexuală, iar această reducere a relațiilor sexuale pare să confirme anxietatea femeii cu privire la propria capacitate de a fi în continuare dorită [19].

În acest caz, comunicarea propriilor stări de spirit, temeri, nevoi în cadrul unității familiale, are o importanță considerabilă pentru pacient. Cu toate acestea, tocmai în cadrul relației sexuale, comunicarea devine mai problematică, deoarece tabu-ul cancerului se amestecă cu tabu-ul sexualității. La aceasta se adaugă prejudecățile și stigmatizarea asociată cu cancerul, cum ar fi credința falsă că boala poate fi transmisă pe cale sexuală și aici este important să precizăm că cancerul nu este în niciun caz o boală contagioasă. Deci, nu este absolut deloc cazul să ne temem că prin sărut, gesturi afectuoase sau în timpul actului sexual celulele canceroase pot fi transmise de la persoana bolnavă la cea sănătoasă [13]. Așadar, faptul de a se simți dorit de către partener în ceea ce privește capacitatea de seducție este primul pas care le conduce pe aceste femei spre o mai mare încredere și acceptare a corpului lor schimbat. Cuplul, ca un singur organism viu, trebuie, în acest sens, să fie capabil să-și recapete posesia intimității sale, a erosului în sensul său cel mai larg, al iubirii pentru viață. Acesta este cu siguranță un proces complex, dar nu insurmontabil, deoarece este în natura omului de a depăși situațiile traumatiche, pentru a găsi un nou echilibru.

În **concluzie**, în baza celor relatate în această lucrare, putem doar să atenționăm cititorul cu referire la măsurile de prevenire a cancerului de sân. În prezent, pot fi atinse două obiective majore: reducerea riscului de apariție a cancerului de sân (prevenție primară) și promovarea posibilității de diagnosticare precoce (prevenție secundară), ceea ce duce la un tratament mai conservator și o șansă mai mare de vindecare. *Screeningul* mamar, promovat de Ministerul Sănătății, este cea mai importantă metodă de prevenție și se bazează pe efectuarea unei mamografii la fiecare doi ani, deși frecvența poate varia în funcție de considerațiile medicului și de istoricul personal al fiecărei femei. Această metodă reușește să influențeze mortalitatea pentru cancerul de sân cu 20-30%. *Screeningul* trebuie să fie efectuat pe populația feminină cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani, în timp ce încă nu se știe dacă există o utilitate reală de a-l face sub și peste aceste două limite de vârstă. Prin

urmare, femeile între 40 și 49 de ani și femeile de peste 70 de ani, care ar putea fi supuse la teste periodice de *screening* ar trebui să fie informate cu privire la îndoielile privind examinarea mamografică la aceste grupe de vârstă. Mai ales că mamografia rămâne fără îndoială investigația care asigură în prezent cea mai mare acuratețe de diagnosticare în procesele neoplazice maligne și benigne ale sânului. La fel, un rol deosebit îl are autoexaminarea lunară pentru toate femeile cu vârsta de peste 20 de ani. Autopalparea este o tehnică care permite femeilor să detecteze orice modificări la nivelul sânilor lor într-un stadiu incipient și ar trebui să fie practică sistematic în cadrul zilelor care urmează fluxului menstrual, când sânul este mai puțin turgescenț. Examinarea tinde să caute semne suspecte timpurii, cum ar fi asimetria sânilor, rețracția pielii sau a mamelonului sau orice secreții seroase sau hematice și eventuala prezență a unor noduli. Tumorile care apar la pacientele care efectuează în mod regulat autoexaminarea sunt, în medie, mai mici decât la pacientele care nu efectuează autoexaminarea.

Bibliografie

1. AMBROGGIO, G.P., OBERTO, E. La ricostruzione mammaria. Milano: Mondadori, 1990.
2. ANDEREGG, T., LANZ, S. Vivere con il cancro del seno. Berna: Benziger Verlag, 1998.
3. ANDRIKOWSKY, M.A., CURRAN, S.L., STUDTS, J.L. Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign problems: a controlled comparison. London: Heinemann, 1996.
4. ANFOSSI, M. Femminilità ferita e ritrovata. Gruppi esperienziali per donne operate al seno. Milano: Franco Angeli, 2002.
5. BLOOM, J. R. Then and now: quality of life of young cancer survivors. New York: Slavica, 2004.
6. BONADONNA, G., ROBUSTELLI DELLA CUNA, G., VALAGUSSA, P. Medicina oncologica. Milano: Mondadori, 2007.
7. BORLE, R., LANZ, S. La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto. Berna: Longanesi, 2004.
8. BOSZORMENYI-NAGY, I., KRASNER, B. Between give and take. A clinical guide to contextual therapy. New York: Rizzoli International Publications, 1986.
9. CHIOZZA, L.A. Psicoanalisi e cancro. Roma: Laterza, 1981.
10. DE FEUDIS, R. Il tempo dell'esitazione. La relazione di aiuto psicologico con la donna operata di cancro al seno. Roma: Gangemi Editore, 2003.
11. DE ROCHE, R. Un nuovo seno?. Berna: Panoramica, 2006.
12. DUPONT, W.D., PAGE, D.L. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. London: Paerson, 1985.
13. EDDY, D.M. Screening for breast cancer. New York: Vanda Edizioni, 1989.
14. GAMBARINO, C., TORTA, R. Il tumore della mammella: immagine di sé e sessualità. London: La Giuntina, 2003.
15. GIORDANO, S.H. Is breast cancer survival improving?. New York: Random House, 2004.
16. HENDERSON, I.C. Il carcinoma della mammella. Milano: Mondadori, 1995.
17. HOLMBERG, S.K., SCOTT, L.L., ALEXY, W. Relationship issues of women with breast cancer. New York: Marna, 2001.
18. KEMENY, M., WELLISCH, D. Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. London: BookBank, 1988.
19. MIDIRI, G. La mammella. Milano: Feltrinelli, 1986.
20. MOORE, D.H. Breast carcinoma etiological factors. London: Adelphi, 1983.
21. MULLER, C. Accompagnare il malato di cancro. Berna: Panoramica, 2002.
22. PAGANI, O., PRATI, S. Carcinoma mammario prima della menopausa. Torino: Einaudi, 2008.
23. PUGLIESE, P. Sessualità e cancro. Milano: Mondadori, 2008.

24. SCHNITT, S.J. Ductal carcinoma in situ (intraductal carcinoma) of the breast. New York: Abe Books, 1988.
25. VERONESI, U. Tumori della mammella. Milano: Franco Angeli, 1984.
26. ZANELLA, E., TUCCI, G.F. Mammella. Milano: Rusconi, 1997.

CZU 159.922.761:616.89

DISMORFOFOBIA. ASPECTE PSIHOLOGICE

Tatiana ROȘCA, doctorandă, asistent universitar,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova

***Abstract.** Body dysmorphia represents a psychopathology of body image, the exact causes of which are not known, but it is believed to be caused by altered processing of visual stimuli, leading to an obsessive concern with any physical defect, causing distress, loneliness, and dissatisfaction. This paper focuses on analyzing this concept and diagnostic classification as dysmorphophobia, exposing various theoretical approaches in their different forms. It also addresses the issue of depersonalization – the feeling of non-belonging to oneself, which is oriented towards disturbances in bodily consciousness. At the methodological level, tools for detecting body image disorders are illustrated, as well as the diagnostic criteria for evaluating the disorder, almost entirely centered on behavioral and psychological determinants.*

***Keywords:** dysmorphophobia, body image, distorted body perception, psychopathology, body, subjectivity, identity.*

Termenul „dismorfofobie”, din grecescul „dysmorphia”, se referă la o „alterare a formei”, expresie care a fost tradusă ca „dismorfie corporală” [9]. La nivel subiectiv, percepția eronată a propriei imagini reprezintă „dismorfopatie”, un termen inclus în psihiatrie de E. Morselli [12], care l-a inclus printre ideile fixe ale minții care este preocupată în mod morbid de integritatea personală. Mai târziu, P. Janet [după 15] a identificat „dismorfia” ca fiind un sindrom care determină o persoană să experimenteze rușine față de corpul său.

Pentru Morselli [12], urâtenia corporală era considerată înainte de toate o fobie, o tulburare psihiatrică și, aproximativ un secol mai târziu, s-a adoptat termenul de „Tulburare dismorfică corporală”, pentru a înlocui dismorfismul, eliminând distincția dintre variantele delirante și non-delirante. Recunoscută din ce în ce mai mult ca un sindrom autonom, dismorfia a fost inclusă ca tulburare somatoformă [23]. Astfel, criteriile de diagnostic se bazează pe atitudini tipice, întâlnite la aproape toți subiecții, constând într-o preocupare excesivă pentru un presupus și imaginar defect al aspectului fizic, care provoacă disconfort în viața de zi cu zi, la locul de muncă și în viața de familie. În plus, pentru diagnostic, pacientul trebuie să comunice o credință persistentă în urâtenia personală și să fie sigur de evidența defectelor sale estetice [3].

Totodată, psihopatologii [17] subliniază faptul că tulburarea, în funcție de intensitatea ei (de la preocupare minimă la obsesie), este întotdeauna centrată pe corp, fiind o manifestare morbidă, care are relații cu alte patologii: tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de dispoziție, ipohondria, tulburările alimentare, fobia și tulburările de personalitate. De aici, rezultă că imaginea corporală nu este niciodată stabilă sau definitivă, ci continuă să se autoconstruiască și să se autodistrugă în funcție de istoria personală, mai ales, în cazurile în care o persoană a suferit traume, deficiențe sau boli.

Din cauza acestor aspecte, dismorfofobia a fost, în ultimele două secole, investigată și definită în funcție de paradigma de referință a unor discipline specifice. De fapt, pe măsură ce teoriile s-au schimbat și în funcție de centrul de interes, diferite configurații au fost atribuite, din când în când, fenomenologiilor psihopatologice și relației cu propriul corp.

Principalele domenii de studiu ale dismorfismului corporal, de la medicină, sociologie, psihologie socială și cercetările neurologice recente, iau în considerare influențele socio-culturale, formarea sinelui, valoarea corpului perceput și experimentat, corpul sănătos-patologic, implicațiile studiilor genetice, bulimia nervoasă și anorexia, precum și sindroamele culturale. E. Faccio [6] evidențiază faptul că, deși nu suntem cu toții expuși la aceleași influențe, suntem expuși în mod interactiv: la imagini normalizatoare ale feminității și la modele codificate de frumusețe feminină. Același proces de normalizare a avut loc între secolele al XIX-lea și al XX-lea, când știința a impus medicalizarea corpurilor în distincția normal/patologic pentru a da un sentiment de identificare și „reprezentare a realității sociale”. În acest sens, se face referire la un anumit prototip (sugerat de contextul istoric și normativ) pentru a dezvolta un proces de simbolizare colectivă și, la fel cum s-au construit în acea perioadă categoriile de femei „isterice” ale lui Charchot sau „posedate” de vrăjitorie, tot astfel, disconfortul corpului a fost supus cu stoicism la diverse etichete, inclusiv „tulburare funcțională”, „psihosomatică”, „vegetativă”, „distonie neurovegetativă”, „nevroză vegetativă”.

În același context, R. Barthes [după 22], în anii '90, în domeniul studiilor semiologice, a scos în evidență relația dintre natură și cultură, care modelează corpul, disciplinându-l în funcție de reguli sociale care stabilesc ce este permis și ce este interzis, deoarece corpul nostru este întotdeauna un corp „situat într-un anumit context”. Autorul [după 22] sugerează că învățăm să devenim conștienți de fragilitatea și vulnerabilitatea noastră, atunci când aspectul fizic și imaginea devin atât de despărțite una de cealaltă, încât produc ideea unui corp greșit, capabil să copleșească și să provoace durere.

Faccio [7], în conformitate cu abordarea sociologică, denunță „tirania” normativă și estetică a sistemului nostru cultural, care impune prețuri foarte mari pentru corp în termeni de oboseală și stres și care sunt trăite, la nivel individual, cu sentimentul angoasant de a nu fi frumos sau de a fi dezaprobat. Configurate ca o situație preclinică, aceste stări de spirit constituie terenul propice pentru alte tulburări specifice.

În abordarea interacționistă, corpul este expresia relațiilor interpersonale, la construcția căruia contribuie un proces dialogic între vocile naratoare individuale, interpersonale și contextuale sociale, la care se adaugă influența puternică a unui simbolism al corpului, provenit din comunicarea medială, la care corpul cedează și tinde uneori să-și satisfacă „propria foame de confirmări sociale”.

Mai mult, în paradigma bio-medical-socială a sănătății, corporalitatea și lumea vieții personale joacă un rol fundamental, ca semne ale propriului corp, fiind perceput, descris și comunicat, deoarece corpul este înțeles ca o structură simbolică, capabilă să medieze semnificații care, ca și culturale, exprimă relația pozitivă sau negativă a unei persoane cu lumea sa reală. În această perspectivă de analiză, pe de o parte, realitatea socială reprezintă suportul extern al condiției psiho-fizice, iar pe de altă parte, corpul este reflectarea acesteia, mediul în care se dezvăluie contradicțiile și aporiile, mai ales exigențele și modelele normative solicitate [6].

În același context, pe baza experienței clinice, dismorfia, sau percepția greșită despre sine în sens negativ, este o tulburare de comportament care este un efect al societății contemporane, asociată cu dorința de a poseda o imagine corectă în conformitate cu standardele actuale, considerate indispensabile pentru o existență relațională și profesională satisfăcătoare și de succes. Persoanele care suferă de dismorfofobie sunt ușor deprimare de defecte, trăsături imaginare ale feței sau pentru acnee, riduri, cicatrici, asimetrii, disproporții ale feței sau ale unor părți ale corpului; și, din cauza disconfortului sau din alte motive, evită să se descrie în detaliu și tind să își generalizeze urătenia, cu un limbaj menit să transmită o situație „intens dureroasă”, „chinuitoare” sau „devastatoare”. Pentru multe persoane, aceste preocupări sunt greu de controlat, până la punctul în care trăiesc sentimente puternice de rușine, ceea ce le determină să evite, adică să se retragă în sine și să se ascundă de ceilalți [16]. În alte cazuri, subiecții se angajează în comportamente de verificare constantă pentru a-și remedia presupusul „defect” care le face imposibilă existența. „Defectul” devine concentratorul a tot ceea ce este în neregulă cu subiectul, traducându-se prin: excese în pieptănare, epilare, aplicarea meticuloasă a produselor cosmetice,

manipularea pielii, ca și comportamente de control. Cele mai tipice sunt inspecția în fața oglinzii, cântărirea continuă, pipăirea repetată a anumitor părți ale corpului. Deseori cer să fie reasigurate în legătură cu propriul aspect, ceea ce, însă, nu aduce decât o ușurare temporară, deoarece sunt continuu absorbite în compararea părții „urâte” a corpului lor cu cea a altora.

Cele mai intens trăite emoții sunt legate predominant de două sisteme motivaționale interpersonale, sistemul de rang (rușine, invidie, tristețe la înfrângere, teama de judecată) și sistemul de atașament (furie, tristețe la pierdere), astfel încât pentru dismorfofobici un defect specific, clar circumscris (contează puțin dacă este complet absent sau puțin prezent) este indicativ pentru tot ceea ce este în neregulă cu subiectul, în măsura în care acesta trăiește evenimentele importante într-o manieră anxioasă [4]. Toată identitatea și valoarea lui sau a ei sunt în joc și, dacă nu este capabil să controleze această anxietate, poate apărea ceva asemănător cu dispoziția pre-delirantă [2].

Acest lucru se observă preponderent în sălile de sport, prin atitudini obsesive față de propriul corp, care se manifestă prin efort excesiv, numit sindromul de supraantrenament. Persoana care suferă de acest sindrom nu permite organismului său să își recupereze energia și să se refacă fizic și psihologic. Dependenții de sport suferă adesea și de tulburări alimentare, iar anorexia și bulimia nervoasă se bazează pe aceeași motivație de a controla greutatea și aspectul fizic.

Concentrarea obsesivă asupra formei fizice și a dezvoltării musculare este cunoscută sub numele de vigorexie/bigorexie sau dismorfism muscular și implică toată lumea, dar mai ales pe bărbați. Indicatorii tulburării sunt observabili prin numărul de ore petrecute în sala de gimnastică, supunându-se exercițiilor de creștere a mușchilor, uitarea continuu în oglindă pentru a evalua dezvoltarea fiecărui mușchi în parte și nemulțumirea de propriul aspect, diete bogate în proteine, cântărirea constantă, folosirea suplimentelor și, în cazurile cele mai grave, anabolizante: practic sportul este trăit ca o manie. În rândul acestor culturiști, care fac exerciții fizice în mod compulsiv, este frecvent abuzul de steroizi anabolizanți, substanțe care sunt considerate analoge celor pentru a pierde în greutate sau medicamente anorexigene [21].

La fel, aceste persoane tind să „cocheteze” în mod constant cu gândul că viața lor va începe atunci când își vor rezolva problema estetică, când vor fi făcute ajustările potrivite pentru a fi prezentabili în fața lumii [1].

În același timp, însă, declanșează procesul care îi determină să se gândească în continuare: *poți fi întotdeauna mai bun decât ești*. Și în ciuda exercițiilor fizice excesive, a dietei, a tratamentelor dermatologice, dentare sau chirurgicale, ei pot fi în continuare nesatisfăcuți.

În aceeași conjunctură, comparația socială reprezintă un cadru teoretic util în explicarea genezei insatisfacției legate de imaginea de sine. Făcând referire la teoria comparației sociale a lui Festinger [8], există două tipuri de comparație: de tip ascendent și descendent, cei care sunt percepuți ca fiind mai buni/răi și mai puternici/slabi din punct de vedere social în ceea ce privește aspectul lor fizic. Expunerea la mass-media produce, așadar, o mai mare evaluare negativă a aspectului fizic și o scădere a stimei de sine [9].

Din aceste motive, dismorfofobia, al cărei debut apare de obicei în timpul adolescenței, cu o evoluție aproape continuă, poate fi asociată cu tulburarea depresivă majoră, cu fobia socială sau cu tulburarea obsesiv-compulsivă. În conformitate cu teoria comparației sociale, studii recente au arătat că persoanele cu depresie sau cu stimă de sine scăzută au o tendință mai mare de a se compara [2].

În domeniul psihologiei, imaginea corporală a fost descrisă de psihanalistul P. Schilder [după 13], care a reușit să diagnosticheze că imaginea mentală pe care ne-o facem despre corpurile noastre este ceva mai mult decât o percepție, deoarece include aspecte care nu sunt atât perceptiv-spațiale, atribuibile schemei corporale, cât emoționale, cognitive și afective. Această teză a fost confirmată de Allamani [după 10], care coform unor rezultate ale unei cercetări clinice din 1990 raportează că imaginile corporale sunt strâns legate de lumea emoțională internă și de istoria personală. Ele sunt schimbătoare în timp, sunt generate și sunt organizate la nivel senzorial, emoțional, imaginar și ideatic. Așa cum corpul nu este obiectivabil, adică nu este posibil să fie cunoscut în lumea reală, corpul rămâne perceput ca fiind corpul trăit și creat de acea versiune

subiectivă particulară de a se simți pe sine în raport cu propria experiență și cu modelele și canoanele tipizate într-o anumită realitate socio-istorică.

Această imagine este specifică fiecărei persoane, deoarece este legată de individ și de istoria sa; ea este sinteza vie a experiențelor noastre emoționale și reprezintă memoria inconștientă a întregii experiențe relaționale [20]. În paralel cu identitatea personală, care nu este dată, ci construită, valoarea și semnificația aspectului corporal și a componentei sale psihologice necesită un dublu proces de evaluare și confirmare, cel individual și cel social.

Una din definițiile mai nuanțate ale imaginii corporale are în vedere întreaga persoană ca fiind formată din patru componente:

- perceptual (modul în care persoana vizualizează dimensiunea și forma corpului său);
- atitudinal (ceea ce gândește persoana, din punct de vedere cognitiv, despre propriul corp);
- afectiv (sentimentele față de corp);
- comportamental (nutriție, activitate fizică).

Încă de la începuturile interesului medico-științific, reprezentările corporale au fost denumite prin conceptele de schemă corporală și imagine corporală, cenestezie, care este ansamblul de senzații prin care persoana simte și percepe corpul ca fiind al său. Schema corporală este o construcție conceptuală de ordin neurovegetativ introdusă de P. Bonnier [după 3] la începutul secolului al XX-lea, care a descris-o mai întâi ca pe un concept static de reprezentare topografică și spațială, iar mai târziu ca pe un concept dinamic, o organizare complexă și articulată, holistică. Cercetătorul a presupus că creierul nostru desenează și actualizează continuu un fel de hartă a propriului corp la care contribuie datele perceptuale și reacțiile motorii. Iar de aceste desene depind judecățile de unitate somatică, cum ar fi „corpul este unul singur” și de identitate, pentru a spune „eu sunt acel corp, numai acela, întotdeauna acela de la naștere până la moarte”. Dintre tulburările schemei corporale, omologul francez A. Paré [după 5], a descoperit sindromul *membrului fantomă* al amputaților, care corespunde iluziei existenței unor părți ale corpului care lipsesc de fapt. Prin analogie, *membrul fantomă* este denumirea dată acelor pacienți care sunt supuși unei intervenții chirurgicale invazive și care au senzația că sunt la fel de grași ca înainte [23].

La fel, conceptul de schemă corporală este uneori confundat cu conceptul mai fluid de imagine corporală sau *corp trăit*, care este mai relevant pentru a analiza relația conflictuală cu imaginile tulburărilor dismorfice, care au un substrat psihologic, mai degrabă decât neurologic. Imaginea propriului corp este asociată cu sentimentul de identitate personală, care amintește acele părți ale corpului care poartă o valoare culturală specifică pentru fiecare persoană și care contribuie la definirea relației dintre aspectul de sine și identitate [12].

În această relație s-a inserat încă din antichitate un cod transcultural, oglinda, a cărei funcție este de a certifica identitatea celor care se apropie de ea, de a o distinge de alte obiecte, de a-i conferi o putere puternică și chiar magică și, care devine un dușman insidios atunci când în imaginea reflectată sunt implicate importante procese de mediere emoțională, cognitivă și simbolic-culturală [23].

Mai mult decât atât, oglinda este instrumentul scindării identității și atunci când lipsește recunoașterea propriului aspect fizic, nu există identitate și confirmare a sinelui, deoarece corpul reprezentat în minte nu găsește confirmarea lui însuși în imaginea din oglindă [3].

Analizând chinul generat de confruntarea cu oglinda, E. Faccio [6] concentrează problema pe decalajul dintre ideea pe care o are o persoană despre ea însăși și ceea ce ar vrea să fie, corpul real, imaginat sau dorit, putând fi originea, dar și punctul final al diferitelor forme de disconfort psihologic, care se manifestă prin sentimente de insatisfacție, nesiguranță și, mai ales, stimă de sine scăzută. Relația viscerală dintre corp, aspect, identitate și sentimentul de sine se destramă cu cât percepția subiectivă prevalează mai mult decât evidența obiectivă. Criza experienței corporale este criza de identitate. De aici, rezultă că persoana care experimentează disconfort corporal nu suferă din cauza corpului său sau a modului în care este făcut, ci suferă din cauza stării sale [22]. Ceilalți, cu judecata lor, joacă un rol fundamental în construcția identității și acționează ca oglinzi autoritare ale reprezentării de sine: dacă nu se găsește în ochii celorlalți, metaforizați în oglinzi, confirmarea formei corpului comun, atunci se pune în mișcare jocul identităților posibile și al

reversibilității lor, adică persoanele din fața oglinzii proiectează imaginea propriului corp, o modifică, cultivă iluzii sau percepții aberante, dacă nu chiar forme de autoînșelăciune menite să mențină în echilibru propriul sentiment de identitate.

Conform acestei abordări, disconforturile legate de semnele somatice sunt sentimente rele față de sine, care vorbesc despre distanța dintre aparență - ceea ce părem a fi - și o instanță exterioară sau o voce narativă, care predică așa cum ar trebui să fim. Dar atunci când sentimentul/significarea valorii personale este captat de o voce internă, autocritică și dezaprobatore, capabilă să anihileze toate dovezile contrare și să declanșeze comportamente iraționale și atitudini scăpate de sub control, psihologia clinică atestă tulburarea corporală.

Dintre disconforturile identității corporale, atunci când forma este conținutul, dismorfia prezintă exemplul extrem al identificării totale într-un corp perceput ca fiind „grotesc” sau „ridicol” și nepotrivit, deoarece nu corespunde modelului corporal pe care cineva ar dori să îl „locuiască”. E. Faccio [7] evidențiază în acest sens că persoana dismorfică, vede propriul chip ca și ceilalți, dar observă ceva anormal, neregulat, nedorit, ca și cum ar fi ghidat nu atât de ochi, cât de o voce interioară, critică și dezaprobatore, care se poate transforma într-un sentiment de hărțuire și nefericire față de părțile nefericite ale propriei persoane care, luate ca țință, rezumă și condensează un sentiment de intoleranță, iar corecția chirurgicală nu potolește, în general, dezamăgirea față de propriul corp, ci doar o deplasează către alte părți care sunt „greșite” și, prin urmare, considerate a avea nevoie de schimbare.

În această relație s-a inserat încă din antichitate un cod transcultural, oglinda, a cărei funcție este de a atesta identitatea celor care se apropie de ea, de a o distinge de alte obiecte, de a-i conferi o putere puternică și chiar magică și, chiar, de a deveni un dușman insidios atunci când în imaginea reflectată sunt implicate importante procese de mediere emoțională, cognitivă și simbolic-culturală.

Din aceste considerente, rezultă că, *corpul este ceea ce este reprezentat în minte și nu o proprietate imuabilă a indivizilor*; este unul dintre elementele fundamentale care contribuie la definirea „sinelui”.

E. Faccio [6], analizând chinul generat de confruntarea cu oglinda, concentrează problema pe decalajul dintre ideea pe care o are o persoană despre sine și cea pe care ar dori să o aibă, corpul real, imaginat sau dorit, putând fi originea, dar și punctul final al diferitelor forme de disconfort psihologic, care se manifestă prin sentimente de insatisfacție, nesiguranță și, mai ales, stimă de sine scăzută. Relația vizuală dintre corp, aspect, identitate și sentimentul de sine se deteriorează cu atât mai mult, cu cât percepția subiectivă prevalează asupra evidenței obiective. Criza experienței corporale este criza de identitate.

Prin urmare, dismorfia reprezintă exemplul extrem al identificării totale cu un corp perceput ca fiind „grotesc” sau „ridicol” și nepotrivit, deoarece nu corespunde modelului corporal pe care cineva ar dori să îl „locuiască”. În termeni extremi, chiar și doar lentilele de contact, un suport cu pernuțe sau proteza dentară sunt mici forme de transformare corporală, toate acestea indicând o dorință de a poseda o nouă identitate, pentru noi aprobări și o tendință spre o atitudine favorabilă față de manipularea chirurgicală.

Aceste tehnologii ale sinelui au fost descrise ca fiind dovada unei noi concepții postmoderne a libertății, ale cărei implicații nu au fost evitate de filosofi și psihanalisti. În acest sens, Sarsini [după 20] consideră că pe de o parte, moda este zeița predestinată a identității, pe de altă parte, autorul subliniază că nimeni nu este scutit de formele de transformism corporal, în certitudinea că toată lumea este un pic de replicant, remodelat corporal și cu identități alternative.

Astfel, personalitatea cu un nivel scăzut de stimă se „antipatizează” pe sine, are dialoguri cu ea însăși, în care își proiectează o judecată inadecvată din partea celorlalți, iar sentimentul de insatisfacție este cu atât mai intens cu cât absolutizează unul dintre codurile de interpretare a corpului și, mai ales cel estetic, care adesea prevalează asupra oricărui discurs etic. Pentru persoanele care suferă de dismorfofobie, nu se poate iubi un corp care, fiind urât, devine nevrednic și nedemn, pentru că corpul pune în scenă personalitatea.

Totodată, tulburările de natură corporală, adică sentimentul de a fi schimbat, dificultatea sau incapacitatea de a se atribui, de a se referi la propriul psihic și corporalitate, sunt descrise ca părți ale corpului străine, ca membre fantomatice, în timp ce în cele tipic depersonalizante, subiectul se simte străin de el însuși și este convins că nu mai are conștiința de sine.

În acest sens, Jaspers [după 11] a anticipat că conceptul de conștiință a ego-ului presupune conștiința corporală, adică abilitatea de a percepe și unifica într-un cadru de referință semnificativ o serie de senzații care, luate împreună, oferă o reprezentare mentală a corpului nostru și evocă în noi un sentiment al „ființei noastre corporale”.

Rezultă că, într-o dinamică psihologică sănătoasă, *conștiința egoului nu poate fi separată de o percepție a corpului și de un sentiment de identitate.*

Având în vedere faptul că pentru copil cucerirea propriei identități necesită un timp de descoperire și, prin urmare, un timp de așteptare, în acest sens, multe dintre anxietățile trăite de preadolescent se datorează cu siguranță relației pe care acesta o stabilește cu propriul corp, supus la această vârstă la diverse transformări fizice și biologice, simțindu-se într-un corp pe care îl simte străin în măsura în care este ocupat cu construirea unei noi identități, comparativ cu liniștea în care a trăit în copilărie.

În acest context, conștiința de sine tinde să se dezvolte tocmai pornind de la imaginea corporală care acționează ca un „intermediar” în relațiile interpersonale. Autoevaluarea persoanei adoptate este adesea dezechilibrată, este reprodușă obsesiv și recurge la diferențele colegilor. Identitatea ei, în această fază a ciclului de viață, este delegată exteriorului, aparenței, formei corpului, dictate de canoanele modei; ea este angajată în efortul de a găsi o corespondență între sinele ideal și sinele real, găsit în anumite discursuri privind imperfecțiunile somatice și comportamentul de control al creșterii și transformării propriului corp, în special așa-numita verificare în oglindă. Acest considerent conduce la necesitatea de a contextualiza țesătura densă de variabile care influențează nivelul de adaptare psihologică la această vârstă.

Maturizarea fizică și sexuală, mutația proceselor de gândire într-un sens mai abstract, creșterea autonomiei în raport cu contextul familial sunt influențe asupra sistemului de percepție de sine, deoarece modul de a se descrie pe sine se schimbă; apar noi așteptări cu privire la modul în care ceilalți ar trebui să se comporte în raport cu noua identitate, pe măsură ce cineva și-o construiește treptat [14].

Imaginea propriului corp este trăită cu mai multă intensitate tocmai pentru că, în adopție, alături de schimbările fizice radicale, se accentuează capacitatea de introspecție; comparația cu semenii devine mai intensă și fiecare tinde să se compare cu un model ideal. Elemente precum: o greutate mai mică sau, cel mai adesea, mai mare decât cea normală, o dezvoltare musculară slabă, sâni prea mici sau aspecte exterioare precum mărimea și forma nasului sau a urechilor, pot crea un sentiment de inadecvare care îi face să pară „diferiți” de normă și, apoi, descoperă că nu sunt acceptați, se simt inferiori și nefericiți. Această experiență este declanșată în favoarea modelului dorit care îi determină pe adolescenți să acorde o mare importanță aspectului fizic și este firesc că, cu cât corpul contează mai mult, cu atât mai mult timp îi este dedicat pentru a-l îmbunătăți cu toate strategiile disponibile. Autocontrolul constant este asociat cu teama de judecata socială a propriului corp, care, la rândul său, se corelează cu o stare depresivă, adică cu o dispoziție scăzută.

Conceptul de conștiință ego-corp implică conștientizarea existenței unei realități personale și a unei realități externe, ca fiind distincte una de cealaltă, chiar dacă ambele sunt scrise într-un continuum spațiu-timp. Este vorba de recunoașterea propriei subiectivități și a unei anumite unități și continuități a proceselor psiho-fizice care o caracterizează, adică a identității proprii care reprezintă însăși fundamentul activității psihice [18].

La fel, dismorfia ca tulburare perceptuală este una dintre cele mai larg acceptate ipoteze dezvoltate pentru a explica mecanismul patogenetic al dismorfofobiei. Acest model ia în considerare percepția senzorială și constructul de schemă corporală, definind dismorfofobia ca fiind persoana dismorfică care nu poate avea o percepție obiectivă corectă a corpului. În afirmarea faptului că percepția de sine este întotdeauna supusă hetero-percepției, se remarcă rolul modelelor sociale și procesul subiacent de identificare cu acestea. Dismorfofobia, ca tulburare cognitivă, este

generată de o interpretare falsă a propriului aspect, în sensul că schemele mentale despre sine au devenit credințe reiterate, gânduri automate și infailibile [19]. Aceste forme de autoevaluare presupun producerea unor judecăți negative de tipul „sunt indeseiderabil” și sunt declanșate cu ușurință chiar și de un stimul vag și superficial, dar totuși capabil să tragă aceeași concluzie. Caracterul recursiv al modelelor cognitive îi face pe subiecți impenetrabili la invalidarea externă, atât de puternică fiind greutatea judecăților sociale [9].

În acest context, pentru depistarea tulburărilor de imagine corporală, în ultimii ani au fost introduse numeroase instrumente psihometrice, de natură cantitativă, de la teste la chestionare, autoevaluări - toate fiind capabile să măsoare anumite părți ale corpului sau corpul ca întreg [3].

Prima și cea mai importantă tehnică de estimare a formei corporale globale este oglinda distorsionată a lui Traub și Orbach [după 7], unde în sarcinile de estimare a formei corporale, nu sunt oferite termeni de comparație sau elemente vizuale, ci doar utilizarea unei oglinzi, care poate fi ajustată și manipulată de subiect până când imaginea reflectată coincide cu cea reală [16].

Metodele perceptuale de estimare a formei corporale, sunt metode directe și au limitări, astfel încât nu pot fi considerate decât variații ale metodei psihofizice clasice, care nu mai este în uz și are limitări atunci când forma este modificată de către experimentator și ajustată atunci când persoana este cea care o modifică, până când aceasta corespunde formei dorite.

Alte proceduri, mai sofisticate din punct de vedere metodologic, au fost inspirate de metodologia oglinzii deformatoare, bazată din nou pe ipoteza că vederea, judecățile vizuale, reflectă percepția propriului corp și, în consecință, și tulburarea [2].

Cele mai recente tehnici cer subiectului să ajusteze dimensiunea imaginii corpului său prin corectarea distorsiunilor manipulate în diferite direcții, verticale și orizontale, care apar pe un ecran prin utilizarea unui mouse sau a unei tastaturi, până când aceasta coincide cu imaginea sa reală sau ideală. Diferența dintre cele două măsuri constituie indicele individual de insatisfacție corporală.

La fel, există dispozitive tehnologice de cercetare și intervenție în domeniul tulburării imaginii corporale în „sectorul realității virtuale”. Ele constau într-o depășire a condițiilor corporale actuale și o imersiune în cele considerate dezirabile pentru sine, cu implicații asociate cu rezistența la schimbare. Dintre acestea, cele mai recente versiuni sunt *Figure Rating Scale* a lui Thompson, Tantleff și Body și *Image Assessment* a lui Beebe [după 14], în care persoanei dismorfice i se cere să facă mai multe alegeri dintr-o serie de figuri care exprimă dimensiunile: perceptivă, cognitivă, afectivă și ideală ale imaginii corporale [5]. Din punct de vedere tehnic, „persoana trebuie să aleagă dintr-o serie de figuri reprezentând corpul uman, în funcție de o gamă de la subponderabilitate extremă la cea care reprezintă mai bine dimensiunile corpului său”. Aceasta este cunoscută sub numele de utilizarea siluetei.

În aceeași ordine de idei, cele mai cunoscute metode atitudinale din literatura de specialitate sunt chestionarele de autoevaluare care își au originea în contextul psihologiei trăsăturilor și se concentrează pe variabila satisfacție/insatisfacție față de propriul corp sau părți ale acestuia [3].

Chestionarul *Body Checking Questionnaire* [2] se concentrează doar pe componenta comportamentală și în special pe frecvența cu care persoana se angajează în anumite comportamente de control corporal.

La fel, există chestionare care măsoară frecvența gândurilor automate și obsesive sau a anxietății legate de diferite zone corporale și strategii de coping.

O evaluare cuprinzătoare o poate face *Body Image Disturbance Questionnaire* [18] care, aderând la definiția imaginii corporale ca fiind un construct multidimensional, extinde investigația la dificultățile în relații și activități sociale dincolo de funcționarea la locul de muncă.

La fel, în determinarea dismorfofobiei, sunt utilizate și tehnicile proiective.

Desenarea figurii umane sunt teste care au fost, de asemenea, aplicate la analiza experiențelor corporale încă din anii 1950/60 [9]. Ipoteza teoretică de bază era că desenarea figurii umane cu mâna liberă însemna proiectarea propriei imagini corporale.

În special, Fisher și Cleveland [după 11] au propus, cu ajutorul testului său o metodă de măsurare a limitelor corporale, stabile sau fragile, care ar reprezenta un fel de structură de protecție

pentru persoană. Aceste limite, în stilul de viață al individului, sunt legate de identitatea și percepția corporală a propriei persoane și a celorlalți.

Testele ulterioare, cum ar fi *Testul de proeminență corporală* și *Chestionarul de distorsiune corporală* relevă, pe de altă parte, centralitatea asumată de corp la un moment dat pentru subiect și experiențele de schimbare a limitelor corporale [9].

Alte grile de repertoriu explorează semnificațiile personale în ceea ce privește anumite părți corelative ale sinelui, sinele ideal, asemănările sau diferențele individuale dintre sine (elemente ale non-eu) și ceilalți.

În **concluzie**, în baza celor relatate conchidem faptul că în sociogeneză, disconfortul corporal este de natură socială, determinat de influențele și de expunerea la modelele oferite de mass-media, știut fiind faptul că cultura contribuie la modelarea corpului și sugerează moduri de a fi.

Corelat acestora, oglinda, pe lângă funcția de atestare a identității unei persoane este și un dușman insidios atunci când imaginea obiectivă, reală, nu corespunde celei ideale, create de subiect. Prin urmare, relația viscerală dintre corp, aparență, identitate și sentimentul de sine, se destramă cu cât percepția subiectivă prevalează mai mult decât evidența obiectivă. Dea ceea la subiecții cu dismorfofobie, forma este conținutul.

Bibliografie

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. New York: Clarendon Press, 2000.
2. BARR, L.C, Goodman W. K, Price L. H. Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. Buckingham – Philadelphia: Open University Press. 1992.
3. CANSEVER, A., UZUN, O., DONMEZ, E. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. London: Princeton University Press, 2003.
4. CARROLL, D. H., SCAHILL, L., PHILLIPS, K. A. Current concepts in body dysmorphic disorder. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
5. CASTLE, D. J., ROSSEL, S., KYRIOS, M. Body dysmorphic disorder. New York: Clarendon Press, 2006.
6. FACCIO, E. Il disturbo alimentare. Roma: Laterza, 1999.
7. FACCIO, E. Le identità corporee. Milano: Mondadori, 2007.
8. FESTINGER, L. A Theory of Cognitive Dissonance. New York: Clarendon Press, 2012.
9. FESTINGER, L. A Theory of Social Comparison Processes. New York: Clarendon Press, 1954.
10. GALIMBERTI, U. Il corpo. Milano: Cortina, 1983.
11. MORSELLI, E. Sulla dismorfofobia e sulla tafofobia: due forme di pazzia con idee fisse. Torino: Bollati Boringhieri, 1891.
12. MORSELLI, E. Deliri e Diagnosi corporea. Bologna: Il Mullino, 1950.
13. NEZIROGLU, F.A., YARYURA-TOBIAS, J.A. Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. Boston: Beacon Press, 1993.
14. PATTERSON, W.M Body dysmorphic disorder. New York: Clarendon Press, 2001.
15. PERUGI, G. Prevalence, phenomenology, and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. London: Princeton University Press, 1997.
16. PERUGI, G. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). London: Princeton University Press, 1997.
17. PERSICHETTI, P. Chirurgia estetica, corpo e bellezza. Milano: di Comunità, 2012.
18. PHILLIPS, K. A. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
19. PHILLIPS, K. A. The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder. New York: Clarendon Press, 1996.

20. PHILLIPS, K. A. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. New York: Clarendon Press, 2000.
21. PHILLIPS, K. A, MENARD, W., FAY, C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
22. PHILLIPS, K. A. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. New York: Clarendon Press, 2005.
23. SARWER, D.B., CRERAND, C.E. Psychological issues in patient outcomes. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

CZU 37.015.3:54(072)

FEEDBACK-UL CONSTRUCTIV - CA FACTOR DE STIMULARE A MOTIVAȚIEI PENTRU SUCCES ÎN ÎNVĂȚAREA CHIMIEI

Dorina PUTINĂ, doctor în științe ale educației, asistent universitar,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți;

Olga CREȚU, profesor de chimie,
United Charter High School for Advance Math and Science III Brooklyn, New York, USA

***Abstract.** The functionality of constructive feedback is determined by its motivational, stimulating and corrective quality. The data paper aims to synthesize ideas on the value of constructive feedback in the training of students and the fundamental role they play in the training process by streamlining the communication between teacher and student, by clarifying and adapting the message, improving behavior, encouraging and motivating students. Integrating constructive feedback is essential both for strengthening the teacher-student relationship and for streamlining learning, and can be a motivator for success in learning chemistry.*

***Keywords:** communication, chemistry, students, constructive feedback, learning, motivation.*

Datorită complexității problematicei abordate, menționăm că motivația face ca învățarea să se producă și să se autosustină, este generatoare de energie, este raționalizatoare de timp, operează ca factor selector de scopuri și obiective, este raționalizatoare de efort și timp, stimulative pentru reușita/permanența celui care învață, incitatoare pentru noi experiențe de internalizare a valorilor. Acest lucru face ca abordarea factorilor de stimulare a motivației pentru succes în învățarea chimiei să fie considerată un valoros subiect de discuție și cercetare. În acest context un rol aparte îl prezintă feedback-ul constructiv.

Conceptul de feedback, în general a început să fie utilizat în educație în anii 1980. Astfel, în lucrările lui A. Ramaprasad (1983), feedback-ul este definit ca fiind, în cadrul cibernetic, informația produsă de un sistem, care, la rândul ei, influențează funcționarea sistemului. Totodată, feedback-ul a fost definit prin impactul său decât prin conținutul informațional: „Feedback-ul este informația cu privire la diferența dintre nivelul real și nivelul de referință al unui parametru de sistem, care este utilizată pentru a modifica într-un fel situația” [8, p. 4].

În viziunea autorului I. Cerghit (2008), feedback-ul este un tip specific de informație – o informație inversă sau de retur cu un rol bine determinat. În sistemele reglabile și autoreglabile informația inversă permite sistemului să-și modifice anumiți parametri pentru a stabili o stare de echilibru și pentru a continua să funcționeze după standarde prestabilite. Totodată, autorul menționează că feedback-ul constructiv este un element-cheie în componența sistemelor moderne de instruire, în structura oricărei situații educative. [2, 395 p.].

În opinia autorilor J. Hattie și H. Timperley (2007), feedback-ul este furnizarea de informații referitoare la înțelegerea construcțiilor obținute în urma procesului educațional și, în mod polimorf,

se referă la datele ulterioare menite să asiste formabilul la îndeplinirea obiectivelor în procesul de instruire [6, p. 81].

Din perspectiva autorilor P. Black și D. Wiliam (1998), feedback-ul este „orice informație furnizată subiectului unei acțiuni cu privire la performanța sa”. Acesta este formativ dacă profesorul sau elevul îl utilizează pentru a îmbunătăți predarea și/sau învățarea și joacă un rol esențial în formarea abilităților de reflecție ale elevilor [4, p. 53].

Analiza literaturii de specialitate cu referire la subiectul cercetat ne orientează spre ideea că, procesul de oferire și recepționare a feedback-ului este una din cele mai importante activități în procesul de instruire. Astfel, prin intermediul feedback-ului, participanții la un proces de instruire se percep pe ei înșiși prin intermediul comunicării [3, p. 100].

De asemenea, constatăm că feedback-ul are rolul de suport în învățare și motivare a elevilor, ajutându-i să devină mai încrezuți în sine. Astfel, are valență formativă atunci când stimulează elevul să gândească cum să își îmbunătățească rezultatele învățării.

Feedback-ul presupune nu doar prezentarea de către profesor a unor informații strict necesare despre rezultate, ci este și un mijloc prin intermediul căruia le oferă elevilor instrumentele ce vor permite înțelegerea tuturor aspectelor învățării (noționale, metodologice sau socioemoționale). Feedback-ul nu este o informație spontană, el face parte din contextul învățării. Profesorul îl utilizează pentru a lua decizii în ceea ce privește gradul de pregătire a elevilor, în diagnosticarea rezultatelor și remediarea lor. Elevii îl folosesc pentru a monitoriza punctele forte și slabe ale propriilor performanțe, astfel încât aspectele pozitive să fie consolidate, iar cele negative – modificate sau îmbunătățite [1, p. 12].

În vederea oferirii unui feedback constructiv în procesul de instruire la lecțiile de chimie, este esențială cunoașterea caracteristicilor acestui tip de feedback.

Astfel, putem afirma că feedback-ul este mai mult ca un dialog și mai puțin ca o transmitere de informații, nu se referă în mod izolat la unele aspecte ale predării și învățării, nu este un efort doar al profesorului, ci necesită o implicare activă a ambilor actori – profesorul și elevul. Acest fapt este susținut de triada didactică care reprezintă baza oricărui proces educativ și care subliniază interdependența dintre profesor și elev în contextul procesului de instruire. Astfel, abordarea triadei didactice: profesor - elev - proces presupune acel parteneriat dintre profesor și elev în procesul de învățare prin prisma triumphiului evaluării: măsurare - apreciere - decizie.

În acest context, profesorul are rolul de mediator al cunoștințelor, ghidând elevul prin conținut, respectiv și stimulând învățarea activă. Totodată profesorul este responsabil de administrarea evaluării formative, alegând metodele și instrumentele cele mai adecvate pentru a evalua învățarea și progresul elevului. Așadar, profesorul oferă feedback constant, ajutând elevul să identifice punctele slabe, să înțeleagă erorile și să lucreze la îmbunătățirea lor. Bazându-se pe rezultatele evaluării, profesorul poate ajusta conținutul, metodele de predare sau ritmul, asigurându-se că nevoile de învățare ale elevilor sunt satisfăcute. Prin intermediul feedbackului, evaluarea formativă devine un proces dinamic, centrat pe elev, care susține învățarea autentică și dezvoltarea continuă a elevilor.

În același timp, elevul care este participantul activ în acest proces, are responsabilitatea de a asimila, de a reflecta asupra propriei învățări și de a se adapta în funcție de feedbackul primit. Acest fapt, sporește autonomia și responsabilitatea elevului și îi stimulează motivația, având o viziune clară asupra progresului său.

Având la bază teoria lui Fisher D. și Frey N. (2009), care specifică că feedbackul este integrat în etapele de măsurare, apreciere și decizie, totodată menționează că acesta este constituit din câteva componente principale:

- *feed-up* – presupune stabilirea scopului instructiv clar și motivarea elevului de a realiza acest scop;
- *feed-back* - evidențiază răspunsul și reacțiile profesorului la activitatea de învățare a elevilor în corespundere cu obiectivele prestabilite;
- *feed-forward* - reprezintă strategia de îmbunătățire a feedbackului prin care sunt oferite soluții și indicații clare cu privire la modul de soluționare a problemelor în învățare [5].

Prin urmare, componenta de feed-up este focalizată pe scop, feedback-ul – pe dinamica procesului didactic, iar feed-forward-ul se axează pe acțiunile de viitor ale profesorului și elevului în procesul de instruire.

Totodată, feed-up-ul presupune clarificarea aspectelor referitor la procedeele, tehnicile sau instrumentele utilizate pentru măsurarea achizițiilor elevilor și asigură transparența procesului de evaluare, clarificând pentru elevi modul în care performanța lor va fi evaluată. Aceasta contribuie la crearea unui mediu de învățare echitabil, în care fiecare elev înțelege criteriile de evaluare și își poate alinia eforturile în consecință. Accentuăm că este binevenit ca profesorul să acorde o atenție deosebită componentei de feed – up, asigurându-se că elevii înțeleg cum trebuie să realizeze sarcinile de evaluare.

În același timp, racordându-ne la feedback din perspectiva răspunsului și reacției oferite de către profesor, autorii John Hattie și Helen Timperley (2007) identifică mai multe tipuri de feedback în cadrul aprecierii elevilor:

- feedback despre sarcină (*task level*) – indică dacă un răspuns este corect sau greșit și poate oferi sugestii specifice pentru corectare. Elevul primește informații referitor la calitatea sarcinii, prin oferirea răspunsului corect (feedback corectiv direct) sau prin identificarea erorilor (feedback corectiv indirect);

- feedback despre procesul sarcinii (*process level*) – se axează pe procesele și tehnicile pe care le folosește elevul pentru a efectua sarcina, fiind util pentru a ajuta elevii să înțeleagă și să-și îmbunătățească strategiile de rezolvare a problemelor;

- feedback despre auto-reglementare (*self-regulation level*) – vizează capacitățile de autoreglementare ale elevilor, cum ar fi capacitatea de autoevaluare, stabilirea obiectivelor și monitorizarea propriilor progrese;

- feedback despre sinele elevului (*self-level*) – se focusează pe caracteristicile personale care nu au legătură cu performanța sarcinii, dar care se referă la autocunoaștere în baza opiniilor și aprecierilor celorlalți. [6, p.87].

Astfel, prin orientarea pe diversele dimensiuni ale procesului de învățare, feedbackul acționează ca un mecanism esențial pentru ghidarea și motivarea elevilor spre îmbunătățirea performanței lor academice.

Totodată menționăm că, un feedback eficient include strategiile care reduc diferența dintre nivelul real și nivelul așteptat de performanță [7]. Astfel, integrarea sistematică a feedbackului în evaluarea formativă depășește paradigma tradițională a evaluării ca simplă măsurare a performanței, deplasând accentul către o viziune constructivistă, care valorizează învățarea ca proces continuu și interactiv.

În contextul evaluării formative, prin abilitățile cadrului didactic referitoare la feedback acesta: - exprimă posibilitățile de implicare a elevilor în elaborarea instrumentelor de măsurare a achizițiilor; - furnizează feed-up prin explicarea clară a obiectivelor, criteriilor și sarcinilor de evaluare, menținând interesul și motivația elevilor în direcția realizării obiectivelor; - furnizează feedback individualizat, în timp potrivit, combinând diverse tipuri de feedback în funcție de context; - oferă feedback imediat pentru a identifica dificultățile de învățare; - oferă feedback specific și pozitiv, în corespundere cu obiectivele de evaluare; - oferă recomandări specifice în implementarea de către elevi a strategiilor de îmbunătățire a rezultatelor învățării; - furnizează direcții de orientare a elevilor în îmbunătățirea performanțelor și depășirea obstacolelor.

Concluzionând se poate de menționat că conexiunea dintre feed-up, feedback și feed-forward subliniază importanța unei relații simbiotice între profesor și elev în cadrul lecțiilor de chimie, în care ambii actori educaționali au rolurile lor specifice. Astfel, în etapa de măsurare, feed-up-ul este esențial, orientând elevii spre obiectivele învățării și modul de utilizare a instrumentelor de evaluare la această disciplină. Feedbackul este important în etapa de apreciere, profesorul oferind informații specifice despre progresul învățării și aspectele ce necesită îmbunătățire. Prin feedback, elevii sunt încurajați să reflecte asupra propriului proces de învățare, identificând punctele forte și oportunitățile de dezvoltare. Prin feed-forward, profesorul oferă orientări și strategii personalizate în etapa de decizie, facilitând adaptarea procesului de instruire

în funcție de nevoile individuale ale elevilor. Acesta anticipează dificultățile și propune soluții concrete pentru optimizarea învățării chimiei.

Prin urmare, este important ca profesorul să ofere feedback constructiv în activitatea sa pentru a maximiza beneficiile instruirii și a ajuta elevii să atingă obiectivele propuse. În acest context, propunem următoarele strategii de de oferire a feedback-ului constructiv în cadrul lecțiilor de chimie:

- *Adaptarea mesajului la activitățile specifice lecției de chimie* (feedbackul trebuie să fie relevant pentru activitățile practice desfășurate, cum ar fi lucrul în laborator sau rezolvarea problemelor de echilibrare a reacțiilor chimice. De exemplu, dacă elevii realizează o activitate despre pH-ul soluțiilor, feedbackul poate cuprinde observații despre precizia măsurătorilor și înțelegerea conceptului de aciditate și alcalinitate. Acest tip de feedback ajută pe elevi să raporteze teoria la practică, dezvoltându-și competențele de analiză și înțelegere a fenomenelor chimice);

- *Utilizarea unui limbaj clar și adecvat pentru conceptele de chimie* (mesajele de feedback ar trebui să fie simple și precise, fără ambiguități. De exemplu, dacă elevii sunt la începutul studiului reacțiilor redox, este de preferat să se ofere explicații accesibile, cum ar fi „oxidare” în contextul ruginii, înainte de a introduce ecuații chimice complexe. Un limbaj clar ajută elevii să înțeleagă mai bine conceptele fără interpretări greșite și să dezvolte cunoștințele într-un ritm adecvat);

- *Oferirea de feedback specific și detaliat* (profesorul poate sublinia aspectele evidente care au fost realizate corect și cele care solicită atenție suplimentară. În loc de feedback general, cum ar fi „Foarte bine”, se poate spune: „Ai identificat corect reacții și produse, dar asigură-te că echilibrezi toate elementele din ecuație.” Acest feedback clarifică elevii aspectele la care trebuie să fie atenți și îi motivează să lucreze mai atent pentru a-și crește performanțele);

- *Oferirea de feedback obiectiv bazat pe observații concrete* (feedback-ul se bazează pe fapte, nu pe păreri sau impresii personale, fiind o modalitate importantă de a sprijini învățarea elevilor. De exemplu, dacă rezultatele experimentului nu au fost cele așteptate, profesorul poate sugera posibile cauze obiective, cum ar fi temperatura neadecvată sau erorile de măsurare, și poate explica cum se pot corecta acestea pentru rezultate mai exacte);

- *Focalizarea pe comportament sau performanță, nu pe persoana în sine* (abordare pozitivă și respectuoasă față de elevi, aceștia nu sunt criticați. Elevul va înțelege că este vorba despre nevoia de îmbunătățire a abilităților sale, manifestând astfel responsabilitate față de proces și de rezultate. De exemplu, în loc de „Ești dezorganizat”, se poate spune: „Ar fi de ajutor să urmezi pașii experimentului într-o anumită ordine, pentru a-ți organiza mai bine lucrul și a evita pierderile de informație.” Acest mod de a oferi feedback încurajează să îmbunătățească abilitățile, fără să perceapă observațiile ca pe o critică personală).

Prin aplicarea acestor strategii, profesorul poate face ca învățarea chimiei să fie mai eficientă și relevantă pentru elevi, contribuind la stimularea motivației pentru succes în învățarea chimiei.

Sintetizând ideile referitoare la funcționalitatea feedback-ului constructiv în instruirea elevilor, evidențiem că acesta are un rol fundamental în procesul de instruire prin eficientizarea comunicării dintre profesor și elev, prin clarificarea și adaptarea mesajului, îmbunătățirea comportamentului, încurajarea și motivarea elevilor. Astfel, feedback-ul constructiv poate fi considerat un factor de stimulare a motivației pentru succes în învățarea chimiei.

În această ordine de idei, constatăm că integrarea feedback-ului constructiv este esențială atât pentru consolidarea relației dintre profesor și elev cât și pentru eficientizarea învățării, și poate constitui ca factor de stimulare a motivației pentru succes în învățarea chimiei. Prin feedback-ul constructiv, profesorul poate oferi indicații clare privind modalitățile de evaluare, îndrumări specifice, sugestii constructive și sprijin motivațional, toate orientate spre îmbunătățirea continuă a învățării la lecțiile de chimie.

Bibliografie

1. BOTEZATU, V. *Importanța feedback-ului în formarea abilităților de autoevaluare la elevi*. În: Didactica Pro..., Revistă de teorie și practică educațională, nr. 5-6(105-106), 2017, p. 11-15. ISSN 1810-6455.

2. CERGHIT, I. *Sisteme de instruire alternative și complementare. Structuri, stiluri și strategii*. Iași: Polirom, 2008, 395 p. ISBN 9789734610167.
3. ROTARI, E. Utilizarea feedback-ului în instruirea adaptivă. În: *Tradiție și inovare în cercetarea științifică: Mat. Col. Prof., 29 septembrie 2016*. Bălți: Presa Universitară Bălțeană, 2017, vol. 1, p. 99-103. ISBN 978-9975-50-201-6.
4. BLACK P., WILIAM D. Assessment and Classroom learning. In: *Assessment in Education*. Nr. 5, 1998, p. 7-75. [citat 19.09.2024] Disponibil: DOI: 10.1080/0969595980050102
5. FISHER D., FREY N. Feed Up, Back, Forward. In: *Educational Leadership*. V.67 (3), 2009, p. 21-25. ISSN-0013-1784.
6. HATTIE, J., TIMPERLEY, H. The Power of Feedback. In: *Review of Educational Research*, 77(1), 2007, p. 81-112. ISSN 0034-6543. [citat 02.10.2024] Disponibil: DOI: 10.3102/003465430298487
7. PRICE M., HANDLEY K., MILLAR J. Feedback: all that effort, but what is the effect? In: *Assessment & Evaluation in Higher Education* Vol. 35, No. 3, May 2010, 277–289. ISSN 0260-2938. [citat 01.10.2024] Disponibil: DOI: 10.1080/02602930903541007
8. RAMAPRASAD A. On the Definition of Feedback. In: *Behavioural Science*. Nr. 28, 1983, pp. 4-13. [citat 19.09.2024] Disponibil: DOI: 10.1002/bs.3830280103

CZU 159.963.37:377.3

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАВШИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

Элеонора БАБИЙ, студент-аспирант I курс,
Молдавский Государственный Университет
Жанна РАКУ, доктор конф.унив.,
Молдавский Государственный Университет

***Abstract.** This article will describe the terminology and etiology of ASD (autism spectrum disorder) and the characteristics of the emotional sphere of parents who are raising children with autism spectrum disorder and difficulties. Being at the stage of parenthood, parents experience experiences before a new life period, but when a child, during growth and development, exhibits atypical behavior, ritual actions and symptoms similar to autistic disorder, parents' anxiety, worry and frustration increase. Patterns that influence relationships between spouses and the impact of a child's diagnosis on the well-being of marital and family life will be described. The article includes official data on the increase in the incidence of ASD and the identification of an official diagnosis in children. The research focuses specifically on children, but here we look at the impact of ASD on parents. Parents raising special needs children may experience increased levels of depression and frustration, and increased irritation and feelings of guilt towards each other.*

***Key words:** autism, parents, relationships, emotional sphere, education.*

Введение

РАС (Расстройство аутистического спектра) – это расстройство психики, диагностируемое у детей в раннем возрасте (от 2,5 до 3-х лет). Но имеются и исключения, когда первые симптомы начинают проявляться от 1,5 лет, при этом ребёнок может быть абсолютно здоров физически. Согласно DSM VI аутизм – это расстройство, возникающее вследствие развития головного мозга и характеризующееся выраженным всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами. Ребёнок может повторять огромное количество раз одно и то же действие. Всё симптомы и признаки наблюдаются в возрасте трёх лет.

1.1 История термина “аутизм”

Первооткрывателем терминологии “аутизм” является швейцарский психиатр Э. Блейер (1908-1912 года), что значит от греческого “autos” – “сам”). Первоначально данная терминология относилась к шизофреническому расстройству у взрослых. В РАС входит четыре “А”, а именно: снижение аффекта, нарушение ассоциаций, амбивалентность и аутизм. [9, 176-177] Позднее, Лео Каннер описал РАС как “инфантильный аутизм”, т.е. такие дети “самостоятельны”, “самодостаточны” и “живут в собственном мире”. Каннер упомянул, что аутизм – это расстройство, которое было вызвано плохим воспитанием, где матери не проявляли любви, нежности и ласки к детям. Однако, наблюдая за многодетными семьями, где присутствовал ребёнок с диагнозом РАС – Лео Каннер отказался от идеи “холодной матери”.

На сегодняшний день диагноз РАС, как утверждает Р.Шрамм, является загадочным явлением и расстройством неизвестной этиологии. Кроме как генетические причины, другие провокаторы и паттерны не обнаружены. У диагноза аутизм не было даже наименования и он не был утверждён как самостоятельное полноценное расстройство (или группа расстройств, так как аутизм может идти так и самостоятельно, так и с другими расстройствами). [3, 20-21]

1.2. Аутизм в современности

Американская Психиатрическая Ассоциация утверждает, что РАС – это сложное состояние психическое состояние, при котором ребёнок испытывает трудности во взаимодействии с окружающими его людьми (семья и сверстники), отсутствие или затруднения в развитии речевого аппарата, невербального общения и поведение, сопровождающееся постоянными ритуалами. Родительское отношение к диагнозу ребёнка напрямую влияет на отношения в семье, так между супругами, так и отношение каждого супруга к ребёнку (Schopler E., Mesibov G. DeMyer M). Для того, чтобы предотвратить негативные последствия и влияние РАС на взаимоотношения в семье, авторы предлагают проводить специальные терапевтические тренинги и заниматься психопросвещением родителей; то, что РАС – не является приговором и если диагноз будет выявлен как можно раньше, то с помощью терапии и дополнительных занятий можно добиться положительной динамики в развитии ребёнка; и в обязательном порядке любить, поддерживать и быть рядом с ребёнком. [1, 70]

Согласно данным ВОЗ, примерно 1% - это люди, у которых было диагностировано РАС, а в Республике Молдова – это 496 детей и с каждым годом количество детей, попадающих в группу риска увеличивается. Многие из детей, у которых есть особенности в поведении и РАС не диагностируются правильным образом и родители в большинстве случаев отказываются признавать диагноз своего ребёнка, настаивая на другом диагнозе: остановка в развитии, умственную отсталость и другие расстройства. [2, 32]

Сильвия Врабие, описавшая специфику общения детей с РАС отметила, что у таких детей есть проблемы с общением и выражения собственных желаний и мотивов. Они словно находятся в “собственной вселенной” и поэтому родители должны проявлять усилия для того, чтобы понять тонкие чувства, желания и потребности ребёнка. [4,36]

Из-за того, что РАС обрёл свою известность, очень много молодых родителей подозревает у своих детей РАС при проявлении одного из вышеперечисленных симптомов у ребёнка. Родительство и воспитание – это абсолютно новый этап в жизни каждой семьи и новой ячейки общества. При рождении и воспитании норматипичного ребёнка могут возникнуть трудности и переживания, а если у ребёнка проявляются симптомы РАС, то психоэмоциональное состояние родителей значительно усугубляется, так как этиология данного расстройства еще не изучена и оба родителя испытывают фрустрацию и ощущение безысходности. Вследствие того, что у ребёнка диагностируют РАС, то обстановка в семье может значительно ухудшиться в силу преобладания тревожности, фрустрации, которая с высокой вероятностью перерастёт в депрессию.

1.3 Самоощущение и самочувствие родителей детей, воспитывающих детей с РАС

Родители, которые воспитывают ребёнка с РАС входят в группу риска по развитию психических, неврологических расстройств и ухудшению социальной адаптации. Закрывая от социума и риск развития психических расстройств (тревожное расстройство, депрессия и апатия) влечёт за собой незнание и неподготовленность родителей к принятию особенностей своего ребёнка и его диагноза. Также повышается синдром эмоционального выгорания у родителей. Из-за всех вышеперечисленных симптомов в семье взаимоотношения между супругами может значительно испортиться, если не работать над принятием особенностей своего ребёнка и над проработкой психического состояния отца и матери. [8, с 122]

Родительское эмоциональное выгорание также гораздо тем, что между супругами может проявляться агрессия и проявиться хроническая усталость, которая негативным образом влияет на воспитание ребёнка (не только с РАС, но и норматипичных детей). Агрессия, раздражение и измотанность центральной нервной системы напрямую негативным образом влияет на самочувствие ребёнка и его ощущение безопасности. При пребывании в семье с агрессивными, тревожными родителями, и без должного вмешательства со стороны врачей и терапевтов симптомы расстройства аутистического спектра с течением времени начнут усугубляться. [11, 1]

О. Никольская утверждает, что у родителей ярко выражено чувство фрустрации и безысходности, потому что они не осведомлены о том, что такое аутизм и аутистическое расстройство. Именно поэтому рекомендуется проводить психотерапевтические тренинги и психопросвещения для родителей, которые воспитывают детей. Также О. Никольская говорит о ранимости супругов и повышенной тревожности, так как они не знают как себя вести и как принять особенности своего ребенка. [8,7]

Босенко Ю в своем исследовании сделала вывод исходя из статистических данных, что семьи, в которых воспитываются дети с РАС преобладает низкий уровень уверенности, самоотношения и саморуководства, а чувство вины имеют высокие показатели. Присутствует склонность обвинять самих себя и друг друга за какие-то поступки и провинности. [5, 10]

В семьях, где ребёнок воспитывается с диагнозом РАС, родители отказываются брать на себя ответственность, осознание и принятие диагноза своего ребёнка, потому что считают аутизм – чем-то извне, то есть то, чего они не знают и это к ним не относится. [6, 115 // 7, 24] а также, опираясь на статистические результаты исследования Шабановой Е, то в таких семьях мама играет роль психотерапевта в семье, а отец имеет эмоциональную авторитетность. [10, 54-55]

Вывод

Для обоих родителей РАС – это настоящее испытание, которое требует много терпения, усилий и сплочённости для того, чтобы ребёнок со временем приобретал все навыки общения и возможности социализироваться. Как факт, большинство исследований направлено на коррекцию, лечение и терапию детей с РАС, но мало кто исследует особенности эмоциональной сферы родителей, как семьи и как ячейку общества, трудности в семейной жизни и принятии особенности подрастающего ребёнка. Из-за того, что родители не осведомлены о диагнозе и происходит колоссальная перемена в жизни семьи. Самое главное для развития ребёнка – это доверительные отношения и взаимопонимание между супругами, которые готовы лечить своего ребёнка сплоченно и приложить усилия для его успешной социализации.

Библиография

1. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic criteria for 299.00 Autistic Disorder. (DSM-IV-TR), USA, Washington, DC, 2000.
2. GHID Metodologic. Incluziunea educațională a copiilor cu Tulburări din Spectrul Autist, RM, Chișinău, 2007.

3. Schramm R. Educate Toward Recovery: Turning the Tables on Autism pro-ABA.. USA, California. 2006
4. Vrabie S. Specificul tulburărilor de limbaj a copiilor cu autism și a modalităților de recuperare a acestora. Chișinău, Moldova, 2015.
5. Босенко Ю, Особенности взаимосвязи родительского отношения и самоотношения родителей, воспитывающих детей с аутизмом. Г, Краснодар, 2021 г.
6. Высотина Т.Н. Личностные особенности родителей, воспитывающих детей со сложными нарушениями психического развития, СпбГУ, 2011г
7. Конева И. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих дете с расстройствами аутистического спектра, и их коррекция, г. Нижний Новгород, 2015 г.
8. Никольская И.М. Клиническая психология семьи. Г. Москва, 2005г.
9. Садуакасова К, Енсебаева Л. Аутизм. История развития. Казахстан, 2015 г,
10. Шабанова Е. Внутрисемейное функционирование и психологические защиты родителей, воспитывающих ребёнка с расстройством аутистического спектра. Г. Санкт-Петербург, 2014г.
11. <https://snob.ru/moskva-i-moskvichi/mamina-radost-prichiny-i-stadii-roditelskogo-vygoraniya/>

CZU 159.922-053.8

STAREA DE BINE LA ADULȚI: PARTICULARITĂȚI ȘI PERSPECTIVE DE OPTIMIZARE

Iulia RACU, profesor universitar, doctor habilitat,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
Elena SOROCHIN, doctorandă
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Abstract. *The article presents the conceptualization of well-being through the three distinct approaches. It also describes the specific of well-being in adults, as a result of constative experiment involving 80 adults. Thus, a small number of adults demonstrate high level of well-being. Adults with a high level of well-being demonstrate high level of life satisfaction and optimism. Concrete personality traits found in adults with high level of well-being include sociability, a calm character and extraversion. Well-being in adults can be developed. The psychotherapy model proposed by M. Fordyce in an example in this regard.*

Keywords: *well-being, personality traits, adults, ways of optimization*

În deceniul în care trăim evidențiem un număr tot mai mare de cercetări cu referire la starea de bine. Interesul sporit pentru această temă reiese din multitudinea de schimbări pe care le traversează societatea contemporană: impactul pandemiei de Covid-19 și restricțiile impuse de aceasta a determinat o criză globală la nivelul bunăstării, ritmul accelerat al vieții, responsabilitățile numeroase, nivelul ridicat de stres afectează starea de sănătate fizică, mentală a individului precum și calitatea vieții acestuia.

Actualmente despre starea de bine se menționează în diferite domenii și aspecte: organizații, domeniul educației și în contextul dezvoltării personale. Cele mai multe studii evidențiază relația dintre starea de bine și sănătate (atât cea fizică cât și cea psihică), starea de bine și performanță / productivitate / satisfacție profesională și starea de bine și calitatea vieții [1, 3, 5, 6, 7].

Studiul literaturii din domeniul psihologiei reflectă că pe parcursul evoluției „starea de bine” a fost abordată din mai multe perspective. Astfel, psihologul american E. Diener pune în evidență următoarele accepțiuni și explicații: *prima abordare* starea de bine (sau fericirea) este

o virtute sau o calitate morală esențială (Aristotel) ce este condiționată de împlinirea propriului potențial, în acest sens starea de bine este considerată a fi o stare stabilă și permanentă care este experimentată atunci când individul dă dovadă de acțiuni virtuozitate, comportamente morale și o viață trăită cu sens. Totodată, după M. Seligman starea de bine poate fi conceptualizată dintr-o perspectivă holistică ca un „kit” de calități / trăsături dorite (emoții pozitive, angajament, relații armonioase, etc.) ce favorizează o viață completă și împlinită [3, 5, 6, 7].

O altă abordare a stării de bine este cea oferită de E. Diener, R. Emmons, R. Larsen și S. Griffin în care aceasta este privită ca satisfacție de viață, care de fapt este o reflectare subiectivă (percepția și evaluarea) a diferitor sfere ale propriei vieți (sănătatea, realizările personale și viața profesională). Satisfacția de viață este în legătură cu factorii și circumstanțele exterioare cât și interioare. De asemenea vom menționa că îmbunătățirea satisfacției de viață contribuie și la o calitate a vieții mai înaltă [1, 3, 5, 6, 7].

Și *cea de-a treia perspectivă*, propusă de B. Fredrickson și E. Diener care este considerată a fi una importantă cu referire la starea de bine punctează că aceasta este o predominanță a afectelor pozitive (dragoste, bucurie, entuziasm, speranță, recunoștință) asupra celor negative (anxietate, dezamăgire, furie, tristețe, mânie). Este necesar să menționăm că nu lipsa suferinței și a emoțiilor negative condiționează fericirea ci mai degrabă prezența constantă și puternică a emoțiilor pozitive (a bucuriei și recunoștinței) duc la o viață fericită și împlinită [1, 3, 6].

O definiție integrativă a stării de bine prezintă starea de bine ca un concept multidimensional ce cuprinde următoarele dimensiuni: emoții pozitive, satisfacția de viață, realizarea personală și profesională, precum și lipsa problemelor mentale. Starea de bine este ilustrată ca o stare în care indivizii se simt sănătoși, împliniți și capabili de a depăși provocările și obstacolele. Vom menționa aici că starea de bine încorporează sănătatea fizică și calitatea relațiilor sociale, acestea fiind aspecte obiective și fericirea și satisfacția, care sunt aspecte subiective.

Pentru a putea evidenția particularitățile stării de bine la adulți am întreprins o cercetare a stării de bine și a interrelațiilor dintre starea de bine și trăsăturile de personalitate la aceștia. În eșantionul de cercetare am inclus un număr de 80 de adulți (41 bărbați și 39 femei). A fost posibil să studiem starea de bine și trăsăturile de personalitate prin aplicarea pe eșantionul de cercetare a următoarelor teste și chestionare: *Chestionarul de evaluare a stării de bine Oxford*, *Scala satisfacției de viață*, *Chestionarul de evaluare a optimismului OPT* de M. Albu și *Inventarul de personalitate Freiburg (forma HB)* [4].

Întâi de toate vom ilustra frecvențele pentru nivelurile stării de bine la adulți (nivelul moderat și nivelul ridicat conform *Chestionarului de evaluare a stării de bine Oxford*) (figura 1).

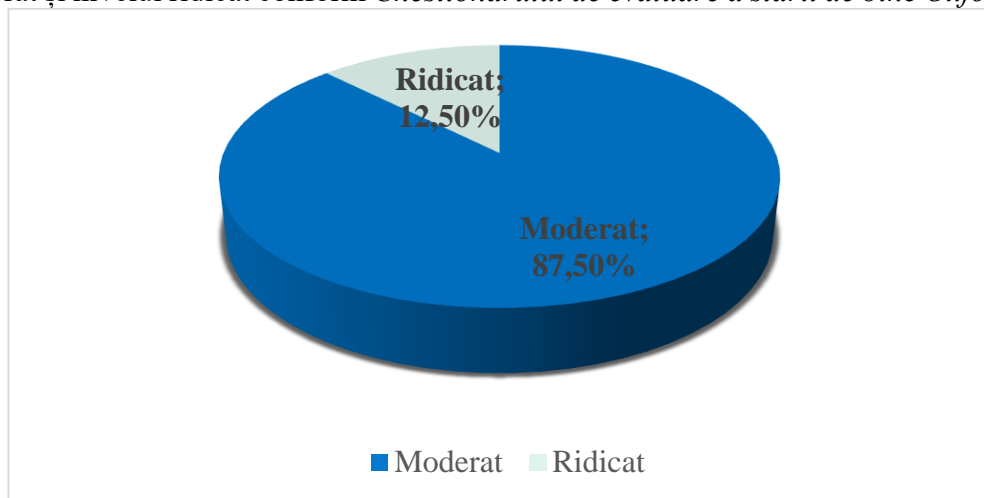


Figura 1. Frecvențele adulților pentru starea de bine

Cei mai mulți adulți din eșantionul de cercetare (87,50%) manifestă nivel moderat al stării de bine. Acești adulți evaluează viața în manieră neutră. Recurent experimentează satisfacție de

propria viață și fericire, dar totodată pentru ei sunt particulare stări de suferință și disconfort, care nu ajung să prevaleze [4].

Un număr mic din adulți (12,50%) prezintă nivelul ridicat al stării de bine. Adulții cu nivel ridicat al stării de bine dau dovadă de sentimente și atitudini predominant pozitive, se caracterizează prin relații armonioase și afectuoase cu cei din jur și satisfacție față de viață ridicată. Pentru acești adulți este definitoriu un nivel general de împlinire personală, optimism și bucurie [4]. Pentru a confirma cele menționate am aplicat pe adulți *Scala satisfacției de viață* și *Chestionarul de evaluare a optimismului OPT de M. Albu*. Frecvențele pentru satisfacția de viață la adulți se repartizează conform următoarelor nivele: 33,75% din adulți – nivel scăzut de satisfacție de viață, 42,50% din adulți – nivel moderat de satisfacție de viață și 23,75% din adulți – nivel foarte ridicat de satisfacție de viață. Cu referire la optimism vom prezenta următoarele frecvențe: 12% din adulți – nivel redus de optimism, cu tendință spre pesimism, 73% din adulți nivel moderat de optimism și 15% din adulți – nivel ridicat de optimism.

Interrelațiile dintre starea de bine și satisfacția de viață și starea de bine și optimism au fost evidențiate prin calculul coeficienților de corelație (Pearson) (tabelul 1).

Tabelul 1. Corelațiile dintre starea de bine și satisfacția de viață și starea de bine și optimism după Pearson

<i>Variabile</i>	<i>Coeficientul de corelație</i>	<i>Pragul de semnificații</i>
Starea de bine / satisfacția de viață	r= 0,3947	p≤0,01
Starea de bine / optimism	r= 0, 4732	p≤0,01

Conform coeficienților obținuți vom menționa că există o legătură între starea de bine și satisfacția de viață (r=0,3947, p≤0,01) și starea de bine și optimism (r=0,4732, p≤0,01). Influențele între starea de bine și satisfacția de viață și optimism sunt reciproce și complexe. Adulții cu nivel ridicat al stării de bine demonstrează și nivel înalt al satisfacției de viață și a optimismului.

Împreună cu starea de bine, satisfacția de viață și optimism am investigat și trăsăturile de personalitate la adulți (*Inventarul de personalitate Freiburg (forma HB)*). Mediile adulților cu nivel ridicat al stării de bine pentru trăsăturile de personalitate sunt înfățișate în figura 2.

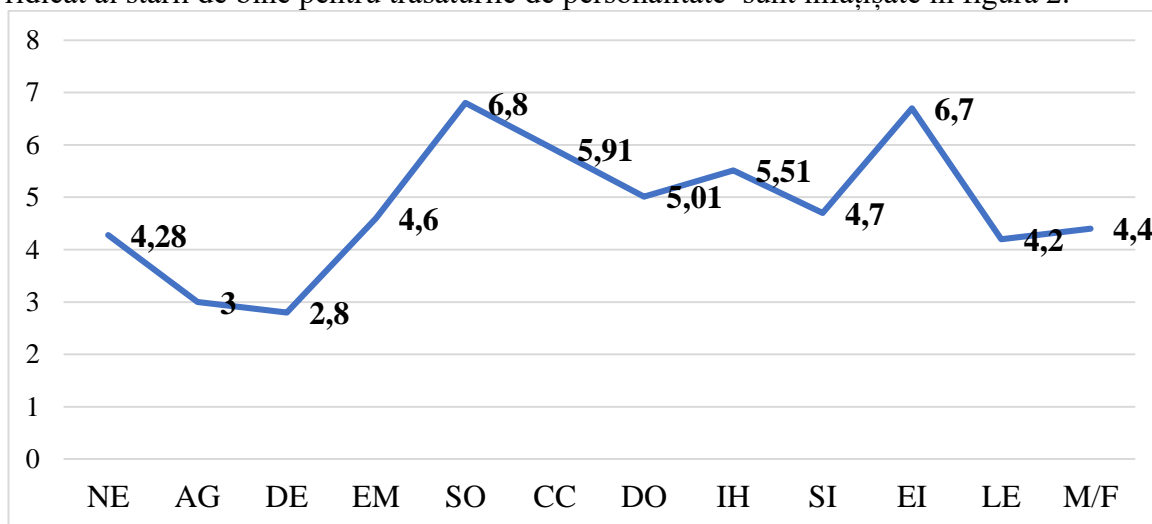


Figura 2. Profilul de personalitate a adulților cu nivel ridicat al stării de bine

Analiza mediilor pentru trăsăturile de personalitate din figura de mai sus ne permite să menționăm că adulții cu nivel ridicat al stării de bine prezintă *medii mici pentru nevrozitate (4,28 u.m.), agresivitate (3 u.m.) și depresie (2,8 u.m.)* și *medii mari pentru sociabilitate (6,8 u.m.), caracter calm (5,91 u.m.) și extraversiune (6,7 u.m.)* [4].

Presupunem că starea de bine corelează cu anumite trăsături de personalitate, astfel în acest sens am realizat calculul coeficienților de corelație (Pearson) (tabelul 2)

Tabelul 2. Corelațiile dintre starea de bine și trăsăturile de personalitate după Pearson

<i>Variabile</i>	<i>Coeficientul de corelație</i>	<i>Pragul de semnificații</i>
Stare de bine / Emotivitate	$r=-0,3227$	$p\leq 0,01$
Stare de bine / Sociabilitate	$r= 0,4528$	$p\leq 0,01$
Stare de bine / Caracter calm	$r=0,4595$	$p\leq 0,01$
Stare de bine / Fire deschisă	$r=0,5223$	$p\leq 0,01$
Stare de bine / Extraversiune	$r= 0,6602$	$p\leq 0,01$

Tabelul 2 evidențiază prezența interrelațiilor dintre starea de bine și emotivitate ($r=-0,3227$, $p\leq 0,01$), sociabilitate ($r=0,4528$, $p\leq 0,01$), caracter calm ($r=0,4595$, $p\leq 0,01$), fire deschisă ($0,5223$, $p\leq 0,01$) și extraversiune ($r=0,6602$, $p\leq 0,01$).

O constatare relevantă cercetării noastre este că adulții cu nivel ridicat al stării de bine prezintă următoarele trăsături de personalitate: impulsivitate redusă, calmitate, stăpânire emoțională, răbdare, optimism, energie, spirit autocritic, capacitate de a recunoaște propriile slăbiciuni și defecte. Acești adulți demonstrează încredere în sine, atitudine dezinvoltă, degajare, voicivune și sociabilitate (leagă ușor și repede prietenii și are un cerc mare de cunoștințe).

Abordările explicative ale stării de bine evidențiază faptul că starea de bine poate fi dezvoltată și consolidată. Rezultatele cercetării de constatare (un număr mic de adulți cu nivel ridicat al stării de bine) ne-a determinat să analizăm literatura de psihologie în vederea descoperirii perspectivelor / modelelor prin care starea de bine la adulți poate fi dezvoltată.

Un model în acest sens este modelul terapiei stării de bine elaborat de psihologul american M. Fordyce [3]. M. Fordyce consideră că starea de bine este determinată într-o anumită măsură de anumite calități ale persoanei, de alegerile pe care le face sau de atitudini care pot fi modificate prin învățare, atunci conform psihologului există posibilitatea ca starea de bine să fie educată și învățată. Modelul terapiei stării de bine propus de M. Fordyce constă în implementarea unor principii psihologice care ajută oamenii să experimenteze mai multe emoții pozitive, mai multă satisfacție de viață și o bucurie generală mai mare.

Principiile / tehnicile esențiale ale modelului terapiei pentru starea de bine de M. Fordyce cuprind următoarele:

1. *Activismul*. Starea de bine poate fi îmbunătățită prin implicarea adulților în activități plăcute, noi și antrenante. Este important ca activitățile să fie selectate în corespundere cu valorile și scopurile adulților.
2. *Socializarea*. Studiile evidențiază că adulții care sunt mulțumiți de propria viață, de regulă au relații sociale armonioase. În acest sens sunt binevenite construirea și menținerea relațiilor sociale (formale și informale) sănătoase, solide și durabile în care să existe sprijin emoțional și social.
3. *Productivitatea și semnificația*. Relevantă pentru starea de bine este selecția carierei și productivitatea la locul de muncă. Astfel capacitatea adultului de a găsi în munca pe care o desfășoară satisfacție personală și sentimente de realizare favorizează starea de bine.
4. *Organizarea bună a activităților*. Adulții sunt învățați strategii de management al timpului.
5. *Încetarea îngrijorării*. Binevenite sunt tehnicile (substituirea gândurilor sau monitorizarea mentală) prin care adulții să-și poată controla gândurile negative.
6. *Diminuarea expectanțelor și aspirațiilor*. Recomandări importante pentru adulți sunt moderarea propriilor așteptări, întrucât cercetările evidențiază o legătură între așteptările mai modeste în ceea ce privește evenimentele de zi cu zi și nivel înalt al stării de bine.

7. *Dezvoltarea unui stil de gândire optimism și pozitiv.*
8. *Orientarea către prezent.* Este binevenită orientarea adultului către prezent și dezvoltarea capacității de a se bucura maximal de fiecare zi.
9. *Preocuparea pentru a-ți construi o personalitate sănătoasă.* Învățarea abilităților de autocunoaștere, acceptare și autoajutorare prin dezvoltarea abilităților de introspecție, relații sociale, încredere, etc. sunt importante.
10. *Dezvoltarea unei atitudini prietenoase cu cei din jur.* Adulții sunt ajutați să înțeleagă utilitatea interacțiunilor sociale, a deschiderii către ceilalți prin diverse comportamente care le pot spori contactele sociale.
11. *Autenticitatea.* O tendință spre sinceritate, onestitate, deschidere favorizează un nivel sporit al stării de bine.
12. *Eliminarea problemelor și a sentimentelor negative.*
13. *Relații apropiate sunt extrem de importante.* Se accentuează efectul benefic și pozitiv mai ales al relațiilor maritale romantice, distingându-le pe cele nevrotice și disfuncționale.
14. *Valorizarea stării de bine psihologice.* Adulții cei mai fericiți par a atribui multă valoare stării de bine subiective și o situează în vârful listei lor de valori [3].

