

Influența situațiilor sociale de dezvoltare diferite asupra formării personalității preadolescentului inferior.

Verdeș Angela, lector la catedra Psihologie aplicată și Asistență socială, UPS “I. Creangă”.

Vârsta pubertară marchează încheierea copilăriei și începutul adolescenței, ea constituind un fel de punte de legătură între ele. Faptul acesta va permite ca în tabloul ei psihologic să întâlnim o îmbinare a unor particularități ce țin de mica școlaritate cu altele, care într-o formă sau alta le prefigurează pe cele ale adolescenței. Stone și Church (1973) afirmă că, în plan psihologic pubertatea este a stare a sufletului, o modalitate de existență, ce apare la începutul perioadei pubertare și se termină atunci când individul manifestă independență în acțiunile sale. Horrox (1982), referindu-se la această perioadă de dezvoltare, menționează că, pubertatea se finisează atunci, când individul atinge maturitatea emoțională și socială și deține acea experiență, aptitudini și dorință de a accepta rolul maturului.

Pubertatea oferă spațiul unei luxuriante dezvoltări, care l-a determinat pe J.J. Rousseau (1873) să o caracterizeze ca pe vârsta celei de-a doua nașteri, este vorba, evident, de nașterea întru maturitate. M. Debesse (1981) denumește această perioadă de evoluție psihică drept vârsta “neliniștilor pubertare”. În opinia autorului este perioada neliniștii, atât pentru copil, cât și pentru părinte. Pentru primul, neliniștea apare ca un răsunet al transformărilor organice asupra vieții sale organice și mintale, la părinte sentimentul respectiv provine din pericolele pe care le percepe, în mod justificat sau nu, în jurul copilului său.

La începutul perioadei preadolescente (preadolescentul inferior) structurile psihologice ale personalității abia încep să se formează, deținând o relație specifică, irepetabilă, unică între copil și mediul ambiant. Anume această relație a copilului cu mediul social este numită de Vîgotski **situație socială a dezvoltării** copilului. SSD este considerată de către autor momentul inițial pentru toate transformările dinamice ce au loc în dezvoltare în perioada de vîrstă dată, determinînd formele prin intermediul cărora copilul va asimila însușirile noi ale personalității. Să determinăm cele mai principale deosebiri în SSD pentru preadolescenții ce au constituit loturile experimentale în dependență de sferile de relații: sfera “copilul – adultul”; sfera “copilul – alt copil”; sfera “copilul anturajul material”; sfera “copilul – El însuși”.

Sfera “copilul – adultul” (comunicarea, interacțiunea, activitatea): preadolescentul din familiile favorabile permanent se află în preajma și în vizorul unui adult atât la școală, dar mai ales în cadrul familiei, unde copilul permanent simte atenția părintelului, comunică și interacționează

cu el. Desfășurarea comunicării, interacțiunii și activității cu părintele influențează dezvoltarea favorabilă a personalității preadolescentului. Pentru preadolescenții din familiile temporar dezintegrate comunicarea, interacțiunea în cadrul sferei “copil - adult”, sunt reduse la minimum, limitându-se la rarele convorbiri telefonice sau la și mai rarele întâlniri cu părinții. Aceste comunicări, inreacțiuni cu părinții nu sunt suficiente, deoarece de multe ori ele dețin un caracter formal și organizatoric, ignorându-se starea de spirit a copilului. În rest aceste contacte depind de adultul în îngrijirea căreia se află copilul. Rezultatele experimentelor ne demonstrează că comunicarea, interacțiunea, activitatea cu persoanele în grija cărora au rămas sunt insuficient de apropiate pentru a discuta anumite lucruri care îi preocupă (“Mamei puteam să-i spun mai multe”; “Bunicii nu-i pot spune totul, mă simt singură”). Pentru preadolescenții din școlile internat comunicarea, interacțiunea, activitatea în sfera “copil - adult” sunt determinate de regimul intern al instituției. Interacțiunea cu adulții poartă un caracter oficial, referindu-se mai mult la instruire și disciplină. Contacte de nivel interpersonal sunt destul de rare, ceea ce influențează negativ asupra dezvoltării personalității. Pentru preadolescenții din internate sfera “copil - adult” poartă un caracter specific: pe de o parte comunică, interacționează mult timp cu adultul, pe de altă parte în comunicare și interacționare este lipsă copilul ca personalitate, ca subiect, apărând numai ca obiect al comunicării (Racu Ig., 2005, p. 113).

În sfera “copil – alt copil” are loc o creștere a comunicării, interacțiunii, activității la preadolescenții din toate loturile experimentale. Trebuie de menționat că la vârsta preadolescență activitatea dominantă e comunicarea cu semenii. După vârsta de 10 ani există o foarte mare tendință și atracție a preadolescentului spre grupul de semenii. În cadrul activității de comunicare are loc dezvoltarea și formarea personalității. Pentru preadolescenții din I lot comunicarea, interacțiunea, activitatea este bine dezvoltată. Pentru preadolescenții din lotul II, plecarea părinților este factorul care influențează relația lor cu semenii. Comunicarea, interacțiunea, activitatea cu semenii se produce de obicei în două direcții: consolidare, datorată compătimirii și înțelegerii acestor copii; distanțare sau tensionare, bazată pe invidia față de condițiile materiale ale acestora. Pentru copiii educați în internate comunicarea cu semenii are specificul său: e determinată de acele reguli, norme ce sunt caracteristice instituțiilor de tip închis; contactele cu alți copii sunt superficiale și de scurtă durată; experiența de comunicare formată incorect devine o cauză a atitudinii negative a preadolescenților față de alți copii.

Sfera “copilul – anturajul material”. Avantajați în acest sens, considerăm că sunt preadolescenții din lotul I experimental. Condițiile de viață în cadrul familiei le asigură o cunoaștere amplă și profundă prin utilizarea diverselor resurse materiale. Preadolescenții din lotul II experimental, datorită părinților plecați peste hotare, au avantajul de a utiliza diverse

bunuri materiale, care sunt mai puțin accesibil semenilor săi educați în internate. Astfel, preadolescenții educați în internat sunt mai dezavantajați în acest plan.

Sfera “copilul – El însuși”. În cadrul acestei sfere se ia în considerație atitudinea copilului față de el însuși și dezvoltarea sferei afective. Grație climatului emoțional favorabil în cadrul familiei, preadolescenții din din I lot posedă un Eu flexibil, autoaprecieri mai sus de medie, echilibru emotiv. Preadolescenții care au format lotul II, datorită lipsei suportului afectiv din partea părinților, sunt caracterizați de Eu relativ slab, autoaprecieri medii, sensibilitate, iritabilitate. Atențările și critica permanentă la propria persoană, pentru preadolescenții din internate, devine cauza formării unui Eu slab, a labilității emoționale, precum și a lipsei experienței sociale.

Investigațiile noastre privesc influența situațiilor sociale de dezvoltare asupra formării personalității preadolescenților inferiori (10-12 ani). Au fost supuși studierii 75 copii, câte 25 copii în fiecare lot experimental. Loturile experimentale s-au constituit în baza selecției preadolescenților inferiori din SSD diferite:

I-I lot – preadolescenți inferiori din familii complete favorabile, ce cresc și se dezvoltă într-un climat emoțional favorabil, în relații de comunicare favorabile.

II-lea lot – preadolescenți inferiori din familii temporar dezintegrate, a căror părinți sunt plecați la muncă peste hotarele țării;

III-lea lot – preadolescenți inferiori din internat, educați în instituții de tip închis.

Cercetînd trăsăturile de personalitate cu ajutorul testului Cattell am obținut diferențe statistice semnificative la 7 factori (factorul B: Intelegența, factorul C: Stabilitate afectivă / Instabilitate afectivă, factorul M: Practicitate / Inventivitate, factorul O: Calm / Anxietate, factorul Q1: Conservatism / Inovație, factorul Q3: Autocontrol, factorul Q4: Calm / Tensiune internă din 16. La factorii A, E, F, G, H, I, L, N, Q2 nu au fost evidențiate diferențe statistice-semnificative pentru preadolescenții inferiori, însă conform datelor medii am obținut următoarele rezultate: preadolescenții din familiile favorabile au înregistrat valori mai mari la factorii A: Comunicare (6,60 un. medii I lot; 6,08 un. medii lotul II; 5,24 un. medii lotul III), factorul E: Dominare (6,25 un. medii I-ul lot; 5,72 un. medii lotul II; 4,96 un. medii lotul III), factorul G: Forța eu-lui (7,15 un. medii I-ul lot; 6,80 un. medii lotul II; 6,08 un. medii lotul III), factorul L: Încredere / Suspiciune (7,00 un. medii I-ul lot; 6,68 un. medii lotul II; 5,76 un. medii lotul III); preadolescenții din familiile temporar dezintegrate dețin scoruri mai mari la următorii factorii: factorul F: Stăpînire de sine / Impulsivitate (5,40 un. medii I-ul lot; 5,84 un. medii lotul II; 5,24 un. medii lotul III), factorul H: Îndrăzneală / Prudență (4,90 un. medii I-ul lot; 5,04 un. medii lotul II; 4,68 un. medii lotul III), factorul I: Realism / Spirit artistic (3,75 un. medii I-ul lot; 5,16 un. medii lotul

II; 4,64 un medii lotul III experimental); factorul N: Naivitate/ Perspicacitate (5,30 un. medii I-ul lot; 5,72 un. medii lotul II; 4,92 un. medii lotul III); factorul Q2: Independența (4,75 un. medii I-ul lot; 5,84 un. medii lotul II; 5,20 un. medii lotul III); preadolescenții din internate nu au obținut medii mai mari în comparație cu leații săi din familiile favorabile și cei dn familii din temporar dezintegrate.

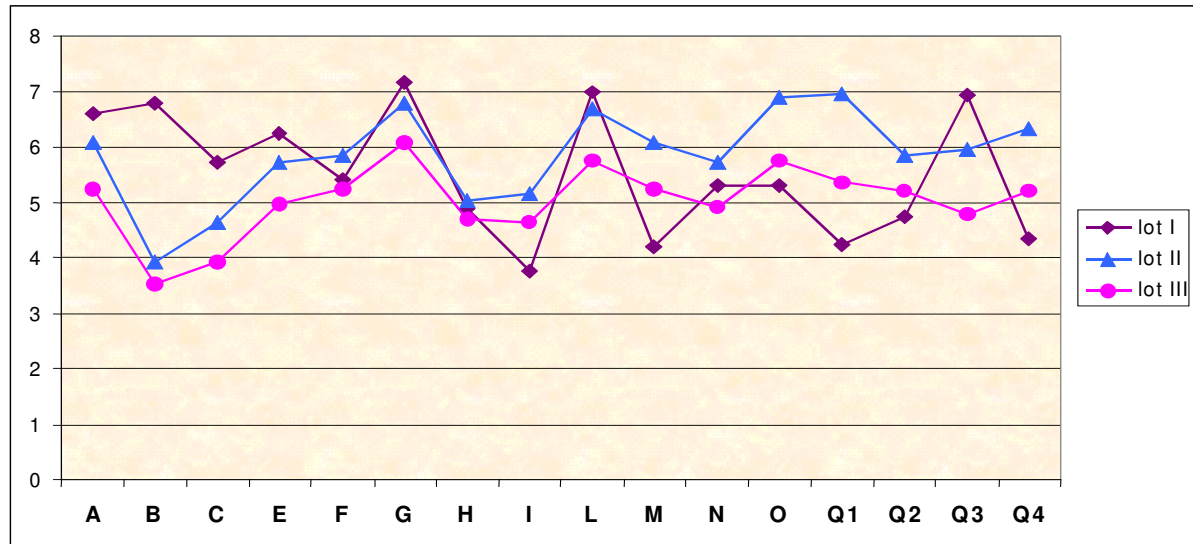


Fig. 15 Distribuția de date privind trăsăturile de personalitate a preadolescenților inferiori, Cattel.

La **factorul B: Intelegența** valorile cele mai mari le-au căpătat preadolescenții din familiile favorabile, avînd o medie egală cu 6,80. Preadolescenții din familiile temporar dezintegrate dețin media egală cu 3,92. Iar cei educați în internate 3,52. Diferențe statistic-semnificative la pragul de semnificație $p=0,0001$ s-au înregistrat între I-ul și al II-lea lot și acelaș prag de semnificație ($p=0,0001$) la între I și al III-lea lot experimental cu scoruri înalte pentru I-ul lot în ambele cazuri. Preadolescenții din I-ul lot îi putem caracteriza ca fiind bine dotați în plan cultural și intelectual, cu gândire abstractă, ingenioși, perspicace, fluentă verbală înaltă, în comparație cu leații lor din lotul II și III experimental, care se caracterizează prin gândire rigidă, prin nivel intelectual și cultural mediu, cu dificultăți soluționează problemele abstracte și posedă o dezorganizare emoțională în gândire. Cauza principală în explicația acestei distribuții de date o considerăm lipsa părintelui și a suportului afectiv atât în cazul preadolescenților din familiile temporar dezintegrate, cât și a celor educați în internate.