În concluzii pentru cele evidențiate în articol vom formula următoarele consemnări importante: la nivel global crește interesul pentru sănătatea mintală, starea de bine și caracteristicile care fac indivizii și comunitățile să se dezvolte armonios și să prospere.

Cercetarea stării de bine la adulți pune în lumină faptul că un număr mic de adulți prezintă nivel ridicat al stării de bine (12,50%). Starea de bine la adulți corelează cu satisfacția de viață și optimismul. Adulții cu nivel ridicat al stării de bine prezintă sociabilitate, caracter calm și extraversiune.

Starea de bine la adulți poate fi educată și învățată. Modelul terapiei pentru starea de bine propus de M. Fordyce este un exemplu în acest sens.

Bibliografie

1. ARGYLE, M. *Psihologia fericirii*. București: Ideea europeană. ISBN 978-606-594-622-4. 470 p.
2. DEB, D. *Cum ne recăpătăm starea de bine, conectare și siguranță. 50 de practici polivagale pentru corp și minte*. București: Herald 2023. ISBN 978-973-111-985-4.
3. MUNTELE HENDREȘ, D. *Starea subiectivă de bine. Consolidarea ei prin acțiuni psihologice*. Iași: Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. 2009. 393 p. ISBN 978-973-346-8
4. RACU, Iu., SOROCHIN, E. *Starea de bine și trăsăturile de personalitate la adulți. În: Știință și educație: Materialele conferinței științifice internaționale*. Chișinău: CEP UPS „Ion Creangă”. 2024. p. 174 – 178. ISBN 978-9975-46-944-9.
1. SIEGEL, D. *Neuroștiința fericirii. Dezvoltarea conștientă a creierului către armonie și integrare*. București: Herald. 2021. 445p. ISBN 978-973-111-923.
2. SZENTAGOTAI-TĂTAR, A. DAVID, D. *Tratat de psihologie pozitivă*. Iași: Polirom. 2017. 339 p. ISBN 978-973-46-6234-0.

Notă: Articolul este elaborat în cadrul subproiectului *Mecanisme psihologice de promovare a stării de bine în sistemul educațional, MPPSSE 040112*

CZU 159.923.2-057.87

СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ И СУБЪЕКТИВНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ

Диана РОЩУПКИНА, университетский ассистент, докторантка,
Международный Независимый Университет Молдовы

Abstract. *Psychological well-being is a multidimensional concept focusing on various aspects of positive psychological functioning. Unlike the traditional approach, which emphasizes the absence of illness, psychological well-being highlights the presence of positive states and qualities. These include a positive self-assessment, a sense of continuous growth, belief in the meaning of life, quality relationships, life management, and self-determination. Social identity plays a key role in this context, providing a sense of belonging, stress protection, and support for psychological well-being. The interaction between an individual and the social environment shapes social identity, influencing self-understanding and the individual's place in society.*

Keywords: *psychological well-being, social identity, self-understanding, positive psychology, interpersonal relationships.*

Психологическое благополучие представляет собой многомерную концепцию, включающую в себя различные аспекты позитивного психологического функционирования. В отличие от традиционного подхода, который определяет психическое здоровье как отсутствие болезней, психологическое благополучие акцентирует внимание на присутствии позитивных состояний и качеств.

Психологическое благополучие включает шесть взаимосвязанных психологических измерений: позитивная оценка себя, чувство непрерывного роста и развития, вера в то, что жизнь имеет цель и смысл, наличие качественных отношений с другими, способность эффективно управлять своей жизнью и чувство самодетерминации [30].

Можно сказать, что наиболее часто используемыми концепциями, связанными с психическим благополучием, являются психологическое благополучие, субъективное благополучие и социальное благополучие. Психологическое благополучие определяется как управление экзистенциальными вызовами в жизни, такими как установление здоровых отношений с другими, движение к поставленным целям и личностное развитие [16].

Субъективное благополучие основывается на целостной положительной субъективной оценке. Положительные и отрицательные аффекты определяются как эмоциональная оценка, а измерение удовлетворенности жизнью определяется как когнитивная оценка [8]. Многие факторы, такие как благосостояние, возраст и состояние здоровья, играют важную роль в субъективном благополучии [9]. В научной литературе социальные отношения [19], черты личности [23] и идентичность [1] связаны с благополучием. Эти переменные, связанные с идентичностью, могут быть перечислены как статусы идентичности, измерения идентичности [18] или стили идентичности [29].

Идентичность можно рассматривать как субъективное ощущение личной сопричастности и непрерывности, в котором множество аспектов «Я», таких как внешность, темперамент и способности, объединяются с выбранными ролями, профессиями и отношениями. Однако даже беглое наблюдение за человеческим поведением показывает, что помимо индивидуальной концепции личной идентичности существует коллективная или социальная идентичность, к которой люди эмоционально привязаны и которую стремятся сохранять [6]. Эти социальные идентичности - будь то этнические, национальные, религиозные или профессиональные - смещают фокус с характеристик, которые нас отличают от других, и направляют его на восприятие себя как взаимозаменяемого представителя какой-то социальной категории. Социальная идентичность помогает людям видеть смысл жизни, ощущать принадлежность к сообществу, лучше контролировать себя, защищаться от страха смерти и сохранять определённую уникальность. Социальная идентичность связана с общим психологическим благополучием, включающим улучшение самооценки, удовлетворённость жизнью, снижение депрессии, тревожности и стресса [22].

В литературе существуют и другие мнения относительно социальной идентичности. Например, это то, как другие люди воспринимают человека на основе широких социальных категорий, таких как возраст, профессия или этническая принадлежность. А. В. Микляева

и П. В. Румянцева рассматривают социальную идентичность как феномен, связанный с осознанием личностью своей принадлежности к различным социальным группам, в которые человек включается в ходе своей жизнедеятельности. Г.М. Андреева, М.В. Заковоротная и В.А. Ядов рассматривают структуру концепции «Я» индивида, выделяя личностную (персональную) и социальную идентичности. Они отмечают, что социальная идентичность формируется в контексте взаимодействия между группами. Важно отличать «социальную идентичность» от «социальной идентификации», поскольку эти понятия тесно связаны, но имеют различные сущностные аспекты. М.В. Заковоротная подчёркивает, что идентичность включает разнообразные аспекты личности, в то время как идентификация описывает эти аспекты. Идентичность представляет собой результат и защиту самого себя, в то время как идентификация – это процесс выбора и приспособления к нормам, традициям и установкам. Следовательно, на каждом уровне описание процесса идентификации предшествует осмыслению идентичности. В.Н. Павленко, Н.Н. Корж и Т.С. Баранова определяют социальную идентичность как результат процесса социальной идентификации, где под последней понимается определение себя через членство в социальной группе.

Современные исследования также выявили временные аспекты социальной идентичности, подчёркивая, что потребность в положительном образе своей группы заставляет человека анализировать свою принадлежность к различным группам не только в настоящем, но и в прошлом, а также планировать свою будущую идентичность [по 33].

Множество исследований направлено на изучение взаимосвязи между идентичностью и благополучием, акцентируя внимание на прямых и косвенных эффектах. Так, было установлено, что существует связь между идентичностью и благополучием [3], что профессиональная идентичность, рассматриваемая как более общее понятие, чем личная и социальная принадлежность, оказывает влияние на общее психологическое благополучие [4]. В исследованиях, занимающихся косвенными эффектами, изучалась роль мультикультурного усвоения между социальной идентичностью и благополучием, а также влияние добровольного участия в группе на благополучие через идентификацию с социальным сообществом [5]. В другом исследовании о косвенных эффектах было установлено, что согласованность самоконцепции и самоофективности играют посредническую роль в отношениях между конфигурациями мультикультурной идентичности и благополучием [24]. Также результаты некоторых исследований выявили, что согласованность убеждений, чувств, ценностей и целей человека, удовлетворение потребностей в одобрении и восхищении, а также чувство принадлежности к группе способствуют улучшению психического здоровья [4]. В этом случае можно предположить, что высокая личная, социальная и коллективная идентичность будут играть важную роль в повышении общего благополучия личности.

Социальные идентичности могут защищать наше благополучие через три основные переменные: социальную идентификацию, множественные идентичности и совместимость множественных идентичностей. Социальная идентификация означает, насколько сильно человек чувствует себя частью определенной группы. Множественные идентичности отражают восприятие людьми своей принадлежности к различным социальным группам [15]. Совместимость множественных идентичностей указывает на то, насколько хорошо совместимыми человек считает свои разные членства в группах [14].

Положительное влияние социальной идентичности на благополучие становится все более признанным и называется «социальным целительством» [15]. Например, исследования показывают, что участие и ощущение себя частью какой-либо группы напрямую связано с уменьшением уровня депрессии [26], а также с лучшим здоровьем в рабочих условиях [28]. Кроме того, социальная идентичность помогает защититься от негативных стрессоров, таких как конфликты и болезни [11].

Однако социальные идентичности могут также иметь и отрицательное влияние на благополучие («социальное проклятие»). Теория социальной идентичности указывает на

необходимость оценки и принятия групповых идентичностей обществом. Однако некоторые группы могут сталкиваться с негативными стереотипами и социальным неприятием из-за своих характеристик, например, малообеспеченные группы [17]. Исследования показали, что студенты обучающиеся за границей могут испытывать дистресс из-за ощущения обособленности или дискриминации, а также из-за меньшей готовности местных студентов к дружбе с ними [20].

Как было упомянуто выше, социальная идентичность играет ключевую роль в формировании субъективного благополучия и студентов в том числе. Психологическое состояние человека, включая его благополучие и уровень дистресса, можно объяснить с помощью теории сохранения ресурсов. Согласно этой теории, люди приобретают и сохраняют определенные «ресурсы» для обеспечения своего выживания. В периоды отсутствия стрессов они стремятся создать избыток этих ресурсов, чтобы обезопасить себя от будущих негативных воздействий и потерь, что способствует укреплению их психологического благополучия. В то же время теория предполагает, что, если человек не способен накопить достаточный запас ресурсов, он становится уязвимым и прибегает к стратегиям самозащиты, направленным на предотвращение потерь [12].

Т.к. модель сохранения ресурсов (Conservation of Resources, COR) рассматривает ресурсы как защитные факторы, защищающие индивидуумов от стресса и напряжения, которые также влияют на управление будущими стрессовыми ситуациями, эти ресурсы традиционно классифицируются на «личные ресурсы» (индивидуалистические и внутренние) и «условные ресурсы» (окружающие и контекстуальные). Оба вида ресурсов важны для преодоления стрессовых ситуаций и повышения положительного психологического благополучия [25]. Например, исследование Buzzaï показало, что диспозиционные переменные (оптимизм, положительная/отрицательная аффективность и адаптивный стиль объяснения) и контекстные переменные (межличностное взаимодействие, поддерживающее потребности) каждая предсказывают благополучие итальянских подростков-студентов [7].

Адаптивность предсказывает академические результаты студентов в различных образовательных сферах [13] и является критическим элементом психологического благополучия студентов, что отмечается по показателям самооценки, удовлетворенности жизнью, ощущению смысла и наличию целей. Согласно теории и модели COR, распространенным является вывод, что адаптивность может влиять на данные результаты через поведенческие паттерны; студенты с высокой адаптивностью склонны к саморегуляции, управляют задачами, проявляют упорство, в то время как студенты с низкой адаптивностью чаще прибегают к самосаботажу или отстранению (потеря интереса), ожидая низкой самоэффективности и плохих результатов [21].

Социальная поддержка, рассматриваемая как условный ресурс в модели COR, относится к уровню поддержки, доступной индивидууму через социальные связи с другими людьми, группами и более крупным сообществом. Общеизвестно, что социальная поддержка влияет на развитие в течение всей жизни. Например, множество исследований показало, что социальная поддержка связана с психологическим благополучием в общем [27] и среди студентов, в частности [31]. Более того, в соответствии с теорией COR, Dollete и Phillips обнаружили, что социальная поддержка защищает студентов от психологических трудностей и действует как буфер в стрессовых ситуациях [10].

Недавние исследования также показали, что адаптивность значительно связана с социальной поддержкой, и, кроме этого, в теории и модели COR предполагается, что социальная поддержка может защищать личные ресурсы, чтобы помочь индивидам в преодолении стрессовых ситуаций, что получило подтверждение в эмпирических исследованиях, где было обнаружено, что связь между адаптивностью и психологическим благополучием (удовлетворенностью жизнью) модулируется социальной поддержкой. Однако, как признают авторы этого исследования Zhou и Lin, необходимо исследовать обобщаемость этих результатов, включая более гетерогенные выборки и улучшенные

методы измерения (например, более валидные меры социальной поддержки и дополнительные показатели психологического благополучия) [32]. Более того, большинство исследований продемонстрировало основные эффекты адаптивности и социальной поддержки, и поэтому проверка взаимодействий остается открытым эмпирическим вопросом.

Выводы

Исходя из этого можно сказать, что социальная идентичность студентов формируется в результате взаимодействия личности с окружающей социальной средой, в процессе чего индивид формирует различные социальные самоидентификации. Для развития социальной идентичности необходимы процессы самопознания, самооценки и накопления знаний, которые определяют поведенческие паттерны и собственные представления личности о её месте в социальном контексте. Социализация является ключевым условием для формирования социального опыта, развития социальной идентичности и субъективного благополучия студентов. Гедонистический подход подчёркивает, что субъективное благополучие достигается человеком, когда он успешно интегрируется в социальную среду и соответствует социальным ожиданиям. Таким образом, человек достигает субъективного благополучия через утверждение в обществе и самореализацию в определённой социальной роли.

Библиография

1. PULKKINEN L. et al. Socioemotional development and health from adolescence to adulthood. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 421 p. ISBN: 978-0511-4997-8-4.
2. TURNER J. C. et al. Rediscovering the social group: A self-categorization theory. Oxford: Basil Blackwell, 1987. 417 p. ISBN: 978-1446-2492-2-2.
3. ADARVES-YORNO I., MAHDON M., SCHUELTKKE L., KOSCHATE-REIS M., TARRANT M. Mindfulness and social identity: Predicting well-being in a high-stress environment. In: Journal of Applied Social Psychology. 2020. nr. 5, p. 720-732. ISSN 0021-9029.
4. BINDER M., BLANKENBERG A. K. Identity and well-being in the skilled crafts and trades. In: Kyklos. 2022. nr. 75, p. 184-235. ISSN 0023-5962.
5. BOWE M. A social cure in the community: A mixed-method exploration of the role of social identity in the experiences and well-being of community volunteers. In: European Journal of Social Psychology. 2020. nr. 50, p. 1523-1539. ISSN 0046-2772.
6. BREWER M. The social self: On being the same and different at the same time. In: Personality and Social Psychology Bulletin. 1991. nr. 17, p. 475-482. ISSN 0146-1672.
7. BUZZAI C. The relationship between contextual and dispositional variables, well-being and hopelessness in school context. In: Frontiers in Psychology. 2020. nr. 11, p. 1-9. ISSN 1664-1078.
8. DIENER E., KESEBIR P., LUCAS R. Benefits of accounts of well-being for societies and for psychological science. In: Applied Psychology. 2008. nr. 57, p. 37-53. ISSN 0269-994X.
9. DIENER E., LUCAS R. E., OISHI S. Advances and open questions in the science of subjective well-being. In: Collabra: Psychology. 2018. nr. 4, p. 1-49. ISSN 2474-7394.
10. DOLLETE S., PHILLIPS M. Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control and self-esteem. In: Journal of Psychology. 2004. nr. 90, p. 204-215. ISSN 0022-3980.
11. HASLAM S. A., JETTEN J., POSTMES T., HASLAM C. Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology. In: Applied Psychology. 2009. nr. 58, p. 1-23. ISSN 0269-994X.
12. HOBFOLL S. Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. In: Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2018. nr. 5, p. 103-128. ISSN 2327-0608.
13. HOLLIMAN A. J. Adaptability and academic development. In: The Encyclopedia of Child and Adolescent Development. 2020.

14. IYER A. The more (and the more compatible) the merrier: Multiple group memberships and identity compatibility as predictors of adjustment after life transitions. In: *British Journal of Social Psychology*. 2009. nr. 48, p. 707-733. ISSN 0144-6665.
15. JETTEN J. Advancing the social identity approach to health and well-being: Progressing the social cure research agenda. In: *European Journal of Social Psychology*. 2017. nr. 47, p. 789-802. ISSN 0046-2772.
16. KEYES C. L. M., SHMOTKIN D., RYFF C. D. Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002. nr. 82, p. 1007-1022. ISSN 0022-3514.
17. LINK B. G., PHELAN J. C. Stigma and its public health implications. In: *The Lancet*. 2006. nr. 367, p. 528-529. ISSN 0140-6736.
18. LUYCKX K., SCHWARTZ S. J., SOENENS B., VANSTEENKISTE M., GOOSSENS L. The path from identity commitments to adjustment: Motivational underpinnings and mediating mechanisms. In: *Journal of Counseling and Development*. 2010. nr. 88, p. 52-60. ISSN 0748-9633.
19. MACDONALD B., HÜLÜR G. Well-being and loneliness in Swiss older adults during the COVID-19 pandemic: The role of social relationships. In: *The Gerontologist*. 2021. nr. 61, p. 240-250. ISSN 0016-9013.
20. MALAU-ADULI B. S. Exploring the experiences and coping strategies of international medical students. In: *BMC Medical Education*. 2011. nr. 11, p. 1-12. ISSN 1472-6920.
21. MARTIN A. J. Adaptability: how students' responses to uncertainty and novelty predict their academic and non-academic outcomes. In: *Journal of Educational Psychology*. 2013. nr. 105, p. 728-746. ISSN 0022-0663.
22. MCDANIEL B. L., GRICE J. W. Predicting psychological well-being from self-discrepancies: A comparison of idiographic and nomothetic measures. In: *Self and Identity*. 2008. nr. 7, p. 243-261. ISSN 1529-8868.
23. MOREIRA P. A., INMAN R. A., CLONINGER C. R. Disentangling the personality pathways to well-being. In: *Scientific Reports*. 2023. nr. 13, p. 3353. ISSN 2045-2322.
24. MOSANYA M., KWIATKOWSKA A. Multicultural identity integration versus compartmentalization as predictors of subjective well-being for Third Culture Kids: The mediational role of self-concept consistency and self-efficacy. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. nr. 20, p. 3880. ISSN 1661-7827.
25. REIS D. Reciprocal relationships between resources, work and study engagement, and mental health: evidence for gain cycles. In: *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2015. nr. 24, p. 59-75. ISSN 1359-432X.
26. SANI F. Greater number of group identifications is associated with lower odds of being depressed: Evidence from a Scottish community sample. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015. nr. 50, p. 1389-1397. ISSN 0933-7954.
27. SIEDLECKI K. The relationship between social support and subjective well-being across age. In: *Social Indicators Research*. 2013. nr. 117, p. 561-576. ISSN 0303-8300.
28. STEFFENS N. K. Leaders enhance group members' work engagement and reduce their burnout by crafting social identity. In: *German Journal of Human Resource Management*. 2014. nr. 28, p. 173-194. ISSN 2397-0022.
29. VLEIORAS G., BOSMA H. A. Are identity styles important for psychological well-being? In: *Journal of Adolescence*. 2005. nr. 28, p. 397-409. ISSN 0140-1971.
30. WEISS L., WESTERHOF G., BOHLMMEIJER E. Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: *PLoS ONE*. 2016. nr. 11. ISSN 1932-6203.
31. YILDIZ M., KARADAŞ C. Multiple mediation of self-esteem and perceived social support in the relationship between loneliness and life satisfaction. In: *Journal of Education and Practice*. 2017. nr. 8, p. 130-139. ISSN 2222-1735.

32. ZHOU M., LIN W. Adaptability and life satisfaction: the moderating role of social support. In: *Frontiers in Psychology*. 2016. nr. 7, p. 1134. ISSN 1664-1078.
33. ЛЕЖНЕВА В. П. Социальная идентичность как феномен: структура, уровни, процесс формирования. 2016. Доступно: <https://e-koncept.ru/2016/86497.htm> [Прозмотрено: 27.09.2024]

CZU 159.947.5-057.87

IMPACTUL MOTIVAȚIEI EXTRINSECI ASUPRA PROCESULUI DE IMPLICARE ACADEMICĂ A STUDENȚILOR

Mirela-Claudia MOMANU, drd,
Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău/București, România,

***Abstract.** Student academic engagement has become a highly relevant topic. In this current context, we aimed to explore how extrinsic motivation could impact the improvement of students' academic engagement. Results indicated that extrinsic motivation related to identification and introjection correlates with academic engagement. The practical relevance of this research can be translated into the development and structuring of courses that incorporate extrinsic motivational elements, which play a key role in enhancing academic engagement and student performance.*

***Keywords:** education, extrinsic motivation, academic engagement, performance.*

Introducere

În cadrul educațional la nivel mondial, ca efect a perioadei pandemice, s-a evidențiat o anumită dificultate în ceea ce privește implicarea atât a elevilor cât și a studenților în procesul educațional, în principal datorită tranziției la noi tipuri de învățare, în mediul virtual. Tranziția a fost efectuată brusc, folosindu-se diverse platforme online, pentru care cadrele didactice, elevii și studenții aveau insuficiente resurse de adaptare, generându-se astfel presiune suplimentară asupra procesului educațional. Ulterior, reconfigurarea metodelor de educație, prin trecerea de la formatul virtual la cel fizic în perioada post-pandemică, a întâmpinat noi provocări, observându-se în ambele perioade de adaptare faptul că menținerea aceluiași nivel de implicare a elevilor și studenților în procesul educativ a fost extrem de dificil. Mai mult, ca urmare a scăderii bunăstării psihice, în mediul academic a fost observată scăderea participării la cursuri, diminuarea implicării academice și a performanței academice, precum și diminuarea motivației de angajare în procesul educațional [1]. Astfel implicarea academică reprezintă un aspect deosebit de important în procesul educațional, fiind o soluție de diminuare a eșecului în educație, un subiect dezbătut în ultimele decenii. În acest context problema cercetării s-a concretizat pe identificarea și relevanța anumitor elemente legate de structura motivațională a studenților, care pot fi în legătură directă cu procesul implicării academice.

Caracteristicile psihologice ale motivației extrinseci și ale implicării academice

Deși noțiunea de motivație a fost introdusă încă de la începutul secolului XX, studiul psihologiei s-a focusat mai puțin pe relevarea aspectelor motivaționale, care în timp au generat în schimb un concept actual de studiu în domeniu. Motivația este unul din factorii importanți care stă la baza comportamentului individului, care asigură adaptarea cu succes a individului la mediu și obținerea unor performanțe superioare. Motivația a fost definită în mod amplu și divers de către teoreticienii care au abordat diverse modele și metode de explicare a acesteia. Ca o consecință, definirea motivației derivată din teoriile aferente este diversă și descrie în principal o caracteristică specifică psihicului uman care reflectă o anumită stare de necesitate [2].

Una din cele mai importante teorii ale motivației este cea propusă de R.M. Ryan și E.L. Deci, ce abordează aspecte ale motivației și comportamentului. Teoria propusă de cei doi autori a fost aplicată și verificată în mai multe domenii de activitate, rezultatele obținute susținând multe din

aspectele abordate. Pornind de la conceptele de motivație intrinsecă și motivație extrinsecă, cercetătorii au evidențiat ideea de bază conform căreia indivizii pot trece de la motivația extrinsecă la cea intrinsecă, prin intermediul unui proces specific de internalizare [3].

Orientările actuale în studiul conceptului motivației evidențiază opinia lui R.J. Vallerand și E.E.Thill care au elaborat definiția motivației prin prisma aportului psihologic: motivația ar reprezenta un concept utilizat pentru a descrie forțele interne și externe care produc declanșarea, direcția, intensitatea și persistența comportamentului [4].

Referitor la motivația extrinsecă, R.J. Vallerand și colaboratorii săi structurează acest concept, evidențiind prezența, alături de motivația intrinsecă, a trei componente caracteristice motivației extrinseci și anume: motivația extrinsecă de reglare, descriind această componentă ca fiind conectată la implicarea în activitate în vederea obținerii unor recompense specifice, de tip fizic sau moral; motivația de introiecție, cea care este legată de interiorizarea treptată, în mod individual, a acțiunilor; o a treia componentă este motivația extrinsecă de identificare, care este caracterizată de aprecierea comportamentelor și acțiunilor efectuate prin prisma alegerilor personale. Alături de motivația intrinsecă și extrinsecă, teoria propusă de acești cercetători prezintă și componenta lipsei de motivație, respectiv amotivația, descrisă prin absența unei conexiuni dintre acțiune și rezultat, fiind teoretic conectată de neajutorarea învățată [5].

Pentru a dobândi abilități și competențe necesare în contextul provocărilor contemporane, implicarea academică a studenților crește șansele atingerii obiectivelor educaționale și personale. Astfel, implicarea academică reprezintă un indicator important în formarea absolvenților pentru a acumula și deține cunoștințe, abilități, reflectate corespunzător prin obținerea unei diplome de licență. Deși educația descrie faptul că anumite rezultate dorite de indivizi pot fi obținute prin intermediul procesului academic, implicarea academică reprezintă în context actual un element necesar a fi susținut și promovat în mediul academic [6].

Cercetătorii susțin faptul că abilitățile, cunoștințele și competențele învățate sau dobândite prin intermediul implicării academice ar trebui să fie considerate rezultate academice aferente procesului educațional în sine, în timp ce implicarea academică ar fi reprezentată mai degrabă de menținerea studenților în mediul academic, prin reducerea procentului de renunțare la studii, prin obținerea succesului în cariera aleasă și inducerea dorinței de continuare a învățării, pe tot parcursul academic, profesional și de dezvoltare personală din viața unui individ [7].

Un studiu recent din acest an, derulat de către cercetătorii Akram și Li în Pakistan, pe un eșantion de 437 de studenți, a indicat faptul că elementele motivației, atât intrinseci cât și extrinseci, joacă un rol important în implicarea academică, inclusiv în cadrul modelului educațional din mediul online. S-a evidențiat de asemenea faptul că, alături de motivație, un rol important este deținut de tipul relațiilor dintre cadrele didactice și studenți. În acest context, al mediului educațional online și hibrid, îmbunătățirea rezultatelor procesului educațional desfășurat în mediul virtual, este determinată în mod direct atât de implicarea studenților cât și de motivarea acestora [8].

Urmând rezultatele cercetărilor actuale legate de relația dintre motivația extrinsecă și implicarea academică, noutatea cercetării prezentate în acest articol constă în abordarea unor aspecte suplimentare, care analizează relațiile dintre motivația extrinsecă de internalizare, de introiecție și de reglare și implicare academică, cu obiectivul de a evidenția dacă anumite aspecte specifice ale motivației extrinseci pot influența în mod direct procesul de implicare academică a studenților, având implicații precise și valoare practică în procesul educațional.

MATERIAL ȘI METODĂ

Scopul cercetării efectuate a fost acela de a sublinia anumite legături posibile între elemente caracteristice motivației extrinseci și procesul de implicare academică a studenților. Se conturează astfel obiectivele cercetării care iau în analiză posibilitatea existenței unor corelații între motivația extrinsecă de identificare, motivația extrinsecă de introiecție și motivația extrinsecă de reglare și implicarea academică.

Instrumentele de măsură folosite sunt: *Scala Motivația academică* (AMS-C 28), adaptată de Research Central, după sursa originală, fiind un instrument elaborat în anul 1993 care este

derivat din teoria autodeterminării. Scalele aferente sunt: motivația de tip intrinsec, motivația de tip extrinsec și lipsa de motivație [9].

Cea de a doua scală este *Scala Implicarea academică*, adaptată de Research Central, după sursa originală, fiind un instrument elaborat în anul 2015 pentru a evalua nivelul de implicare academică a studenților [10].

Eșantionul cercetării este alcătuit din 149 de studenți înscriși la cursurile de licență ale Facultății de Psihologie și Științe ale Educației din cadrul Universității Hyperion din București. Componenta lotului în funcție de anii de studiu este: 82 studenți sunt în anul I, reprezentând 55% din lot, 47 de studenți sunt în anul II, reprezentând 32% din lot și 20 de studenți sunt în anul III, reprezentând 13% din lot.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Pentru a evidenția aspectele propuse pentru cercetare, am emis următoarele ipoteze:

Ipoteza nr. 1 – Există o corelație între motivația extrinsecă de identificare și implicarea academică

Ipoteza nr. 2 – Există o corelație între motivația extrinsecă de introiecție și implicarea academică.

Ipoteza nr. 3 – Există o corelație între motivația extrinsecă de reglare și implicarea academică.

Analiza efectuată pe datele colectate de la eșantionul studiat a evidențiat faptul că toate variabilele analizate și anume implicarea academică, motivația extrinsecă de identificare, motivația extrinsecă de introiecție, motivația extrinsecă de reglare au distribuții care diferă semnificativ de distribuția normală, ceea ce ne sugerează faptul că pentru verificare ipotezelor emise va trebui să folosim teste statistice neparametrice [11,12].

Cu ajutorul testului de corelație Spearman am verificat prima ipoteză emisă pentru cercetare, rezultatele obținute fiind prezentate în tabelul nr. 1.

Tabelul 1. Rezultatele testului de corelație Spearman pentru identificarea corelației dintre motivația extrinsecă de identificare și implicarea academică

		Motivație extrinsecă de identificare
Implicarea academică	Coeficient de corelație (r)	0,349
	Semnificație statistică (p)	0,000
	Mărimea efectului (r^2)	0,121

Notă. N=149, $p < 0,001$

Rezultatul indică faptul că există o corelație semnificativă între motivația extrinsecă de identificare și implicarea academică, iar coeficientul identificat pentru această corelație este pozitiv și valoarea acestuia indică o intensitate medie. Concluzia statistică rezultată evidențiază faptul că atunci când motivația extrinsecă de identificare a studentului crește, implicarea academică a aceluși student va crește. Mărimea efectului (r^2) pentru această corelație este de 0,121 sugerând o putere a efectului de nivel mediu, respectiv această relație dintre motivația extrinsecă de identificare și implicarea academică este puțin probabil să fi apărut din întâmplare, fiind posibil ca relația dintre cele două variabile să fie destul de importantă din punct de vedere practic, având semnificație statistică [13].

A doua ipoteză a cercetării a fost verificată cu ajutorul testului statistic Spearman în SPSS. Rezultatele obținute sunt descrise în tabelul nr. 2

Tabelul 2. Rezultatele testului de corelație Spearman pentru identificarea corelației dintre motivația extrinsecă de introiecție și implicarea academică

		Motivație extrinsecă de introiecție
Implicarea academică	Coeficient de corelație (r)	0,374
	Semnificație statistică (p)	0,000
	Mărimea efectului (r^2)	0,139

Notă. N=149, $p < 0,001$

Rezultatul obținut indică faptul că există și de această dată o corelație semnificativă statistic între motivația extrinsecă de introiecție și implicarea academică. Coeficientul rezultat pentru această corelație este pozitiv, de intensitate medie. Rezultatele statistice indică faptul că atunci când motivația extrinsecă de introiecție a unui student este la un nivel ridicat, implicarea academică a acelui student este și ea la un nivel ridicat. Mărimea efectului (r^2) pentru această corelație este de 0,139, valoare care indică o putere a efectului de nivel mediu, respectiv această relație dintre motivația extrinsecă de introiecție și implicarea academică este, din nou, puțin probabil să fi apărut din întâmplare, relația dintre cele două variabile este posibil să fie destul de semnificativă din punct de vedere practic.

Pentru verificarea celei de a treia ipoteze am fost aplicat același test neparametric de corelație Spearman în programul de statistică SPSS, în urma căruia au rezultat datele prezentate în tabelul nr. 3.

Tabelul 3. Rezultatele testului de corelație Spearman pentru identificarea corelației dintre motivația extrinsecă de reglare și implicarea academică

		Motivație extrinsecă de reglare
Implicarea academică	Coeficient de corelație (r)	0,175
	Semnificație statistică (p)	0,000
	Mărimea efectului (r^2)	0,030

Notă. N=149, $p < 0,001$

În acest caz, datele obținute indică faptul că există o corelație semnificativă statistic între motivația extrinsecă de reglare și implicarea academică. De această dată însă, coeficientul rezultat este pozitiv dar de intensitate slabă. Se confirmă faptul că dacă motivația extrinsecă de reglare a unui student este ridicată, și implicarea academică este crescută. În ceea ce privește mărimea efectului (r^2) pentru această corelație, valoarea obținută este de 0,030, valoare care indică o putere a efectului scăzută, respectiv această relație dintre motivația extrinsecă de reglare și implicarea academică deși este semnificativă statistic, ea nu prezintă o importanță practică deosebită, existând și posibilitatea ca efectul detectat de fapt să nu existe.

Concluzii

Cercetarea prezentată în acest articol a fost efectuată pentru a evidenția faptul că motivația extrinsecă poate avea un rol determinant asupra implicării academice a studenților, aspect important care poate fi valorificat din punct de vedere practic în mediul educațional.

Analizând datele colectate pentru cercetare și verificând ipotezele emise, am concluzionat faptul că motivația extrinsecă de identificare și de introiecție a studenților corelează cu implicarea academică, mărimea efectului având un nivel mediu. Se evidențiază astfel faptul că relațiile dintre motivația extrinsecă de identificare, motivația extrinsecă de introiecție și respectiv implicarea academică sunt puțin probabil să fi apărut din întâmplare, existând posibilitatea ca relația dintre cele aceste variabile să fie importantă din punct de vedere practic, având și semnificație statistică.

În ceea ce privește motivația extrinsecă de reglare, deși rezultatele studiului indică faptul că există corelație semnificativă statistic între aceste variabile, mărimea efectului este de nivel scăzut, generând astfel concluzia că relația dintre motivația extrinsecă de reglare și implicarea academică, deși semnificativă statistic, nu prezintă o importanță practică deosebită, existând și o posibilitate ca efectul detectat să nu existe în mod cert.

Aspectele identificate deschid noi direcții în cercetare din punct de vedere practic, concluziile acestei cercetări venind în completarea studiilor din domeniul motivației. Importanța practică a acestei cercetări poate fi valorificată prin elaborarea și structurarea unor cursuri care să integreze elemente motivaționale. Aceste elemente motivaționale pot fi de natură extrinsecă de identificare, caracterizată de aprecierea comportamentelor și acțiunilor efectuate prin prisma alegerilor personale ale indivizilor, sau de natură extrinsecă de introiecție, care este legată de interiorizarea treptată, în mod individual a acțiunilor și comportamentelor. Aceste componente valorificate în procesul educațional pot avea un rol important asupra îmbunătățirii implicării academice și a performanței obținute de studenți în toate medii de studiu, fizic, online sau hibrid.

Bibliografie

1. HANSON, M. *College Dropout Rates*, EducationData.org, August 16, 2024. Available: <https://educationdata.org/college-dropout-rates> [Accesed: 14.10.2024]
2. ATKINSON, R.L. et al. *Introducere în psihologie*. București : Editura Tehnică, ed. XI-a, 2002.
3. RYAN, R.M. and DECI, E.L. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York : Guilford, 2017.
4. VALLERAND, R.J. and THILL, E.E. *Introduction a la psychologie de la motivation* . Laval Quebec : EditioVivantes - Vigot etudes, 1993.
5. VALLERAND, R.J., BISSONETTE, R. Intrinsic, extrinsic and amotivational styles as predictors of behaviour: A prospective study. In: *Journal of Personality*, 1992, no. 60 (3), p. 599–620.
6. TAYLOR, L. and PARSONS, J. Improving Student Engagement. In: *Current Issues in Education*, 2011, Vol. 14.1, pp. 5-15.
7. APPLETON, J., CHRISTENSON, S. and FURLONG, M. Student engagement with school: Critical, conceptual, and methodological issues of the construct. In: *Psychology in the Schools*, 2008, Vol. 45, pp. 369-386.
8. AKRAM, H. and LI, S. Understanding the Role of Teacher-Student Relationships in Students' Online Learning Engagement: Mediating Role of Academic Motivation. In: *Perceptual and Motor Skills*, 2024, vol. 131(4), p. 1415-1438.
9. VALLERAND, R.J., PELLETIER, L.G., BLAIS, M.R., BRIERE, N.M., SENECA, C., VALLIERES, E.F. The Academic Motivation Scale: A measure of intrinsic, extrinsic and amotivation in education. In: *Educational and Psychological Measurement*, 1992, no. 52 (4), p. 1003–1017.
10. ZHANG, S., SHI, R., YUN, L., LI, X., WANG, Y., HE, H., and MIAO, D. Self-regulation and study-related health outcomes: A structural equation model of regulatory mode orientations, academic burnout and engagement among university students. In: *Social Indicators Research*, 2015, vol. 123(2), p. 585-599.
11. PALLANT, J.A. *Step-by-step Guide to data Analysis using SPSS for Windows third edition. Survival Manual*. Berkshire, England: Open University Press, 2007.
12. VASILIU, D. *Memento de cercetare în psihologie. Un ghid prietenos pentru studenți și nu numai...* București, E.D.P., 2018.
13. COHEN, J. A power primer. In: *Psychological bulletin*, 1992, vol. 112(1), p. 155.

CZU 612.3:615.851

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALIMENTAR: DELIMITĂRI CONCEPTUALE ȘI MODALITĂȚI DE INTERVENȚII PSIHOTERAPEUTICE

Rodica BALAN, asistent universitar, doctorandă,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
Iulia RACU, profesor universitar, doctor habilitat,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Abstract. *Eating disorder is a serious and often fatal condition that is associated with pathological eating behavior and associated negative thoughts and emotions. These symptoms can affect the individual's health, emotions, and ability to function in important areas of life. It is essential in the treatment of eating disorders to focus on the mental and physical health conditions that contributed to the disorder in the first place and to retrain the mind for full recovery. In this sense, different types of psychotherapy can be effectively used: cognitive-behavioral therapy,*

dialectical-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, interpersonal therapy, family-based therapy, cognitive remedial therapy and psychodynamic therapy.

Keywords: *eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, psychotherapy*

Tulburările de comportament alimentar sunt boli mentale grave care afectează persoane de toate vârstele, sexele, etnii și medii. Persoanele cu tulburări de alimentație folosesc un comportament alimentar dezordonat ca o modalitate de a face față situațiilor sau sentimentelor dificile. Acest comportament poate include limitarea cantității de alimente consumate, consumul unei cantități foarte mari de alimente simultan, scăparea de alimentele consumate prin mijloace nesănătoase (de exemplu îmbolnăvirea, utilizarea abuzivă a laxativelor, înfometarea sau exercițiile fizice excesive) sau o combinație a acestor comportamente. Este vital să înțelegem că tulburările de alimentație nu se referă exclusiv la mâncare, dar și la sentimente. Modul în care individul tratează mâncarea îl poate ajuta să se simtă mai încrezător pentru a face față anumitor situații sau îl poate face să simtă că deține controlul, deși s-ar putea să nu fie conștient de scopul acestui act [2, 5].

În lipsa unui tratament eficient, tulburările de comportament alimentar pot deveni probleme pe termen lung și, în unele cazuri, pot provoca moartea. Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale – ediția a IV-a (DSM-IV) al Asociației Americane de Psihiatrie prezintă trei categorii de tulburări de comportament alimentar: *anorexie nervoasă, bulimie nervoasă* și o categorie reziduală de diagnostic denumită *tulburare de comportament alimentar fără altă specificație* (TCA-FAS). TCA-FAS include și *tulburare de tip binge eating (mâncat compulsiv)* [3].

C. Fairburn consideră tulburările de comportament alimentar a fi întâi de toate tulburări cognitive, dat fiind faptul că anorexia nervoasă și bulimia nervoasă, precum și majoritatea cazurilor de mâncat compulsiv prezintă o psihopatologie principală distinctă, care este de natură cognitivă. [6].

În clasificările moderne ale tulburărilor psihice și comportamentale, anorexia nervoasă și bulimia nervoasă sunt descrise drept tulburări din spectrul afectiv și obsesiv-compulsiv sau considerate o variantă specială a patologiei psihosomatice. De exemplu, anorexia nervoasă și bulimia nervoasă sunt clasificate ca boli vegetative, care sunt definite drept un grup larg de boli, a căror latură primordială în patogeneză o reprezintă încălcarea interacțiunii nervului central, sistemelor nervoase și imune autonome, fapt ce generează o încălcare a sprijinului autonom al funcționării diferitelor sisteme efectoare ale corpului în menținerea homeostaziei [12].

Anorexia nervoasă presupune o restricționare conștientă a consumului alimentelor cu obiectivul de a scădea în greutate. Acest obiectiv este determinat de credința solidă în prezența obezitității imaginare sau supraestimată brusc. Pentru prima dată criteriile de diagnostic pentru anorexia nervoasă au fost formalizate în 1970 [11]. Anorexiei nervoase îi sunt proprii comportamente îndreptate spre scăderea în greutate, atitudine deosebită față de mâncare, scădere în greutate, frică acută de a adăuga în greutate, tulburări corporale structurale și amenoree (la femei). Aceasta este una dintre rarele boli mintale care se pot manifesta fără remisiune până la moarte [5]. Cea mai comună vârstă pentru formarea anorexiei este adolescența. Incidența maximă a anorexiei se constată la vârsta de 17 – 18 ani. La aproximativ 85% dintre toți cei diagnosticați boala debutează între 13 și 20 de ani. Cel mai frecvent anorexia are drept grup de risc fetele și femeile tinere, mult mai rar băieții și bărbații tineri (4-6% din cei diagnosticați cu anorexie).

Bulimia nervoasă reprezintă o tulburare de comportament alimentar ce se manifestă prin mâncat compulsiv și vărsături induse sau defecare stimulată. Bulimia nervoasă mai este numită și „sindromul haosului alimentar” sau „sindromul anormal de control al greutății” [11]. Au fost constatate două cursuri specifice bulimiei nervoase: *fără comportament de curățare* și *cu comportament de curățare*. Persoanele cu forma fără comportament de curățare își mențin greutatea exclusiv datorită restricțiilor alimentare drastice. Persoanele ce suferă de forma bulimiei cu comportament de curățare, pe lângă înfometare, folosesc vărsături auto-induse și iau medicamente farmacologice pentru a menține greutatea. Cele cu comportament de curățare

manifestă adesea tulburări dismorifice ale corpului mai severe [4]. Debutul bulimiei nervoase se petrece în intervalul de vârstă 12 – 35 de ani, incidența maximă fiind la 18 ani, femeile fiind afectate cel mai des (85-90% din cei diagnosticați cu bulimie) [1, 5].

În conformitate cu DSM-IV bulimia nervoasă se caracterizează prin: episoade de mâncat excesiv recurente (consumul unei cantități exagerate de alimente într-o perioadă scurtă de timp) cu sentimentul de pierdere a controlului asupra comportamentului alimentar; administrarea de măsuri inadecvate în scopul prevenirii creșterii în greutate în mod regulat (inducerea vomiei, excesul de laxative/ diuretice, limitarea severă a alimentelor sau exersarea fizică epuizantă); forma și greutatea corpului au o influență predominantă asupra stimei de sine [3].

Există o gamă diversă de factori care au un rol semnificativ în dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar: factori psihologici, socio-culturali, interpersonalii etc. Factorii psihologici implică autoevaluarea negativă, anxietate, distorsionări ale imaginii corporale, perfecționism, singurătate, sentiment de lipsă a controlului asupra propriei vieți etc. Factorii socio-culturali vizează obsesia socială de a fi slab(ă), importanța exagerată acordată aspectului fizic în detrimentul aspectului spiritual/ interior, presiuni mediatice ce încurajează urmarea unor regimuri alimentare stricte. Factorii interpersonalii implică dificultățile de exprimare a sentimentelor; climatul familial nefavorabil, relațiile interpersonale nesănătoase, abuzul fizic/ sexual [10].

Tulburările de comportament alimentar apar frecvent în timpul adolescenței sau la vârsta adultă tânără, dar se pot dezvolta și în timpul copilăriei sau în etape mai târzii ale vieții. Este important ca tratamentul tulburărilor de comportament alimentar să înceapă cât mai curând posibil. Persoanele cu acest tip de tulburare prezintă un risc mai mare de suicid și complicații medicale. De asemenea, ele pot avea adesea alte tulburări mentale (precum depresie sau anxietate) sau probleme legate de consumul de substanțe. Recuperarea completă este posibilă. Tratamentul este mereu adaptat nevoilor individuale și poate include una sau mai multe din următoarele direcții: psihoterapie individuală, de grup și/sau de familie, îngrijire medicală și monitorizare, consiliere nutrițională, tratament medicamentos [5].

Este esențial ca în tratamentul tulburărilor de comportament alimentar să ne concentrăm asupra condițiilor de sănătate mintală și fizică care au contribuit la apariția tulburării în primul rând și să reantrenăm mintea pentru o recuperare completă. În acest sens pot fi eficient utilizate diferite tipuri de psihoterapie: terapia cognitiv-comportamentală, terapia dialectic-comportamentală, terapia de acceptare și angajament, terapia interpersonală, terapia bazată pe familie, terapia de remediere cognitivă și terapia psihodinamică [6, 9, 11].

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC). TCC se folosește în tratamentul tuturor tulburărilor de comportament alimentar. Ideologia TCC provine din convingerea că suferința mentală și emoțională este cauzată de gânduri negative, dezadaptative și inutile despre sine, ceilalți și circumstanțele și mediul din jurul persoanei. TCC presupune că gândurile cuiva conduc la emoții, iar emoțiile conduc la comportamente. Acest tip de terapie implică identificarea și modificarea convingerilor și gândurilor de bază, pentru a modifica apoi emoțiile și comportamentul. Astfel TCC își propune inițial să identifice modelele de gândire și convingerile care au contribuit la dezvoltarea tulburării și care o mențin. Acestea ar putea include convingeri asociate cu: hrana, greutatea, forma corpului, aspectul fizic. După identificarea acestor convingeri, se învață strategii pentru a le modifica și pentru a ajuta la gestionarea lor. De exemplu, o persoană care crede că trebuie să fie slabă pentru a fi apreciată, va fi încurajată să înlocuiască aceste gânduri cu unele care subliniază aspectele mai profunde ale personalității sale ce o fac valoroasă și demnă [6].

Astfel, în cadrul TCC terapeutul îi oferă suport persoanei în: învățarea să recunoască distorsiunile cuiva în gândire, care creează probleme, și apoi să le reevalueze în lumina realității; obținerea unei mai bune înțelegeri a comportamentului și motivației celorlalți; utilizarea abilităților de rezolvare a problemelor pentru a face față situațiilor dificile; învățarea să dezvolte un sentiment mai mare de încredere în abilitățile cuiva; dobândirea unei capacități de a reîncadra cognițiile pe baza unor convingeri mai eficiente; recunoașterea faptului că a avea o convingere nu înseamnă că trebuie să aleagă și să ia decizii bazate doar pe ea [6, 9].

TCC este utilizată pentru o varietate de afecțiuni de sănătate mintală, iar persoanele care de acest tip de terapie pentru tulburări de comportament alimentar, înregistrează și îmbunătățiri ale altor simptome asociate cu depresia și anxietatea. Două dintre cele mai eficiente tratamente bazate pe TCC sunt Terapia dialectic-comportamentală (TDC) și Terapia de acceptare și angajament (TAA), iar aplicarea acestora în tratamentul tulburărilor de alimentație arată rezultate promițătoare [9].

Terapia dialectic- comportamentală (TDC). TDC a fost dezvoltată inițial pentru a trata tulburarea de personalitate borderline, dar s-a dovedit a fi incredibil de eficientă în tratamentul multor altor tulburări de sănătate mintală, inclusiv tulburările de comportament alimentar. TDC preia bazele TCC, cu toate acestea, accentul pus pe *dialectic*, subliniază conceptele de acceptare și schimbare. TDC susține faptul că un individ poate face tot posibilul în orice moment dat, în timp ce trebuie simultan să crească și să se schimbe. Acest lucru însuflă ideea că două lucruri care aparent sunt opuse pot exista concomitent. Pentru persoanele cu tulburări de comportament alimentar, acest concept este util în combaterea proceselor lor de gândire alb-negru. De exemplu, o persoană poate recunoaște că comportamentul ei alimentar i-a servit cândva drept mod de a face față situației, dar că nu îi este de ajutor în alte cazuri. Acest concept ajută, de asemenea, persoanelor să facă față dereglării emoționale și modelelor de gândire negative, care pot contribui tangențial la tulburarea lor de comportament alimentar [6, 9].

TDC se concentrează pe gestionarea emoțiilor dificile. În cadrul acestei terapii clientul dezvoltă abilități de schimbare a comportamentelor asociate tulburării de alimentație. Unele abilități specifice pe care TDC își propune să le dezvolte includ: autoconștientizare (*mindfulness*), reglare emoțională, eficacitate interpersonală, toleranță la suferință.

Terapia de acceptare și angajament (TAA). TAA susține că comportamentele asociate cu afecțiunile de sănătate mintală provin din răspunsurile la sentimente negative precum anxietatea sau durerea. De aceea TAA încurajează concentrarea pe schimbarea acțiunilor, și nu pe schimbarea gândurilor sau sentimentelor. Persoana este încurajată să examineze individual care sunt valorile personale fundamentale. Apoi i se sugerează să dezvolte obiective care o vor ajuta să-și satisfacă mai bine aceste valori. Scopul constă în acceptarea tuturor sentimentelor, inclusiv a celor neplăcute, și asumarea angajamentului de a schimba acțiunile, astfel încât acestea să se alinieze cu valorile fundamentale ale persoanei. În TAA, indivizii sunt încurajați să accepte realitatea așa cum este ea și să-și ia angajamentul de a se adapta în modul cel mai potrivit lor, dacă nu pot schimba realitatea. Persoanele sunt, de asemenea, încurajate să dezvolte o relație de compasiune cu convingerile negative anterioare, iar asta îi va ajuta să se elibereze de ele [6].

Persoanele cu tulburări de comportament alimentar sunt de obicei rigide în convingerile lor dezordonate, prin urmare, TAA îi poate ajuta să găsească flexibilitate în convingerile lor. De asemenea, poate sprijini persoana în recunoașterea ineficienței credințelor privind comportamentul alimentar. În plus, abilitățile de conștientizare le pot ajuta să se conecteze mai strâns cu gândurile și corpul lor în procesul de recuperare [9].

Terapia interpersonală (TIP). TIP este utilizată pentru a trata tulburările de alimentație precum bulimia și tulburarea de mâncat compulsiv. Prin intermediul TIP sunt explorate relațiile sociale și interpersonale. În contextul TIP se abordează 4 aspecte problematice: deficiențele interpersonale, durerea (*jalea*), controversile legate de rol și tranzițiile de rol. *Deficiențe interpersonale* presupun deseori sentimente de izolare sau lipsa unor relații apropiate și afectuoase. Ne referim atât la relațiile romantice, cât și la cele de prietenie sau familiale. *Durerea (jalea)* ține de sentimentul de pierdere cauzat de decesul unei persoane apropiate sau a sfârșitului unei relații. *Controversile legate de rol* implică de obicei o diferență între așteptările clientului și una sau mai multe persoane importante din viața lui, cum ar fi partenerul, părinții sau prietenii. *Tranzițiile de rol* se referă adesea la schimbările majore în viață, cum ar fi nașterea unui copil, începerea unei relații noi sau încheierea unei relații îndelungate, schimbarea locului de muncă sau avansarea în funcție etc. Terapeutul, împreună cu clientul, va explora modul în care problemele din fiecare aspect menționat influențează comportamentul alimentar. Apoi vor dezvolta strategii pentru a îmbunătăți abilitățile de comunicare și interpersonale pentru a reduce simptomele [6, 11].

Terapia bazată pe familie (TBF). TBF a fost concepută pentru tratamentul anorexiei la copii și adolescenți, dar ulterior a fost extinsă pentru a sprijini aceeași grupă de vârstă care se luptă cu bulimie. În cadrul TBF, membrii familiei clientului reprezintă componente vitale ale procesului de recuperare. Aceștia sunt implicați în a ajuta persoana să facă lucruri precum: menținerea obiceiurilor de alimentație sănătoasă, restabilirea și menținerea unei greutate normale, încetarea comportamentelor nesănătoase (precum mâncatul compulsiv sau comportamentele compensatorii de curățare) [7].

TBF are loc în trei etape. În prima etapă familia contribuie la restabilirea greutății copilului/adolescentului. În cadrul acestui pas, terapeutul va ghida familia despre cum să-și ajute copilul/adolescentul să-și restabilească greutatea. Terapeutul va observa mai întâi familia, pentru a înțelege dinamica acesteia. În baza observațiilor efectuate, terapeutul va oferi recomandări specifice pentru ca părinții să-și recapete controlul și să stabilească anumite limite cu copilul/adolescentul lor, cu scopul de a-l determina să mănânce. Este important de remarcat că familia preia controlul asupra copilului/adolescentului cu o atitudine de compasiune și sprijin, mai degrabă decât judecată [11].

În a doua etapă familia începe să întească controlul copilului/adolescentului lor. De exemplu, un adolescent poate începe să aibă mai multe alegeri în ceea ce privește ceea ce mănâncă, mai degrabă decât părinții să aleagă mesele și gustările. Este asigurată o monitorizare atentă pentru a verifica comportamentele alimentare dezordonate. În această fază, terapeutul poate începe să lucreze cu familia asupra dinamicilor din cadrul acesteia care au contribuit la dezvoltarea tulburării. De exemplu, poate că părinții unui adolescent se ceartă des, iar acest lucru creează o atmosferă stresantă în casă. Un adolescent poate folosi comportamente alimentare dezordonate pentru a face față stresului. În timpul terapiei de familie, acest lucru ar putea fi rezolvat [7, 11].

A treia etapă presupune crearea unei identități sănătoase la adolescent. Adolescența este o perioadă în care persoana începe să devină mult mai independentă de părinți. Acest lucru poate fi complicat în timpul tratamentului tulburărilor de comportament alimentar, deoarece nevoia normală de independență trebuie echilibrată cu sprijinul familiei pentru a ajunge la recuperare.

Terapia de remediere cognitivă (TRC). TRC se concentrează pe dezvoltarea abilității de gândire în ansamblu și a flexibilității mentale. Cel mai des este utilizată în tratamentul anorexiei nervoase. În TRC o varietate largă de exerciții și sarcini sunt utilizate în abordarea tiparelor de gândire rigide, care sunt deseori asociate cu anorexia nervoasă. Câteva exemple de astfel de exerciții sunt: desenarea formelor sau efectuarea de mișcări cu mâna dominantă și nedominantă, redirecționarea frecventă a atenției spre diverse obiecte, citirea și rezumarea secvențelor de text cu creșterea treptată a dificultății acestora, încurajarea propunerii de moduri alternative de utilizare a obiectelor de zi cu zi etc. [7, 11].

Terapia psihodinamică (TP). TP are drept scop înțelegerea cauzei fundamentale a tulburării de comportament alimentar. Aceasta implică scufundarea profundă în lucruri precum conflictele și motivele interioare. TP susține că simptomele tulburării sunt rezultatul unor dorințe și nevoi nesatisfăcute, iar înțelegerea cauzei primordiale a tulburării poate influența simptomele și reduce riscul de recidivă [11].

Nu se poate spune cu certitudine care tip de terapie este mai eficient, deoarece aceasta depinde de tipul tulburării de comportament alimentar, dar și de personalitatea beneficiarului.

A.Kass, R. Kolko și D. Wilfley au constatat în studiul lor că, niciun tratament de specialitate nu s-a dovedit a fi mai eficient în tratamentul adulților cu anorexia nervoasă, dar, totuși, un număr considerabil de pacienți au manifestat îmbunătățiri datorate psihoterapiei. Terapia cognitiv-comportamentală și terapia interpersonală rămân cele mai eficiente pentru tratamentul adulților cu bulimie nervoasă și au un efect pozitiv durabil în tratamentul adulților cu tulburare de tip binge-eating. Terapia de familie constituie cel mai eficient tratament pentru tinerii cu anorexia nervoasă și poate fi eficientă în tratamentul bulimiei nervoase la tineri. Terapia interpersonală poate fi eficientă pentru reducerea pierderii controlului asupra alimentației și a creșterii în greutate la adolescenții supraponderali [7, 11].

Specialiștii din domeniul tulburărilor de comportament alimentar continuă să perfecționeze tratamentele psihologice, însă evaluarea rezultatelor pe termen lung, precum și identificarea tratamentelor pentru subgrupul de pacienți care rămân simptomatici, reprezintă direcții critice care necesită efort și timp.

Este foarte important de specificat că, în procesul de tratare a tulburărilor de alimentație, crearea unui plan de masă este o altă componentă foarte importantă. Iar acest lucru trebuie efectuat cu suportul unui profesionist. Deși poate veni un moment în procesul de recuperare în care persoana să se simtă capabilă să-și alcătuiască propriul plan de masă sau să adopte o alimentația intuitivă, în stadiul incipient al tratamentului este necesar sprijinul unui dietetician sau nutriționist. Acești profesioniști vor ajuta în dezvoltarea unui plan echilibrat pentru vindecarea și rehrănirea corpului și pentru menținerea corespunzătoare a greutateii. În plus, ei pot contribui la dezvoltarea abilităților necesare pentru a însuși principiile de alimentație intuitivă pentru un comportament alimentar sănătos în viitor.

Bibliografie

1. ADAMS, G. R.; BERZONSKY, M. D. *Psihologia Adolescenței. Manualul Blackwell*. Iași: Polirom, 2009. 701 p. (1)
2. CASH, T. F. *Consilier de imagine corporală. Ediția a II-a. Opt pași simpli pentru a-ți îndrăgi înfățișarea*. București: Editura All, 2016. 348 p. (3)
3. DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, American Psychiatric Association, 2000. (21)
4. ENEA, V.; DAFINOIU, I. *Anorexia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament*. Iași: Polirom, 2012. 272 p. (5)
5. ENEA, V.; MOLDOVAN, A.; ANTON, R. *Tulburările de comportament alimentar și obezitatea la copii și adolescenți*. Iași: Editura Polirom, 2017. 244 p. (7)
6. FAIRBURN, C. G. *Terapia cognitiv-comportamentală și tulburările de comportament alimentar*. Cluj-Napoca: ASCR. 2014. 403 p. (8)
7. KASS, A. E.; KOLKO, R. P.; WILFLEY, D. E. Psychological Treatments for Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2013, 26(6), p. 549–555. ISSN: 1473-6578. doi: 10.1097/YCO.0b013e328365a30e.
8. STRIEGEL-MOORE, R. H. *Etiology of binge eating: A developmental perspective*. In: *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford, 1993. pp. 144-172. (49)
9. TURNER, H.; MARSHALL, E., WOOD, F., et al. CBT for eating disorders: the impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety, and depression. *Behavior Research and Therapy*. 2016, 77, p. 1-6. ISSN: 0005-7967 . doi: 10.1016/j.brat.2015.11.011.
10. WONDERLIC. Г. *Терапия пищевого поведения*. Москва: Эксмо, 2007. с. 683. (55)
11. МЕНДЕЛЕВИЧ, В. Д. *Клиническая и медицинская психология*. Москва: МедПресс-информ. 2005. с. 432. (57)
12. H, S.S. *Personality and eating disorders*. In: *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2nd edition. New York: Guilford Press, 2002. pp. 204-209 (53)
13. МАЛКИНА-ПЫХ, И И.Г. *Психологическая помощь близким*. Москва: Изд-во Эксмо, 2009. -191 с. 978-5-699-35169-5

CZU 159.9.019.4:316.485.6

РЕФЛЕКСИЯ-ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОНФЛИКТНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Pavel SERAFIMCIUC, drd.,
Universitatea de Stat din Moldova,

Abstract: *The paper explores reflection as a key element of self-awareness and self-development, and its role in the development of conflict competence. The article examines the main aspects of reflection and its impact on the ability to effectively manage and resolve conflicts. It considers the theoretical foundations of reflection, its connection with conflict competence, as well as practical methods for developing reflection. Special attention is given to empirical studies that confirm the importance of reflection in the context of conflict management.*

Keywords: *reflection, types of reflection, level of reflective development, conflict competence.*

Условия социальной действительности стремительно меняются. Поток информации, увеличиваясь в объеме, скорости, вариабельности качества содержания, образует колоссальную нагрузку на личность, бросая вызов ее адаптивным способностям. Кроме того, расширенные современными технологиями рамки социального взаимодействия приводят к повышению общего уровня конфликтности. Каждая личность постоянно находится в условиях требующих решения сложных конфликтных ситуаций. Эта позиция является, в определенной мере, условием развития личности, а именно ее социальных компетенций, особенно в подростковом возрасте. А развитие конфликтной компетентности, включающей в себя комплекс навыков, необходимых для успешного управления и разрешения конфликтов, выступает как важнейшая педагогическая и психологическая задача. Одним из ключевых аспектов развития этих навыков является рефлексия, которая позволяет индивидууму осознавать свои мысли, эмоции и действия в зоне конфликта.

Обращение к определению и описанию феномена рефлексии сопряжено с некоторыми сложностями. Во-первых, рефлексия рассматривается в различных дисциплинах. И в педагогике, и в психологии, и в социологии предлагается свое понимание, приводящее к соответствующим акцентам в определениях. В рамках данной статьи рефлексия рассматривается как процесс осознания и анализа собственных мыслей, чувств, действий и их последствий, характеризующий всю психическую реальность на протяжении жизни. Процесс, дающий возможность определения мишеней саморегуляции, что, по сути, и является субъектностью. Очевидно, что рефлексия претерпевает многократную трансформацию и усложнение именно в подростковом возрасте. На первой стадии подросткового возраста, 10-11 лет, дети осуществляют рефлексию в основном относительно изолированных поступков, своих некоторых действий. В 12-13 лет, акцент переносится на характер и взаимоотношения с окружающими, чаще со сверстниками. Третья стадия, 14-15 лет, характеризуется существенным ростом критичности к самому себе (1).

Этот период, кроме того, характеризуется, как период высокого социального риска. Оказавшись в новых социальных условиях, подросток попадает в трудные ситуации, вынуждающие перестроить ранее сформированные структуры психики. Создаются необходимые условия для возникновения новых, принципиально отличающихся образований, создающих основу для сознательного поведения. Не стоит забывать о том, что эти новообразования возникают на фоне интенсивного полового созревания, дисгармоничности личности и эмоциональной неустойчивости, упрямства, негативизма, протестных настроений, повышения тревожности и стремления к самостоятельности. Развивающаяся личность неизбежно попадает в конфликты, как с окружающими, так и с самим собой.

Б. И. Хасан формулирует следующие подходы к проблеме конфликта:

- 1) в прикладной психологической работе во многих случаях можно специально способствовать развитию противоречий в конфликт;
- 2) разрешение конфликта заключается в выходе на качественно новый уровень противоречия: здесь важна рефлексия как психологический механизм;

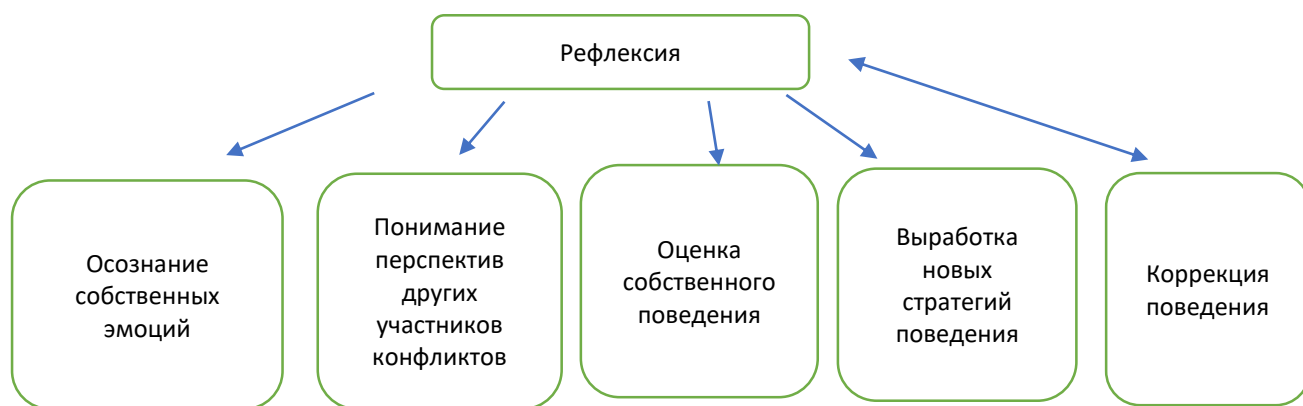
3) изучение конфликта представляет собой исследование возможностей и техник проектирования, конструирования и реализации конфликта как средства развития человека и коллектива;

4) конфликт не существует независимо от источника. Конфликт — это одна из необходимых атрибутивных сторон любого взаимодействия, как внешнего, так и внутреннего, в котором есть трудности в его разрешении (2).

Возможно, именно благодаря множеству конфликтных ситуаций и происходит развитие рефлексии. Феномен рефлексии открывает перспективы, в первую очередь, понять причины конфликта. Именно увеличение глубины анализа собственных и чужих действий, мотивов и эмоций помогает выявить корни конфликта и понять, что именно его спровоцировало. Также, рефлексия позволяет оценить, насколько эффективно было выбрано поведение в конфликтной ситуации, какие ошибки были допущены и как их можно исправить в будущем. Помимо этого, рефлексия способствует развитию эмпатии. Погружаясь в свои переживания и пытаясь понять чувства другого человека, мы развиваем эмпатию, что является важным навыком для успешного разрешения конфликтов. Наряду с этим, рефлексия способствует выбору новых стратегий поведения. Анализируя свой опыт, мы можем выработать новые, более эффективные стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

Возникает вопрос, за счет чего рефлексия способствует развитию конфликтной компетентности? Повышение самосознания: рефлексия помогает лучше понять свои сильные и слабые стороны, свои реакции на конфликтные ситуации и свои ценности. Развитие навыков коммуникации: рефлексия помогает улучшить навыки активного слушания, выражения своих мыслей и чувств, что является основой эффективной коммуникации в конфликтной ситуации. Рефлексия позволяет принимать более взвешенные и обдуманные решения, учитывая все возможные последствия. Регулярная рефлексия помогает лучше справляться со стрессом, возникающим в конфликтных ситуациях (3). Развитие гибкости мышления: рефлексия способствует развитию способности видеть ситуацию с разных точек зрения и находить творческие решения. Для наглядности можно представить функции рефлексии в развитии конфликтной компетентности в виде схемы

Рис.1. . Функции рефлексии в развитии конфликтной компетентности



В качестве одной из переменных выделена рефлексия, как фактор, влияющий на конфликтную компетентность в рамках более широкого исследования роли конфликтной компетентности в коррекции склонностей к девиантному поведению, (выборка – 327 детей, 12-16 лет, из которых 174 девочки и 153 мальчика), и были получены следующие показатели:

Уровень знаний о конфликте и способах выхода из него. Низкий уровень знаний продемонстрировали 66 подростков, средний уровень – 197 детей и высокий уровень знаний – 64 подростка, что наглядно отображено на рисунке 2.

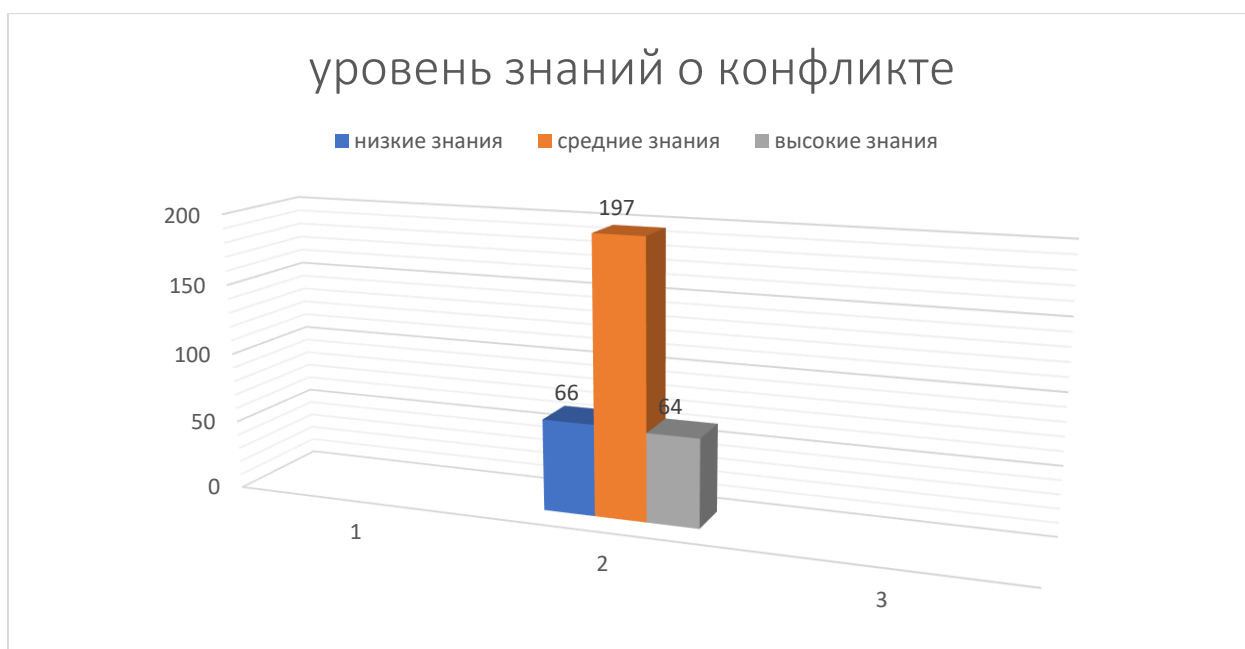


Рисунок 2. Уровень конфликтной компетентности подростков.

В то же время показания типа рефлексии, свойственной подросткам, отображают следующие показатели. Системная рефлексия – 52 подростка. Интроспекция – 102 подростка и квазирефлексия – 173 подростка. См. рис.3.

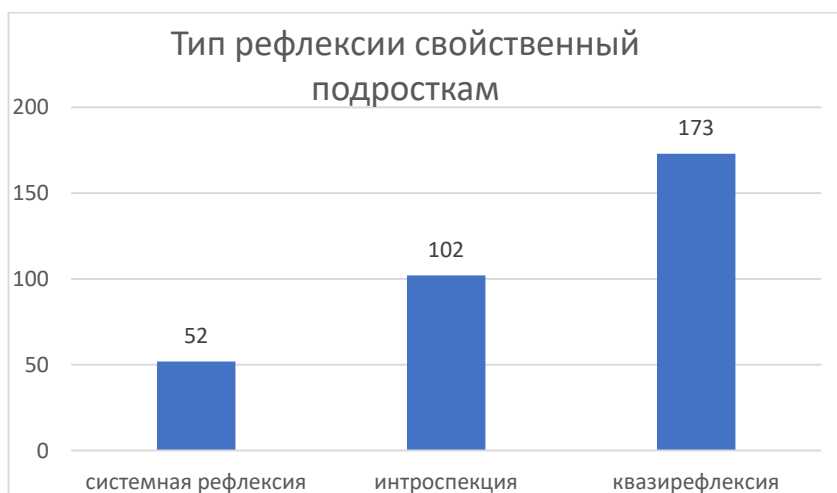


Рисунок 3. Тип рефлексии свойственный подросткам.

Для выявления взаимосвязей типов рефлексии с уровнями конфликтной компетентности подростков был проведен корреляционный анализ, который показал наличие положительной умеренной корреляции между значениями системной рефлексии и высоким уровнем конфликтной компетентности $r=0.502$ (при $p < 0,05$). Системная рефлексия оказывает прямое влияние на уровень конфликтной компетентности. Другими словами, люди более склонные к системной рефлексии, чаще демонстрируют высокий уровень конфликтной компетентности. При анализе своих эмоций, мыслей и поступков в конфликте подростки вероятнее всего будут легче справляться с этими конфликтами. Понимание этой связи позволит разрабатывать более эффективные программы обучения и тренинги по разрешению конфликтов. При фокусировке на развитие рефлексивных навыков можно повысить конфликтную компетентность подростков.

Рекомендации по развитию рефлексивных навыков:

- ведение дневника, регулярно записывая свои мысли и чувства после конфликтных ситуаций, можно лучше понять свои реакции и выработать новые стратегии поведения;

- обсуждение с близким (значимым) лицом конфликтных ситуаций, например, с другом, коллегой или психологом позволяет получить обратную связь и свежий взгляд на ситуацию;

- изучение примеров реальных или гипотетических конфликтных ситуаций помогает развить навыки анализа и принятия решений;

- ролевые игры позволяют отработать различные сценарии поведения в конфликте и увидеть свои сильные и слабые стороны;

- тренинги по развитию конфликтной компетентности помогают освоить конкретные навыки, необходимые для эффективного общения в конфликтных ситуациях.

В заключение можно отметить, что рефлексия играет ключевую роль в развитии конфликтной компетентности, позволяя индивидууму осознавать свои мысли, эмоции и действия в конфликтных ситуациях, а также находить более эффективные способы их разрешения. Эмпирические данные подтверждают тесную связь между уровнем развития рефлексии и способностью успешно управлять конфликтами. Развитие рефлексивных навыков требует систематических усилий и может быть достигнуто через различные методы, такие как ведение дневника, обсуждение конфликтных ситуаций с другими людьми, изучение примеров, ролевые игры и тренинги. Внедрение таких практик в образовательный процесс и профессиональную среду позволит повысить уровень конфликтной компетентности у широкого круга людей, способствуя созданию более гармоничных и продуктивных межличностных отношений. Полученные результаты исследования подчеркивают необходимость дальнейшего изучения взаимосвязи между рефлексией и конфликтной компетентностью. Перспективными направлениями исследований могут стать: сравнительный анализ развития рефлексивных навыков у представителей разных возрастных групп и культур, изучение влияния различных факторов (например, типа личности, социального окружения) на развитие рефлексии, а также разработка более точных инструментов для измерения уровня рефлексивности и конфликтной компетентности. Полученные знания могут быть использованы для создания более эффективных программ обучения и развития, направленных на повышение уровня конфликтной компетентности в различных сферах жизни.

Список литературы

1. Д.И., Фельдштейн. Особенности стадий развития личности на примере подросткового возраста. Хрестоматия по возрастной психологии: учебное пособие для студентов. Москва : Институт Практической Психологии, 1996, стр. 223-233.

2. Б.И., Хасан. Психотехника конфликта и конфликтная компетентность. Красноярск : Фонд ментального здоровья., 1995., стр. 168.

3. Рефлексия «Хорошая» и «Дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике. Осин Е. Н., Леонтьев Д. А. №4., 2014. г., Психология. Журнал ВШЭ.

CZU 373.3:159.952

STRATEGII DE DEZVOLTARE A ATENȚIEI LA ȘCOLARII MICI

Viorica ȚÎLEA, psiholog,
Serviciul de Asistență Psihopedagogică Drochia

Abstract. Attention is one of the most important manifestations of mental life and a prerequisite for success in any activity of primary school students and of other people. The strategies of attention development are the set of methods, techniques of leadership, management, administration related to the organisation of the development of the attention of young students. In order for the development of attention of young students to reach a high level of development and to contribute to the productive acquisition of knowledge, their activities should be organised in an interesting way, using visually appealing materials adapted to their interests. The methods

of training and developing students' attention, to a large extent, generate the success of school performance.

Dintre toate formele de manifestare a vieții psihice, **atenția** este cel mai frecvent asociată cu performanța. Atenția este recunoscută ca primă dimensiune psihică care susține orice proces sau fenomen psihic asigurându-i o bună funcționalitate.

Dezvoltarea atenției la școlarii mici reprezintă un aspect important al pregătirii copilului pentru următoarea treaptă - gimnazială. Dezvoltarea capacității școlarului mic de a-și orienta atenția nu numai asupra situațiilor care-l interesează sau care-l impresionează ci și asupra a ceea ce este necesar, pentru a finisa anumite sarcini, cu toate eforturile ce i se impun în acest sens, este condiționată de necesitatea stringentă a dezvoltării lui intelectuale.

Atenția este o formă deosebită a activității psihice care asigură reflectarea adecvată a lumii din jur. O condiție indispensabilă a reușitei în orice activitate a elevilor din clasele primare este atenția bine dezvoltată. Iată de ce, orice învățător este conștient de faptul că, fără o organizare specială a atenției elevilor în activitățile organizate, fără o susținere cotidiană și sistematică a dezvoltării și optimizării atenției nu va fi posibilă o însușire productivă a cunoștințelor.

Atenția în activitatea elevului este apreciată întotdeauna *ca un factor al reușitei sau succesului*, iar nedezvoltarea sau absența ei, ca factor generator de erori și eșecuri.

Atenția este considerată ca un atribut de bază al proceselor psihice, o condiție pentru reflectarea optimă a realității și pentru conștientizarea activității. Atenția este orientarea și concentrarea activității psihice cognitive asupra unui obiect sau fenomen.

Atenția școlarii mici este strâns legată de activitatea lor de cunoaștere sau intelectuală. La această vârstă suferă schimbări esențiale particularitățile sau calitățile atenției – **volumul, concentrarea, distribuirea, stabilitatea, comutarea.**

Strategiile de dezvoltare a atenției constituie ansamblul metodelor, tehnicilor de conducere, gestiune, administrare referitoare la organizarea dezvoltării volumului atenției școlarii mici.

Volumul atenției desemnează numărul de elemente sau unități informaționale (litere, cifre, cuvinte, imagini, obiecte etc.) pe care un elev le poate urmări simultan cu maximă și relativ egală claritate. Aceasta diferă în funcție de experiența școlarului mic, fiind condiționată de **categoriale de stimuli, tipul de material utilizat, posibilitatea condensării informației** în structuri mai simple, **prezentarea grupată sau dispersată, intensitatea și durata stimulării, motivația** elevului etc. Astfel, cifrele sunt percepute mai ușor decât literele, silabele cu sens mai ușor decât cele fără sens, imaginile mai ușor decât cuvintele; atunci când stimulii sunt cuvinte, elevii sunt simultan atenți la mai puține elemente, însă numărul literelor cuprinse este mult mai mare.

Pe parcursul celor patru ani din treapta primară școlarii mici, își pot dezvolta atenția nu numai din punct de vedere cantitativ, dar și calitativ dacă au o bună organizare a strategiilor, metodelor și procedeele didactice.

Pentru ca **dezvoltarea** atenției la școlarii mici, să atingă un nivel înalt de dezvoltare și să contribuie la însușirea productivă a cunoștințelor, activitățile lor trebuie să fie organizate în așa fel, încât ele să corespundă unor anumite cerințe. Modificarea de bază în dezvoltarea **volumului** atenției la școlarii mici **este trecerea treptată** de la atenția involuntară la cea voluntară. Caracterul voluntar al atenției se dezvoltă datorită activității și îndrumării maturului, care îl include pe elev în noi tipuri de activități organizându-i adecvat și **volumul** atenției.

Unii psihologi văd în atenție o funcție de sinteză, deci ei sunt de părerea că atenția orientează activitatea spre anumite obiecte sau mesaje pentru a fi mai bine cunoscute sau asimilate. Alții estimează atenția ca orientare selectivă și concentrare maximă a conștiinței asupra obiectului, fenomenului, ceea ce la rândul său duce la aprofundarea activității de cunoaștere. Într-un șir de cercetări se accentuează importanța formării și organizării atenției și în special al volumului atenției la școlarii mici, care v-a asigura ulterior o bună posibilitate de instruire în treapta gimnazială.

Dezvoltarea atenției se poate face prin aplicarea inteligentă a unor calități, prin activarea mijloacelor mai ingenioase cum ar fi: îmbogățirea cunoștințelor, lărgirea sferei intereselor,

dezvoltarea voinței, care la rândul lor trebuie formate. Fixarea unor sarcini de către adult, precizarea obiectivelor unor activități, exprimarea clară expresivă, îndrumarea elevilor în tot ce au de făcut, etc., sunt mijloace ce ar putea contribui la dezvoltarea și optimizarea atenției și în special a volumului ei la elevii din clasele primare.

O originală teorie psihologică a dezvoltării atenției a propus la timpul său renumitul savant rus L.S. Vâgotski, în opinia lui: *„Istoria atenției copilului este istoria dezvoltării gradului de organizare a conduitei lui. Maturii din anturajul copilului, utilizând o serie de stimulanzii și instrumente încep să orienteze atenția copilului școlar, să o dirijeze, să o supună voinței, înmânând astfel copilului instrumente cu ajutorul cărora școlarul mic mai apoi se va deprinde să manipuleze propria sa atenție”*.

Garantarea reușitei școlare în funcție de potențialul fizic și psihic al copilului, pe de o parte, și devansarea eșecului școlar, pe de altă parte, reprezintă obiective educaționale de mare multilateralitate. În cazul elevilor din clasele primare, randamentul actului de învățare este în strânsă legătură nu numai de capacitatea de asimilare a cunoștințelor, priceperilor și deprinderilor, dar și de anumite însușiri de personalitate, individual de spiritul de observație, de tipul de concentrare, de a fi atent.

Dezvoltarea atenției, a calității acesteia – concentrare, stabilitate, și volum – redă una dintre finalitățile formării intelectuale. Pentru a descoperi mijloacele ce susțin atenția concentrată și condițiile care intervin în reducerea acesteia au fost efectuate numeroase studii și cercetări științifice. S-a remarcat că atenția este un act adaptiv, ce poate fi dezvoltat prin învățare, în ținutarea ei un rol esențial avându-l stările afective. De asemenea, au fost scoase în evidență legătura sigură ale interesului – pornirea conștientă de a da atenție unor obiecte, persoane sau situații de care sântem atrași și în care găsim împlinire. Tot el, interesul, activează și menține dorința de a continua o experiență începută, în timp ce „adverasarul său”, dezgustul, duce la refuz, la abandonare. Interesul față de activitate este asigurat de un ansamblu motivațional – cerințe, idei, dorințe, idealuri și convingeri.

Materia predată va fi eficient însușită doar dacă va fi focalizat și valorificat interesul elevului, îi va fi „cucerită” atenția. Selectând o anumită secvență din câmpul perceptiv, intensificând impresia, asigurându-i și mai multă claritate, atenția eficientizează cunoașterea. Dezvoltarea atenției este mult influențată de motivație și de stările afective, aceasta determină și viteza cu care se percepe informația dată. Cele trei forme principale ale atenției – involuntară, voluntară și postvoluntară – sânt fundamentale învățării sistematice. Din punctul de vedere al desfășurării și organizării procesului didactic, de o importanță majoră sânt condițiile externe și interne care facilitează concentrarea involuntară a atenției. Condițiile externe sânt: originalitatea obiectelor, a fenomenelor, a situațiilor – atrage atenția elevilor instantaneu; puterea stimulilor – culorile vii, intense; o lumină puternică; un sunet neobișnuit, prelung, nou; obiectele mari (care sânt observate mai repede decât cele mici) atrage atenția imediat; mișcarea, schimbarea, diversitatea – de ex., un film este mai interesant și mai util decât prezentarea unor imagini, a unor planșe sau fotografii. Dintre factorii interni, cel mai important este interesul, el influențând temeinic viața psihică, cultivarea acestuia fiind una dintre sarcinile principale ale școlii. Prezentăm câteva tehnici/metode, exerciții, jocuri de dezvoltare a atenției la copii din clasele primare în cadrul activităților de învățare.

Există mai multe modalități de antrenare și dezvoltare a atenției elevilor, iar de acestea depinde succesul reușitei școlare:

1. Matricea

Scop: dezvoltarea atenției voluntare.

Materiale: un tabel cu 100 de semne (litere, cifre, forme geometrice).

Desfășurare: Elevilor li se reprezintă un semn, ei primesc sarcina să numere de câte ori apare acest semn în tabelul afișat pe tablă sau pe ecranul proiecteurului. Elevii pornesc a lucra la indicația „Începem!”. Cei ce termină de calculat, spun „Gata!”. Timpul se cronometrează. În final, se verifică răspunsurile și se analizează greșelile.

2. Câte pătrățele sunt?

Scop: dezvoltarea focalizării atenției.

Materiale: un desen care “ascunde” 16 părți egale (pătrățele) ale unui pătrat mai mare.

Desfășurare: Elevii trebuie să găsească pe desen toate pătrățelele.

3. Jocul Aer, apă, pământ.

Scop: dezvoltarea atenției voluntare, a spiritului de observație, a concentrării atenției.

Materiale: o minge.

Desfășurare: Copiii sunt aranjați în cerc. Un elev aruncă mingea și spune unul din cele trei cuvinte din denumirea jocului: apă, aer, pământ. Colegul care primește mingea trebuie să numească o vietate ce trăiește în acest mediu.

N.B! Vietățile nu trebuie să se repete. Cine greșește, se așază în bancă.

4. Îndeplinește corect.

Scop: dezvoltarea concentrării atenției auditive și a stabilității atenției.

Materiale: o poezie învățată și cunoscută de către toți elevii.

Desfășurare: Un elev citește prima strofă din poezia: „Somnoroase păsărele”

Somnoroase păsărele

Pe la cuiburi se adună

Se ascund în rămurele

Noapte bună.

după care clasa realizează câteva sarcini:

a. Citiți versurile, numerotând fiecare cuvânt (somnoroase – 1, păsărele –2, pe – 3, la – 4, cuiburi – 5, se – 6 , adună-7 etc.).

b. Indicați numărul literelor din fiecare cuvânt

(somnoroase – 10, păsărele – 8, pe – 2, la – 2, cuiburi – 7, se – 2 etc.).

c. Citiți cuvintele în ordine inversă (esaoronmos elerăsăp ep al irubiuc etc.).

d. Citiți strofa, începând cu ultimul rînd.

Noapte bună.

Se ascund în rămurele,

Pe la cuiburi se adună.

Somnoroase păsărele,

e. Citiți fiecare vers în ordine inversă (bună noapte, rămurelele în ascund se, etc.).

5. Cine-i mai rapid.

Scop: dezvoltarea comutării și distribuției atenției.

Materiale: un text, un creion, un cronometru.

Desfășurare: Având textul în față, elevii trebuie, timp de un minut, să bifeze anumite litere: una cu linie verticală, alta – cu linie orizontală. La semnalul învățătorului, regula jocului se schimbă: o literă este bifată, alta – subliniată (2 minute), după care exercițiul se complică: o literă este bifată, a doua – subliniată, iar a treia – încercuită (3 minute).

6. Ghicitoarea

Această metodă de captarea atenției se adresează copiilor din clasele primare fiind simplă și distractivă. Ghicitoarea trebuie să fie spusă pe tonul potrivit ca copiii să fie provocați la răspunsul corect.

Atenție! Este absolut necesar să se țină cont ca ghicitoare să se potrivească temei activității și vârstei copiilor. Aceasta poate fi complicată cu imagini sau obiecte.

7. Ghemul de ață sau metoda R.A.I. (Răspunde, Aruncă, Întrebă)

Captarea atenției prin această metodă se realizează ușor, practic și distractiv.

Materiale necesar: un ghem de ață și întrebări potrivite cu care se va începe activitatea.

Desfășurarea: Învățătorul pune o întrebare pe baza activității sau a unei discuții și aruncă ghemul de ață la un elev, acesta trebuie să răspundă la întrebarea pusă, după care va pune o întrebare următorului elev.

Este o metodă de învățare ce intră în categoria metodelor moderne. Poate fi folosită și ca o metodă de evaluare, care va menține atenția copiilor pe tot parcursul activității.

8. Îmi amintesc că...

Captarea atenției prin această metodă se realizează prin interacțiunea dintre cel puțin două persoane.

Copil-învățător, copil-părinte, copil-copil, copil-grup de copii.

Desfășurarea: timp de 60 de secunde (timpul poate fi adaptat după dorință, 20 secunde, 30 secunde) în acest timp copilul va trebui să fie atent la fizicul celeilalte persoane, la haine, la încălțăminte și la expresia feței.

După expirarea timpului în care elevului se concentrează să memoreze cât mai multe informații despre cealaltă persoană, vine momentul când trebuie să se întoarcă cu spatele și a fi întrebat: Ce culoare are bluza celeilalte persoane, zâmbea sau nu, cum sunt papucii din picioare, ce culoare are părul etc.?

Este un joc de concentrare a atenției și memorare. Prin această metodă putem interveni la captarea și dezvoltarea atenției la școlarii mici.

Conform celor relatate mai sus, putem afirma că succesul dezvoltării atenției depinde în aceiași măsură de tipul strategiei alese, tipul lecției, momentul lecției dar și de măiestria cadrului didactic.

Concluzii

Atenția face parte din categoria fenomenelor psihice care susțin energetic activitățile. Ea este o funcție prin care se modulează tonusul nervos, necesar pentru desfășurarea celorlalte produse și structuri psihice. În cazul când este prezentă se asigură o bună receptare senzorială și perceptivă a tuturor stimulilor, are loc o înțelegere mai profundă a tuturor ideilor, o memorare mai trainică și mai profundă, selectarea și exersarea.

Cultivarea atenției în școală, în deosebi la școlarii mici, este un obiectiv important pentru reușita școlară, adică a activității de învățare. De capacitatea de concentrare a atenției depinde eficiența și productivitatea, cât și o bună funcționalitate a altor procese cognitive: memoria, gândirea, dar și învățarea. De modalitățile de antrenare și dezvoltare a atenției elevilor depinde succesul reușitei școlare.

Bibliografie

1. Apostol V., Rafailă E., Țugui L., Jurebie, S., Modele orientative de lucru cu preșcolarii, All Pedagogic, București 1999;
2. Cosmovici A., Psihologie generală, Iași, 1996;
3. Cucoș C., Pedagogie, Editura Polirom, Iași, 1996;
4. Gifei M., Dezvoltarea atenției la copilul preșcolar, Ed. Vladimed-Rovimed, Iași, 2010;
5. Granaci L., Instruirea prin joc, Ed. Epigraf, Chișinău, 1999;
6. Programul dezvoltativ și psihocorecțional al atenției la preșcolari, UPSIC, Chișinău, 2007;
7. Psihologia generală. Sub red. lui Bogoslovskii V., Chișinău, 1992;
8. Savca L., Psihologie, Ed. Lumina; Chișinău, 2005;
9. Șchipu U., Verza E., Zlate M., Psihologia vârstelor, Didactică pedagogică. București, 1997;
10. Vengher L.A., Muhina V.S., Psihologia, 1991;
11. Vîrlan M., Donica E., Activitatea psihologului cu copiii de vârstă preșcolară și școlară mică. Ghid practic, Chișinău, 2004.

CZU 159.942.5-057.87

RELAȚIA DINTRE ANXIETATE ȘI REUȘITA ACADEMICĂ ÎN MEDIUL UNIVERSITAR

Maria CORCEVOI, dr., lector univ.
Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Arte,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți

Abstract: *Academic success is a key indicator of future professional and personal achievements. However, students who struggle with psychological challenges, such as anxiety, are*

at a significant disadvantage if they do not receive the necessary support. Anxiety, a prevalent phenomenon among university students, often has a negative impact on their engagement in academic activities, diminishing their interest and participation. In the university environment, anxiety manifests as a barrier to active involvement in courses, seminars, and discussions, leading to reduced academic performance. This study aims to emphasize that anxiety is a critical factor influencing academic difficulties and success rates in first-year students. By addressing this issue, we aim to better understand its implications and identify strategies to mitigate its effects, thereby supporting students in overcoming obstacles to academic achievement.

Keywords: *anxiety, academic success, emotional intelligence, educational support.*

Sfârșitul secolului XX și începutul secolului XXI au adus transformări profunde în societate, influențând profund modul în care indivizii, inclusiv studenții universitari, se dezvoltă în contexte precum universitatea, familia și comunitatea. Aceste schimbări, determinate de globalizare, progresele tehnologice și trecerea către o societate bazată pe cunoaștere, au generat un mediu marcat de incertitudine și necesitatea unei adaptabilități continue. În acest cadru, universitățile nu sunt doar spații de învățare academică, ci și centre care trebuie să susțină formarea unor indivizi capabili să facă față acestor noi realități. Sistemele educaționale contemporane, amplasate la intersecția acestor transformări, se confruntă cu provocări tot mai complexe. Universitatea modernă trebuie să își redefinească misiunea și să-și adapteze metodele de predare, pentru a răspunde cerințelor societății actuale. Educația universitară nu mai poate fi limitată doar la transmiterea cunoștințelor teoretice, ci trebuie să promoveze dezvoltarea competențelor practice, sociale și emoționale, toate esențiale pentru succesul profesional și personal. Aceasta presupune integrarea unor abordări mai flexibile, care să pună accent pe nevoile individuale ale studenților. În ciuda progreselor globale și europene în domeniul educației, provocările emoționale, precum anxietatea, persistă și afectează în mod semnificativ experiența universitară. Incertitudinea legată de viitorul profesional, presiunea evaluărilor academice și așteptările sociale crescute contribuie la amplificarea anxietății, o stare emoțională din ce în ce mai frecvent întâlnită în rândul studenților. Aceasta limitează adesea implicarea activă în procesul de învățare, diminuând motivația și performanțele în cadrul evaluărilor importante, precum examenele sau proiectele de cercetare. Aceste dificultăți emoționale nu doar că influențează negativ performanța academică, dar pot duce și la o scădere a stimei de sine, la izolare socială și chiar la abandonul studiilor universitare. Astfel, relația complexă dintre starea emoțională a studenților și rezultatele lor academice subliniază necesitatea unor intervenții integrate care să abordeze atât dimensiunea intelectuală, cât și cea emoțională a educației. Prin sprijinirea echilibrului emoțional, universitățile pot contribui la crearea unui mediu educațional care să stimuleze nu doar excelența academică, ci și reziliența personală.

Fenomenul anxietății este amplificat de un mediu educațional aflat într-o schimbare continuă, unde studenții sunt adesea expuși la presiuni academice ridicate, lipsa de predictibilitate și așteptări neclare. În cadrul universitar, aceste elemente devin factori majori care interferează nu doar cu procesul de învățare, ci și cu implicarea activă a studenților în parcursul lor educațional. Anxietatea contribuie la diminuarea motivației academice și creează bariere semnificative în calea reușitei, punând la încercare reziliența și capacitatea lor de a face față cerințelor academice.

Studiul de față își propune să exploreze impactul incertitudinii și al anxietății asupra performanței studenților universitari, oferind o perspectivă mai detaliată asupra acestei relații complexe. Printr-o analiză atentă a conexiunii dintre stările emoționale și rezultatele academice, se urmărește identificarea factorilor critici care influențează succesul educațional. Acest demers are ca scop nu doar evidențierea provocărilor emoționale, ci și formularea unor soluții care să sprijine studenții în gestionarea anxietății și să creeze un mediu universitar mai stabil și mai favorabil dezvoltării lor. Dezvoltarea unor strategii eficiente pentru reducerea anxietății poate contribui la îmbunătățirea experienței academice și la creșterea performanțelor studenților. Prin inițiative cum ar fi atelierele de gestionare a stresului, suportul psihologic și metodele flexibile de predare și evaluare, universitățile pot transforma aceste provocări în oportunități de învățare și

dezvoltare personală. Abordarea integrată a acestor probleme poate conduce la crearea unui mediu educațional care nu doar încurajează excelența academică, ci și sprijină sănătatea emoțională a studenților. Această perspectivă holistică asupra anxietății în educație poate deschide noi căi pentru îmbunătățirea procesului de învățare, transformând universitățile în spații care cultivă atât cunoașterea, cât și bunăstarea studenților. Astfel, se poate asigura nu doar succesul pe termen scurt al acestora, ci și pregătirea lor pentru provocările unei societăți în continuă schimbare.

Problema anxietății, un fenomen strâns legat de incertitudine, a devenit un subiect de interes multidisciplinar, fiind studiat din diverse perspective care subliniază impactul său complex asupra dezvoltării și educației. Cercetători precum Alfred Adler, Sigmund Freud, Raymond Cattell, Ivan Pavlov, P. Popescu-Neveanu și Carl Rogers au adus contribuții semnificative la înțelegerea acestui fenomen, oferind perspective care converg asupra importanței gestionării emoțiilor în context educațional. Adler a accentuat că anxietatea are rădăcini în sentimentul de inferioritate și în lipsa de apartenență. În mediul educațional, elevii care se simt excluși sau mai puțin valoroși decât colegii lor sunt mai predispuși să experimenteze anxietate. Acest sentiment îi poate determina să evite provocările academice, afectându-le astfel performanța. Soluția propusă de Adler, axată pe sprijin social și încurajare, se aliniază cu ideile lui Rogers, care a pus accent pe importanța unui mediu empatic și sigur. Profesorii care creează un climat de acceptare necondiționată și care sunt receptivi la nevoile emoționale ale elevilor pot contribui la reducerea anxietății și la stimularea încrederii în sine. Freud, pe de altă parte, a interpretat anxietatea ca un rezultat al conflictelor interne dintre dorințele inconștiente și presiunile externe. În mediul școlar, aceste conflicte se manifestă adesea sub forma presiunilor academice sau sociale care contravin nevoilor emoționale ale elevilor. În acest sens, intervențiile care adresează cauzele profunde ale anxietății, cum ar fi consilierea psihologică, devin esențiale pentru a ajuta elevii să își gestioneze emoțiile. Cattell a adăugat o dimensiune individualizată, subliniind că predispoziția la anxietate variază în funcție de trăsăturile de personalitate. Unii elevi, mai sensibili din punct de vedere emoțional, pot resimți o anxietate mai intensă în fața incertitudinii, în timp ce alții pot folosi această anxietate ca pe un motor pentru a obține rezultate mai bune. Acest lucru sugerează necesitatea de a personaliza strategiile educaționale pentru a răspunde nevoilor individuale ale elevilor. Din perspectiva condiționării clasice, Pavlov a demonstrat că anxietatea poate fi învățată prin asocierea unor experiențe negative cu situații specifice. În mediul școlar, un eșec repetat sau o critică excesivă pot condiționa elevul să perceapă activitățile academice ca fiind surse de stres. Prin deconținere, profesorii pot asocia procesul de învățare cu experiențe pozitive, creând un mediu în care elevii să se simtă în siguranță. Popescu-Neveanu a completat această viziune, subliniind importanța contextului social și a sprijinului emoțional. În absența unui mediu favorabil, anxietatea școlară poate escalada, ducând la scăderea motivației și la retragerea din activitățile educaționale. Un climat educațional pozitiv, bazat pe colaborare și sprijin reciproc, poate reduce semnificativ anxietatea și poate sprijini dezvoltarea emoțională armonioasă a elevilor.

Problema anxietății, strâns legată de incertitudine, reprezintă un subiect de interes multidisciplinar, analizat din diverse perspective teoretice care subliniază impactul său complex asupra dezvoltării personale și performanței academice. Cercetători precum Alfred Adler, Sigmund Freud, Raymond Cattell, Ivan Pavlov, P. Popescu-Neveanu și Carl Rogers au adus contribuții esențiale la înțelegerea acestui fenomen, oferind soluții relevante pentru gestionarea emoțiilor în mediul educațional.

Adler a evidențiat rădăcinile anxietății în sentimentul de inferioritate și lipsa de apartenență. În mediul educațional universitar, studenții care se confruntă cu un sentiment de izolare sau care percep o discrepanță între propriile realizări și cele ale colegilor lor sunt mai predispuși să dezvolte anxietate. Această stare poate duce la evitarea provocărilor academice, reducând astfel implicarea în procesul de învățare. Soluția propusă de Adler, centrată pe sprijinul social și încurajarea constantă, rămâne extrem de relevantă. Universitățile pot cultiva un mediu incluziv prin activități care promovează colaborarea și apartenența, contribuind astfel la reducerea sentimentelor de anxietate și la creșterea stimei de sine.

Freud a interpretat anxietatea ca o consecință a conflictelor interne dintre dorințele inconștiente și cerințele exterioare. În mediul academic, studenții pot resimți aceste conflicte sub forma presiunilor ridicate pentru performanță, care contravin adesea nevoilor lor emoționale. Intervențiile psihologice, cum ar fi consilierea, devin esențiale în acest context, ajutând studenții să exploreze și să gestioneze cauzele profunde ale anxietății lor.

Cattell a adăugat o dimensiune individualizată, arătând că predispoziția la anxietate depinde de trăsăturile de personalitate. De exemplu, studenții cu o sensibilitate emoțională mai mare pot fi afectați mai intens de incertitudinea academică, în timp ce alții pot canaliza această anxietate pentru a-și îmbunătăți performanțele. Această diversitate subliniază importanța personalizării strategiilor educaționale. Profesorii pot adapta metodele de predare și evaluare astfel încât să răspundă diferitelor stiluri de învățare și nevoi emoționale ale studenților.

Pavlov, prin teoria condiționării clasice, a demonstrat că anxietatea poate fi învățată prin asocierea experiențelor negative cu situații specifice. În context universitar, experiențele negative repetate, cum ar fi eșecurile academice sau feedbackul critic excesiv, pot condiționa studenții să asocieze procesul educațional cu stresul. Prin tehnici de deconținere, profesorii pot încuraja studenții să privească învățarea într-un mod pozitiv, utilizând metode care să transforme stresul academic într-o oportunitate de creștere personală.

Popescu-Neveanu a completat această viziune prin accentuarea importanței contextului social și a sprijinului emoțional. Într-un mediu educațional universitar lipsit de suport, anxietatea poate escalada, ducând la demotivare și chiar la abandonul academic. Crearea unui climat bazat pe colaborare, sprijin reciproc și respect este esențială pentru reducerea anxietății și încurajarea unei dezvoltări emoționale echilibrate.

Rogers, prin accentul pus pe empatie și acceptare necondiționată, oferă o altă perspectivă valoroasă. Profesorii care sunt receptivi la nevoile emoționale ale studenților și care creează un spațiu sigur pentru învățare pot diminua anxietatea și pot stimula încrederea în sine. Acest tip de mediu poate contribui la formarea unor studenți mai rezilienți, pregătiți să facă față provocărilor academice și personale.

Perspectiva integrată asupra anxietății oferită de aceste teorii subliniază importanța unei abordări holistice în educația universitară. Prin intervenții personalizate, sprijin emoțional și metode de predare incluzive, mediul universitar poate deveni nu doar un spațiu de formare academică, ci și unul care susține dezvoltarea emoțională armonioasă a studenților. Această abordare contribuie la crearea unui mediu educațional în care anxietatea este transformată dintr-un obstacol într-un catalizator pentru creștere și succes.

O poveste celebră spune că spărgătorul de bănci Willie Sutton, întrebat de ce a jefuit bănci, ar fi răspuns simplu: „Pentru că acolo sunt banii.“ Prin analogie, când ne întrebăm de ce școala și universitatea sunt cadrele ideale pentru a aborda sănătatea mentală a tinerilor, răspunsul este la fel de evident: „Pentru că acolo sunt ei.“ Mediile educaționale nu sunt doar spații destinate învățării academice, ci și contexte în care studenții și elevii își petrec o parte semnificativă din viață, interacționează cu colegii și profesorii, și pot beneficia de sprijin psihologic direct sau indirect.

Succesul academic este strâns legat de sănătatea mentală, aceasta având un impact profund asupra motivației, performanței academice și relațiilor interpersonale. Studenții care se confruntă cu dificultăți psihologice, precum anxietatea, și nu beneficiază de sprijinul necesar se află într-un dezavantaj semnificativ. Aceste provocări pot afecta nu doar parcursul lor academic, ci și oportunitățile de integrare profesională sau personală. În mod particular, anxietatea socială este o formă comună de anxietate care afectează atât adolescenții, cât și tinerii adulți din mediul universitar. Aceasta limitează capacitatea de a participa activ la seminarii sau discuții, de a interacționa deschis cu colegii și profesorii, și de a-și exprima ideile. Astfel, performanța academică poate fi afectată, iar interesul pentru activitățile educaționale poate scădea treptat.

Actul învățării, al predării și al evaluării se desfășoară într-un context de relații complexe, unde climatul psiho-social influențează semnificativ procesul educațional. Relațiile dintre profesori și studenți, interacțiunile colegiale și dinamica grupurilor de învățare sunt factori care pot amplifica sau diminua anxietatea. Așa cum sublinia Jean Jacques Rousseau prin îndemnul său

„începeți dar prin a vă cunoaște copiii“, educația trebuie să pornească de la înțelegerea nevoilor și particularităților fiecărui individ. Cu toate acestea, principiul personalizării este adesea trecut cu vederea. În mediile academice, profesorii tind să se concentreze asupra studenților cu performanțe ridicate, ignorând adesea dificultățile emoționale sau academice ale celor care rămân în umbră. Studenții anxioși, de exemplu, pot fi trecuți cu vederea, iar temerile lor legate de eșec, de relaționare sau de bunăstare generală pot rămâne neadresate. Această realitate subliniază necesitatea ca școlile și universitățile să devină spații care nu doar transmit cunoștințe, ci și cultivă bunăstarea emoțională. Prin crearea unui mediu educațional incluziv și empatic, se poate transforma experiența educațională într-una care susține dezvoltarea completă a tinerilor, reducând anxietatea și stimulând încrederea în sine. Această abordare holistică este cheia către un proces educațional de succes, adaptat provocărilor contemporane.

În acest studiu, explorăm frecvența cu care anxietatea devine un factor primordial al dificultăților academice în rândul studenților din anul I, specialitatea Psihologie. De asemenea, evidențiem impactul negativ al anxietății asupra performanței academice și a adaptării studenților la mediul universitar.

Scopul cercetării: Studiul își propune să analizeze relația dintre anxietate și reușita academică în rândul studenților din primul an la specialitatea Psihologie, identificând modul în care anxietatea influențează integrarea lor în viața academică și rezultatele educaționale.

Ipoteza cercetării:

Presupunem că în rândul studenților care înregistrează performanțe academice scăzute există o prevalență mai mare a anxietății, aceasta fiind un factor determinant în dificultățile lor educaționale și sociale.

Metode, procedee și tehnici de cercetare:

Scala de anxietate (Spillberger) iar evaluarea reușitei academice prin metoda catalogului. Datele obținute au fost prelucrate statistic prin calcularea coeficientului Spearman

Baza experimentală a cercetării: Cercetarea se desfășoară în rândul unui eșantion format din 45 de studenți de la Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, înscriși în anul I la specialitatea Psihologie, ciclul licență. Subiecții sunt selectați din mediul universitar, având vârste cuprinse între 20 și 23 de ani. Pentru analiza ipotezei am analizat variabilele: nivel anxietate și media academică a semestrului 1.

Tabelul 1. Rezultatele corelației variabilei

		nivel_anxietate	media_academică
nivel_anxietate	Pearson Correlation	1	-,454**
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	45	45
media_reușitei	Pearson Correlation	-,454**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	45	45

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Studiul a evidențiat o corelație negativă semnificativă între nivelul anxietății și media reușitei academice în rândul studenților din anul I, specialitatea Psihologie, la Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți ($r = -0,454$, $p = 0,002$). Această relație indică faptul că, pe măsură ce nivelul anxietății crește, performanța academică scade, iar acest fenomen este validat statistic la un nivel de semnificație de 99% ($p < 0,01$). Rezultatele demonstrează că relația identificată nu este întâmplătoare, ci reflectă o realitate importantă în rândul studenților din primul an de studii. Nivelul ridicat de anxietate influențează negativ nu doar rezultatele la evaluările academice, ci și adaptarea generală la mediul universitar. Studenții care experimentează niveluri crescute de anxietate pot avea dificultăți în a menține un ritm constant de studiu și în a obține rezultate

academice satisfăcătoare. Această anxietate poate afecta inclusiv implicarea activă la cursuri, în seminarii și în relațiile colegiale. Este esențial ca universitatea să sprijine dezvoltarea inteligenței emoționale a studenților pentru a le facilita gestionarea emoțiilor și adaptarea la cerințele academice.

Sesiunile de consiliere individuală sau de grup și atelierele de gestionare a stresului pot ajuta la reducerea anxietății și la îmbunătățirea performanței academice. Universitatea poate implementa strategii educaționale incluzive, care să răspundă diversității emoționale și nevoilor studenților. Profesorii ar trebui să adopte o atitudine empatică și să creeze un mediu care să reducă presiunea și să stimuleze încrederea în sine. Rezultatele acestui studiu confirmă faptul că anxietatea reprezintă un obstacol major în calea reușitei academice pentru studenții de anul I. Gestionarea eficientă a acestui factor devine esențială pentru a sprijini parcursul educațional și dezvoltarea personală a tinerilor. Astfel, universitatea poate contribui la crearea unui mediu educațional echilibrat, care să promoveze atât excelența academică, cât și bunăstarea emoțională.

Referințe bibliografice:

1. Botezatu, L. Reușita școlară – premise. În: *Revista Columna*, nr. 3, 2014, pp. 259-267.
2. Bret, A. Moore (trad. Petria, Cătălina). Cum să-ți controlezi anxietatea. București: Editura TREI, 2016, 256 p.
3. Dikel, W. (trad. Andronache, D.). Sănătatea mentală a elevului: Ghid pentru personalul didactic. București: Editura TREI, 2015, 411 p.
4. Eckersley, J. (trad. Chircea, B.). Copilul anxios. Prahova: Editura Antet, 2006, 152 p.
5. Kennedy-Moore, E., Lowenthal, M. (trad. Ulici, A.). Educație inteligentă pentru copii inteligenți: Cum să dezvoltăm potențialul real al copiilor noștri. București: Editura LITERA, 2016, 366 p.
6. Losii, E., Racu, I. Anxietatea școlară la preadolescenți. În: *Revista Psihologie*, nr. 3, 2011, pp. 3-8.
7. Otomega, Iu. Efectul fenomenului de anxietate socială asupra reușitei școlare la adolescenți. În: *Revista Psihologie*, nr. 1-2, 2015, pp. 11-18.
8. Tufeanu, M. Subrealizarea școlară a adolescenților contemporani în contextul schimbării sociale. Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2015.
9. Dindelegan, C., Bonchiș, E., Drugas, M., Trip, S. Introducere în Psihologia personalității. Oradea: Editura Universității din Oradea, 2009. ISBN: 978-973-759-899-8.
10. Ewen, R. B. (trad. Nicolae, S. M.). O introducere în teoriile personalității. București: Editura TREI, 2012. ISBN: 978-973-707-585-7.
11. Grossmann, H. L. Aspecte istorice, teoretice și practice pentru înțelegerea psihoterapiilor analitice și umaniste. Arad: Carmel Print, 2009. ISBN: 978-973-7738-80-6, pp. 38-59, 155-164.
12. Ewen, R. B. (trad. Nicolae, S. M.). O introducere în teoriile personalității. București: Editura TREI, 2012. ISBN: 978-973-707-585-7.

CZU 159.9-053.5:371.212.7

INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE PENTRU PREVENIREA ȘI REMEDIEREA DIFICULTĂȚILOR ȘCOLARE

Vasile GARBUZ, asist. univ., magistrul în psihologie și pedagogie,
Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți

***Abstract:** This study examines the multifaceted causes of school failure in adolescents, including health issues, personal traits, lack of motivation, and inadequate parental or teacher support. It highlights the importance of a multidisciplinary approach to education, integrating cognitive, emotional, and social development. The research explores both success and failure in academic performance, emphasizing the need for personalized learning strategies and*

psychological interventions to address individual challenges. The findings stress the role of collaboration among educators, psychologists, and parents in preventing and overcoming school failure, ensuring students reach their full potential.

Key-word: School failure, adolescents, motivation, psychological interventions.

Activitatea de învățare a elevilor presupune o abordare multidisciplinară, orientată spre îmbunătățirea performanțelor școlare și prevenirea dificultăților de învățare. Această abordare integrează metode și strategii din diferite discipline, având ca scop dezvoltarea armonioasă a competențelor cognitive, emoționale și sociale ale elevilor. Prin colaborarea dintre profesori, psihologi, părinți și alți specialiști din domeniul educației, se pot identifica și remedia la timp eventualele obstacole întâmpinate de elevi în procesul de învățare.

O astfel de abordare permite personalizarea parcursului educațional, adaptând metodele de predare la nevoile și ritmul fiecărui elev. De asemenea, promovează învățarea activă și dezvoltarea gândirii critice, prin interacțiunea dintre diferite domenii de cunoaștere. În plus, prin activități complementare, precum consilierea psihopedagogică și intervențiile individualizate, se urmărește nu doar depășirea dificultăților școlare, ci și formarea unei atitudini pozitive față de învățare, care să conducă la succes educațional pe termen lung.

În literatura de specialitate, rezultatele și performanțele școlare sunt adesea asociate cu noțiunile de succes și insucces școlar. Totodată, aceste noțiuni sunt corelate cu: „**reușita școlară**” și „**progresul școlar**” la nivel general, succesul școlar constă în „obținerea unui **randament superior** în activitatea instructiv-educativă, la nivelul cerințelor programelor și al finalităților învățământului”, iar insuccesul, ca „eșec școlar”, se referă la „rămânerea în urmă la învățatură sau la neîndeplinirea cerințelor obligatorii din cadrul procesului instructiv-educativ, fiind efectul dintre exigențe, posibilități și rezultate”. [1]

Dacă ne referim la **succesul școlar individual**, termenul desemnează faptul că, într-un anumit interval de timp, elevul reușește să atingă nivelul maxim posibil al performanțelor sale, fără a subîndeplini nivelul minim obligatoriu stabilit de normele de evaluare. Acest succes presupune însușirea unui anumit volum de cunoștințe și abilități prevăzute în programa școlară. Pentru a deveni aplicabilă, această definiție presupune cunoașterea următorilor parametri:

- Nivelul de performanță al fiecărui elev, atât în termeni de conținut (cognitiv, afectiv-atitudinal, psihomotor), cât și în termeni relativi (prin raportarea la performanțele grupului de referință);
- Nivelul minim obligatoriu în învățare și fundamentarea psihopedagogică a acestuia;
- Criteriile de evaluare raportate la curriculum-ul propus;
- Caracteristicile contextului de învățare, interpretate din perspectiva educației permanente și a interrelațiilor dintre învățarea formală, nonformală, semiformală și informală.

Conceptul de insucces școlar în viziunea lui A. A. Бездарный, cuprinde o delimitare dintre „**insucces absolut**” și „**insucces relativ**”. Eșecul școlar absolut este caracteristic elevilor care obțin note negative, adică se află sub nivelul minim al cerințelor. Eșecul școlar relativ se caracterizează printr-o încărcătură cognitivă insuficientă pentru acei elevi care ar putea îndeplini cerințele obligatorii de nivel al cunoștințelor conform programului școlar. [2]

A. M. Gelmont și N. I. Muracikovski identifică trei grade de eșec școlar în funcție de numărul de discipline și stabilitatea restanțelor:

- Dificultăți și performanțe scăzute generale și profunde pe o perioadă lungă de timp;
- Eșec parțial, dar relativ stabil pentru 1–3 discipline;
- Eșec școlar episodic. Eșecul școlar la elevi se manifestă uneori la o materie, alteori la alta, fiind relativ ușor de depășit.

Problemele psihologice ale eșecului școlar au fost cele mai temeinic și fundamental studiate de N. A. Mencinskaia. Ea operează cu conceptul special – „învățabilitate” sau „capacitatea de asimilare a cunoștințelor”. Termenul „învățabilitate”, așa cum observă N. A. Mencinskaia, desemnează receptivitatea la asimilarea cunoștințelor și a metodelor de activitate școlară. Această capacitate

reprezintă o trăsătură individuală, relativ stabilă a personalității. N. A. Mencinskaia oferă următoarea caracterizare a trăsăturilor generale ale elevilor cu capacitate de asimilare scăzută:

- orice tip de activitate psihică reprezintă o mare dificultate pentru acești elevi atunci când trebuie să se manifeste în cadrul activităților de învățare;
- la elevii cu capacități de învățare scăzută se observă o discrepanță între nivelul de dezvoltare al gândirii intuitive-practice și al gândirii logico-verbale, aceștia gândesc fie în mod abstract, fie în mod concret, iar trecerea de la un plan la altul (concretizarea unui concept abstract sau abstractizarea unui concept concret) le reprezintă o mare dificultate;
- deficiențele de memorie și gândire sunt strâns legate de trăsăturile mai generale ale „stilului” de muncă mentală al elevilor, având un tonus scăzut al activității cognitive generale, care este, la rândul său, determinat de sfera motivațională a acestor elevi.

Cauza dificultăților nu se referă doar la metodele imperfecte de lucru al școlilor, ci și în particularitățile de vârstă.

Fondatorul științei pedagogice ruse, К. Д. УШИНСКИЙ, a acordat o mare atenție problemei eșecului școlar, susținând că pedagogul trebuie să încerce să înțeleagă copilul, să studieze personalitatea acestuia. Astfel, pentru profesor este esențial să cunoască pedagogia, care trebuie să se bazeze pe psihologie, în conformitate cu principiul unei abordări cuprinzătoare și integrale. К. Д. УШИНСКИЙ sublinia printre principalele reguli pedagogice ce definesc succesul învățării copilului necesitatea de a „lega noile cunoștințe de cele deja bine înrădăcinate” [Ușinski, 1950, p. 352]. Sistemul didactic al lui К. Д. УШИНСКИЙ a fost orientat spre dezvoltarea gândirii copilului, care era considerată condiție și premisă a unei activități cognitive de succes”. Conform lui К. Д. Ушinski, doar dezvoltarea gândirii contribuie la adevăratele succese și ajută la eliminarea eșecului școlar al elevului. [3]

Analiza literaturii de specialitate ne oferă o imagine mai clară cu privire la motivele și dificultățile de ordin școlar cu care se confruntă elevii de vârstă adolescentină. De cele mai frecvente ori în această perioadă, cerințele față de ei, devin mai stricte, iar aceștia trec prin apogeul crizei adolescenței, relațiile lor cu părinții se schimbă, iar accentul se mută pe căutarea unui loc în cadrul grupului de semeni. Chiar și părinții, în această perioadă, nu înțeleg întotdeauna cum să-i ajute.

Cauzele eșecului școlar la adolescenți sunt variate și adesea interconectate, manifestându-se într-un mod complex. Printre acestea se numără:

- Starea de sănătate, care poate influența performanțele școlare;
- Trăsăturile personale și abilitățile slabe, cum ar fi lipsa de independență, obiective clare sau perseverență;
- Lipsa de interes, adesea asociată cu probleme de motivație, precum o atitudine greșit formată față de activitatea școlară;
- Sarcinile suplimentare mari, cum sunt numeroasele activități extracurriculare, care pot împiedica elevul să facă față cerințelor școlare;
- Lipsa de atenție și sprijin din partea părinților, care joacă un rol esențial în succesul școlar al adolescentului;
- Competențele și pregătirea cadrelor didactice, care influențează direct procesul de învățare;
- Așteptările nerealiste sau inadecvate ale profesorilor față de elevi;
- Natura sarcinilor școlare, care pot fi prea dificil de realizat pentru unii elevi;
- Climatul psihologic din clasă, care poate favoriza sau, dimpotrivă, inhiba dezvoltarea și performanța elevilor.

În cadrul manifestării insuccesului școlar, elevii parcurg, de obicei, mai multe etape sau faze, care reflectă evoluția dificultăților întâmpinate în procesul de învățare. Aceste faze pot include:

1. **Faza premergătoare**, caracterizată prin apariția primelor diminuări ale prestațiilor școlare, față de exigențele formulate de profesori. În plan psihocomportamental, această fază este însoțită de instalarea sentimentelor de nemulțumire în legătură cu unele aspecte ale vieții din școală și cu lipsa motivației de a învăța unele lecții sau unele capitole, dar pe fondul unei

atitudini pozitive față de studiu în general. Deși este un insucces episodic, de scurtă durată, putând fi recuperat doar în câteva lecții, prin modalitățile mai puțin evidente, insinuate de manifestare, este dificil de identificat în cazul fiecărui elev în parte, în timp util, adică înainte de a se croniciza înaintând în faza următoare. Chiar dacă nu evoluează către faza a doua, menținerea elevului în parametrii acestui insucces, generează mediocritatea și subrealizarea școlară în raport cu posibilitățile aptitudinale personale.

2. **Faza de retrapaj propriu-zis**, caracterizată prin lacune mari, evitarea eforturilor de studiu individual,acompaniate de aversiunea față de învățatură, de profesori, de autoritatea școlară în general, de perturbarea orelor prin tachinarea colegilor, bufonerie, epatarea altor valori, etc., sau absentarea nemotivată. Ca durată coincide cu stadiul doi și trei ale insuccesului persistent, manifestate pe parcursul primului trimestru și respectiv, tot anul, la unele discipline de învățământ.
3. **Faza eșecului școlar formal** (repetenția) cu consecințe negative, virtual-profunde în dezvoltarea personalității și integrarea socială. Sfera conceptului de insucces școlar s-a extins prin cuprinderea fenomenelor de:
 - a. inadaptare școlară – dificultăți de integrare și acomodare la viața școlară, uneori ca expresie a tulburărilor de dezvoltare psihică și anotomo-fiziologică, comportament și relație;
 - b. mediocritate – desemnând elevii cu note între 5 și 7, cu nivel coborât de aspirație și motivație, dar cu aptitudini medii și chiar supramedii;
 - c. subrealizarea școlară (underachievement) a elevilor cu aptitudini înalte și excepționale – neatingerea performanțelor personale în diferite domenii de expresie aptitudinală, datorită unei multitudini de variabile de personalitate care interacționează pe perioade îndelungate de timp, cu condițiile neadecvate de mediu educațional. Fenomenul are o rată incidentală înaltă (aproape ½ dintre copiii cu QI care îi plasează în segmentul superior de 5% din populația școlară);
 - d. abandonul școlar – părăsirea școlii obligatorii înaintea terminării ei, renunțarea la studiu deliberat sau forțați de anumite împrejurări, de obicei de ordin familial. Aceștia li se adaugă și neșcolarizații din start, împreună reprezentând categoria cea mai expusă privațiunilor economice și culturale, deci cea mai vulnerabilă pe linia delicvenței și comportamentului deviant în general. [3. pag. 99-100]

Fenomenul insuccesului școlar se poate manifesta sub diverse forme, de la inadaptare școlară și mediocritate, până la subrealizarea școlară a elevilor cu potențial înalt și abandonul școlar. Aceste manifestări sunt adesea cauzate de factori multipli, incluzând dificultăți personale, lipsa motivației, condițiile educaționale inadecvate și problemele familiale. Este esențial ca intervențiile educaționale să fie concepute pentru a preveni și remedia aceste dificultăți, oferind elevilor sprijin atât în plan cognitiv, cât și emoțional, pentru a le permite să își atingă întregul potențial și să se integreze cu succes în viața școlară.

Intervențiile psihologice pentru prevenirea și remedierea dificultăților școlare sunt esențiale pentru sprijinirea elevilor care întâmpină obstacole în procesul de învățare. Aceste intervenții trebuie să fie adaptate în funcție de nevoile individuale ale elevilor și să vizeze atât aspectele cognitive, cât și cele emoționale și sociale. Iată câteva direcții cheie de intervenție:

1. Evaluarea psihologică inițială:
 - Realizarea unui diagnostic psihologic pentru a identifica cauzele dificultăților școlare, cum ar fi tulburările de învățare, problemele de motivație, anxietatea, problemele familiale sau alte factori externi.
 - Utilizarea unor teste psihologice pentru a evalua nivelul cognitiv, abilitățile sociale, și starea emoțională a elevului.
2. Dezvoltarea strategiilor de învățare:
 - Implementarea unor tehnici de învățare personalizate, care să răspundă stilului de învățare al fiecărui elev, cum ar fi folosirea metodelor vizuale, auditive sau kinestezice.
 - Antrenarea elevilor în tehnici de auto-organizare, gestionarea timpului și învățarea activă.
3. Intervenții pentru îmbunătățirea motivației și stimei de sine:

- Crearea unui mediu de învățare pozitiv, în care elevii sunt încurajați și susținuți, iar succesul este recompensat.
 - Tehnici de consolidare a încrederii în sine, prin stabilirea de obiective mici și realizabile, care să ofere elevului un sentiment de succes.
 - Utilizarea încurajărilor și feedback-urilor pozitive pentru a sprijini dezvoltarea unei atitudini constructive față de învățătura școlară.
4. Sprijin emoțional și consiliere:
- Realizarea de sesiuni de consiliere pentru a sprijini elevii care experimentează anxietate, frică de eșec sau alte dificultăți emoționale legate de școală.
 - Dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională, gestionarea stresului și învățarea de tehnici de relaxare.
 - Organizarea de sesiuni de grup pentru a încuraja elevii să împărtășească experiențele lor și să primească sprijin de la colegi.
5. Colaborarea cu părinții:
- Implicarea părinților în procesul de remediere a dificultăților școlare prin organizarea de întâlniri periodice pentru a discuta progresele și dificultățile elevului.
 - Educarea părinților cu privire la importanța unui mediu de susținere acasă și la tehnicile de sprijinire a învățării elevului.
6. Intervenții pentru dezvoltarea abilităților sociale:
- Dezvoltarea abilităților de comunicare și rezolvare a conflictelor prin jocuri de rol și sesiuni de grup.
 - Îmbunătățirea relațiilor interpersonale ale elevilor prin activități care să le dezvolte empatia, cooperarea și respectul față de colegi.
7. Monitorizarea progreselor:
- Urmărirea constantă a progresului elevului prin evaluări periodice, atât pe plan academic, cât și pe plan emoțional.
 - Ajustarea intervențiilor în funcție de rezultatele obținute și identificarea noilor nevoi de sprijin.

Prin aplicarea acestor intervenții psihologice, se poate preveni și remedia eficient insuccesul școlar, contribuind astfel la dezvoltarea unei educații de calitate și la bunăstarea psihologică a elevilor.

Bibliografie:

1. Silvia Briceag. Psihologia educațională : Curs universitar / Silvia Briceag; Univ. de Stat "Alec Russo" din Bălți, Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Arte. – Bălți : S. n., 2019 (Tipogr. "Indigou Color"). –p. 97
2. Школьная неуспеваемость: психолого-педагогические причины и пути преодоления: учебное пособие / М. Г. Харитонов, И. П. Иванова, Т. В. Ромманова, О. В. Чернова. – Чебоксары : Чуваш. гос. пед. ун-т, 2021. – 67 с
3. Ушинский, К. Д. Собрание сочинений : в 11 т. — Т. 8: Человек как предмет воспитания. Опыт педагогической антропологии / К. Д. Ушинский. — Москва — Ленинград : Изд-во Акад. педагогических наук, 1950. — 776 с.
4. Gerald R. Adams, Michael D. Berzonsky. Psihologia adolescenței. Ed: Polirom. Iași: 2009 – p. 701.



Secțiunea III

CZU 159.922.6-053.9

ABORDĂRI TEORETICO-EXPERIMENTALE PRIVIND ÎMBUNĂTĂȚIREA SENSULUI VIEȚII LA PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA

Florin Marius VOICU, doctorand,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
Republica Moldova

Jana RACU, doctor în psihologie, profesor universitar,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”

Abstract.*Objectives.* This study explores the impact of logotherapy on meaning in life, anxiety, depression, and psychological well-being in older adults.

Material and Methods. Thirty participants, aged 60+, were split into two therapy groups (home and residential) and a control. Analyses assessed therapy's effects on meaning, social support, and mental health, considering demographic factors.

Results. Therapy groups showed significant increases in meaning, and reduced anxiety, and depression. Meaning and social support predicted improved mental health.

Conclusions. Psychotherapy enhances life meaning and reduces distress, vital for well-being in older adults.

Keywords: meaning in life, psychological well-being, social support, psychotherapy, elderly.

Introducere

Sensul vieții și suportul social sunt componente esențiale ale bunăstării psihologice, mai ales pentru adulții în vârstă, care se confruntă cu provocări fizice și emoționale sporite. Studiile au arătat că un puternic sentiment al scopului îmbunătățește sănătatea mintală, inclusiv prin reducerea depresiei și anxietății [1]. Logoterapia, dezvoltată de Viktor Frankl, oferă o abordare existențială care accentuează găsirea sensului în toate aspectele vieții, ceea ce poate atenua stresul psihologic, mai ales în etapele târzii ale vieții [2].

Acest studiu evaluează impactul unui program de psihoterapie asupra sensului vieții, anxietății, depresiei și bunăstării psihologice la adulții în vârstă în diverse situații de viață. Se presupune că grupurile ce beneficiază de intervenție vor experimenta creșteri semnificative ale sensului vieții și bunăstării și scăderi ale anxietății și depresiei comparativ cu grupul de control.

Metodologie

Participanți: Treizeci de adulți în vârstă (peste 60 de ani) au fost recrutați și împărțiți în trei grupuri: 10 participanți cu locuințe personale, 10 instituționalizați într-un centru rezidențial și 10 în grupul de control.

Procedura: Programul de psihoterapie s-a desfășurat pe parcursul a 12 ședințe, abordând teme precum retrospectiva vieții, identificarea valorilor și stabilirea de obiective viitoare. Fiecare ședință a avut ca scop consolidarea sensului și scopului personal al participanților, abordând în același timp aspecte existențiale.

Instrumente:

1. Chestionarul Sensului Vieții (MLQ) pentru a evalua prezența și căutarea sensului pe o scară Likert de 7 puncte [3]. Scala multidimensională a sprijinului social perceput (MSPSS)
2. Scala Multidimensională de Suport Social Perceput (MSPSS) pentru a evalua suportul perceput din partea familiei, prietenilor și persoanelor apropiate [4].

3. Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (HDRS) [6] și Scala Hamilton de Anxietate (HRSA) pentru a evalua simptomele de depresie și anxietate[7].

4. Scala de Bunăstare Psihologică (PWBS) pentru a evalua dimensiuni ale bunăstării psihologice, inclusiv scopul în viață și creșterea personală [8].

Analiza datelor: Datele au fost analizate folosind IBM SPSS, cu analize ANOVA pentru măsurători repetate, corelații și regresie pentru a examina schimbările în timp și relațiile între variabile.

Rezultate

ANOVA pentru Măsurători Repetate

Analiza ANOVA pentru măsurători repetate a indicat îmbunătățiri semnificative în Prezența Sensului și reduceri ale Anxietății și Depresiei în grupurile cu intervenție comparativ cu grupul de control ($p < 0,01$). Grupul din locuințele personale a prezentat cele mai mari creșteri ale sensului, iar grupul din centrul rezidențial a arătat îmbunătățiri moderate. Grupul de control nu a prezentat schimbări semnificative.

Analiza Corelațiilor

Corelația pozitivă între Prezența Sensului și Bunăstarea Psihologică și între Suportul Social și reducerea Anxietății indică faptul că participanții cu un sens al vieții mai puternic și un suport social mai ridicat au obținut rezultate mai bune în sănătatea mintală.

Analiza Regresiei

Rezultatele regresiei oferă dovezi solide privind impactul benefic al psihoterapiei asupra anxietății și depresiei prin sporirea sensului vieții, a sprijinului social și a scopului vieții:

Prezența sensului vieții a fost un predictor semnificativ al anxietății și depresiei reduse, confirmând eficacitatea psihoterapiei în creșterea împlinirii existențiale, care ameliorează în mod direct suferința psihologică.

Sprijinul social a arătat cel mai puternic efect atât asupra anxietății, cât și asupra depresiei, subliniind importanța promovării conexiunilor sociale și a sprijinului emoțional ca o componentă esențială a procesului terapeutic. Suportul Social a fost cel mai puternic predictor al bunăstării, explicând 44,8% din variația în satisfacția vieții, ceea ce subliniază importanța relațiilor și sprijinului social.

Scopul în viață a contribuit, de asemenea, la reducerea anxietății și depresiei, deși efectele sale au fost ceva mai slabe decât cele ale semnificației și sprijinului social.

Rezultatele regresiei se aliniază cu analizele anterioare (ANOVA, corelație), demonstrând că psihoterapia reduce semnificativ atât anxietatea, cât și depresia. Aceste constatări subliniază valoarea terapeutică a concentrării pe sens și scop, în special pentru persoanele care se luptă cu crize existențiale sau tulburări de dispoziție.

Sprijinul social se evidențiază ca un factor vital atât în reducerea suferinței psihologice, cât și în creșterea eficacității generale a terapiei.

Discuții

Scopul acestui studiu a fost de a evalua eficacitatea psihoterapiei în îmbunătățirea bunăstării psihologice, concentrându-se asupra schimbărilor în sensul vieții, anxietate și depresie în două grupuri de intervenție (reședință personală și centru rezidențial) în comparație cu un grup de control. Constatările din ANOVA cu măsuri repetate, analiza corelațiilor și analiza regresiei oferă o confirmare solidă a ipotezei conform căreia psihoterapia îmbunătățește bunăstarea psihologică, reduce simptomele de anxietate și depresie și consolidează sentimentul de sens și scop în viață.

ANOVA cu măsuri repetate a demonstrat îmbunătățiri semnificative ale prezenței sensului în grupurile de intervenție, ambele grupuri, Rezidența personală și Centrul rezidențial, prezentând creșteri substanțiale după terapie, în timp ce grupul de control nu a prezentat nicio schimbare semnificativă. Analiza a arătat, de asemenea, o reducere a anxietății și depresiei în ambele grupuri de intervenție, fără efecte semnificative observate în grupul de control.

Această constatare se aliniază cu cercetările anterioare care arată că logoterapia îmbunătățește în mod eficient bunăstarea existențială și reduce simptomele de suferință mintală. De exemplu, Steger et al. (2006) [1] au constatat că sporirea sensului vieții are un impact pozitiv

asupra bunăstării, susținând îmbunătățirile observate în prezența sensului în acest studiu.

Analiza corelațiilor a oferit informații despre relațiile dintre variabilele cheie înainte și după terapie, consolidând și mai mult impactul pozitiv al psihoterapiei:

Creșterea prezenței sensului și a scopului: După terapie, corelațiile dintre prezența sensului și scopul în viață au fost consolidate în ambele grupuri de intervenție. Acest lucru reflectă faptul că psihoterapia nu numai că sporește sentimentul de semnificație, ci și consolidează scopul, ceea ce este esențial pentru reziliența psihologică.

Scăderea căutării de sens: În special, după terapie, sprijinul social a fost corelat negativ cu căutarea de sens în grupul Personal Residence, sugerând că participanții cu legături sociale mai puternice s-au simțit mai puțin constrânși să caute un sens suplimentar, probabil datorită unui sentiment sporit de împlinire.

Implicațiile constatărilor: Aceste rezultate sunt în concordanță cu studiile efectuate de Grey și colab. (2020) [5], care au subliniat importanța sprijinului social în reducerea stresului existențial, subliniind modul în care indivizii cu conexiuni semnificative experimentează o tensiune psihologică mai scăzută. Corelația negativă observată între sprijinul social și nevoia de a căuta un sens subliniază rolul terapeutic al relațiilor sociale în reducerea incertitudinii existențiale.

Analiza de regresie a confirmat în continuare că prezența sensului, sprijinul social și scopul în viață au fost predictorii semnificativi ai reducerilor post-terapie în anxietate și depresie. Aceste constatări sunt esențiale pentru înțelegerea impactului terapeutic al psihoterapiei:

Prezența sensului ca predictor cheie: Modelul de regresie a arătat că prezența sensului a prezis în mod semnificativ scăderea scorurilor de anxietate și depresie după terapie. Acest lucru susține ipoteza că psihoterapia reduce stresul psihologic prin sporirea sensului vieții, un principiu de bază al acestei abordări terapeutice.

Impactul sprijinului social: Sprijinul social a apărut ca cel mai puternic predictor pentru reducerea anxietății și depresiei, indicând faptul că încurajarea relațiilor semnificative poate amplifica beneficiile psihoterapiei. Zimet și colab. (1988) [4] au documentat constatări similare, arătând că sprijinul perceput reduce vulnerabilitatea la stres și depresie, ceea ce este în concordanță cu constatările noastre.

Scopul în viață: Deși scopul în viață a fost un predictor mai slab decât prezența sensului și sprijinul social, acesta a contribuit totuși la reducerea anxietății și depresiei. Această constatare se aliniază cu conceptualizarea lui Ryff (1989) a bunăstării [8], în care scopul servește drept bază pentru sănătatea mintală, în special la adulții în vârstă.

Rezultatele analizelor ANOVA cu măsuri repetate, corelație și regresie confirmă ipotezele studiului și sugerează că psihoterapia este o intervenție eficientă pentru îmbunătățirea bunăstării psihologice. Aceste rezultate sunt consolidate de cercetările anterioare, care indică faptul că:

Sensul vieții este un factor esențial pentru sănătatea mintală [1], iar consolidarea acestui aspect prin psihoterapie conduce la scăderea anxietății și depresiei.

Sprijinul social este esențial în reducerea stresului psihologic, după cum se arată atât în analizele de corelație, cât și în cele de regresie, reluând constatările lui Zimet et al. (1988) [4] privind efectele de protecție ale rețelelor de sprijin.

Limitări și cercetări viitoare

Deși rezultatele sunt promițătoare, ar trebui recunoscute unele limitări:

Dimensiunea eșantionului: Dimensiunea redusă a eșantionului poate limita generalizarea constatărilor. Studiile viitoare ar trebui să ia în considerare eșantioane mai mari și mai diverse pentru a confirma soliditatea acestor efecte.

Grupul de control: Grupul de control nu a prezentat schimbări semnificative, ceea ce era de așteptat, dar grupuri de control suplimentare cu intervenții alternative ar putea ajuta la izolarea impactului unic al psihoterapiei.

Concluzii

În ultimele etape ale vieții, prezența sensului și percepția sprijinului social sunt elemente esențiale care contribuie la bunăstarea generală și la calitatea vieții. Pe măsură ce persoanele

îmbătrânesc, importanța sprijinului social crește, oferind atât reziliență emoțională, cât și o bază pentru implicarea semnificativă în viață. Cohen și Wills (1985) [9] au observat că sprijinul social perceput este strâns legat de reducerea stresului psihologic, subliniind impactul pe care relațiile de susținere îl pot avea asupra sănătății mintale.

În contextul îmbătrânirii, căutarea unui sens și a unei rețele de sprijin solide devin și mai cruciale. Michael Steger (2009) [10] a subliniat faptul că relațiile sunt printre cele mai profunde surse de sens în viață. Prin cultivarea acestor relații, persoanele în vârstă sunt mai bine echipate pentru a face față complexităților și provocărilor care vin odată cu îmbătrânirea. S-a demonstrat că influența sprijinului social asupra sănătății personale și a bunăstării psihologice, în special în rândul persoanelor în vârstă, îmbunătățește atât sănătatea fizică, cât și cea mentală [11], demonstrând rolul pe care rețelele de sprijin îl joacă în menținerea sănătății pe măsură ce indivizii îmbătrânesc.

Sprijinul social perceput oferă un sentiment subiectiv de securitate și conexiune, care poate avea un impact măsurabil asupra răspunsului unei persoane la factorii de stres. Studiile indică faptul că persoanele cu rețele solide de sprijin social raportează o sănătate fizică mai bună, inclusiv riscuri cardiovasculare reduse și o speranță de viață mai lungă [12].

În acest studiu, succesul psihoterapiei în sporirea semnificației și reducerea stresului psihologic la adulții în vârstă se aliniază cu constatările anterioare privind importanța scopului și a conexiunii sociale pentru bunăstarea în viața ulterioară. Prin abordarea preocupărilor existențiale, logoterapia oferă adulților în vârstă un sentiment reînnoit de scop, care, atunci când este asociat cu sprijinul social, creează o combinație puternică care promovează bunăstarea și atenuează efectele adverse ale îmbătrânirii.

Constatările din acest studiu contribuie la corpul existent de literatură privind semnificația scopului și a sensului vieții în rândul adulților în vârstă. Prin confirmarea valorii terapeutice a psihoterapiei în consolidarea sensului, acest studiu subliniază rolul esențial pe care psihoterapia centrată pe sens îl poate juca în promovarea transformării vieții pentru adulții în vârstă. Aceste perspective nu sunt doar esențiale pentru îmbunătățirea calității vieții, ci au, de asemenea, implicații ample pentru profesioniștii din domeniul sănătății mintale, îngrijitorii și persoanele care doresc să sporească bunăstarea adulților în vârstă. Integrarea abordărilor bazate pe semnificație și accentuarea sprijinului social ar putea fi fundamentală în dezvoltarea intervențiilor de sănătate mintală adaptate nevoilor persoanelor în vârstă, permițându-le astfel să ducă o viață mai împlinită și orientată spre scop.

Bibliografie

1. STEGER, Michael F., FRAZIER, Patricia, OISHI, Shigehiro and KALER, Matthew. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*. 2006. Vol. 53, p. 80–93. DOI 10.1037/0022-0167.53.1.80.

2. FRANKL, Viktor E. (Viktor Emil), 1905-1997. *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. . New York, N.Y., Washington Square Press. MLA (7th ed.), 1963.

3. NAGHIYAEI, Maede, BAHMANI, Bahman and ASGARI, Ali. The Psychometric Properties of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in Patients with Life-Threatening Illnesses. *The Scientific World Journal*. Online. 28 January 2020. Vol. 2020, p. 1–8. [Accessed 28 April 2024]. DOI 10.1155/2020/8361602populations.

4. ZIMET, Gregory, DAHLEM, Nancy, ZIMET, Sara and FARLEY, Gordon. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment - J PERSONAL ASSESS*. 1 March 1988. Vol. 52, p. 30–41. DOI 10.1207/s15327752jpa5201_2.

5. GREY, Ian, ARORA, Teresa, THOMAS, Justin, SANEH, Ahmad, TOHME, Pia and ABI-HABIB, Rudy. The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. Online. November 2020. Vol. 293, p. 113452. [Accessed 3 September 2024]. DOI 10.1016/j.psychres.2020.113452c

6. HAMILTON, M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. February 1960. Vol. 23, no. 1, p. 56–62. DOI 10.1136/jnnp.23.1.56.

7. HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*. 1959. Vol. 32, no. 1, p. 50–55. DOI 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
8. RYFF, Carol D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57, no. 6, p. 1069–1081. DOI 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
9. COHEN, Sheldon and WILLS, Thomas. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological bulletin*. 1 September 1985. Vol. 98, p. 310–57. DOI 10.1037/0033-2909.98.2.310.
10. STEGER, Michael, OISHI, Shigehiro and KASHDAN, Todd. Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*. 1 January 2009. Vol. 4, p. 43–52. DOI 10.1080/17439760802303127.
11. RADA, Cornelia. Spending leisure time when approaching retirement and during retirement. *JOURNAL OF PSYCHOLOGY*. Online. 2018. Vol. 64, p. 265–280. [Accessed 10 October 2024]. Available from: <https://revistadepsihologie.ipsihologie.ro/index.php/arhiva/70-revista-de-psihologie-2014-t-60-nr-17>
12. UCHINO, Bert N. Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on Psychological Science*. Online. 1 May 2009. Vol. 4, no. 3, p. 236–255. [Accessed 14 October 2024]. DOI 10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x.

CZU 615.851.82:599.723.2

HIPOTERAPIA VIRTUALĂ: EVOLUȚII, REZULTATE ȘI PERSPECTIVE

Tatiana NOSOVA, doctorand,
Universitatea de Stat din Moldova

***Abstract.** The article examines the potential of virtual reality (VR) as an alternative means for delivering hippotherapy—a therapeutic approach that typically involves horses—for individuals with psychological disorders. Traditionally, hippotherapy has shown positive impacts on conditions such as autism, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD). Yet, logistical and financial barriers often restrict access to conventional hippotherapy. VR presents a solution by creating immersive environments where patients can benefit from hippotherapy-like experiences via interactive platforms and exergaming, which blends physical exercise with gaming elements. Research indicates that virtual hippotherapy can alleviate symptoms of anxiety and depression across age groups, including both children and adults. Virtual simulations have also proven helpful in reducing PTSD symptoms, especially among veterans. Despite its advantages, challenges remain, such as the lack of an emotional bond with real horses and the high costs associated with VR equipment. The article concludes on an optimistic note, emphasizing the potential for virtual hippotherapy to become more accessible as technology progresses and incorporates AI and augmented reality.*

***Key words:** Virtual Hippotherapy, Exergaming, Rehabilitation, Virtual Reality (VR), PTSD*

Hipoterapia (terapia cu ajutorul cailor) este cunoscută ca o metodă de reabilitare eficientă pentru pacienții cu tulburări fizice și psihice, cum ar fi paralizia cerebrală (PC), autismul și tulburarea de stres posttraumatic (PTSD). Cu toate acestea, utilizarea cailor reali poate fi costisitoare și inaccesibilă pentru mulți pacienți din cauza unor factori geografici și economici. Realitatea virtuală (VR) oferă o soluție la aceste probleme prin furnizarea de medii sigure, controlate și accesibile pentru hipoterapie.

Scopul acestui articol este de a analiza evoluțiile actuale ale hipoterapiei virtuale, de a evalua rezultatele studiilor efectuate și de a discuta perspectivele utilizării VR în acest domeniu.

Hipoterapia este utilizată în tratarea pacienților cu tulburări de mișcare și deficiențe cognitive. Studiile au arătat că sesiunile regulate de echitație îmbunătățesc echilibrul, coordonarea și tonusul muscular la pacienții cu PC cu 35-50%.

Realitatea virtuală este utilizată în mod activ în medicină pentru a trata atât bolile psihice, cât și cele fizice. De exemplu, terapia VR este utilizată în reabilitarea pacienților cu accident vascular cerebral, precum și pentru tratarea tulburărilor de anxietate și PTSD. Studiile arată că VR poate reduce simptomele de anxietate și depresie la 60-70% dintre pacienții supuși unor sesiuni terapeutice virtuale.

Metodologia hipoterapiei virtuale:

Platforme tehnologice și simulatoare.

Una dintre principalele platforme pentru hipoterapia virtuală este un simulator de echitație care utilizează VR și biofeedback. Un exemplu în acest sens este dezvoltarea Sirkus Apel, care a fost testată pe copii cu paralizie cerebrală (PC) în Indonezia. Programul utilizează exergaming - o combinație de mecanică de joc și terapie - pentru a crește implicarea pacientului și a face terapia mai plăcută.

Dezvoltări și software:

Sirkus Apel utilizează senzori inerțiali pentru a urmări mișcările pacienților și a interacționa cu un cal virtual. Programul proiectează conținutul pe o cupolă cu oglinzi, creând un efect de imersiune realist, care este deosebit de benefic pentru copiii care se pot plictisi în timpul sesiunilor terapeutice tradiționale.

Exergaming (o combinație de "exercițiu" și "joc") se referă la o formă de activitate fizică care utilizează jocurile video pentru a stimula mișcarea și exercițiile într-o manieră interactivă și ludică. Exergaming-ul s-a dezvoltat semnificativ în ultimii ani ca instrument de reabilitare, formare și îmbunătățire a condiției fizice, combinând avantajele jocurilor video cu activitatea fizică.

Aspecte cheie ale Exergaming-ului:

Exergaming utilizează tehnologii care permit jucătorilor să interacționeze cu lumea jocului prin mișcările corpului. În loc să utilizeze controllere tradiționale ca în jocurile video standard, exergaming utilizează adesea dispozitive de urmărire a mișcării, cum ar fi:

- Camere (de exemplu, Microsoft Kinect);
- Giroscop și accelerometre (de exemplu, în controlerele Wii);
- Căști VR și controlere care urmăresc mișcările mâinii și ale corpului.

Aceste dispozitive permit jucătorului să controleze un personaj sau elemente de joc prin mișcări din lumea reală, conducând la activitate fizică în timpul jocului.

Exergaming nu numai că îmbunătățește activitatea fizică, dar ajută și la menținerea bunăstării emoționale și psihologice a pacientului. Formatul jocului face procesul de antrenament mai captivant, reducând anxietatea și simptomele depresive ale pacienților. Studiile au arătat că, în grupuri de persoane care suferă de tulburări de anxietate, sesiunile regulate de exergaming au redus simptomele depresiei cu 35-50% după 8 săptămâni de terapie.

Exemple de Exergaming:

- Ring Fit Adventure - un joc de fitness în care jucătorul folosește un controler inelar și efectuează exerciții pentru a progresa prin niveluri.

- Just Dance - un joc în care utilizatorii repetă mișcări de dans pe muzică, urmărite de o cameră sau de controlere de mișcare.

- Beat Saber - un joc VR în care jucătorul taie blocuri în ritmul muzicii, necesitând mișcări active ale mâinii și corpului.

Perspective de dezvoltare Exergaming:

Exergaming-ul continuă să se dezvolte, devenind parte a programelor din multe centre de reabilitare și cluburi de fitness. Tehnologiile de realitate virtuală și augmentată fac procesul mai interactiv, deschizând noi posibilități de reabilitare și de creștere a activității fizice în cadrul diferitelor grupe de vârstă.

Limitări și provocări:

În ciuda beneficiilor sale clare, exergaming-ul se confruntă cu mai multe limitări. În primul rând, nu toate grupurile de populație își pot permite echipamente costisitoare, cum ar fi căștile VR. În al doilea rând, tehnicile corecte de exerciții nu pot fi întotdeauna garantate, ceea ce poate duce la mișcări necorespunzătoare și, în cazuri rare, la leziuni

Concluzie:

Exergaming reprezintă o combinație unică de divertisment și activitate fizică care poate fi aplicată în reabilitare, fitness și chiar psihoterapie. Acesta îi motivează pe oameni către un stil de viață mai activ, făcând activitatea fizică mai accesibilă și mai plăcută.

În prezent, exergaming-ul se dezvoltă activ către hipoterapie, oferind simulări virtuale care ajută pacienții cu depresie, anxietate și tulburări posttraumatice. Aceste soluții creează un mediu sigur, controlat și stimulativ care combină activitatea fizică cu elemente terapeutice. Să luăm în considerare câteva soluții gata făcute care utilizează conceptul de hipoterapie pentru tulburările psihiatrice.

Sirkus Apel:

O astfel de soluție este Sirkus Apel, dezvoltat în Indonezia pentru copiii cu paralizie cerebrală, dar care s-a dovedit eficient și în reducerea anxietății la copiii cu alte tulburări mintale. Jocul combină elemente de exergaming cu hipoterapia virtuală, permițând pacienților să controleze mișcările unui cal virtual cu ajutorul unor senzori fixați pe corpul lor. Aceste mișcări imită echitația reală, creând un efect terapeutic care ajută la reducerea anxietății și la îmbunătățirea stării de spirit.

Simulator de hipoterapie VR:

Acest simulator VR permite pacienților să se cufunde într-un mediu virtual în care pot controla un cal, îndeplinind sarcini și rezolvând puzzle-uri care contribuie la reducerea stresului și a depresiei. Acesta este utilizat cu succes în reabilitarea veteranilor cu PTSD. Studiile arată că, după 8 săptămâni de utilizare a acestui simulator, 55% dintre pacienți au prezentat îmbunătățiri semnificative ale simptomelor PTSD.

TheraRide:

TheraRide este un program exergame conceput pentru a fi utilizat în medii virtuale de hipoterapie, cu accent pe tulburările psihiatrice. Programul își propune să îmbunătățească starea psihologică a pacienților prin interacțiunea cu un cal virtual, ajutând persoanele cu depresie și anxietate. Programul monitorizează datele biometrice, cum ar fi ritmul cardiac și nivelurile de stres, ajustând sarcinile virtuale la starea actuală a pacientului. Conform cercetărilor, utilizarea TheraRide timp de 12 săptămâni reduce nivelurile de depresie cu 30-40% la pacienții cu tulburări depresive cronice.

VIRTUES:

VIRTUES (Virtual Reality Therapy for Upper Extremity Syndrome) a fost dezvoltat pentru tratarea tulburărilor posttraumatice, concentrându-se pe impactul mișcărilor care imită hipoterapia asupra pacienților cu PTSD. Acest program este conceput pentru a simula mișcări fizice similare cu cele care au loc în timpul călăritului real și este aplicat pentru a îmbunătăți stările cognitive și emoționale ale pacienților. În cadrul studiilor pilot efectuate pe veterani care suferă de PTSD, nivelurile de anxietate au fost reduse cu 50% după 10 săptămâni de ședințe regulate.

Dresaj Horse Stimulator:

Dresaj Horse Stimulator este un simulator de dresaj dezvoltat pentru antrenarea călăreților în disciplinele de dresaj. Acesta imită mișcările calului în timpul efectuării diferitelor exerciții de dresaj, cum ar fi pasajul, piaffe, galopul și alte elemente. Din perspectiva exergaming-ului (formare pe bază de ecran), acest simulator oferă mai multe avantaje:

În exergaming, se acordă o mare atenție feedback-ului vizual. În "Dresaj Horse Stimulator", ecranele pot fi utilizate pentru a afișa grafice video sau de mișcare ale călărețului și ale calului. Acest lucru permite călărețului să își monitorizeze greșelile în timp real și să își ajusteze postura sau acțiunile.

Exergaming-ul pune accentul pe capacitatea de a ajusta parametrii de antrenament în funcție de nivelul călărețului. Simulatorul "Dresaj" poate simula diferite niveluri de dificultate, adaptând

mișcările calului la abilitățile actuale ale călărețului, ceea ce reprezintă o parte importantă a exergaming-ului, care vizează dezvoltarea fiecărui călăreț în funcție de progresul său.

Unul dintre aspectele cheie ale exergaming-ului este reducerea riscului de rănire atât pentru călăreț, cât și pentru cal. Simulatorul permite antrenamentul fără un cal viu, minimizând șansele de căzături sau alte incidente, în special în primele etape ale învățării.

Exergaming-ul implică un studiu detaliat și practicarea tehnicilor. "Dresaj Horse Stimulator" ajută la exersarea elementelor complexe de dresaj, cum ar fi poziționarea corectă a picioarelor și a mâinilor, coordonarea mișcărilor și echilibrul, care sunt dificil de realizat pe un cal real fără o pregătire îndelungată.

Pentru începători, lucrul pe simulator reduce stresul și presiunea psihologică. Exergaming-ul îi ajută pe călăreți să câștige treptat încredere în acțiunile lor, ceea ce este util mai ales în disciplinele dificile precum dresajul.

Astfel, "Dresaj Horse Stimulator" servește ca un instrument puternic în cadrul exergaming-ului, oferind călăreților posibilitatea de a beneficia de un antrenament de înaltă calitate în condiții sigure și controlate.

Avantaje pentru pacienții cu tulburări psihiatrice:

Soluțiile Exergaming folosind simulări virtuale de hipoterapie ajută pacienții cu tulburări psihiatrice prin:

- Reducerea anxietății și a stresului prin exerciții fizice într-un format asemănător unui joc;
- Îmbunătățirea stării de spirit prin implicarea pacienților în activități de joc distractive și relaxante;
- Crearea unui mediu sigur în care pacienții pot trece prin amintiri anxioase sau traumatice sub supravegherea unui terapeut;
- Adaptabilitate: programele pot fi adaptate fiecărui pacient în funcție de starea sa psihologică actuală.

Aceste programe reprezintă metode terapeutice inovatoare care oferă un efect terapeutic prin mecanica jocurilor, ajutând pacienții cu depresie, anxietate și PTSD să își recapete echilibrul emoțional.

Rezultatele cercetării:

Trialuri clinice și studii pilot.

Un studiu important în domeniul hipoterapiei virtuale a fost un studiu pilot care a implicat 20 de copii cu paralizie cerebrală. După 12 săptămâni de sesiuni pe simulatoare, 80% dintre copii au prezentat îmbunătățiri în ceea ce privește echilibrul și abilitățile motorii, iar 60% au demonstrat o reducere semnificativă a spasticității musculare. Într-un alt studiu care a utilizat VR pentru copiii cu autism, s-au observat îmbunătățiri ale abilităților de comunicare socială și o scădere a nivelului de anxietate.

În plus față de îmbunătățirile fizice, VR s-a dovedit utilă și pentru reabilitarea psihologică. Un studiu efectuat pe veterani care suferă de PTSD a arătat că, după 8 săptămâni de hipoterapie virtuală, 55% dintre participanți au înregistrat o reducere a simptomelor de anxietate și depresie.

În plus față de utilizarea hipoterapiei virtuale pentru tratarea pacienților cu afecțiuni fizice, cum ar fi paralizia cerebrală, studiile arată eficacitatea acestora în tulburările psihiatrice și psihologice, cum ar fi tulburarea de stres post-traumatic (PTSD), depresia și tulburările de anxietate.

Un studiu cheie care a implicat 60 de veterani cu PTSD a arătat că participanții au urmat o terapie VR, experimentând situații controlate legate de experiențele lor traumatice într-un mediu sigur. După 8 săptămâni de terapie, 55% dintre participanți au prezentat reduceri semnificative ale simptomelor PTSD, inclusiv o scădere a flashback-urilor și a nivelului de anxietate. Aceste rezultate sunt susținute de alte studii care arată că terapia VR le permite pacienților să se confrunte în siguranță cu amintiri traumatice, reducând nivelurile de stres și anxietate.

Un alt studiu cu 26 de pacienți care suferă de tulburare depresivă majoră a demonstrat că utilizarea VR pentru activarea comportamentală a fost la fel de eficientă ca metodele tradiționale de activare comportamentală. Participanții au utilizat dispozitive VR pentru a participa la activități

precum rezolvarea de puzzle-uri și alte sarcini menite să îmbunătățească starea de spirit. Ca rezultat, 80% dintre participanți au prezentat simptome de depresie reduse pe scala PHQ-9 după 4 săptămâni de terapie.

Hipoterapia virtuală pentru tratarea PTSD:

Cercetările arată că terapia de expunere VR bazată pe hipoterapie poate ajuta pacienții cu PTSD să reducă anxietatea și comportamentul evitant. De exemplu, într-un studiu care a implicat veterani cu PTSD, după 12 săptămâni de sesiuni de hipoterapie virtuală, 70% dintre participanți au prezentat reduceri ale simptomelor de anxietate și depresie. Comportamentul evitant a scăzut, de asemenea, cu 40%. Aceste constatări subliniază eficacitatea hipoterapiei virtuale în gestionarea răspunsurilor emoționale la evenimentele traumatice

Utilizarea VR pentru tratarea depresiei și a tulburărilor de anxietate:

Studiile privind utilizarea realității virtuale pentru tratarea depresiei arată, de asemenea, îmbunătățiri semnificative. Într-un experiment, pacienții cu tulburare depresivă majoră care au utilizat tehnologiile VR pentru activarea comportamentală au demonstrat o reducere cu 35-50% a nivelului depresiei după 8 săptămâni de terapie. Acest lucru se datorează faptului că terapia VR permite pacienților să îndeplinească sarcini într-un mediu stimulat, sporindu-le implicarea și motivația.

În plus, VR ajută la tratarea tulburărilor de anxietate. O meta-analiză a constatat că utilizarea tehnologiilor VR pentru terapia prin expunere la pacienții cu fobii și atacuri de panică a redus nivelurile de anxietate la 65% dintre pacienți, depășind eficacitatea unor metode tradiționale de terapie prin expunere.

Perspective de viitor.

- Cercetări viitoare:

- Dezvoltarea unor medii VR mai realiste și interactive pentru a îmbunătăți eficiența terapiei.

- Investigarea efectelor utilizării pe termen lung a hipoterapiei virtuale asupra diferitelor grupuri de pacienți (copii, vârstnici și pacienți cu boli cronice).

- Integrarea cu alte tehnologii:

- Utilizarea inteligenței artificiale pentru a adapta mediile virtuale la nevoile fiecărui pacient.

- Încorporarea realității augmentate pentru a combina elemente de terapie reale și virtuale.

Concluzie:

Hipoterapia virtuală demonstrează o eficiență ridicată nu numai pentru pacienții cu dizabilități fizice, ci și pentru cei care suferă de tulburări psihiatrice precum PTSD, depresie și anxietate. Cercetările arată că utilizarea VR ca instrument terapeutic ajută la reducerea simptomelor acestor afecțiuni prin oferirea unui mediu sigur și controlat pentru tratament.

Avantajele hipoterapiei virtuale:

Hipoterapia virtuală permite tratamentul pacienților care, din diverse motive, consideră dificilă sau imposibilă participarea la hipoterapia tradițională. Aceasta reduce riscul de leziuni și oferă o abordare personalizată pentru fiecare pacient. Un exemplu este utilizarea tehnologiilor VR pentru tratarea copiilor cu paralizie cerebrală, unde 75% dintre pacienți au prezentat îmbunătățiri ale funcțiilor motorii.

Limitări și provocări:

În ciuda avantajelor sale semnificative, hipoterapia virtuală are limitele sale. Conexiunea emoțională dintre pacient și animal, care este importantă în hipoterapia tradițională, lipsește în mediul virtual. În plus, tehnologia necesită echipamente costisitoare și personal calificat pentru instalarea și desfășurarea terapierilor.

Hipoterapia virtuală deschide noi posibilități pentru reabilitarea pacienților cu tulburări fizice și psihice. Ea a demonstrat deja o eficacitate ridicată în studiile pilot, în special în rândul copiilor cu paralizie cerebrală și al pacienților cu PTSD. Cu toate acestea, sunt necesare cercetări

suplimentare și dezvoltarea tehnologică pentru a face această terapie mai accesibilă și mai personalizată.

Bibliografie

1. SATRIAWAN A. et al. "Design of Virtual Reality-Based Hippotherapy Simulator Exergaming Software and Its Controller for Rehabilitation of Children with Cerebral Palsy in Indonesia: An Engineering Concept." *Designs* 2022. DOI: [10.3390/designs6050076](https://doi.org/10.3390/designs6050076).

2. CHANG H.J. et al. "Virtual reality-incorporated horse riding simulator to improve motor function and balance in children with cerebral palsy: a pilot study." *Sensors* 2021. DOI: [10.3390/s21196394].

3. PAUL M. et al. "Examining the Efficacy of Extended Reality-Enhanced Behavioral Activation for Adults With Major Depressive Disorder: Randomized Controlled Trial." *JMIR Mental Health* 2024. DOI: [10.2196/52326].

4. RÖSNER D. et al. "Virtual Hippotherapy for the Treatment of Idiopathic Scoliosis." *Eurographics Association* 2021. DOI: [10.2312/egve.20211328].

5. BAGHAEI N. et al. "Virtual Reality for Supporting the Treatment of Depression and Anxiety: Scoping Review." *JMIR Mental Health* 2021. DOI: [10.2196/29681].

CZU 159.923.2:316.624.3-053.6

RELAȚIA DINTRE STIMA DE SINE ȘI AGRESIVITATE LA ADOLESCENȚI

Iulia IURCHEVICI, dr., conf. univ.,

Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău, Moldova

***Abstract.** This article deals with the relationship between self-esteem and aggression in adolescents at the empirical level, starting from its theoretical foundation. The psychopedagogical experiment was carried out in three stages. In the detection stage, the inverse proportional relationship between the level of self-esteem and aggression was demonstrated, in the training stage subjects with low self-esteem and high aggression were involved in a self-esteem development program, and in the control stage the effectiveness of the training program was verified. 69 teenagers aged between 15-16 participated in the study, of which 30 were girls and 39 were boys. The results of the research confirm the hypothesis of the research such as that the degree of aggressiveness of teenagers will decrease if they follow a self-esteem development program, which demonstrates the necessity and effectiveness of the self-esteem development program, in which 19% of people participated from the total sample.*

***Key-words:** adolescence, aggression, direct aggression, indirect aggression, verbal aggression, physical aggression, active aggression, passive aggression, self-esteem, high self-esteem, low self-esteem, global self-esteem, specific self-esteem..*

Introducere

Atunci când vorbim despre agresivitate, neapărat vine vorba și despre violență, daune, durere, frică, anxietate etc. Agresivitatea este un comportament distructiv orientat atât spre sine cât și spre alte persoane cu scop de-a distruge, ofensa, ataca, căpăta un lucru drept etc. Adolescenții, deseori adoptă un astfel de comportament din motiv de apărare, afirmare sau plăcere. Pentru a opri efectele agresivității, este necesar ca însăși fenomenul să fie diminuat.

Un rol aparte îl are dezvoltarea fizică și psihică a adolescentului în înțelegerea fenomenului de agresivitate. Aceștia fiind în pragul maturizării, în explozia hormonilor, indeciși în acțiunile lor, deseori apelează la acest tip de comportament, considerându-l valoric, de apărare. Își formează propria părere despre lume, lucruri, persoane și își creează propriul sistem de valori. Este important ca anume în această perioadă de intervenit pentru a schimba comportamentul adolescenților. Această idee o afirmă și celebrul citat care spune că este mai ușor să smulgi un fir de iarbă decât

un copac. Într-adevăr, este important ca intervenția să fie cât mai timpurie. Pentru a interveni, este necesar de aflat motivul adoptării comportamentului agresiv. De-a lungul timpului, diverși cercetători au studiat subiectul dat pentru a oferi un răspuns cu privire la motivele agresivității. În accepțiunea acestora, agresivitatea este explicată printr-un șir de teorii:

Abordarea biologic-etiologică explică agresivitatea ca pe un instinct înnăscut, o tendință naturală și automată de a răspunde la stimulii care provoacă tensiune. Conform psihologului William McDougall, agresivitatea este determinată genetic și face parte dintr-un set de instincte umane [apud 12]. Sigmund Freud o consideră un instinct natural necesar pentru reducerea tensiunilor fiziologice [apud 4], iar Konrad Lorenz argumentează că are o valoare adaptativă pentru supraviețuire [apud 6]. În esență, această abordare vede agresivitatea ca fiind predeterminată și necesară pentru echilibrul emoțional și conservarea speciei.

Abordarea social-psihologică. a) Teoria „frustrare-agresiune” a lui M. B. Clinard arată că orice comportament agresiv se declanșează ori de câte ori individul se confruntă cu un obstacol sau cu o barieră socială, care îl împiedică să-și satisfacă interesele și scopurile personale, provocând astfel o frustrare [apud 8]. Leonard Berkowitz completează această teorie prin introducerea conceptului de „indice-excitație,” afirmând că frustrarea nu duce imediat la agresivitate, ci declanșează o stare de excitație emoțională (de exemplu, furia), care se manifestă agresiv doar în condiții de mediu adecvate [apud 9]. Această abordare, susținută și de John Dollard, subliniază rolul frustrării și influența contextului social în dezvoltarea comportamentelor agresive.

Teoria învățării sociale. Albert Bandura susține că agresivitatea este învățată prin observare și imitație, nu doar prin experiență directă (recompense și pedepse), ci și prin copierea modelelor agresive [2, p. 123]. Această teorie explică cum copiii care trăiesc în medii unde comportamentele agresive sunt frecvente și acceptate social tind să internalizeze astfel de comportamente, dezvoltând astfel tipare cognitive și comportamentale agresive. Aceasta face ca agresivitatea să fie perpetuată și amplificată prin experiențe sociale.

Abordarea socio-culturală. În cadrul acestei abordări, agresivitatea este influențată de factori culturali, economici, politici și istorici. Normele și valorile unei societăți dictează intensitatea și tipul comportamentelor agresive acceptabile. Expunerea la modele sociale agresive, precum conceptul contemporan de masculinitate, favorizează internalizarea agresivității ca trăsătură dezirabilă [4]. În plus, scenariile cognitive formate de expunerea la violență duc la interpretarea situațiilor într-un mod agresiv, consolidând acest tip de comportament în anumite culturi și contexte sociale.

Abordarea social-interacțională susține că agresivitatea apare în cadrul relațiilor interpersonale deficitare, cum ar fi cele în care părinții aplică pedepse fizice frecvente sau practică o disciplină inconsecventă [apud 6]. Comportamentul agresiv poate fi astfel o reacție la respingerea parentală și lipsa de susținere emoțională, ducând la insensibilitate față de suferința altora și la lipsă de empatie. Problemele familiale, precum dificultățile economice sau destrămarea familiei, contribuie, de asemenea, la dezvoltarea comportamentului agresiv, mai ales la adolescenți.

Fiecare dintre aceste abordări contribuie la înțelegerea diverselor mecanisme prin care agresivitatea apare și persistă, ilustrând faptul că este un fenomen complex, influențat atât de factori biologici și psihologici, cât și de cei sociali și culturali. Analizând aceste teorii, observăm că orice individ este vulnerabil atunci când vine vorba de agresivitate, în special adolescenții cu o stimă de sine scăzută. Aceștia fiind umiliți, evitați, brutalizați în copilărie, le scade nivelul stimei de sine, considerându-se nevaloroși, astfel pentru a se proteja în mediul social, adoptă un comportament agresiv drept o apărare psihologică. Ideea dată se desprinde din teoriile lui Adler, Tracy și Robins Bercowitz și alții. De aceea, este foarte important ca asistența psihologică să intervină în acest caz, pentru că adolescența este concludentă în aspectul personalității, altfel se pot forma, aproba anumite deprinderi nocive atât pentru persoana în cauză cât și pentru societate.