Diferențe statistic-semnificative s-au înregistrat și la **factorul C: Stabilitate afectivă/ Labilitate afectivă** la I-ul (5,72 un. medii) și al III lot experimental (3,92 un. medii) la pragul de semnificație $p=0,001$. Studiind preadolescenții inferiori din toate loturile experimentale din perspectiva acestui factor am evidențiat următoarele: preadolescenții din familiile favorabile sunt

reținuți, liniștiți, maturi emoțional, apreciază adecvat situația, evită dificultățile și dețin interese constante, pe când preadolescenții educați în internate se află sub influența emoțiilor, deseori fiind indispuși, neliniștiți, evită responsabilitățile, au tendințe de a ceda în fața dificultăților și de a nu intra în controversă în situațiile de problemă. La preadolescenții din familiile temporar dezintegrate nu s-au evidențiat diferențe statistice, însă rezultatele obținute de acest lot dețin un caracter mediu față de rezultatele I-lui și al III-lea lot experimental, ceea ce ne face să presupunem că în unele situații ei manifestă trăsături caracteristice pentru un lot, iar în altele pentru celălalt.

La **factorul M: Practicitate / Inventivitate** s-au înregistrat diferențe statistic-semnificative la I-ul lot (4,20 un. medii) și la lotul II experimental (6,08 un. medii) la pragul de semnificație $p=0,003$ cu scoruri mai mari pentru preadolescenții din lotul II. Astfel, preadolescenții din familiile temporar dezintegrate manifestă așa trăsături ca: imaginație bogată, idealizare, exaltare, copleșire de idei și iluzii proprii, instabilitate și un înalt nivel creativ, pe când preadolescenții din familiile favorabile dau dovadă de imaginație redusă, rapiditate în soluționarea problemelor practice, cointeresare de interesele proprii, conducerea de norme recunoscute și de realitatea obiectivă, meticulozitate, sinceritate, fermitate. Preadolescenții educați în internate nu au obținut diferențe semnificate, media acestui lot (5,24 un. medii) apropiindu-se de media lotului II, ceea ce ne permite să afirmăm că trăsăturile manifestate de acești preadolescenți se vor asemui cu trăsăturile de personalitate manifestate de preadolescenții din lotul II experimental.

Privind **factorul O: Calm/Anxietate** putem face următoarele constatări: valorile cele mai mari le dețin preadolescenții din internate, obținând media egală cu 6,88, iar preadolescenții din familiile favorabile au media egală cu 5,30 și preadolescenții din familiile temporar dezintegrate manifestă tendința de a se apropia de rezultatele copiilor din familii favorabile (5,76 un. medii). Diferențe semnificative se înregistrează la I-ul și al III-lea lot la pragul de semnificație $p=0,015$. Reșind din rezultatele expuse mai sus putem afirma că preadolescenții din internate resimt frică, neliniște, neîncredere, sentimentul vinovăției, vulnerabilitate, singurătate, sensibilitate la reacțiile anturajului, agitație, spre deosebire de liații lor din familiile favorabile care sunt încrezuți, veseli, calmi, nepăsători, indiferenți la acceptarea sau respingerea anturajului.

La **factorul Q1: Conservatism / Inovație** valorile maxime aparțin preadolescenților din lotul II (6,96 un. medii) în comparație cu preadolescenții din lotul I (4,25 un. medii) și copiii din lotul III (5,36 un. medii), diferențe statistic-semnificative înregistrându-se atât între lotul I și II la pragul de semnificație $p=0,000$, cât și între lotul II și III experimental la pragul de semnificație $p=0,039$.

La **factorul Q3: Autocontrol** valoarea centrală maximă aparține preadolescenților din I-ul lot (6,95 un. medii), preadolescenții din lotul II au obținut media egală cu 5,96 și cei din lotul III media egală cu 4,80. Diferențe statistic semnificative la acest factor se înscrie la lotul I și III experimental la pragul de semnificație $p=0,002$. Conform rezultatelor obținute preadolescenții din familiile favorabile se caracterizează prin control solid al emoțiilor și comportamentului, amor propriu ridicat, perseverent, formalist, energie, vitalitate, rapiditate în activitate, acceptarea normele sociale, pe când la preadolescenții din orfelinate se evidențiază următoarele trăsături: control emoțional și compartamental slab, nedisciplinare, neatenție, neacceptarea normele sociale, nu este atent și delicat, dominat de unele conflicte interne, control scăzut al voinței. La preadolescenții din familiile temporar dezintegrate nu s-au înregistrat deferențe staistic-semnificative.

Analiza comparativă a rezultatelor căpătate de preadolseceții inferioari la **factorul Q4: Calm / Tensiune** a înregistrat următoarele scoruri: 4,35 un. medii I-ul lot, 6,32 un. medii al II-lea lot și 5,20 un. medii al III-lea lot, diferențe statistic-semnificative la pragul de semnificație $p=0,002$ se înregistrează la I-ul și al II-lea lot cu valori mai mari pentru al II-lea lot experimental. Aceste rezultate ne permit să afirmăm că preadolescenții din familiile temporar dezintegrate se caracterizează prin energie, iritație, motivație sporită, în comparație cu preadolescenții din familii favorabile ce pot fi caracterizați prin relaxare, liniște, apatie, motivație scăzută, nivel înalt al toleranței frustrative, satisfacție, netulburare.

Generalizînd rezultatele obținute în rezultatul aplicării testului Catell la I-a subrupă experimentală putem face următoarele constatări: preadolescenții inferioari din familiile favorabile sunt carcaterizați de intelegență relativ înaltă, spre deosebire de leații săi din familiile temporar dezintegrate și cei educați în internate. În literatura de specialitate este menționat faptul că, dezvoltarea intelectuală depinde de comunicarea emoțională a copilului cu părinții și cu maturii, precum și de durata acestei comunicări (cu cât este mai scurtă comunicarea, cu atât mai lent are loc dezvoltarea intelectuală) (L.D. Stolareenco, 2003, pag. 211). Sfera comunicativă a preadolescenților inferioari din familiile favorabile este caracterizată de o comunicare mai sus de normă, tendințe de dominare, o dependență relativă de grup, sinceritate, naturalețe, o careva lipsă de experiență socială, precum și rezistență și mecanisme de apărare. Preadolescenții din familiile favorabile posedă comunicare eficientă și continuă atât cu părinții cât și cu anturajul său psiho-social, ceea ce nu putem spune despre preadolescenții din internate și cei din familiile temporar dezintegrate. În sfera emoțional-volitivă preadolescenții din familiile favorabile demonstrează un Eu flexibil, un echilibru volitiv relativ, superego mai sus de medie, desemnînd un acord cu normele și standardele sociale, viziuni realiste, echilibru emotiv, autoaprecieri mai sus de medie.

Preadolescenții din familiile temporar dezintegrate sunt caracterizați de inteligență redusă, gândire rigidă, dezorganizare emoțională a gândirii, trăind în lumea iluziilor interne, dar demonstrând creativitate ridicată și tinzând să depășească conservatismul, manifestând liberalism. Domeniul afectiv-volitiv este caracterizat de Eu relativ slab, ce se află sub influența emoțiilor, nestatornic, dar fiind în bun acord cu normele și standardele sociale, autoaprecieri medii, energie, activism. Sfera comunicativă a preadolescenților din familiile temporar dezintegrate este caracterizată de comunicativitate în normă, activism, cu tendințe spre risc și dominare, autonomie, dar și sensibilitate, iritabilitate, tensiune interioară.

Preadolescenții din internate sunt determinați de inteligență redusă, gândire rigidă, incapacitate de rezolvare a problemelor abstracte. Domeniul afectiv-volitiv este caracterizat de eu slab, labilitate emoțională, indisponere ușoară, neagreaarea situațiilor ce cer responsabilitate mărită, tendință relativ slabă de dominare, precum și dependența de grup și lipsa experienței sociale. Sunt comunicativi și predispuși spre cooperare, dar timizi și indeciși, atenți, cumpătați, asumându-și vina pentru faptele sale, conformiști, uneori chiar dependenți de grup.

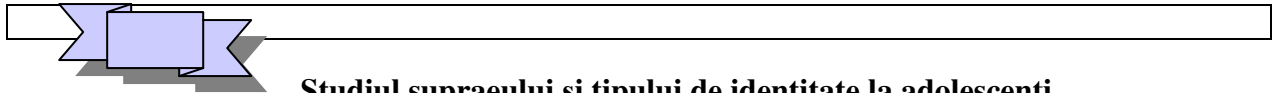
Summary

This article deals with the influence of social situation of development on the formation of preadolescent' personality. The survey demonstrated that the personality development and formation at this age is determined by the specific social situation of development.

Bibliografie

1. Albu E. Manifestările tipice ale devierilor de comportament la elevii preadolescenți. Prevenire și terapie. Aramis, București 2002.
2. Druță M-E. Cunoașterea elevului. Aramis, București, 2004.
3. Racu Ig., Psihologia conștiinței de sine. Chișinău, 2005. 233 p.
4. Фурманов И.А., Фурманова Н.В. Психология депривированного ребенка. Москва, 2004. - 319 с.
5. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Ростов-на-Дону, 2003. - 672 с.

Primit la 26.11.07



Studiul supraeului și tipului de identitate la adolescenți

M. Pleșca, *conferențiar universitar, dr.*

Prin această lucrare am urmărit să investighez forța supraeului și tipul de identitate pe un eșantion de adolescenți. Importanța ei derivă din contextul societății noastre actuale la care ne raportăm, și care este caracterizată de transformări puternice ale valorilor de referință și ale modelelor ideale.

Din acest motiv, studiul prezent este centrat pe două dintre aspectele psihismului uman despre care studiile și teoriile psihologice au demonstrat ca sunt puternic influențate și chiar modelate de contextul realității socio-culturale. Supraeul și identitatea sunt concepte dezvoltate de teorii diferite ale psihologiei: psihanaliza, respectiv psihologia interpersonală și socială, iar procesele formării lor sunt plasate la vârste diferite în ontogeneză – copilăria pentru supraeu și adolescența pentru identitate. Supraeul, conform modelului freudian, presupune internalizarea prohibițiilor parentale la sfârșitul perioadei oedipice, cât și a normelor și idealului eului, iar acestea sunt o reintroducere în microsistem a valorilor morale ale societății. Identitatea rezultă din organizarea experienței și din reevaluarea și asamblarea identificărilor din timpul copilăriei, și este un nucleu valoric al eului, stabil, consistent și oferind coerență între modul în care persoana se privește pe sine și relațiile sale cu lumea exterioară.

În afara acestor diferențe, analizând descrierea acestor două aspecte în cadrul teoriilor lor, am desprins o serie de elemente cheie, centrale și în același timp comune în structura celor două constructe. Acestea sunt: reguli, norme și valori morale, conștiință, imitație, identificare și model ideal. Ambele structuri au o dublă sursă de formare: individuală și socială.

Pentru operaționalizarea conceptului de supraeu am respectat concepția lui Raymond B. Cattell, autorul instrumentului folosit în această cercetare. Conform acestuia, o persoană cu un supraeu slab este lipsită de toleranță la frustrare, schimbătoare, caracterizată prin oboseală nervoasă, nesigură, care neglijează obligațiile și normele sociale. Valorile ridicate ale forței supraeului indică o persoană conștiincioasă, perseverentă, responsabilă, consecventă, atentă la oamenii și lucrurile din jur, respectuoasă, cu bună capacitate de concentrare, cu tendința de a reuși în activități variate.

Pentru identitate, am utilizat operaționalizarea lui James Marcia, cel care a dezvoltat teoria identității a lui Erik Erikson. Ea este bazată pe două dimensiuni majore: maturitate și asumarea identității.

În funcție de modul lor de combinare, există patru statusuri de identitate: identitățile mature-sunt identitatea dobândită și moratoriul. Prima presupune faptul că persoana a traversat criza auto-

conștientizării, a perioadei de întrebări active și de autodefinire, și și-a definitivat identitatea prin angajamente unice și personale. Este deci o identitate asumată. Al doilea status presupune aceeași implicare activă în explorările crizei moratoriale, dar fără finalitatea adoptării unor poziții ferme, de aceea fiind neasumată. Statusurile de identitate immature - sunt identitatea forțată și identitatea difuză, întrucât ele sunt caracterizate prin absența explorărilor și a autoconștientizării. Forclusă înseamnă imitație și preluarea necritică a rolurilor și valorilor de la părinți, de aceea fiind asumată, iar cea difuză presupune eșuarea căutărilor cât și asumării.

Reeșind din cele menționate afirmăm că conținuturile identității sunt grupate pe două axe: identitate interpersonală și identitate ideologică.

Ipotezele studiului prezent sunt următoarele:

1. Subiecții cu statusuri de identitate mature (identitate dobândită și moratoriu) au forța supraeului semnificativ mai înaltă decât subiecții cu statusuri de identitate imature (identitate forclusă și identitate difuză).

2. Proporția subiecților cu identitate interpersonală matură este semnificativ mai mare decât proporția subiecților cu identitate ideologică matură.

3. Proporția subiecților cu identitate globală neasumată este semnificativ mai mare decât proporția subiecților cu identitate globală asumată.

Un obiectiv al studiului a fost de a integra într-un tot unitar elementele care se asociază cu fiecare status de identitate, pe care i-am analizat în cadrul teoretic, pentru a obține portretele psihologice generale dar consistente ale persoanelor care sunt încadrate în cele patru categorii.