Material și metodă. Scopul cercetării a fost de a concepe și testa un program de creștere a stimei de sine a adolescenților care să ducă la diminuarea agresivității acestora. În cercetarea de față am pornit de la *presupunerea* că gradul de agresivitate a adolescenților va scădea, dacă aceștia vor urma un program de dezvoltare a stimei de sine. *Eșantionul cercetării* a fost format la etapa

inițială din 69 de adolescenți (30 fete și 39 băieți) cu vârsta cuprinsă între 15-16 ani, care au participat la etapa de constatare a experimentului unde am determinat relația dintre stima de sine și agresivitate, iar pentru etapa formativă au fost selecte 10 persoane la care am identificat un nivel scăzut al stimei de sine și un grad înalt de agresivitate. Pentru culegerea materialului factologic am utilizat următoarele metode empirice: *Testul de agresivitate* elaborat de A.H. Buss și A.Perry care cuprinde patru factori: agresivitate fizică, agresivitate verbală, furie, ostilitate [5]; *Testul de evaluare a stimei de sine Rosenberg* [11], *convorbirea* pentru a pentru obținerea de date în legătură cu desfășurarea procesului instructiv – educativ, *observația științifică* care a fost aplicată la toate etapele, întrucât ea intră în combinație metodologică cu toate celelalte metode de cercetare. Drept metode de intervenție a servit *Programul de dezvoltare a stimei de sine*, format din 10 ședințe a câte 45 min fiecare, conceput în acest sens. Pentru atingerea scopului acestui program am urmărit realizarea următoarelor *obiective*: dezvoltarea capacității de comunicare eficientă cu cei din jur a adolescenților; formarea capacităților de gestionare a emoțiilor; formarea unei atitudini pozitive față de propria persoană; conștientizarea propriei valori; formarea încrederii în sine; formarea la adolescenți a capacității de evaluare obiectivă a propriului comportament agresiv și a consecințelor manifestării acestuia.

Procedura de aplicare a instrumentelor a vizat respectarea principiilor etice în activitatea de cercetare, participanții fiind asigurați în prealabil că răspunsurile sunt strict confidențiale, participarea la cercetare este benevolă și că pot părăsi experimentul când doresc.

Rezultate și discuții. Pornind de la supoziția înaintată la începutul cercetării, am recurs la măsurarea nivelului de stimă de sine și agresivitate cu ajutorul instrumentelor amintite mai sus. Conform datelor obținute am constatat că 9% dintre subiecți au un nivel înalt de stimă de sine, ceea ce semnifică că aceștia vor acționa mai mult, aducând mai multe succese care îi vor valoriza. În caz de eșecuri, stima de sine îi va împiedica să se prăbușească și nu-i va face să se răzgândească, încercându-și norocul mai târziu. Elevii cu un nivel mediu al stimei de sine, care în studiul nostru constituie 72%, își pot gestiona emoțiile, au încredere în propriile forțe etc. 19% dintre adolescenți au un nivel minim de dezvoltare a stimei de sine. Un astfel de grup este descris de către psihologul КоH ca fiind unul foarte vulnerabil, foarte sensibil la toate, care într-un mod oarecare ating propria autoapreciere [13, p.101]. Acești adolescenți cu durere reacționează la critică, râs, judecată. Pe ei mai mult îi deranjează părerea rea despre ei. Ei cu durere reacționează dacă ceva nu le reușește în lucru sau dacă găsesc în ei un neajuns. Adolescenții ce au estimația de sine joasă nu manifestă inițiative, nu vor să se exprime ca să nu greșească sau să supere pe alții- adeseori o fac pentru că nu vor să atragă atenția. Au probleme personale legate de dificultățile lor. Deci, se evidențiază ideea că este necesar de-a implica acești elevi în programe de dezvoltare a stimei de sine pentru a se putea încadra cu succes în societate.

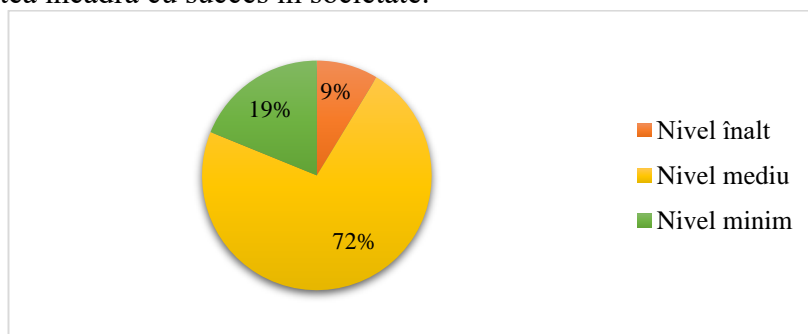


Fig. 1. Stima de sine a adolescenților participanți la cercetare

Următorul pas pentru a verifica ipoteza noastră a fost măsurarea gradului de agresivitate a participanților la studiu. Pentru aceasta am aplicat Testul de agresivitate de A.H. Buss și A. Perry. Datele obținute de adolescenți la acest test sunt reflectate în Figura 2.

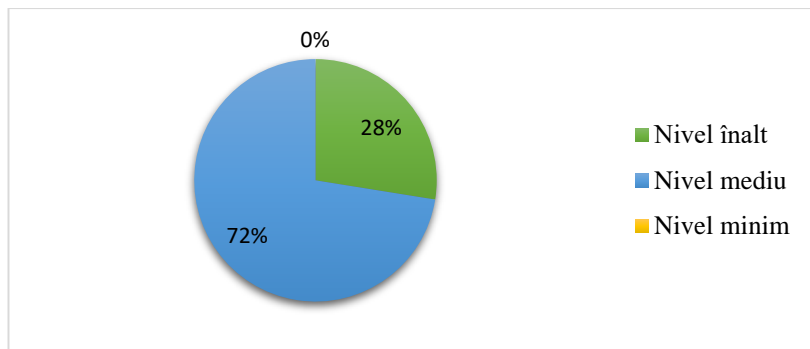


Fig. 2. Nivelul de agresivitate a adolescenților

Din Figura 2, se observă faptul că din numărul total de subiecți, a treia parte din ei sunt cu un nivel mediu de agresivitate. Aceștia își pot controla emoțiile, comportamentul și acționează într-un mod agresiv dacă sunt provocați. Un nivel înalt de agresivitate au 28% din subiecții participanți la cercetare. Aceștia se pot implica în acte de delincvență, aplică procedee de teroare psihologică asupra altor semeni, agresează fizic, pot cauza traume grave și, în general, sunt apti să fie antrenați în campanii războinice serioase. Astfel de comportamente atisociale, așa cum menționează Adler, sunt motivate de sentimente de inferioritate care își au rădăcinile în experiențele de respingere și umilință din copilăria timpurie [apud 1, p.154]. Din numărul total, nici o persoană nu a fost identificată cu un nivel minim de agresivitate.

Al treilea pas în vederea verificării ipotezei înaintate la începutul experimentului a fost să vedem dacă este sau nu vreo legătură între nivelul stimei de sine și gradul de agresivitate manifestat de adolescenți. Pentru acesta am comparat datele obținute la cele două teste. Rezultatele sunt reflectate în Figura 3.

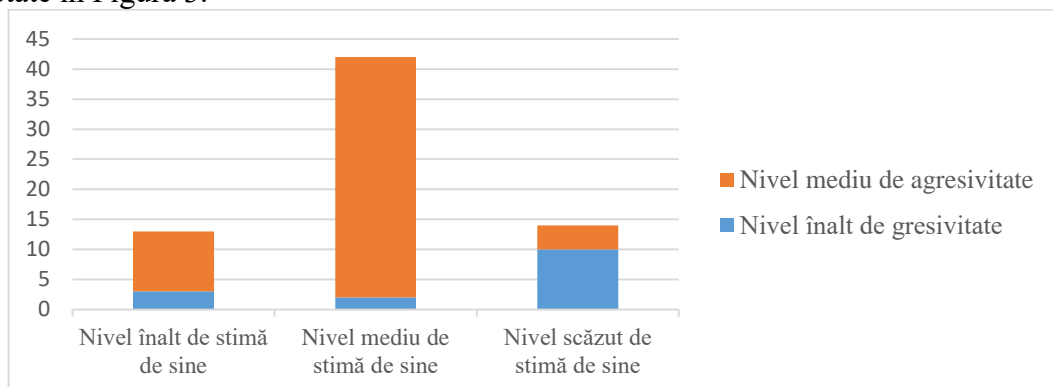


Fig. 3. Relația dintre nivelul stimei de sine și gradul de agresivitate la adolescenți

Așa cum am presupus, adolescenții cu un nivel scăzut al stimei de sine manifestă un grad înalt de agresivitate. Conform Figurii 3, din numărul total de participanți, 19% au o stimă de sine scăzută și 28% atestă un grad înalt de agresivitate. Deci, se observă clar faptul că, există o relație dintre stima de sine și agresivitate. Cu cât stima de sine este mai joasă, cu atât gradul de agresivitate este mai înalt, ceea ce semnifică confirmarea ipotezei de la care am pornit în această etapă a studiului. Confirmarea ipotezei noastre este susținută și de studiile lui A. Adler, așa cum am văzut mai sus, dar și de cele ale psihologului american, Govard Kaplan. În cercetările sale pe 9300 de elevi de clasa a-7-a, cercetătorul ajunge la concluzia că stima de sine scăzută corelează pozitiv aproximativ cu toate tipurile de comportament deviant: minciuna, participarea în grupurile infractoare, narcomania, alcoolismul, agresivitatea, încercarea de sinucidere și diverse tulburări psihice [apud 13, p.102]. Studiile lui Л. Кале, Р. Кулка și Д. Клингель, realizate la începutul acestui deceniu pe un eșantion de 100 de băieți, scot și ele în evidență faptul că stima de sine scăzută aduce probleme în comunicare și socializare cu cei din jur [apud 14]. Aceste rezultate ne-au permis să *concluzionăm* următoarele: între stima de sine și agresivitatea adolescenților este o relație de proporționalitate inversă iar subiecții cu o stimă de sine scăzută și agresivitate înaltă necesită implicați într-un program de dezvoltare a stimei de sine pentru ca mai apoi aceștia să se poată integra cu succes în societate.

beneficiat de intervenție psihologică au obținut informație nouă și utilă despre ei, și-au format capacitatea de comunicare eficientă cu cei din jur, capacitatea de gestionare a emoțiilor. De asemenea, a avut loc formarea unei atitudini pozitive față de propria persoană, au conștientizat propria valoare, s-a format încrederea în sine și capacitatea de evaluare obiectivă a propriului comportament agresiv și a consecințelor manifestării acestuia etc, pe când eșantionul fără intervenție psihologică nu a avut parte de acest lucru. De aici rezultă faptul că schimbările nu se produc de la sine ci este nevoie de motivație intrinsecă, extrinsecă, efort, perseverență pentru a ajunge la scopul dorit. Este necesar ca periodic, elevii să fie testați și cei din grupul de risc să beneficieze de programe dezvoltative a stimei de sine. De asemenea, este nevoie de educație psihologică a elevilor, cu privire la importanța stimei de sine în viața cotidiană, ce poate fi realizată în cadrul lecțiilor de dezvoltare personală, mese rotunde, etc. Implicarea adolescenților în astfel de activități, odată cu dezvoltarea stimei de sine va duce și la creșterea încrederii în propriile forțe, credința de-a fi ceva mai bun, perseverența de-a crea lucruri utile atât pentru sine cât și pentru ceilalți, împlinire sufletească de la succesele căpătate, capacitatea de-a putea savura clipa trăită etc.

Bibliografie

1. ABU-RIA, A. Relația dintre stima de sine și comportamentul agresiv: abordări teoretice. În: *Integrare prin cercetare și inovare. Științe sociale, 9-10 noiembrie 2017, Chișinău*. Chisinau, Republica Moldova: CEP USM, 2017, p. 153-156.
2. BANDURA, A. *Self-efficacy mechanism in human agency*. In: *American Psychologist*, 1982, nr. 37 (2), p. 123
3. BANU, I. Relația dintre stima de sine, dezvoltarea personală și comportamentul agresiv la preadolescenți. În: *Creativitatea și dezvoltarea personală: dimensiuni psihologice și filozofice. Ediția a-XI-a, Vol. 1, 22-23 octombrie 2020, Iași. România*, Iași: Performantica, 2020, pp. 119-123. ISBN 978-606-685-717-8.
4. BONCU, Șt. *Cursuri de psihologie socială*. [on line]. Disponibil: http://www.psih.uaic.ro/~sboncu/romana/Curs_psihologie_sociala/curs_index.html
5. BUSS, A. H., PERRY, A. Test de agresivitate. [online]. Disponibil: https://www.academia.edu/73703369/TEST_DE_AGRESIVITATE
6. IURCHEVICI, Iu. *Psihologia socială. Curs universitar*. Cahul: Univ. de Stat din Cahul (Tipogr. "Centrografic"), 2012. 364 p. ISBN 978-9975-914-81-9.
7. IURCHEVICI, Iu. Stima de sine – dimensiunea fundamentală a personalității. În: *Analele Științifice ale Universității de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul*, 2011, nr. 7, p. 10-14. ISSN 1875-2170.
8. NEAGU, M.L. *Consecințele socio-psihologice ale privării de libertate*. Disponibil: https://www.academia.edu/10025898/CONSECINTELE_SOCIO_PSIHOLOGICE_ALE_PRIVARII_DE_LIBERTATE
9. POTÂNG, A., BOTNARI, I. Teorii explicative ale agresivității. În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației)*, 2018, nr. 5(115), p. 125-128. ISSN 1857-2103.
10. ROBU, V. Evaluarea stimei de sine în rândul adolescenților. Proprietăți psihometrice pentru Scala Rosenberg. În: *Psihologie, revista științifico-practică*, 2013, nr. 2, pp. 3-13. ISSN 1857-2502.
11. ROSENBERG, M. *Test de evaluare a stimei de sine*. [online]. Disponibil: https://www.academia.edu/35096053/test_de_evaluare_a_stimei_de_sine_rosenberg
12. STĂVILĂ, V. *Psihologia personalității. Note de curs*. Cahul: Turnul Vechi, 2010.
13. КОН, И. С. *Психология ранней юности*. Москва: Просвещение, 1989. 255 с. ISBN 5-09-001-053-6.
14. КРАКОВСКИЙ, А. П. *О Подростках*. Москва: Педагогика, 1970. 271 с.

OPTIMIZAREA STĂRII DE BINE A TINERILOR PRIN FORMAREA EXPERIENȚELOR POZITIVE

Iulia RACU, profesor universitar, doctor habilitat,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Olesea FRUNZE, conferențiar universitar, doctor,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Abstract. Article presents the explicative models of well-being: model of well-being by C. Keyes, PERMA model of well-being by M. Seligman, theory of resilience by A. Masten, Self-determination theory by E. Deci and R. Ryan. Also, article describes some strategies orientated to well-being optimization at youth: creating a supportive and positive environment, encouraging activities that generate happiness and satisfaction, promoting healthy interpersonal relationship, etc.

Key-words: well-being, explicative models of well-being, youth, ways of optimization

În ultimii ani se întreprind frecvente cercetări cu referire la stare de bine, întrucât starea de bine este o variabilă relevantă în sănătate și calitatea vieții. Cercetările existente reflectă relația dintre starea de bine și sănătatea fizică, precum și cea mentală, starea de bine și performanța personală și profesională, starea de bine și nivelul de stres experimentat și starea de bine și calitatea vieții [1, 3, 6, 8, 9, 10, 11].

Starea de bine, a fost abordată de diverși psihologi precum E. Diener, M. Seligman, R. Emmons, R. Larsen, S. Griffin și B. Fredrickson, fiecare propunând propria accepțiune a acestui concept. O abordare holistică a stării de bine ar conceptualiza aceasta ca o stare de echilibru general în care ființa umană se simte sănătoasă, împlinită și conectată la cei din jur. Starea de bine este definită ca o interdependență între mai multe domenii ale vieții care interrelaționează într-o manieră dinamică și continuă între ele: sănătate fizică, sănătatea mentală, sănătatea emoțională, cea spirituală și conexiunea cu cei din jur [1, 3, 6, 8, 9, 10, 11].

După D. Papalia, S. Wendkos Olds, R. Fieldman și E. Erikson, tinerețea este o etapă importantă a dezvoltării umane (între 20 și 35 de ani) care este definită de multiple transformări semnificative la nivel cognitiv, emoțional și de personalitate. Modificările produse condiționează felul în care tinerii se percep pe sine, locul lor în contextul relațiilor sociale și în lume precum, toate aceste vor influența prezentul și viitorul. Din aceste considerente este esențială starea de bine în tinerețe. Promovarea unei stări de bine la tineri are efecte și consecințe pe termen lung asupra sănătății lor (fizice, mentale, emoționale, etc.) și abilității de a face față provocărilor vieților [7].

Varii teorii psihologice definesc starea de bine în moduri diferite, dar în marea parte sunt câteva teme comune care ies în evidență atunci când vorbim despre tineri. Dintre perspectivele cheie din psihologie cele mai relevante sunt următoarele:

Modelul stării de bine psihologice și sociale a lui C. Keyes. C. Keyes contribuie la dezvoltarea psihologiei pozitive, unul din cele mai semnificative aporturi este dezvoltarea unui model al stării de bine. Conform lui C. Keyes starea de bine este o îmbinare dintre starea de bine psihologică și cea socială. După C. Keyes starea de bine psihologică se referă la aspecte cum ar fi autonomie, control asupra propriei vieți, înțelegere a sinelui, în timp ce starea de bine socială se concentrează pe relațiile interpersonale și pe integrarea în comunitate [apud 1, 6, 11]. Pentru tineri, aceste două dimensiuni sunt importante, deoarece:

- **autonomia și identitatea** devin esențiale din moment ce aceștia traversează (trec) prin perioada tinereții.
- **relațiile sociale** (cu familia, prietenii, colegii) au un impact semnificativ asupra sentimentului de împlinire și conexiune socială [apud 6].

Teoria autodeterminării a lui E. Deci și R. Ryan. Autorii evidențiază importanța satisfacției a trei nevoi psihologice fundamentale pentru starea de bine:

- **competența:** tinerii trebuie să simtă că au capacitatea de a înfrunta provocările și de a atinge obiectivele.
- **autonomie:** sentimentul că pot face alegeri libere, care reflectă valorile și dorințele proprii, fără constrângeri din exterior.
- **relaționare:** legătura cu ceilalți, în special cu prietenii și familia, este esențială pentru a se simți susținuți și conectați. În acest context, starea de bine la tineri nu depinde doar de succesul extern (de exemplu, educație sau carieră), ci și de sentimentul de împlinire personală în urma activităților care le aduc satisfacție interioară [apud 6].

Încă un model explicativ al stării de bine este cel propus de M. Seligman, care se numește *modelul PERMA*. Acest model cuprinde cinci dimensiuni ale stării de bine:

- **P** (Positive Emotion): sentimente pozitive de fericire, satisfacție și speranță.
- **E** (Engagement): implicarea activă și concentrarea completă într-o activitate, ceea ce poate duce la un sentiment de flux.
- **R** (Relationships): relații interpersonale sănătoase și satisfăcătoare.
- **M** (Meaning): sensul vieții, găsirea unui scop personal și contribuirea la binele altora.
- **A** (Accomplishment): realizările personale și atingerea obiectivelor stabilite. La tineri, aceste dimensiuni sunt strâns legate de procesul de formare a identității și de modul în care aceștia percep succesul și împlinirea în viață [apud 1, apud 2, apud 6, 9].

Teoria rezilienței de A. Masten. A. Masten vorbește despre importanța **rezilienței** în starea de bine, în special în fața adversităților. Starea de bine la tineri nu înseamnă doar absența problemelor, ci și capacitatea de a face față stresului și provocărilor. Tinerii care au un sentiment de autoeficacitate, resursele și sprijinul necesar pot depăși obstacolele și își pot păstra o stare de bine chiar și în fața dificultăților [apud 6].

Optimizarea stării de bine a tinerilor este un proces complex, ce implică o abordare integrativă ce prevede sprijin emoțional, educație, activități constructive și dezvoltarea unor relații interpersonale sănătoase. Crearea unor experiențe pozitive, prin promovarea unui mediu de încredere și prin învățarea unor abilități de autoreglare și reziliență, poate contribui semnificativ la dezvoltarea unei generații de tineri echilibrați și încrezători în viitor.

Optimizarea stării de bine a tinerilor prin formarea experiențelor pozitive este un subiect esențial, având în vedere că sănătatea mentală și emoțională a acestora are un impact semnificativ asupra dezvoltării lor pe parcursul întregii vieți. Experiențele pozitive nu doar că influențează starea de bine pe termen scurt, dar pot contribui și la construirea unor mecanisme de adaptare reziliente ce le pot spori funcționalitatea socială. Pentru a înțelege cum pot fi optimizate experiențele pozitive ale tinerilor, este important să ținem cont de câteva aspecte esențiale:

Crearea unui mediu susținător și pozitiv. După M. Seligman, R. Ryan, E. Deci, C. Dweck, D. Goleman și W. Damon un mediu sănătos și încurajator este esențial pentru tineri. Acesta poate include atât mediul familial, cât și cel educativ și social. Încurajarea unui climat de încredere, respect și sprijin poate ajuta tinerii să dezvolte încredere în sine, să își gestioneze emoțiile și să se simtă valoroși [5, apud 6, 9].

Acest mediu vizează direct: *familia:* oferirea unui mediu stabil, în care tinerii să se simtă sprijiniți emoțional și în care să primească încurajare și feedback constructiv.

Scoala și educația: profesorii și colegii joacă un rol important în crearea unui climat pozitiv de învățare, în care tinerii să fie stimulați să își exprime ideile, să își urmeze pasiunile și să fie încurajați în fața provocărilor.

Comunitatea: implicarea în activități sociale, voluntariat sau grupuri de interes poate contribui la sentimentul de apartenență și la dezvoltarea unei imagini de sine pozitive.

Încurajarea activităților care generează fericire și satisfacție. Experiențele pozitive nu se limitează doar la momente de relaxare, ci și la activitățile care dau sens și satisfacție vieții. Tinerii pot fi încurajați să participe la activități care le stârnesc pasiunea, cum ar fi sportul, muzica, artele sau activitățile de voluntariat.

Promovarea relațiilor interpersonale sănătoase. C. Keyes și M. Seligman menționează că interacțiunile pozitive cu alții sunt fundamentale pentru starea de bine a tinerilor [apud 1, 9]. Relațiile sănătoase, bazate pe încredere și respect reciproc, oferă un cadru pentru sprijin emoțional și social. Tinerii trebuie să fie încurajați să formeze prietenii autentice și să învețe abilități de comunicare eficientă și de rezolvare a conflictelor. Încurajarea relațiilor interpersonale se poate realiza prin:

-dezvoltarea abilităților de comunicare: încurajarea tinerilor să își exprime gândurile și sentimentele într-un mod clar și respectuos.

-susținerea unui cerc social sănătos: crearea de oportunități pentru tineri de a socializa în contexte sigure și de încredere (cluburi, activități extracurriculare, grupuri de interes).

-abordarea conflictelor: învățarea tinerilor cum să gestioneze conflictele într-un mod calm și constructiv, prin dialog și compromis.

-îmbunătățirea abilităților de autoreglare emoțională. După B. Fredrickson și D. Goleman, autoreglarea emoțională se referă la capacitatea de a înțelege și a gestiona propriile emoții într-un mod sănătos. Aceasta este esențială pentru starea de bine a tinerilor, deoarece îi ajută să facă față stresului, anxietății și altor provocări emoționale [3, 4].

Tehnici de autoreglare pot fi următoarele:

1. mindfulness (tehnicele de mindfulness pot ajuta tinerii să fie mai conștienți de prezent și să gestioneze mai bine gândurile și emoțiile), tehnici de respirație și relaxare, exercițiile de respirație profundă și relaxare pot ajuta la reducerea anxietății și la îmbunătățirea concentrării.

2.terapia cognitiv-comportamentală (TCC): TCC poate ajuta tinerii să identifice gândurile negative și să le înlocuiască cu gânduri mai pozitive și mai realiste.

Promovarea unei mentalități de creștere și reziliență. C. Dweck punctează că o mentalitate de creștere presupune convingerea că abilitățile și inteligența pot fi dezvoltate prin efort și perseverență. Încurajarea acestei mentalități poate ajuta tinerii să facă față provocărilor vieții cu mai multă încredere și optimism [apud 6, 9].

În concluzie pentru cele expuse vom menționa că starea de bine este importantă în tinerețe. Cu scopul de a păstra un echilibru între sănătatea fizică, mentală, emoțională, etc. este important ca tinerii să fie implicați în activități orientate la dezvoltarea mentală, socială, emoțională ce consolidează autodeterminarea, autoacceptarea, mentalitatea de creștere, cât și relațiile sociale, suportul comunitar și educație.

Bibliografie

ARGYLE, M. *Psihologia fericirii*. București: Ideea europeană. ISBN 978-606-594-622-4. 470 p.

DEB, D. *Cum ne recăpătăm starea de bine, conectare și siguranță. 50 de practici polivagale pentru corp și minte*. București: Herald 2023. ISBN 978-973-111-985-4.

FREDRICKSON, B. *Puterea emoțiilor pozitive*. București: Lumina. 2019. 256 p. ISBN 9786063336614.

FREDRICKSON, B. *Iubirea 2.0. Crearea fericirii și a sănătății în momente de conexiune*. 2023. Brașov: Pagina de psihologie. 272 p. ISBN 9786069540374

GOLEMAN, D. *Inteligența emoțională*. București: Curtea veche publishing. 2018. 536 p. ISBN 978-606-44-0072-7.

MUNTELE HENDREȘ, D. *Starea subiectivă de bine. Consolidarea ei prin acțiuni psihologice*. Iași: Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. 2009. 393 p. ISBN 978-973-346-8

PAPALIA, D., WENDKOS OLDS, S., DUSKIN FIELDMAN, R. *Dezvoltarea umană*. tr. de A. Mîndrilă-Sonetto. București: TREI. 2010. 644 p. ISBN 978-973-707-414-0.

RACU, Iu., SOROCHIN, E. *Starea de bine și trăsăturile de personalitate la adulți. În: Știință și educație: Materialele conferinței științifice internaționale*. Chișinău: CEP UPS „Ion Creangă”. 2024. p. 174 – 178. ISBN 978-9975-46-944-9.

SELIGMAN, M., REIVICH, K., JAYCOX, L. GILLHAM, L. *Copilul optimist. Cum să previi depresia și să-i consolidezi încrederea în sine*. București: Humanitas. 2020. 352 p. ISBN 9789735068738.

SIEGEL, D. *Neuroștiința fericirii. Dezvoltarea conștientă a creierului către armonie și integrare*. București: Herald. 2021. 445p. ISBN 978-973-111-923.

SZENTAGOTAI-TĂTAR, A. DAVID, D. *Tratat de psihologie pozitivă*. Iași: Polirom. 2017. 339 p. ISBN 978-973-46-6234-0.

CZU 159.947.3-053.6

AUTOCONTROLUL ȘI INSTABILITATEA EMOȚIONALĂ LA PREADOLESCENȚI

Luminița SECRIERU, dr., conf. univ.,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Moldova,
Alina BÎRSAN, master în psihologie, psiholog,
LT „Mihai Eminescu” Sîngerei, Moldova

***Abstract.** The results obtained are the scientific substantiation of the fact that the difficulties of voluntary self-control and emotional stability remain to be a present problem for preadolescents with emotional instability and can be an important factor in the emergence of difficulties of social adaptation and even deviant behaviors, which emphasizes the value and importance of the need to provide psychological counseling to pupils on the given dimension.*

***Key-words:** self-control, psychological counseling, emotional instability, preadolescents, emotional stability.*

Pe parcursul ultimilor trei decenii, problematica instabilității emoționale și-a extins sfera de cercetare, iar studiile de psihologie și neuropsihologie din ultimii ani denotă faptul că dezvoltarea elevilor contemporani prezintă particularități specifice de ritm și calitate, motiv pentru care este inacceptabilă raportarea elevilor actuali la etaloanele zilei de ieri. Prin urmare, trebuie luate în considerare modificările survenite în dezvoltarea psihică și a personalității elevului contemporan atât în ceea ce privește diagnosticul instabilității emoționale și prezența autocontrolului cât și în conținutul intervenției psihologice specializate aplicate. Pentru a răspunde acestui imperativ psihologiei și-au propus cercetarea instabilității emoționale a personalității în funcție de mai multe aspecte relevante, precum: influența mediului, capacitatea de autoreglaj, comportamentele adaptive și dezadaptive ale persoanei. Stăpânirea comportamentului presupune formarea la individ a unui sistem specific de reglare a acestuia și a mecanismelor de stăpânire comportamentală.

Dificultățile legate de instabilitate și lipsa de autocontrol emoțional au existat întotdeauna, la orice vârstă, totuși se manifestă mai frecvent odată cu debutul vârstei preadolescente, configurându-se în timpul și pe parcursul acesteia. Vârsta preadolescentă este cea mai sensibilă pentru manifestarea instabilității emoționale, fiind condiționată de lipsa autoreglării conștiente și a autocontrolului. Prin urmare, stabilirea modalităților și condițiilor pentru dezvoltarea stabilității emoționale și a autocontrolului prin intermediul unui program de consiliere psihologică reprezintă un aspect important. Amânarea sau lipsa unui ajutor specializat poate atrage după sine consecințe grave în evoluția personalității elevilor afectându-i viața și evoluția armonioasă în dezvoltare.

Scopul studiului constă în stabilirea specificului procesului de consiliere psihologică a elevilor de vârstă preadolescentă cu instabilitate emoțională.

Eșantionul experimental a fost format în total din 30 de elevi preadolescenți, cu vârsta cuprinsă între 11-14 ani din cadrul Instituției Publice Liceul Teoretic „Olimp”, o. Sîngerei care au constituit două grupuri: grupul experimental format din 15 elevi și grupul de control format din alți 15 elevi care au manifestat semne de instabilitate emoțională.

În cadrul cercetării practice au fost utilizate următoarele metode, procedee și tehnici de cercetare:

- *Chestionar de diagnosticare a autocontrolului volitiv* după A. G. Зверьков и E. B. Эйдман, 1990. Chestionarul urmărește o evaluare generalizată a nivelului individual de dezvoltare a autocontrolului volitiv, care presupune măsura de a stăpâni propriul comportament în diferite situații - capacitatea de a controla conștient propriile acțiuni, stări și motivații.

- *Scala Neurotism a Chestionarului de personalitate* de H. Eysenck, 1964. Factorul neurotismul descrie însușirea ce caracterizează omul din punctul de vedere al stabilității și instabilității emoționale, anxietății etc.

În etapa de constatare au fost aplicate cele două chestionare pentru toți cei 30 de elevi din eșantionul experimental.

Inițial vor fi prezentate rezultatele scorului global obținute pe întreg eșantionul de cercetare la chestionar pentru a realiza o evaluare generalizată a nivelului individual de dezvoltare a autocontrolului volitiv. Astfel, după cum observăm în figura 1, scor ridicat a autocontrolului volitiv este identificat în cazul doar a 16,67%, scor mediu îl avem prezent la 53,33%, iar scor scăzut – 30,00%. Aceste rezultate ne vorbesc despre un nivel individual de dezvoltare a autocontrolului volitiv mediu spre scăzut, care presupune dificultăți în a stăpâni propriul comportament în diferite situații, precum și dificultăți în a controla conștient propriile acțiuni, stări și motivații.

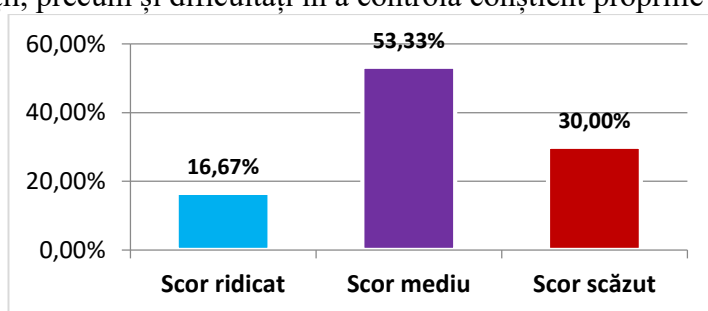


Fig. 1 Distribuția rezultatelor obținute de întreg eșantionul la Chestionarul de diagnosticare al autocontrolului volitiv după A.G.Зверьков и E.B.Эйдман

Astfel, în continuare urmează a fi prezentate rezultatele obținute de către elevii participanți la studiu la *Scala Indicile autocontrolului volitive a Chestionarului de diagnosticare al autocontrolului volitiv* după A.G.Зверьков и E.B.Эйдман (Figura 2).

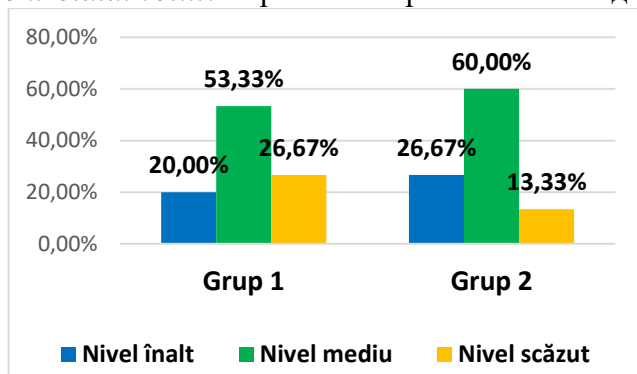


Fig. 2 Distribuția rezultatelor obținute de elevi la Scala Indicile autocontrolului volitiv

Observăm că nivelul înalt al indecelui este mai mare în grupul 2 (26,67% elevi) comparativ cu grupul 1 (20,0% elevi). Astfel putem susține că acești elevi se caracterizează prin calm, încredere în sine, responsabilitate, durabilitatea emoțiilor, opinii realiste. Acești elevi își realizează sistematic intențiile, știu cum să își distribuie propriile eforturi, își pot controla acțiunile. În cazuri extreme, o creștere a tensiunilor interne este posibilă datorită dorinței de a controla fiecare aspect al propriului său comportament și neliniște cu privire la cea mai mică spontaneitate posibilă.

Nivelul mediu este constatat după cum urmează: 8 subiecți (53,33%) din grupul 1 și 9 subiecți (60,0%) din grupul 2.

Scorul scăzut la Indicile autocontrolului volitiv este observat la 4 elevi din grupul 1 (26,67%) și 2 elevi din grupul 2. După cum ne este prezentat în interpretarea chestionarului persoanele date sunt mai sensibile, mai instabile din punct de vedere emoțional, vulnerabile și

nesigure. De asemenea, reflexivitatea acestor preadolescenți este scăzută, iar activismul, de regulă, este redus. Totodată impulsivitatea și instabilitatea intențiilor sunt specifice acestor elevi. Acest lucru se poate datora imaturității, incapacității de reflexie și de autocontrol.

Scala *Perseverența* prezentată în continuare în figura 3 ne indică rezultatele ce caracterizează puterea intențiilor unei persoane - dorința sa de a finaliza activitatea începută.

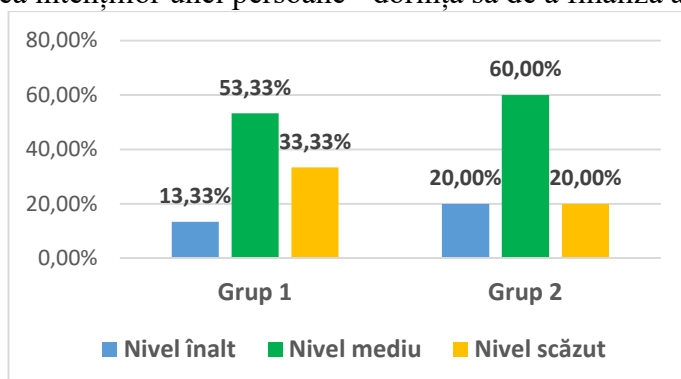


Fig. 3 Distribuția rezultatelor obținute de elevi la Scala *Perseverența*

Astfel, observăm că un nivel înalt la această scală este obținut de către 2 elevi (13,33%) din grupul 1 și 3 elevi (20,0%) din grupul 2. Acești elevi, aflați la polul pozitiv se pot caracteriza prin persoane active, eficiente care se străduiesc să finalizeze lucrul început, sunt mobilizate de obstacole în calea obiectivului, alternativele și ispitele nu le distrag atenția, valoarea lor principală fiind lucrul început. Astfel de elevi tind să respecte normele sociale (conștiinciozitate) și dorința de a-și supune comportamentul propriu acestor norme.

Nivelul mediu îl avem înregistrat de 8 elevi (13,33%) din grupul 1 și 9 elevi din grupul 2 (60,0%), iar nivelul scăzut îl avem la 5 elevi (33,33%) din grupul 1 și 3 elevi (20,0%) din grupul 2. Valorile scăzute la această scală indică o instabilitate crescută, incertitudine, impulsivitate care poate duce la inconsecvență în comportament. Activismul și capacitatea de muncă reduse, de regulă, sunt compensate de astfel de persoane prin sensibilitate crescută, flexibilitate, ingeniozitate, precum și o tendință de interpretare liberă a normelor sociale.

În continuare, în figura 4 sunt prezentate rezultatele elevilor obținute la scala *Stăpânirea de sine*.

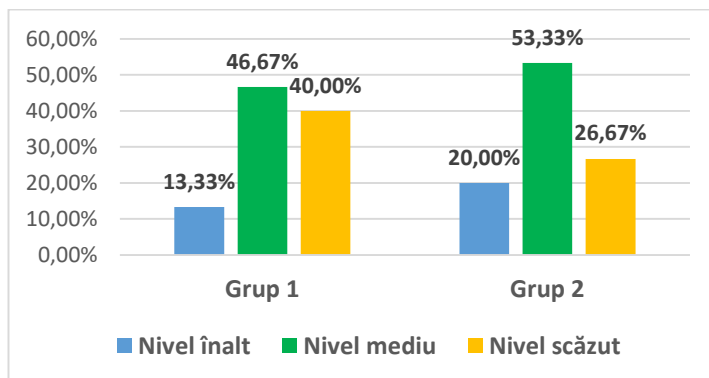


Fig. 4 Distribuția rezultatelor obținute de elevi la Scala *Stăpânirea de sine*

Constatăm analizând figura 4 că scor mai înalt la această scală este atestat în grupul 2 - 3 elevi (20,0%) comparativ cu 2 elevi (13,33%). Se consideră că scorul mai mare la această scală le este caracteristic persoanelor care sunt stabile emoțional, care dispun de un autocontrol bine dezvoltat, de asemenea le este caracteristic liniștea interioară. Încrederea în sine învinge teama de necunoscut, crește disponibilitatea de a percepe noul și imprevizibilul și, de regulă, se combină cu libertatea de opinie, cu tendința spre inovare și radicalism.

Nivel mediu este atestat în felul următor la scala dată: 7 elevi (46,67%) în grupul 1 și 8 elevi (53,33%) în grupul 2. Putem menționa că în cazul acestor elevi dorința de autocontrol constant, limitarea conștiință excesivă a spontaneității proprii poate duce la o creștere a tensiunii interne, la predominanța îngrijorării și a oboselii constante.

În același timp nivel scăzut al stăpânirii de sine este prezent la 6 elevi (40,0%) din grupul 1 și 4 elevi (26,67%) din grupul 2. Putem afirma că acești elevi se caracterizează prin spontaneitate, impulsivitate în combinație cu sensibilitatea și preferința pentru ideile tradiționale, protejează o persoană de experiențe intense și de conflicte interne, contribuie la emanciparea internă și la predominarea unei atmosfere relaxante.

În scopul evidențierii instabilității emoționale ale elevilor preadolescenți investigați în continuare sunt prezentate rezultatele obținute la *Scala Neurotism (stabilitate-instabilitate emoțională) din cadrul Chestionarului de personalitate* de H. Eysenck, 1964. Referindu-ne la interpretarea oferită menționăm că elevii cu scor mai mare de 12 se caracterizează prin instabilitate emoțională.

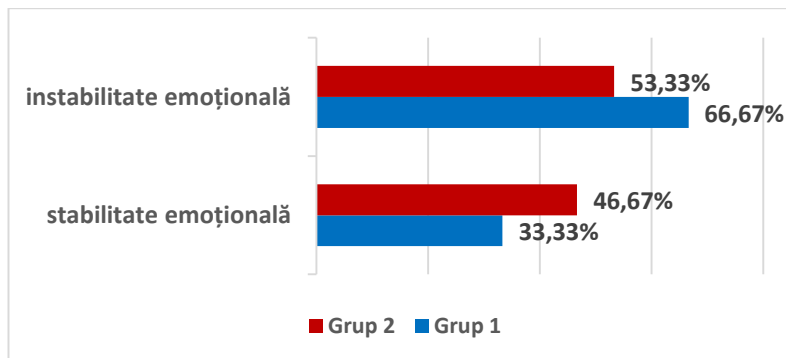


Fig. 5. Distribuția rezultatelor elevilor la *Scala Neurotism* din *Chestionarul de personalitate* de H. Eysenck

Astfel observăm în figura 5 că avem manifestată stabilitate emoțională și adaptivitate în cazul a 5 elevi (33,33%) elevi în Grupul 1, și 7 elevi (46,67%) pentru Grupul 2.

Prin instabilitate emoțională, dificultăți în restabilirea echilibrului psihic, hipersensibilitate emoțională, neurotism se caracterizează 10 elevi (66,67%) din Grupul 1 și 8 elevi (53,33%) din grupul 2.

Pentru a identifica diferențele statistice semnificative între rezultatele celor două grupuri la *Scala Neurotism* am aplicat *testul U-Mann-Whitney*. Compararea rezultatelor obținute ne indică că există diferențe statistic semnificative în cadrul grupului 1 și 2 ($U=693,000$, $p=0,001$) ceea ce ne conduce la ideea că instabilitatea emoțională, afectivă, inadaptația socială, labilitatea emoțională este mai specifică în cadrul Grupului 1.

În conformitate cu rezultatele expuse anterior putem concluziona că atât în cadrul Grupului 1, dar și 2 avem diagnosticată instabilitatea emoțională ridicată, impulsivitate, iritabilitate, voință slabă și excitabilitate emoțională. Totuși în cadrul grupului 1 avem conturate într-un mod mai evidențiat aceste manifestări, fapt demonstrat și din punct de vedere statistic.

Analiza rezultatelor experimentale ne-a orientat spre următoarele concluzii:

- Dificultățile de autocontrol voluntar sunt o problemă prezentă pentru preadolescenții cu instabilitate emoțională. Dezvoltarea slabă a autocontrolului, autodisciplinii, rezistența scăzută la influențe nefavorabile, tendința de a reacționa în mod necorespunzător la circumstanțe frustrante poate constitui un factor important în apariția dificultăților de adaptare socială și chiar a comportamentelor deviate.

- Preadolescenții cu instabilitate emoțională au o toleranță foarte slabă la frustrare, sunt impulsivi, ușor iritabili, resimt acut stările conflictuale interne, tonus afectiv scăzut.

- În rândul elevilor există un număr destul de mare de preadolescenți cu un nivel înalt al instabilității emoționale. Consecințele pe termen lung ale instabilității emoționale, lipsei autocontrolului și reglării emoționale se pot reflecta asupra sferei afective, motivaționale, asupra conștiinței de sine și autoaprecierii determinând diverse consecințe cu un impact nefavorabil asupra personalității elevului.

- În urma aplicării metodelor de investigație a instabilității emoționale în cazul elevilor de vârstă preadolescentă cercetați cu scopul de a testa ipoteza de lucru considerăm includerea

subiecților din grupul 1 (acolo unde a fost identificat un nivel mai accentuat a problemei instabilității emoționale) într-un program de consiliere psihologică de grup.

Rezultatele obținute în cadrul experimentului de constatare cu referire la instabilitatea emoțională în rândul elevilor preadolescenți ne-au arătat că aceștia se confruntă de asemenea cu un nivel scăzut al autocontrolului și reglării emoționale.

Scopul propus pentru *experimental formativ* a fost elaborarea unui program de consiliere psihologică privind dezvoltarea autocontrolului și stabilității emoționale la preadolescenții cu instabilitate emoțională.

Experimentul formativ s-a realizat cu 15 elevi preadolescenți din cadrul grupului 1, grup în care a fost identificat un nivel mai accentuat al prezenței problemei instabilității emoționale la etapa experimentului de constatare.

Baza metodologică a programului de consiliere a constituit-o combinația a mai multor abordări psihologice care au la bază formarea capacității de a diferenția sentimentele și emoțiile proprii și ale altora, precum și dezvoltarea abilității unui management eficient al propriilor emoții. În cadrul programului de consiliere s-a mai urmărit creșterea stimei de sine a preadolescenților; diminuarea anxietății, neliniștii și stărilor emoționale tensionate; dezvoltarea stabilității emoționale și menținerea unui nivel optim al stabilității emoționale prin aprecierea corectă și obiectivă a situațiilor din viața proprie.

În cadrul programului de consiliere psihologică s-a creat o atmosferă de încredere, care contribuie la însușirea experienței de comunicare pozitivă, la acceptarea de către membrii grupului a normelor și a valorilor comunicării, elaborate în procesul activității în comun. Membrii grupului au însușit noi forme de comunicare și comportament, au cautat procedee efective de comunicare și comportament, au analizat greșelile și greutățile în activitatea comunicativă.

De asemenea în procesul ședințelor de consiliere psihologică preadolescenții cu instabilitate emoțională au: primit o reprezentare mai completă și obiectivă despre poziția lor în mediul social, despre atitudinea față de ei a celor din jur; au observat încercările proprii de a-și reaprecia capacitățile comunicative în corespundere cu aprecierile celor din jur; și-au perfecționat capacitățile comunicative, și-au modificat comportamentul în raport cu alte persoane.

Momentul cheie în implementarea activității de consiliere psihologică cu preadolescenții cu instabilitate emoțională a fost stabilirea chiar de la prima întâlnire a contactului emoțional pozitiv cu ei. Acest lucru a contribuit la înlăturarea excesului de tensiune psihologică a preadolescenților asociată cu nevoia de a participa la activitatea grupului de consiliere psihologică, la stabilirea unei atmosfere de încredere și acceptare.

Experimentul de control a avut ca scop constatarea impactului programului de consiliere asupra nivelului de instabilitate emoțională la elevii preadolescenți, fapt care ne-ar asigura și verificarea ipotezei de cercetare. La etapa data au fost utilizate toate tehnicile din cadrul experimentului de constatare. Inițial vor fi prezentate rezultatele test-retest la *Scala Indicile autocontrolului volitiv* (Figura 6)

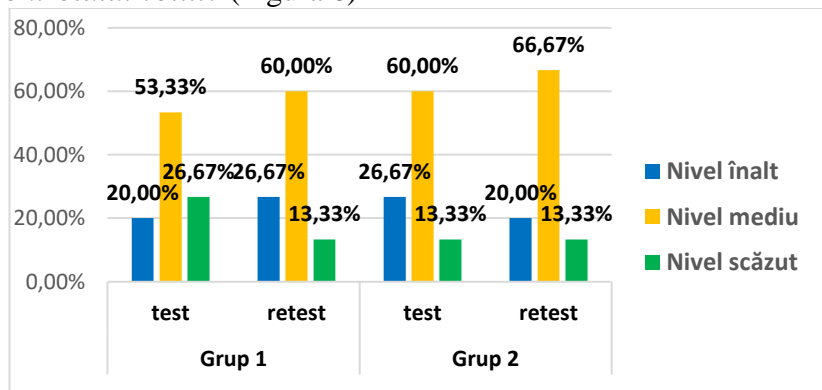


Fig. 6. Distribuția rezultatelor test-retest la *Scala Indicile autocontrolului volitiv*

Observăm că rezultatele în grupul 1, în cazul elevilor participanți în cadrul programului de consiliere psihologică, au survenit modificări ușoare, în sens pozitiv, la toate cele trei nivele a Scalei Indicelui autocontrolului volitiv.

Astfel, observăm că nivelul înalt al indecelui autocontrolului volitiv este mai mare la etapa de retest comparativ cu etapa de test. De asemenea, și nivelul mediu este constatat în 60,0% din grupul 1 la etapa de retest, mai mult decât la etapa experimentului de constatare (test) când au fost identificați 53,33% de elevi. Totodată constatăm că scorul scăzut la Indicele autocontrolului volitiv este mai mic, la etapa retest (13,33%) comparativ cu etapa test (26,67%). În baza acestor rezultate putem afirma că acești elevi și-au îmbunătățit nivelul de încredere în sine, responsabilitate, durabilitatea emoțiilor, dețin mai multă calmitate, având opinii mai realiste despre viață și anturaj. De asemenea, elevii participanți la program și-au crescut nivelul de abilități în ași distribuie propriile eforturi, și își pot controla mai bine acțiunile.

Analizând rezultatele obținute de grupul 2, în cazul elevilor care nu au participat în cadrul experimentului formativ observăm schimbări ușoare, dar în sens negativ la Indicele autocontrolului volitiv. Astfel, observăm că nivelul scăzut de autocontrol volitiv a rămas același la etapa de test și retest - 2 elevi (13,33%). În schimb nivelul înalt s-a diminuat de la 26,67% la 20,0%, iar nivelul mediu de autocontrol volitiv a crescut de la 60,0% la 20,0% la etapa retest.

Aceste rezultate ne orientează să credem că elevii care nu au beneficiat de nici o formă de asistență psihologică în perioada respectivă, datorită vulnerabilității emoționale, fiind mai instabile din punct de vedere emoțional, vulnerabile și nesigure și-au scăzut autocontrolul volitiv. Totodată menționăm că impulsivitatea și instabilitatea intențiilor se poate datora imaturității, incapacității de reflexie și de autocontrol specifică perioadei de vârstă.

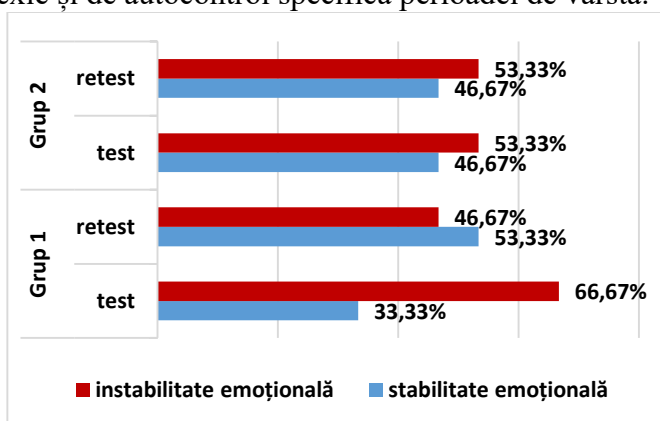


Fig. 7. Distribuția rezultatelor elevilor test-retest la Scala Neurotism din Chestionarul de personalitate de H. Eysenck

În scopul evidențierii rezultatelor elevilor obținute la Scala Neurotism (stabilitate-instabilitate emoțională) din cadrul Chestionarului de personalitate (H. Eysenck) pentru etapa experimentului de control comparativ cu etapa experimentului de constatare (test-retest) propunem spre analiză figura 7 care ilustrează aceste date. Astfel, după cum observăm în cazul elevilor din grupul 1, participanți în cadrul programului de consiliere psihologică, au survenit modificări de schimbare, și anume:

- creșterea procentajului nivelului de manifestare a stabilității emoționale și adaptivitate, de la etapa test (33,33%) la etapa retest (53,33%);

- descreșterea procentajului nivelului de manifestare a instabilității emoționale, hipersensibilitate emoțională și neurotism, de la etapa test (66,67%) la etapa retest (46,67%);

În cazul grupului 2, la elevii care nu au participat în cadrul experimentului formativ observăm că procentajul obținut la Scala Neurotism din Chestionarul de personalitate (H. Eysenck) a rămas același la etapa test -retest, atât pentru nivelul de stabilitate emoțională și adaptare (46,67%) cât și pentru nivelul de instabilitate emoțională, dificultăți în restabilirea echilibrului psihic, hipersensibilitate emoțională și neurotism (53,33%)

Analiza rezultatelor oferite de experimentul formativ a arătat că elevii din grupul 1, incluși în cadrul programului de consiliere psihologică, spre deosebire de elevii din grupul 2, au

demonstrat la retest modificări ușoare, cu efect pozitiv, la toate cele trei scale a *Chestionarului de diagnosticare al autocontrolului volitiv* după A.G.Зверьков и E.B.Эйдман. Astfel, elevii și-au crescut nivelul de abilități în a-și distribui propriile eforturi, a controla mai bine acțiunile proprii, și-au îmbunătățit ușor abilitatea de a se mobiliza pentru depășirea obstacolelor în calea obiectivelor propuse. De asemenea, a fost îmbunătățită încrederea în sine, curajul de a învinge teama de necunoscut, disponibilitatea de a percepe noul și imprevizibilul.

În conformitate cu rezultatele obținute de elevii la *Scala Neurotism* din *Chestionarul de personalitate* (H. Eysenck) s-a constatat că în cadrul Grupului 1, la elevii participanți în cadrul programului de consiliere psihologică, au survenit modificări de schimbare, în sens de îmbunătățire a nivelului de manifestare a stabilității emoționale și adaptivitate.

În același timp, în cadrul grupului 2, elevii care nu au beneficiat de nici o formă de asistență psihologică în perioada respectivă, nu avem conturate în nici un mod modificări de schimbare sau diminuare a procentajului obținut la *Scala Neurotism* din *Chestionarul de personalitate* (H. Eysenck), rezultatele rămânând același la etapa test-retest, atât pentru nivelul de stabilitate emoțională și adaptare cât și pentru nivelul de instabilitate emoțională, dificultăți în restabilirea echilibrului psihic, hipersensibilitate emoțională și neurotism.

Totodată rezultatele obținute de elevii din grupul 2 la etapa retest a *Chestionarului de diagnosticare al autocontrolului volitiv* după A.G.Зверьков и E.B.Эйдман ne-au indicat schimbări, dar în sens negativ la toate cele trei scale. Aceste rezultate ne orientează să credem că elevii care nu au beneficiat de nici o formă de asistență psihologică în perioada respectivă, datorită vulnerabilității emoționale, fiind mai instabile din punct de vedere emoțional, vulnerabile și nesigure și-au scăzut autocontrolul volitiv și capacitatea de reflexive.

Bibliografie

1. COJOCARU-BOROZAN, M. *Metodologia cercetării culturii emoționale*. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2012. 208 p. ISBN 978-9975-46-119-1.
2. DIȚA, M., VÎRLAN M. Particularitățile sferei emoțional-volitive la preadolescenții cu comportament deviant. În: *Preocupări contemporane ale științelor socio-umane în contextul transformării de mentalități*. Chișinău: Tipografia „Biotehdesign”. 2017. pp. 19 – 24. ISBN 978-9975-108-27-0.
3. DIȚA, M., VÎRLAN, M. Autocontrolul, stabilitatea emoțională și comportamentul la preadolescenți. *Revista Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*. 2014. nr. 1. (34). pp.1 - 7. ISSN 1857 – 0224.
4. GHIUGAN, Ionuț. *Instabilitatea emoțională*. 2015. [online] [citată 09.04.2023] Disponibil: <https://expertizapsihologicajudiciara.ro/instabilitatea-emotionala/>
5. GALLO, L. *Emoțiile negative. Cum să ne eliberăm de frică, anxietate, tristețe, furie, agresivitate, rușine*. București: Niculescu. 2015. 239 p. ISBN 978-973-748- 982-1.
6. RACU, Iu. Factorii determinanți ai anxietății la preadolescenți. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, nr. 8, 2007, pp. 34-38. ISSN 1857-0224.
7. VRASTI, R. *Reglarea emoțională și importanța ei clinică*. București, 2014, 174 p. ISBN 6065873705.
8. КИСЕЛЕВСКАЯ, Н. Исследование эмоциональной устойчивости в подростковом и юношеском возрасте. În: *Наука и мир*. 2015. №3, с. 110-112. ISSN 2308-4804.

CZU 316.624:615.851.82-053.6

ИГРОВЫЕ МЕТОДЫ В КОРРЕКЦИИ ПОДРОСТКОВ СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Pavel SERAFIMCIUC, drd.,
Universitatea de Stat din Moldova

***Abstract.** This article explores the potential of using game methods in working with adolescents exhibiting deviant behavior. The primary objective is to analyze how game-based approaches can contribute to the development of conflict competence, the formation of positive behavior, and the reduction of aggression, delinquency, and other forms of deviance. Particular attention is paid to a model for developing conflict competence in adolescents prone to deviant behavior through games.*

***Keywords:** conflict competence, deviant behavior, adolescence*

Отклоняющееся поведение подростков под влиянием стремительных изменений окружающих условий является одной из актуальнейших проблем современной педагогики и психологии. В этом возрасте развитие характеризуется рядом личностных и поведенческих изменений, что делает его сенситивным периодом для формирования как продуктивных, так и непродуктивных моделей поведения. Иное отношение к социальным нормам, неприятие общепринятых стандартов поведения, стремление к экспериментам и самовыражению – всё это является естественной частью развития подростков, однако в некоторых случаях такие проявления могут принимать асоциальные и девиантные формы.

В данной статье рассматривается девиантное поведение подростков, включающее правонарушения, агрессивное поведение, употребление психоактивных веществ, нарушение дисциплины и негативные, грубые формы общения со сверстниками и/или взрослыми. Эти отклонения не только создают препятствия социальной адаптации подростка, но и могут являться первыми признаками движения к более серьезным правонарушениям, вплоть до криминальной деятельности. И для более глубокого понимания использования игровых методов в коррекции важно четко определить, что представляет собой девиантное поведение. Существуют различные точки зрения на понимание содержания этого явления. Перечислять ученых, проявивших повышенный интерес к проблеме отклоняющегося поведения подростков, можно долго. Остановимся на определении девиантного поведения как системы поступков или отдельных поступков психически здорового человека, которые не соответствуют или противоречат официально установленным или фактически сложившимся в социуме и государстве принципам, правилам, представлениям и ролевым предназначениям, то есть именно ценностно-нормативной системе, существующей на определенном этапе функционирования и развития общества. В тоже время девиантное поведение является результатом воздействия неблагоприятных факторов, обуславливающих нарушение процесса становления и социализации личности (1). Девиация может проявляться в различных формах: от легких нарушений дисциплины до серьезных правонарушений, включая преступную деятельность. Правонарушения (делинквентное поведение): подростки совершают кражи, вандализм, хулиганство, что может привести к проблемам с законом. Правонарушения у подростков часто объясняются желанием показать свою независимость и протест против авторитетов. Агрессия и насилие: физическая агрессия по отношению к сверстникам, взрослым или животным, а также вербальная агрессия, которая проявляется в оскорблениях, угрозах и унижениях. Социальная изоляция: подростки могут избегать общения с окружающими, погружаться в виртуальный мир, увлекаться компьютерными играми или интернетом, что приводит к утрате социальных навыков. Злоупотребление психоактивными веществами: алкоголь, наркотики, токсичные вещества становятся способом бегства от реальности или частью подростковых экспериментов. Большинство из современных стратегий коррекции девиантного поведения, претендующих на эффективность, включают в себя использование игровых методов, которые базируются на вовлечении подростков в социально значимые и эмоционально насыщенные ситуации и позволяет им учиться через опыт, моделировать и осознавать последствия своего поведения. Если определить игру, как вид деятельности в условиях ситуаций, направленных на воссоздание и усвоение общественного опыта, в котором складывается и совершенствуется самоуправление поведением, то можно выявить следующие функции:

- развлекательную;
- коммуникативную: усвоение понятия общения;
- игротерапевтическую: преодоление трудностей, возникающих в других видах жизнедеятельности;
- диагностическую: самопознание в процессе игры, возможность обнаружить некоторые отклонения от нормативного поведения;
- функцию коррекции: внесение позитивных изменений в структуру личностных показателей;
- межнациональной коммуникации: усвоение единых для всех людей социально-культурных ценностей;
- социализации: включение в систему общественных отношений, усвоение норм человеческого общежития (2).

Игровые методы открывают подросткам следующие возможности:

- Социальное взаимодействие: многие игры требуют работы в команде, что помогает подросткам развивать коммуникативные навыки.
- Безопасность при проигрывании конфликтных ситуаций. Подростки могут моделировать реальные жизненные ситуации, связанные с их личными проблемами, и искать пути их разрешения, отрабатывая поведенческие стратегии без страха наказания.
- Эмоциональная вовлеченность и разрядка, позволяющая активировать эмоциональные реакции, снять внутреннее напряжение, подавленные эмоции и найти выход агрессии в контролируемой среде, что делает коррекцию более эффективной.
- Развитие рефлексии: во время и после игры подростки учатся наблюдать за собой со стороны, осознавать свои поступки, анализировать поведение и его последствия.

На практике игровые методы широко используются в психологической коррекции подростков, склонных к девиантному поведению. Например, в реабилитационных центрах и школах часто применяются ролевые игры для тренировки навыков общения и самоконтроля. Игровая деятельность может стать более результативной, в случае использования реальных жизненных ситуаций, когда в основу берутся темы, волнующие подростков. В зависимости от конкретных задач, целей и способов коррекционного воздействия, игровые методы можно разделить на несколько категорий.

Ролевые игры – один из наиболее популярных методов коррекционной работы. В таких играх подростки разыгрывают различные социальные роли: родителей, учителей, полицейских, преступников и др. Эти игры помогают подросткам лучше понять социальные роли и последствия различных моделей поведения. Например, подростки могут проиграть сцену конфликта с родителями и попробовать найти конструктивные решения.

Психодрама представляет собой более сложный метод, основанный на воспроизведении внутренних конфликтов. Подростки разыгрывают сцены, которые отражают их личные проблемы и переживания, а затем анализируют свои эмоции. Этот метод помогает подросткам осознать причины своего поведения, эмоциональные проблемы и найти новые способы их решения.

Деловые игры направлены на моделирование ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью или социальной активностью. Подростки принимают решения, разрабатывают стратегии и действуют в условиях ограниченного времени и ресурсов.

В кооперативных играх подростки работают в команде для достижения общей цели. Эти игры помогают развивать навыки сотрудничества, доверия и взаимной поддержки, что важно для подростков, склонных к девиантному поведению.

Подростки с девиантным поведением часто страдают от низкой самооценки, что проявляется в агрессии, стремлении к правонарушениям и протестному поведению.

Игровые методы позволяют подросткам осознать свои способности, развить чувство компетентности и повысить уверенность в себе. Это особенно проявляется в играх, где подросткам даются задачи, требующие самостоятельного принятия решений и ответственности. Одна из главных причин, по которой игровые методы оказываются эффективными, заключается в том, что они позволяют подросткам отрабатывать навыки на практике. В традиционной педагогике и психотерапии теоретическое обучение часто не даёт подросткам возможности испытать новые модели поведения в реальных условиях. Игровые методы, напротив, предоставляют возможность активного участия в различных социальных ситуациях. Переход от теоретических знаний к практическим навыкам происходит естественным образом в ходе ролевых и кооперативных игр. Подростки не только слышат о правильном поведении, но и получают возможность применить его в условиях игры. Это помогает закрепить новые навыки и сделать их частью повседневного поведения. Игры позволяют учитывать индивидуальные особенности подростков, что также повышает их эффективность. Каждый подросток имеет свой уникальный набор проблем и поведенческих отклонений, и игровая среда может быть адаптирована под эти особенности. В зависимости от типа девиантного поведения и личностных характеристик подростка игра может быть скорректирована так, чтобы она решала конкретные проблемы. В тоже время, вопрос развития конфликтной компетентности у подростков с отклоняющимся поведением изучен крайне мало. Становится очевидна необходимость разработать модель коррекции девиантного поведения за счет развития конфликтной компетентности игровыми технологиями. Остановимся подробнее на особенностях структуры и содержания предлагаемой модели развития конфликтной компетентности подростков склонных к девиантному поведению средствами игры.

3. Блок целей и задач:

- повышение уровня знаний о конфликте;
- развитие самостоятельности и поощрение инициативы;
- борьба с сопротивлением (устранение внутренних препятствий)

Достижение поставленных целей требует выполнения следующих задач:

- теоретическое изучение темы;
- определение взаимосвязей различных видов деятельности;
- изучение динамики развития конфликтной компетентности;
- подготовка методического материала.

4. Блок функционально-содержательный:

- развитие и совершенствование умений применять различные типы коммуникаций;
- активизация и развитие творческого мышления и самореализации;
- преодоление, посредством игры, различных проблем, возникающих у подростка в общении с окружением и в учебе;
- своевременная диагностика и обратная связь;
- оказание поддержки подросткам с девиантным поведением, в преодолении их переживаний, препятствующих нормальному общению с одноклассниками;
- создание благоприятной атмосферы, чувства комфорта и радости.

В этот блок включается программа развития конфликтной компетентности подростков с девиантным поведением, куда входят следующие этапы: организационный; исследовательский; содержательный; информационно-оценочный. Данная программа находится в стадии реализации в лицее города Кишинева. Вся выборка (327 детей, 12-16 лет, из которых 173 девочки и 154 мальчика), в том числе подростки, склонные к девиантному поведению – 43 подростка, 13-15 лет, из которых

27 мальчиков и 16 девочек. Наибольший интерес у подростков вызвала настольная игра «Лабиринт конфликтов». Важно подчеркнуть, что дидактическая игра представляет собой специфический способ управления учебно-познавательной деятельностью обучающегося. Это развивающаяся форма организации целенаправленного взаимодействия всех ее участников, в которой предьявляется модель действительности. Эта отстранённость от действительности позволяет:

- не переживать за последствия каких-либо неправильных действий учащихся, а наоборот, извлекать пользу, так как «отрицательный опыт учит быстрее»; сократить время протекания реальных процессов обучения;

- многократно повторять те или иные действия для закрепления навыков их выполнения;

- раскрепощать учащихся;

- стимулировать их на поиск наиболее эффективного решения (3).

5. Блок деятельности в процессе игрового взаимодействия:

- активизация эмоциональной сферы личности, полноценной мотивации, направленной на адекватную самооценку;

- учёт индивидуальных, возрастных, психологических особенностей подростков с девиантным поведением;

- оперативная диагностика стилей поведения в конфликте подростков.

6. Блок оценки результатов.

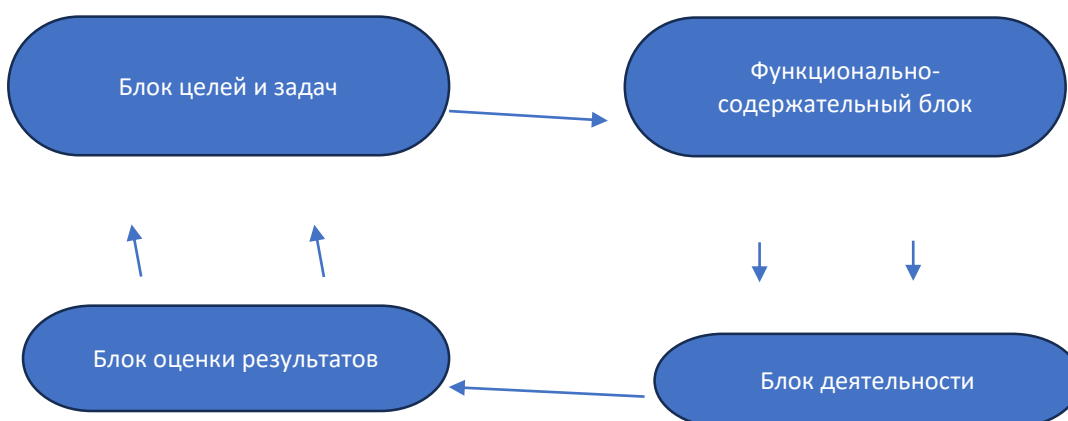


Рис. 1 Модель развития конфликтной компетентности подростков с девиантным поведением средствами игровых технологий

Активизация в процессе игрового взаимодействия эмоциональной сферы личности, полноценной мотивации, направленной на адекватную самооценку. А. А. Реан отмечает следующие характеристики становления личности подростков с девиантным поведением: отношение к перспективе представляет собой неопределенность, вплоть до недоступности содержательной ориентации; будущее представляется как непосредственное отражение простых желаний настоящего; общечеловеческие ценности нередко отвергаются; нет заинтересованности в учебе и получении знаний (4). Активизация эмоциональной сферы личности представляет весьма действенное средство воспитания, тем более, когда речь идет о подростках с девиантным поведением. Воспитательные беседы не так эффективны, как активное чувствование, и в данном значении аппарат эмоций считается адаптированным и деликатным инструментом, посредством которого легче в целом воздействовать на поведение. Учет индивидуальных, возрастных, психологических особенностей подростков с девиантным поведением в процессе игры. Образовавшееся у подростка чувство взрослости выражается, как индивидуальное переживание готовности быть полноправным членом группы взрослых, в стремлении к самодостаточности, намерении продемонстрировать собственную «взрослость». Пересмотр оценки собственных

способностей обнаруживает стремление молодых людей к самостоятельности и самодостаточности, критичности во взаимоотношении со взрослыми, обидчивости.

Психологические основы формирования отклонений в поведении часто объединяются с нарушениями взаимосвязей с социальным окружением и с психологическим неблагополучием учащихся.

Возникновение активности не может происходить самостоятельно, так как она является результатом педагогического воздействия, взаимодействия и организации развивающей педагогической среды, достигаемой при помощи реализации педагогических технологий. Особую роль занимают игровые технологии. Возрастные особенности подростков проявляются в эмоциональной неуравновешенности, импульсивности поведения, в стремлении к самостоятельности, что приводит к столкновениям и недопониманию в межличностных отношениях. После проведения серии из 4 игр «Лабиринт конфликтов» было проведено сравнение показателей способов поведения в конфликтах

рис.2.

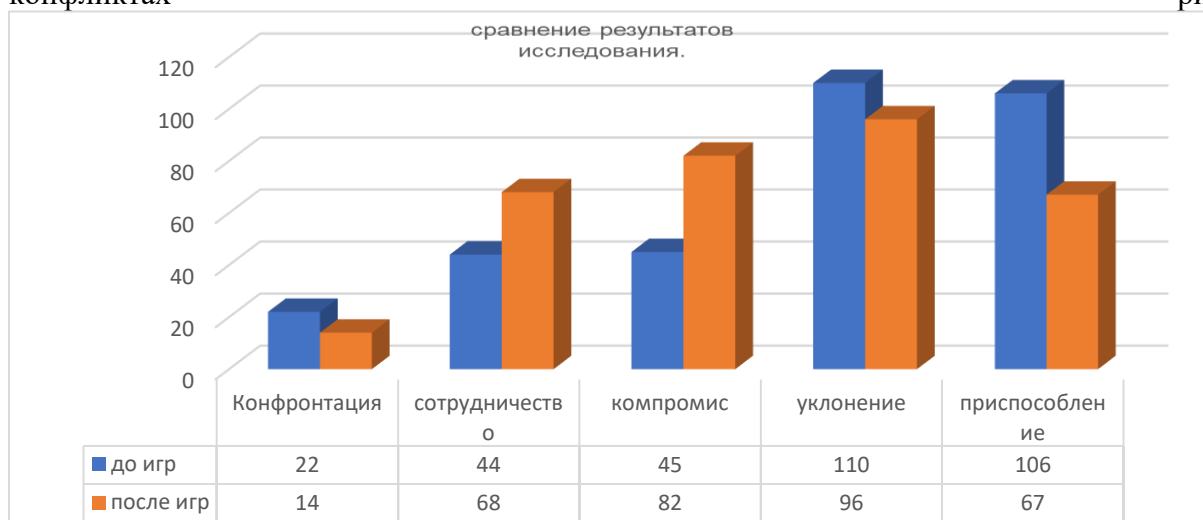


Рисунок 2. Сравнение способов поведения в конфликте до игр и после игр.

Потребность подростка в общении и самоутверждении должна быть реализована в социально полезной деятельности. Именно поэтому важно использование игровых технологий образования в развитии подростков с девиантным поведением, создающих атмосферу увлеченности, способствующих самоуправлению поведением личности. Результаты среза на данном этапе исследования демонстрируют, что игра – это мощный инструмент, способный помочь подросткам осознать свои внутренние конфликты, изменить негативные модели поведения и развить социальные навыки. Теории Жана Пиаже, Альберта Бандуры, Льва Выготского и других подчеркивают, что игра является неотъемлемой частью социального и когнитивного развития. Применение игровых методов в коррекционной работе с подростками способствует снижению агрессии, развитию эмоциональной регуляции и улучшению коммуникативных навыков. Игровые методы оказываются высокоэффективными в работе с подростками, склонными к девиантному поведению, благодаря их способности эмоционально вовлекать подростков, развивать социальные навыки, помогать контролировать агрессию и повышать самооценку. Они предоставляют подросткам возможность практиковать новые модели поведения в безопасной среде и интегрировать их в повседневную жизнь. Важно отметить, что эффективное применение игровых методов требует профессиональной подготовки специалистов и индивидуального подхода к каждому подростку, учитывая его личностные особенности и потребности.

Список литературы

1. С.О., Ларионова. Девиантное поведение: социальный, психологический и педагогический аспекты. *Психология И педагогика: методика и проблемы практического применения.* 2011 г., 21-1.

2. Д.Б., Эльконин. *Психология игры*. Москва : Просвещение, 2007. стр. 98-101.
3. Морозов А.В., Чернилевский Д.В. *Креативная педагогика и психология: учебное пособие*. Москва : Академический проект, 2004. стр. 479.
4. А.А., Реан. *Психология личности*. Санкт-Петербург : питер, 2013. стр. 288.

CZU 159.937:372.46-053.4

FORMAREA REPREZENTĂRILOR ÎN DEZVOLTAREA LIMBAJULUI, LA VÂRSTA PREȘCOLARĂ

Beatrice-Maria STANDAVID, dr., prof,
Colegiul Național Pedagogic „Mihai Eminescu” Târgu Mureș, România

***Abstract.** For the students from the pedagogical profile, the observational practice is a good opportunity to ascertain concrete aspects. Thus, one of the proposed activities was to observe how representations help preschool children to develop their language.*

First, in class, general aspects related to perceptions, sensations, representations were theorized. These were observed in the kindergarten groups in artistic-plastic, psychomotor activities, activities of the children's choice, free and creative.

***Keywords:** representations, language, preschoolers, pedagogical, practice*

Argument

Pregătirea viitoarelor cadre didactice, educatoare sau puericultori – conform specializărilor – presupune, alături de constituirea unei baze teoretice solide și pregătirea tinerelor cadre didactice pentru utilizarea celor mai eficiente activități care să faciliteze, dezvoltarea limbajului la copii. În acest context un rol aparte îl are formarea reprezentărilor la vârsta preșcolară.

Pentru clasele a XI-a, alături de orele de Metodica predării limbii și a literaturii române, am propus desfășurarea unor activități practice de observare a modului în care sunt evidențiate formarea reprezentărilor termenilor menționați în Curriculum pentru educație timpurie, Domeniul Limbă și comunicare.

I. Senzații. Percepții. Reprezentări

„Procesele intelectuale, emotive și voliționale, precum și diferitele particularități ale personalității nu sunt date de la natură, ci se formează și se dezvoltă pe parcursul diferitelor perioade de vârstă.” [1, p. 35], începând cu vârsta sugarului și continuând cu vârsta antepreșcolară, preșcolară, pentru a ajunge la vârsta școlară și chiar și după aceea.

În perioada antepreșcolară, apoi la grupa mică, accentual este pus pe dezvoltarea sensibilității vizuale, ca prim element al dezvoltării senzațiilor și a percepțiilor, care stau la temelia formării reprezentărilor. Din această perspectivă, educatoarea trebuie să cunoască principalele tulburări ale vederii, cum ar fi cele care țin de anomaliiile refracției ochiului (miopia, astigmatismul, hipermetropia) pentru a recomanda familiei, în situații speciale, consultarea medicului. În timp, se dezvoltă auzul fonematic, deoarece, odată cu trecerea de la o etapă la alta, sensibilitatea auditivă a preșcolarilor devine tot mai fină, constatându-se o mai ușoară modulare a vocii, o reglare mai adecvată a ritmului vorbirii, a volumului vocal.

La vârsta preșcolară percepția evoluează în funcție de sarcinile cognitive primite de copil: percepția formei, a mărimii obiectelor, a poziției spațiale, a distanței, a direcției. Pentru a dezvolta capacitatea perceptivă a copilului, educatoarei îi revine rolul de a dirija observația, având în vedere, în primul rând, impresiile tactil-chinestezice și vizuale.

Reprezentările sunt procese psihice care redau „imaginea senzorială a obiectelor și fenomenelor realității, evocate mintal, în absența acestora, pe baza percepțiilor anterioare” [9] ale preșcolarului, volumul și calitatea acestora.

Vârsta preșcolară se caracterizează prin reprezentări sărace în conținut, fragmentare, neprecise, lacunare și neclare, cu o palidă stabilitate și o redusă individualitate.

În același timp cu reprezentările obținute din memorie, se conturează tot mai clar și reprezentările din imaginație. După vârsta de patru ani, funcția cognitivă a reprezentărilor se dezvoltă mai evident. Acest aspect duce la o mai facilă evoluție a procesului înțelegerii lucrurilor din jurul său. [2, p. 126]

Cuvintele sunt cele care contribuie la formarea reprezentărilor. Limbajul contribuie la identificarea trăsăturilor definitorii, la realizarea unor reprezentări clare, la readucerea în prezent a unor trăiri trecute, la sporirea clarității și stabilității lor, la reactualizarea experienței trecute. „Reprezentările devin - prin suportul de cunoștințe stratificate pe care le conțin – mediatore ale cunoașterii, rezervoare de cunoștințe” [3, p. 21]

Prin activitățile desfășurate în instituțiile de învățământ preșcolar, reprezentările copiilor sporesc în conținut, prin activitățile variate, concepute astfel încât să se plieze pe nivelul general, dar și individual, de dezvoltare al vârstei copilului. Astfel, dacă la grupa mică predomină jocul, odată cu înaintarea în vârstă, activitățile capătă un grad superior de dificultate). În timp, copiii trec de la forma primară, la nivelul primului sistem de semnalizare, în care nu este evidentă amplasarea și structurarea în imagine a însușirilor și elementelor caracteristice diferitelor tipuri de obiecte, la primele forme de generalizare, al doilea sistem de semnalizare, prin recunoașterea diferitelor aspect și prin selecționarea acestora.

Alături de reprezentările vizuale și auditive, un rol important îl joacă reprezentările kinestezice, care constau în imagini mentale ale propriilor mișcări. „În timpul reprezentării kinestezice se produc micromișcări în grupurile de mușchi corespunzătoare. Sunt actele ideomotorii care pregătesc desfășurarea viitoarelor mișcări. Pe acestea se bazează realizarea antrenamentelor ideomotorii care presupun, doar, reprezentarea mișcărilor” [4, p. 49]

După gradul de generalizare, atât la preșcolar, cât și la școlarul mic, întâlnim reprezentări individuale și generale. La nivelul acestei vârste, reprezentările individuale cele mai frecvente rămân acelea despre obiectele și fenomenele, ființele cele mai apropiate: mama, tata, grădinița, școala mare și chiar o întâmplare care i-a atras, în mod deosebit, atenția.

Paralel cu reprezentările individuale, chiar la grădiniță se urmărește a se pune bazele celor generale; la intrarea copilului în ciclul primar, se instalează, mai timid la început, apoi mai temeinic, reprezentările generale, cuprinzând însușiri comune, ale unei clase de obiecte (flori, legume, figuri geometrice etc.) pe baza cărora se formează conceptele.

După nivelul operațiilor implicate în generalizări și în conformitate cu cercetările lui Jean Piaget și ale colaboratorilor săi, reprezentările se structurează în reprezentări reproductive și reprezentări anticipative. Reprezentările reproductive sunt cele mai facile copilului, deoarece cu ajutorul acestora, elevul aduce în prim plan obiecte sau fenomene percepute de-a lungul timpului. Aceste aspecte sunt reprezentate static – în timpul preșcolarității – și în evoluție – începând cu ciclul primar – atunci când copilul poate reprezenta și transformările suferite de diferite obiecte. Mult mai complexe sunt reprezentările anticipative, care includ schimbările nepercepute, bazate doar pe intervenția operațiilor gândirii și pe procedeul imaginației [6, p. 77] Cadrele didactice care lucrează cu preșcolari trebuie să știe că, dacă aspectele legate de culoare se imprimă mai ușor în imagine, cu predilecție când este specifică pentru un anumit obiect, reprezentările dimensionale au un grad mai mare de dificultate, deoarece nu pot fi suficient generalizate. Excepție fac, în general, raporturile mare-mic, gros-subțire, lung-scurt – mai ușor de conștientizat. Cu toate acestea, în reprezentările realizate în proiectele de construcție, de modelaj sau de desen, nici aceste excepții nu sunt respectate. Educatoarele trebuie să le amintească și să reactualizeze permanent aspectele definitorii prin activități de observare artistico-plastice, psihomotrice sau chiar în activități la alegerea copiilor, libere și creative.

Aceeași observație se poate face relativ la reprezentările de orientare spațială, întrucât și relațiile spațiale sunt greu integrate în imagini de către preșcolari: poziția obiectelor (sus-jos, pe, lângă, în), direcția obiectelor (dedesubt, deasupra, înainte, înapoi, stânga, dreapta, alături), reprezentările după umăr (unul, multe, mai multe etc.).

Reprezentările temporale nu sunt funcționale în perioada preșcolară decât parțial, urmărind să se perfecționeze în clasele primare, când elevii – dintr-o utilitate practică – obțin o reprezentare mai clară a duratei unui minut, a unei ore, săptămâni, luni. Deși generalizările din gândire sunt controlate și prin aplicarea lor la situațiile reprezentate, adesea acest control îl anticipează pe cel logic.

II. Cultivarea limbajului și a gândirii – premise ale dezvoltării vorbirii

Gândirea îndeplinește în sistemul psihic uman un rol central, orientează, conduce și valorifică toate celelalte procese și funcții psihice (limbajul, memoria, imaginația, atenția), este definitorie pentru om ca subiect al cunoașterii logice, raționale. Se definește ca un proces cognitiv care, prin intermediul abstractizării și generalizării, extrage și prelucrează informații despre relațiile categoriale și determinative. Are ca fundament principiile rațiunii și postulatele științei, ca operațiuni, judecățile și raționamentele, iar ca instrument – noțiunea.

Deoarece este o activitate generală, gândirea utilizează abstractizări, generalizări, deducții, comparații ale cunoștințelor despre diverse fenomene, utilizând percepțiile, intuițiile și reprezentările acestora, pentru a avea în vedere însușirile lor. Cu ajutorul acestor procese copiii grupează elementele pe clase de elemente asemănătoare, compară anumite noțiuni pentru a fixa raporturile de calitate, cantitate, relație și modalitate (judecăți) și compară judecățile între ele (noțiunile) în mod indirect pentru a aplica fenomenele în derivația lor cauzată (raționamente). [6, p. 75] Modalitățile de operare a gândirii sunt, în sensul ascendent, de la particular la general, de la concret la abstract și, în sensul descendent, de la abstract la concret și de la general la particular.

Se cunosc mai multe stadii în dezvoltarea intelectuală a copilului.

Primul stadiu, al inteligenței senzoriomotorii cuprinde perioada de la 0 la 2 ani, se caracterizează prin trecerea de la nivelul reflexelor necondiționate ale copilului la organizarea unor acțiuni senzoriomotorii încheiate [6, p. 61-62] Copilul ajunge la acest stadiu prin formarea unor deprinderi și prin înmagazinarea unor reprezentări.

Între 2 și 7 ani, copilul se situează într-un „stadiu preoperațional”, caracterizat printr-o dezvoltare accentuată, prin reflectări succinte asupra propriilor acțiuni, prin diversificarea și înmulțirea schemelor de operare, prin extinderea semnificațiilor reprezentărilor din aria comunicării verbale. Aceste aspecte duc, în timp, la înlocuirea acțiunilor motorii cu acțiuni simbolice, marcate de o evidentă verbalizare și organizare a limbajului, cuvântul și propoziția constituind mijloace de schematizare, „integrare și clasificare a obiectelor și elementelor după diferite criterii. În acest stadiu gândirea preșcolară este preconceptuală și intuitivă, este o gândire egocentrică”. [5, p. 64-66]

În finalul perioadei preoperaționale apar grupările operaționale care permit conceptualizări și coordonări ale conceptualizării, se intră în stadiul operațiilor concrete (situat între 6 și 10-12 ani), se dezvoltă capacitatea de a opera cu sisteme unitare, de a controla operațiile gândirii, realizându-se astfel reversibilitatea prin inversiune, asigurând astfel, copilului instrumentele necesare însușirii citit-scrisului și a operațiilor matematice. [7, p.104-105]

Limbajul și gândirea se intercondiționează, a vorbi bine înseamnă a te conforma esenței limbajului, care este indisociabil de gândire, contribuie efectiv la constituirea, precizarea și vehicularea exactă a gândirii, făcând-o consistentă și comunicabilă. Nu se poate gândi, fără mijloacele limbajului, acesta având multiple funcții: de comunicare, cognitivă, simbolic-reprezentativă, expresivă, persuasivă, reglatorie, ludică.

Limbajul ajută la dezvoltarea limbajului, la însușirea vocabularului și a semnificațiilor. Treptat, din limbajul monologat se dezvoltă o nouă formă – limbajul interior care sporește posibilitățile copilului de a-și planifica mintal activitatea, contribuie substanțial la dezvoltarea intelectuală a copilului. Limbajul interior îndeplinește funcții de anticipare, proiectare, este centrat pe înțelesuri, pe idei și imagini.

Încă de la grupa mică trebuie urmărită dezvoltarea aparatului fonoarticular (baza articulatorie), insistându-se asupra mișcărilor de articulare corectă a sunetelor (fricative, vibrante, velare etc.), precum și a diftongilor.

Concluzii

Dacă în grădiniță, în cadrul ALA (Activități liber alese), copiii comunică liber, atât între ei, cât și cu adulții – cadre didactice, îngrijitoare, în activitățile organizate pe domenii, dar și în activitățile individuale, accentul se deplasează pe exprimarea copiilor într-un limbajul standard: intonația să fie expresivă, astfel încât preșcolarii să-și însușească raporturile gramaticale ale limbii, sub aspect morfologic și sintactic, fonetic și lexical.

Trecerea de la intuitiv la verbal-abstract depinde de bogăția experienței intuitiv-acționate, de gradul de elaborare a tipurilor superioare de activitate, de modul în care grădinița asigură achiziționarea de informații.

Bibliografie

1. CHIRCEV Anatole și colectiv. Psihologia pedagogică. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1962. 253 p.
2. ȘCHIOPU U., PISCOI V. Psihologia generală și a copilului. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1989. p. 126).
3. ȘCHIOPU Ursula. Psihologia vârstelor. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1995. 480 p. ISBN/Cod: 973-30-3098-x.
4. POPESCU-NEVEANU, Paul și col. Psihologie. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1991. 202 p.
5. PALOȘ, Ramona. Teorii ale învățării și implicațiile lor educaționale – ediția II-a revăzută și adăugită. Timișoara: Editura Universității de Vest, 2012. 239 p. ISBN: 978-973-125-363-3.
6. PIAGET, Jean. Psihologia inteligenței. București: Editura Cartier, 1965. 204 p. ISBN: 9789975794640.
7. VERZA, Emil, și VERZA, Florin Emil. Psihologia vârstelor. București: Editura Pro Humanitas, 2000. 300 p. ISBN: 973-99734-4-2.

CZU 159.922.7:159.964.2

TRAUMA MATERNĂ ȘI LUMEA INTERIOARĂ A COPILULUI

Tatiana ROȘCA, asistent universitar,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
Camelia DEPUTOVICI, student,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Abstract. *This paper presents the most significant data from the specialized literature on trauma, understood through the experience of birth and the formation of the parental bond. It emphasizes various approaches to this concept and provides an exhaustive explanation of the disruptive forces of the traumatic experience that occurs within the relationship.*

Keywords: *internal trauma, psychoanalysis, maternal trauma, attachment figures, post-traumatic stress, child, life context.*

Conceptului de traumă din punct de vedere psihanalitic și din punct de vedere al perspectivei pulsionale freudiene i s-a adăugat o referință constantă la câmpul relațional, care lărgeste înțelegerea experiențelor traumatice în stadiile timpurii de dezvoltare în raport cu primele *relațiile de obiect*. Astfel, este posibilă împărțirea teoriilor psihanalitice privind trauma, în două mari grupe: teoriile psihanalitice clasice și cele postfreudiene.

1. Teoriile psihanalitice clasice merg mână la mână cu evoluția gândirii freudiene. Gândirea freudiană se bazează, așadar, pe conceptul de libido pulsional și pe definiția de traumă ca eveniment „focal”. Simptomul anxietății posttraumatice este inițial urmărit ca rezultat al unui proces *symbolic* și după ca pierderea acestei capacități. Totodată, pune accentul pe marea influență a conflictelor intrapsihice la nivelul individului care reacționează la traume.

2. Teoriile post-freudiene își au originile în modelul kleinian, care pornesc de la modelul pulsional clasic și de la teoretizările ulterioare ale psihologiei relaționale. Astfel, este posibil de urmărit trei curente teoretice postfreudiene distincte, privind trauma:

- teoria lui Ferenczi, care, împreună cu cea a lui Jung, se prezintă ca un model independent [13];

- teoria lui Fairbairn, care reprezintă cea mai cuprinzătoare *teorie obiectuală* asupra nevrozei posttraumatice [după 9];

- abordarea evolutiv-relațională, la care Bowlby și Winnicott, fiind primii care au luat în considerare calitatea relațiilor și mediului ca un posibil factor de protecție/risc în apariția nevrozei posttraumatice, mută accentul de la trauma *focală*, ca factor precipitant, la relația ca factor predispozant. În acest sens, trauma *focală* poate fi considerată rezultatul acumulării de tensiuni și presiuni datorate unor „microtraume” repetate în timp [25].

De asemenea, în studiile despre traumă, s-a pus un accent considerabil pe subiectivitate și context în procesul de *semnificație*, dar și pe studiile privind memoria, recuperarea urmelor mnezice și construcția semnificației, prin preluarea conceptului de „retrospecție” al lui Freud [14]. Astfel de concepții largesc înțelegerea experiențelor traumatice în primele etape de dezvoltare în raport cu *relațiile de obiect timpurii* și se bazează pe trecerea de la ideea clasică, conform căreia mintea pacientului există în mod independent în limitele individului, la noțiunea de *mintea relațională*, conform căreia mintea este interactivă și interpersonală.

Accentul pus de autorii post-freudieni pe caracteristicile celui mai apropiat mediu de dezvoltare și a comportamentelor de îngrijire le-a permis acestora să redefinească și să extindă conceptul de traumă, mutând accentul de pe evenimentul unic traumatizant, la amprenta mediului. Acest lucru a făcut posibilă deplasarea interesului de la evenimentul produs la mediul traumatic „cronic”, inaugurând o serie de ipoteze de cercetare comune între psihologia clinică și cea a dezvoltării, care au condus la documentarea originii unor tulburări de personalitate în mediile de îngrijire de abandon sau caracterizate de „control fără afectivitate”, cum este cazul tulburării de personalitate borderline, caracterizată prin relații interpersonale marcate de cicluri rapide de idealizare-evaluare, afectivitate dominată de furie și un sentiment de goliciune, identitate instabilă, impulsivitate.

Cu toate acestea, teoriile relaționale se concentrează în principal asupra vârstei de dezvoltare și a calității relațiilor pe care copilul le experimentează în copilăria foarte timpurie. În acest sens ele vorbesc în principal despre traumele relaționale cumulative trăite în copilărie și despre consecințele pe care astfel de experiențe traumatice le au asupra evoluției psihologice și afective a adultului, dar și despre rolul pe care acestea îl joacă în determinarea dezvoltării tulburărilor de personalitate [12].

Terr [25] în studiile sale asupra copiilor traumatizați, distinge trauma de tip I și trauma de tip II. Trauma de tip I este un singur eveniment marcant, cum ar fi un cutremur sau un viol, pe care l-am putea lega de conceptul de „traumă focală”, iar trauma de tip II este, pe de altă parte o traumă repetată, prelungită, cum ar fi abuzul asupra copilului, prelungit pe parcursul anilor, pe care am putea să o legăm de conceptul de „traumă relațională”. În viziunea lui, cele două tipuri de traume tind să producă tipuri diferite de mecanisme de apărare. În cazul traumei de tip I, mecanismele de apărare activate sunt hiper-alerta și evitarea stimulilor, în timp ce, trauma de tip II ridică mecanisme de apărare precum negarea, îndepărtarea, disocierea, identificarea cu agresorul.

Evenimentele traumatice pot fi împărțite în mai multe categorii.

O primă categorie include evenimente cu o durată limitată în timp, cum ar fi de exemplu un accident de avion sau un viol, care se caracterizează prin nepregătirea victimei și o intensitate ridicată.

Alternativ, cineva se poate confrunta cu evenimente secvențiale cu un posibil efect cumulativ. Acestea sunt acele evenimente la care sunt expuse persoanele care lucrează în serviciile de urgență, cum ar fi poliția. În cele din urmă, există evenimente caracterizate de o expunere prelungită la pericol, care poate provoca nesiguranță și sentimente de neajutorare. Un exemplu

sunt luptele care implică expuneri multiple sau violența intrafamilială repetată, care subminează legăturile de atașament și sentimentul fundamental de securitate [7].

Confruntarea cu astfel de experiențe traumatice poate lăsa răni care pot deveni cronice, afectând funcționalitatea normală a unui individ. În ciuda capacității umane de supraviețuire și adaptare, experiențele traumatice pot altera echilibrul psihologic, biologic și social al oamenilor într-o asemenea măsură, încât amintirea unui eveniment traumatic sfârșește prin a *polua* toate celelalte experiențe, deteriorând capacitatea de a aprecia prezentul.

Așadar, expunerea traumatică complexă se referă la experiența unor evenimente traumatice multiple, care au loc în sistemul de îngrijire primară, adică în mediul social specific, care se presupune a fi principala resursă de stabilitate și de securitate pentru viața copilului și a mamei. În general, include situații simultane sau secvențiale de tratare rea a mamei și a bebelușului, inclusiv abuz emoțional, neglijare, violență ca martor, abuz sexual și fizic, care sunt cronice și apar în copilăria timpurie.

Rezultatele complexe ale traumei se referă la rezultatele multiple ale simptomatologiei clinice,

care apar după o astfel de expunere. Astfel de experiențe traumatice de stres în copilăria timpurie a copilului și a mamei, au consecințe persistente care depășesc tulburarea de stres traumatic. Acestea au impact asupra mai multor aspecte atât pentru mamă, cât și pentru copil:

- a) autoreglarea, atașamentul, anxietatea, tulburările afective;
- b) dependența de droguri, agresivitatea, neputința socială și tulburările alimentare;
- c) tulburări disociative, somatoforme, cardiovasculare și imunologice;
- d) tulburări de conduită sexuală în adolescență, la vârsta adultă și victimizare [12].

Conceptul de traumă cumulativă introduce un alt tip de context traumatic.

Pentru Kahn trauma cumulativă acționează în tăcere de-a lungul copilăriei până în adolescență, este o microtraumă repetată care se acumulează pe parcursul dezvoltării, ca urmare a eșecului matern de a proteja copilul de o serie de circumstanțe nefavorabile.

În prezent, studiile asupra copiilor și mamelor lor, folosesc termenul de experiență traumatică drept termen care include atât abuzul suferit într-o formă directă (abuz sexual, psihologic, fizic, neglijarea etc.), cât și modalitățile indirecte care fac ca contextul familial să fie inadecvat, ca alcoolismul, dependența de droguri, boli psihiatrice și, mai ales, asistarea la violență, adică la implicarea copilului în acte de violență săvârșite asupra mamei, fiind o figură de referință semnificativă din punct de vedere afectiv, sau a mamei care vede copilul său maltratat.

La baza diverselor forme de maltratare a copilului și mamei lui, se află un adult incapabil să facă față nevoilor fizice, emoționale, intelectuale și sociale ale copilului și a mamei, un adult condiționat de propriile probleme, de suferința psihologică, de lipsa resurselor emoționale. Această incapacitate poate apărea fie la începutul vieții copilului, fie la alte etape de dezvoltare și produce o distorsiune a relației. Efectele sunt mai ales dăunătoare atunci când debutul tratării rele are loc la începutul vieții copilului și când acestea sunt prelungite în timp (de exemplu, dificultăți la locul de muncă, nașterea unui alt copil, o pierdere în familie, un eveniment neașteptat care produce stres) [1].

Literatura de specialitate a identificat factorii de risc care afectează competențele parentale. Acești factori, care se influențează reciproc, se referă la următoarele variabile:

- istoria personală, experiențele și resursele psihologice pe care le posedă fiecare părinte;
- caracteristicile individuale ale copilului;
- relația maritală a mamei, contextul de muncă, rețeaua socială de referință: elemente care pot reprezenta surse de stres.

În același context, pentru un copil, primul punct de referință în lume sunt părinții, în special mama. Prin acest contact, el învață să se identifice ca fiind un individ, să se raporteze la lumea exterioară și începe să exploreze mediul înconjurător cu siguranță. Relația cu mama pune bazele dezvoltării personalității copilului [6]. În cazul în care acest punct de referință fundamental este dezinteresat, neglijent și distant, copilul nu poate face altceva decât să învețe că este incapabil, nedemn de iubire și că lumea este ostilă și infidelă. Acestea și multe altele pot fi consecințele

provocate de neglijența mamei, care suferă ea însăși de un tip de abuz din partea partenerului și familiei, fiind uneori umbrită de efectele mult mai grave cauzate de abuzul sexual, psihologic sau fizic.

O stare de neglijență severă este o deficiență gravă a membrilor familiei în ceea ce privește îngrijirea, atât în ceea ce privește nevoile fizice și psihologice, cât și implică și implică o afectare gravă la nivel psiho-fizice și social.

Cel mai mare pericol pentru un sugar sau un copil, este absența unui îngrijitor care să aibă grijă de el [8]. Capacitatea persoanei care se ocupă de îngrijirea copilului de a contribui la reglarea răspunsurilor comportamentale și corporale oferă copilului experiența reglementării, care, la rândul ei, constituie baza pentru dobândirea capacității de autoreglare. Lipsa sprijinului de reglare în cazul unui îngrijitor primar, îl expune pe copil la riscul de a dezvolta o capacitate inadecvată de reglementare a stărilor fizice și emoționale. Prin urmare, devine crucială examinarea, la nivel clinic, a relațiilor de atașament ale copilului traumatizat, care constituie adesea un element critic.

Conform teoretizărilor psihologiei individuale, la baza relațiilor de atașament ale copilului se află mama care, cu modul ei unic de „a avea grijă de el”, pune bazele pentru construirea sentimentului social al copilului.

Adler [după 17] îmbogățește peisajul teoretic prin analiza influențelor timpurii exercitate asupra copilului de către familie și în special de către figura maternă, elaborând concepte de mediu de mare anvergură. Autorul ia apoi în considerare stimulii oferii copilului de către întreaga constelație familială, acordând o atenție deosebită nu numai figurii paterne, ci și a fraților și surorilor, puțin luate în considerare de alte curente din psihologie. *Mintea adleriană*, prin urmare, nu este o minte izolată, ea se naște și se dezvoltă în cadrul relației cu celălalt.

În acord cu Winnicott [după 22], Bion [3], Stern [24] și cu ceea ce a fost dobândit din cercetările neuroștiințifice privind neuronii oglindă și intersubiectivitatea primară, interacțiunea dintre mintea copilului și mintea mamei este focalizată ca o condiție și posibilitate de dezvoltare pentru puiul de om. O relație în care ambii parteneri, nu doar mama, sunt activi într-o dimensiune care presupune caracteristicile reciprocității, acest lucru este un potențial de dezvoltare pentru copil și pentru mamă.

Capacitatea de îngrijire, de reflecție și de receptivitate, substanțiază această funcție maternă „suficient de bună”, pe care Adler [după 17], împreună cu orice cercetător al dezvoltării, o subliniază ca fiind centrală pentru o dezvoltare normală și sănătoasă a mamei și copilului.

Teoria atașamentului lui J. Bowlby [4] este unul dintre cele mai semnificative modele teoretice privind dezvoltarea socială umană. Bowlby consideră că ființa umană este, încă de la naștere, o persoană în relație cu alți oameni și că este predispusă biologic să dezvolte un atașament față de persoana care are grijă de el.

Autorul definește atașamentul ca fiind un sistem comportamental intern-individual, care organizează sentimentele copilului față de cealaltă persoană și al cărui obiectiv principal este de a căuta apropierea și contactul cu o anumită persoană (figura de atașament). Prin urmare, relația de atașament este o legătură semnificativă și de lungă durată, de natură afectivă și emoțională, cu un anumit individ. Bowlby [4] a introdus conceptul de *model intern de funcționare* și l-a descris după cum urmează:

- fiecare individ își construiește modele operaționale ale lumii și ale lui însuși în ea, cu ajutorul cărora el percepe evenimentele, prezice viitorul și își construiește propriile programe;
- în modelul operațional al lumii, pe care fiecare individ îl construiește pentru sine, o trăsătură esențială este noțiunea pe care o avem despre cine sunt figurile de atașament, unde pot fi găsite și cum se construiesc așteptările ca acestea să reacționeze/ răspundă, este noțiunea noastră despre cât de acceptabil sau inacceptabil suntem în ochii figurilor noastre de atașament.

În domeniul dezvoltării afective și sociale, modalitățile reale, concrete prin care o mamă se îngrijește de copilul nou-născut are un impact crucial, determinând modul în care sugarul își va organiza strategiile de atașament față de mama sa și, în cele din urmă, le va generaliza la alți adulți.

Sugarul, odată ajuns adult, se va referi la aceleași moduri de atașament care au construit odată propria sa experiență.

Modul în care figura de atașament răspunde la semnalele sugarului depinde, de asemenea, de calitatea experiențelor de atașament de care ea însăși este purtătoare și de modul în care acestea sunt organizate în mintea sa, dând naștere tocmai modelelor sale operaționale interne, care apoi organizează comportamentul de atașament al adultului, afectându-i așteptările relaționale, procesele sale de luare a deciziilor și capacitatea sa de a citi corect semnalele de comunicare [1].

Pe baza observațiilor sale, M. Ainsworth [după 4] a identificat 3 tipuri de atașament:

1. atașament securizant: copilul stabilește o legătură emoțională foarte puternică cu figura maternă, a cărei prezență îl liniștește în momentele de suferință și în dificultățile care apar. Într-o situație ciudată, atunci când este părăsit de mamă, el poate fi angoasat sau calm: dacă este angoasat, angoasa este datorată absenței mamei, iar dacă este calm, se datorează faptului că mama îl liniștește că ea a plecat doar pentru o scurtă perioadă de timp. Când se întoarce, copilul este ușor de liniștit;

2. atașament nesigur-evitant: în timpul separării de mamă, copilul nu manifestă o suferință sau un disconfort deosebit, cu excepția faptului de a fi singur. De fapt, în prezența străinului, copilul pare calm, chiar dacă mama a plecat sau se calmează imediat când străinul revine după ce a fost complet singur. Atunci când se reîntâlnește cu mama sa, el o evită sau nu caută niciun contact fizic cu ea;

3. atașament nesigur-ambivalent: copiii care au stabilit acest tip de atașament cu mama, manifestă disconfort pe tot parcursul procesului. Aceștia prezintă o serie de comportamente ambivalente atât cu mama, cât și cu străinul: se apropie pentru a căuta contact și pentru a fi consolati, dar când au obținut acest lucru, protestează. Sau încearcă să atragă atenția adultului, dar de îndată ce o obțin, ei se îndepărtează/se uită în altă parte. Au tendința de a fi mai irascibili decât ceilalți și dificil de consolati, sau excesiv de pasivi în fața schimbărilor de situație;

Main [20] a adăugat ulterior o altă categorie:

4. atașament dezorganizat-dezorientat: copilul care stabilește această legătură, manifestă un comportament foarte contradictoriu și confuz în momentele de reîntâlnire cu mama, el pare să încerce fizic să ajungă la ea, dar își întoarce privirea în altă parte, iar dacă este luat în brațele ei, se uită în altă parte în momentele de contact și manifestă adesea o postură rigidă (înghețare) sau o expresie speriată.

Atașamentul matern: bonding

În ultimii ani, se acordă tot mai multă importanță relației dintre mamă, tată și făt și prin urmare, legătura care se creează între părinți și copil înainte de naștere, legătura care este așa-numitul *atașament prenatal* sau *legătura prenatală*.

Primul care a vorbit despre acest lucru a fost D. Winnicott [după 16], care a pus accent pe importanța comunicării dintre mamă și făt, utilă atât pentru sănătatea psihologică a copilului, cât și pentru nașterea relației de atașament. În 1981, Cranley [după 9], a fost cel care a definit constructul de atașament prenatal, susținând că acesta nu apare din momentul în care mama percepe mișcările copilului în interiorul ei, ci apare dintr-o implicare psihologică, care poate începe încă de la concepție.

În ultimii ani, datorită tehnologiei avansate de ultrasunete, este posibil să se vadă cum fătul se orientează și percepe mediul matern. De fapt, primul organ de simț pe care fătul îl dezvoltă este tactil, urmat de gust, miros, auz și văz, ceea ce demonstrează precocitatea senzațiilor proprioceptive și extraordinara competență de a trăi a fătului.

Termenul de „sarcină” delimitează acea condiție feminină particulară care merge din momentul conceperii până la momentul nașterii, caracterizată nu numai prin modificări corporale și hormonale, ci și, la nivel psihologic de pregătirea psihologică care o conduce pe femeie la maternitatea și relația cu copilul său. Astfel, sarcina poate fi văzută ca un moment evolutiv fundamental al dezvoltării identității feminine. Stern [23], în „Nașterea unei mame” din 1998, descrie modul în care femeia își dezvoltă o nouă identitate după naștere. Structura psihică suferă schimbări profunde și, de asemenea, în același timp și lumea relațională afectivă a femeii. Femeia

se confruntă cu un făt fizic care crește în uter și devine responsabilă de schimbările corporale profunde și rapide, un psihic care este orientat spre maternitate și un copil imaginar, care prinde contur în minte. Este o perioadă de conflicte accentuate, anxietăți și frustrări legate de eveniment, dar de asemenea, este o perioadă de creștere și de relații, care apar între femeia însărcinată, familia și copilul nenăscut și întregul context relațional care contribuie la formarea parentalității.

Foarte diferit este modul în care fiecare femeie își trăiește sarcina și maternitatea, în funcție de experiențele personale și de contextul în care au loc evenimentele.

Apropierea și cordonul ombilical care leagă corpul mamei de cel al fătului creează un contact prin care trec emoții, sentimente și stări de spirit, ale căror consecințe le resimte bebelușul. Este o legătură constituită de un mare contact empatic care se hrănește cu schimburi emoționale și senzoriale, care sunt apoi confirmate în momentul nașterii, când copilul imaginar devine real.

Contactul empatic este o simbioză emoțională utilă pentru supraviețuirea speciei, accentuarea sensibilității feminine și o nouă copleșire a sentimentelor, care expune femeile la emoții uitate, le readuce la o stare infantilă primitivă în care sensibilitatea emoțională este singurul mijloc de explorare și de reacție la mediul înconjurător. Legătura influențează dezvoltarea psihofizică a fătului și pune bazele relației viitoare mamă-copil, deoarece inițiază întregul proces de atașament.

În timpul sarcinii, mai ales dacă este prima, femeia recapitulează etapele dezvoltării sale. Printre acestea se numără și procesul de *individualizare-separare* de mamă.

Temerile și fanteziile inconștiente asociate primelor etape ale sarcinii sunt adesea strâns legate de conceptul de fuziune cu propria mamă.

Procesul de *individualizare-diferențiere/separare* joacă, de asemenea, un rol în structurarea și definirea sentimentului de maternitate, care depinde de experiența de atașament trăită. În cazul în care femeia are o schemă de funcționare internă sigură, aceasta îi va permite să aibă grijă de ea și copil, fiind capabilă să îl facă să se simtă în siguranță și îngrijit.

Procesul de *separare-individualizare* este procesul important care prezidează la nașterea psihologică ca individ, pentru fiecare dintre noi. Nașterea propriei persoane ca *individualitate* este structurată de capacitatea copilului de a explora lumea din jurul său în mod liber, dar protejat, încă de la început. Această posibilitate este strâns legată de dinamica abordării de *înstrăinare*, pe care mama și ambii părinți o permit copilului. Este vorba despre, potrivit lui Winnicott [după 16] *lărgirea propriului spațiu intern*, a propriei identități. În realitate, este vorba de a primi în mod conștient copilul imaginar, care este deja prezent, dar care trebuie să se dezvolte și să se integreze cu „spațiile psihice” ale viitorilor părinți.

Încă de la sfârșitul sarcinii, pentru femeie începe etapa dificilă de a-l recunoaște pe celălalt (copilul) ca fiind diferit de ea însăși, adică începe drumul de diferențiere de sine, pentru a-i permite celuilalt (copilului) să fie și să se constituie ca individ, ca persoană distinctă.

Rolul figurii paterne trece, la fel, în ultimii ani printr-o fază de transformare și restructurare, fiindcă tații sunt implicați în sarcină și naștere. Fundamental este rolul său în susținerea regresiei materne, el va susține diada *mamă-copil*, el va permite și va încuraja separarea și va ghida afectivitatea copilului spre noi obiective. Sarcina tatălui poate fi rezumată în câteva cuvinte. El trebuie să se dovedească un bun prieten pentru soția, copiii și societate [2]. Tatăl este caracterizat ca fiind al treilea între mamă și copil, între frate și soră, între familie și societate, între fiu și societate. El este cel care oferă profunzime, el este cel care pune lucrurile în mișcare, care propune multiplele direcții. Spațiul patern pare să fie rezultatul unei co-construcții realizate de către mamă și copil în contextul interacțiunilor lor timpurii, care induc copilului să se confrunte cu părțile terțe.

În lumina literaturii de specialitate actuale, se poate presupune că dezvoltarea atașamentului este un factor general de vulnerabilitate care poate avea ca rezultat constelații psihopatologice variate, în funcție de alte variabile, cum ar fi unii factori cu un grad ridicat al componentei genetice ca temperamentul și rezistența la traume, factori sociali și de mediu, complexul de relații de atașament semnificative din copilărie și relațiile de atașament semnificative intrafamiliale și extrafamiliale ulterioare.

După cum afirmă Adler [după 17], nu există niciun motiv să ne îndoim de importanța pe care au caracteristicile fizice și potențialitățile subiective, dar trebuie, de asemenea, subliniat modul unic și irepetabil în care fiecare individ acționează, pornind de la o dotare organică moștenită. Moștenirea genetică poate fi văzută ca o dotare de elemente care, cu toate calitățile lor diferite, sunt folosite de fiecare individ în copilărie, pentru construirea stilului său de viață.

Teoriile și cercetările din ultimii 20 de ani arată că experiențele prenatale nu numai că pot fi doar rememorate, ci au și un impact asupra întregii vieți a mamei.

Experiențele prenatale sunt mai susceptibile de a avea un impact asupra restul vieții atunci când sunt urmate de condiții de întărire sau de traume interactive.

Termenul de traume interactive înseamnă că traumele interacționează între ele în producerea efectelor.

În ultimii ani, o cantitate considerabilă de cercetări în domeniul biologiei celulare a demonstrat și susținut teoria conform căreia amintirile pot fi codificate în celule. Un grup de psihologi europeni, condus de R. Laing și F. Lake [după 19], afirmă că amintirile prenatale au o influență mai semnificativă, deoarece sunt primele.

Acest lucru este evidențiat în lucrarea lui Laing, *The Facts of Life* din 1976, unde mediul înconjurător este înregistrat din primul moment al vieții, din prima celulă. Ceea ce se întâmplă cu prima celulă poate reverbera asupra tuturor celorlalte generații de celule care derivă din această primă pereche parentală. Prima celulă poartă toate amintirile „genetice”. Iar toate experiențele din ciclul nostru de viață, începând cu prima celulă, sunt absorbite și stocate de la început. Este greu de explicat cum poate o singură celulă să genereze miliarde de celule care suntem noi acum. Dar, cu toate acestea, acest lucru există și este un fapt real.

În timpul terapiei de regresie cu mamele, Lake [după 21], a descoperit, de asemenea, că cele mai influente sunt experiențele materne, care trec biochimic prin cordonul ombilical. Copiii încorporează experiențele și sentimentele părinților lor, mai ales cele ale mamei. Emoțiile materne (și cele paterne prin intermediul mamei, răspunsurile emoționale ale mamei) se infiltrează în făt. Cercetările arată că experiența mamei devine și experiența copilului.

Este important să realizăm că, deși sugarii prenatali participă la experiența părinților lor, ei au, de asemenea, propria lor experiență, independentă de cea a părinților lor. Trauma prenatală are două efecte distincte asupra nașterii.

În primul rând, nașterea la femei este adesea percepută și trăită în termeni de traumă prenatală. De exemplu, copiii care au trecut prin tentative de avort sunt, de asemenea, expuși la probabilitatea să experimenteze nașterea ca pe o manevră distructivă. Copiii care au experimentat agresiune sau violență în timp ce se aflau în uter, sunt susceptibili să experimenteze intervențiile din timpul nașterii ca fiind agresive și violente, chiar și fără intenționalitate din partea personalului medical sau a părinților.

În plus față de riscul de probleme perinatale, trauma prenatală are și un impact mai insidios, fiindcă ea reduce semnificativ calitatea și cantitatea legăturilor la naștere.

Această reducere are loc din două motive:

1. primul se referă la opacizarea defensivă a minții și a corpului, o apărare naturală a noastră. Această autoanestezie apare ca urmare a modificărilor hormonale care urmează traumelor și șocurilor. Atunci când corpul și mintea sunt sedate și atunci când corpul este epuizat de stres, calitatea și cantitatea legăturilor afective scad;
2. al doilea impact se referă la incapacitatea părinților și a altor persoane de a recunoaște trauma, ceea ce diminuează și mai mult procesul de creare a legăturilor afective.

Din păcate, este rar ca mamele să primească înțelegere, acceptare și compasiune după traumele lor pre și perinatale. Acest lucru se datorează pur și simplu faptului că nimeni nu știe sau nu crede că a existat o traumă. Trauma nerecunoscută creează neîncredere și acest lucru împiedică procesul de creare a legăturii afective. În termeni generali, cu cât sunt mai multe și mai importante traumele prenatale și la naștere, care nu au fost recunoscute, cu atât mai mare este impactul asupra atașamentului. Mai mult decât atât, atunci când traumele sunt netratate, influența lor asupra

atașamentului este exacerbată de faptul că copilul traumatizat rămâne într-o atitudine defensivă față de lume și nu lasă „lumea să-l atingă”.

Este important să înțelegem că o deficiență a legăturii emoționale poate fi suficientă pentru a genera agresivitate și violență. Acest fapt surprinzător a apărut în timpul studiilor efectuate de diverși cercetători. De exemplu, Magid și McKelvey [după 20], au raportat că copiii cu diverse dificultăți de atașament nu dezvoltă o conștiință socială și manifestă acțiuni antisociale fără remușcări.

Cercetările lui Felicity De Zulueta [după 13], în domeniul legăturii și al atașamentului concluzionează că agresivitatea violentă este rezultatul unei legături deteriorate.

Din observațiile și cercetările clinice reiese clar că probabilitatea agresivității și a violenței sociale cresc semnificativ în prezența agresivității și a violenței în perioada de dezvoltare pre și perinatală. Copilul prenatal absoarbe energiile agresive și violente și este mai probabil să repete mai târziu ceea ce a experimentat în spațiul prenatal.

Bergeret [după 3], insistă asupra faptului că anumite episoade de violență fizică sau psihică trăite de către mama în timpul sarcinii, pot fi înregistrate ca atare de către făt, dar latent, ca și cum ar aștepta o semnificație care va veni mult mai târziu, în urma intervenției mamei.

Vechea zicală „Copiii învață ceea ce trăiesc” este foarte relevantă în acest context.

Conform lui Bowlby [4], după cum s-a menționat deja, formarea și gestionarea legăturilor de atașament afectează întreaga durată a vieții, fiindcă legăturile de atașament continuă la vârsta adultă, chiar dacă circumstanțele se schimbă.

Modelele interne de funcționare se formează încă din copilărie, dar rămân active pe tot parcursul vieții. Chiar și adulții, dezvoltă legături semnificative care au toate caracteristicile copilăriei în relațiile de atașament. Zimmermann [după 23], a definit funcția modelelor operaționale interne în cele trei nivele de codificare a experienței:

1. percepția;
2. interpretarea evenimentelor;
3. predicția prin comparație cu datele stocate în memorie.

După cum a fost spus de Sfântul Augustin [după 11], că există trei timpuri: *prezentul trecutului*, *prezentul prezentului* și *prezentul viitorului*, parafrazând declarația sa, putem susține că reprezentarea trecutului este memoria, reprezentarea prezentului este percepția, iar reprezentarea viitorului este intuiția directă. Prin intermediul modelelor operaționale interne, reprezentările pe care oamenii le au despre trecutul lor, contribuie la modelarea reprezentărilor despre prezent și la formularea de predicții ale viitorului.

Într-o contribuție din 2003 a lui Bernier și Dozier, [după 24], autorii preiau conceptul lui Ainsworth [după 15], de *transmitere intergenerațională* a modelelor de atașament ca un proces mediat de receptivitate a mamei la semnalele copilului. Ei identifică „*mind-mindness*” ca fiind un element al transmiterii intergeneraționale, definind această caracteristică ca fiind o capacitate mai largă de formare a unei mentalități a copilului și de a considera copilul ca pe un individ cu o viață mentală autonomă. Mamele cu această capacitate vor fi, de asemenea, capabile să răspunde mai adecvat și mai sensibil la semnalele copilului.

În mod similar, M. Main [după 22], ia în considerare mamele autonome, care sunt mame ai unor copii siguri, ca persoane care sunt capabile să discute despre stările mentale și prin urmare, capabile să ia în considerare starea mentală a copiilor lor. Capacitatea mamei de a-și forma o imagine despre starea mentală a copilului va impregna atât experiența lor directă a relațiilor, cât și comentariile privind experiențele relaționale. Mamele vor acționa ca organizatori ai vieții emoționale a micuților lor, atât prin atitudinea lor de îngrijire sensibilă și adecvată, cât și prin comentariile lor asupra experiențelor împărtășite cu ei. Conștientizarea minții copilului se va forma pentru a răspunde cu sensibilitate la nevoile lor și pentru a le regla emoțiile, însă va fi, de asemenea, modalitatea prin care copilul poate începe să își formeze o teorie despre sine și despre relația de atașament.

Pe scurt, experiențele interpersonale timpurii și procesele de reglare emoțională asociate cu acestea, sunt interiorizate în modele operaționale interne și prin intermediul modelelor lor de

mediere, vor influența relațiile ulterioare, fiind niște elemente de continuitate între modalitățile interpersonale parentale și noile experiențe.

Posibilitatea de a atribui semnificație evenimentelor și de a se reflecta pe sine în semnificațiile materne, îi va permite copilului să dezvolte o teorie a minții, datorită căreia copilul va deveni treptat din ce în ce mai capabil să reflecteze, să își reglementeze lumea emoțională cu privire la evenimente, chiar și la cele traumatizante și de a aduce elemente de noutate în modelele sale relaționale. Modificările în capacitatea de reprezentare a experienței pot corespunde unor noi lecturi ale evenimentelor și noi atribuiri de semnificații.

De aici vor decurge noi modalități de relaționare.

Cu alte cuvinte, de fiecare dată când o mamă are grijă de un copil, între cei doi se stabilește un stil interactiv absolut specific diadei respective. Mama derivă de fapt din istoria sa personală (din omul care este astăzi, din copilul care a fost și din natura interacțiunilor sale timpurii) și din întâlnirea cu acel copil specific înzestrat cu caracteristici interactive proprii, pentru a fi înțelese atât ca modele interne de funcționare, cât și în termeni de *afectiv*, care ocupă un rol absolut specific în cadrul lumii reprezentationale interne.

Mama încearcă să-l facă pe copil să funcționeze conform propriilor reprezentări prin intermediul unor *micro-secvențe* interactive care vorbesc de fapt despre viziunea sa a lumii și constituie suportul material al unei serii de „mandate transgeneraționale inconștiente” pe care le delegă copilului prin propriile sale proiecții, mai mult sau mai puțin obstructive. Pe de altă parte, copilul încearcă să funcționeze după modelul primei sale imagini interactive. Copiii sunt observatori atenți ai emoțiilor profunde ale mamei lor. Ei caută în ochii ei confirmarea constantă că sunt iubiți și sunt dispuși să facă orice pentru a nu pierde această iubire. Este ca și cum ar avea antene cu care pot percepe emoțiile celor care au grijă de ei și de care depind. Ei sunt capabili să absoarbe cele mai intime stări de spirit ale mamei lor, de care ei înșiși au mai puțină conștientizare.

Dacă mama este incapabilă să își gestioneze lumea emoțională din cauza experiențele traumatice suferite sau a unui doliu neprocesat [22], aceasta nu va fi capabilă să-și îndeplinească în mod adecvat funcția maternă. Uneori, așa cum susține Bowlby [4], mama poate chiar să interzică copilului, implicit sau explicit, să reflecteze asupra a ceea ce se întâmplă.

Incapacitatea de a da sens propriei experiențe provine, de asemenea, din faptul că aceasta poartă caracteristicile de angoasă sau traume.

O mamă care nu poate îndeplini în mod adecvat această funcție de organizator emoțional, nu va putea să-și ajute copilul să își dezvolte capacitatea de a face față experiențelor emoționale, mai ales dacă acestea sunt angoasante sau traumatizante. Eșecul de a reflecta și de a procesa experiențele, inclusiv cele emoționale, constituie un puternic liant în transmiterea intergenerațională a experiențelor disfuncționale de atașament, întrucât devine imposibilă transformarea acestora în subiect de critică și revizuire.

Potrivit lui M. Main [20], mamele cu atașament sigur, nu sunt doar cele care au avut o copilărie caracterizată de dragoste și sprijin parental, ci de asemenea, acele mame care au fost capabile să-și proceseze experiențele de atașament și să ajungă la o atitudine de acceptare și iertare a experiențelor deosebit de nefavorabile. Procesarea experiențelor negative sau traumatizante constituie granița dintre o aderență la modele disfuncționale de relații și o posibilitate de a alege și de a urma noi căi și de a experimenta noutatea în relațiile interpersonale.

În acest context, o relevanță deosebită o are transmiterea traumei psihice.

Dezvoltarea optimă a copilului rezidă în posibilitatea celor doi subiecți *mamă-copil* să realizeze un echilibru între menținerea propriei organizări psihice și deschiderea transformatoare către subiectivitatea celuilalt, diferit de sine, a cărui recunoaștere depinde de fiecare.

O dialectică între legătura cu obiectul (al propriilor impulsuri, fantezii și dorințe) și legătura cu un alt subiect, este recunoscută în realitatea psihică diferit. Este o dialectică între două moduri de relaționare, adică între experiența subiectivă a celuilalt și recunoașterea independenței sale „ca entitate de sine stătătoare” [18].

Bineînțeles că este de la sine de înțeles că cu cât subiectul și-a consolidat mai mult sentimentul de sine, cu atât mai mult va fi capabil să experimenteze experiența de sine și a celuilalt,

menținându-și în același timp propria integritate și stabilitate. Dar când lucrurile merg prost în primele relații cu mediul înconjurător, acel echilibru optim menționat mai sus se va pierde și vom avea niște configurații tipice în formarea structurii psihice.

Pe de o parte, există tulburările psihice care exprimă o structurare insuficientă a subiectului care îl lasă la mila activării emoționale irepresibile, care necesită o dependență constantă de funcțiile reglatoare ale altuia. Pe de altă parte, patologii care reflectă funcționarea inconștientă a unei structuri psihologice coercitive și rigide, limitează posibilitățile experiențiale ale unei persoane.

Atitudinea defensivă în acest caz este rezultatul unei țesături relaționale inconștiente a sinelui și a apărărilor sale care se opun unor stări interne considerate incompatibile cu legătura, cu propria coeziune psihică și cu propriul sentiment de continuitate istorică. Mecanismele de *transmitere intergenerațională* a reprezentărilor privind atașamentul sunt deosebit de evidente în studiul situațiilor traumatice de doliu sau de abuz în care dimensiunea emoțională capătă o preponderență în experiența psihică a individului. În aceste cazuri, dificultatea de reglare emoțională este un rezultat al unor relații de atașament dezorganizate. Un exemplu în acest sens este transmiterea intergenerațională a comportamentului familial violent, unde incapacitatea de a regla emoțional se transmite de la părinte la copil producând comportamente similare de violență perpetuate sau suferite.

Tot în teoria lui Janet [după 10], amintirile traumatice care au implicații negative pentru sine ca mamă, devin inaccesibile prin mecanisme de disociere. Evenimentele traumatice rămân în conștiință, dar sunt izolate de celelalte conținuturi ale conștiinței.

În acest sens, există dovezi că se poate realiza o transmitere a traumei psihologice de la mamă la copil, ca urmare a unei traume violente din istoria mamei înainte de nașterea copilului.

Transmiterea psihică are o influență decisivă asupra construcției sinelui mult mai mult decât moștenirea genetică.

Tot ceea ce copilul experimentează în viață, este împărtășit cu mama prin lucruri spuse și nespuse, gesturi, comportament și devine astfel parte din memoria sa și are un efect profund asupra structurării personalității sale.

În viața de zi cu zi, alcătuită din mici ritualuri, memoria familiei, o memorie care este indispensabilă pentru a crea sentimentul continuității familiei este pusă în practică. Mesajele nonverbale sunt foarte importante în formarea copilului și mamei.

Aceștia „citesc” și înregistrează acțiunile mamei în fiecare zi și mai ales în cazurile de neconcordanță între vorbe și fapte, în fața tăcerilor sau a golurilor nespuse, unde copilul încearcă să-și dea singur răspunsurile pe cont propriu. Cât de mult „respiră modelele” copilul în mediul familial, atât de mult acestea-i influențează structurarea elementelor de personalitate prin imitație sau prin opoziție față de cultura familială și merge până la constituirea caracterului său, a ființei sale în lume [19].

Golse [după 8], la rândul său, vorbește despre o transmitere a traseului psihic între generații descriind diferite niveluri de transmitere a traumei materne în lumea copilului: atașament, legături, relații.

De asemenea, autorul elaborează o teorie a traumei în trei etape:

1. prima etapă: înscrierea urmelor psiho-senzoriale mnezice în timpul vieții fetale;
2. a doua etapă: întâlnirea cu opera psihică a obiectului-obiect maternal;
3. a treia etapă: întâlnirea cu evenimentele relaționale ulterioare, care pot fi sau nu metabolizate în funcție de calitatea operei psihice internalizate.

La rândul său, Kramer [după 16], în definirea conceptului de „materializare”, precizează că sugarii întruchipează conflictele intrapsihice ale mamei, unde comportamentul copilului materializează teme fantasmatiche, mai mult sau mai puțin latente, exprimate de mama lui.

Astfel de manifestări nu sunt exteriorizate în termeni psihopatologici, ci într-un tip de dezvoltare socio-emoțională.

De asemenea, trebuie subliniat faptul că copilul absoarbe experiențele traumatice ale mamei, care sunt reprimite și care nu au fost procesate.

În studiile efectuate pe supraviețuitorii holocaustului, Seigel [22], a constatat că mamele stabilesc cu copiii lor relații care sunt marcate de deficiențe în capacitatea lor de a stabili și de a menține relații interpersonale și *relații de obiect*, iar acest lucru perturbă procesul de socializare a copilului, generează modele particulare de relații părinte-copil, influențează comportamentul și viața afectivă a copilului și mamei.

La fel, s-au acumulat dovezi considerabile pentru a susține faptul că abuzul asupra copiilor este transmis între generații. Astfel, mamele cu o experiență anterioară, familiară, de neglijare sau abandon, transmit această experiență și copiilor [21].

În **concluzie**, în baza celor expuse, psihopatologia maternă corelează cu severitatea traumei, securitatea de atașament și nivelul de funcționare reflexivă, care prezic gradul distorsionării și negativității atribuțiilor materne față de copil. Securitatea atașamentului poate preveni apariția efectelor patogene ale traumei prin intermediul funcționării reflexive, iar cu atât mai mult această funcționare este de un nivel scăzut și deci deficitară, cu atât mai mult trauma se exprimă prin răspunsuri fiziologice și psihopatologice la stres din partea copilului. În același mod, cu cât reprezentările materne sunt mai negative și mai distorsionate, cu atât mai mult comportamentul matern va fi mai temător ca răspuns la semnalele copilului, ceea ce duce la creșterea dezorganizării comportamentale la copil. Acesta este un cerc vicios, o amintire particulară a traumei mai degrabă decât trauma în sine. Drept rezultat, sensibilitatea maternă, poate figura ca un facilitator sau vector de transmitere și poate modifica în același timp calitatea memoriei traumatice și a rezonanțelor sale profunde.

Bibliografie

1. ANSBACHER, H.L., ANSBACHER, R. La Psicologia Individuale di A. Adler. Firenze: Albatros, 1997.
2. BAUBET, T. Bébés et traumas. Grenoble: Glénat, 2006.
3. BION, W. Apprendere dall'esperienza. Torino: Einaudi, 1962.
4. BOWLBY, J. Attaccamento e Perdita. Torino: Einaudi, 1972.
5. BORGOGNO, F. Ferenczi e Trauma. Milano: Mondadori, 2005.
6. CARETTI, V. Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale. Roma: Laterza, 2008.
7. CICHETTI, D., ROSEN, K.S. Theoretical and empirical considerations in the investigation of the relationship between affect and cognition in an atypical population of infants. New York: Random House, 1984.
8. CYRULNIK, B. Autobiografia di uno spaventapasseri. Strategie per superare le esperienze traumatiche. Milano: Franco Angeli, 2009.
9. CORDA, L. Il concetto di trauma in psicoanalisi. Torino: Einaudi, 2008.
10. FELITTI, V. J. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. London: BookBank, 1998.
11. FERENCZI, S. Note e frammenti. Rimini: Bookstones, 1920.
12. FREUD, S. Al di là del principio di piacere. Torino: Einaudi, 1920.
13. GAZZOTTI, S. Maternità in età adolescenziale: attaccamento materno, stili di interazione, stati affettivi e coordinazione affettiva madre-bambino. Milano: Rusconi, 2010.
14. HOROWITZ, M. J. Stress response syndromes. New York: Random House, 1986.
15. HOSSAIN, Z. Infants of depressed mothers interact better with their nondepressed fathers. New York: Abe Books, 1994.
16. KHAN, M. Il concetto di trauma cumulativo In Lo spazio privato del Sé. Torino: Einaudi, 1963.
17. KLEIN, M. New Directions in Psycho-Analysis. The Significance of Infant Conflict in the Pattern of Adult Behaviour. London: Adelphi, 1955.
18. LAVELLI, M. Intersoggettività. Origini e primi sviluppi. New York: Adelphi, 2007.

19. LIOTTI, G. La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi. Milano: Mondadori, 1999.
20. MAIN, M. Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. New York: Slavica, 1995.
21. MILLER, A. Il bambino inascoltato, Torino: Einaudi, 1989.
22. SIEGEL, D. J. Memory, trauma and psychotherapy: a cognitive science view. London: Heinemann, 1995.
23. STERN, D. La costellazione materna. Torino: Einaudi, 1995.
24. STERN, D. N. Il mondo interpersonale del bambino Torino: Einaudi, 1987.
25. TERR, L. Unchained memories. New York: Adelphi, 1994.

CZU 376.5:37.062.1

FEATURES OF SOCIALIZATION, ADAPTATION IN THE SCHOOL ENVIRONMENT OF CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS (AUTISTIC SPECTRUM DISORDER)

Svetlana DANILENCO, dr. in psychopedagogy,
Special auxiliary school №6
Maria GURCOVA, PhD - candidate,
USM

***Abstract.** The article analyzes the theoretical foundations of social adaptation of children with special educational needs (of children with autism spectrum disorders). Attention is focused on the widespread prevalence children with special educational needs, especially of children with autism spectrum disorder is relevant today. The paper presents the data of a sociological survey on the problems of social adaptation and the organization of the educational process for children with special educational needs, who attends special auxiliary school №6 on daily basis. Also article reveals statistical indicators on the problems of autism spectrum disorder in world practice and in Republic of Moldova, focuses on disorders of the mental and psychological state, shows a deficit of emotional reactions, disturbances in the communicative sphere, and the lack of independence of children with special educational needs.*

***Keywords:** autism, autistic spectrum disorder, anxiety, behavior, social skills, social response, performance.*

Introduction

Data reflecting the prevalence of children with special educational needs for the last 10 years. This follows from increase in the numbers reflecting the prevalence of autism spectrum disorder. The trend of diagnosing this developmental disorder in children is increasing every year, and we see this not only in statistics, but also in practice. According to World Health Organization estimates for 2023, autism is present in approximately 1 child out of 100 worldwide [7].

If earlier this figure for 2021 was 1 in 160. According to the US Centers for Disease Control and Prevention, in 2020 this figure was 1 child diagnosed with autism spectrum disorder out of 54 children, in 2021 1 child out of 44, and in 2022 this figure is 1 child out of 36. Over the past 10 years in the Republic of Moldova, according to SOS – AUTISM – MOLDOVA, since 2012, the rate of diagnosing ASD in children ranged from 144 diagnosed children to 940 in 2022. In 2023, the rate of diagnosing children with autism spectrum disorder is 980 children. It is also worth noting that autism is a developmental disorder that is manifested by qualitative impairments in communication, social interaction, and a tendency to stereotypical behavior. ASD are manifested in childhood and somehow persist throughout the entire life of a person. [3]

Students with special educational needs and autism spectrum disorder are at significantly higher risk of developing co-occurring mental health problems than the general population worldwide throughout their lifespan [2, p. 3063]. Among children and adolescents with autism spectrum disorder, approximately 70% have at least one concomitant diagnosis: and at least 40% have two concurrent mental disorders, indicating co-morbidity of the disorder under study (simultaneous manifestation of two disorders). According to the criteria adopted by the World Health Organization (WHO), with ASD, the following are noted: 1) disturbances in social development; 2) qualitative disturbances of the ability to communicate; 3) limited interests, repetitive and stereotyped patterns of behavior and activities.

A family raising a child with autism spectrum disorders is experiencing many difficulties and very limited in their capabilities. It is difficult for parents to choose an educational institution, since not all kindergartens and schools are adapted to work with children with autism spectrum disorder. In general, there are several main difficulties in social adaptation of children with autism spectrum disorders: 1) difficulties in interacting with other people; 2) inability to establish emotional connections; 3) disturbances in the intellectual and mental spheres. For children with autism spectrum disorders, social adaptation represents specially organized actions and a continuous procedure for getting used to coexistence with the outside world through the assimilation of certain norms and rules [6, p. 48].

Problem Statement. Obtaining affordable and high-quality education for children with autism spectrum disorders is one of the basic and essential conditions for their successful socialization. Legal guarantees of children with disabilities (autism) to receive education are enshrined in the following documents: 1) «National strategy “Education – 2030” [5]. 2) Educational code of Republic of Moldova [4, p. 96]

Research questions. The socialization of children with autism is a multifaceted process of assimilating the experience of social life. Nowadays, in Moldova, in addition to specialized correctional educational institutions, the process of integrating children with autism spectrum disorders into general educational institutions (in classes with children without developmental disabilities) is developing. It is possible to teach children with autism spectrum disorders according to an individual curriculum or program. It is extremely important to substantiate new approaches and create optimal conditions for the successful development of a child, his upbringing, training, social adaptation and integration into society. In connection with the above, we came to the conclusion that in order to solve the problems of social adaptation of children with autism spectrum disorders, it is necessary to develop a clearly organized set of measures for the interaction of educational institutions and social services that provide comprehensive assistance to the child and his relatives.

Purpose of the Study. Explore the current problems arising in the process of school adaptation and socialization of children with autism spectrum disorders

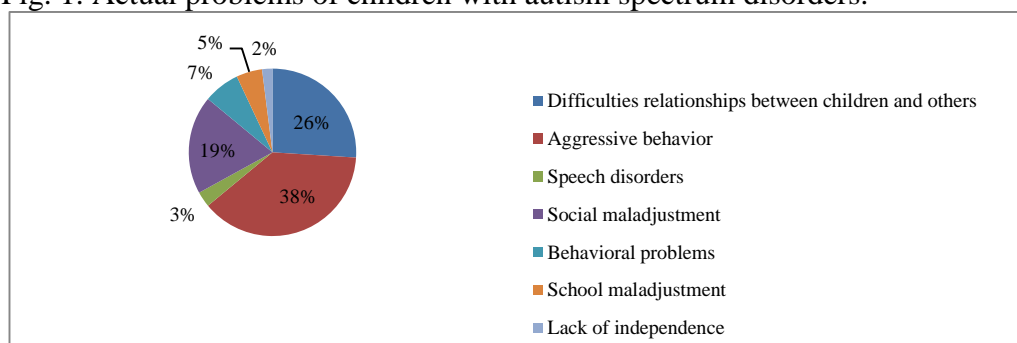
Research Methods: 1) Conduct a sociological study through questionnaires and identify problems that arise in children and their families in the process of school adaptation and socialization. 2) Develop a set of measures aimed at solving the problems identified by us. 3) Offer the set of measures developed by us for educational institutions, social services, as well as families with children with ASD.

The research methods included a set of general scientific methods: study and analysis of literature on the research problem, survey, questionnaire survey, pedagogical observation of students. Methods of mathematical processing were used in the analysis of empirical data. We conducted a sociological study in order to identify the problems of social adaptation of children with autism. The respondents were the parents of children with autism spectrum disorders (20 people) and the specialists of the State auxiliary school nr. 6 in Chisinau. The survey of all respondents was carried out using the questionnaire method. Our research made it possible to identify the main problems associated with the social adaptation of children with autism and also to consider the following aspects: a) actual problems experienced by children with autism spectrum disorders; b) socially significant skills and abilities necessary for children with autism spectrum

disorders for successful socialization and adaptation; c) problems of organizing the educational process of social adaptation of children with autism.

As a result of the questionnaire survey on the first block of questions, the most pressing problems, according to the respondents, are: aggressive behavior (38%), complex relationships of children with autism spectrum disorders with others (26%), social maladjustment (19%), (Fig. 1)

Fig. 1. Actual problems of children with autism spectrum disorders.



The second block of questions allowed us to find out the socially significant skills and abilities necessary for the successful social adaptation of children with ASD into society. We learned what skills and abilities, according to the respondents, should be formed in children within the walls of a boarding school (Fig. 2).

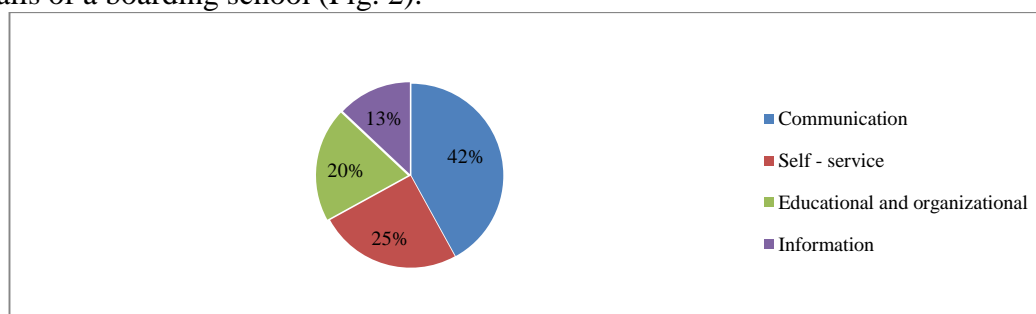


Fig. 2. Most important skills and abilities for children with autism in a boarding school

According to the respondents, the most significant skills for the further independent life of children with autism are communication skills (42%) and self-service skills (25%). Answering the second block of questions, the overwhelming majority of respondents (76%) also believe that children with autistic disorders do not have only some socially significant skills, the rest of the respondents are convinced that children do not have a significant number of skills and abilities (24%) (Fig. 3).

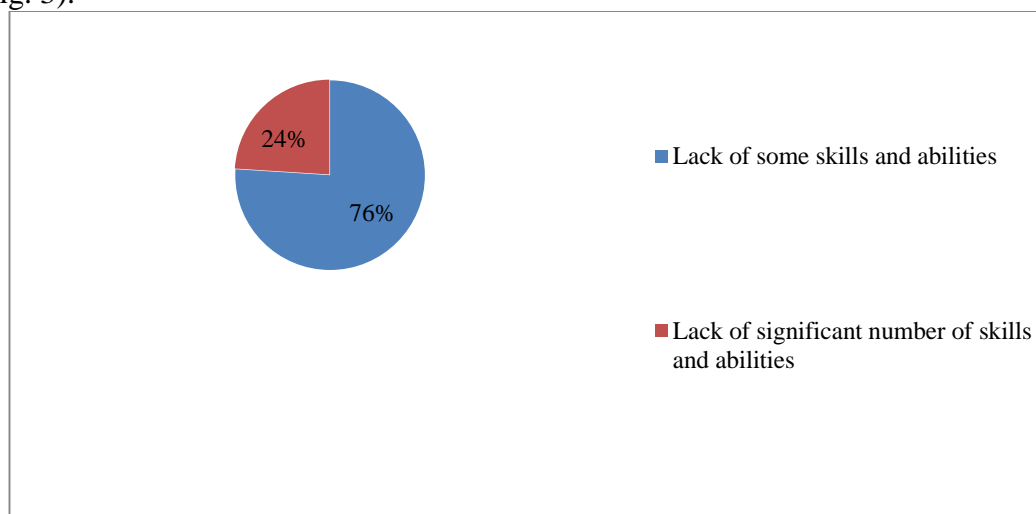


Fig. 3. Availability of socially significant skills and abilities.

The third block of questions allowed us to find out what difficulties families of children with ASD and boarding school specialists face in organizing the educational process (Fig. 4).

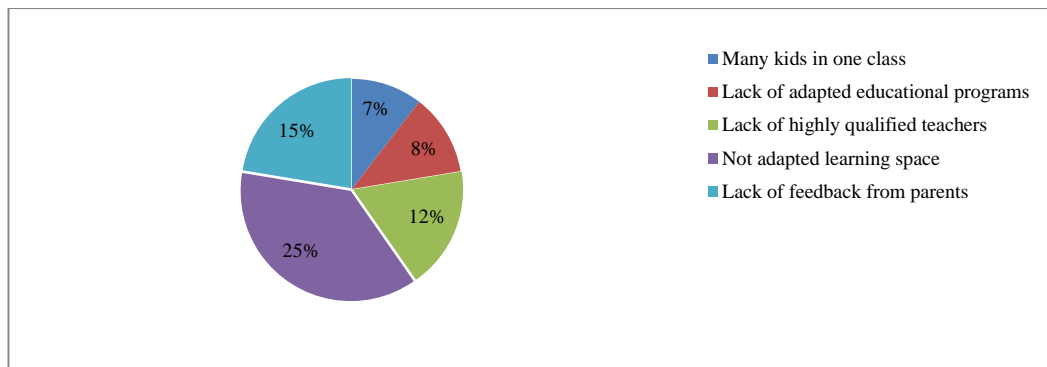


Fig. 4. Problems of organizing the educational process of social adaptation of children with autism.

According to the respondents, the most pressing problems that arise in organizing the educational process were the absence of a tutor (27%), the lack of feedback from parents (14%), as well as the lack of teachers trained for working with autistic children (13%). After we developed and proposed a set of measures to improve the organization of social adaptation of children with autism studying at a boarding school, we confidently affirm that the majority of respondents support our development and are ready to test it.

Social adaptation of children with autism is a long and complex process, the links of which are primarily the child himself, his family, specialists of social, medical and educational services. Summing up, we can say that the creation of social adaptation of children with ASD proceeds in a complex form. This is caused by the totality of problems that must be solved by specialists from different structures and departments at different levels.

Concluzie

1. Our research by means of a questionnaire made it possible to identify the main problems that children with autism spectrum disorders experience in the process of school adaptation, as well as the most significant problems, according to the respondents, when organizing the educational process at a boarding school.

2. The set of measures proposed by us to improve the organization of social adaptation of children with autism was assessed positively by the majority of respondents.

Bibliografie

1) ANTIBOR, L.M., GURCOVA, M.V. "The influence of motor and communication skills on transfer activity techniques of students with autism and autistic spectrum disorder". In: Proceedings of the 2 International Conference of Applied Psychology Current Affairs and Perspectives in Psychological Research. Chisinau, November 29-30 2022. pp. 46-53. ISBN 978-875-159-99-9

2) BUCK, T. R., VISKOCHIL, J., FARLEY, M., COON, H., MCMAHON, W. M., MORGAN, J., & BILDER, D. A. (2014). Psychiatric comorbidity and medication use in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3063–3071. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2170-2>.

3) Biroul național de statistică al Republicii Moldova. https://statistica.gov.md/ro/persoanele-cu-dizabilitati-in-republica-moldova-in-anul-2021-9460_60129.html

4) Codul Educatiei al Republicii Moldova nr.152 din 17.07.2014. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 2014, nr. 319-324, pp. 96-98.

5) National Strategy of Education in RM <https://gov.md/ru/content/prinyata-strategiya-obrazovanie-2030>

6) SHIPITSINA, L. M. Childhood autism. Textbook for students of higher and secondary pedagogical, psychological and medical educational institutions. Didaktika Plus, SPb, 2006

7) ZEIDAN, J. In: Global prevalence of autism: A systematic review update. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm?s_cid=ss7202a1_w

METODE DE INTERVENȚIE PSIHOLAGICĂ PENTRU DEZVOLTAREA COMPORAMENTELOR DE „HELP-SEEKING” LA FEMEILE VICTIME ALE VIOLENȚEI

Letiția ANCULETE, doctorand anul I,
Universitatea Pedagogică de Stat „ION CREANGĂ” din Chișinău

Abstract. *Violence against women is a common phenomenon, therefore - along with the existing legislative levers - it is necessary to develop programs that have the ability to combine a wide and safer palette of psychological intervention methods, so the women victims of violence to be able to develop help-seeking behaviors - and later – to completely get out of the victim status and (re)gain their autonomy.*

Key-words: *victim, violence, women, help-seeking actions, psychological intervention, narrative inquiry, gender-based violence.*

Violența împotriva femeilor – definire, aspecte legislative

Forurile internaționale subliniază faptul că violența împotriva femeilor este foarte des întâlnită, acceptată social și care încalcă și afectează grav sau chiar anulează accesul acestora la o serie de drepturi (dreptul la libertate, demnitate, integritate fizică, integritate emoțională, dreptul la viață), iar legislația din România și din Republica Moldova încearcă să constituie o pârghie care diminueze sau să contracareze acest fenomen.

În general, definițiile și descrierile violenței împotriva femeilor subliniază faptul că acest tip de violență se bazează pe gen; prin urmare, conceptele „violență împotriva femeilor” și „violență bazată pe gen” sunt întrucâtva interschimbabile în literatura de specialitate [5]. În anumiți termeni, expresia „împotriva femeilor” este folosită pentru a identifica victima. Alte concepte, cum ar fi „violența bărbaților împotriva femeilor”, identifică atât categoria de făptuitori, cât și categoria de victime [2].

Din punct de vedere legislativ, în România violența domestică este văzută ca fiind „orice acțiune intenționată de violență fizică, sexuală, psihologică, economică, socială, spirituală sau cibernetică care se produce în mediul familial sau domestic ori între soți sau foști soți, precum și între actuali sau foști parteneri, indiferent dacă agresorul locuiește sau a locuit împreună cu victima”.

Similar, violența împotriva femeilor afectează în mod disproporționat femeile și încalcă drepturilor fundamentale ale acestora (dreptul la demnitate, egalitate, viață), iar impactul acesteia se răsfrânge și asupra rețelei sociale din care femeia-victimă face parte [6].

În Republica Moldova, legislația pentru prevenirea și combaterea violenței în familie, vine cu o definiție similară a violenței în familie, clarificând totodată faptul că violența în familie afectează femeile în mod disproporționat și că egalitatea de gen constituie un element-cheie [7].

Arealul violenței cuprinde: violența verbală, fizică, psihologică, sexuală, economică, socială, spirituală, cibernetică, toate aceste forme ale violenței aducând atingere persoanelor vizate de aceste acțiuni.

Metode de intervenție. Perspective.

Pentru a putea veni în ajutorul femeilor victime ale violenței, există diferite metode de intervenție psihologice și psihoeducative:

Metodele de intervenție psihoeducative, sunt metode care de obicei tind să se concentreze pe bărbați ca fiind agresori și pe femei ca fiind victime, ori să se concentreze pe cupluri. În mod tipic, aceste programe sunt fie orientate spre feminism, fie orientate cognitiv-comportamental sau intervenții combinate între cele două. [9]:

Pe de o parte, *programele de intervenție de sorginte feministă* consideră drept cauză a violenței împotriva femeilor diferența fizică de putere dintre bărbat și femeie și sugerează că acțiunile de violență ale acestora apar din dorința de a domina și de a avea control, de vreme ce amândoi s-au dezvoltat într-o societate care încurajează femeile să adopte un rol submisiv față de bărbați. Prin urmare, modelul feminist consideră că doar prin identificarea și respingerea acestor prescripții sociale de rol se poate reduce violența împotriva femeilor [9]. Aceste programe de intervenție, psihoeducația este utilizată ca metodă pentru implicarea bărbaților și băieților în vederea prevenirii violenței împotriva femeilor și fetelor, cu ajutorul inițiativelor ce pun la îndoială masculinitatea patriarhală [7].

Pe de altă parte, *programele de intervenție cognitiv-comportamentale* tinde să vizeze managementul furiei și sugerează că bărbații manifestă violență din cauza unor pattern-uri de gândire care susțin exhibarea agresivității. De exemplu, un agresor poate gândi că partenera sa nu îl ascultă niciodată, și că dacă el nu devine violent, atunci ea îl va ignora în continuare. Prin urmare, abordarea cognitiv-comportamentală ghidează agresorul să identifice aceste erori în gândire și îl învață să înlocuiască aceste erori cu gânduri mai adecvate care reduc probabilitatea ca bărbatul să devină violent [9].

Programele de intervenție psihoeducațională care vizează tratarea femeilor-victime ale violenței adresează problemele apărute la nivelul stimei de sine, prin eliminarea vinovăției sau a auto-învinovării pe care acestea le pot resimți (acestea crezând în mod greșit că ele sunt cauza violenței) și prin creșterea nivelului de conștientizare asupra alternativelor de ieșire din situația abuzivă [9], [10]. Aceste intervenții se fac fie prin consiliere individuală, fie prin psihoterapie de grup, fie prin participarea la grupuri de suport.

Interviul narativ poate fi văzut ca o altă *metodă de intervenție*, deoarece provoacă într-un mod securizant persoana să ofere un sens experiențelor din propria viață, iar aceasta generează schimbări atitudinale care – la rândul lor – determină persoana să adopte diverse comportamente de *help-seeking*; văzut însă ca instrument, interviul narativ are capacitatea de a explora modalitățile în care mediul fizic, social și cultural al femeii victime a violenței îi influențează și modelează acesteia experiențele individuale, iar prin aceasta, de a oferi piste clare pe care să se poată interveni și cu alte metode psihologice de intervenție. Altfel spus, utilizarea interviului narativ ca metodă de intervenție, nu va provoca persoana la eforturi de diseminare profundă a informațiilor, ci mai degrabă îi va oferi acesteia o viziune de ansamblu și cu sens – oferă șansa de a avea acces la informații relevante într-o manieră sigură, informații ce vor determina persoana să înceapă – pe cât posibil - să opereze schimbări care să-i aducă acesteia beneficii psiho-emoționale.

Obstacole apărute în calea ieșirii din situațiile abuzive

Desigur, în încercările femeilor victime ale violenței apar diverse obstacole greu de depășit; pe de o parte, femeile rămân frecvent în aceste situații abuzive din diferite motive: fie sunt dependente financiar de parteneri sau de locul de muncă în care se află și sunt incapabile de a putea găsi soluții pentru a se putea întreține financiar singure, fie femeile pot avea adăugată și responsabilitatea de a fi părinte singur pentru copii și s-ar putea să nu știe unde să se adreseze pentru a primi asistență pentru aceștia, chiar dacă și-ar găsi un loc de muncă. Pe de altă parte, agresorii tind să izoleze victimele de prietenii și rudele lor, așa încât victimele să aibă sentimentul că sunt singure și că nu pot primi ajutor de nicăieri și prin urmare, aceasta face ca scăparea/evadarea din acest mediu abuziv să fie și mai dificilă.

Comportamente de *help-seeking*.

Deoarece violența împotriva femeii îi afectează acesteia stima de sine și-i elimină credința că „dincolo” mai există ceva sau cineva - în afară de agresor - care să vină în ajutorul ei, avem des de-a face cu situațiile în care femeia-victimă a violenței trebuie ca mai întâi să reușească să identifice sensul celor întâmplate, apoi să dezvolte acțiuni de *help-seeking* (căutare de ajutor) pentru a ieși din situațiile generatoare de stres.

Aceste acțiuni de *help-seeking* cuprind practic orice activitate de promovare a bunăstării propriei persoane și orice strategie adaptativă care are ca scop eliberarea de stres și sunt de fapt precursorile schimbării, ale ieșirii din mediul violent și din statutul de victimă [3].

Altfel spus, acțiunea de *help-seeking* (căutare de ajutor) se referă la procesul de căutare a asistenței sau sprijinului altora atunci când persoana se confruntă cu probleme sau provocări. Totodată, aceasta implică recunoașterea nevoii de ajutor și luarea de măsuri pentru a-l obține din diverse surse, care pot fi formale (de exemplu, profesioniști în sănătate mintală, medici) sau informale (de exemplu, prieteni, familie) [12].

Odată ce semnele de bunăstare sau simptomele de suferință sunt experimentate și etichetate, oamenii iau în considerare semnificațiile pe care modelul cultural le exprimă, semnificații ce pot identifica cauzele ce au generat simptomatologia sau care pot identifica punctele forte ce au dus la trecerea în condiții bune de anumite obstacole [1].

Concluzie

În intervenția clinică se întâmplă (nu de puține ori) ca femeia-victimă a violenței să nu poată gestiona emoțiile și conținuturile cu care de obicei se operează în consilierea psihologică și psihoeducațională individuală sau de grup. Prin urmare, în intervențiile psihologice trebuie să avem în vedere atât posibilele obstacole pe care femeile victime ale violenței le întâmpină în încercarea de a ieși din rolul de victimă și din situațiile abuzive, cât și felul în care putem optimiza utilizarea integrată a metodelor de intervenție psihologică, așa încât acestea să fie cât mai eficiente. Astfel, nivelul de eficiență crescut se reflecta în dezvoltarea comportamentelor de *help-seeking*, care vor genera creșterea autonomiei și apariția beneficiilor psiho-emoționale.

Bibliografie:

1. ARNAULT, DENISE SAINT: Cultural Determinants of Help Seeking: A Model for Research and Practice. In: *Research and Theory for Nursing Practice* Bd. 23 (2009), Nr. 4, S. 259–278, ISSN: 1541-6577, 1945-7286, URL: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/1541-6577.23.4.259> , Accesat la data: 17.08.2024

2.FERGUSON, TAMARA J. ; STEGGE, HEDDY ; MILLER, ERIN R. ; OLSEN, MICHAEL E.: Guilt, shame, and symptoms in children. In: *Developmental Psychology* Bd. 35 (1999), Nr. 2, S. 347–357, ISSN: 1939-0599, 0012-1649, DOI: 10.1037/0012-1649.35.2.347 accesat la data: 17.07.2024

3.HAYDON, GUNILLA ; BROWNE, GRAEME ; RIET, PAMELA: Narrative inquiry as a research methodology exploring person centred care in nursing. In: *Collegian* (2017), ISSN: 13227696 , DOI: 10.1016/j.colegn.2017.03.001 accesat la data: 30.09.2024

4.INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ: 25 noiembrie 2023 – Ziua Internațională pentru Eliminarea Violenței Împotriva Femeilor. URL: <https://insp.gov.ro/2023/11/25/25-noiembrie-2023-ziua-internationala-pentru-eliminarea-violentei-impotriva-femeilor/> accesat la data: 16.08.2024

5.KROOK, MONA LENA: GLOBAL FEMINIST COLLABORATIONS AND THE CONCEPT OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN POLITICS. In: *Journal of International Affairs* Bd. 72, Journal of International Affairs Editorial Board (2019), Nr. 2, S. 77–94, ISSN: 0022197X, URL: <https://www.jstor.org/stable/26760833> accesat la data: 17/07/2024

6.LOSÎ, ELENA ; CRĂȘMARU, ANA MARIA: Particularitățile psihologice ale tinerelor femei descendente din medii familiale agresive. In: *Psihologie.Revista științifico-practică = Psychology. Scientific-practical journal* Bd. 42 (2023), Nr. 1, S. 56–70 ISBN: 978-9975-46-386-7

7.PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA: *LEGE Nr. 45 din 01-03-2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie*. URL https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110200&lang=ro. - accesat la data: 2024-10-02. — *LEGE Nr. 45 din 01-03-2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie* . Versiune in vigoare din 30.12.18 in baza modificărilor prin LP238 din 08.11.18 MO441-447 din 30.11.18 art. 709

8.PARLAMENTUL ROMÂNIEI: LEGEA nr. 217 din 22 mai 2003 (*republicată*) - pentru prevenirea și combaterea violenței domestice. URL: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/44014> Accesat la data: 16.08.2024

9.SALKIND, NEIL J. ; RASMUSSEN, KRISTIN: *Encyclopedia of educational psychology*. London : Sage publ, 2008 — ISBN 978-1-4129-1688-2

10.SION, GRAȚIELA: *Psihologia vârstelor*. Ediția a 3-a. București : Editura Fundației „România de Măine“, 2007 — ISBN 978-973-725-867-0

11.UNITED NATIONS - WOMEN, UN WOMEN: *Global Database on Violence against Women*. URL <https://data.unwomen.org/global-database-on-violence-against-women/data-form>. - accesat la data: 2024-08-20

12.WILSON, CORALINE J. ; DEANE, FRANK P. ; CIARROCHI, JOSEPH V. ; RICKWOOD, DEBRA: Measuring help seeking intentions: Properties of the General Help Seeking Questionnaire. In: *Canadian Journal of Counselling* Bd. 39 (2005), Nr. 1, S. 15–28 URL: <https://ro.uow.edu.au/hbspapers/1527> accesat la data: 2024-08-20

13.WORLD HEALTH ORGANIZATION (Hrsg.): *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Geneva : World Health Organization, 2004 — ISBN 978-92-4-159207-9

CZU 159.928.234

INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ: MODELE TEORETICE

Violeta Nicoleta SIMION, drd,

Universitatea Pedagogică de Stat „I. Creangă”, Chișinău, Rep. Moldova

Abstract: *Emotional intelligence (E.I.) is a multifaceted psychological construct benefiting from increased attention in the academic environment through the extremely increased number of researches and in the organizational field through the creation of programs and pieces of training to stimulate psychoemotional skills. In the last 40 years, various models have been proposed to conceptualize and measure E.I., currently, there are extremely diverse theoretical-applicative models.*

Keywords: *emotional intelligence, theoretical-applicative models.*

În ultimii 40 ani, lumea științifică a fost captivată de apariția unui nou concept: *inteligenta emoțională* (I.E.). Având parte de o serie de controverse legate de valoarea lui științifică, de consistența teoretică, de dezvoltarea unor metodologii obiective de investigare a dimensiunilor sale componente, *inteligenta emoțională* continuă să devină elementul central al multor studii / cercetări.

În funcție de modelul explicativ propus de autorii respectivi, termenul în sine a suferit mai multe variante în conceptualizare:

P. Salovey & D. Mayer (1990, 1993), apreciau *inteligenta emoțională* ca fiind „*capacitatea de a percepe, integra, înțelege și regla emoțiile pentru a promova creșterea personală.*” [apud 12 p.140] Această definiție a suportat mai multe revizuri însă ele, în timp, au fost puternic corelate cu dezvoltarea instrumentului de măsurare obiectivă MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test). Importante cercetări privind dezvoltarea acestui test psihometric au avut loc în perioada 2000-2002 constituind un pas foarte valoros în operaționalizarea conceptului de *inteligenta emoțională*. [9]

În 1985, pentru prima dată, Reuven Bar-On își prezenta propria accepțiune legată de *inteligenta emoțională* pe care o descria ca fiind un set de competențe și abilități emoționale, personale și sociale interconectate care determină cât de eficient ne înțelegem și ne exprimăm, ne ajută să îi înțelegem pe ceilalți și să facem față cerințelor zilnice. [9]

Ulterior, în 1997, va lansa termenul de coeficient de *inteligenta emoțională*, elaborând unul dintre cele mai utilizate și eficiente instrumente de măsurare a nivelurilor *inteligentei emoționale*, numit *Emotional Quotient Inventory* (EQ-i). [1]

La nivel mondial, cel care însă va populariza termenul de *inteligenta emoțională* va fi Daniel Goleman. În viziunea lui, aceasta semnifică “*capacitatea de a ne recunoaște, înțelege și gestiona propriile emoții, precum și de a recunoaște, înțelege și influența emoțiile celorlalți*”. [2]

În 2010, Roberts, R. et al. consemnau într-un articol prestigios faptul că, există mai multe moduri prin care inteligența emoțională a fost conceptualizată, măsurată și utilizată de la debuturile preocupărilor legate de abilitățile emoționale, cum ar fi cercetarea expresiei faciale, până la modelele teoretice recente. De asemenea, este descrisă diferența dintre modelele care descriu I.E. ca trăsătură de caracter și modelarea I.E. ca formă de procesare a informațiilor sau cunoaștere, ambele tipuri de paradigme fiind evaluate pe baza teoriei și a dovezilor empirice. [11]

Astfel, se ajunge la concluzia conform căreia, cel din urmă tip de model, exemplificat prin Modelul Ierarhic cu Patru Ramuri al I.E., este singurul construct logic care poartă eticheta „I.E.”. Sunt discutate modificări potențiale ale modului în care I.E. este conceptualizată și măsurată în prezent, această revizuire acoperind evaluări de recunoaștere a emoțiilor, teste de judecată situațională și evaluări multimedia, cum ar fi paradigma agentului empatic. Articolul se încheie cu o agendă sugerată pentru cercetări viitoare în domeniul I.E. [11]

Mai jos, vom prezenta o serie de modele teoretice – explicative legate de I.E.

A) Modelele I.E bazate pe abilități:

1. Modelul celor Patru Ramuri de D. Mayer și P. Salovey (*The Four Branch Model*), 1997.

Conform celor 2 autori, inteligența emoțională este alcătuită din patru abilități: perceperea emoțiilor, folosirea emoțiilor (pentru potențarea proceselor cognitive), înțelegerea și gestionarea emoțiilor. Teoria oferă un cadru util pentru studierea diferențelor individuale în abilitățile legate de procesarea informațiilor emoționale. [8, 9]

Potrivit acestui model, cele 4 ramuri ale I.E sunt:

a. Perceperea emoțiilor:

În 2018, într-un studiu meta-analitic privind relațiile dintre Modelul cu Patru Ramuri de inteligență emoțională (I.E.) cu cele 2 forme ale inteligenței cognitive: inteligența fluidă (Gf) și inteligența cristalizată (Gc), autorii identifică faptul că, fiecare ramură manifestă corelații având scoruri ponderate cu Gf și Gc însă înțelegerea emoțiilor are cea mai strânsă relație cu Gf și Gc. [10]

Această ramură implică identificarea emoțiilor în sine și în ceilalți, discriminarea dintre expresiile emoționale corecte și inexacte și înțelegerea modului în care sunt afișate emoțiile în funcție de context și cultură. [8, 9]

b. Facilitarea gândirii prin folosirea emoțiilor:

Această ramură include utilizarea emoțiilor pentru a facilita procesele de cunoaștere, valorificarea schimbărilor de dispoziție cu impact asupra proceselor și activităților cognitive precum și generarea emoțiilor în procesele decizionale și cele mnezice. [8, 9]

c. Înțelegerea emoțiilor:

Această ramură se concentrează pe diferențele interculturale privind recunoașterea și evaluarea emoțiilor, înțelegerea trecerilor posibile de la o stare emoțională la alta, mecanismele de diferențiere dintre afecte și emoții, precum și evaluarea situațiilor care pot determina emoții. [8, 9]

d. Gestionarea emoțiilor

Această ramură implică gestionarea eficientă a propriilor emoții, precum și ale celorlalți cu scopul obținerii rezultatelor dorite, aplicării managementului emoțional în vederea reducerii sau intensificării răspunsurilor comportamentale.

După 2002, Mayer și Salovey revin asupra conceptelor cheie incluse în modelul inițial, accentuând ideea conform căreia inteligența emoțională este o abilitate mentală care implică raționamentul despre emoții. Autorii subliniază faptul că inteligența emoțională este direct implicată în procesul de rezolvare de probleme, în procesele decizionale motiv pentru care, inclusiv în construcția itemilor prevăzuți în testul MSCEIT, sunt prevăzute sarcini de rezolvare a problemelor. [9]

Mai mult, autorii subliniază faptul că inteligența emoțională poate prezice rezultate importante, cum ar fi relații interpersonale mai bune, atât în viața de zi cu zi, cât și în mediile profesionale.

*B) Modelele mixte ale I.E (*Ability Based Models*):*

1. Modelul Bar-On al inteligenței emoționale-sociale (ESI)

În perioada 1985-1997, Reuven Bar-On a studiat intensiv dezvoltarea acestui model mixt având atât componentele emoționale cât și cele sociale. În urma studiilor sale minuțioase, a introdus conceptul de Emotional Quotient (EQ): *coeficient de inteligență emoțională*, similar cu Intelligence Quotient (IQ): *coeficient de inteligență cognitivă*. [1, 12 p.140-141]

Conform modelului său, inteligența emoțională este un set de abilități și competențe non-cognitive care influențează relațiile interpersonale determinând moduri diferite de exprimare, grade de înțelegere emoțională în funcție de cerințele mediului social extern. [1]

Modelul lui Reuven Bar-On este structurat în 5 seturi de competențe, fiecare set la rândul lui fiind organizat într-o serie de abilități:

- a. *Competențele intrapersonale* (se referă la capacitatea de auto-înțelegere și management emoțional personal) includ: 1. *Respectul de sine*; 2. *Auto-conștientizarea emoțională*; 3. *Asertivitatea*; 4. *Autonomia personală și socială*; 5. *Motivația de auto-realizare*. [1, 12 p.140-141]
- b. *Competențele interpersonale* (se referă la capacitatea de a-i înțelege pe ceilalți și de a cultiva relații cu ceilalți) includ: 1. *Empatie*; 2. *Responsabilitate socială*; 3. *Relații interpersonale*; [1, 12 p.140-141]
- c. *Managementul stresului* care include: 1. *Toleranța la stres*; 2. *Controlul impulsurilor*. [1, 12 p.140-141]
- d. *Adaptabilitatea* (se referă la managementul schimbării, la capacitatea rezolutivă de tip cognitiv) include: 1. *Testarea realității*; 2. *Flexibilitate*; 3. *Rezolvarea problemelor*. [1, 12 p.140-141]
- e. *Bunăstarea generală* (se referă la perspectiva pozitivă asupra vieții sub forma atitudinilor și motivațiilor optimiste, a gradului de satisfacție personală) include: 1. *Optimismul*; 2. *Fericirea*; [1, 12 p.140-141]

Reuven Bar-On a fost direct interesat de măsurarea obiectivă și științifică a coeficientului de inteligență emoțională, aspect pe care după 15 ani de cercetări l-a concretizat sub forma instrumentului psihometric Emotional Quotient Inventory (EQ-i). EQ-i este o măsură de auto-raportare a comportamentului inteligent din punct de vedere emoțional și social. A fost tradus în peste 30 de limbi, iar datele au fost colectate din întreaga lume oferind persoanei evaluate un profil amănunțit legat de funcționarea sa emoțională și socială. Valoarea acestui instrument de măsurare este incontestabilă, variantele ulterioare marcând o rafinare nu doar asupra cadrului teoretic dar și o regândire a nivelurilor de aplicabilitate.