Eșantionul cercetării de față a fost alcătuit din adolescenții claselor a XI – a și a XII-a. Din totalul eșantionului de 85 de subiecți, 35 au fost de sex masculin, 50 de sex feminin. Din punctul de vedere al dezvoltării eului, subiecții investigați au ajuns deja la un stadiu al identității cristalizate cvasipermanent. Faptul de a fi liceeni în clasele terminale permite presupunerea că aceștia au un nivel educațional înalt și, deci, voință puternică, autodisciplină, autodeterminare, capacități intelectuale înalte. Toate acestea sunt strâns legate de factorii “forța supraeului” și “statusul de identitate” pe care îi vom investiga în acest studiu conform ipotezelor.

Pentru măsurarea forței supraeului am utilizat din chestionarul de personalitate „16pf”, ediția a 5-a, acele întrebări destinate factorului G, denumit „conștientizarea”, sau „forța supraeului” realizat de Raymond B. Cattell, specific vârstei subiecților investigați.

Pentru aflarea statusului de identitate am utilizat chestionarul EOM-EIS II (Extended Objective Measure of Ego Identity Status), realizat de Adams R. Gerald. Acesta urmărește identificarea statusului de identitate global în care se încadrează fiecare subiect investigat, cât și al statusului de identitate al subiectului pentru fiecare dintre cele două domenii particulare ale

identității: interpersonală și ideologică. Fiecare dintre cele două conține patru subdomenii (le vom prezenta ulterior) pe care sunt centrate întrebările chestionarului, se prezintă astfel:

-identitatea ideologică: ocupație, religie, politică, filosofia stilului și modulul de viață.

-identitatea interpersonală: prietenie, competențe comunicative cuplu, rol sexual, recreație;

Rezultatele:

În măsurarea forței supraeului valorile s-au încadrat între valoarea minimă și zona valorilor medii ale etalonului testului. Scorul brut maxim obținut pe acest eșantion a fost 16 care pe distribuția etalon a acestui test, aparține zonei valorilor medii (55%). Cei cu valori la limita inferioară (35%), au fost mai numeroși decât cei cu forța supraeului la limita superioară(10%).

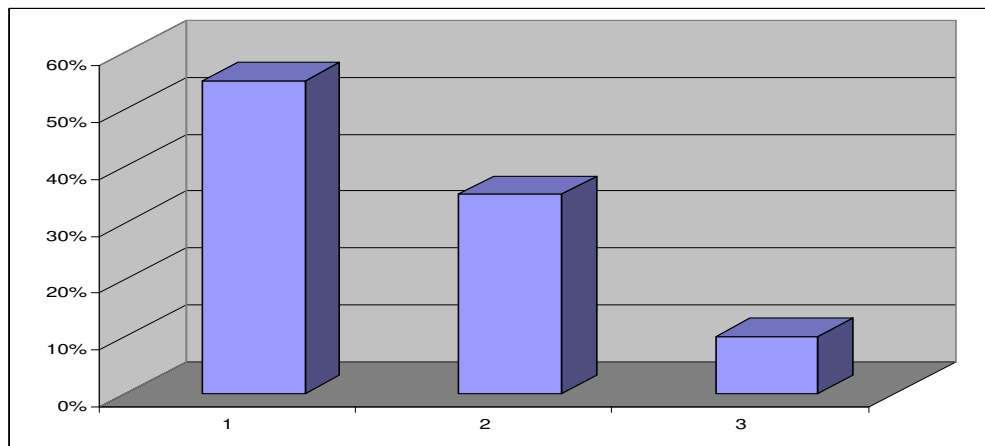


Fig.1. Repartizarea adolescenților după forța eu-lui

1. Prin testarea statistică, prima ipoteza a fost confirmată. (utilizând testul t pentru eșantioane independente). Cei cu identități mature au avut o forță a supraeului ($m=4.93$) semnificativ mai înaltă decât subiecții cu identități imature($m =2.61$), $t =8.44$, $p =0.001$. Valorile brute pe cel două categorii au fost: pentru identitate matură $m=9.52$, pentru identitate imatură= 6.21 .

2. Și cea de-a doua ipoteză a fost confirmată (aplicând testul z pentru diferența dintre proporțiile a două eșantioane independente). Proporția subiecților cu statusuri de identitate mature în domeniul interpersonal (70%) este semnificativ mai mare decât proporția celor cu identități mature în domeniul ideologic(30%), $\chi^2 = 42.08$, $p =0.01$. Testarea statistică indică faptul că există diferențe semnificative de distribuție a identităților interpersonale față de identitățile ideologice în cele patru categorii de adolescenți-liceeni.

Identitatea ideologică a celor mai mulți subiecți se încadrează în statusul de identitate difuză - 75.8%. - absența conștientizării de sine și a explorărilor valorice, cât și prin absența asumării unei poziții identitare. Nu a existat nici un subiect cu identitate interpersonală de tip forclusă. De aici rezultă că în acest domeniu, nici un subiect nu a preluat prin imitație și identificare în mod

nediscriminativ regulile și valorile mediului și ale familiei. În schimb, identitatea domeniului interpersonal se grupează în cea mai mare proporție (70%) în statusul de moratoriu ce presupune autoexplorări și căutări active, prin criză și conștientizare de sine. Mai este de remarcat și faptul că doar 2.4% dintre subiecți au o identitate ideologică dobândită, deci formată din valori selectate personal, judecate critic și ulterior asumate de fiecare adolescent.

3. Conform rezultatelor testării statistice statusurile de identitate globale ale subiecților investigați se încadrează în proporții semnificativ diferite în cele patru categorii ale statusurilor de identitate. Deci, ipoteza a fost confirmată.

Diferența semnificativă demonstrată de test se datorează grupării majore a identităților globale în categoriile statusurilor de identitate neasumată (moratoriu și identitate difuză): 87%. În categoriile statusurilor de identitate asumată (identitate dobândită și forclusă) rămâne un procent foarte mic din totalul identităților globale 13% din subiecții investigați.

Concluzii:

În privința asocierii dintre forța înaltă a supraeului și maturitate identității, cercetarea de față nu permite concluzionarea existenței unor determinări cauzale. Dar putem constata că există continuități și coerențe între cele două aspecte psihice la subiecții investigați. Deși nu am obținut valori peste medie la forța supraeului pe eșantionul utilizat în cercetare, totuși valorile superioare au corespuns identităților mature. Pentru acești subiecți, regulile, valorile și modelele mai ferme decât ale celorlalți și o conștiință morală mai solidă corespund cu o mai bună și consistentă dezvoltare a identității, un mai bun contact cu propriul centru valoric, o ierarhizare mai bună a sistemului de valori și o mai înaltă conștientizare a sinelui și a raporturilor cu lumea, decât în cazul subiecților cu identități imature prezente în investigația realizată.

Integrând într-un tot unitar acești predictorii care se asociază cu fiecare status de identitate, pe care i-am analizat în cadrul teoretic, obținem portretele psihologice generale dar consistente ale persoanelor cercetate care sunt încadrate în cele patru categorii.