Acest model a fost utilizat într-o diversitate de domenii având un nivel ridicat de eficiență. Preponderent a fost aplicat în mediile organizaționale în vederea evaluării eficienței interpersonale în relațiile profesionale, a capacității de management al stresului dar și pentru identificarea potențialului de leadership. [7, 11]

2. Modelul mixt dezvoltat de D. Goleman

În 1995, Goleman publica „*Emotional Intelligence „Why It Can Matter More Than IQ”*” atrăgând atenția întregii lumi științifice și, reușind astfel, popularizarea acestui concept.

Modelul lui Goleman a avut o imensă influență în diferite domenii (educațional, organizațional, etc.) făcând obiectul multor programe / traininguri de stimulare și cultivare a inteligenței emoționale dar și a leadershipului. În viziunea lui Goleman, toți liderii eficienți au un grad ridicat de inteligență emoțională, esențial pentru conducerea eficientă și atingerea obiectivelor în mediul organizațional. [3, 4, 5, 6]

Conform acestui model, există 5 componente bazale:

- a. *Conștientizarea de sine* se referă la capacitatea proprie de recunoaștere și înțelegere a propriilor emoții, la capacitatea de manifestare a încrederii personale; [2, 12, p.141]
- b. *Auto-controlul emoțional* se referă la capacitatea de management emoțional, la structurile motivaționale direct implicate în auto-dezvoltare, în creșterea capacității de adaptare la exterior; [2, 12, p.141]

- c. *Auto-motivația*: se referă la capacitatea de orientare spre obiective personale, realizabile în absența unei relații de condiționare cu sistemul de recompense, la capacitatea de a iniția și de a se angaja în acțiuni responsabile și la optimism; [2, 12, p.141]
- d. *Empatie*: se referă la capacitatea de transpunere mentală în emoțiile, acțiunile și gândurile celuilalt, la înțelegerea emoțiilor trăite de ceilalți; [2, 12, p.141]
- e. *Abilitățile sociale*: se referă la capacitatea de relaționare interpersonală, la capacitatea de dezvoltare a relațiilor constructive prin adoptarea unui tip de comunicare preponderent asertiv; [2, 12, p.141]

În multe studii, nivelurile inteligenței emoționale au fost corelate cu tipul de leadership ajungându-se la concluzia că, un lider eficient poate contribui la atingerea obiectivelor colective dacă manifestă și transmite încredere, optimism și pozitivism celorlalți membri ai echipei. [3, 4, 5, 6]

Studii recente au evidențiat corelația pozitivă dintre inteligența emoțională și leadershipul transformațional, subliniindu-se impactul inteligenței emoționale asupra nivelului de stres, structurilor motivaționale superioare, capacității decizionale, leadershipului eficient, favorizând eficiența dinamicilor de echipă. [6, 7]

În sensul ideilor lui Goleman, prin înțelegerea și reglarea emoțiilor, liderii își pot îmbunătăți comunicarea, dezvolta abilitățile de rezolvare a problemelor, auto-conștientizarea emoțională precum și recunoașterea emoțiilor atât la sine cât și la ceilalți, conducând în cele din urmă la practici eficiente de conducere. O parte dintre aceste concluzii, l-au determinat pe Goleman să afirme că inteligența emoțională poate fi dezvoltată pe tot parcursul vieții nefiind un indicator psihologic static. [1]

BIBLIOGRAFIE:

1. BAR-ON, R., PARKER, J.D.A. Manual de inteligență emoțională, București: Editura Curtea Veche, 2011, 508 p.
2. GOLEMAN, D. Inteligența emoțională (Ediția a V a). Editura Curtea Veche Publishing. 2021. 690 p.
3. GOLEMAN, D., BOYATZIS, R., MCKEE, A. Inteligența emoțională în leadership (Ediția a III a, revizuită și adăugită). București: Editura Curtea Veche Publishing. 2018. 387 p.
4. GOLEMAN, D. Ce înseamnă să fii un lider bun. București: Editura Curtea Veche Publishing. 2014. 206 p.
5. GOLEMAN, D. Leadership: puterea inteligenței emoționale (selecție de texte). București: Editura Curtea Veche Publishing. 2014. 158 p.
6. IBRAHIM, N. The Importance of Emotional Intelligence to Students. In *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2022, nr. 5 (12), pp. 132 – 137, E-ISSN: 2222-6990.
7. KOUTSIUMPA, E. Contribution of Emotional Intelligence to Efficient Leadership. A Narrative Review. In *Technium Social Sciences Journal*. 2023, 48, pp. 204-216, ISSN: 2668-7798.
8. MAYER, J.D., SALOVEY, P., CARUSO, D.R., SITARENOS, G. *Emotional intelligence as a standard Intelligence*. In *Emotion by American Psychological Association Inc*, 2001, nr.3 (1), pp. 232-242.
9. MAYER, J.D., SALOVEY, P., CARUSO, D.R. Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. In *Psychological Inquiry*, 2004, 3 (15), pp. 197-215. ISSN: 1047840X, EISSN: 15327965.
10. OLDERBAK, S., SEMMLER, M., DOEBLER, P. Four-Branch Model of Ability Emotional Intelligence with Fluid and Crystallized Intelligence: A Meta-Analysis of Relations. In *Emotion Review*, 2018, 11, pp. 166 - 183. ISSN: 1754-0739, ISSN (online): 1754-0747.
11. ROBERTS, R., MACCANN, C., MATTHEWS, G., ZEIDNER, M. Emotional Intelligence: Toward a Consensus of Models and Measures. In *Social and Personality Psychology Compass*, 2010, 4, pp. 821-840. ISSN (online): 1751-9004, ISSN (print): 1751-9004.

CZU 159.922.7:37.064.3

PERSPECTIVA PSIHOLAGICĂ ASUPRA BULLYING-ULUI ÎN INSTITUȚIILE DE EDUCAȚIE TIMPURIE: CAUZE, MANIFESTĂRI ȘI SOLUȚII

Vasile GARBUS, asist. univ., magistru în psihologie și pedagogie,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți

Abstract: *This study examines bullying in early childhood education, focusing on its impact on emotional and psychological development. Although commonly associated with schools, bullying also occurs in preschool settings. Early recognition and intervention are crucial to prevent and manage bullying, which can manifest through physical, verbal, and emotional behaviors. The research highlights the importance of fostering empathy, respect, and communication skills to create a safe educational environment.*

Key-word: *Bullying, early childhood education, emotional development, psychological impact, intervention, empathy, respect, preschool, safe environment, communication skills.*

Conceptul de bullying este adesea asociat cu mediul școlar, unde elevii pot fi victime ale agresiunii din partea colegilor. Acest fenomen include comportamente de intimidare, hărțuire sau excluziune, care pot avea un impact profund asupra dezvoltării emoționale și psihologice a celor implicați. Bullying-ul poate lua forme diverse, precum agresiune fizică, verbală sau psihologică, și se caracterizează prin repetitivitate și un dezechilibru de putere între agresor și victimă. În școli, bullying-ul poate afecta nu doar victimele directe, dar și atmosfera generală a clasei sau a instituției, creând un mediu nesigur și ostil pentru toți elevii. Prevenirea și intervenția timpurie sunt esențiale pentru a combate acest fenomen și a proteja binele și sănătatea mentală a elevilor.

Dacă este să analizăm rădăcinile etimologice ale cuvântului „bullying” acesta se regăsește încă în secolul al XVI-lea, când expresia „my bully” însemna „dragul meu” sau „iubitul meu”, având originea în cuvântul danez „boele”. În secolul următor, termenul a dobândit sensul actual, iar în secolul XX a început să fie folosit cu definițiile academice pe care le cunoaștem astăzi. Ca verb, „to bully” înseamnă a intimida, a speria, a domina, printre altele. „Bully” desemnează o persoană care își folosește puterea și autoritatea pentru a înfricoșa sau a răni persoanele mai vulnerabile (Oxford Advanced Learners Dictionary, 2016).

Prof. Dr. Dan Olweus, un cercetător norvegian în psihologie, este considerat un pionier în studiul bullying-ului, având aproape 40 de ani de cercetări, implementări și evaluări ale programelor de prevenire (Hazelden Foundation, 2016). Definiția sa este următoarea: „Un elev este agresat atunci când este expus în mod repetat, pe parcursul unui interval de timp, unor acțiuni negative din partea unuia sau mai multor elevi... O acțiune negativă este acea acțiune în care o persoană provoacă intenționat, sau are intenția de a provoca, durere fizică sau disconfort unei alte persoane, prin contact fizic, cuvinte sau alte metode.” (Olweus, 1993) [1].

Bullying-ul este o formă de violență și, la rândul său, poate manifesta diverse expresii, având astfel diferite tipuri.

Desigur, manifestările de bullying pot fi observate în colective organizate precum școala, colective de muncă ș.a. Însă, în continuare ne vom concentra pe manifestările de bullying în cadrul instituțiilor de educație timpurie.

În vârsta preșcolară se pune fundamentul formării culturii personalității și dezvoltării trăsăturilor fizice și psihologice, în conformitate cu caracteristicile vârstei și ale individualității.

La grădiniță, copiii au posibilitatea să învețe prin joc, să își dezvolte abilități sociale, să interacționeze cu alți copii și să înțeleagă reguli de comportament. Aceștia își formează fundamentul pentru dezvoltarea personalității, învățând să împărtășească, să colaboreze și să

rezolve conflictele într-un mod pozitiv. Totodată, în acest mediu, copiii pot învăța despre empatie, respect și responsabilitate, esențiale pentru interacțiunile lor viitoare. Însă nu totul este așa de roz cum pare, în colectivele de copii pot apărea conflicte și cruzimi inconștiente.

Cauzele bullying-ului la grădiniță pot fi variate și complexe, având legătură cu factori individuali, de grup și de mediu. Iată câteva dintre posibilele cauze:

1. **Modele de comportament din familie:** Copiii care sunt expuși la comportamente agresive în familie sau în mediul lor apropiat pot replica aceste comportamente la grădiniță. De exemplu, dacă un copil vede un părinte sau un frate mai mare agresându-l pe altcineva, poate învăța că astfel de comportamente sunt acceptabile.
2. **Lipsa de abilități sociale:** Unii copii pot avea dificultăți în a-și exprima emoțiile și dorințele într-un mod verbal, iar bullying-ul poate apărea atunci când aceștia încep să folosească agresiunea fizică sau verbală pentru a-și obține ceea ce vor sau pentru a atrage atenția.
3. **Diferențe individuale:** Copiii cu trăsături fizice, emoționale sau comportamentale diferite de ale celorlalți pot deveni ținte ale bullying-ului. De exemplu, un copil care este timid sau are dificultăți de învățare poate fi mai vulnerabil la agresiuni din partea celorlalți copii.
4. **Lipsa unui mediu educativ de sprijin:** Grădinițele care nu promovează activ reguli clare de respect, empatie și înțelegere pot crea un mediu în care comportamentele agresive sunt tolerate sau ignorate, ceea ce poate duce la apariția bullying-ului.
5. **Influența grupului de copii:** La această vârstă, copiii încep să formeze grupuri și pot exista presiuni între aceștia. Copiii care nu se încadrează în normele grupului pot deveni victime ale bullying-ului, în timp ce cei care au o poziție dominantă în grup pot deveni agresori – în continuare *inițiatori*.
6. **Lipsa de reguli și consecințe clare:** Atunci când nu există reguli clare și consecințe pentru comportamentele agresive, copiii pot învăța că bullying-ul nu este sancționat și pot continua să adopte acest comportament.

Formele de manifestare a bullying-ului la grădiniță pot include diverse comportamente, care se pot manifesta fizic, verbal sau emoțional. Iată câteva exemple de forme de bullying care pot apărea la această vârstă:

1. **Agresiune fizică:** Aceasta poate include lovirea, împingerea, tragerea de păr sau alte acte de violență fizică. Copiii pot recurge la astfel de comportamente pentru a-și exprima frustrările sau pentru a încerca să obțină controlul asupra altor copii.
2. **Agresiune verbală:** Copiii pot folosi cuvinte jignitoare, porecle, insulte sau pot face comentarii urâte la adresa altor copii. Aceste forme de bullying pot afecta stima de sine a copilului și pot duce la sentimente de izolare sau neîncredere.
3. **Excluderea socială:** Aceasta implică ignorarea sau izolarea unui copil din activitățile grupului, refuzul de a-l invita la jocuri sau activități, creându-i sentimentul că nu face parte din grupul social. Acest tip de bullying este mai subtil, dar poate fi extrem de dăunător pe termen lung.
4. **Răspândirea de zvonuri sau bârfe:** Deși mai frecvent întâlnit în grupe mai mari, și la grădiniță pot apărea situații în care un copil este subiectul unor zvonuri false sau este etichetat de ceilalți copii, ceea ce poate duce la excluderea socială.
5. **Manipularea emoțională:** Aceasta se poate manifesta prin presiuni subtile asupra unui copil pentru a-l face să se simtă vinovat sau inferior, cum ar fi prin râsul de un copil pentru comportamentele sale sau prin încercarea de a-l face să se simtă neimportant.
6. **Bătăi pe ascuns sau agresiuni subtile:** Uneori, comportamentele de bullying pot fi mai puțin evidente, dar pot include gesturi subtile de agresiune, cum ar fi lovirea ușoară sau jucarea în mod intenționat cu un obiect periculos pentru a răni un alt copil.

Aceste forme de bullying la grădiniță pot avea un impact semnificativ asupra dezvoltării emoționale a copiilor, așa că este important ca educatori și părinți să fie vigilenți și să intervină rapid pentru a preveni și a gestiona astfel de comportamente. Mai jos sunt prezentate câteva situații pe care le putem întâlni în instituții de educație timpurie și nu numai:

Studiu de caz, nr. 1: Alina o fetiță de ani, drăguță și cu părul roșcat. Ea este o fire sensibilă, iubește animalele și adesea plânge când vede nedreptatea. În grup nu au existat cazuri de bullying; copiii nu au deranjat-o pe Alina și nici pe alții. Dar într-o zi, în timpul unei plimbări, un băiat dintr-un alt grup a arătat spre Alina cu degetul și a spus râzând: „Roșcata”. Alina a început să plângă. După aceea, câțiva copii au început de asemenea să o numească „roșcată” și să râdă de lacrimile ei.

Studiu de caz, nr. 2: Mihai, un copil de 6 ani, a început să manifeste comportamente agresive față de doi colegi de vârstă și statură mai mică. De mai multe ori a fost observat că le spunea acestora că sunt „mici și slabi” și că nu vor avea prieteni. Aceste cuvinte le-au afectat profund încrederea în sine și i-au făcut să se simtă umiliți. Mai mult decât atât, Mihai le-a interzis să se joace și să se alăture altor copii în activitățile de grup, excluzându-i în mod repetat din jocuri. Ca urmare, cei doi copii au început să se retragă, devenind mai tăcuți și evitând contactul cu ceilalți copii. De asemenea, au manifestat o reticență de a mai veni la grădiniță, fiind afectați emoțional de comportamentul lui Mihai. Această situație a generat un climat de tensiune și neliniște în rândul celor mici, punându-le în pericol dezvoltarea socială și emoțională.

Copiii de vârstă preșcolară nu înțeleg pe deplin consecințele acțiunilor lor. Un copil nu conștientizează rezultatele și nu simte vinovăție. O faptă mică poate justifica violența în ochii lor. Desori comportamentul crud al preșcolarilor este adesea în contradicție cu cuvintele lor.

Pentru ca un comportament să fie considerat bullying, acesta trebuie să îndeplinească patru componente esențiale, denumite markeri, care sunt criteriile fundamentale pentru identificarea acestui fenomen agresiv. Acestea sunt:

1. **O acțiune agresivă intenționată:** Comportamentul agresiv al inițiatorului trebuie să aibă un scop clar de a dăuna țintei, fie că este vorba de daune fizice, psihologice sau emoționale. Acțiunea trebuie să fie deliberată, cu intenția de a cauza suferință sau disconfort victimei – în continuare **țintă**.
2. **Dezechilibrul de putere:** Un alt caracteristic al bullying-ului este diferența de putere între inițiator și țintă. Inițiatorul se află într-o poziție de superioritate față de țintă, fie prin vârstă, forță fizică, statut social sau alte mijloace de control, ceea ce face ca ținta să fie vulnerabilă și incapabilă să se apere sau să răspundă eficient.
3. **Repetarea comportamentului jignitor:** Un comportament care poate fi considerat bullying nu se întâmplă doar o singură dată, ci este repetat constant pe o perioadă mai lungă de timp. Repetarea actelor de agresiune contribuie la consolidarea acestora, iar țintele sunt expuse continuu la abuzuri, ceea ce face ca efectele să devină mai severe.
4. **Reacția sensibilă a țintei:** Bullying-ul are un impact emoțional considerabil asupra țintei. Aceasta răspunde de obicei prin retragere, anxietate, teamă și sentimente de umilință. Ținta resimte un disconfort semnificativ din cauza agresiunii, ceea ce poate duce la scăderea încrederii în sine, izolare socială și chiar dorința de a evita locuri sau activități, cum ar fi școala sau grădinița.

Copiii de vârstă preșcolară care comit bullying nu sunt capabili să simtă empatie sau compasiune, fiind hiperactivi, agresivi și fizic superiori celorlalți copii de vârsta lor.

Un copil care este lider sau își dorește să devină lider se simte îndreptățit să comită astfel de comportamente din cauza lipsei de educație sau a statutului social ridicat al părinților.

Printre comportamentele copilului inițiator, putem observa dorința de:

- a pedepsi;
- a răzbuna;
- a șoca;
- a de descărca, a „face glume”;
- a arăta superioritatea;
- a umili intenționat;
- a intimida ș.a.

La vârsta de trei ani, copiii încep să se tachineze între ei, iar în jurul vârstei de cinci sau șase ani apar insulte. Cauzele pot fi încercările de a imita comportamentele adulților, dorința de afirmare de sine sau de a atrage atenției asupra lor.

Părinții trebuie să înțeleagă că copiii imită comportamentele adulților și trebuie să fie atenți la limbajul și comportamentul lor, pentru a nu deveni surse de agresiune verbală pentru copii. Copiii de vârstă preșcolară absorb rapid informațiile și, adesea, părinții nu țin cont de acest lucru atunci când folosesc cuvinte jignitoare. Li se pare că cei mici nu înțeleg sensul acestor cuvinte, dar de fapt, copilul reține vocabularul vulgar, pe care îl poate folosi în comunicarea cu ceilalți copii.

Este important ca copii să învețe să fie toleranți față de diferențele celorlalți. Acest lucru putem să-l obținem prin citirea copiilor a mai multor povești, deoarece acestea conțin multe învățăminte și înțelepciune populară.

Nu este o raritate ca un copil să fie lovit, împins sau să i se ia jucăriile, manifestându-se agresiune față de el – aceasta fiind o altă formă de bullying infantil. Inițiatorii sunt copii de vârstă preșcolară, încrezuți în sine, dominatori și capabili să subjuge pe ceilalți datorită calităților lor morale și fizice superioare. Țintele sunt copii cu stima de sine scăzută, foarte sensibili la stres, incapabili să se apere.

Comportamentul părinților în aceste situații variază: unii învață copilul să răspundă agresiunii cu agresiune, alții recomandă să dea „răspunsuri” fizice, alții intervin personal pentru a rezolva conflictul, iar unii se plâng educatorilor dacă incidentul a avut loc în grădiniță.

În asemenea cazuri, părinților li se recomandă să încerce să înțeleagă situația și, dacă copilul este ținta unei agresiuni în grădiniță, să se adreseze educatorilor managerului instituției sau psihologului.

În evaluarea situațiilor de bullying, a stării psiho-comportamentale a țintei de către educatori cât și de părinți se va ține cont de mai multe aspecte:

- În ce dispoziție vine copilul cel mai des de la grădiniță?
- În ce stare se află hainele și jucăriile lui?
- Ce citează?
- Ce povestește despre ceilalți copii?
- Apar cuvinte noi care ar putea să ridice semne de întrebare?

Copilul, cel mai adesea:

- Este deprimat;
- Este trist;
- Este agresiv;
- Se descarcă acasă pe fratele sau sora sa, pe animalele de companie, strică jucăriile.
- Vine frecvent cu vânătăi, în haine rupte și, din când în când, folosește un limbaj vulgar.

Acestea comportamente poate indica o traumă ascunsă, o expunere constantă la un impact emoțional negativ și toxic la care copilul este supus în grădiniță. Însă el nu știe, nu poate și nu înțelege cum să vorbească despre aceasta.

Dr. Dan Olweus, unul dintre cei mai renumiți experți în domeniul bullying-ului, a dezvoltat un set de etape pentru intervenția în cazurile de bullying. Aceste etape sunt esențiale pentru gestionarea eficientă a situațiilor de bullying atât în mediul școlar cât și preșcolar. Iată etapele principale de acțiune în situația de bullying, conform modelului propus de Olweus:

1. **Identificarea și recunoașterea bullying-ului:** Primul pas important este identificarea clară a comportamentelor de bullying. Acestea pot include agresiune fizică, verbală sau socială, iar țintele trebuie să fie ascultate și susținute. Este esențial ca educatorii, părinții sau alți membri ai comunității să recunoască semnele de bullying și să înțeleagă impactul acestuia asupra țintei.
2. **Intervenția imediată:** Atunci când bullying-ul este detectat, trebuie intervenit imediat pentru a opri comportamentele agresive. Aceasta include oprirea actului de bullying și protejarea țintei. Intervenția trebuie să fie fermă și clară, demonstrând că astfel de comportamente nu sunt acceptabile și nu vor fi tolerate.

3. **Raportarea și investigarea incidentului:** Este important ca incidentul de bullying să fie raportat autorităților competente (educatori, psihologi, părinți) și să fie investigat cu atenție. Acest proces include discutarea cu ținta, inițiatorii și martorii, pentru a înțelege mai bine contextul și gravitatea situației.
4. **Sprijinirea țintei:** Ținta bullying-ului trebuie să primească sprijin emoțional și psihologic pentru a-și recupera stima de sine și încrederea. Acest sprijin poate include consiliere, discuții și activități care ajută copilul să se simtă în siguranță și să depășească trauma bullying-ului.
5. **Abordarea inițiatorului:** Este esențial să se discute cu inițiatorul și să se identifice cauzele comportamentului său. În multe cazuri, inițiatorii au propriile lor probleme care trebuie abordate (de exemplu, probleme acasă, comportamente învățate, nevoia de afirmare etc.). Este important să li se explice că bullying-ul este inacceptabil și să li se ofere sprijin pentru schimbarea comportamentului.
6. **Măsuri educaționale și de prevenire:** După identificarea și gestionarea unui caz de bullying, trebuie implementate măsuri educaționale pentru prevenirea unor astfel de situații pe viitor. Aceste măsuri pot include sesiuni de educație pentru toți copiii despre respect, empatie și toleranță, precum și crearea unui climat psihologic sau de grup care să descurajeze bullying-ul.
7. **Monitorizarea continuă:** După ce s-au luat măsurile inițiale, este esențial să se monitorizeze continuarea situației pentru a preveni recidiva. Acest lucru poate include urmărirea comportamentului atât al țintei, cât și al inițiatorului, pentru a se asigura că bullying-ul nu continuă și că sunt realizate schimbări pozitive.

Pentru a preveni și combate bullying-ul în grădiniță, activitățile profilactice trebuie să se concentreze pe dezvoltarea empatiei, respectului și abilităților de comunicare între copii. Mai jos sunt prezentate mai multe activități care pot fi implementate în grădiniță pentru a preveni bullying-ul:

1. **Jocuri de grup pentru dezvoltarea empatiei:** Activități în care copiii trebuie să își pună în locul altora pentru a înțelege cum se simt ceilalți. Exemple: „Simte și spune”, „Căutăm soluții împreună”.
2. **Învățarea comportamentului respectuos:** Învățarea prin jocuri de rol a modului corect de a comunica și interacționa cu ceilalți, subliniind importanța respectului și a bunelor maniere.
3. **Sesiuni de povestiri și discuții:** Citirea unor povești care ilustrează teme precum prietenia, respectul reciproc și diversitatea, urmată de discuții despre comportamentele pozitive și negative din povești.
4. **Activități de învățare a autoapărării non-violente:** În locul comportamentelor agresive, copiii pot învăța cum să își exprime emoțiile și cum să ceară ajutor atunci când simt că sunt tratați incorect.
5. **Proiecte de grup pentru colaborare:** Activități care necesită colaborarea între copii, promovând cooperarea, rezolvarea conflictelor și integrarea diversității în grupuri. Exemple: „Construim împreună”, „Pictăm un tablou de grup”.
6. **Crearea unui „colț al prieteniei”:** Un loc în grădiniță unde copiii pot veni să discute despre ce înseamnă să fii prieten și cum să susții un prieten aflat în dificultate.
7. **Antrenamente pentru auto-gestionarea emoțiilor:** Activități care ajută copiii să recunoască și să își controleze emoțiile, precum jocuri de respirație, mindfulness pentru copii și tehnici de relaxare.
8. **Activități de recunoaștere a diversității:** Învățarea și acceptarea diferențelor între copii (de exemplu, diferențe de rasă, cultură, comportament), promovând respectul pentru unicitatea fiecărui copil.
9. **Exerciții de rezolvare a conflictelor:** Încurajarea copiilor să rezolve conflictele prin dialog și înțelegere reciprocă, în loc de comportamente agresive. De exemplu, „Cum să ne cerem scuze” sau „Cum să împărțim jucăriile”.

10. **Regulamente clare privind comportamentul:** Stabilirea unor reguli clare în grădiniță, în care se explică ce înseamnă comportamentele corecte și incorecte. Împreună cu copiii, educatorii pot crea un „cod al prieteniei” care să sublinieze importanța respectului.
11. **Evenimente de tip „Ziua Prieteniei”:** Organizarea unor zile speciale în care se celebrează prietenia și respectul, iar copiii sunt încurajați să participe la jocuri și activități care promovează cooperarea și integrarea.
12. **Rolul educatorilor ca modele de comportament:** Educatorii trebuie să fie exemple de comportamente pozitive și să încurajeze un mediu sigur și respectuos, intervenind imediat atunci când observă comportamente de bullying.

Bibliografie:

1. **Tzvetina Arsova Netzelmann, Elfriede Steffan, Marina Angelova, Tracy Bell, Joyce Dreezens-Fuhrke, PhD, Iordan Iossifov, Petra Last, Kristina Nenova, Dena Popova, Miriama Somorovská, Diana Stanculeanu.** Strategii pentru o clasă fără bullying manual pentru profesori și personalul școlar. Salvați copiii. 2016. P. 58
2. **Olweus, D.** *Bullying at School: What We Know and What We Can Do.* Oxford: Blackwell Publishing, 1993. – 238 p
3. **Rigby, K.** *New Perspectives on Bullying.* London: Jessica Kingsley Publishers, 2002. – 288 p.
4. **Popa, A.** *Educația timpurie și prevenirea comportamentelor de bullying.* București: Editura Didactică și Pedagogică, 2019. – 180 p.
5. **Bălăceanu, C.** *Metode educaționale în combaterea bullying-ului la preșcolari.* București: Editura Universitară, 2017. – 132 p
6. **Drăghicescu, R.** *Ghid practic pentru educatori: Prevenirea și combaterea bullying-ului în educația timpurie.* Craiova: Editura Universitaria, 2021. – 160 p.

CZU 159.923

Particularități ale calității vieții și stării de bine psihologice ale persoanelor cu comportament adictiv

Bogdan-Cristian VOICU, doctorand,
Universitatea de Stat din Moldova, Psiholog, București, România

***Abstract.** Addiction disorders, whether substance use disorders or behavioral addictions, directly and indirectly impact quality of life and psychological well-being. The purpose of this article is to examine the prevalence of addictive behaviors, the biological, psychological, and social factors that contribute to the development and maintenance of these behaviors. There are factors that have a double role, both as maintenance and as facilitators for the emergence of addictive behavior. Regardless of the nature of the addiction, or the cause of its occurrence, the quality of life at all levels of its manifestation is directly affected.*

***Key words:** addiction disorders, quality of life, well-being, behavior addiction, substance addiction*

Introducere

Adicțiile cuprind atât tulburările de consum de substanțe cât și dependențele comportamentale, ambele având implicații semnificative în ceea ce privește calitatea vieții și bunăstarea psihologică a unui individ. Această revizuire a literaturii de specialitate își propune explorarea într-o manieră sistematică a caracteristicilor specifice acestei populații de adulți cu dependențe comportamentale în relație cu efectele comportamentelor adictive asupra calității vieții și bunăstării psihologice.

Prevalența și epistemologia comportamentelor adictive la adulți

Adicția de substanțe și adicțiile comportamentale sunt semnificative în rândul populației adulte. Potrivit Serviciului Administrației SUA pentru abuzul de substanțe și sănătate mintală (NSDUH), în 2019, un procent de 7,4% dintre adulții cu vârste cuprinse între 18 și 25 de ani și 5,9% dintre adulții cu vârste cuprinse între 26 și 49 de ani aveau o tulburare de consum de substanțe în Statele Unite [30].

În România 10,7 % dintre tinerii cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani au consumat cel puțin un drog ilicit în timpul vieții, 6 % în ultimul an și 3,9 % în ultima lună. Comparativ cu un sondaj realizat în anii anteriori, s-a înregistrat o creștere a tuturor celor trei tipuri de consum de droguri, dar cea mai semnificativă creștere a avut loc în categoria în ultima lună, cu o creștere de 2,2 ori. În rândul populației consumatoare cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani, toate cele trei tipuri de consum sunt mai ridicate decât în rândul populației generale, consumul de droguri ilicite pe parcursul vieții fiind de 16,9 %, consumul în ultimul an de 10 % și consumul în ultima lună de 6,6 %. Există o creștere a tuturor celor trei tipuri de consum în această populație comparativ cu sondajul anterior, dar cea mai semnificativă creștere este cea a consumului în ultima lună, cu o creștere de 1,4 ori [3].

În Republica Moldova, canabisul este cel mai utilizat drog ilicit. În 2010, prevalența consumului de canabis pe parcursul vieții în rândul populației generale cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani a fost de 3,9 % pe malul drept al râului Nistru (sondajul KAP) iar, în 2008 fiind de 3.4%. Prevalența consumului de canabis este cea mai ridicată comparativ cu alte droguri ilicite. Consumul de canabis este mai frecventă în zonele urbane și mai frecventă în rândul bărbaților. În cadrul unui sondaj KAP realizat în 2012 în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani de pe malul drept al Nistrului, s-a înregistrat o rată de prevalență ale consumului de canabis de-a lungul vieții de 3,5% comparativ cu 4,9% în 2010 [1].

Totuși, cele mai frecvent utilizate substanțe la nivelul populației generale includ alcoolul, tutunul, marijuana și opioidele ce sunt eliberate pe bază de rețetă [23]. În ceea ce privesc dependențele comportamentale, cum ar fi adicția de jocuri de noroc, jocuri pe internet și adicția de cumpărături, sunt, de asemenea, sunt din ce în ce mai semnificative probleme în această grupă de vârstă [5; 21].

Factori care contribuie la dezvoltarea și menținerea comportamentelor adictive

Interacțiunea complexă între factorii biologici, psihologici și sociali face dificilă și uneori greu de determinat influența unică și nebiasată a fiecăruia dintre aceștia în influența lor în determinarea comportamentelor adictive. Totuși, literatura de specialitate descrie factori care contribuie la dezvoltarea și menținerea comportamentelor adictive. Dintre toți acești factori îi vom enumera pe cei care au fost găsiți ca fiind cei mai importanți în dezvoltarea și menținerea comportamentelor adictive.

Factorii biologici cuprind predispozițiile genetice, pentru care studiile au arătat că aceștia sunt responsabili pentru aproximativ 50% din vulnerabilitatea în ceea ce privesc comportamentele adictive [12]. De asemenea, studiile legate de mecanismele neurobiologice descriu comportamentul adictiv ca fiind asociat cu dereglarea sistemului de recompensă al creierului a persoanelor cu comportament adictiv, sistem de recompensă care include neurotransmițători precum dopamina și serotonina [19].

Printre factorii psihologici care influențează comportamentul adictiv se numără și trăsături de personalitate precum: impulsivitatea, căutarea senzațiilor și afectele negative. Toate acestea sunt corelate cu un risc crescut de a dezvolta comportamente de dependență [4]. Cramer a examinat relația dintre calitatea vieții și tulburările de personalitate într-un eșantion mare de adulți (N = 2053). Persoanele cu tulburări de personalitate evitantă, schizotipală, paranoidă, schizoidă și borderline au demonstrat cele mai mari reduceri ale calității vieții [7]. Un alt factor psihologic este reprezentat de sănătatea mentală, aici referindu-ne la depresie, anxietate și tulburarea de stres post-traumatic. Acestea sunt frecvente în rândul persoanelor cu comportamente adictive și contribuie și pot perpetua ciclul dependenței [13]. Toleranța la distres poate fi conceptualizată ca fiind capacitatea percepută de a rezista la distres și actul comportamental de a tolera o stare de distres. Această capacitate de a îndura sau de a face față

stresului este asociată cu dezvoltarea și menținerea tulburărilor psihologice și problemelor de sănătate fizică. Toleranța la distres este considerată a fi o variabilă cheie în determinarea duratei și intensității unei game de tulburări psihologice. Persoanele cu niveluri scăzute de toleranță la distres sunt susceptibile să evidențieze niveluri mai ridicate de reactivitate la stres și emoții negative. În consecință, stresul și nivelurile mai scăzute de toleranță la distres sunt asociate cu o serie de rezultate psihologice adverse, inclusiv depresia, anxietatea, PTSD, abuzul de substanțe și tulburările de alimentație. O abordare concentrată asupra predării, învățării și internalizării abilităților de toleranță la distres ca parte a intervențiilor psihologice poate reduce intensitatea simptomelor psihologice, îmbunătățind astfel calitatea generală a vieții [14; 30].

Factorii sociali care pot contribui la inițierea și menținerea comportamentelor adictive, în special la adulții tineri sunt normele sociale și presiunea grupului de egali [28]. De asemenea stresul, trauma, experiențele de viață, adversitățile din copilărie sau stresul cronic, pot crește riscul de a dezvolta comportamente adictive ca mecanism de adaptare la aceste interpretări ale evenimentelor trăite [10].

Impactul și reducerea impactului comportamentelor adictive asupra calității vieții și bunăstării psihologice

Comportamentele adictive au un rol în homeostazia psiho-emoțională a individului însă, pot avea un impact semnificativ și ascuns, uneori conștientizat sau nu, asupra calității vieții și bunăstării psihologice. Tulburările de consum de substanțe și dependențele comportamentale sunt asociate cu o serie de consecințe care nu sunt pe deplin conștientizate.

Printre aceste consecințe se numără și probleme ale sănătății fizice. Comportamentele adictive pot conduce la diverse probleme de sănătate, cum ar fi boli hepatice, probleme cardiovasculare, boli infecțioase [27]. De asemenea, comportamentele adictive pot potența predispozițiile sau afecțiunile de sănătate mintală preexistente precum și, pot contribui la dezvoltarea altora noi, cum ar fi depresia și anxietatea [8; 9]. Prezența afecțiunilor de sănătate mintală concomitente necesită o abordare integrată, abordare care poate complica tratamentul. Acesta poate aborda simultan atât dependența, cât și problemele de sănătate mintală [18]. În ciuda faptului că aceste intervenții sunt disponibile, multe persoane cu comportamente adictive nu ajung să primească tratament datorită barierelor precum stigmatizarea, constrângerile financiare și lipsa accesului la îngrijire [26]. O altă consecință care nu este pe deplin conștientizată, este faptul că comportamentele adictive pot fi cauza problemelor profesionale și financiare. Astfel, persoanele cu comportamente adictive au mai multe șanse de a experimenta instabilitate financiară, scăderea productivității și pierderea locului de muncă [15]. Dificultăți sociale și relaționale sunt încă o consecință negativă, astfel, comportamentele adictive pot tensiona relațiile interpersonale, ducând la scăderea sprijinului social și/sau la izolare socială [24], precum și deteriorarea relațiilor de familie. Totuși familia joacă un rol important în tratamentul persoanei dependente. ”Ipoteza familiei dezechilibrată” susține faptul că este de așteptat ca familia să saboteze recuperarea persoanei cu comportamente adictive deoarece adicția evidentă a acestuia poate pune în umbră problemele celorlalți membrii, făcându-i astfel invizibili deși au probleme la fel de mari [25]. Totuși istoricul de abuz de substanțe din familie s-a dovedit a fi cel mai bun predictor pentru consumul și abuzul timpuriu de substanțe [22].

Impactul comportamentelor adictive poate fi redus în principal prin forme organizate de tratament iar în cadrul acestora s-au dovedit eficiente diverse strategii, dintre acestea vom descrie câteva [6, 16]. Reducerea stresului bazată pe mindfulness este utilă pentru persoanele cu afecțiuni de sănătate pe termen lung, inclusiv cancer, boli de inimă și durere cronică. La persoanele care sunt sănătoase din punct de vedere psihologic, dar care se confruntă cu niveluri ridicate de stres, MBSR reduce simptomele de epuizare, ruminare și epuizare, în timp ce crește afectul pozitiv, auto compasiunea și calitatea vieții [11]. Efectele pozitive ale optimismului au fost documentate în multe studii privind satisfacția vieții, calitatea vieții și bunăstarea emoțională. Studiile au arătat că optimismul are relații negative cu simptomele depresive, lipsa de speranță și ideea suicidală [2]. Unul dintre mecanismele prin care optimismul este legat de rezultatele bunăstării este coping-ul. Oamenii optimiști tind să facă față în moduri active, iar

acest lucru îi ajută să se adapteze mai bine la situațiile provocatoare și stresante. De asemenea, ei sunt mai predispuși să folosească strategii de abordare de coping, cum ar fi acceptarea și reevaluarea și sunt mai puțin probabil să folosească evitarea, negarea și retragerea. În comparație cu alți oameni, optimiștii arată, de asemenea, un comportament de adaptare mai flexibil, care este o abilitate care îi ajută să facă față în mod eficient diferiților factori de stres. Speranța este, de asemenea, legată pozitiv de satisfacția vieții, calitatea vieții, orientarea spre viitor și afectul pozitiv [2]. Stabilitatea emoțională cuprinde un mod relaxat și calm de a simți, de a gândi și de a se comporta și este un predictor robust al bunăstării subiective. Indivizii stabili din punct de vedere emoțional au niveluri mai scăzute de afecte negative, o calitate mai bună a vieții și sunt mai puțin predispuși să sufere de tulburări psihologice [20]. Stabilitatea emoțională este, de asemenea, asociată cu auto-eficacitatea performanței [17]. Indivizii mai extravertiți au, în general, o bunăstare subiectivă mai mare, cum ar fi afectul pozitiv și calitatea vieții, cel mai probabil datorită creării de experiențe de viață pozitive facilitate de componenta de sociabilitate a extraversiei [29].

Concluzii

Se poate observa faptul că adicțiile indiferent de natura lor, de substanțe sau de comportamente se află în creștere în rândul populației generale. Indiferent că vorbim de alcool sau jocuri de noroc, de tutun sau jocurile pe internet societatea se confruntă cu o creștere a comportamentelor adictive ce are în prim plan persoana dependentă dar și familia acestuia. Există o serie de factori biologici, psihologici sau sociali care facilitează sau potențează apariția și manifestarea comportamentelor adictive. Persoana dependentă resimte la nivel de calitate a vieții modul în care adicția interferează cu o bună desfășurare a traiului zilnic. Afectate sunt direct sănătatea, țelurile și idealurile, nivelul financiar, latura profesională, interacțiunea cu ceilalți și dinamicilor de familie, adicțiile influențează sau sunt influențate o serie întreagă de dimensiuni ale personalității umane.

Bibliografie

1. Agenția Națională pentru Sănătate Publică. Consumul și traficul ilicit de droguri. Raport anual 2022. Ministerul Sănătății din Republica Moldova. 2023. Disponibil la: https://ansp.md/wp-content/uploads/2023/12/Raport_Consumul-si-traficul-ilicit-de-droguri-2022.pdf
2. ALARCON, Gene M.; BOWLING, Nathan A.; KHAZON, Steven. Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and individual differences*, 2013, 54.7: 821-827.
3. ANTIDROG, Agenția Națională. Raport național privind situația drogurilor. București: Editura Reitox, 2023. Disponibil la: https://ana.gov.ro/wp-content/uploads/2023/02/sinteza_RN_2022.pdf
4. BELCHER, A. M., et al. Personality and substance use: Psychometric evaluation and validation of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) in English, Irish, French, and German adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2014, 38(11), 2234-2248. Disponibil la: <https://doi.org/10.1111/acer.12490>
5. CALADO, F. and GRIFFITHS, M. D. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of Behavioral Addictions*. 2016, 5(4), 592-613. Disponibil la: <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073>
6. CARROLL, K. M. and ONKEN, L. S. Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry*. 2005, 162(8), 1452-1460. Disponibil la: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452>
7. CRAMER, Victoria; TORGERSEN, Svern; KRINGLEN, Einar. Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 2006, 47.3: 178-184.
8. DAVIS, L., et al. Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008, 21(1), 14-18. Disponibil la: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f32408>

9. DRAKE, R. E., et al. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004, 27(4), 360-374. Disponibil la: <https://doi.org/10.2975/27.2004.360.374>
10. ENOCH, M. A. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*. 2011, 214(1), 17-31. Disponibil la: <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1916-6>
11. FJORBACK, Lone Overby, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy—a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011, 124.2: 102-119.
12. GOLDMAN, D., OROSI, G. and DUCCI, F. The genetics of addictions: Uncovering the genes. *Nature Reviews Genetics*. 2005, 6(7), 521-532. Disponibil la: <https://doi.org/10.1038/nrg1635>
13. GRANT, B. F., et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. 2016, 73(1), 39-47. Disponibil la: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2132>
14. GRANT, B. F., et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*. 2004, 61(8), 807-816. Disponibil la: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>
15. HENKEL, D. Unemployment and substance use: A review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*. 2011, 4(1), 4-27. Disponibil la: <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
16. HIGGINS, S. T., et al. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*. 1994, 51(7), 568-576. Disponibil la: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950070060011>
17. Judge, T. A., & Ilies, R. "Relationship of personality to performance motivation: A meta-analytic review." *Journal of Applied Psychology*, 2002, vol. 87, no. 4, pp. 797–807. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.797>.
18. KELLY, T. M. and DALEY, D. C. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health*. 2013, 28(3-4), 388-406.
19. KOOB, G. F. and VOLKOW, N. D. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*. 2010, 35(1), 217-238. Disponibil la: <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
20. Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. "Linking 'big' personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis." *Psychological Bulletin*, 2010, vol. 136, no. 5, pp. 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
21. MARAZ, A., et al. Prevalence and construct validity of compulsive buying disorder in shopping mall visitors. *Psychiatry Research*. 2015, 228(3), 918-924. Disponibil la: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.012>
22. MOORE, Graham F.; ROTHWELL, Heather; SEGROTT, Jeremy. An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 2010, 5: 1-14.
23. National Institute On Drug Abuse. Commonly Used Drugs Charts [online]. 2020. Disponibil la: <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/commonly-used-drugs-charts>
24. PEIRCE, R. S., et al. A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*. 2000, 19(1), 28-38. Disponibil la: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.1.28>
25. ROTUNDA, Rob J.; WEST, Laura; O'FARRELL, Timothy J. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. *Journal of substance abuse treatment*, 2004, 26.4: 269-276.

26. SAUNDERS, S. M., et al. Barriers to treatment and culturally endorsed coping strategies among depressed African-American older adults. *Aging & Mental Health*. 2006, 10(4), 329-336. Available from: <https://doi.org/10.1080/13607860600638036>
27. SCHULTE, M. T. and HSER, Y. I. Substance use and associated health conditions throughout the lifespan. *Public Health Reviews*. 2014, 35(2), 3. Disponibil la: <https://doi.org/10.1007/BF03391702>
28. SIMONS-MORTON, B., et al. Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education & Behavior*. 2001, 28(1), 95-107. Disponibil la: <https://doi.org/10.1177/109019810102800109>
29. STEEL, Piers; SCHMIDT, Joseph; SHULTZ, Jonas. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 2008, 134.1: 138. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.138>.
30. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health [online]. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55. Disponibil la: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDFWHTML/2019NSDUHFFR1PDFW090120.pdf>
31. ZVOLENSKY, Michael J., et al. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science*, 2010, 19.6: 406-410. <https://doi.org/10.1177/0963721410388642>.

CZU 159.922.8

CORELĂRI SOCIALE ȘI PSIHOLOGICE ALE DECIZIILOR DE SARCINĂ LA ADOLESCENTE

Nadejda USATÎI, drd,
Universitatea de Stat din Moldova

***Abstract:** Adolescent pregnancy decisions are the result of the complex interplay of social and psychological factors. A holistic approach that considers these correlations can contribute to the development of effective prevention and support programs aimed at reducing the risk of unintended pregnancy among adolescents.*

***Keywords:** adolescents, abortion, pregnancy, support.*

Adolescența este perioada considerată în unanimitate ca fiind cea mai dificilă din întreaga dezvoltare umană [1]. Adolescenții se confruntă cu presiuni legate de identitate, acceptare socială și independență, iar aceste aspecte pot genera anxietate și confuzie. De asemenea, relațiile cu familia și prietenii devin mai complexe, iar deciziile legate de viitor pot adăuga și mai multă tensiune. În ciuda dificultăților, adolescența este și o perioadă de oportunități pentru dezvoltare personală și autoexplorare.

Stabilirea unei identități reprezintă o problemă esențială în procesul de formare a adolescenței. În această etapă, are loc consolidarea ego-ului, a conceptului de sine și a rolului personal în contextul social. Conform teoriei lui E. Erikson privind dezvoltarea, dacă un adolescent nu reușește să dezvolte un rol sau o identitate stabilă, poate apărea confuzia de rol [2]. Adolescenții care întâmpină dificultăți în definirea identității lor nu au o imagine clară despre cine sunt, nu știu încotro se îndreaptă în viață și au dificultăți în a forma relații durabile, ceea ce poate influența negativ orientarea sa în viață și relațiile interumane.

Deși dezvoltarea intelectuală nu suferă schimbări dramatice în această perioadă, modul de gândire se transformă semnificativ. Copiii intră, de obicei, în adolescență cu un sentiment de identitate neformat, iar dacă ajung în viața adultă fără această conștiință de sine, dezvoltarea lor

ulterioară poate fi afectată. În acest context, adolescenții se percep adesea în mod superficial, fără a lua în considerare relevanța educației, căsătoriei sau carierei.

B. Inhelder și J. Piaget subliniază importanța „gândirii operaționale concrete”, o fază în care indivizii interpretează realitatea într-un mod limitat la contextul imediat și la aspectele evidente ale întrebărilor. Această limitare poate contribui la dificultățile în procesul de autoexplorare și la stabilirea unui parcurs clar în viață, ceea ce, pe termen lung, poate influența negativ dezvoltarea personală și profesională a adolescentului.

Gândirea operațională formală, pe de altă parte, permite înțelegerea vorbirii figurative. Aceasta facilitează gândirea despre abstracții, cum ar fi opțiunile viitoare, sau formularea de întrebări de tipul „ce-ar fi dacă”. Trecerea de la un stil cognitiv la altul se realizează în perioada adolescenței. Adolescenții normali sunt egocentrici; se concentrează foarte mult pe ei înșiși. Egocentrismul reprezintă focalizarea normală centrată pe sine a atenției adolescentului. Deși adesea este perceput de părinți ca egoism sau narcisism, egocentrismul reflectă angajamentul adolescentului în auto-studiu, auto-explorare și auto-determinare [3].

Modelele de dezvoltare psihologică trebuie să se bazeze mai degrabă pe maturitatea psihosocială a fiecărei persoane decât pe vârsta cronologică. Trecerea la adolescență aduce numeroase schimbări și provocări. Adolescențele timpurii tind să nege orice responsabilitate pentru sarcină. Motivațiile lor pot varia, de la dorința de a se apropia de mamă devenind ele însele mame, până la curiozitatea de a verifica dacă propriul corp „funcționează” corect. Atunci când își recunosc sarcina, multe dintre ele caută soluții rapide, percepend avortul ca pe o singură opțiune viabilă.

Adolescențele de mijloc tind să transfere responsabilitatea situației lor către figura paternă, experimentând o competiție subconștientă cu mama pentru atenția tatălui. Această dorință de autonomie crește, iar ambivalența între judecățile morale și impulsurile hedoniste devine o caracteristică comună. Tatăl copilului care le-a lăsat însărcinate devine un mijloc prin care adolescențele încearcă să obțină independența față de familia lor, iar sarcina nu le schimbă nevoile de dependență nerezolvate.

Adolescențele târzii, fiind mai în contact cu propriile sentimente, întâmpină adesea cele mai mari dificultăți în a decide dacă să întrerupă sarcina. Ele sunt, probabil, singurele dintre cele trei grupuri care doresc să mențină relația cu partenerul responsabil după avort. Această dorință de a continua relația poate fi influențată de nevoia de sprijin emoțional și de stabilitate în contextul unei situații atât de dificile [4].

Adolescența timpurie este probabil cea mai stresantă dintre toate tranzițiile de dezvoltare. Autonomia în adolescență nu ar trebuie privită ca o rebeliune sau ca o necesitate de a se răzvrăti și de a se înstrăina de părinți, ci ca o realizare a relațiilor mature și interdependente. Mulți adolescenți timpurii care se angajează în relații sexuale caută, de fapt, prietenie și aprobare; dar activitatea sexuală nu este o modalitate adecvată pentru ei de a se cunoaște.

Unele adolescente rămân însărcinate în încercarea de a-și îmbunătăți statutul social sau pentru a-și sfida familiile. De asemenea, există cazuri de abuz sexual care conduc la sarcini neplanificate. Chiar și atunci când aceste sarcini nu sunt intenționate, ele pot reflecta nevoi inconștiente profunde, ceea ce face prevenirea lor extrem de dificilă [5].

Deciziile adolescentelor în legătură cu sarcina sunt influențate de mai mulți factori, printre care:

1. personalitatea adolescentei;
2. atitudinea ei față de sarcina curentă;
3. istoricul reproductiv anterior;
4. atitudinea și implicarea părinților, a altor membri ai familiei, a viitorului tată și a semenilor;
5. aspectele culturale și politicile publice care pot încuraja sau descuraja nașterea [6].

Un studiu realizat în SUA a relevat că adolescențele care au născut au beneficiat de un sprijin mai consistent din partea părinților și a partenerilor, comparativ cu cele care au întrerupt sarcina. Relația dintre adolescență și partenerul ei a fost un factor important; în general, cu cât relația era mai stabilă și mai îndelungată, cu atât incidența avortului era mai scăzută [7].

De cele mai multe ori, sarcina nu a fost motivul principal pentru întrerupere, ci a apărut după ce adolescenta a părăsit școala. O adolescentă a cărei mamă, cea mai bună prietenă și partenerul considerau că ar trebui să avorteze era mai predispusă să facă această alegere. Atunci când alți factori au fost controlați, opinia tatălui ei nu a influențat decizia. Cel mai puternic predictor al atitudinii adolescentei față de avortul altora a fost părerea prietenei sale [apud 7].

Un studiu din Michigan [8] a arătat că mai mult de jumătate dintre adolescenți și-au implicat mamele în procesul decizional legat de sarcină. Partenerii de sex masculin au avut, de asemenea, o influență semnificativă, în timp ce tații și prietenele au avut un impact mai mic.

În societatea actuală, mulți părinți nu conștientizează nevoia profundă a copiilor și adolescenților de îmbrățișări, atingere fizică și exprimări verbale ale iubirii părintești. Aceste nevoi neîmplinite pot influența stima de sine a adolescenților, care adesea se simt inadecvați, vinovați și auto-depreciativi, acceptând judecățile nefavorabile din partea părinților, în special a mamelor [apud 7].

Unul dintre cele mai importante lucruri pe care cineva le poate oferi unei persoane aflate în criză este o relație care comunică sensul, scopul și speranța în viață [9]. Adolescențele pot să nu facă alegeri informate în legătură cu avortul din cauza imaturității, lipsei de experiență sau judecății deficitare. Părinții sunt, în general, cei mai bine poziționați pentru a consilia adolescenții în privința opțiunilor reproductive și au, în mod normal, un interes profund pentru binele copiilor lor. Cu toate acestea, unele adolescente pot experimenta efecte fizice sau emoționale negative dacă sunt nevoite să-și implice părinții în decizia de a avorta. Implicarea părinților poate interfera cu nevoia adolescentelor de intimitate în privința subiectelor legate de sexualitate.

Efectele protective ale unui mediu familial sănătos includ o probabilitate mai mică de suferință emoțională, comportamente suicidale, violență, fumat, consum de substanțe, alcool și debut sexual la o vârstă fragedă. Părinții au o responsabilitate socială și, prin urmare, dreptul de a fi implicați în deciziile legate de sarcina adolescentelor. Sarcina la adolescență trebuie privită într-un context social și familial. Multe adolescente se tem să își anunțe părinții despre sarcina lor, supraestimând efectul furiei acestora și subestimând sprijinul pe care părinții îl pot oferi.

Familia trebuie să facă față sentimentului profund de eșec generat de sarcină. Membrii familiei trebuie să-și clarifice perspectivele diferite asupra sarcinii și asupra copilului nenăscut. Părinții și adolescenta trebuie să rezolve orice conflict preexistent. Comunicarea în situații de criză este esențială, iar părinții trebuie să-și mențină relația în timp ce își sprijină fiica prin această criză. De asemenea, este important ca părinții și adolescenții să abordeze problemele legate de independență și dependență în dezvoltare [10].

Se știe că adolescenții, în general, respectă regimurile medicale mai puțin decât adulții. De exemplu, o adolescentă care nu i-a spus mamei sale înainte de avort că nu a respectat regimul de antibiotice și a dezvoltat o infecție potențial gravă după procedură poate experimenta o intensificare a anxietății și a sentimentului de vinovăției.

Putem distinge doi factori majori care diferențiază răspunsul emoțional al adolescentei la avort față de cel al pacientelor adulte:

1. **Influența externă:** Decizia adolescentei este influențată de factori externi, precum părinții, grupul de colegi sau partenerul sexual, ceea ce face procesul mai dificil și riscant;
2. **Imaturitatea dezvoltării:** Imaturitatea emoțională și psihologică contribuie la ambivalența față de decizie, la o percepție distorsionată a procedurii și la o varietate de reacții patologice.

Abordarea complexității deciziilor legate de sarcină în rândul adolescentelor necesită o înțelegere profundă a factorilor emoționali, sociali și culturali. Este esențial să contribuim la dezvoltarea de programe eficiente de prevenire și sprijin pentru adolescente.

Sprijinul emoțional și implicarea activă a părinților pot avea un impact semnificativ asupra deciziilor adolescentelor legate de sarcină. Promovarea unei comunicări deschise și a unei relații de încredere între părinți și adolescenți este crucială pentru a oferi suport adecvat și o educație armonioasă, care să valorifice o viață echilibrată și sănătatea adolescenților.

Referințe bibliografice:

1. Educație pentru o dezvoltare sănătoasă a adolescentului. Suport de curs. Iași – Casa Corpului Didactic, 2014.
2. Erikson, E. H., Identity: Youth and Crisis, New York: W.W. Norton, 1968.
3. Inhelder B., Piaget J., New York: Basic Books, 1958.
4. Hatcher, S., Understanding Adolescent Pregnancy and Abortion, Health Care for Women: 1. Current Social and Behavioral Issues, Primary Care 3(3): 407A24, septembrie 1976
5. Wells, C. F., 1. Stuart I. R., Comportamentul autodistructiv la copii și adolescenți, ed., Pregnancies and Abortions, Lucie Rudd, New York: Van Nostrand Reinhold, 1981.
6. Strahan, T., Strahan Factors in Pregnancy Decision Making by Teenagers, Asociația pentru Cercetare Interdisciplinară în Valori și Schimbări Sociale 7(4): 1-8, ian/feb, 1995.
7. https://abortionrisks.org/index.php/Adolescents_and_Abortion (accesat în septembrie 2024).
8. Rosen, R. H., Adolescent Pregnancy Decision-Making: Are Parents Important?, Adolescence, 15(57):44, 1980.
9. Stone, H. W., Crisis counseling, Minneapolis: Fortress Press, 1976.
10. Bapiste, D., Counseling the pregnant adolescent within a family context, Family Therapy 13:163, 1986.

CZU 159.947

PARTICULARITĂȚI PSIHOLOGICE ALE PERSONALITĂȚII CU COMPORTAMENT ADICTIV

Miruna- Elena MOANȚĂ, doctorand,
Universitatea de Stat din Moldova /București, România

***Abstract.** Traditionally, when it comes to the issue of addicts, they are associated with a lack of volition(willpower). In the specialized literature, volition is seen as a superior process of self-regulation due to its complexity and the dynamics involved in the volitional process. Having a series of qualities that can provide a character description of a person and raising the issue of obstacles or the purpose of manifesting a behavior, understanding the particularity of willpower is crucial for its involvement in addictive behavior. This article aims to understand willpower as a psychological process, highlighting the main definitions, stages of the voluntary act, and its qualities. Understanding the particularities of willpower represents a dimension of understanding people who manifest addictive behavior*

***Key words:** volition, willpower, the qualities of volition, dependence, addiction*

Introducere

Diversele și complexe prezentări ale persoanelor care sunt etichetate ca „dependenți” au ridicat o serie întregă de provocări către comunitatea științifică în ceea ce privește capacitatea de a clarifica semnificația dependenței, etiologia acesteia și mecanismele care stau la baza manifestării lor. Încă din antichitate, Socrate a sugerat faptul că indivizii care sunt sănătoși și echilibrați din punct de vedere mental nu s-ar comporta în mod deliberat ilogic sau autodistructiv. Dacă persoanele ar acționa în mod ilogic asupra dorințelor lor, într-o manieră distructivă, ar fi expuși akrasiei sau este luată în calcul o slăbiciune a voinței. În cazul dependenților ei continuă un comportament ridicând problema implicării voinței în acest proces [3, p. 1]. Managementul recăderii prin menținerea perioadelor de lipsa a consumului după abuzul de droguri ca de exemplu, este un proces volițional care implică o dezvoltare complexă din punct de vedere interpersonal dar și intrapersonal în plan cognitiv, fizic, spiritual și afectiv [2, p. 4]. Mai mult decât atât fundamentele teoretice ale competenței volitive pentru reabilitarea după consumul de substanțe pot ghida dezvoltarea unor programe de intervenție, promovarea dezvoltării autonomiei și dezvoltarea abilităților de socializare pe termen lung pentru dependenți [7].

Voința este mecanismul psihic superior de autoreglare a conduitei prin mijloace verbale, de mobilizare a efortului voluntar în vederea depășirii obstacolelor aflate în calea atingerii scopului [15, p. 95]. În lucrarea *Fundamentele psihologiei*, M. Zlate scoate în evidență faptul că voința pune la dispoziția individului energia utilă organizării concentrării activității în direcția realizării scopului, voința devenind unul dintre mecanismele psihice ale reușitei activității și ale menținerii performanțelor înalte [14, p. 222]. Dicționarul de psihologie „Larousse” descrie voința prin „aptitudinea unei persoane de a-și actualiza și realiza intențiile; aceasta fiind privită drept expresia *Eului* dar și a personalității totale, a motivațiilor inconștiente, ca și a educației sociale, a învățării și inteligenței” [13, p. 324]. Paul Popescu-Neveanu scoată în evidență voința ca „latură sau funcție reglatorie a conștiinței” [10, p. 829]. M. Golu, situează voința în „sistemul formelor și mecanismelor de reglare\ autoreglare” al căror rol principal rezidă în optimizarea comportamentelor orientate spre atingerea unui anumit obiectiv cu valoare adaptativă [5, p. 669]. În concepția lui W. Wundt, voința este explicată în asociere cu afectivitatea, acesta considerând că activitatea voluntară rezultă dintr-o anumită transformare și depășește afectivitatea [9, p. 110](gestionarea rațională a acesteia) [5, p. 701]. P. Popescu-Neveanu, în lucrarea sa „Dicționar de psihologie” îl citează pe G. Jung care descrie voința drept o organizare culturală și rațională a energiilor, fapt ce constituie o „cucerire târzie a umanității” și la care primitivii nu erau capabili [9, p. 777]. Jean Piaget susține că putem vorbi de manifestare a voinței în cazul în care sunt prezente două condiții: a) un conflict între două tendințe; b) când cele două tendințe dispun de forțe inegale cedând una celeilalte prin voință având loc o inversare, ceea ce era mai slab devine mai puternic, iar ceea ce inițial era mai puternic este învins de ce era inițial mai slab; astfel voința în perspectiva acestuia este o caracteristică a acțiunilor complicate social care necesită un grad de mobilizare și se execută cu dificultate [5, p. 701]. În concepția lui A. Cosmovici, înțelegem prin voință „capacitatea de a acționa în vederea realizării unui scop conștient, înfrângând anumite bariere interioare sau exterioare [4, p. 244]. Voința este practic expresia personalității noastre, a caracterului și educației pe care o avem. Măsura voinței este măsura în care o activitate este finalizată atunci când se manifestă un bun auto-control iar persoana își organizează acțiunile încât se le ducă la bun sfârșit [15, p. 95].

Reglajul voluntar se manifestă atât ca inițiere și susținere a acțiunilor și activităților dar și ca frână, diminuare sau amânare a acestora în funcție de caz, indiferent de natura situației este necesar efortul voluntar [12 p. 127]. Efortul voluntar reprezintă o focalizare, o concentrare a energiei psiho-nervoase, o organizare, coordonare și dirijare susținută pe direcția depășirii obstacolelor; capacitatea de efort voluntar fiind condiționată de resursele fizice și psihice de care dispunem [15, p. 94]. În funcție de tipul de sarcină și natura acesteia, efortul voluntar se poate manifesta mai mult în plan motor(muncă intelectuală sau fizică) sau în plan intelectual, însă actul voluntar integral cuprinde ambele componente, atât cea motorie cât și cea intelectuală proporțiile fiind diferite [5, p. 669]. Alături de efortul voluntar, scopul și obstacolul reprezintă alte componente ale activității voluntare. Astfel, scopul este „proiecția mintală” a finalizării unei acțiuni, în definirea scopului sunt implicate mai multe procese psihice precum reprezentarea, imaginația, limbajului, gândirea și afectivitatea. Odată elaborat scopul este preluat de către voință în vederea atingerii lui [15, p. 94].

„Voința este procesul psihic de organizare și conducerea activității, în raport cu un scop elaborate conștient în vederea depășirii unor obstacole” [11, p. 110]. Astfel, obstacolul în efortul voluntar reprezintă mai mult decât un obiect sau un eveniment al realității, obstacolul reprezintă confruntarea dintre resursele de care persoana dispune în acel moment și condițiile prezente în atingerea scopului [15, p. 94]. Obstacolul în activitatea voluntară poate să fie privit ca un fenomen „atât intern dar și extern, atât obiectiv cât și subiectiv” și depinde de posibilitățile de care dispune persoana [11, p. 112-113].

După A. Cosmovici, actul voluntar este împărțit în următoarele faze: apariția conflictului, în aceasta etapă oamenii constată dificultatea alegerii unei soluții și urmările adiacente lor; deliberarea care cuprinde analiza variantelor, a consecințelor acelor variante; decizia, descrisă

drept un moment caracteristic al voinței, aceasta etapă este influențată de modul unei persoane de a alege existând persoane mai nehotărâte sau mai prompte; executarea hotărârii reprezentând ultima etapă, crucială pentru a obține un rezultat, autorul explică faptul că este importat ca să se mențină hotărârea prin respectarea deciziei luate [4, p. 224-225].

Menținerea hotărârii și ducerea la bun sfârșit, indiferent de obstacolele care se ivesc sau de dificultățile apărute în jur a unei acțiuni se manifestă prin concentrarea maximă a efortului voluntar. În aceasta etapă se poate observa abilitatea reală a unei persoane de a confrunta capacitățile popririi cu realitatea. Pot apărea o serie de modificări influențate de mediu, de dinamicile inter-umane, de coordonarea activităților, astfel o persoană poate să-și modifice planul inițial [11, p. 112-113].

Calitățile voinței

Antrenând întreaga personalitate, fiind văzută drept o formă superioară de autoreglare, voinței i se atribuie o serie de calități specifice a căror influență este resimțită atât la nivel conștient cât și la nivel subconștient. Astfel, aprecierea voinței se poate face după criterii ce țin de: forță, perseverență, fermitate, consecvență și independență [5, p. 706].

Forța voinței sau puterea acesteia este descrisă de energia cu care o persoană își urmărește scopul propus indiferent de greutățile cu care se confruntă [12, p. 113]. Implicând mecanismele de autoreglare personală prin mobilizarea și concentrarea energiei neuropsihice și musculare urmărind rezistența persoanei la propriile pulsioni interne sau stimulilor exteriori, se poate spune că o persoană are o voință mai puternică cu cât ea este capabilă să-și amâne stări interne de intensitate crescută; în aceeași măsură, forța voinței este privită în raport cu amplitudinea obstacolului depășit [5, p. 707].

Perseverența voinței poate să fie descrisă prin „răbdare, tenacitate, puterea de a reveni după eșec sau rezistența la eșec” [15, p. 97]. Aceasta se manifestă prin menținerea efortului voluntar timpul necesar pentru ca persoana să-și atingă scopul dorit indiferent de modificările care apar pe parcurs în ceea ce privește noi obstacole, creșterea timpul, schimbarea traiectoriei. Este important de menționat faptul că perseverența voinței depinde de forța sistemului nervos și de echilibrul emoțional al persoanei pe lângă aspectele ce țin de educație sau exercițiu [5, p. 708].

Independența voinței este descrisă de abilitatea unei persoane de a nu ceda influențelor exterioare în luarea deciziilor, și, în același timp aprecierea într-o manieră critică a propriilor idei și acțiuni [11, p. 709]. Opusul acestei calități este „dependența” ce constă în lipsa unor direcții clare și a unor repere existențiale clare ce pune persoana în dificultate atunci când este nevoită să ia o hotărâre sau să facă o acțiune fără a primi suportul din partea altcuiva [5, p. 708].

Curajul voinței implică să acționezi prin a te autodepăși în conformitate cu scopul stabilit [11, p. 114]. Această dimensiune poate avea abilitatea să se transforme dintr-o trăsătură pozitivă în una negativă atunci când un punct de vedere, o acțiune sau o hotărâre se mențin în momentul în care nu au un temei clar [5, p. 709].

Promptitudinea voinței poate fi privită dintr-o perspectivă drept rapiditatea cu care o persoană „deliberează asupra unei situații concrete” și alege o decizie. La polul opus poate să descrie o persoană care este nehotărâtă, obișnuiește sau nu obișnuiește să tergiverseze [11, p. 115]. Pornind de la complexitatea voinței putem să observăm aportul ei în domeniul adicțiilor. Dependența are la bază o problemă privind o voință defectuoasă care are ca rezultat acțiuni sau consecințe evaluate negativ [3, p. 673]. În cazul jucătorilor de jocuri de noroc, decizia de a juca este în mare măsură un proces volițional. Managementul voinței [8, p. 624]. și-a dovedit implicarea în reducerea aportului de alcool în rândul fumătorilor. Abstenența de droguri [1, p. 345]. necesită ca pacienții cu dependență să facă un compromis între procesele motivaționale orientate înspre droguri și procesele volitive de reabilitare. Pacienții dependenți de droguri au sarcina de a îndeplini două procese volitive principale: să-și mențină obiectivele pe termen scurt privind recuperare sănătății psiho-emoționale și să se abțină de la droguri pe termen lung ceea ce duce la integrarea în societate [7, p. 90].

Concluzie

Voința reprezintă un punct cheie în dinamica psihică a unei persoane. Înțelegerea voinței reprezintă înțelegerea modului în care o persoană manifestă un comportament și dinamicile care stau în spatele unei alegerii și menținerii acesteia. Considerată un ‘proces superior’ acesta este o capacitate a unei persoane care poate să fie antrenată și care este influențată de mediul exterior sau de educație. Voința este implicată activ în aria dependențelor, atât prin setarea obiectivelor dar, și prin menținerea abstenenței pe o perioadă de termen lung. Calitățile voinței pot avea valoare descriptivă asupra unei persoane oferind o dimensiune de înțelegere asupra comportamentului uman și totodată evidențiind complexitatea psihicului uman atunci când vine vorba de manifestarea unui comportament. Studiată intens de literatura de specialitate, voința are abilitatea de a organiza conduita umană fiind în permanentă interacțiune cu alte procese psihice precum cognițiile, afectivitatea, motivația.

Bibliografie

1. ARMITAGE, Christopher J. Evidence that a volitional help sheet reduces alcohol consumption among smokers: a pilot randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 2015, 46.3: 342-349. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.12.003>
2. BAUMEISTER, Roy F.; VONASCH, Andrew J. Uses of self-regulation to facilitate and restrain addictive behavior. *Addictive behaviors*, 2015, 44: 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.011>
3. CAMPBELL, William G. Addiction: A disease of volition caused by a cognitive impairment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2003, 48.10: 669-674. <https://doi.org/10.1177/0706743703048010>
4. COSMOVICI, Andrei. Psihologie generală, ed. *Polirom, Iași*, 1996. ISBN 979-973-9248-27-2
5. GOLU, Mihai. *Fundamentele psihologiei*. Editura Fundației România de Măine, 2007. 978-973-725-857-1
6. HUSMAN, J.; CORNO, L. Volitional control of learning. In: *International encyclopedia of education*. Elsevier Ltd., 2010. p. 724-731. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.00604-7>
7. LIU, Chang-Jiang. Development and validation of the volitional components inventory for drug rehabilitation. *Journal of Drug Issues*, 2020, 50.1: 89-102. <https://doi.org/10.1177/00220426198908>
8. OH, Haemoon; HSU, Cathy HC. Volitional degrees of gambling behaviors. *Annals of Tourism research*, 2001, 28.3: 618-637. [https://doi.org/10.1016/S0160-7383\(00\)00066-9](https://doi.org/10.1016/S0160-7383(00)00066-9)
9. POPESCU- NEVEANU, Paul. Dicționar de psihologie. *București: Editura Albatros*, 1978,
10. POPESCU-NEVEANU, Paul. *Tratat de psihologie generală*. Editura Trei SRL, 2021 ISBN 978-606-40-1021-6
11. POPESCU-NEVEANU, Paul; DIDILESCU Ioan; FISCHBEIN, E. Psihologie generală și noțiuni de logică. Editura Didactică și Pedagogică, 1975
12. POPESCU-NEVEANU, Paul; ZLATE, Mielu; CREȚU, Tinca. *Psihologie: manual pentru clasa a Xa, școli normale și licee*. Editura Didactică și Pedagogică, 1999. ISBN/Cod: 973-30-1246-7
13. SILLAMY, NORBERT. Larousse–Dicționar de Psihologie. Universul Enciclopedic, 1998. ISBN 9786069215951
14. ZLATE, Mielu. *Fundamentele psihologiei*. Editura Universitară, 2006. ISBN 9789737490599
15. ZLATE, Mielu, et al. *Psihologie: manual pentru clasa a Xa*. Aramis, 2005. ISBN P 95 ISBN 973-679-234-X

INTEGRAREA ÎN ÎNVĂȚĂMÂNTUL DE MASĂ A COPIILOR CU CES

Emil-Sorin BLOJ, psiholog, prof. cons. școlar,
Colegiul Agricol „Traian Săvulescu”
Târgu Mureș, România

***Abstract.** The integration of children with special educational requirements represents a current problem of Romanian education.*

This is the task of the teacher, the headmaster, who must find the most appropriate actions for the success of the educational endeavor. The class leader make partnerships with the Council of Class Teachers to organize specific programs.

He involves the family in specific activities in school and outside of school. He chooses the most suitable teaching methods and materials to achieve the desired results.

***Keywords:** integration, special educational requirements, teachers, family*

Argument

Procesul educațional este un act de socializare, de culturalizare, de formare și de dezvoltare a personalității, pentru toți copiii cuprinși în sistemul educațional, cu accent deosebit în cazul copiilor cu cerințe educaționale special. Activitățile organizate sunt duse la îndeplinire de echipa didactică, ce are rolul de a urmări realizarea finalităților, preponderent la nivelul clasei de elevi, sub îndrumarea dirigintei, ca mentor și ca organizator al acestora, un rol definitiv în încheierea colectivului de elevi avându-l profesorul diriginte. Aspectul complex al sprijinirii dezvoltării personalității, realizat de profesorul diriginte, nu coincide cu sarcinile profesorului consilier, nici cu cele ale profesorului psihopedagog – agenții care intervin complementar în procesul educațional ce facilitează acomodarea copiilor cu CES în învățământul de masă.

Ne propunem să sintetizăm instrumente de lucru ce susțin activitatea dirigintei și a colaboratorilor săi în activitatea educativă, ai cărei beneficiari direcți sunt elevii cu cerințe educaționale speciale din școlile de masa.

Un Idealul Educațional

Idealul educațional al școlii românești vizează dezvoltarea liberă, integrală și armonioasă a individualității umane, formarea personalității autonome și creative (conform Legii Învățământului) [3, p. 5] urmărindu-se acordarea de șanse egale tuturor copiilor.

Dimensiunile generale ale idealului educațional sunt adaptabile și în cazul copiilor cu cerințe educaționale speciale. Astfel educația trebuie să sprijine inserarea facilă și flexibilă a fiecărui individ în comunitate, idealul educațional cu cele trei dimensiuni – psihologică, pedagogică, social – oferind o orientare explicită activităților educative. [2, p. 84]

În acest context profesorul diriginte e chemat să adopte o serie de măsuri în cadrul acțiunilor educaționale, menite să asigure finalități optime în efortul de a integra copiii cu CES în învățământul de masa. Scopul acestora este de a conștientiza întregul colectiv de elevi asupra importanței educației tuturor prin: formarea și educarea personalității; educarea în spiritul respectării drepturilor și libertăților fundamentale ale omului, al demnității și toleranței; cultivarea sensibilității față de problematica umană și de valorile morale și civice; formarea capacității intelectuale, a disponibilităților afective și a abilităților practice prin asimilarea de cunoștințe umaniste, științifice, tehnice și estetice; asimilarea tehnicilor de muncă intelectuală, necesare autoinstruirii pe parcursul întregii vieți. [4, p. 32]

Demersurile educaționale, vizând dezvoltarea elevilor, impun participarea activă, conștientă și responsabilă a acestora la propria formare. Pentru aceasta e nevoie ca profesorii și dirigintele clasei să realizeze proiectări ale demersului educațional diferențiate și individualizate pe grupe de elevi, aspect care, trebuie să devină în același timp un scop, dar și un mijloc

Parteneriatele Educaționale În Cazul Copiilor Cu Ces

Parteneriatul educațional, ca set de intervenții complementare acțiunilor de integrare a tuturor copiilor, apare ca o necesitate și reflectă abordarea transcurentă în problemele fundamentale ale educației. Ponderea acestora pe nivel și pe clasă se realizează în funcție de: particularitățile de vârstă, particularitățile grupului educat, specificul unității școlare, resursele umane și materiale, specificul local.

Statutul și sarcinile dirigintei se modifică, accentul căzând pe rolul de inițiator de proiecte educative, de promotor al cooperării, de coordonator al echipei educaționale, devenind un manager real al clasei de elevi. [4, p. 31]

Pornind de la aceste îndatoriri ale profesorului-diriginte stabilite în *Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a unităților de învățământ preuniversitar* dar și în atribuțiile responsabilului de caz pe servicii psihoeducaționale, care este prin decizie dirigintele clasei, este evident faptul că activitatea de integrare a copiilor cu cerințe educaționale special depășește cadrul unei ore din orarul instituției și se continuă cu alte acțiuni educative extracurriculare și extrașcolare. Activitatea de integrare a copiilor cu CES se desfășoară pe mai multe coordonate: ora de dirigentie, activități educative, extracurriculare și extrașcolare, coordonarea echipei didactice a clasei, colaborarea cu părinții elevilor, colaborarea cu alți parteneri educaționali. Organizarea acestor activități permit dezvoltarea și valorificarea creativității dirigintelor, dar constituie și provocări continue. [4, p. 33]

Un prim parteneriat eficient e realizat împreună cu toate cadrele didactice care predau la clasă.

Consiliul Profesorilor Clasei trebuie să conlucreze pentru realizarea integrării copiilor cu CES, fără a afecta educația colectivului de elevi. În acest sens sunt urmărite mai multe aspecte adaptate atât elevilor din învățământul general, cât și copiilor cu cerințe educaționale speciale: armonizarea cerințelor educaționale ale cadrelor didactice, evaluarea programului școlar și a comportamentului fiecărui elev, pentru a evidenția cele mai bune modalități de integrare; analiza volumului temelor pentru acasă cu scopul de a nu supraîncărca elevii; stabilirea unor măsuri educaționale comune, optime; propunerea de recompense și sancțiuni pentru elevi; stabilirea programelor, sau a activităților recuperatorii/de dezvoltare a elevilor; descoperirea și cultivarea aptitudinilor elevilor care pot fi valorificate în proiectarea activităților viitoare. [4, p. 27]

Parteneriatul școală-familie are conotații particulare, atunci când vine vorba de problemele ivite pentru copiii cu cerințe educaționale speciale

Colaborarea dirigintei cu familia este definitivă pentru succesul integrării școlare. Aceasta impune: obligația instituției de a desfășura o activitate transparentă, dar și o mai profundă angajare a familiei, prin creșterea importanței contactului familie-școală pentru reușita copiilor.

Implicarea familiei în activitatea școlară a copiilor cu CES se desfășoară pe mai multe coordonate. Un prim aspect este stabilirea unei relații aparte părinte-copil care se concretizează în controlul frecvenței, al rezultatelor școlare, al temelor, dar și un ajutor suplimentar în îndeplinirea sarcinilor. Deosebit de important este suportul material și mai ales – moral, care nu poate fi suplinit de munca la clasă.

Un alt aspect îl constituie relația familie-școală, care în cazul copiilor cu CES este mai strânsă și are în vedere: consilierea de specialitate în vederea alegerii filierei și a unității școlare celei mai potrivite cerințelor educaționale speciale ale copilului; contacte directe cu reprezentanții instituției școlare, mai ales cu dirigintele, sub forma: reuniunilor de informare a părinților cu privire la: planurile de învățământ, modalitățile de evaluare, cunoașterea descriptorilor de performanță adaptați cerințelor educative ale fiecărui copil în parte.

Activarea asociativă a părinților prin intermediul Comitetului de părinți pentru sprijinirea școlii în activitatea de integrare a copiilor cu CES, de participare a acestora la cursuri, de îmbunătățire a frecvenței – este definitivă. Astfel, părinții își pot aduce contribuția la organizarea și la desfășurarea activităților extracurriculare: lecții deschise, ateliere de lucrări practice, vizite, excursii, activități sportive, serbări aniversare, întâlniri interindividuale.

Activitatea profesorului diriginte este și ea definitivă în acest caz: antrenează părinții în rezolvarea unor probleme ale clasei, cum ar fi soluționarea unor probleme administrative-

gospodărești specifice deficiențelor copiilor; participarea la programe de modernizare a bazei materiale a școlii, sau adaptarea acestora la nevoile speciale ale copiilor; organizarea activităților extracurriculare; atragerea unor persoane fizice sau juridice, care susțin programe de modernizare a bazei materiale din școli care facilitează integrarea copiilor și acomodarea acestora la mediul școlar. Profesorul diriginte organizează cu grupurile de părinți: consultații psiho-pedagogice, vizite la domiciliul elevilor, activități cu comitetul de părinți, reuniuni comune cu elevii și părinții, lectorate cu părinții.

Activități De Integrare A Copiilor Cu Ces

În cadrul orele de dirigenție se pot organiza o serie de activități care să contribuie la integrarea copiilor cu CES în colectivele de elevi din învățământul de masă.

Pentru dezvoltarea comunicării între copiii cu CES și familie/colegi se pot organiza activități tip jocuri de rol: interpretarea de pasaje din texte literare, din povești terapeutice alese special cu mesaj moralizator, ori impunerea de roluri după un subiect ales sau impus, în care „echipele” alcătuite din părinți și copii schimbă replici pe o temă dată. Se pot utiliza activități de creație – atât creație verbal, cât și artistico-plastică, numind copiii cu rețineri în comunicare să exprime ceea ce au desenat ei (pictat, modelat), dar să încerce să exprime și ceea ce deduc din realizările colegilor lor. Pe de altă parte, în aceste activități, pentru dezvoltarea relațiilor sociale, a expresivității în comunicare, dar și pentru a preîntâmpina anumite interpretări eronate ale mesajelor transmise prin joc de rol, trebuie insistat pe faptul că un enunț, exprimat cu aceleași cuvinte, poate avea înțelesuri diferite în funcție de intonație, nuanțare.

Pentru comunicarea gestică, de un deosebit ajutor este jocul de tip „Mima” în care se pornește de la exprimarea gestică a unui singur cuvânt (substantiv) și se ajunge la exprimarea propoziției întregi: „Ce vreau să fiu eu?” – pe meserii (pianist, polițist, doctor, tăietor de lemne, dactilograf etc.), pe fenomene ale naturii (ploaie, vânt, iarnă, mare, copac etc), pe ființe (pisică, bătrân, preot etc.).

Pentru conștientizarea stimei de sine – se poate aplica jocul „Să ne cunoaștem” în care fiecare copil este rugat să-și facă o descriere, atât fizică (corporală), cât și comportamentală. În anumite cazuri se poate cere caracterizarea unui membru al familiei – dacă activitatea se realizează în colaborare cu familia – și nu a propriei persoane. Dacă trăsăturile identificate nu sunt corecte, copilul poate fi îndrumat înspre observarea unor amănunte pertinente.

Dezvoltarea gândirii poate fi marcată de activități care solicită atenția și concentrarea. Se includ aici momente distractive și recreative de tipul puzzle și labirint, în mod particular legând soluționarea acestor activități, de analiza unor situații particulare, care au fost identificate ca împiedicând integrarea copiilor cu cerințe educaționale special în colectivul de elevi. De asemenea acest tip de activități poate fi propus și având în vedere diferite discipline școlare: „Ce cărți ați citit despre tema pusă?”.

La baza oricărui proces de cunoaștere, stă comparația ca determinare a asemănărilor și deosebirilor. Copiii cu cerințe educaționale special se raportează mai mult la lumea concretă, stabilind asemănări și deosebiri între obiecte, fenomene, situații, ținând seama de un anumit criteriu ce compară și clasifică. Modalitățile de operare a gândirii sunt, în aceste situații, fie în sensul ascendent, de la particular la general, de la concret la abstract, fie, în sensul descendent, de la abstract la concret și de la general la particular.

Activitățile de integrare în învățământul de masa a copiilor cu CES, dar și în procesul de instruire, de educare trebuie să țină cont de faptul că de cele mai multe ori, acești copii au o gândire concret-intuitivă, ceea ce presupune în desfășurarea activităților utilizarea unui bogat și variat fond de materiale și mijloace didactice, în calitatea lor de „instrumente de acțiune sau purtătoare de informații” [1, p.54]

Mijloacele didactice utilizate în orele de consiliere dezvoltă spiritul de observație datorită caracter intuitive, acționându-se astfel toate laturile psihice ca: atenția, memoria, percepția, imaginația, creativitatea și gândirea, oferind copilului un câștig mai deplin.

Acestea se selectează în funcție de obiectivele activității desfășurate, de conținuturi, de formele de organizare a acestora. Eficace în activitățile de dezvoltarea a personalității s-au dovedit

a fi folosirea aparatelor audiovizuale, materialele figurative – substitute ale realității, trusele, jocurile, emisiunile de televiziune sursele de INTERNET etc.

Mijloacele de învățământ sunt un suport material în desfășurarea procesului instructiv-educativ. Eficiența acțiunilor de adaptare la mediul școlar, dar și de educare a școlărilor cu cerințe educaționale speciale, are în vedere combinarea diferitelor tipuri de metode cu integrarea unor mijloace de învățământ adecvate care să asigure contactul direct al celor educați cu realitatea, dezvoltându-le spiritul de observație și operațiile gândirii.