1. Identitate dobândită se caracterizează prin: puternică dezvoltare psihosocială, autoactualizare, adaptare superioară și înalt nivel de dezvoltare generală a eului; adolescenții sunt puternic reflexivi; sunt independenți și flexibili; au o conștiință de sine puternică; supraeul puternic indică o persoană conștiincioasă, perseverentă, responsabilă, ordonată, consecventă, atentă la oamenii și lucrurile din jur, respectuoasă, metodică, manifestă capacitate înaltă de lua decizii, cu bună capacitate de concentrare, care reflectă înainte de a vorbi, care preferă compania celor eficienți: dintre subiecții investigați, o proporție mică a corespuns acestei descrieri - 8%.

2. Statusul de moratorium se caracterizează prin: înaltă conștiință de sine, corelativă cu componentele inconfortabile de vulnerabilitate și expunere; un nivel de anxietate crescut; sunt

puternic senzitiv; sunt reflexivi; sunt independenți; locus intern al controlului, tradus prin forța și capacitatea de autodeterminare; autostimă și autoacceptare de nivel înalt; dezvoltarea morală este de nivel postconvențional; stil de cogniție socială eficient și adaptativ; stil analitic și filosofic. La acestea se adaugă caracteristicile unui supraeu puternic. Acestui portret corespunde un număr considerabil dintre adolescenții investigați, fiind a doua categorie sub aspectul mărimii - 31%.

3. Identitatea forclusă are următoarele caracteristici: autoritarism și rigiditate; dezvoltare psihosocială slabă, lipsa autoactualizării, dezadaptare, slăbiciunea eului; nivel scăzut al conștiinței de sine; sunt reprimăți; sunt caracterizați de o autonomie scăzută; sunt orientați către exterior; sunt impulsivi; obțin scoruri scăzute în capacitatea de relaționare intimă; locus extern al controlului tradus prin atribuirea responsabilității pentru propriile transformări unor factori sociali externi supraeu slab este lipsită de toleranță la frustrare, schimbătoare, influențabilă, emotivă, caracterizată prin oboseală nervoasă, inconstantă și nesigură; neglijează obligațiile sociale, cu dezinteres general față de normele morale colective. Raportat la eșantionul investigat, proporția acestei categorii este neglijabilă, având un număr total de 5% subiecți.

4. Identitate difuză: sunt impulsivi; sunt orientați către exterior; absența autoritarismului; tendințe către psihopatologie; scoruri scăzute în capacitatea de relaționare intimă; locus extern al controlului, înțeles ca deresponsabilizare în raport cu propria viață și propriul control. La acestea se adaugă caracteristicile unui supraeu slab. Coeficientul scăzut al supraeului se asociază cu tendința spre disimulare, vagabondaj, distrugere, manifestare a reacțiilor dezadaptive, încălcarea legii, accese de furie nestăpânite. Cuprinzând 56% subiecții investigați, este categoria cea mai vastă.

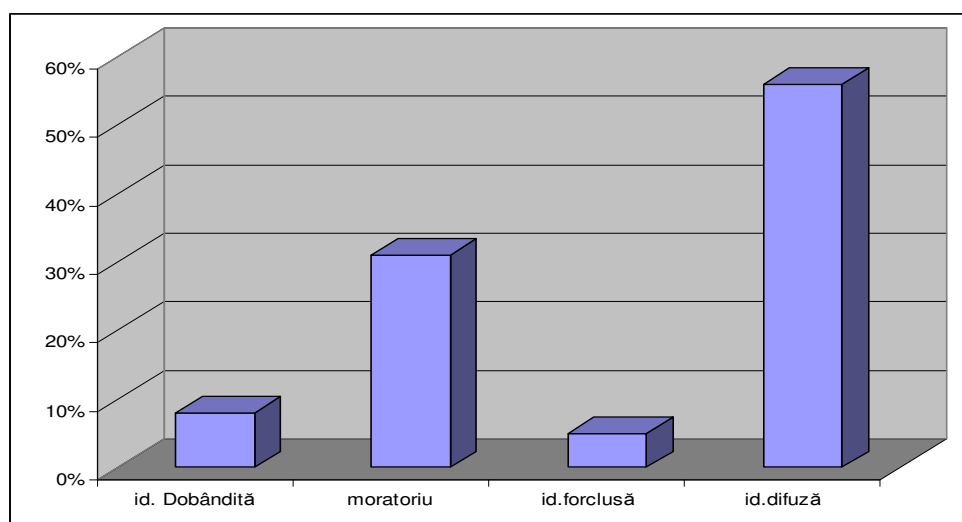


Fig.2. Raportul procentual a celor patru tipuri de identitate

Consider că noutatea și importanța studiului prezent constă în aceea că a abordat structuri psihice care funcționează și evoluează în strânsă legătură cu mediul social al individului. Deși

cercetarea prezentă a reușit să sublinieze anumite tendințe ce se manifestă la nivelul celor două structuri: supraeul și identitatea, totuși eșantionul folosit pentru investigarea lor a fost restrâns și particular, nepermițând formularea concluziilor decât prin raportarea la un număr scăzut de adolescenți. Cu toate acestea, rezultatele obținute au fost relevante, și ele pot constitui puncte de plecare pentru eventuale cercetări viitoare care să permită investigarea acestor factori într-un cadru mai larg cu rezultate mai semnificative și mai ample.

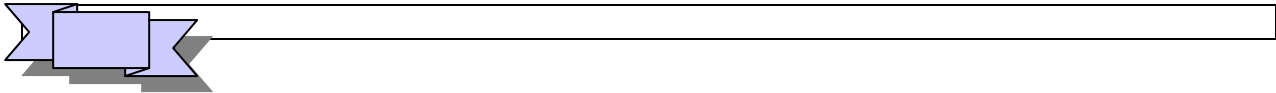
SUMMMARY

The study is focused on the identity of the adolescents. The investigation offers to underline those four types of the psychological identity: the identity which can be obtained; the status of the moratorium; the premature identity and the diffuse identity. The adolescence verifies this growth, assuming, genuinely, consciously, and with one's own will, an orientation that gives meaning to one's life, with which one translates an intelligence of the world, and of one's internal and external reality, then communicates this world with the creativity of his/her own vision to become uniquely oneself, of value to oneself and to others. The results of this study can be used in a practical action of psychological service.

Bibliografie:

- Aniței, M., *Introducere în psihologia experimentală*, Viața Românească, București, 2000;
Atkinson R. L., Atkinson R.C., *Introducere în psihologie*, Editura tehnică, București, 2002;
Clit, R., *Cadru totalitar și funcționare narcisică*, EFG, București, 2004;
Erikson, E. H., *Identity and the life cycle*, New York: Norton, 1959;
Freud, Sigmund, *Opere, vol. IV*, Editura trei, București, 2000;
Kristeva, J., *Noile maladii ale sufletului*, Trei, București, 2000;
Laplanche, Pontalis, *Vocabularul psihanalizei*, Trei, București, 2000;
Neculau. A., *Viața cotidiană în comunism*, Polirom, Iași, 2004;
Zamfirescu, Dem.V., *Introducere în psihanaliza freudiană și postfreudiană*, Editura Trei, București, 2005.