Concluzii

Sunt multe activități în care pot fi antrenați copiii cu CES pentru a se schimba ei înșiși. Un profesor diriginte poate găsi forma pe cea optimă în funcție de specificul cazului – amploarea deficienței, modul de percepție a acestuia în cadrul grupei, mijloacele și posibilitățile materiale.. Reușita ține de talentul și de aptitudinile cadrului didactic, de gradul de implicare activă și de interesul de a face ceva concret, de devoțiunea cu care acesta se apleacă asupra lucrului cu copiii.

Bibliografie

1. CERGHIT, Ion. *Metode de învățământ*. București: Editura Polirom, 2006. 320 p. ISBN 973-46-0175-X.
2. MUNTEANU, Alina Mihaela. *Câteva considerații despre idealul educațional al societății viitorului*. în Tribuna învățământului, nr. 40, din 14/10/2023.
3. Parlamentul României, *Legea învățământului preuniversitar* Nr. 198/2023 din 4 iulie 2023, în Monitorul Oficial al României. Nr. 613 din 5 iulie 2023. 180 p.
4. Parlamentul României. *Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a unităților de învățământ preuniversitar*, în Monitorul Oficial al României. Partea I, Nr. 795 bis/12.VIII.2024. 94 p.

CZU 159.922.8:37.064.3

DEZVOLTAREA PSIHOSOCIALĂ LA ADOLESCENȚII VICTIME ALE BULLYING-ULUI

Mărioara ARDELEAN, drd.,

Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, Republica Moldova

***Abstract.**By far, human development is one of the most fascinating processes in the living world. According to E. Erikson, individual potential evolves and transforms throughout one's entire life as it faces a series of developmental crises. Adolescence is the stage in which a person attempts to create a coherent sense of self in the pursuit of becoming a unique and valuable individual within the society one belongs to. However, being involved in bullying can disrupt this process, affecting the healthy development of identity and self-esteem. Therefore, ensuring a safe, supportive, non-violent and non-discriminatory school climate through educational interventions aimed at preventing bullying among teenagers could bring contemporary reality closer to the educational ideal.*

***Key words:** psychosocial development, adolescence, bullying, personal identity, role confusion*

Dezvoltarea umană este unul dintre cele mai fascinante și complexe procese din lumea vie ce surprinde numeroasele transformări prin care trece organismul pe toată durata vieții, de la momentul concepției până la moarte, fără a se rezuma doar la a descrie în linii mari modificările survenite în planurile cele mai importante, ci reușind să le explice ca ulterior să permită realizarea unor predicții comportamentale, respectiv unor intervenții ameliorative atunci când se constată abateri de la repererele așteptate. Ne vom opri în acest articol asupra unei etape pline de provocări.

*Marele dicționar al psihologiei definește **adolescența** ca fiind „perioada dezvoltării în cursul căreia se operează trecerea de la copilărie la vârsta adultă”, asociată cronologic debutului*

maturizării pubertare (11-12 ani) și continuând, după unii autori, până în jurul vârstei de 18 ani când transformările biologice, psihologice și psihosociale se stabilizează. Unanim acceptat, adolescența este etapa de viață în care creșterea fizică și psihică cunosc transformări accelerate, surprinzând o mare variabilitate interindividuală, respectiv intraindividuală. Mai plastic, Florinda Golu definește adolescența ca fiind cea mai complexă etapă de dezvoltare a individului uman caracterizată de perioada de criză specifică „travaliului de devenire”, marcată de „moartea copilului” și „nașterea adultului” [5].

E. Erikson este cunoscut în literatura de specialitate ca fiind unul dintre reprezentanții tendinței culturaliste a psihanalizei, fiind interesat în mod deosebit de studierea transformărilor din perioada adolescenței. Spre deosebire de Sigmund Freud care susținea importanța centrală a pulsionii sexuale în formarea și maturizarea psihicului adult, E. Erikson subliniază dezvoltarea progresivă pe toată perioada vieții, fără a se limita la influența primilor ani. În centrul eforturilor sale s-a aflat provocarea de a gândi o teorie a dezvoltării psihosociale care să explice modul în care se construiește identitatea unei persoane [6, pp. 390]. În 1950 definitivează teoria dezvoltării psihosociale, centrată în jurul ideii că *potențialul de dezvoltare al individului se desăvârșește pe tot parcursul existenței*, surprinzând corelația dintre biologia și psihologia umană pe de o parte și importanța relațiilor sociale în context istoric pe de altă parte [1, pp. 241]. Autorul etapizează perioada întregii vieți în 8 stadii, orientate către însușirea unor noi achiziții ca urmare a apariției unor crize de dezvoltare, care la rândul lor se produc atunci când cerințele mediului social depășesc posibilitățile de relaționare ale persoanei. Observăm faptul că trei dintre aceste stadii sunt atinse în perioada adultă. Așadar, personalitatea este o structură complexă care se formează în timp, sub influența mediului social și în funcție de modul de rezolvare al dilemelor specifice fiecărui stadiu.

Din perspectiva teoriei dezvoltării psihosociale, adolescenței îi corespunde etapa cunoscută pentru confruntarea cu criza „identitate vs. confuzia identității/ confuzia de rol”, în încercarea de a deveni un individ unic, cu un sentiment coerent de sine și valoros pentru societatea din care face parte [6, pp. 390]. Specific acestui stadiu este faptul că adolescenții parcurg un *proces de formare a identității*, definită de Erikson ca fiind „sentimentul de confort în propria piele, de a ști încotro te îndrepti și de siguranță a recunoașterii anticipate din partea celor care contează pentru ei” [1, pp. 241]. *Difuziunea de rol* reprezintă eșecul în dobândirea unei identități ferme, confortabile și durabile, reflectând o stare de confuzie cu privire la cine este și ce ar trebui să facă individul [14, pp. 92]. Această identitate se formează în corelație cu modul în care adolescenții soluționează trei provocări majore: alegerea unei profesii, adoptarea unui set de valori morale după care să-și ghideze comportamentul în viață, respectiv conturarea unei identități sexuale satisfăcătoare. Atunci când oricare dintre cele trei dimensiuni devin problematice pentru adolescenți, se instalează riscul de a dezvolta comportamente nesănătoase. Astfel, adolescenții care întâmpină dificultăți în a-și alege o identitate profesională sunt predispuși la activități infracționale sau apariția unor sarcini timpurii.

Din punct de vedere psihosocial, adolescenții care rezolvă în mod corespunzător criza identitară dezvoltă sentimentul fidelității înțeles ca „loialitatea susținută, credința sau sentimentul de a aparține unei persoane dragi sau prietenilor”, ca extensie a încrederii. Desigur, spre deosebire de copilăria mică, în această etapă de dezvoltare devine mai important sentimentul de încredere în propria persoană. Prin faptul că acum adolescenții pot împărtăși celorlalți gândurile și sentimentele lor, ajung să-și formeze o identitate provizorie în corelație cu percepția socială a acesteia. Stagnarea în starea de confuzie de identitate întârzie, conform autorului teoriei, maturizarea psihică, deși un anumit grad de confuzie este considerat normal. Modalitățile concrete de mascare a confuziei de identitate pot fi observate sub aspect comportamental prin adoptarea unui stil al grupului nediferențiat pentru propria persoană sau prin neacceptarea diferențelor interumane.

Mai mult, E. Verza susține că, din punct de vedere psihologic, adolescenții parcurg o serie de etape în procesul de identificare a personalității și comportamentului: cristalizarea vieții interioare și a propriei identități prin interiorizare și introspecție; conștientizarea propriei maturizări, menținerea și chiar accentuarea comportamentului opoziționist în vederea dobândirii independenței și autonomiei personale, maturizarea personalității și adoptarea unor

comportamente bazate pe creșterea forței intelectuale, volitive și motivaționale, respectiv dezvoltarea capacității de autocontrol [16, pp. 119].

Desigur, expunerea și implicarea adolescenților în orice formă de comportamente agresive compromise dezvoltarea armonioasă a personalității acestora, indiferent de rolul social asumat. Violența în mediul școlar, în toate formele întâlnite, constituie o încălcare a unor drepturi fundamentale ale copilului: la educație, sănătate și bunăstare. Nu se poate vorbi de o educație de calitate, echitabilă, dacă elevii se confruntă la școală cu sentimente de insecuritate emoțională și fizică. Violența școlară se manifestă atât sub forma unor acțiuni singulare, cât și sub forma intimidărilor permanente, înjosirilor și a hărțuirii sistematice. În acest ultim caz, vorbim despre *bullying*. Cuvântul „bullying” nu are o traducere exactă în limba română, însă poate fi asociat cu termenii de intimidare, terorizare, brutalizare [2]. Studiile care au investigat caracteristicile comportamentului agresiv în rândul adolescenților evidențiază o serie de diferențe în funcție de gen și vârstă. Majoritatea adolescenților din zilele noastre prezintă un nivel moderat sau ridicat de agresivitate, frustrare și rigiditate [12]. S-a constatat faptul că agresivitatea în rândul elevilor adolescenți diferă în funcție de genul acestora. Astfel, fetele înregistrează scoruri mai ridicate la factorii iritabilitate și resentiment comparativ cu băieții [13]. Mai mult, adolescentele manifestă în mai mare măsură agresivitate indirectă de tipul tachinării, bârfitului și răspândirii unor remarci răutăcioase, calomniei, intimidării sau ignorării unei persoane, trântirii ușilor sau lovirii cu pumnul în masă [10].

Bullying-ul este o formă specifică de agresiune, cu caracter repetitiv, sistematic, îndreptat împotriva unei victime care are dificultăți în a se apăra, în scopul demoralizării acesteia, a diminuării stimei de sine și a minimalizării rolului în grupul social, în condițiile în care există un dezechilibru de putere între cei implicați. În acest context, victima are șanse mici de a evita suferința provocată, în timp ce agresorul este susținut și uneori chiar încurajat de ceilalți membri ai grupului. Spre deosebire de violența fizică, bullying-ul include violență verbală (insulte, porecle și amenințări), violență relațională (izolare, răspândire de zvonuri) și violență în mediul online – cunoscută sub numele de cyberbullying (postarea în public a mesajelor, pozelor denigratoare etc.) [2].

Conform studiului sociologic realizat în România în 2016 de organizația non-guvernamentală Salvați Copiii, 48% dintre copii susțin că au auzit de termenul „bullying” de pe internet. Referindu-se la ce înțeleg prin bullying, majoritatea celor care au auzit de termen, spun că este o formă de agresiune fizică sau verbală (25%), de batjocură sau umilire (14%) sau de hărțuire (13%). Mai recent, datele arată o creștere cu aprox. 30% a incidenței de apariție a fenomenului bullying în anul școlar 2021-2022, creștere ce trage un semnal de alarmă cu privire la adevărata amploare a fenomenului [3]. Comparativ, studiul național „Bullying-ul în rândul adolescenților din Republica Moldova” realizat în 2019 arată că 86.8% din totalul elevilor din clasele VI-XII sunt afectați de bullying intrând în experiența de viață în cel puțin unul din cele trei roluri diferite: agresor, victimă, martor. Cu alte cuvinte, fiecare al treilea adolescent participant la studiu a fost și victimă, și martor și agresor (34.3%), în vreme ce fiecare al patrulea elev este victimă care a asistat ca martor la evenimente similare față de alți copii (26.2%) [15].

În încercarea de a clarifica mecanismul de apariție a bullying-ului, au fost concepute teorii explicative din perspectivă sistemică (care surprind influența mediului și educației), respectiv din perspectivă individuală (care surprind influența caracteristicilor personale). Niciuna dintre aceste viziuni nu explică în mod exhaustiv fenomenul, însă ambele ne ajută să înțelegem mai bine dinamica disfuncțională dintre actorii sociali implicați. Totuși, cea mai comună explicație a bullying-ului este aceea că adolescentul care inițiază un astfel de comportament nu beneficiază de suficientă atenție din partea celorlalți, motiv pentru care își dorește să iasă în evidență și să-i impresioneze pe cei din jur, chiar dacă alege să facă acest lucru într-un mod negativ. În literatura de specialitate sunt identificați câțiva factori care pot contribui la apariția unor astfel de comportamente, cei mai mulți dintre ei făcând trimitere la nevoi emoționale neîndeplinite: lipsa de implicare emoțională a persoanelor de referință, de îndrumare sau de sprijin afectiv în momente stresante sau solicitante din punct de vedere emoțional, manifestarea inadecvată a afecțiunii în

familie, neglijarea; adoptarea unui stil de viață mai „relaxat” sub aspect moral și etic, etc. [2]. Analiza relației dintre factorii de personalitate și cele două fațete ale fenomenului bullying, hărțuirea și victimizarea, subliniază corelația pozitivă dintre extraversiune (factorul E), psihotismul (factorul P), neuroticism (factorul N), devianța comportamentală, respectiv disimularea și comportamentul de intimidare specific agresorului, ceea ce susține faptul că acest tip de comportament nu este condiționat doar de factorii sociali din mediul familial și școlar [7].

S-a concluzionat faptul că adolescenții care înregistrează scoruri scăzute la scalele de victimizare generală, verbală, socială și fizică resimt un nivel mai ridicat al stimei de sine, spre deosebire de cei care experimentează fenomenul bullying. Intimidarea se produce în mai mare măsură în rândul elevilor de la filiera tehnologică comparativ cu cei de la filiera teoretică, mai des în rândul băieților decât al fetelor [9]. Rodica Popa arată faptul că elevii cu statut de victimă a bullying-ului nu dispun de un statut sociometric favorabil, unii dintre ei fiind ignorați, în vreme ce alții respinși [8]. Aceștia dezvoltă un nivel scăzut al stimei de sine ca urmare a expunerii la astfel de tratamente din partea agresorilor [10]. Mai mult, elevii violenți se declară mulțumiți atunci când alții le știu de frică și îi consideră puternici recunoscându-le forța fizică, deși în sinea lor ei se consideră mai puțin valoroși decât colegii lor, au mai puțină încredere în ei, consideră că alții fac lucrurile mai bine decât ei și că în general, ceva este în neregulă cu ei. Aceste date sugerează o stare de insatisfacție legată de sentimentul de a fi diferit de ceilalți într-un mod negativ, ceea ce generează o stare de resemnare față de rolul de agresor și o viziune pesimistă asupra posibilității de a-și schimba comportamentul [4].

În conformitate cu cele expuse mai sus, vom formula câteva concluzii. Pentru a asigura premisele favorabile dezvoltării armonioase a adolescenților este foarte important să cunoaștem reperele specifice fiecărui palier, atât din perspectiva rolului de părinte, cât și din perspectiva rolului de cadru didactic. Această etapă din viață în care se pun bazele identității personale este caracterizată de un nivel ridicat de vulnerabilitate, motiv pentru care a-i educa pe tineri în spiritul toleranței și incluziunii sociale rămâne un obiectiv prioritar. Reținem în sinteză că rezolvarea cu succes a acestei crize psihosociale este esențială pentru construirea unei identități personale coerente și puternice. Așadar, orice formă de umilire, excluziune, respectiv abuz fizic sau psihologic poate crea și întreține sentimente persistente de insecuritate, neclaritate cu privire la propria persoană și autodevalorizare, resimțite în plan subiectiv ca dificultăți majore în integrarea diferitelor aspecte ale personalității într-un sens coerent al propriei identități. Așa cum am arătat mai sus, fenomenul bullying compromite sănătatea emoțională a tuturor actorilor sociali implicați: agresori, victime și martori și întreține relații sociale disfuncționale între aceștia. Mai mult, se pare că bullying-ul afectează direct procesul de rezolvare a acestei crize identitare, influențând negativ dezvoltarea personalității adolescentului și relațiile sale sociale, contribuind la apariția și menținerea difuziunii de rol, în special în rândul victimelor.

Promovarea și asumarea unor valori morale setează limite comportamentale sănătoase care protejează împotriva abuzului responsabil de apariția unor sindroame clinice ce deteriorează semnificativ calitatea vieții celor implicați. Așadar, a asigura un mediu școlar sigur, suportiv, non-violent și non-discriminatoriu prin intervenții educaționale orientate spre prevenirea fenomenului bullying în rândul adolescenților ar apropia realitatea contemporană de idealul educațional care urmărește „dezvoltarea liberă, integrală și armonioasă a individualității umane, în formarea personalității autonome și în asumarea unui sistem de valori care sunt necesare pentru împlinirea și dezvoltarea personală, pentru dezvoltarea spiritului antreprenorial, pentru participarea cetățenească activă în societate, pentru incluziune socială și pentru angajare pe piața muncii”, conform Legii Educației Naționale.

Bibliografie

1. ADAMS, G. R., BERZONSKY, M. D. (coord.). *Psihologia adolescenței. Manualul Blackwell*. Iași: editura Polirom, 2009, 704 p., ISBN 978-973-46-1303-8
2. ARDELEAN, M. Fenomenul bullying în rândul adolescenților: delimitări conceptuale și caracteristici. În: *Conferința Științifică și Practică „Spațiul de cercetare și*

- educațional: realități, perspective de îmbunătățire a calității educației*”, 30.11.2024, Universitatea de Stat Comrat, Rep. Moldova, pp. 23-26, ISBN 978-9975-83-293-9
3. ARDELEAN, M. Fenomenul bullying în școala românească. În: *Simpozionul național cu participare internațională Kreatikon: Creativitate – formare – performanță. Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație*, 28-30.03.2024, Universitatea „Petre Andrei” Iași, România
 4. GHIȚĂ, M. G. Particularități socio-afective ale adolescenților supuși bullying-ului în mediul școlar. În: *Conferința „Asistența psihosocială în contextul noilor realități pe timp de pandemie”*, 16.04.2021, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” Chișinău, Rep. Moldova
 5. GOLU, F. *Manual de psihologia dezvoltării. O abordare psihodinamică*. Iași: editura Polirom, 2015, 344 p., ISBN 978-973-46-5627-1
 6. PAPALIA, D. E., WENDKOS OLDS, S. DUSKIN FELDMAN, R. *Dezvoltarea umană*. București: editura Trei, 832 p., ISBN 9789737074140
 7. POPA, R. Determinantele psihologice ale comportamentului de tip bullying la adolescenți. *Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă „Akademos”*. 2022, nr. 4(67), pp. 110-115, ISSN 1857-0461
 8. POPA, R. Perspectiva sociometrică în abordarea stimei de sine a elevului victimă a bullying-ului școlar. *Psihologie, revista științifico-practică*. 2021, nr. 2(39), pp. 47-57, ISSN 1857-2502
 9. POPA, R. Rezultatele unui studiu constatativ asupra bullying-ului școlar. *Psihologie, revista științifico-practică*. 2021, nr. 1-2(38), pp. 67-79, ISSN 1857-2502
 10. POPA, R. Stima de sine a adolescenților implicați în relația de bullying. În *Conferința Institutului de Științe ale Educației: ascensiune, performanțe, personalități*. 10.12.2021, Chișinău, Rep. Moldova, pp. 208-212
 11. RACU, Iulia; STANCIU, Mirela. Diferențe de gen și de vârstă în manifestarea agresivității la adolescenți. În: *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*. 2022. Bălți, Republica Moldova. pp. 291-297. ISBN 978-9975-50-295-5
 12. RACU, Iulia; STANCIU, Mirela. Manifestarea agresivității la adolescenți în contextul noilor provocări societale. În: *Psihologie, revista științifico-practică*. 2022, nr. 2(41), pp. 14-24, ISSN 1857-2502
 13. RACU, Iulia; STANCIU, Mirela. Modalitățile de manifestare a agresivității la elevi în context școlar. În: *Practici integrative pentru prevenirea și combaterea fenomenului de bullying în organizațiile școlare*”, 16.02.2024. Buzău, România, pp. 58-63
 14. SION, G. *Psihologia adolescenței și a tinereții. Dezvoltare, educație și intervenție*. Cluj-Napoca: editura Presa Universitară Clujeană, 2018, 209 p., ISBN 978-606-37-0482-6
 15. UNICEF Moldova (2019). *Bullying-ul în rândul adolescenților din Rep. Moldova*. Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”. Chișinău
 16. VERZA, F. *Psihologia vârstelor*. București: editura Hyperion, 1993, 157 p., ISBN 893-96161-3-5

CZU 616-092.11:159.9

**EVALUAREA ATITUDINILOR FAȚĂ DE BOALĂ LA PACIENȚII CU
SCLERODERMIE SISTEMICĂ. ABILITĂȚI MOTIVAȚIONALE DE INCLUZIUNE
EGALĂ ÎN CÂMPUL MUNCII A PERSOANELOR DEFAVORIZATE**

Ecaterina BALAN, asistent universitar,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
Svetlana AGACHI, conferențiar universitar, dr.șt.med.,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae
Testemițanu, Republica Moldova
Iulia IURCHEVICI, PhD, associate professor,
Free International University of Moldova
Veacesav CEBOTARI, doctorand,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
Ina MORARU, asistent universitar,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Abstract. *The study aimed to evaluate the types of attitudes towards illness and general health perceptions among patients diagnosed with systemic scleroderma (SS), using the method of identifying the type of attitude towards illness (TOBOL). The research included a sample of 35 patients diagnosed with SS, hospitalized in various hospitals in the Republic of Moldova. The participants' ages ranged from 21 to 67 years, with an average of 45.6 ± 1.7 years, and the average duration of the disease was 10.33 ± 0.45 years.*

Results: **Harmonious attitudes:** Although rarely encountered, these attitudes are associated with positive health perceptions and increased resistance to illness. **Ergopathic attitudes:** These did not show significant correlations with general health perceptions. **Anxious, hypochondriacal, neurasthenic, melancholic, and sensitive attitudes:** These attitudes are associated with negative health perceptions and increased concern for health. **Egocentric attitudes:** These did not show significant correlations with general health perceptions.

The study confirms the existence of significant diversity in attitudes towards illness among patients with systemic scleroderma. These attitudes are correlated with different perceptions of health and varying levels of psychological adaptation. The results highlight the need for personalized psychosocial interventions, which are essential for improving health perceptions and the quality of life of the patients. Interventions should focus on reducing anxiety, hypochondria, and emotional sensitivity, while also promoting effective coping strategies and social support.

Keywords: *systemic scleroderma (SS), health perceptions, attitudes towards illness, psychosocial interventions, quality of life, multidisciplinary approach, cognitive-behavioral therapies.*

Introducere

În psihologia medicală contemporană, conceptul elaborat de Мясищев В.Н. [21], joacă un rol esențial în înțelegerea și gestionarea bolii. Conform acestui concept, individul este perceput ca un ansamblu de atitudini interconectate, fiecare având un impact semnificativ asupra comportamentului și sănătății generale. Atitudinea față de boală este una dintre componentele centrale ale structurii psihologice a pacientului și influențează modul în care acesta percepe, experimentează și reacționează la boală.

Analiza atitudinii față de boală prin prisma teoriei lui Мясищев В.Н. oferă o perspectivă comprehensivă asupra unei serii de concepte interconectate, precum „tabloul intern al bolii”, „experiența bolii”, „reacția individului la boală” și „conștiința bolii” [21]. Aceste concepte sunt esențiale pentru înțelegerea modului în care pacienții trăiesc și gestionează boala, influențând atât starea lor de bine psihologică, cât și rezultatele terapeutice.

Boala nu este percepută doar ca un disconfort fizic, ci și ca o amenințare la adresa capacității individului de a-și îndeplini sarcinile cotidiene, afectând relațiile sociale, activitățile profesionale și percepțiile asupra viitorului. Modul în care pacienții reacționează la simptomele bolii depinde de numeroși factori, inclusiv experiențele anterioare cu boala, trăsăturile de personalitate, stilurile de adaptare, normele culturale și interacțiunile sociale actuale. Acești factori influențează percepția simptomelor și semnificația atribuită acestora, ceea ce, la rândul său, afectează intensitatea și durata bolii, comportamentul de căutare a soluțiilor și adoptarea strategiilor comportamentale adecvate [13].

Literatura de specialitate identifică trei factori principali care influențează formarea atitudinilor față de boală: caracteristicile premorbide de personalitate, natura bolii și factorii socio-psihologici. Aceste variabile nu doar influențează percepția bolii, ci și comportamentul sanogenetic al individului [8]. Comportamentul sanogenetic, definit de Conner și Norman în 1996, include orice activitate întreprinsă pentru prevenirea și depistarea bolilor, precum și pentru îmbunătățirea sănătății și bunăstării [15].

Evaluarea atitudinilor față de boală la pacienții cu sclerodermie sistemică (SS) este deosebit de importantă pentru dezvoltarea unor programe eficiente de suport și intervenție psihosocială. Studiile arată că pacienții cu SS prezintă adesea atitudini dezadaptative, cum ar fi anxietatea, ipohondria și sensibilitatea excesivă, care pot agrava percepția simptomelor și reduce eficacitatea tratamentului. Evaluarea acestor atitudini permite dezvoltarea unor strategii de tratament personalizate, menite să îmbunătățească aderența la tratament și calitatea vieții pacienților [12].

Suportul social și strategiile de coping adoptate joacă un rol crucial în modul în care pacienții percep și gestionează boala. De exemplu, pacienții care beneficiază de suport social adecvat și care adoptă strategii de coping active, precum căutarea de informații și participarea la grupuri de suport, tind să aibă o atitudine mai pozitivă față de boală și o calitate a vieții mai bună [18]. În contrast, percepția stigmei sociale asociate cu sclerodermia poate duce la atitudini negative față de boală, afectând negativ sănătatea mentală a pacienților [16].

Intervențiile psihosociale, în special cele bazate pe tehnici cognitiv-comportamentale, au demonstrat eficacitate în reducerea simptomelor de anxietate și depresie la pacienții cu sclerodermie, îmbunătățind astfel atitudinea față de boală și aderența la tratament. Aceste intervenții sunt esențiale pentru a aborda atât aspectele psihologice cât și cele sociale ale bolii, oferind pacienților instrumentele necesare pentru a-și gestiona mai eficient starea de sănătate [19].

Putem concluziona că evaluarea și gestionarea atitudinilor față de boală sunt esențiale pentru îmbunătățirea calității vieții pacienților cu sclerodermie sistemică. Intervențiile care vizează reducerea anxietății, îmbunătățirea strategiilor de coping și combaterea stigmei sociale pot avea un impact pozitiv semnificativ asupra percepției bolii și asupra rezultatelor terapeutice. Continuarea cercetărilor în acest domeniu este crucială pentru dezvoltarea unor programe de suport și intervenție psihosocială care să răspundă nevoilor specifice ale pacienților.

Materiale și metode de cercetare

Ipoteza de bază a cercetării: există o diversitate semnificativă de atitudini față de boală în rândul pacienților diagnosticate cu sclerodermie sistemică, iar aceste atitudini sunt corelate cu niveluri variabile de adaptare psihologică și calitate a vieții.

Studiul a inclus un eșantion de 35 de paciente de sex feminin, diagnosticate cu sclerodermie sistemică (SS), internate în diverse spitale din Republica Moldova. Vârsta participanților a variat între 21 și 67 de ani, cu o medie de $45,6 \pm 1,7$ ani. Durata medie a bolii a fost de $10,33 \pm 0,45$ ani. Diagnosticul SS a fost stabilit după o examinare clinico-paraclinică amănunțită a pacienților, conform criteriilor de clasificare ACR/EULAR din 2013 [1,2,6,9].

Sclerodermia sistemică (SS) este o boală autoimună rară, caracterizată prin fibroza pielii și a organelor interne, având un impact semnificativ asupra calității vieții pacienților. Atitudinile pacienților față de boală joacă un rol crucial în gestionarea acesteia și în adaptarea psihologică. Acest studiu își propune să evalueze diversele tipuri de atitudini față de boală în rândul pacienților diagnosticate cu SS, utilizând "Metoda de identificare a tipului de atitudini față de boală" (TOBOL), Chestionarul Health Perceptions Questionnaire (HPQ) pentru a evalua atitudinile cognitive, afective și comportamentale față de boală [7], prelucrarea datelor utilizând analiza cantitativă și calitativă a rezultatelor cercetării, procesarea statistică prin programul SPSS 20.

Rezultatele cercetării și verificarea ipotezelor experimentale

Pentru a evalua atitudinile față de boală, a fost utilizată metoda de identificare a tipului de atitudini față de boală [22], care permite clasificarea în 12 tipuri distincte. Figura prezentată

ilustrează procentajele diferitelor tipuri de atitudini în rândul persoanelor cu sclerodermie sistemică (SS). Datele sunt exprimate în procente și reflectă prevalența fiecărei atitudini în populația studiată.

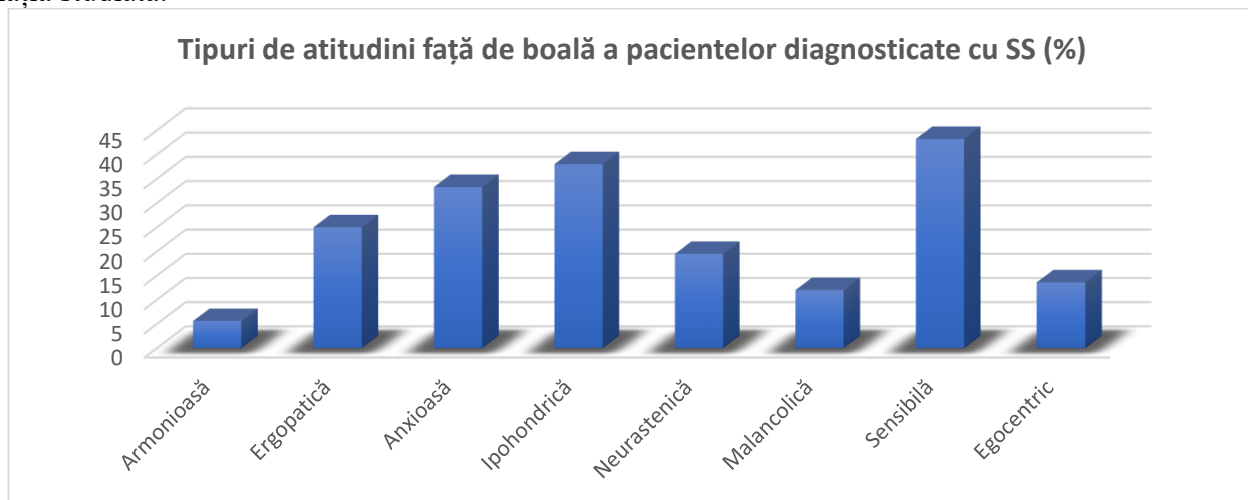


Fig.1. Distribuția procentuală a diferitelor tipuri de atitudini față de boală în rândul pacienților cu SS.

Armonioasă (5%): atitudinea armonioasă este caracterizată prin acceptarea bolii și integrarea acesteia în viața cotidiană. Pacienții cu această atitudine sunt rareori întâlniți (5%), sugerând dificultăți în menținerea unui echilibru psihologic optim în fața bolii cronice. Această atitudine poate reflecta strategii eficiente de coping și un suport social adecvat. Studiile arată că pacienții cu o atitudine armonioasă au o calitate a vieții mai bună și o adaptare psihologică superioară. Integrarea bolii în viața de zi cu zi și acceptarea acesteia pot conduce la reducerea stresului asociat și la o mai bună gestionare a simptomelor [17].

Ergopatică (25%): atitudinea ergopatică implică un devotament excesiv față de muncă și activități pentru a compensa impactul bolii. Un procent semnificativ (25%) dintre pacienți indică o încercare comună de a redirecționa energia în activități productive. Această atitudine poate fi asociată cu evitarea conștientizării bolii și cu menținerea unui sentiment de control. Munca intensă și activitățile productive pot servi ca mecanisme de coping, permițând pacienților să evite gândurile negative legate de boală și să mențină un sentiment de utilitate și normalitate [11].

Anxioasă (30%): atitudinea anxioasă reflectă o preocupare constantă și intensă legată de boală și evoluția acesteia. Cu 30% dintre pacienți manifestând această atitudine, anxietatea este o reacție comună în fața incertitudinii și a impredictibilității bolii. Anxietatea poate fi asociată cu simptomele fizice și cu percepția amenințării continue la adresa sănătății. Aceasta poate duce la o vigilență crescută la simptome și la o preocupare excesivă pentru sănătate, influențând negativ calitatea vieții și relațiile sociale [20].

Ipohondrică (35%): atitudinea ipohondrică este caracterizată de o preocupare excesivă și persistentă legată de sănătate, adesea manifestată prin hipervigilență la simptome și senzații corporale. Cu un procent de 35%, acest tip de atitudine este predominant, indicând o tendință de a exacerba percepția simptomelor și de a solicita frecvent asistență medicală. Studiile arată că această atitudine poate duce la supramedicalizare și la utilizarea excesivă a serviciilor de sănătate. Pacienții ipohondrici tind să interpreteze greșit simptomele minore ca fiind grave, ceea ce poate duce la un consum excesiv de resurse medicale și la stres psihologic constant [3].

Neurastenică (40%): atitudinea neurastenică implică o sensibilitate crescută la stres și o tendință de a manifesta oboseală cronică și epuizare. Cu 40% dintre pacienți manifestând această atitudine, neurasthenia este frecventă, reflectând impactul bolii asupra rezistenței psihice și fizice. Această atitudine este asociată cu un nivel scăzut de energie și cu dificultăți în

menținerea activităților zilnice. Neurastenia poate duce la epuizare fizică și mentală, afectând capacitatea pacienților de a se implica în activități zilnice și de a menține relații sociale sănătoase [5].

Melancolică (15%): atitudinea melancolică este caracterizată de tristețe profundă și de o perspectivă pesimistă asupra viitorului. Un procent de 15% indică prezența depresiei și a demoralizării în rândul pacienților. Această atitudine este frecvent legată de simptomele depresive și de o calitate redusă a vieții. Pacienții melancolici pot prezenta simptome de depresie clinică, afectându-le semnificativ bunăstarea generală și capacitatea de a se adapta la boală [4].

Sensibilă (40%): atitudinea sensibilă este marcată de o reactivitate emoțională intensă la evenimente și de o vulnerabilitate crescută la stres. Cu 40% dintre pacienți manifestând această atitudine, sensibilitatea emoțională este comună și poate afecta capacitatea de adaptare. Studiile sugerează că sensibilitatea emoțională este legată de dificultățile de reglare emoțională și de vulnerabilitatea psihologică. Pacienții sensibili pot fi mai predispuși la reacții emoționale intense și pot întâmpina dificultăți în gestionarea stresului și a schimbărilor asociate bolii [10].

Egocentrică (20%): atitudinea egocentrică este caracterizată de o concentrare excesivă asupra propriilor nevoi și de o tendință de a neglija perspectivele și nevoile altora. Cu un procent de 20%, acest tip de atitudine indică o preocupare intensă față de impactul bolii asupra propriei persoane. Această atitudine poate fi asociată cu dificultăți în relațiile interpersonale și cu o tendință de izolare socială. Pacienții egocentrici pot manifesta o preocupare exagerată pentru propriul confort și sănătate, neglijând adesea nevoile și sentimentele celor din jur [14].

Rezultatele acestui studiu relevă o diversitate de atitudini față de boală în rândul pacienților diagnosticați cu sclerodermie sistemică, subliniind necesitatea unor abordări terapeutice personalizate. Identificarea și înțelegerea tipurilor de atitudini pot contribui la dezvoltarea unor intervenții psihosociale mai eficiente, menite să îmbunătățească calitatea vieții pacienților și să reducă impactul psihologic al bolii. Este esențial ca aceste intervenții să fie adaptate specific la nevoile individuale ale pacienților, ținând cont de diversele atitudini și reacții emoționale față de boală. Studiile viitoare ar trebui să exploreze și alte dimensiuni ale experienței pacienților cu sclerodermie sistemică, pentru a dezvolta strategii de suport cât mai comprehensive și eficiente.

Evaluarea percepțiilor generale de sănătate la pacienții cu sclerodermie sistemică. Health Perceptions Questionnaire (HPQ) este utilizat pentru a evalua percepțiile generale de sănătate ale pacienților. Rezultatele pentru dimensiunile acestui chestionar sunt prezentate mai jos:

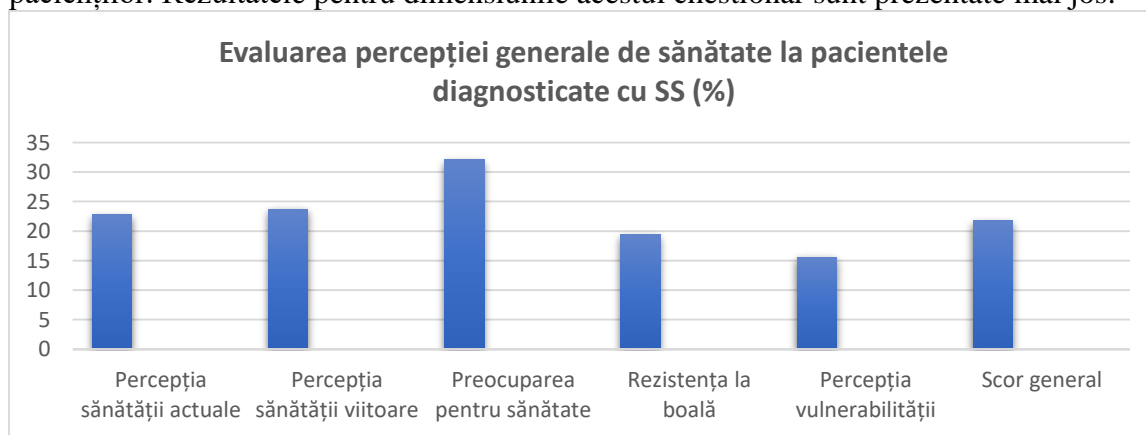


Fig.2. Aspecte ale percepției generale de sănătate la pacientele diagnosticate cu sclerodermie sistemică (SS).

Figura prezentată ilustrează procentajele diferitelor aspecte ale percepției generale de sănătate la pacientele diagnosticate cu sclerodermie sistemică (SS). Aceste aspecte includ percepția sănătății actuale, percepția sănătății viitoare, preocuparea pentru sănătate, rezistența la boală, percepția vulnerabilității și scorul general.

Percepția sănătății actuale (23%): percepția sănătății actuale reflectă modul în care pacientele evaluează starea lor de sănătate în prezent. Un procent de 23% dintre pacientele studiate percep sănătatea lor actuală ca fiind afectată de boală. Această percepție este crucială deoarece influențează comportamentele de sănătate și aderența la tratament. Studiile arată că o percepție negativă a sănătății actuale este asociată cu un nivel crescut de stres și anxietate, ceea ce poate agrava simptomele și reduce eficacitatea tratamentului [7].

Percepția sănătății viitoare (24%): percepția sănătății viitoare reprezintă modul în care pacientele își anticipează starea de sănătate în viitor. Cu un procent de 24%, acest aspect indică un optimism moderat în rândul pacientelor privind progresia bolii. Această percepție este importantă pentru planificarea tratamentului și pentru menținerea speranței și a motivației de a continua terapiile necesare. Cercetările sugerează că un optimism sănătos poate îmbunătăți calitatea vieții și poate facilita adaptarea la boală [7].

Preocuparea pentru sănătate (32%): preocuparea pentru sănătate măsoară nivelul de îngrijorare al pacientelor cu privire la starea lor de sănătate. Un procent de 32% dintre paciente manifestă o preocupare semnificativă pentru sănătatea lor, ceea ce poate reflecta un nivel ridicat de vigilență și auto-monitorizare a simptomelor. Deși această preocupare poate conduce la o mai bună aderență la tratament, poate, de asemenea, să sporească anxietatea și stresul, afectând negativ sănătatea mentală [7].

Rezistența la boală (20%): rezistența la boală indică capacitatea pacientelor de a face față provocărilor asociate bolii. Cu un procent de 20%, acest aspect sugerează că doar o mică parte dintre paciente se consideră capabile să reziste efectelor negative ale sclerodermiei. Rezistența la boală este esențială pentru adaptarea psihologică și pentru menținerea unei calități ridicate a vieții. Studiile arată că pacienții cu o rezistență ridicată la boală au o mai bună calitate a vieții și un nivel mai scăzut de depresie [7].

Percepția vulnerabilității (18%): percepția vulnerabilității se referă la sentimentul de fragilitate și susceptibilitate la efectele negative ale bolii. Cu un procent de 18%, aceasta indică faptul că o parte dintre paciente se simt extrem de vulnerabile, ceea ce poate amplifica stresul și poate afecta negativ sănătatea mentală. O percepție crescută a vulnerabilității este asociată cu o adaptare psihologică deficitară și cu o calitate redusă a vieții [7].

Scor general (28%): scorul general reprezintă o măsură compozită a tuturor aspectelor percepției generale de sănătate. Cu un procent de 28%, acest scor sugerează o percepție moderată a stării generale de sănătate în rândul pacientelor. Un scor general scăzut poate indica necesitatea unor intervenții psihosociale și de suport mai intensive pentru a îmbunătăți percepția sănătății și a calității vieții [7].

Rezultatele acestui studiu evidențiază complexitatea percepției generale de sănătate în rândul pacientelor diagnosticate cu sclerodermie sistemică. Diversitatea percepțiilor și preocupărilor subliniază necesitatea unor abordări terapeutice personalizate care să abordeze atât aspectele fizice, cât și cele psihologice ale bolii. Intervențiile psihosociale și programele de suport ar trebui să fie adaptate pentru a răspunde nevoilor specifice ale pacientelor, îmbunătățind astfel adaptarea psihologică și calitatea vieții.

Pentru a analiza corelațiile dintre percepțiile generale de sănătate și tipurile de atitudini față de boală la pacientele diagnosticate cu sclerodermie sistemică (SS), am utilizat coeficienții Spearman și valorile p. Aceste corelații ajută la înțelegerea modului în care diferitele percepții asupra sănătății sunt asociate cu atitudinile față de boală.

Tabelul 1. Interpretarea corelațiilor dintre percepțiile generale de sănătate și tipurile de atitudini față de boală

Tipuri de atitudini	Percepția sănătății actuale	Percepția sănătății viitoare	Preocuparea pentru sănătate	Rezistența la boală	Percepția vulnerabilității	Scor general
Armonioasă	$\rho = 0.32, p = 0.01$	$\rho = 0.28, p = 0.04$	$\rho = -0.15, p = 0.24$	$\rho = 0.34, p = 0.01$	$\rho = -0.20, p = 0.12$	$\rho = 0.30, p = 0.03$
Ergopatică	$\rho = -0.10, p = 0.51$	$\rho = -0.12, p = 0.45$	$\rho = 0.22, p = 0.10$	$\rho = -0.08, p = 0.61$	$\rho = 0.05, p = 0.75$	$\rho = 0.00, p = 0.99$

Anxioasă	$\rho = -0.45,$ $p < 0.001$	$\rho = -0.42,$ $p = 0.001$	$\rho = 0.50, p <$ 0.001	$\rho = -0.40, p$ $= 0.002$	$\rho = 0.38, p =$ 0.004	$\rho = -0.44,$ $p < 0.001$
Iphondrică	$\rho = -0.48,$ $p < 0.001$	$\rho = -0.44,$ $p < 0.001$	$\rho = 0.52, p <$ 0.001	$\rho = -0.42, p$ $= 0.001$	$\rho = 0.41, p =$ 0.002	$\rho = -0.47,$ $p < 0.001$
Neurastenică	$\rho = -0.42,$ $p = 0.001$	$\rho = -0.40,$ $p = 0.002$	$\rho = 0.45, p <$ 0.001	$\rho = -0.38, p$ $= 0.004$	$\rho = 0.37, p =$ 0.005	$\rho = -0.41,$ $p = 0.002$
Melancolică	$\rho = -0.35,$ $p = 0.01$	$\rho = -0.32,$ $p = 0.02$	$\rho = 0.38, p =$ 0.004	$\rho = -0.30, p$ $= 0.03$	$\rho = 0.29, p =$ 0.04	$\rho = -0.33,$ $p = 0.01$
Sensibilă	$\rho = -0.40,$ $p = 0.002$	$\rho = -0.38,$ $p = 0.004$	$\rho = 0.43, p =$ 0.001	$\rho = -0.36, p$ $= 0.006$	$\rho = 0.35, p =$ 0.01	$\rho = -0.39,$ $p = 0.003$
Egocentrică	$\rho = -0.20,$ $p = 0.13$	$\rho = -0.18,$ $p = 0.16$	$\rho = 0.25, p =$ 0.07	$\rho = -0.16, p$ $= 0.20$	$\rho = 0.15, p =$ 0.25	$\rho = -0.21,$ $p = 0.11$

- **Atitudinea armonioasă:** pacientele cu o atitudine armonioasă tind să aibă percepții pozitive asupra sănătății lor actuale și se consideră mai rezistente în fața bolii.
- **Atitudinea anxioasă:** pacientele cu atitudini anxioase percep sănătatea lor actuală și viitoare în mod negativ și manifestă o preocupare crescută față de sănătatea lor.
- **Atitudinea ipohondrică:** pacientele cu atitudini ipohondrice tind să perceapă sănătatea lor în mod negativ și să fie foarte preocupate de sănătate.
- **Atitudinea neurastenică:** pacientele neurastenice percep sănătatea lor în mod negativ și sunt foarte preocupate de sănătate.
- **Atitudinea melancolică:** pacientele cu atitudini melancolice tind să perceapă sănătatea lor în mod negativ și să fie preocupate de sănătate.
- **Atitudinea sensibilă:** pacientele sensibile percep sănătatea lor în mod negativ și manifestă o preocupare crescută față de sănătatea lor.
- **Atitudinea egocentrică:** nu s-au găsit corelații semnificative între acest tip de atitudine și percepțiile generale de sănătate, ceea ce sugerează că atitudinea egocentrică nu influențează modul în care pacientele percep sănătatea lor.

Analiza generală arată că percepțiile asupra sănătății ale pacientelor cu sclerodermie sistemică sunt strâns legate de tipurile lor de atitudini față de boală. Atitudinile armonioase sunt asociate cu percepții pozitive asupra sănătății și rezistenței la boală, în timp ce atitudinile anxioase, ipohondrice, neurastenice, melancolice și sensibile sunt asociate cu percepții negative și o preocupare crescută pentru sănătate. Aceste constatări subliniază importanța intervențiilor psihosociale personalizate pentru a îmbunătăți percepția sănătății și calitatea vieții pacientelor.

Analiza corelațiilor Spearman relevă faptul că percepțiile generale de sănătate ale pacientelor diagnosticate cu sclerodermie sistemică sunt strâns legate de tipurile de atitudini față de boală. Atitudinile armonioase sunt asociate cu percepții pozitive asupra sănătății și rezistenței la boală, în timp ce atitudinile anxioase, ipohondrice, neurastenice, melancolice și sensibile sunt asociate cu percepții negative și o preocupare crescută pentru sănătate. Aceste constatări subliniază importanța intervențiilor psihosociale personalizate pentru a îmbunătăți percepția sănătății și calitatea vieții pacientelor.

Tipurile de atitudini față de boală:

- **Atitudinile armonioase** sunt asociate cu percepții pozitive ale sănătății și o rezistență crescută la boală.
- **Atitudinile ergopatice** nu prezintă corelații semnificative cu percepțiile generale de sănătate.
- **Atitudinile anxioase și ipohondrice** sunt legate de percepții negative ale sănătății și o preocupare crescută pentru sănătate.
- **Atitudinile neurastenice și sensibile** sunt asociate cu percepții negative ale sănătății și o preocupare crescută pentru sănătate.
- **Atitudinile melancolice** sunt corelate cu percepții negative asupra sănătății și o preocupare pentru sănătate.
- **Atitudinile egocentrice** nu prezintă corelații semnificative cu percepțiile generale de sănătate.

Această analiză evidențiază rolul crucial al atitudinilor față de boală în modelarea percepțiilor asupra sănătății și subliniază necesitatea abordărilor psihosociale adaptate pentru fiecare tip de atitudine în parte.

Putem afirma că ipoteza este confirmată: există o diversitate semnificativă de atitudini față de boală în rândul pacientelor diagnosticate cu sclerodermie sistemică, iar aceste atitudini sunt corelate cu percepții diferite ale sănătății și niveluri variabile de adaptare psihologică.

Concluzii

Studiul de față a investigat diversele tipuri de atitudini față de boală și percepțiile generale de sănătate în rândul pacientelor diagnosticate cu sclerodermie sistemică (SS) în Republica Moldova. Rezultatele obținute au evidențiat o diversitate semnificativă de atitudini față de boală, care sunt corelate cu percepții diferite ale sănătății și niveluri variabile de adaptare psihologică.

- *Atitudinile armonioase*: sunt rare, dar asociate pozitiv cu percepția sănătății actuale și rezistența la boală. Pacientele cu atitudini armonioase tind să perceapă starea lor de sănătate într-un mod mai pozitiv și să aibă o mai mare rezistență la efectele negative ale bolii. Aceste paciente beneficiază probabil de strategii eficiente de coping și suport social adecvat.

- *Atitudinile ergopatice*: pacientele cu atitudini ergopatice, care se concentrează excesiv pe muncă și activități pentru a compensa impactul bolii, nu au prezentat corelații semnificative cu percepțiile generale de sănătate. Aceasta sugerează că munca excesivă nu influențează semnificativ percepția sănătății sau adaptarea psihologică.

- *Atitudinile anxioase, ipohondrice, neurastenice, melancolice și sensibile*: aceste atitudini sunt asociate cu percepții negative ale sănătății actuale și viitoare, precum și cu o preocupare crescută pentru sănătate. Pacientele care manifestă aceste atitudini percep starea lor de sănătate într-un mod negativ și au tendința de a fi foarte preocupate de sănătate, ceea ce poate duce la un nivel crescut de stres și anxietate.

- *Atitudinile egocentrice*: nu au prezentat corelații semnificative cu percepțiile generale de sănătate, indicând faptul că această atitudine nu influențează în mod semnificativ modul în care pacientele percep sănătatea lor.

Aceste constatări subliniază importanța abordărilor terapeutice personalizate pentru a îmbunătăți adaptarea psihologică și calitatea vieții pacientelor cu sclerodermie sistemică. Intervențiile psihosociale ar trebui să fie direcționate spre reducerea anxietății, ipohondriei și sensibilității emoționale, promovând în același timp strategii eficiente de coping și suport social.

Bibliografie

1. ACR/EULAR criteria for classification of systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis*. 72(11):1747-55.2013.
2. BALINT M., Medicul, pacientul său și boala, ed. a 2-a, Editura Trei, București, 2017
3. BARSKY A. J., Borus, J. F. Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 134(9 Pt 2), 921-929. 2001.
4. BECK A. T., RUSH A. J., SHAW B. F., EMERY G. Cognitive therapy of depression. Guilford Press.1996.
5. CLARK L. A., WATSON D., MINEKA S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 103-116.2016.
6. COSMAN D., Psihologie medicală, Editura Polirom, Iași, 2010.
7. DAVIES A. R.,WARE J. E. Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment. Rand Corporation.1981.
8. ELȚNIKOV O. E. Manifestarea atitudinii față de boală. Editura Universitară, București, pp. 293-295.2022.
9. EȚCO C., CERNIȚANU M., FORNEA I., DANILIUC N., CĂRĂRUȘ M., GOMA L., Psihologie medicală. Suport de curs., Centru Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău, 2013.

10. GROSS J. J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (3), 281-291.2002
11. KUSHNER H. I., & BRENDDEL, D. H. Self-perceived burden, stress, and resilience among patients with chronic illness. Springer.2017
12. KWAKKENBOS, L., et al. Psychosocial Aspects of Scleroderma: Research and Practice. Springer, New York, pp. 85-87. 2021.
13. MALKINA-PYKH I.G. Psychosomatics: A Guide for Practical Psychologists. Moscow: Eksmo, 2005.
14. MILLON T., GROSSMAN S., MILLON C., MEAGHER S., & RAMNATH, R. Personality disorders in modern life. Wiley.1994.
15. SAENCIUC A. Fundamentele Comportamentului Sănătos. Editura Medicală, București, p. 97.2020.
16. SMITH J.A. et al. "Atitudinile psihologice și gestionarea bolilor cronice." *Jurnalul de Cercetare Autoimună*, 45(2), 123-135, 2018.
17. SMITH T. W., MACKENZIE, J. Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 77(6), 1917-1934.2015.
18. THOMBS B. D., et al. Cognitive-Behavioral Interventions for Anxiety and Depression in Scleroderma Patients. Springer, New York, pp. 112-113. 2021.
19. THOMBS B. D., et al. Coping Strategies and Quality of Life in Scleroderma Patients. Springer, New York, pp. 88-89. 2021.
20. ZIMMERMAN M., McGinnis, R. The impact of chronic illness on mental health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(1), 1-10.2018.
21. МЯСИЦЕВ В.Н. Психология отношений.
http://web.krao.kg/10_psihologia/0_pdf/10.pdf
22. Энциклопедия психодиагностики Psylab. Методика «Тип отношения к болезни».
https://psylab.info/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%C2%AB%D0%A2%D0%B8%D0%BF_%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%BA_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8C2%BB

CZU 159.922.8:37.064.3

ФАКТОРЫ БУЛЛИНГА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Елена АНДРЕЕВСКАЯ, докторант,
Государственный Университет Молдовы.

***Abstract.** In recent years, there has been an increased interest among researchers in the problem of bullying. In connection with the presence of this problem among teenagers, the factors and causes of bullying are considered and an educational strategy of an educational organization for the prevention and prevention of this type of violence is proposed.*

***Keywords:** adolescence, bullying, conflict, aggression, causes, factors.*

В условиях цифровизации общества перед образовательной организацией в центре внимания появляется проблема социализации обучающихся в новых условиях образовательной среды: информационно-насыщенной, коммуникационно-мобильной, обладающей потенциалом свободы выбора программ и курсов обучения. Обеспечение равных возможностей для получения доступного и качественного образования, с одной стороны, и, с другой стороны, бесконтрольное использование интернета и социальных сетей, особенно в подростковой среде общеобразовательной школы выявило следующие

противоречия между: – увеличением роли киберпространства в жизни современных подростков и необходимостью объективной оценки состояния буллинга в подростковой среде со стороны родителей; – существующими концепциями профилактики и предупреждения конфликтов и отсутствием стратегии образовательной организации по разработке и реализации человековедческих технологий по профилактике буллинга в подростковой среде.

В последние годы наблюдается повышенный интерес как отечественных исследователей к проблеме буллинга, так и в зарубежных учёных. Исследователи буллинга отмечают всплеск данного явления в подростковом возрасте [1, 12].

Выявление причин буллинга в подростковой среде, позволит правильно и грамотно решить проблему проектирования стратегии образовательной организации по профилактике буллинга в подростковой среде. Для определения причин возникновения буллинга, прежде всего, необходимо изучить психолого-возрастные особенности обучающихся.

В подростковом возрасте появляется потребность в общении со сверстниками. Происходит поиск своего места в жизни и в обществе сверстников.

Отношения со сверстниками в подростковом возрасте настолько важны, что нарушение этих взаимоотношений может привести к значительным проблемам в развитии личности подростка и выражаться, в том числе в низких отметках на уроках. [5, с. 246.] Общение в подростковом возрасте выходит далеко за рамки учебы, становится гораздо содержательнее, сложнее, многообразнее, чем у младших школьников. Общение со сверстниками для подростков большая ценность, чем общение с родителями, близкими [4, с. 35].

Причиной возникновения буллинга в этой связи, может быть социальный интерес, который проявляется в отношении подростка к самому себе: стремление к превосходству или субъективное чувство неполноценности. А также проявляется и в отношении к другим, как позитивно, так и негативно. Особое отношение к другим, вызывающие причины буллинга, характеризуется недоброжелательностью и агрессивностью. Соперничество, зависть, месть, злая шутка и другие случаи конфликтного поведения, – это самовозвышение за счет унижения другого [6].

«Буллинг (от англ. Bully – хулиган, драчун, насильник) – психологический террор, избиение, травля одного человека другим или группой людей. Школьный буллинг рассматривается в современном мире как серьезная социально-педагогическая проблема» [13, 14]. Проблема буллинга не имеет национальных границ и необходимо её практическое решение, необходима профилактика его наиболее опасных последствий. «Буллинг выражается в длительном физическом или психическом насилии со стороны индивида или группы в отношении индивида, не способного защитить себя в данной ситуации» [7].

Это форма жестокого обращения, когда физически или психически сильный индивид или группа таковых получает удовольствие, причиняя боль или насмехаясь, добиваясь покорности и уступок, завладевая имуществом более слабого. Пострадавшие склонны испытывать стыд и неуверенность в себе, но предпочитают не сообщать об издевательствах и унижениях [2].

В научной литературе выделяют следующие виды буллинга:

1. Социальная агрессия, направленная на индивида через отдельные группы или сообщества, исключая непосредственного общения с агрессором.
2. Непосредственная агрессия с физическим насилием.
3. Поведенческая агрессия: оскорбления и унижение достоинства жертвы.
4. Вербальная агрессия: интриги, шантаж и др.
5. «Словесный буллинг» – унижение непристойными словами, обзывания, придумывание кличек [3, 11].

В условиях цифрового общества, и, в частности, изменения образовательной среды, происходит вовлечение обучающихся в интернет-пространство. Подростки выкладывают личную информацию в Интернет на своих страницах в социальных сетях. Такая

информация используется другими людьми в целях агрессии против него самого. Появился новый вид насилия – кибербуллинг.

Опасность кибербуллинга состоит в том, что данный вид насилия может выйти из границ Интернета в реальную жизнь в виде других проявлений насилия. Рост травли детей в Интернете – общемировая тенденция, но для того, чтобы минимизировать риски общения школьников в Сети, прежде всего, необходимо упорядочить педагогическое сопровождение в школах, чтобы учителя, дети и родители могли совместно работать над снижением рисков инновационного способа насилия над ребенком [4]. Учитывая важность профилактики школьного буллинга, необходимо выяснить причины и факторы возникновения конфликтов, на основании которых происходит развитие ситуации буллинга.

Анализ научной литературы, позволил выделить четыре группы факторов возникновения конфликтов в подростковой среде, влияющих на развитие буллинга [3, 4, 10]:

1. Материально-бытовая неустроенность, недостаточность финансовых средств в семье подростка и т.п.

2. Организационно-управленческие. Факторы, описывающие причины конфликтов между самими обучающимися, а так же между учащимися и педагогами, обусловленные не выполнения ими учебных обязанностей [4].

3. Социально-психологические факторы. Эти факторы обусловлены созданием социальных групп. В процессе межличностной и межгрупповой коммуникации происходит искажение информации, предъявляется непроверенная информация или заведомо ложная информация, что приводит к негативным последствиям во взаимодействии подростков [10].

4. Личностные. Индивидуально-психологические и возрастные особенности подростка влияют на поведение его и умение взаимодействовать с другими школьниками. Данные факторы обусловлены спецификой культуры конфликтного поведения, конфликтоустойчивостью и агрессивным поведением подростка [3].

Выводы. Для решения проблемы буллинга в подростковой среде нужна стратегия развития воспитательного потенциала образовательной организации, основными направлениями которой являются:

– повышение психолого-педагогической компетенции педагогов в профилактике буллинга

– индивидуальные консультации детей специалистами школьных психолого-педагогических служб;

– формирование основ положительных эмоциональных отношений детей и подростков в классе; – правовое просвещение детей их родителей и учителей;

– создание службы по информационной безопасности в образовательной организации [9].

Буллинг среди подростков в настоящее время обуславливают активную работу педагогов, психологов и родителей по предупреждению данного явления. Среди возможных моделей системы профилактики школьного буллинга предлагается медиативный подход, который ещё требует всестороннего исследования.

Библиография

1. АСМОЛОВ, А.Г. *Формирование универсальных учебных действий в основной школе: от действия к мысли.* Система заданий: пособие для учителя / – 2-е изд. – М.: Просвещение, 2011– 159 с.

2. АНЦУПОВ, А.Я. *Профилактика конфликтов в школьном коллективе* /– М.:Владос, 2003. – 208 с.

3. АНЦУПОВ А.Я., ШИПИЛОВ А.И. *Конфликтология.*: Учебник для вузов. 6-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 528 с.

4. БАНЬКИНА, С.В. *Конфликтология в школе.* Часть II Учебно-методическое пособие для средних общеобразовательных учреждений. – М., 2002 г.– 224 с.

5. БЕЛКИН, А.С. *Основы возрастной педагогики* / Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 192 с.
6. ДУБОВИЦКАЯ Т.Д., ТУЛИТБАЕВА Г.Ф. *Социальный интерес: понятие, структура, диагностика, развитие* // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 11-10. – С. 2276-2279
7. КОН И. С. *Мальчик – отец мужчины..* – Москва: Время, 2009. – 702 с.
8. КРЕЙХИ, Б. *Социальная психология агрессии*. – СПб.: Питер, 2003. – 336 с.
9. САНИНА, Е.И. *Профилактика кибербуллинга как цель социализации подростков в условиях цифровой среды* Сборник научных трудов «Проблемы современного педагогического образования». – Ялта: РИО ГПА, 2020, – Выпуск 68. – Ч. 4. – С. 210-212.
10. ТРОФИМОВ Г.Д. *Управление конфликтами на предприятии*. /– Москва: Лаборатория книги, 2010. – 109 с.
11. ШАПОВАЛЕНКО, И. В. *Возрастная психология* (Психология развития и возрастная психология) – М.: Гардарика, 2005. – 349 с.
12. SWEARER, S. *Bullying prevention and intervention*– New York: The Guilford Press, 2009.
13. SMITH, P.K. *School bullying: Insights and perspectives*– London: Routledge, 2002.
14. OLWEUS, D. *Bullying at school. What we know and what we can do*– Oxford: Blackwell Publishers, 1994.

CZU 159.923.2-053.9

SINGURATATEA PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN SOCIETATEA ROMÂNEASCĂ CONTEMPORANĂ

Cristina VLAICU, doctorand,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”

***Abstract.** In the specialized literature there is no clear differentiation, which would allow the delimitation of the phenomenon of loneliness by assigning a psychological category, psychic process, in order to identify the mechanisms of loneliness, the ways of its manifestation. In this article, a synthesis is carried out, which presents the theoretical approaches to the interpretation of loneliness among the elderly. The purpose of this study by population is to analyze the association between loneliness and physical health, pain, health-related quality of life, mental health, cognitive performance, morbidity and the use of health services. Loneliness is a universal problem that can affect anyone, regardless of age, ethnicity and gender. People alone in the long run enter a vicious cycle of isolation, the consequences being serious and concern physical and mental health. Loneliness is very painful, emotionally exhausting, inhibitory in interpersonal relationships with regressing effects from a psychological point of view, which predicts psychiatric, cardiac, immune, endocrine, cognitive disorders and increases the chances of a premature death by approximately. The long-term consequences of living alone are associated with a steady decline in well-being and have a negative impact on the entire personality structure, on the ability to relate and on the quality of life in general.*

Keywords: *loneliness, elderly, cognitive performance, mental health, morbidity*

Singurătatea este una dintre cele mai urgente probleme ale societății moderne. Acesta nu este doar un fenomen complex al vieții umane individuale, ci și cel mai important fenomen social care necesită o reflecție socio-filozofică profundă. Omul secolului al XXI-lea se simte din ce în ce mai izolat de felul său. Se simte ca un neînsemnat în mecanismul politicii globale, singur și abandonat într-o lume străină pentru el. În sfera relațiilor politice și economice globale, un individ și lumea sa interioară își pierd importanța primordială în comparație cu interesele statului, regiunii, organizației sau colectivului. Consecințele pe termen lung ale trăirii singurătății au impact negativ

asupra întregii structuri a personalității, asupra capacității de relaționare și asupra calității vieții în general.

Numai cu o abordare interdisciplinară largă este posibil să înțelegem cu acuratețe fenomenul singurătății, transformarea lui în lumea modernă și să prezicem impactul asupra lumii viitorului. Scopul cercetării constă în examinarea problemelor de singurătate în rândul vârstnicilor. Articolul examinează abordările teoretice pentru înțelegerea problemei singurătății în rândul vârstnicilor.

Relevanța științifică și teoretică a abordării problemei singurătății în societatea modernă este asociată cu o interpretare ambiguă a schimbărilor care au loc în aceasta și, în consecință, a atitudinilor după care o persoană ar trebui să fie ghidată în viața sa. Singurătatea afectează indivizii la orice vârstă și are conotații deosebite în rândul persoanelor în vârstă.

Problema singurătății a devenit o preocupare majoră pentru profesioniști din toate domeniile și chiar pentru autoritățile politice datorită efectelor acesteia asupra sănătății individuale și sociale, asupra bunăstării populației și a relației cu rețelele de sprijin social. Conceptul de singurătate este un construct psihologic multidimensional care a fost considerat convențional ca o experiență neplăcută cauzată. În știința socio-psihologică, se susține că adaptarea persoanelor în vârstă la noul lor statut social și mediu social, pierderea locului de muncă, le poate afecta negativ sănătatea fizică, psihologică și socială. Bazându-ne pe analiza literaturii de specialitate, ajungem la concluzia că singurătatea este un construct multidimensional asociat cu mai multe variabile [1].

Apariția singurătății la persoanele din grupa de vârstă mai înaintată este asociată cu o serie de motive, atât subiective (satisfacție cu condițiile de viață, autocontrol, compararea propriei experiențe trecute cu experiența altor persoane), cât și obiective (numărul de prieteni, frecvența contactelor, capacitatea de a comunica cu copiii și rudele) etc.). Îmbătrânirea este o serie de procese care încep cu viața și continuă pe tot parcursul ciclului de viață. Reprezintă perioada de închidere a duratei vieții, o perioadă în care individul se uită înapoi la viață, trăiește pe realizările trecute și începe să-și termine cursul vieții. Adaptarea la schimbările care însoțesc vârsta înaintată necesită ca un individ să fie flexibil și să dezvolte noi abilități de adaptare pentru a se adapta la schimbările care sunt comune în această perioadă a vieții lor [2].

Odată cu bătrânețea vine frica și singurătatea, cauzate de sănătatea precară și frica de moarte. Procesul de îmbătrânire, reprezintă parcurgerea unor etape, care odată cu trecerea la o altă etapă, urmează o serie de schimbări de natură fizică, psihică, socială, determinate fiind de dezvoltarea umană. În această perioadă care apare declinul treptat și gradual al capacităților mentale din prisma unei analize psihice asupra corpului uman. Dacă în trecut îmbătrânirea era întâlnită ca o parte idealizată a vieții acum îmbătrânirea pentru multe persoane, reprezintă: inutilitate, singurătate, suferință, stare de sănătate precară. Termenul de îmbătrânire, desemnează un fenomen individual, cel al incidenței vârstei, în dimensiunile sale biologice și psihologice, asupra persoanei, de la nașterea sa până la deces.

Bătrânețea este vârsta - un mister, perioada finală a vieții umane, care se exprimă nu numai într-o scădere treptată a capacităților corpului uman, în slăbirea sănătății, o scădere a forței fizice, ci și în schimbări psihologice reale, cum ar fi ca, de exemplu, retragerea intelectuală și emoțională în lumea interioară, în experiențele asociate cu evaluarea și înțelegerea vieții trăite. Odată cu vârsta, evenimentele care duc la singurătate devin din ce în ce mai triste și mai puțin conștiente pentru bătrâni (despărțirea devine finalul final - fără speranță și inevitabil; în timp ce pentru tineri, totul poate fi repetat, reîntors, reluat din nou). Singurătatea nu este întotdeauna un însoțitor necesar al îmbătrânirii, ci credința că va deveni inevitabil o predicție care există pe sine.

Definiția sănătății cu privire la bătrânețe este un subiect de dezbatere. Există un consens că sănătatea la bătrânețe nu poate fi definită în mod semnificativ ca absența bolii, deoarece prevalența tulburărilor diagnosticabile la populațiile în vârstă este mare. În schimb, sănătatea este considerată a fi cu mai multe fațete: diagnosticul bolii ar trebui completat de evaluarea disconfortului asociat cu simptomele, amenințarea vieții, consecințele tratamentului, capacitatea funcțională și evaluările subiective ale sănătății.

Există un număr tot mai mare de dovezi care sugerează că factorii psihologici și sociologici au o influență semnificativă asupra gradului de îmbătrânire a indivizilor. Cercetările privind îmbătrânirea au demonstrat o corelație pozitivă între credințele religioase, relațiile sociale, sănătatea percepută, autoeficacitatea, statutul socioeconomic și abilitățile de a face față cuiva, printre altele, cu capacitatea sa de a îmbătrâni cu mai mult succes.

Cercetările asupra efectelor fizice și psihologice ale singurătății confirmă că aceasta poate avea un efect negativ asupra îmbătrânirii sănatoase, provocând depresie și chiar deteriorare fizică, crescând șansele noastre de a fi afectați de boală și boală. Adesea, atunci când vorbim despre sănătate accentul se pune pe sănătatea fizică. Dar, sănătatea emoțională este strâns legată de bunăstarea fizică și cognitivă. Singurătatea este rezultatul unei discrepanțe între nivelul de conexiune socială dorită a unei persoane și relațiile avute de fapt. Este o experiență subiectivă specifică percepției fiecărei persoane despre ceea ce înseamnă a fi izolat. În plus, natura rețelei noastre sociale este cheia pentru nivelul de izolare socială pe care îl experimentăm. Modelele teoretice sugerează că singurătatea are consecințe sociale, cognitive și biologice care ar putea crește riscul depresiei ulterioare.

Mecanismele potențiale pentru această asociere includ percepții negative ale interacțiunilor sociale, scheme cognitive negative, așteptări de amenințare socială, stres crescut, stima de sine redusă și efecte biologice asupra răspunsului la stres și a inflamației. Determinanții singurătății sunt definiți cel mai adesea pe baza a 2 modele cauzale. Primul model examinează factorii externi, care sunt absenți în rețeaua socială, ca rădăcină a singurătății; în timp ce al doilea model explicativ se referă la factorii interni, cum ar fi personalitatea și factorii psihologici.

Singurătatea poate duce la consecințe grave asupra sănătății. Este unul dintre cei 3 factori principali care conduc la depresie și o cauză importantă a sinuciderii și a tentativelor de sinucidere [3]. Un studiu realizat de Hansson a arătat că singurătatea era legată de o ajustare psihologică slabă, de nemulțumirea față de relațiile familiale și sociale [4].

Un studiu realizat de Max a arătat că prezența singurătății percepute a contribuit puternic la efectul depresiei asupra mortalității [5]. Astfel, la cei mai bătrâni, depresia este asociată cu mortalitatea doar atunci când sunt prezente sentimente de singurătate. Depresia este o problemă care însoțește adesea singurătatea. În multe cazuri, simptomele depresive precum sevrăjul, anxietatea, lipsa de motivație și tristețea imită și maschează simptomele singurătății.

Depresia sau apariția simptomatologiei depresive este o afecțiune proeminentă în rândul persoanelor în vârstă, cu un impact semnificativ asupra bunăstării și calității vieții. Multe studii au demonstrat că prevalența simptomelor depresive crește odată cu vârsta [6]. Simptomele depresive nu numai că au un loc important ca indicatori ai bunăstării psihologice, dar sunt, de asemenea, recunoscuți ca predictorii semnificativi ai sănătății funcționale și longevității. Studiile longitudinale demonstrează că simptomele depresive crescute sunt asociate semnificativ cu dificultăți crescute în activitățile din viața de zi cu zi [7]. Datele comunitare indică faptul că persoanele în vârstă cu tulburări depresive majore prezintă un risc crescut de mortalitate [8]. Există, de asemenea, studii care sugerează că tulburările depresive pot fi asociate cu o reducere a funcțiilor cognitive [9].

Depresia are o legătură cauzală cu numeroase probleme sociale, fizice și psihologice. Aceste dificultăți apar adesea la vârsta adultă în vârstă, crescând probabilitatea depresiei; totuși depresia nu este o consecință normală a acestor probleme. Studiile au descoperit că vârsta nu este întotdeauna legată în mod semnificativ de nivelul de depresie și că cei mai în vârstă dintre bătrâni pot avea chiar abilități mai bune de a face față depresiei, făcând simptomele depresive mai frecvente, dar nu la fel de severe ca la populațiile mai tinere. Există indicii puternice că depresia crește substanțial riscul de deces la adulți, mai ales din cauze nenaturale și boli cardiovasculare [10]. Unele studii pe populație au constatat că această relație independentă există mai târziu în viață, în timp ce altele nu.

Singurătatea a fost, de asemenea, legată de anxietate, în special de anxietatea socială. Stresul perceput în jurul inițierii sau participării la interacțiuni sociale, îngrijorarea că nu are abilități sociale puternice și încrederea scăzută în capacitatea cuiva de a naviga în situații sociale sunt toți factorii potențiali legați de anxietatea socială care îi pot determina pe oameni să

evite conectarea cu ceilalți. Hawkley și Cacioppo au descoperit, de asemenea, că singurătatea poate fi chiar legată de tulburările de personalitate și psihoza, unde problemele semnificative de sănătate mintală pot amplifica singurătatea printr-o izolare socială crescută [11].

Probabilitatea ridicată ca problemele de sănătate mintală și diagnosticele să poată cauza sau spori singurătatea sugerează că accesarea suporturilor de sănătate mintală pentru a îmbunătăți abilitățile de adaptare, abilitățile de rezolvare a problemelor și îmbunătățirea calității vieții poate ajuta la reducerea singurătății la vârstnici.

Sociabilitatea joacă un rol important în protejarea oamenilor de experiența suferinței psihologice și în creșterea bunăstării. Izolarea socială este un factor de risc major pentru dificultățile funcționale la persoanele în vârstă [11]. Persoanele implicate într-o relație pozitivă tind să fie mai puțin afectate de problemele de zi cu zi și să aibă un sentiment mai mare de control și independență. Cei fără relații devin adesea izolați, ignorați și deprimați.

Numărul persoanelor în vârstă este în creștere în întreaga lume. Pe măsură ce indivizii îmbătrânesc, ei se confruntă cu numeroase schimbări de rol fizic, psihologic și social care le provoacă sentimentul de sine și capacitatea de a trăi fericiți. Depresia și singurătatea sunt considerate a fi problemele majore care conduc la deteriorarea calității vieții în rândul persoanelor în vârstă. În același timp, bătrânețea poate fi și o oportunitate de a face noi prieteni, de a dezvolta noi interese, de a descoperi căi noi de slujire, de a petrece mai mult timp în părtășie cu Dumnezeu. Poate fi fericit și încântător sau gol și trist - depind în mare măsură de credința și harul persoanei implicate.

Singurătatea este un fenomen frecvent în societatea noastră și trebuie abordat pentru a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor în vârstă. Singurătatea este, așadar, o țintă care trebuie vizată din mai multe fronturi dacă dorim să o atenuăm sau să-i micșorăm frecvența. O abordare adecvată a acestui fenomen complex trebuie să ia în considerare această realitate pentru a maximiza probabilitatea de succes sau de îmbunătățire. Tocmai această complexitate poate explica, în parte, eficacitatea îndoielnică a numeroaselor intervenții menite să reducă singurătatea, precum și discrepanța între rezultatele cercetărilor în acest domeniu [1]. Singurătatea este o problemă de sănătate publică serioasă și răspândită care afectează sănătatea, starea de bine și longevitatea.

Relevanța studiului constă în faptul că problema singurătății a devenit o problemă serioasă a societății moderne. Toate acestea duc la faptul că sunt mai mulți oameni care trăiesc separat. Problema începe însă atunci când singurătatea provoacă o reacție negativă și aduce suferință. Este necesară studierea și sistematizarea datelor existente despre acest fenomen. Întrebarea de cercetare este să înțelegem ce explică sentimentul de singurătate la persoanele în vârstă.

Știm că nu putem împiedica evoluția firească a cursului vieții. Fiecare vârstă se confruntă cu problemele ei, dar în același timp fiecare vârstă are frumusețea și farmecul ei, inclusiv vârsta a treia, aspecte pe care trebuie să le arătăm ca atare, cu valențele ei pozitive sau negative, așa cum este situația de fapt. Insa societatea are un rol important în tratarea și prevenirea singurătății în rândul bătrânilor.

Relațiile sociale și prietenii nu au doar un impact crucial asupra reducerii riscului de mortalitate sau de a dezvolta anumite boli în rândul bătrânilor, ci, mai mult, acestea pot ajuta o persoană în vârstă să se recupereze și să se simtă mai bine în cazul în care aceasta suferă de o anumită afecțiune [13].

Conștientizând acest lucru, oamenii pot fi mai receptivi la nevoile de interacțiune socială ale bătrânilor. O vizită, o discuție, implicarea, deschiderea și acceptarea lor activă în viața noastră le va întări stima de sine și vor putea îmbătrâni mai frumos. Singurătatea reprezintă o problemă majoră care afectează calitatea vieții în rândul persoanelor în vârstă [14]. Dar bătrânețea poate fi o oportunitate de a lega noi prietenii, de dezvoltare a noi interese, de a ne ocupa mai mult de partea spirituală. Bătrânețea poate fi o perioadă de fericire și împlinire sau de singurătate și tristețe. În mare parte acest lucru depinde foarte mult de personalitatea, caracterul, încrederea și deschiderea noastră.

Bibliography

- [1] MASI,C.,M, CHEN,Y., HAWKLEY,L.,C., ,CACIOPPO,J.,T. "A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness," *Personality and Social Psychology Review*, vol. 15, no. 3, 2010.
- [2] WARNICK,B.J. Listening with different ears: counseling people over sixty, Fort Bragg: QED Press, 1995.
- [3] GREEN,B.,H. et al."Risk factors for depression in elderly people: a prospective study," *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 86, no. 3, pp. 213-217, 1992.
- [4] HANSSON,R.,O. et al. Hansson R. O, "Loneliness and Adjustment to Old Age," *The International Journal of Aging and Human Development*, vol. 24, no. 1, pp. 41-53, 1986.
- [5] MAX,L.,S. et al. "Is depression in old age fatal only when people feel lonely?," *American Journal Psychiatry*, vol. 162, no. 1, 2005.
- [6] KENNEDY,G.,J. "The epidemiology of late-life depression," in *Suicide and depression in late life: Critical issues in treatment, research and public policy*, K. G. J, Ed., New York, John Wiley and Sons, 1996, pp. 23-37.
- [7] PENNINX,B.,W. et al. "Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons," *Journal of the American Medical Association*, vol. 271, no. 21, pp. 1720-1726, 1998.
- [8] BRUCE,M.,L. et al. "The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of successful aging," *American Journal of Public Health*, vol. 84, no. 11, p. 1796–1799, 1994.
- [9] SPECK,C., E. et al. "History of depression as a risk factor for Alzheimer’s disease," *Epidemiology*, vol. 6, no. 4, pp. 366-369, 1995.
- [10] WULSIN,L.,R., VAILLANT,G.,E.,WELLS,V.,E. "A systematic review of the mortality of depression," *Psychosomatic Medicine*, vol. 61, no. 1, pp. 6-17, 1999.
- [11] POSNER,R. Aging and Old Age, USA: University of Chicago Press, 1995.
- [12] CACIOPPO,J.,T.,HAWKLEY,L.C. "Perceived social isolation and cognition," *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 13, 2009.
- [13] BOSS,L.,KANG,D.,H.,BRANSON,S., "Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review," *International Psychogeriatrics*, vol. 27, 2015.
- [14] BORCHELT,M. et al. "On the significance of morbidity and disability in old age," in *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, M. K. Baltes P.B, Ed., New York, Cambridge University Press, 1999, pp. 403-429.

CZU 316.482.051.63

ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПОКОЛЕНИЙ X, Y И Z. КАК НАЙТИ ОБЩИЙ ЯЗЫК

Татьяна АФАНАСИУ, психолог,
Высшая дидактическая степень,
магистр психологии,
Теоретический лицей им. «Петру Мовилэ»,
мун. Кишинэу, Республика Молдова.

*Два человеческих изобретения можно
считать самыми трудными,
а именно: искусство управлять
и искусство воспитывать.
И.Кант*

***Annotation:** The article examines modern challenges in education arising from changing value systems across generations. The author analyzes how differences between generations X, Y, and Z impact the educational process. Generation X, raised in an independent environment, is characterized by a drive for self-realization. Millennials, or Generation Y, require immediate results and actively utilize digital technologies, influencing learning approaches. Generation Z, known as the "internet generation," focuses on short-term goals and individualism. The article proposes methods to integrate these differences into educational practices to achieve common objectives.*

В современном обществе ключевыми оперативными вызовами становятся вопросы преобразовываемости понятий «хорошо» и «плохо», а также определения качественного образования и основ нового обучения в области науки и технологий. Сопровождающими темами являются способы взаимодействия между разными группами людей и методы общения между детьми и взрослыми. Тем не менее реальная система образования относительно часто не отвечает требованиям современных учащихся. Время трансформируется, и, соответственно, изменяются сами люди. Для качественного образовательного процесса необходимо, чтобы как преподаватели, учащиеся так и студенты имели общее понимание и стремились к одной цели. Но как этого добиться, если учитель и ученик являются разными поколениями? Сумеет ли теория поколений дать ответы на эти вопросы? Давайте рассмотрим это подробнее.

Теория поколений рассматривает два основных аспекта:

- ценности;
- циклы событий и явлений, которые формируют эти ценности.

Сущность данной теории является в том, что ценностные системы у людей, выросших в несхожие исторические эпохи, заметно расходятся. Союзники этой теории говорят, что поколение — это группа людей, родившихся в определенный период и переживших влияние одинаковых событий и видов воспитания, что приводит к аналогичным ценностям. Данные факторы часто остаются необнаруженными, но они играют важную роль в развитии и формировании нашего поведения: в том, как мы общаемся, регулируем конфликты, строим цели и что нас вдохновляет.

В настоящее время в мире проживают представители различных поколений, каждая из которых имеет свои особенности и контекст. К ним относятся:

1. Поколение Победителей (1900–1922 гг.).
2. Поколение Молчаливых (1923–1942 гг.).
3. Поколение Беби-Бумеров (1943–1962 гг.).
4. Поколение X (1963–1982 гг.).
5. Поколение Миллениалов (или поколение Y) (1983–2002 гг.).
6. Также выделяют поколение Z, начавшееся с 2003 года.

В современных школах учатся представители поколения Z, включающие учащихся с 1 по 12 классы. Преподаватели, как правило, принадлежат к поколению X, тогда как учащиеся школ, студенты вузов относятся к поколению Y. Собственно эти три группы считаются наиболее интересными в среде образовательной системы, и стоит рассмотреть каждую из них подробнее.

Поколение X (икс).

Сформировалось на фоне идеалов предыдущего поколения и выросло в эпоху научного прогресса и космических достижений. Эти люди пережили Холодную войну, застой и начало военных конфликтов в Афганистане. В этот период в страну проникали наркотики, что негативно сказалось на интеллектуальном потенциале следующего поколения.

Из-за постоянной занятости родителей, многие из которых были трудоголиками, представители поколения X стали очень самостоятельными. Поэтому их иногда называют «поколением с ключом на шее». Родители работали с утра до вечера, и детям приходилось рано осваивать навыки автономии: они самостоятельно выполняли домашние задания и разогревали еду, оставленную старшими. Эти обстоятельства сформировали их менталитет, основанный на готовности к переменам и опоре только на собственные силы и опыт.

У представителей поколения X существует стремление к постоянной реализации себя и освоению новых областей знаний, что не всегда определяется установленными правилами. Их качества способствовали появлению множества инновационных проектов в новых сферах и отраслях. Они умеют находить нестандартные решения, быстро реагировать на неожиданные ситуации и исследовать неизведанные темы, что делает их успешными в решении различных задач, включая повседневные.

Поколение Y (игрек).

Известное как миллениалы, выделяется тем, что их детство и первые этапы социализации и профессионального развития пришлось на крайне непростые и нестабильные 1990-е годы в нашей стране. Этот период был отмечен распадом Советского Союза, военным конфликтом, а также бурным развитием технологий, интернета и мобильной связи. В результате, скорость изменений вокруг них значительно возросла.

Многие представители поколения Y не приобрели ту самостоятельность, которая была характерна для их родителей — «иксов» — и дедушек — «бумеров». Их родители, стремясь защитить их, часто баловали и ограждали от самостоятельных действий, что привело к уверенности в своей ценности, но не способствовало развитию независимости.