Primit 04.12.07.



Aspecte psihologice ale comportamentului consumativ al preadolescenților

Losii Elena, dr. în psihologie, Catedra de Psihologie aplicată și Asistență socială a UPS

„I. Creangă”

Ana Levița, doctorandă, UPS „I. Creangă”

Comportamentul consumativ este studiul despre cum persoanele cumpără, ce cumpără, când cumpără și de ce cumpără. Cercetările referitoare la studierea comportamentului consumativ al copiilor datează începând cu anii 1950 în Statele Unite ale Americii. Acest termen are tangențe cu psihologia, sociologia, antropologia și economia. Acesta încearcă să înțeleagă procesul de luare a deciziei cumpărătorului, atât individual cât și în grup, studiază caracteristicile unui cumpărător și variabilele lui comportamentale pentru a înțelege necesitățile oamenilor. Și, deasemenea, încearcă de a oglindi influența altor grupuri așa ca familia, grupurile de referință, mass media și societatea în general asupra deciziei de cumpărare.

Problema cerințelor materiale excesive ale copiilor, pretențiilor vis-a vis de mărcile vestimentare, telefoane, etc. ridică o sumedenie de întrebări referitor la educarea unui consumator inteligent, care achiziționează în corespundere cu posibilitățile și necesitățile reale. Contradicțiile care apar dintre părinți și copii ne-au determinat să studiem aspectele psihologice ale comportamentului consumativ al preadolescenților. De ce preadolescenți? Deoarece ei sunt acei care:

- doresc ca să câștige și să cheltuiască fără a consulta părinții;
- pot să nu fie satisfăcuți de venitul familial;
- împrumută de la prieteni ca să-și satisfacă necesitățile proprii,
- pot să ceară și să folosească cardurile bancare ale părinților mai ales dacă semenii fac acest lucru;
- sunt capabili să câștige și să economisească pentru un scop de lungă durată;
- conștientizează faptul că stabilirea unor planuri ajută familia să îndeplinească anumite scopuri și lucrează împreună ca să le realizeze;
- încep să stabilească scopuri și fac planuri pentru realizarea acestor scopuri;
- înțeleg că ei suportă consecințele în urma gestionării banilor;
- simt necesitatea de ajutor în stabilirea limitelor de cheltuire sau câștig;
- deseori verifică valorile anumitor lucruri în comparație cu alții;
- deja pot vedea lucrurile din punctul de vedere al altor persoane.

În aceste condiții, anume ei, preadolescenții sunt acel „grup țintă”, „trend” asupra căreia este orientată publicitatea, marketingul, televiziunea pentru a stimula dorința de consum a acestui grup. Cultura consumatorului de astăzi promovează cheltuirea banilor și mai puțin economisirea lor, de aceea părinții trebuie să țină sub control nivelul și calitatea mesajelor informaționale publicitare cărui este expus copilul zilnic.

Este evident că cunoștințele copiilor despre bani și formarea comportamentului consumativ își au origine în familie. Noi ne-am propus să studiem faptul cum nivelul de relaționare în familie influențează formarea unui comportament consumativ adecvat. Pentru a studia acest aspect am aplicat următoarele tehnici:

- Chestionarul ADOR;
- Chestionarul „Comportamentului consumativ adecvat” elaborat de Jant Bodnar;
- Ancheta pentru părinți elaborată de Mills Morrow.

În rezultatul aplicării acestor tehnici asupra 50 de preadolescenți au fost identificate următoarele aspecte:

- ✚ 22% de preadolescenți au un nivel scăzut al gestionării banilor, 30% un nivel înalt, iar 48% un nivel mediu;
- ✚ privitor la abilitatea de a plănuși și cheltui suma de bani acordată s-au evidențiat 24% de preadolescenți cu nivel scăzut, 66% cu nivel mediu și numai 10% cu nivel înalt;
- ✚ iar, dacă vorbim de responsabilitatea manifestată atunci am constatat că 60% au un nivel mediu, 26% nivel înalt și 14% nivel scăzut.

Aceste date prezentate mai sus relevă existența unui grup de preadolescenți ce manifestă un comportament consumativ neadecvat.

Un rol enorm în formarea comportamentului consumativ al copiilor îi revine familiei. Acest fapt îl demonstrează rezultatele obținute.

Corelând rezultatele obținute în urma aplicării chestionarului ADOR și chestionarului „Comportamentul consumativ” după metoda Bravais Pearson putem afirma că există o relație direct proporțională și semnificativă dintre valorile obținute a abilității copiilor de a gestiona banii și cele de control acțiunilor din partea părinților ($r = 0.67$). Deci cu cât părinții manifestă o atitudine mai responsabilă și un control asupra copiilor, cu atât și abilitatea lor de a gestiona banii este mai înaltă și viceversa. Pentru a oglindi veridicitatea afirmației de mai sus am corelat și alte variabile: responsabilitatea copiilor față de bani și autonomia acordată copiilor de către părinți. Ca în rezultat să obținem că există o corelație semnificativă și direct proporțională ($r = 0.77$) și dintre aceste două variabili.

Rezultatele obținute ne permit să conchidem că, într-adevăr, rolul părinților în formarea comportamentului consumativ adecvat a copilului este considerabil de important și se merită de acordat o atenție, deoarece un efort depus la timp, duce la un succes în viața de viitor a unui copil. Și numai în acest caz putem aspira la realizări și succesele copiilor, a generații de viitor.

Deci, problema formării unui comportament consumativ adecvat este destul de dificilă, dar cert este faptul că educația consumatorului joacă un rol important în viața fiecărui preadolescent, iar factorul dterminat în cadrul acestei „educații” îl deține familia...

Pentru a veni cu un suport și totodată cu un apel față de acei părinți care neglijează valoarea efortului vizavi de educarea comportamnetului consumativ a copilului venim cu niște sfaturi utile:

- oferiții posibilitatea de a participa la discuțiile legate de bugetul familiei: ce să cumpere, de a economisi mai mult sau nu, cum de micșorat cheltuielile, discuții referitor la actele de caritate;
- încurajați dezvoltarea și managementul unui business propriu;
- explicații diferența dintre utlizarea banilor cash și a cardurilor;
- elaborați un plan de cheltuire și de economisire care să corespundă cu nevoile zilnice și a scopurilor viitoare;
- evitați compararea comportamentului consumativ al elevului cu frații / surorii sau semenii lui;
- apreciați economiile făcute de către copil atât pentru lucrurile uzuale, cât și pentru urgențele care pot interveni;
- clarificați cu copilul pentru ce părinții plătesc și pentru ce copiii trebuie să plătească din buzunarul lor;
- permiteți copilului să aibă bani „descriționari” – cu care ei fac ce vor, astfel ei pot lua decizii și să învețe din greșeli; dați valoare sumei pe care copilul a economisit-o etc.