Поскольку внешняя среда менялась очень быстро в процессе взросления миллениалов, у них сформировались такие черты, как стремление к немедленному вознаграждению за свои усилия и скептическое отношение к долгосрочным перспективам. Высокая нестабильность 1990-х годов привела к нежеланию строить долгосрочные планы и слабому интересу к будущему. Это поколение ориентировано на достижение быстрых результатов, предпочитая жить настоящим моментом. Миллениалы стремятся получить все и желательно сразу, осознавая, что мир вокруг них изменяется слишком быстро. Развитие коммуникаций позволило «миллениалам» стать более общительными, но при этом социальные связи стали слабее. Умеющие быстро набирать сообщения представители «поколения большого пальца» знакомы с техникой с самого детства.

Следует отметить, что миллениалы проявляют заметный интерес к цифровым технологиям, особенно к компьютерным играм. Их влияние на когнитивные, эмоциональные и психологические аспекты личности многогранно и не ограничивается лишь развлекательным временем препровождением. Игры способствуют формированию у геймеров навыков постановки краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных целей, а также помогают сосредоточиться на их достижении. Успех в игре приносит мгновенное и осязаемое вознаграждение, которое становится заметным для других участников, тем самым увеличивая уровень социального признания в игровом сообществе.

Для поколения Y (игрек) жизнь без социальных сетей и интернета представляется невозможной. Миллениалы предпочитают общение через Skype, SMS и мессенджеры, отказываясь от традиционных форм коммуникации, таких как телефонные звонки или личные встречи. Они считают, что доступ к информации важнее, чем её обладание. Это приводит к тому, что подростки проявляют кажущуюся «поверхностность» в своих интересах в сети, что на практике выражается в их способности к многозадачности: они могут одновременно переписываться с друзьями, делать домашние задания, слушать музыку и редактировать фотографии. Эта многозадачность не только не снижает их продуктивность в выполнении основных задач, таких как учеба, но даже увеличивает её эффективность.

Еще одной значимой чертой миллениалов является их увлечение модой и брендами. Даже занятия спортом они выбирают не ради здоровья или успеха, а из-за моды и

удовольствия. Их девиз — «Жить для удовольствия, успеть всё!» — оттягивает переход во взрослую жизнь, и многие продолжают жить с родителями. У этого поколения нет традиционных героев, но есть кумиры, что подчеркивает их стремление к самовыражению.

На основании вышеизложенного возникает вопрос: каким образом должно выглядеть образование, чтобы максимально раскрыть таланты и способности миллениалов?

Первым шагом является создание высококвалифицированной среды в образовательных учреждениях, где творческий подход к работе с молодыми людьми будет максимально выражен. Это должно способствовать их саморазвитию, самораскрытию и самоактуализации. Важно, чтобы представленные ценности «игреки» могли воспринимать как свои собственные.

Во-вторых, следует значительно увеличить количество гуманитарных дисциплин, которые помогают развивать навыки межличностного и межкультурного общения, что является особенно актуальным для миллениалов.

Третьим важным элементом станет разработка индивидуальных «дорожных карт» и «маршрутов» для учащихся. Это потребует изменения традиционных ролей учителей и лекторов на более современные, такие как коучи, тьюторы и фасилитаторы, которые смогут направлять студентов к их целям и помогать в их осознании.

В-четвертых, необходимо активнее внедрять систему прикладного бакалавриата в существующую образовательную модель. Это обеспечит выпускникам возможность не только овладеть теоретическими и практическими знаниями, но и приобрести набор личностных качеств и навыков, необходимых для успешной профессиональной деятельности.

На смену миллениалам приходит поколение Z, которое проявляет еще более яркие черты, отражающие указанные тенденции.

Поколение Z (зэт).

Поколение Z также известно как «Хоумлендеры», включает детей и подростков, родившихся после 2000 года, чье взросление происходит в условиях цифровой эпохи, что в значительной степени определяет их социальные и межличностные взаимодействия. Эти молодые люди известны как «интернет-поколение», поскольку они с раннего возраста живут в онлайн-пространстве и социальных сетях, что существенно влияет на их систему ценностей и формирует новое мировоззрение молодежи.

Особенности детей поколения Z и пути налаживания общения с ними.

1. Технологическая среда. Поколение Z выросло в эпоху мультимедийных технологий и цифровых средств, что делает их основными потребителями информации из Интернета. Они прекрасно ориентируются в цифровом пространстве и предпочитают виртуальное общение личным встречам. Чаще всего они разбираются в технических вопросах лучше, чем в эмоциях и поведении людей. Родители и школьники создают группы и чаты в социальных сетях, таких как ВКонтакте и WhatsApp, для совместного общения. Наличие классного руководителя в таких группах помогает следить за событиями и оперативно реагировать на возможные конфликты.

2. Краткосрочные цели. Дети этого поколения, как правило, фокусируются на достижении быстро реализуемых целей, что отражает их стремление к моментальным результатам.

3. Индивидуализм и потребительский подход. Поколение Z проявляет ярко выраженный индивидуализм и ориентировано на потребление, что подчеркивает их личные интересы и предпочтения.

4. Ценности честности и откровенности». Эти молодые люди ценят искренность и открытость в общении, что влияет на их отношения с окружающими.

5. Самообразование. Они быстро взрослеют, активно обучаясь и развиваясь через ресурсы Интернета, что формирует их независимость в приобретении знаний.

6. Многозадачность. Уникальным феноменом этого поколения является способность к многозадачности. Ребёнок может одновременно общаться в чате, искать информацию,

скачивать музыку, разговаривать по скайпу, слушать музыку и делать домашние задания, при этом наслаждаясь перекусом. Это не должно вызывать раздражение — такой образ жизни требует адаптации к новому темпу жизни, в котором нужно успевать делать и видеть много нового.

Характеристики обучения и когнитивных процессов у детей поколения Z.

7. Мотивация к обучению. Представители поколения Z склонны заниматься только тем, что их по-настоящему увлекает, в то время как все, что не вызывает интереса, остается без внимания.

8. Структура памяти. У детей этого поколения наблюдается изменение в способах запоминания информации. Вместо того чтобы фиксировать содержание, они запоминают, где именно находится нужная информация, а также процесс ее поиска. Это приводит к тому, что их память становится более поверхностной и кратковременной.

9. Концентрация внимания. Средняя длительность концентрации у современных школьников заметно сократилась по сравнению с 10–15 лет назад. Если раньше учащиеся могли сосредоточиться на уроке в течение 40 минут, то сегодня это время значительно сократилось: обычный «зет» способен удерживать внимание максимум 10–15 минут.

10. Клиповое мышление. Как отметил американский педагог Марк Пренски, современные подростки развивают так называемое «клиповое мышление». Они предпочитают усваивать информацию небольшими порциями, что делает чтение длинных произведений, таких как «Война и мир», менее привлекательным. Вместо этого они обращаются к комиксам и коротким текстам, размещенным на одном экране, и перерабатывают информацию так же — быстро и фрагментировано.

11. Гиперактивность. Дети поколения Z испытывают трудности с длительной концентрацией на одной задаче, что делает их довольно непоседливыми и подверженными расторможенности. Это может негативно сказаться на их успеваемости из-за отсутствия усидчивости и терпения, хотя они могут проявлять выдающиеся способности в определенных областях. С течением времени такие черты поведения могут немного сглаживаться, однако будущее может привести к формированию общества, где гиперактивность станет нормой. Люди будут отличаться повышенной потребностью в новизне, склонностью к поиску острых ощущений, меньшей терпимостью и предрасположенностью к конфликтам.

Особенности взаимодействия с поколением Z

12. «Тенденция к самоизоляции». Поколение Z демонстрирует склонность к аутизации — погружению в собственный внутренний мир. Это не следует путать с аутизмом как расстройством, хотя число детей с аутистическими чертами действительно растет. В данном контексте аутизация воспринимается как способ адаптации к современным вызовам, предоставляющий защиту от стрессов, связанных с окружающей реальностью.

Говоря о трудностях в понимании и воспитании этого поколения, стоит отметить их уникальную характеристику, которую можно считать как недостатком, так и достоинством — легкость. Она проявляется во всех аспектах жизни: в восприятии, принятии решений и изменении интересов. «Зеты» ориентированы на «здесь и сейчас», а виртуальная среда дает им возможность быть заметными в любом уголке планеты, при этом они предпочитают не устанавливать крепкие социальные связи и не привязываться к конкретным местам. Они не боятся рисковать, в том числе, оставаясь без средств и покупая билеты «в один конец».

Поколению Z не требуется (по их собственному мнению) 12 лет школьного обучения и четыре года в университете для достижения успеха и ощущения счастья. Они предпочитают участвовать в вебинарах, находясь за тысячи километров от лекторов, и читают книги из лучших электронных библиотек мира. Для них диплом — это лишь формальность, необходимая для HR-отделов.

Те, кто выбирает академический путь, должны учитывать особенности этого поколения. Например, «зеты» привыкли использовать интернет для поиска информации:

они формируют четкие запросы и ожидают ясных ответов, поэтому читать длинные тексты — не их forte. Они умеют выделять главное и фильтровать информацию, что становится ключевой компетенцией в условиях информационного и знаниевого общества.

Записи и конспекты для них не важны; зачем тратить время на переписывание, если можно просто сфотографировать информацию на доске и поделиться ей в общем чате через социальные сети или мессенджеры? Коллективное общение в чатах — еще одна отличительная черта «зетов». Они имеют особую предвзятость к подаче информации и предпочитают ярких, харизматичных спикеров. Например, когда «зеты» смотрят образовательные видео, они выбирают эмоциональных блогеров, а в своей новостной ленте добавляют в «избранное» только яркие изображения и ролики в «Инстаграме» продолжительностью около минуты.

Библиография:

- 1) Теория поколений. Необыкновенный Икс / Е. Никонов — «Синергия», 2016.
- 2) Лазло А. Рассуждения о будущем образования.
- 3) http://futuresruss.ru/young-generation/education/future_of_education.html.
- 4) Шамис Е. В каких условиях растет поколение Милениум и Z и что станет их ценностями. <http://rugenations.su/2009/05/21/в-каких-условиях-растет-поколение-мил/>.
- 5) Кукина Е. 2012. Теория поколений. <http://deloru.ru/article/3726/>

CZU 159.937:75

CREAREA COMPOZIȚIILOR ARTISTICO-PLASTICE DE CĂTRE COPII ÎN CONTEXTUL DEZVOLTĂRII ABILITĂȚILOR PERCEPTIVE INDIVIDUALE. STILIZAREA PORTRETULUI: „CHIPUL MAMEI”

Rodica UNGUREANU, Conducător de Cerc, domeniul Arte, profil Artă Plastică, profesoară de Discipline de Specialitate, grad didactic unu, Centrul de Creație a Copiilor „Miron Blanc” din Bălți

Ina BIDEAC, Conducător de Cerc, domeniul Cultură și Societate. Profil Social-pedagogic, Centrul de Creație pentru Copii „Miron Blanc” din Bălți

Elena PRUNICI, asistent universitar, Centrul de Formare Continuă și Leadership, Universitatea Pedagogică de Stat „ Ion Creangă” din Chișinău

Marina GUMENIUC, profesoară de limba și literatura română, grad didactic doi, director, Gimnaziul nr.3 din Bălți

Iurie UNGUREANU, doctor în științe chimie-fizică, profesor de chimie, fizică și biologie grad didactic superior, Gimnaziul nr.3 din Bălți, Liceul Teoretic „M. Gorki” din Bălți și Facultatea de chimie „Alexandru Ioan Cuza” din Iași.

***Abstract.** The painting circle "Poienița colorată" within the Center for Children's Creation "Miron Blanc" in Bălți offers children to use different materials, techniques and tools to create artistic-plastic compositions Portrait stylization: "Mother's face" unique and personal. The development of individual perceptive skills serves as a benchmark for expressing feelings, emotions, the manifestation of emotions and well-being. In the process of creating artistic-plastic compositions by children, different elements can be combined taking into account some aspects: the complex details of the face, proportions, lights, shadows, the expression of personality, etc. and applying the operations of enlargement, multiplication, accumulation, combination, displacement, deformation, damage, etc., and perceptions. All are interpreted through a process of "visual constructivism" to effectively communicate messages, develop your own style and a unique approach to representation.*

Key words: *Circle on painting, artistic-plastic compositions, development of individual perceptive abilities, elements, personality expression, visual constructivism, representations*

Introducere

Desenarea portretelor de către copii este un proces de creare, o îndeletnicire artistică deosebit de fascinantă, dar și complexă. Captarea trăsăturilor feței umane și o descriere a alelei dominante pentru fiecare trăsătură pe hârtie sau ecran implică numeroase provocări, cerințe tehnice, utilizarea diverselor materiale și instrumente de artă care adesea fac ca acest proces să fie considerat dificil. [6, p.93]. Redarea compozițiilor artistico-plastice de către copii necesită cunoștințe, o observație atentă și percepție. Dezvoltarea abilităților de percepție la copii în procesul de creare a compoziției artistico-plastice se raportează la dezvoltarea percepției picturale a culorii, spațiului, forme și petei de culoare[13, 14].

Compoziția artistico-plastică studiază [1, 9]:

- legile creării unei forme artistice și mijloacele de exprimare artistică;
- organizarea percepției imaginii;
- dezvoltă gândirea compozițională ale copiilor în procesul de stăpânire a mijloacelor expresive cum ar fi linia, textura, culoarea, tehnicile, valorafie și regulile compoziționale statice și dinamice, dominantă, ritm, etc.

Activitatea compozițională artistico-plastică are un caracter artistic și plastic; se bazează pe utilizarea limbajului artei și constă în crearea unei imagini artistice noi, holistice și originale.

Pentru crearea de către copii a compozițiilor artistico-plastice necesită dezvoltarea la copii a: *percepțiilor (mecanismelor senzoriale și intelectuale de determinare a obiectului) și a senzațiilor.*

Percepția este procesul psihic de reflectare a obiectelor în complexitatea însușirilor lor și fenomenelor în momentul acțiunii lor nemijlocite asupra receptorilor. La baza percepției se află senzațiile[12, p.237-259].

Percepțiile se împart în două mari categorii:

a) simple: *percepția vizuală; percepția auditivă; percepția kinestezică; percepția olfactivă, etc.*

b) complexe: *percepția spațiului; percepția timpului; percepția mișcării.*

Senzațiile sunt modalități de reflectare în creierul omului a însușirilor obiectelor cum ar fi greutatea, culoarea, gustul, mirosul, temperatura și fenomenelor lumii reale, care acționează nemijlocit asupra receptorilor. Senzațiile se împart în două mari categorii care reflectă[12, p. 200-235]:

a) Mișcarea corpului sau a unor părți ale corpului și starea organelor interne: kinestezice; de echilibru; interne (sau organice).

b) Însușiri ale obiectelor și fenomenelor lumii exterioare: vizuale; auditive; cutanare; olfactive; gustative.

Mecanismele senzoriale (a și b) și **cele intelectuale** (c, d, e) ale percepției sunt diferite în determinarea obiectului. Ele se clasifică în[11,15]:

a) Exploatarea perceptivă implică toate formele senzației și reprezintă intrarea în contact treptat cu obiectul prin intermediul unui organ de simț sau prin combinarea mai multor organe de simț. Presupune acțiuni de tatonare, căutare, analiză, comparare, realizându-se după mai multe reguli de prioritate, strategii și principii;

b) Gruparea se referă la organizarea spontană a elementelor unor stimuli în grupuri sau forme, însă nu separat de câmpul perceptiv în care ele apar. Aceste grupări trebuie să fie regulate, simple și simetrice;

c) Anticiparea se referă la o deducție făcută înainte de a vedea rezultatul pe baza experienței anterioare cu respectiva relație dintre obiecte;

d) Schematizarea reprezintă capacitatea subiectului de a generaliza sau asimila situațiile noi la cele anterioare, pe baza unei scheme sau a unei structuri comune;

e) Organizarea interioară a câmpului perceptiv se realizează pe baza preinterferențelor. Dacă am perceput doar două elemente dintr-o schemă perceptivă de trei elemente, atunci cel de-al treilea va fi integrat în percepția globală.

Fazele procesului perceptiv (adaptate percepției unui Portret) include următoarele [9,11]:

Orientarea – stabilirea locului pe care observatorul îl ocupă în spațiu, prin raportare la reperele existente;

Explorarea – cercetarea, analiza spațiului cu scopul de a identifica elementele componente și de a stabili limite;

Detecția – surprinderea existenței unui element în portret;

Discriminarea – presupune a detașa obiectul de fond și a nu-l confunda cu altele, la care se adaugă relevarea deosebirilor dintre obiectele ce există simultan sau succesiv în câmpul perceptiv;

Identificarea – prin aceasta se realizează legătura dintre modelul informațional etalon elaborat în experiența anterioară cu obiectul;

Interpretarea – presupune relaționarea și compararea proprietăților obiectului observat cu modelul asimilat în experiența anterioară.

Referitor la percepție, trebuie mai întâi să identificăm obiectele, iar apoi să le localizăm. *Proximitatea* este tendința de a percepe obiectele care sunt apropiate, ca făcând parte din același grup (de unde derivă necesitatea de a delimita spațiul înconjurător în planuri de observație, care pot fi mai ușor interpretate). *Continuitatea* este perceperea unor elemente ca un întreg. *Configurația* este percepția organizării spațiale a elementelor care alcătuiesc un întreg. *Adâncimea* tridimensională caracterizează spațiul compozițional.

Percepția adâncimii este influențată de mai mulți parametri [11]:

Mărimea obiectului: un obiect care este mai aproape de noi produce o imagine mai mare decât unul îndepărtat, în cazul unor obiecte similare, dar de mărime diferită;

Perspectiva lineară: pe măsură ce două linii paralele se unesc în același punct, ele par să fie la mare distanță față de noi;

Detaliul: obiectele apropiate pot fi văzute mai în detaliu în comparație cu cele îndepărtate;

Interpoziționarea: un obiect de lângă noi ne întrerupe vederea unui obiect aflat la distanță;

Gradientul de textură: formele unui obiect în perspectivă sunt concepute mai compacte, pe măsură ce acesta se depărtează;

Greutatea relativă: percepem obiectele din câmpul nostru vizual ca fiind mai grele decât cele mai îndepărtate. Ea poate contribui la iluzia că dimensiunile verticale sunt mai lungi decât cele orizontale;

Umbrele: acea parte a obiectului care este mai aproape de sursa de lumină primește mai multă lumină decât părțile mai îndepărtate, care apar mai întunecate.

Teoriile referitoare la fenomenul **percepției vizuale** sunt diferite, parțiale, uneori contradictorii și niciuna nu a reușit încă să ofere o explicație satisfăcătoare a modului în care se produce trecerea de la percepție la reprezentare și invers. Recunoașterea tiparelor vizuale în diferite imagini nu implică neapărat capacitatea de a le reprezenta sau de a le distinge conceptual. Această considerație este fundamentală în domeniul percepției vizuale și al cunoașterii.

Percepția vizuală este procesul prin care sistemul vizual procesează informațiile din ochii noștri pentru a crea o reprezentare a mediului înconjurător. Acest proces include recunoașterea modelelor vizuale, cum ar fi forme, culori și texturi, dar nu duce întotdeauna la o înțelegere conceptuală sau reprezentativă a ceea ce este perceput de către copii. Sistemul vizual recunoaște caracteristicile vizuale ale acestuia (formă, culoare, mărime etc.), deoarece legătura dintre percepție vizuală și reprezentarea conceptuală este complexă și implică diferite zone ale creierului [10, p.7-12].

Capacitatea copiilor de a crea noi reprezentări, de a distinge obiecte similare sau de a identifica obiecte în contexte diferite depinde de cunoștințele conceptuale, dobândite de-a lungul timpului, interacțiunea dintre percepția vizuală și reprezentarea conceptuală [5 p.380].

Trecerea de la percepție la reprezentare implică translatarea impresiei sensibile dobândite prin simțurile copiilor, într-o formă de producție vizibilă sau de semne care pot fi înțelese,

interpretate și comunicate. Faptul că privirea face o călătorie în două sensuri, de la codificarea informațiilor percepute până la interpretarea semnelor grafice, evidențiază cât de complexă și complicată este însăși comunicarea vizuală[6 p. 83-93].

Reprezentarea este procesul cognitiv-senzorial de semnalizare în forma unor imagini unitare, dar schematice, a însușirilor concrete și caracteristice ale obiectelor și fenomenelor, în absența acțiunii acestora asupra analizatorilor.

Imaginea în reprezentare nu este o simplă urmă a percepției, ci este un proces psihic mai complex, în desfășurarea căruia sunt implicate operațiile gândirii.

Cuvântul are o funcție reglatoare în formarea reprezentărilor. El asigură evocarea reprezentării deja formate, dirijează construirea unor imagini mai bogate sau mai schematizate, asigură înlănțuirea și organizarea unor serii întregi de imagini, este instrumentul de organizare și de transformare a imaginilor, prin cuvânt reprezentările sunt integrate proceselor de gândire și imaginație [12, p.262-267].

În procesul reprezentării imaginilor unitare se împletesc analiza și sinteza senzorială care urmează coordonatele acțiunii directe cu obiectele, cu operațiile intelectuale și cu funcția reglatorie a cuvântului. Reprezentarea având o dublă natură: una intuitiv-figurativă și alta operațional-intelectivă.

În structura reprezentării a unei imagini unitare sau unor imagini copiii dobândesc însușirile importante, toate elementele structurale, caracteristice pentru o clasă de obiecte. Astfel, putem identifica [8, p.38-43]:

- *Reprezentările generale*, care cuprind în structura lor elementele comune pentru o întreagă clasă de obiecte pe baza cărora orice element nou este recunoscut ca aparținând aceluiași grup;

- *Reprezentările reproductiv*e, care evocă obiectele sau fenomenele percepute anterior;

- *Reprezentările anticipative*, mult mai complexe, care se referă la mișcări sau schimbări încă nepercepute, fiind rezultatul intervenției operațiilor gândirii și proceselor imaginației.

Materiale și metode

Dacă luăm în considerare arta figurativă, crearea compoziției artistico-plastice stilizarea portretului: „*Chipul mamei*”, reprezentarea se referă la acțiunea de a crea și/sau de a construi o imagine vizuală printr-un anumit instrument precum creionul, pensula sau alte mijloace pentru a traduce informațiile culese în faza percepției în elemente fundamentale: linii, forme, figură, fundal, culori, etc. Aceste elemente pot fi combinate printr-un proces de **”constructivism vizual”** pentru a crea compoziții artistico-plastice de copii spre a comunica eficient mesajele, dezvoltă propriul stil și abordare unică a reprezentării. Cercul de pictură „Poienița colorată” din cadrul Centrului de Creație a Copiilor „Miron Blanc” din Bălți oferă copiilor teren fertil pentru dezvoltarea abilităților perceptiv individuale, contribuind la rafinarea observației, a sensibilității estetice, a creativității, a gândirii critice, îi ajută pe copii să exploreze și să înțeleagă mai bine lumea din jurul lor și pe ei înșiși [2-4,13,14].

Rezultate și discuții cu privire la *Chipul mamei*

Portretul creat și prezentat de către copii. este un produs propriu de observare și interpretare a unei compoziții artistico-plastice „*Chipul mamei*” orientându-se activ spre formarea atitudinilor artistico-plastice, comportamente, capacități, dezvoltarea competențelor specifice artistico-plastice, procedurale și transversale[13]. Explorăm câteva aspecte privind crearea compoziției artistico-plastice stilizarea portretului: „*Chipul mamei*” de către copii, figura 1 și figura 2 [7,14]:

Detaliile complexe ale feței

Fețele mamelor sunt remarcabile în diversitatea lor. Fiecare ”chip” are trăsături unice, care necesită o atenție deosebită pentru a fi redată cu precizie. De la forma ochilor la detalii precum cutele și ridurile, fiecare aspect al feței contribuie la expresia și caracterul ei.

Proporții

Pentru a reuși un portret realist al mamei, elevul trebuie să aibă o înțelegere profundă a proporțiilor feței umane corecte care variază în funcție de sex, vârstă și alte caracteristici individuale. Chiar și o deviere mică în dimensiunea ochilor sau a nasului poate distorsiona grav asemănarea cu subiectul.

Lumini și umbre

Redarea clară a luminii și a umbrei afectează fiecare suprafață a feței în mod diferit. Compoziția artistico-plastică „Chipul mamei” creată de copii, va avea mai multă prospețime, deoarece lumina și umbra se va distribui gradual.

Exprimarea personalității

În compoziția artistico-plastică „Chipul mamei” copiii vor interpreta expresiile faciale, sensibilitate, transmiterea emoțiilor, etc...

Creațiile copiilor artistico-plastice, figura 2, reprezintă o formă expresivă, dinamica profundă cu un potențial comunicativ. Utilizarea cuvântului „Chipul mamei” sugerează că creativitatea este trăirea, manifestarea emoțiilor și starea de bine.

Din punct de vedere educațional și didactic, ajută și sprijină copiii în depășirea unor stereotipuri figurative, cultivă creativitatea artistico-plastică a copiilor, formează personalitatea copiilor creativ-estetică și artistico-estetică, dezvoltă abilități artistico-esteticoplastice[14].



Fig. 1 Copiii în timpul activităților artistico-plastice, Stilizarea portretului: „Chipul mamei”



Fig. 2 Creațiile copiilor artistico-plastice, Stilizarea portretului: „Chipul mamei”

Proiect didactic (succint)

Conducător de cerc: Profesor UNGUREANU Rodica, grad didactic unu

Centrul de Creație a Copiilor „Miron Blanc” din Bălți

Cercul de pictură „Poienița colorată”

Grupul țintă de beneficiari Conform categoriilor de vârstă 5-14 ani

Unități de conținut: Compoziția decorativă; principii decorative: stilizarea, repetiția, alternanța și jocul de fond: Stilizarea portretului: „CHIPUL MAMEI”.

Tenhici specifice de pictură: Pictura în guașă cu pensula.

Competențele specifice Profil Arta plastică/ Vizuală/Decorative

1. Receptarea mesajelor vizuale și artistico-plastice în contexte variate, manifestând sensibilitate pentru frumosul din viață și artă.

2. Exprimarea de sine prin creații vizual-plastice, demonstrând creativitate și gust estetic.

3. Aprecierea creațiilor de artă plastică în limbaj specific, manifestând spirit critic și respect față de valorile naționale și cele ale altor culturi.

4. Transferarea abilităților artistico-plactice în contexte educaționale/sociale/culturale, demonstrând deschidere pentru valorizarea experiențelor artistice.

Competențe specifice ale activității artistico-plactice „Stilizarea portretului”.

CS₁ - Cunoașterea și utilizarea diverselor materiale, tehnici și instrumente de artă.

CS₂ - Valorificarea limbajului artelor plastice în exprimarea plastică.

CS₃ - Crearea compozițiilor (figurative și nonfigurative) grafice și/sau picturale în diverse tehnici și materiale.

CS₄ - Cunoașterea și aplicarea etapelor de realizare ale compoziției tematice.

CS₅ - Analiza lucrării practice individuale în termeni adecvați limbajului plastic.

Unități de competențe:

UC1 - Compunerea formelor în spațiul plastic.

UC2 - Reprezentarea formelor plane și volumetrice inspirate din natură și din imaginație.

UC3 - Cunoașterea etapelor de reprezentare a naturii statice/a figurii.

UC4 - Utilizarea diverselor tehnici și materiale în realizarea lucrărilor practice individuale.

UC5 - Aplicarea legii proporției, echilibrului în procesul organizării formelor și culorilor pe suprafața plastică.

UC6 - Crearea compozițiilor figurative și nonfigurative.

UC7 - Organizarea suprafețelor, folosind contraste și game cromatice și acromatice.

UC8 - Aplicarea metodei „Stilizare artistică”.

Obiective operaționale:

O₁ - Să cunoască etapele de transformare a formei realiste spre noțiunea de stilizare;

O₂ - Să aplice diverse materiale, tehnici și instrumente de artă în lucrarea individuală;

O₃ - Să analizeze și să coreleze compoziția spațiului plastic din punct de vedere cromatic, proporție, formă și ritm.

Resurse didactice: conversația euristică, analizare și discuție-panel și metoda problematizării.

Mijloace didactice: Foaie pentru desen A4 sau A3, pensule, guașă, desen stilizat, reproduceri de artă, portrete, fotografii, etc.

Strategii de evaluare: Stimularea interesului prin încurajare.

DEMERSUL DIDACTIC:

Etapele lecției	Obiective operaționale	Activitatea: C- Copii, P- profesor Conținuturi de învățare și tehnologii didactice	Tehnici de evaluare
Moment organizatoric		P- Explică regulile de securitate în cabinetul de pictură „Poienița colorată”.	
Evocarea	O1, O2	P- <i>Deosebiți imaginile propuse și argumentați noțiunea de portret.</i> C- Reprezentarea unui personaj concret (care este unic, care nu seamănă cu nimeni altul decât cu el însuși) se numește portret . P- <i>Câte tipuri de portrete cunoașteți?</i> C- autoportret (reprezentarea autorului lucrării); portret statuar (figura în întregime); bust (cap și umeri); portret de grup (cu mai multe figuri); portret cu brațe ; portret ecvestru (personaj pe cal).	Stimularea proceselor de gândire, încurajare

		<p>P- <i>Care sunt etapele de transformare a stilizării formei realiste?</i></p> <p>C- Stilizarea formelor realiste din natură se obține prin: simplificarea formei (înlăturarea detaliilor); geometrizarea formei; substituirea culorilor reale cu altele</p>	
Realizarea sensului	O2, O3	<p>P- Se propune portrete ale diferitor pictori din diverse perioade istorice. Copiii analizează ,selectează și argumentează stilurile și tehnica de interpretare a lucrărilor.</p> <p>Se apreciază argumentarea copiilor, deducerea, logica gândirii critice. C- Propun întrebări reciproce la tema stilizarea portretului.</p> <p>P- <i>Definiți tipul stilizării în funcție de tipul de linii prin care sunt simplificate?</i></p> <p>C- Formele plastice:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>stilizarea caldă</i> – forma este simplificată cu linii calde; 2. <i>stilizarea rece</i> – forma este simplificată cu linii reci. Formele stilizate oferă mari posibilități pentru compunerea decorativă. <p>P- Plasticienii apelează la forme stilizate pentru a găsi noi posibilități de grupare, aranjare și compunere a unui ornament. La simplificarea formelor sunt folosite diverse tipuri de linii, obținându-se o <i>stilizare combinată</i>. Stilizare – simplificare, extragere, invenție și interpretare plastică. Linii calde – linii ondulate, fără colțuri; Linii reci – linii drepte, colțuroase; Motiv decorativ - compoziție ornamentală cu aplicarea repetabilă a elementelor stilizate.</p>	Dirijarea, autoevaluarea individual și în grup
Reflecția		<p>Copiii creează un portret (compoziția artistico-plastică) stilizat „Chipul mamei” ținând cont de: unele aspecte: <i>detaliile complexe ale feței, proporții, lumini și umbre, exprimarea personalității, etc.</i></p> <p>și aplică operațiile de: <i>mărire, multiplicare, acumulare, combinare, deplasare, deformare, deteriorare, etc.</i> Aplică gama cromatică în stilizare.</p> <p>P- Propune exemple de lucrări, în diverse tehnici spre analiza:</p> <p><i>Care gamă cromatică este prezentă?</i></p> <p><i>Cu ce culori este prelucrat fondalul?</i></p> <p><i>Aceste culori există în natură?</i></p> <p><i>Care sunt etapele de transformare a stilizării formei realiste?</i></p> <p>Se propune pregătirea și obținerea gamei culorilor pentru portret guașă sau/și acuarelă.</p> <p>Fiecare copil își analizează lucrarea și propune sugestii spre îmbunătățire, figura 1 și figura 2.</p>	Evaluarea lucrului grupului de copii

	Sarcina individuală (Fiecare copil se așează în bancă, fig.1, obține game cromatice, obține culori și nuanțe conform schiței prelucrate individual).	
--	--	--

Concluzii

Compoziția artistico-plastică „Stilizarea portretului. Chipul mamei” creată de către copii exprimă ideile, emoțiile și gândurile prin limbajul artistico-plastic. Observația estetică a compoziției, figura 2, se concentrează pe frumusețea intrinsecă a obiectului, pe calitățile vizuale și perceptive.

Cercul de pictură „ Poienița colorată” din cadrul Centrului de Creație a Copiilor „Miron Blanc” din Bălți le oferă copiilor să folosească diferite materiale, tehnici și instrumente pentru a crea compoziții artistico-plastice unice și pentru dezvoltarea abilităților perceptive individuale ce servesc ca repere pentru exprimarea sentimentelor, trăirilor, manifestarea emoțiilor, starea de bine, echilibrare și obiectivare.

Bibliografie

1. Clapatiuc A., *Studiul compoziției la lecțiile de Educație plastică*, Revistă de științe socioumane Numărul 2(30), Chișinău, 2015, pp. 76-80. /ISSN 1857-0119 /ISSNe 2587-330X.
2. Curriculum de bază pentru domeniul Arte, Profilurile Artă muzicală, Artă plastică/vizuală/decorativă Artă teatrală/dramatică. Cinetografia, Artă coregrafică (cercuri extrașcolare), Chișinău, aprobat ordin MECC nr.914 din 16.07.2021.
3. Curriculum la disciplinele de profil pentru școlile de Arte plastice/Artă, Domeniul Arte, Profil Arte plastice, Chișinău, aprobat ordin MECC nr.914 din 16.07.2021.
4. Curriculumul la disciplina „Educație plastică” pentru clasele V-VII, Chișinău, aprobat MECC nr. 609 din 17.07.2019.
5. Di Napoli G., *Disegna e conoscere*, Einaudi, Torino 2004, pp. 496. ISBN 9788806167523.
6. Edwards, B., *Il nuovo disegnare con la parte destra del cervello*. Ed. Longanesi, Milano, 2002, pp. 276. ISBN: 8830418730
7. Gorduza N., *Chipul–o fereastră catre personalitate*, Revista Psychologies, București, 6 octombrie, 2016, disponibil in: <https://www.psychologies.ro/dezvoltare-personala-cunoaste-te-2/cunoaste-te/chipul-o-fereastră-catre-personalitate-2155039>
8. Gurlui Ileana, *Compendiu de psihologie generală*, Editura Moroșan, București, 2009, pp.100, ISBN 978-973-8986-72-5.
9. Jabinschi I., *Compoziția - baza procesului de dezvoltare a percepției vizuale creative la studenți*, Revista Studiul Artelor și Cultorologie: istorie, teorie, practică, nr. 1(36), Chișinău, 2020, pp. 159-163. CZU: 75.012/013+159.937.52
10. Marcomini Maria Chiara, *Abitare il multiverso creativo*, Corso di laurea magistrale in scienze della formazione primaria, Università degli studi di Padova, Anno accademico: 2022/2023, Padova, pp.135. Disponibil: <https://thesis.unipd.it/handle/20.500.12608/59607>.
11. Popescu Antoaneta-Carina, *Formarea competențelor de percepție și interpretare a unui peisaj geografic*, Romanian Journal of Education, Volum 1 number 3-4, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, 2010, pp. 9-20, ISSN: 2067-8347.
12. Roșca A., *Psihologie Generală*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1974, pp.600
13. Ungureanu, I.; Burducea, M.; Ungureanu, R.; et al. *Dezvoltarea competențelor de cercetare ale elevilor la lecțiile de biologie și chimie*. In: Univers Pedagogic nr.1(61), Chișinău, 2019, pp. 18-28. ISSN 1811-5470.
14. Ungureanu Rodica, Bideac Ina, Roșca Cristina, Ungureanu Iurie, *Cultivarea spiritului creativ și estetic al copiilor în activitățile artistico-plastice „Pictură pe sticlă. Vitraliu”*, în Conferința Științifică Națională cu participare internațională „Știința în Nordul Republicii Moldova: Realizări, Probleme, Perspective” (Ediția a opta), Bălți 23-24 mai, 2024, pp. 582-587. ISBN 978-9975-161-64-0.

15. Zollo, I., Kourkoutas, E., Sibilio, M., *Creatività, pensiero divergente e pensiero laterale per una didattica semplice*. Educational Reflective Practices, 1(1), 2015, pp. 5-18. ISBN:9788891791467.

CZU 376.112.4

EFICIENTIZAREA RECUPERĂRII COPIILOR CU DIFICULTĂȚI SEVERE DE ÎNVĂȚARE ÎN BAZA MODELĂRII MANAGERIALE, FORMĂRII CADRELOR ȘI REZILIENȚEI PSIHOLOGICE

Oleg ABABII, director general CEÎS „Orfeu”, grad didactic superior, doctor în științe ale educației
Elena GRACHILA-GHERAS, psiholog, CEÎS „Orfeu”, grad didactic II, doctorandă

Abstract. *Quality recovery through education of children with severe learning disabilities (CSLD) can be highly effective only based on the modeling of recovery management, teacher training and psychological resilience which, together, form the foundation for the harmonious development of these children, facilitate adaptation, inclusion their school and social. The increase in the number of CSLD alarms the whole society, and the institutions, which are concerned with their recovery, implementing managerial modeling, continuous training of teaching staff, resilience and psychological assistance, applying modern educational technologies of the Curative Pedagogy alternative through research concerns continue to achieve results, including redirecting some to schools and gymnasiums, researching the progressive dynamics of CSLD, improving the psychophysical state of CSLD by preparing and participating in International Festivals of Inclusive creation (school orchestras), art therapy exhibitions, etc. For researching the impact of teacher training, some psychological work methods were selected, thanks to which a simple but concrete sampling was carried out, which demonstrated and induced a safety in the quality of our recuperative educational process for CSLD. The sample was made up of 30 teaching staff from the "Orfeu" educational complex with special education [1, 5].*

Key-words: *recovery, severe mental impairment, managerial modeling, psychological resilience, psycho-pedagogy, recovery quality, testing.*

În ultimele decenii, în domeniul psihologiei și psihopedagogiei speciale au existat schimbări semnificative, ce se datorează noilor viziuni ale societății, posibilităților de adaptare, recuperare, integrare, incluziune școlară și socială în societate a CDSÎ, ceea ce presupune în mod firesc o revizuire a abordărilor științifice necesare provocărilor legate de creșterea numărului de copii cu dificultăți severe de învățare.

Conform datelor Casei Naționale de Asigurări Sociale, numărul persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova, constituie 162 mii persoane, dintre care peste 10 mii sunt copii cu vârstă de 0-17 ani, atestând o creștere constantă comparativ cu alți ani [6].

Pentru a asigura un proces educațional incluziv CDSÎ, este nevoie de specialiști, care acceptă inițial noul sistem de valori pentru această categorie – să fie competenți în metodele moderne de educație incluzivă, socializare, interacțiune și comunicare a elevilor cu diverse necesități și nevoi educaționale [3].

Oferind o recuperare de calitate și învățare adaptată nevoilor CDSÎ este necesar de a modela, a elabora și a implementa un management recuperatoriu eficient al unei organizații educaționale, unde se ține cont de înțelegerea și acceptarea de către cadrele didactice a conceptului de incluziune, totodată, identificarea necesităților profesorilor pentru desfășurarea procesului

educațional recuperatoriu de calitate, precum sunt suportul organizațional, dezvoltarea potențialului creativ, nivelului de empatie, de toleranță, dominantele motivaționale, nivelului relaționării interpersonale, rezilienței psihologice, etc [3].

Rolul cadrelor didactice este esențial în viața școlară a CDSÎ. Acesta are rolul de a „diagnostica” ceea ce are nevoie un elev pentru a învăța eficient. Diversele strategii incluse de către psihopedagog în procesul educațional, va contribui nu numai la îmbunătățirea calității educaționale dar și va insufla toleranță, disciplină, rezultate și recuperare. Profesorul bine pregătit, instruit, testat poate modela acțiunile, poate da tonul pentru interacțiuni pozitive, poate manipula trăsăturile mediului de clasă și timpul, astfel, încât acestea să corespundă caracteristicilor individuale, să permită tuturor să învețe și să înregistreze progrese în dezvoltarea lor. Evaluarea, planificarea, opinia, revizuirea, atitudinea de a lua decizii sunt ajustate la cadrul didactic, ținând cont de înțelegerea tot mai mare a nevoilor elevului [8].

Cu siguranță, eficientizarea recuperării CDSÎ ține de foarte mulți factori, însă dezvoltarea sa armonioasă, într-un mediu prietenos, tolerant care să pună accent permanent pe recuperarea de calitate a acestuia se fundamentează cu profesori bine calificați, specialiști în domeniu, care acordă multă atenție sistemului de învățare specială (corecțional), care la rândul său, identifică scopuri și obiective pozitive pentru rezolvarea problemelor din domeniul sprijinului pedagogic și psihologic persoanelor cu dificultăți severe de învățare într-un mediu educațional care să continue acasă, în familie și societate. Socializarea cu succes, menținerea sănătății psihice familiilor și corectarea tulburărilor elevilor, adică asigurarea bunăstării și securității sociale, vin să fie scopuri esențiale pentru profesori și administrație [2].

Provocările cu care se confruntă astăzi psihopedagogi, psihologi, profesori, psihiatri, educatori implicați în procesul de recuperare a copiilor cu dificultăți severe de învățare, devin din ce în ce mai răspândite. Aici nu te limitezi numai la teorie, în lucru cu acești elevi, teoria ar fi una egală cu zero. Punerea în practică a tuturor recomandărilor pedagogice și psihologice, în baza experienței avansate, psihopedagogii pot oferi o recuperare de calitate [8].

De aici, pornim și ideea că, un profesor care poate oferi sprijin neconținut, are nevoie și el de perfecționare, formare și suport psihologic, astfel, participând activ la diverse training-uri, ședințe, seminare cu scopul de a se menține, „apăra”, de toate provocările care apar în drumul lor profesional. Pentru toate acestea, reziliența profesorului necesită continuu dezvoltare și îmbunătățire [3].

Cu certitudine, eficientizarea recuperării CDSÎ, poate înregistra calitate și cote înalte, dacă vor fi corect selectate, formate și antrenate cadrele didactice în domeniul psihopedagogiei speciale. Pentru atingerea unui înalt nivel al calității recuperării, un profesor/educator al copilului cu dificultăți severe de învățare, trebuie să posede:

- competențe comunicative și de profilaxie a conflictelor;
- toleranță și empatie;
- motivație de muncă și succes;
- competențe de organizare și măiestrie profesională;
- flexibilitatea gândirii și creativitate;
- reziliență psihologică, etc, [3].

Astfel, pentru verificarea acestor variabile, la cadrele didactice selectate pentru activitatea lor cu CDSÎ, am efectuat o eșalonare simplă, alcătuită din 30 de cadre didactice care au participat activ și din plăcere la testare. Toate cadrele didactice au „menirea de a oferi servicii adecvate CDSÎ, respectându-le drepturile și principiile, oferindu-le totodată, acea posibilitate de a-și dezvolta propriul potențial, în vederea integrării acestor din punct de vedere educațional, sociocultural și economic. Tot ei, îi ajută să trăiască cu demnitate ca cetățeni cu drepturi depline și de a face remarcată contribuția lor la viața socială.

Experimentul de constatare prevede colectarea datelor a 6 metode psihologice despre nivelul de pregătire a pedagogilor.

1.1. Dominanțe motivaționale la cadrele didactice

Motivația la subiecții din lotul experimental a fost evaluată prin metoda Chestionarului „Motivația profesională”. Rezultatele pentru motivația profesională a pedagogilor sunt prezentate în figura 1.1.

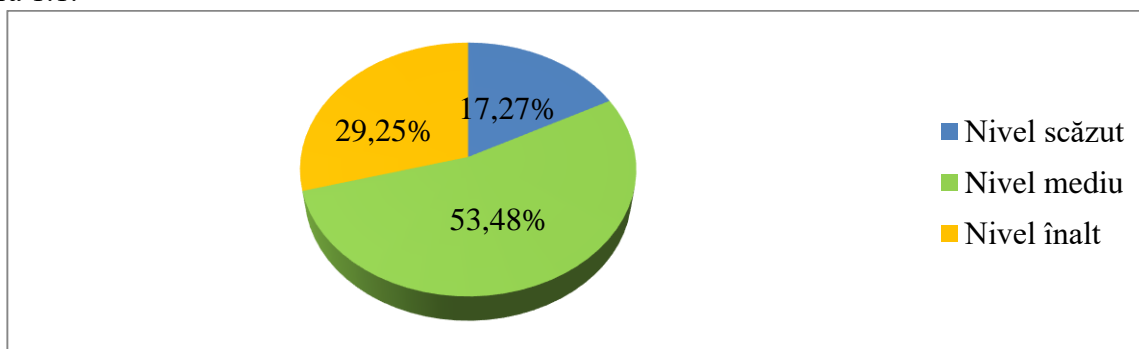


Figura 1.1. Rezultatele pentru motivația profesională la subiecții din lotul experimental.

Conform rezultatelor din figura 1.1. subiecții eșantionului au obținut următoarele rezultate: 17,27% nivel scăzut, 53,48% nivel mediu și 29,25% nivel înalt al motivației profesionale.

De aici, figura 1.1. ne permite să deducem că cadrele didactice care au înregistrat niveluri bune cu privire la motivația profesională unde, nivelul scăzut de motivație profesională ne demonstrează că: le place munca pe care o desfășoară, volumul de muncă și potențialul fizic și intelectual sunt în echilibru.

Profesorii care se încadrează în nivelul mediu de motivație profesională au nevoie de suport de odihnă și decontare sau organizarea mai corectă a muncii și învățarea de a se delega din sarcini, astfel situația poate evita sindromul arderii profesionale și emoționale. Cei care au înregistrat nivel înalt de motivație profesională, sunt în mare parte tinerii care manifestă optimism și care găsesc în fiecare provocare o scară către succes.

1.2. Care este potențialul creativ?

Acest instrument a fost utilizat în scopul de a cunoaște potențialul creativ al profesorilor [4]. Creativitatea nu este o calitate înnăscută a indivizilor, ci se poate dezvolta sau schimba pe parcursul vieții. Un test de creativitate poate evidenția modul în care abilitățile s-au dezvoltat de-a lungul vieții. Creativitatea cuprinde un set de calități cognitive și personale care contribuie la dezvoltarea abilităților care permit generarea de idei inovatoare. Una dintre componentele creativității este capacitatea unei persoane de a gândi în mod divergent.

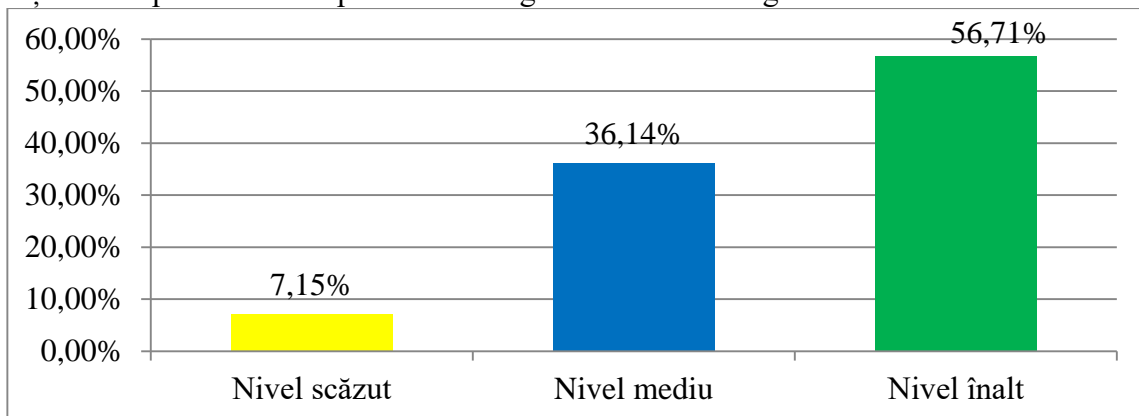


Figura 1.2. Potențialul creativ al cadrelor didactice din lotul experimental.

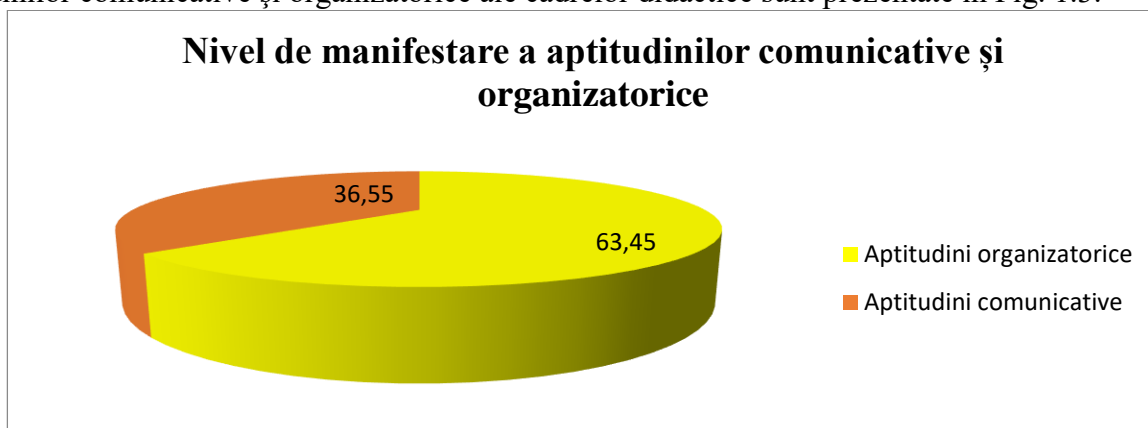
Conform rezultatelor din figura 1.2. subiecții eșantionului au obținut următoarele rezultate: 7,15% nivel scăzut, 36,14% nivel mediu și 56,71% nivel înalt al potențialului creativ.

De aici, figura 1.2. ne permite să deducem că cadrele didactice care își dedică zilnic timp în recuperarea CDSÎ, au înregistrat niveluri foarte bune cu privire la potențialul creativ.

Profesorii care se încadrează în nivelul înalt 56,71% al potențialului creativ (și care sunt cei mai mulți creativi) desfășoară activități interesante și captivante care atrag atenția și dorința copilului de a se implica în activitate. Cadrele didactice care au înregistrat nivel mediu 36,14% al

potențialul creativ, sunt cei care în activitatea cu acești copii deosebiți experiența de muncă este mai mică decât a celor care au înregistrat nivel înalt al creativității.

1.3. Nivelul de manifestare a aptitudinilor comunicative și organizatorice. Rezultatele aptitudinilor comunicative și organizatorice ale cadrelor didactice sunt prezentate în Fig. 1.3.



Din figura 1.3. constatăm că 63,45% din profesori posedă un nivel înalt de aptitudini organizatorice, ceea ce de fapt este foarte important în predarea orelor educațional-recuperatorii pentru CDSÎ. Acești profesori, își pot organiza orele, activitățile, acțiunile și timpul în așa mod ca fiecare element sau scop propus să fie atins. Totodată, aceștia pot întâmpina dificultăți când este vorba să comunice în fața unui auditoriu mai mare. Profesorii care au înregistrat 36,55% din aptitudini comunicative simt nevoie în activitatea lor de comunicare și organizare. Ei singuri caută activități care să le-ar satisfacă nivelul de comunicare și organizare. Totodată aceștia preferă să se încadreze în diverse activități de dezvoltare a nivelului de organizare a timpului, orelor, activităților. În schimb, cu ușurință pot comunica deschis în fața a mai multor persoane.

1.4. Cât de tolerant ești?

Toleranța însăși implică acceptarea calmă a altor credințe, obiceiuri, tradiții, viziuni asupra lumii [4]. O poziție tolerantă nu este deloc pasivă, dimpotrivă, este un model activ și conștient de comportament social în care o persoană decide în mod favorabil să trateze convingerile și opiniile atât ale altor persoane, cât și ale altor naționalități în general. Acordându-le dreptul de a gândi, a acționa, a simți, a acționa așa.

Rezultatele toleranței la cadrele didactice sunt prezentate în Figura 1.4.

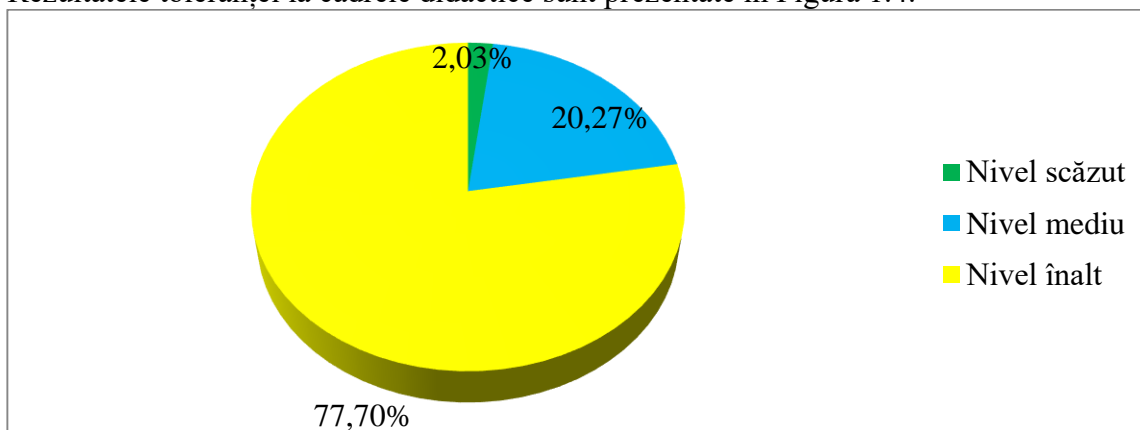


Figura 1.4. Sunteți toleranți cu ceilalți.

Din figura 1.4, constatăm că 77,70% dintre cadrele didactice înregistrează nivel înalt de toleranță. Astfel, putem cu exactitate să afirmăm că aceste cadre didactice sunt capabile să înțeleagă punctele de vedere a altora, să accepte alte opinii și păreri, comparând ideile lor cu ale celorlalți. 20,27% din cadrele didactice au înregistrat nivelul mediu de toleranță, adică acestea sunt dotați cu o mare flexibilitate mentală și detestă atitudinile rigide. Dacă gândurile și comportamentele diferite de ale lor nu atentează direct propria ființă umană, atunci acestea cu acceptate și intervin în contact cu tact. Cele 2,03% înregistrate cu nivel scăzut de toleranță, demonstrează că aceștia au idei foarte precise și concrete pe care le apără cu vigoare chiar dacă nu

este necesar. Încearcă întotdeauna să își impună punctual de vedere, oricare ar fi circumstanțele și atmosfera.

În activitatea cu CDSÎ o mare însemnătate are empatia ca aptitudine a pedagogului[4]. În Figura 1.5 sunt prezentate rezultatele evaluării nivelului de empatie.

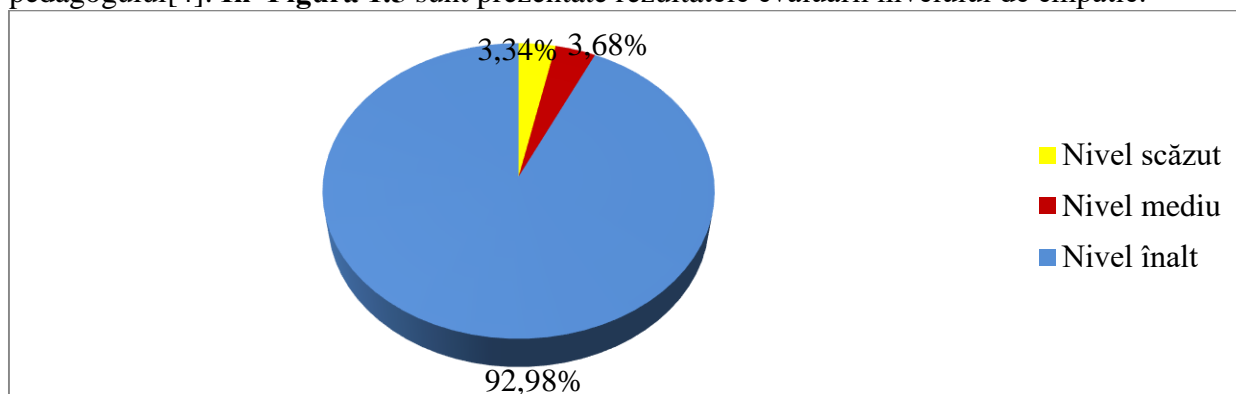


Figura 1.5 Nivelul de empatie

Majoritatea profesorilor – 29 (92,98%) au înregistrat nivel înalt de empatie. Aceștia sunt sensibili la problemele și necesitățile celorlalți, sunt mărinimoși, sinceri față de ceilalți, apti de a ierta. Totodată, sunt persoane emotive, comunicabile și ușor găsesc limbă comună cu cei din jur. Celelalte niveluri înregistrate, 3,68% nivelul mediu și 3,34% nivelul scăzut de empatie, demonstrează că pedagogii urmăresc mai mult acțiunile dar nu emoțiile persoanelor. Sunt îndreptați să judece pe ceilalți după faptele și acțiunile lor. În pofida faptului că la calitățile enumerate mai sus ei nu tot timpul sunt organizați în lucrul minuțios și precis, ușor pot să-și piardă echilibrul.

În Figura 1.6 sunt prezentate rezultatele construirii relațiilor interpersonale, de T. Leary [10].

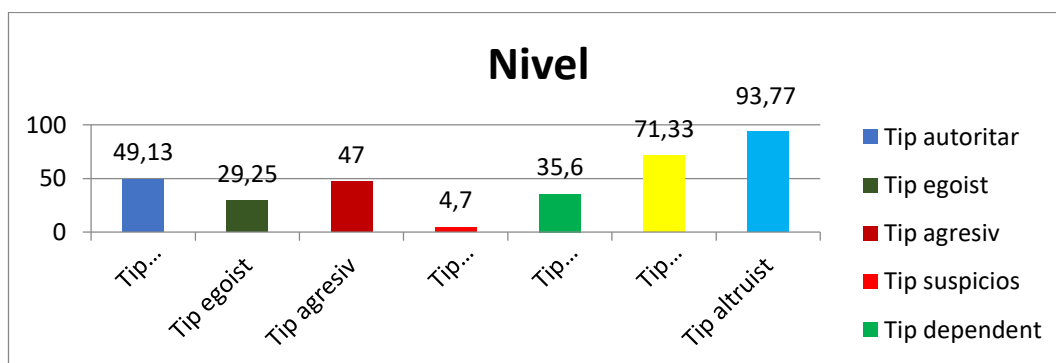
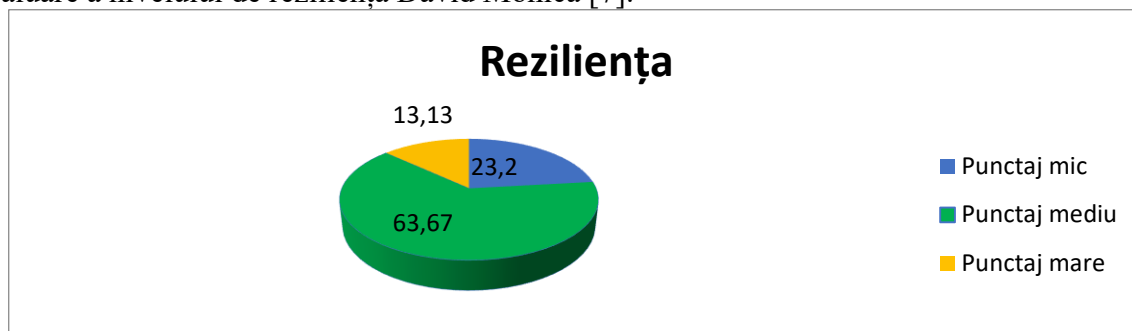


Figura 1.6. Aprecierea comportamentului, a celor ce ne înconjoară, pentru autoapreciere, pentru evaluarea oamenilor apreciați.

Majoritatea cadrelor didactice, 93,77% s-au înregistrat ca fiind altruști, adică aceștia, au un comportament flexibil, vin în susținerea copiilor și a colegilor pe tot parcursul acțiunilor recuperatorii și sunt mulțumiți de rezultatele lor. 71,33% dintre profesori sunt prietenoși, aceștia manifestă empatie față de cei din jur, stabilesc ușor dialoguri între ei și practică des schimbul de experiență. Tip autoritar au înregistrat 49,13% dintre pedagogi, aceștia preferă să iasă în evidență prin cunoștințele și activitățile sale, domină deseori caracterul de extrovert. Tipul dependent domină la 35,6%, caracterizându-se ca fiind dominați de opiniile și părerile altora, se arată neîncrezuți în sine, îngrijorați și neliniștiți când apare ceva nou. 29,25% la profesori predomină tipul egoist. Aceștia tind să devină lideri dominându-i pe alții iar părerile lor sunt independente de a celorlalți. Suspicioșii, au înregistrat 4,7% - aceștia manifestă nonconformism și pot fi supărăcioși. De asemenea pot critica și manifesta neîncredere în alții. Autoritari, 49,13% sunt acei profesori care sunt mult mai încrezuți în sine, cu certitudine pot ajuta și exprima acțiunile făcute dar și ferm pot să își exprime indignările și pot ușor critica acțiunile altora.

În Figura 1.7. sunt prezentate rezultatele rezilienței la cadrele didactice prin Testul de evaluare a nivelului de reziliență David Monica [7].



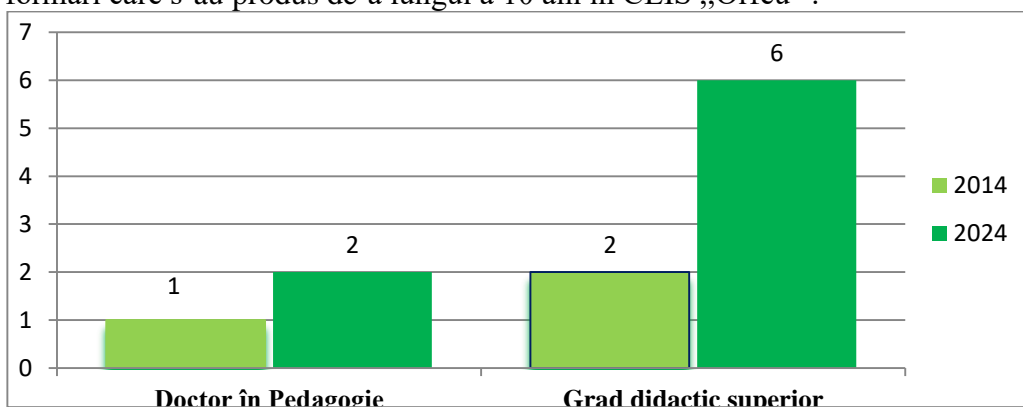
1.7. Nivelul de reziliență

Rezultatele înregistrate de către profesori pentru reziliență, ne demonstrează că 63,67% atestă un nivel mediu. Se arată că au un potențial mare în a atinge un grad înalt de reziliență. Au încredere în ei și în capacitățile tale de a face față provocărilor vieții. Dacă să menționăm perioada pandemiei Covid-19, unde activitățile s-au desfășurat la distanță, atunci putem cu siguranță să afirmăm că acest rezultat este foarte bun. Pentru CDSÎ, atât pentru profesori cât și pentru părinții acestora, lecțiile online sunt o adevărată provocare. Copiii se abat de la programul zilei, de la obișnuințele care se petrec zi de zi în școală și la lecții. Toate cercurile de muzică și sport s-au oprit instantaneu.

De menționat că acest studiu este realizat în conformitate cu realitatea de astăzi din instituția CEÎS „Orfeu” și comparat cu studiul „Dimensiuni experimentale ale nivelului de pregătire a cadrelor didactice pentru implicare în activitățile de recuperare a copiilor cu deficiențe mintale” din 2014 [3]. Toate tehnicile efectuate în comun cu cadrele didactice și psihologul școlar, au concluzionat, că pe măsură ce au trecut anii cu formări continue, modelări manageriale și acumulări de experiență, profesorii obțin și înregistrează diferite aptitudini care vin în susținerea și caracterizarea lor ca, fiind specialiști foarte buni, știindu-și meseria, menținându-și echilibrul psihoemoțional și fizic, știind cum să-și organizeze timpul, acțiunile și activitățile, cum să îmbine utilul cu plăcutul și desigur, în primul rând, cum să construiască o recuperare de calitate în rândul CDSÎ, să mențină flacăra pedagogiei mereu aprinsă, să ridice nivelul de interes și implicare al fiecărui copil în activitățile de zi cu zi, să împărtășească experiența și să își dorească în continuare ca incluziunea socială a acestor copii să fie una de calitate și remarcată. Ce ține de nivelul de reziliență, pedagogii opun rezistență și revin la stările inițiale insiferent de provocările cu care se confruntă pe parcursul activității lor. Aceștia se descurcă destul de bine deși, se simt subapreciați. Au obiceiul să fie modești și să țină contactul cu realitatea.

Este de menționat, că în rezultatul formărilor profesionale specializate, activităților organizate în colectiv au obținut gradul didactic superior - 6, gradul didactic I – 7, gradul didactic II – 11 cadre didactice din grupele preșcolare, clasele primare și gimnaziale ale CEÎS „Orfeu”.

În figura 1.8. sunt prezentate rezultatele eficientizării manageriale care s-au evidențiat considerabil, prin atestarea și continuarea studiilor (doctorat) la aceeași specialitate, nemaivorbind de alte formări care s-au produs de-a lungul a 10 ani în CEÎS „Orfeu”.



Modelul managementului recuperării în Complexul educațional ”ORFEU”, care a stat la baza cercetării a fost elaborat și prezentat în prisma unor finalități: Creșterea potențialului de dezvoltare a copilului; ameliorarea integrării și incluziunii școlare și sociale; ameliorarea adaptării pre-profesionale [5, p. 76]. Managementul activităților de recuperare, conceptualizarea recuperării conform trebuințelor fiecărui copil, modelarea și asigurarea acțiunilor complexe de influență în aceste situații aduc la ameliorarea proceselor de dezvoltare și formare a deprinderilor de socializare și integrare în viață a copiilor cu DMS.

Pe parcursul ultimilor zece ani, în rezultatul acestor activități a fost posibil de redirecționat în școli și gimnazii – 43 copii cu dificultăți severe de învățare.

Un indice al influențelor pozitive a managementului recuperării asupra copiilor cu DMS sunt performanțele acestora în viața socială la diferite foruri naționale și internaționale, expoziții școlare permanente. Managementul activităților de recuperare, conceptualizarea recuperării conform trebuințelor psihofizice ale fiecărui copil, modelarea și asigurarea acțiunilor complexe de influență în aceste situații aduc la ameliorarea proceselor de dezvoltare și formare a deprinderilor de socializare și integrare în viață a copiilor cu DMS .

Eficientizarea managementului acțiunilor de recuperare și oferirea posibilităților de incluziune școlară și socială a CDSÎ în instituții de alternativă cere o nouă abordare de formare a resurselor umane. Rezultatele implementării formării organizate a resurselor umane sunt demonstrate prin schimbarea pozitivă a multor criterii de evaluare. În acest context, observăm o creștere a competențelor în aria cunoașterii acțiunilor de recuperare și, în deosebi, a copiilor cu DMS. Profesorii au devenit mult mai răbdători, sunt mult mai încrezuți în ceea ce fac, sunt încrezuți că vor fi acceptați de copii și colegi, urmăresc acțiunile dar și stările sufletești ale copiilor, sunt mult mai sensibili, sinceri cu cei din jur, nu permit conflictele și găsesc soluții de compromis, sunt motivați spre succes, au devenit mai toleranți, s-a diminuat agresivitatea, s-au micșorat atitudinile rigide, au crescut atitudinile comunicative și organizatorice, a devenit populară colaborarea și relația prietenoasă cu colegii. Majoritatea resurselor umane au un comportament flexibil, vin în susținerea copiilor pe parcursul tuturor acțiunilor recuperatorii, sunt mândri de rezultatele realizate în complexul educațional.

Bibliografie

1. Ababii O., Danii A. Implementarea terapiilor complexe de educație recuperatorie a copiilor cu CES”. În: Materialele Conferinței internaționale „Școala modernă: provocări și oportunități”. Ministerul Educației al Republicii Moldova, Institutul de Științe ale Educației. Chișinău: Cavaioli SRL, 2015, p.437-439.
2. Andronache N., Danii A., Bucun N., Ababii O. ș.a. Bazele curriculare și standardele învățământului special. Chișinău: Pontos, 2002, p.70.
3. Ababii O., ”Dimensiuni experimentale ale nivelului de pregătire, formare a cadrelor didactice pentru implicare în activitățile de recuperare a copiilor cu deficiențe mintale” STUDIA UNIVERSITATIS MOLDAVIAE , *Seria ”Științe ale educației”*, 2016, nr.5, p.95.
4. Allen Robert. Teste de personalitate, 2010.
5. http://www.cnaa.md/files/theses/2017/52020/oleg_ababii_thesis.pdf
6. <https://cnas.gov.md/>
7. <https://davidmonica.wordpress.com/2010/01/21/interpretarea-rezultatelor-test-pentru-evaluarea-nivelului-de-rezilienta/>
8. <https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/subiect-03-nu-765-mec-2023.pdf>
9. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/15-20_42.pdf
10. <https://www.scribd.com/document/51734819/Testul-leary>

ASPECTE PSIHOPEDAGOGICE ALE FORMĂRII COMPETENȚEI DE A ÎNVĂȚA SĂ ÎNVEȚI ÎN PROCESUL EDUCAȚIONAL LA BIOLOGIE

Elena PRUNICI, asistent universitar, Centrul de Formare Continuă și Leadership,
Universitatea Pedagogică de Stat „ Ion Creangă ” din Chișinău
Iurie UNGUREANU, doctor în științe chimie-fizică, profesor de chimie, biologie și
fizică, grad didactic superior,
Gimnaziul nr.3 din Bălți și Liceul Teoretic „M. Gorki” din Bălți

***Abstract.** A fundamental challenge for biology educators lies in determining how to motivate students to engage with this subject, how to capture their interest, and how to convince them of the value in studying a discipline that is among the most essential for life. Biology offers students the opportunity to acquire knowledge that is both enjoyable and profoundly relevant to everyday experiences. The study of biology supports the development of a scientific worldview, intellectual growth, moral education, and the awareness and resolution of contemporary issues.*

This paper examines the instructional strategies necessary to foster in students the competence to acquire foundational knowledge, skills, and values in the field of biology, particularly in pre-university education. Additionally, it considers the practical application of this knowledge to address real-world problems and everyday situations.

Keywords: Learning competence, instructional-educational process, student motivation.

„Analfabetul de mâine nu va fi cel care nu știe să scrie și să citească, dar cel care-i va învăța cum să învețe.”.

(Alvin Toffler)

Biologia poate fi considerată artă și știință. Biologia, prin metodele care le abordează în studiul interacțiunilor dintre specii sau transformărilor acestora este o știință. Dar, asemenea unui artist, profesorul de biologie creează și își propune realizarea unor mecanisme sau materiale noi, intuiește proprietăți noi.

Biologia este într-o relație permanentă și reciprocă cu viața și nimic nu susține mai bine această afirmație decât gândul că materia vie și viața însăși sunt rezultatul celor mai rafinate și complexe procese biochimice care au loc în organismele vii.

A învăța nu este pur și simplu un proces psihologic sau biologic, și nu face diferențierea dintre persoanele din diferite pătri sociale. Învățarea este un proces continuu, care este determinat de relațiile sociale, de producție. În prezent aptitudinile și capacitățile unei persoane au o mai mare importanță de cât asimilarea unei cantități mari de cunoștințe.

Acest fapt este determinat de necesitatea: Rezolvării problemelor vieții de zi cu zi; Participării individului la propria dezvoltare, utilizând toate valorile din mediul înconjurător; Utilizării în practica cotidiană a cunoștințelor din diverse domenii; Învățării prin observare, oferind modele caracteristice de atitudine și comportament; Satisfacerii intereselor personale prin realizarea unor strategii adecvate de formare.

Este firesc ca în centru preocupărilor actuale ale școlii moderne trebuie să se situeze cultivarea accentuată a gândirii logice a elevilor, prin evidențierea relațiilor biologice, prin fundamentarea științifică a conceptelor, prin utilizarea progresivă a limbajului biologic etc., prin intermediul biologiei este posibilă formarea/dezvoltarea competenței de a învăța să înveți.

Învățarea pe tot parcursul vieții include activitățile de învățare realizate de o persoană pe parcursul vieții, în scopul formării sau dezvoltării competențelor din perspectivă personală, civică, socială și profesională [2].

Dezvoltarea tehnologică în ultimele decenii, precum și fenomenul globalizării au determinat instituții și specialiști din întreaga lume să stabilească competențele de care are nevoie orice cetățean pentru a se integra cu succes în viața socială.

Una din competențele stipulate în Cadrul european de referință este competența de a învăța să înveți, ceea ce vizează disponibilitatea elevului de a organiza și a reglementa propria învățare, atât individual, cât și în grup; abilitatea de a organiza eficient timpul; de a achiziționa, a procesa, a evalua și a asimila noile cunoștințe și deprinderi într-o varietate de contexte-acasă, la școală, în educație și instruire. În termeni mai generali, „a învăța să înveți” contribuie în mod eficient la managementul traseului personal și profesional [1, p. 16]. Motivația și încrederea sunt fundamentale pentru această competență, care contribuie la managementul de autodevenire personală și profesională.

Procesul de formare a competenței de a învăța să înveți presupune o trecere succesivă, continuă a schimbărilor cantitative și calitative, cu reinterpretarea inevitabilă a experienței acumulate anterior. Schimbările cantitative la fiecare etapă asigură tranziția spre etapa următoare, care declanșează schimbările calitative.

Fiecărei trepte îi este proprie „o măsură” ce ar caracteriza gradul de formare a competenței de a învăța să înveți, asigurând, astfel, trecerea fără impedimente la etapa următoare de învățare, la un nivel calitativ nou, prin elaborarea sau selectarea strategiilor potrivite, prin respectarea particularităților de vârstă ale elevilor etc.

Dezvoltarea rapidă a științei, tehnicii necesită schimbări și în sistemul de instruire, pentru ca individul să se poată integra în spațiul informațional și tehnologic fără efecte negative asupra sănătății și echilibrului fizic, emoțional și moral. Deci, toți subiecții implicați în procesul educațional trebuie să conștientizeze faptul, că importante sunt nu numai cunoștințele, abilitățile și atitudinile cu care îi înzestram pe elevi, cât și competențele, inclusiv, competența de a învăța să înveți.

Conștientizarea sarcinilor de învățare și a condițiilor de realizare constituie un prim pas spre rezolvarea lor. Posibilitățile de realizare cu succes a activității de învățare vor fi minime, dacă elevul se va orienta slab în identificarea necesităților proprii. Cunoașterea nevoilor de învățare îl determină pe elev să vrea să le satisfacă, îl motivează să identifice, să formuleze și să rezolve.

Este bine știut faptul că elevii trebuie pregătiți pentru viață, dar și faptul că școala înseamnă viață, elevul învățând, crescând și dezvoltându-se în mediul școlar. În acest sens, este foarte interesantă viziunea lui John Dewey, conform căreia trebuie „să lași copilul să vină la școală cu toată experiența câpătată în afara ei și să plece de la școală cu ceva care să fie utilizat imediat în viața de toate zilele” [3, p.20] .

Pentru a ajunge la rezultatele solicitate de elevi, părinți și societate, procesul trebuie organizat și orientat spre formarea și dezvoltarea competenței de învățare, adică a unui sistem de cunoștințe necesare pentru viață. Însă dezvoltarea acestei competențe nu este posibilă fără a trasa obiective. Obiectivele stabilite pentru fiecare etapă urmează să formeze/dezvolte competența de a învăța să înveți. Instruirea bazată pe competența de învățare face ca elevul să conștientizeze cât trebuie să cunoască, cum trebuie să învețe, unde poate aplica aceste cunoștințe, care sunt consecințele, cum pot fi preîntâmpinate sau evitate insuccesele.

Instruirea axată pe competența de a învăța să înveți solicită organizarea corectă a activităților cognitive, de cercetare pentru a le face productive nu numai și nu atât în sensul de a realiza ceva corect, dar și de a obține performanțe în urma studierii materiei noi; de a acumula noi cunoștințe, eseuri, proiecte; de a realiza clasificări, analize; de a rezolva probleme din viața reală etc.

Astfel, se renunță la Calitatea învățării e în funcție de nivelul de formare a competenței de a învăța să înveți. Dezvoltarea competenței de a învăța să înveți se bazează pe cunoștințele acumulate pe parcursul studierii consecutive a temelor; explorarea cunoștințelor în alte domenii de activitate; crearea condițiilor pentru studierea individuală, experimentală, cognitivă, organizatorică.

În acest context, profesorul de biologie, care activează în gimnaziu are menirea nu numai de a forma la elevi competența de a învăța să înveți, dar și competența profesională, care constă în aplicarea, transferul și integrarea cunoștințelor, abilităților și atitudinilor în situații și medii de muncă diferite, pentru a realiza activitățile solicitate la nivelul calitativ specificat în standard.

Deci, organizarea corectă a activității de învățare la orele de biologie se bazează pe nevoile interne ale elevilor de realizare a transformărilor creative ale noțiunilor biologice studiate cu scopul de a

poseda noi cunoștințe și abilități. Stimularea acestei activități depinde, în mare parte, de felul cum este formulată sarcina didactică (de învățare) de către profesor. Profesorul are grijă să formuleze la elevi competențe de utilizare a cunoștințelor și capacităților în alte contexte, în situații reale, adică să realizeze un transfer, o exportare a cunoștințelor și capacităților în alt domeniu, „fără să se impună o nouă învățare transdisciplinară” [4, p.11], iată de ce este important să-l învățăm pe elev să învețe.

Prina verigă a activității de a învăța să înveți este motivația pentru învățare, tehnicile de învățare și orientare către schimbare. Profesorul poate fi comparat cu un negustor: el trebuie să vândă elevilor săi un pic de biologie. Dacă el are probleme cu desfacerea mărfurilor și potențialii săi clienți refuză să cumpere, nu trebuie să dea toată vina pe aceștia. Poate nu și-a prezentat destul de bine marfa, iar clienții nu au fost convingși de utilitatea acesteia. Același lucru se poate întâmpla și cu elevii. Rezultatele modeste ale unui elev pot proveni din lipsa de motivație pentru ceea ce învață. În loc de condamnare trebuie găsite cauzele comportamentului elevului.

Motivația este ceea ce îl determină pe elev să facă anumite lucruri. Motivația pentru învățare se referă la ceea ce îl determină să învețe. De menționat că elevul este în stare să își controleze motivația, aceasta fiind generată de interesul lui pentru o anumită tematică sau activitate. De aceea, o mare atenție urmează a fi acordată alegerii, formulării și prezentării sarcinilor didactice care se propun spre realizare. Pentru a deveni interesantă, o problemă trebuie să fie relevantă din punctul de vedere al elevului, să fie legată de activitatea cotidiană, să pornească de la un fapt cunoscut sau să aibă utilitate practică. Din această categorie de probleme fac parte și cele care implică, de exemplu:

- Compararea prețurilor reale ale unor produse agricole în diferiți ani, ca pretext pentru a discuta despre probabilitate;
- Compararea produselor alimentare ambalate diferit, pentru a discuta despre pericolele aduse de aceste alimente pentru sănătatea elevilor și a tuturor celor ce utilizează în alimentație a acestor produse.
- Studiarea materialelor de construcții utilizate, care duc la formarea cancerului în organismul persoanelor ce locuiesc în casele unde sa utilizat aceste materiale (resturile de cărbuni după arderea lui, linoleum, lamelatul, tapetele, pienoplastul, etc.)

Astfel, dacă dorim să-l motivăm pe elev, să-l impulsivăm să depună un efort, trebuie să-l convingem că merită exploreze tema în cauză.

Există un număr semnificativ de factori, pe care profesorii îi putem utiliza pentru a crește motivația elevilor.

- 1) Începerea lecției prin a da elevilor un motiv;
- 2) Aprecierea orală și scrisă. În multe cazuri o întărire tangibilă nu este atât de eficace ca și aprecierea orală de către profesor. Lauda este cea mai naturală și cel mai facil de administrat dintre tehnicile motivaționale de care dispune un profesor. Subliniem faptul că, mai important decât cantitatea acestei laude pe care o poate utiliza profesorul este calitatea ei, adică modul în care este ea oferită.
- 3) Utilizarea unor caractere familiare pentru exemple. De exemplu: la lecțiile de biologie în clasa a IX-a, a XII-a, la subiectul: Legile eredității, elevilor le creez probleme, situații – probleme utilizând caracterele ereditare ale părinților, pentru a deduce dacă se confirmă legile mendeliene ale eredității sau sunt abateri de la aceste legi.

Cea de a doua verigă se rezumă în „actul de îndeplinire”, adică elevul trebuie să realizeze acțiuni care îl conduc spre soluționarea completă a sarcinii didactice, precum:

1. Înțelegerea condițiilor sarcinii formulate pentru a evidenția în ea raporturile/ relațiile esențiale – această acțiune este orientată spre formarea abilităților de analiză a condițiilor sarcinii didactice concrete, stabilirea relațiilor între datele și situațiile necunoscute, evidențierea particularităților lor.

2. Alcătuirea modelului biologic al raporturilor/relațiilor evidențiate într-o formă literară, grafică – aceasta permite fixarea caracteristicilor interioare ale sarcinii, datelor implicite și deseori dificile de observat; aceasta este o etapă foarte importantă în procesul de formare a competenței de a învăța să înveți.

3. Transformarea modelului/relațiilor evidențiate în scopul studierii proprietăților lor – această acțiune servește drept bază pentru formarea schemei generalizate de rezolvarea sarcinii concrete.

4. Stabilirea unui sistem de probleme particulare, care se rezolvă prin această metodă generalizată. Datorită acțiunii respective, elevii concretizează datele unei sarcini generalizate și o transformă într-un sistem de sarcini particulare, care se rezolvă printr-o metodă învățată.

Veriga a treia a activității de învățare este cea de evaluare, care poate include următoarele sarcini: Enumerați de ce cunoștințe ați avut nevoie pentru a rezolva sarcina propusă; Expuneți planul utilizat la rezolvarea sarcinii propuse; Căutați alte metode de soluționare a sarcinii; Comparați metodele utilizate și evidențiați-o pe cea mai rațională; Justificați decizia luată.

Din cele expuse, rezultă că dezvoltarea elevului are loc doar în cadrul unei activități de învățare orientată spre un scop bine determinat, adică spre formarea de competențe.

La baza formării competenței de a învăța să înveți stă transferul de cunoștințe, îmbinat cu motivația și interesul, care generează practica activă a elevilor. Profesorul modern trebuie să se orienteze permanent spre elev și să confere eficiență procesului didactic prin realizarea reușită a rolurilor pe care le are: organizator, îndrumător, consilier, mediator, participant, consultant și evaluator. Formarea generației tinere, și nu doar informarea ei, a determinat axarea curriculumului pe formarea de competențe.

Concluzii

În dezvoltarea competenței a învăța să înveți la elevi strategiile de predare-învățare-evaluare adecvate sunt vitale. Acestea trebuie să includă cu obligativitate predarea explicită a unor tehnici și metode de învățare, precum realizarea hărților conceptuale, rezumarea, luarea notițelor, întrucât modul în care profesorii concep și utilizează aceste instrumente de generare și activare a cunoașterii elevilor influențează decisiv nu numai performanțele școlare ale elevilor, ci și modul în care aceștia abordează și soluționează probleme reale din viața cotidiană, sarcinile de la locul de muncă. Din acest motiv, indiscutabil, competența a învăța să înveți trebuie privită în relație cu programele de formare a cadrelor didactice și a formatorilor. Mai mult decât atât, dezvoltarea competenței a învăța să înveți ar trebui să beneficieze de o abordare unitară și coerentă la nivelul curriculumului de formare nu doar a elevilor, ci și a cadrelor didactice, a formatorilor și a adulților, în general.

Bibliografie:

1. BERCU, N., CĂPIȚĂ, L.E., 2010. Despre a învăța elevul să învețe, în: „Revista de pedagogie”, Institutul de Științe ale Educației, nr. 58 (3);

2. CODUL EDUCAȚIEI AL REPUBLICII MOLDOVA. Publicat: 24.10.2014 în Monitorul Oficial Nr. 319-324, art. Nr: 634. Chișinău, Data intrării în vigoare: 23.11.2014;

3. Ghid de implementare a curriculumului la disciplina Biologie în clasele X-XII, ediția 2019, pag. 20;

4. IONESCU M., RADUL I., 2004. Didactica modernă, Editura Dacia. Cluj-Napoca, pag. 11;