De menționat faptul că părintele trebuie să ia în considerație că e nevoie de timp pentru ca copilul să-și dezvolte și să învețe managemntul banilor și responsabilitatea financiară, de asemenea că modalitatea de a ghida și a sfătui este eficientă. Numai în acest mod dezvoltați încrederea copilului, care trebuie să fie susținută de încurajări, aprecieri. Un alt mmoment care merită scris aici este ideea preadolescenții au nevoie de a chetui așa cum ei își doresc, să ia singur decizia și totodată să suporte consecințele deciziilor luate. Multitudinea acestor recomdări și idei conturează orizonturile și responsabilitățile, atât a părințior, cât și a copiilor. Dar nu în ultimul rînd de relaționarea în familie, ca factor în educarea și formarea unui comportament consumativ adecvat.

Summary

The life-long benefits of teaching children good money habits make it well worth the effort. Children who are not taught these lessons pay the consequences for a life-time. Some parents don't teach children about money because they think they shouldn't talk about money with children, don't have the time, or think they don't have enough money. Parents should take the time to teach children about money regardless of income and should start when children are young. This publication presents some helpful guidelines and suggestions parents may follow. We present several results that prove that strong relationship between parent and teenager's consumer behavior. It also identifies some rules which you can use to teach your child about money.

BIBLIOGRAFIE

Crary, E. 1990. *Pick up your socks*. Parenting Press: Seattle

Your Kids & Your Money: The Answers, by Janet Bodnar. Kiplinger's Personal Finance Magazine, (May 1997).

Students Tackle a Subject With Interest; learning the fundamentals of investing can be a profitable lesson by Martha M. Hamilton. The Washington Post, (March 4, 1997).

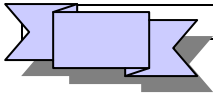
Morrow, A. M. "Money sense for your children" in *Lesson 2, Where money comes from*. Oregon State University Extension Service.

Kids and Their Cash. Newsweek, (October 2, 1995).

Banking on Your Future

MetLife Helping Your Child Understand Money

Primit 05.12.07



Dezadaptarea psihosocială a preadolescenților dependenți de jocurile computerizate

Losîi Elena, dr.în psihologie, Catedra de Psihologie aplicată și Asistență socială a UPS

„I. Creangă”

Counter Strike, Sims, Need for Speed, 18 Wheels of Steel, World of Warcraft, Medal of Honor, Age of Empires și FIFA sînt doar cîteva dintre jocurile pentru care milioane de copii petrec ore întregi zilnic la computer. Și cum aceste ore trebuie scăzute din timpul alocat în mod normal activitatilor obligatorii sau recreative, este absolut normal să apară probleme la școală sau de socializare. Psihologii sunt asaltați de părinții care se plîng că le este tot mai greu să controleze "viciul" copiilor lor. Folosirea excesivă a computerului dăunează grav copiilor. Din cauza orelor îndelungate pe care le petrec în fața "jucăriei secolului", aceștia ajung să fugă de acasă, să chiulească de la cursuri și chiar să abandoneze școala. Psihologii din școli remarcă că la dependenții de computer apar și modificări de comportament. Unii dintre aceștia se izolează, comunică cu dificultate, au tendințe spre violență. Singurul prieten le este computerul, acest surrogat pe care ei îl adoptă fiind în măsură să le satisfacă toate nevoile. Copiii dependenți de calculator ajung rapid la eșec școlar și au mari șanse să aibă probleme sociale. Anual, psihologii școlari se confruntă cu zeci de cazuri de "drogați" de computer. *Abandonul școlar* sau fuga de acasă sunt situații extreme la care se poate ajunge dacă părinții și profesorii nu iau măsuri. Consecințele grave ale acestui viciu sunt legate și de transformările de comportament ale tinerilor. Aceștia ajung să se îndepărteze de realitate. Pentru ei, realitatea devine cea din jocuri și filme. Lumea virtuală în care trăiesc atîtea ore pe zi le creează un univers artificial, total dăunător. Literatura de specialitate susține faptul că dependența față de computer se formează cu mult mai rapid decît dependența față de altceva cum ar fi: dependența de fumat, dependența de droguri, dependența față de alcool etc, iar durata de formare a acestei dependențe fiind de jumătatea de an sau un an. E important de a menționa că trecerea unui joc nou poate dura 5 – 6 ore sau chiar cîteva zile, uneori chiar și o săptămână. Acest fapt, evident, implică schimbări în comportamentul copilului. Pînă azi nu există o normă, oficial stabilită, de timp pentru utilizarea computerului de către copii. Unele studii au stabilit ca norma ar fi o perioadă de 8 ore pe săptămînă de aflare în lumea virtuală. În viziunea lui T. Cantelmi, psihiatru la Universitatea Gregoriană din Roma, o aflare în lumea virtuală de 5-6 ore zilnic poate fi dăunătoare și poate degenera într-o serie de simptome.

Studiile realizate pînă acum (Griffit V., Shapkin S.A, Wilson P.etc) scot în evidență faptul că fenomenul dependenței față de jocurile computerizate ia amploare, numărul copiilor dependenți fiind în creștere. Acest fapt își găsește confirmare și prin dezvoltarea activă a bussnes-ului legat de jocurile computerizate, numărul mare și în creștere de localuri cu săli pentru jocuri, numărul mare de web-servere cu jocuri în rețeaua Internet, etc. Evident că cel mai mult sunt supuși influenței copiii. În urma unui studiu realizat de C. Șapkin în Rusia, 80% de elevi al cl.5-7 sunt pasionați de jocurile computerizate, și unii destul de drastic: la vârsta de 10-12 ani au o „experiență de jucător” de 4-6 ani. Desigur că fenomenul dependenței de computer nu este atît de sever ca în cazul alcoolismului sau dependenței de droguri, dar oricum, lasă o amprentă negativă asupra copilului ce exagerează cu timpul petrecut în fața computerului.

Pentru a studia problema respectivă în Moldova am realizat un studiu experimental. Cu scopul de a identifica preadolescenții dependenți de jocurile computerizate am alcătuit o anchetă care conține întrebări referitoare la timpul petrecut în fața calculatorului, jocurile în care de cele mai dese ori se joacă, probleme pe care le întâmpină în relațiile cu cei din jur, în special cu părinții, etc. și am aplicat-o asupra 127 de preadolescenți. Drept criteriu al selecției preadolescenților dependenți de jocurile computerizate am luat timpul în ore petrecut în lumea virtuală, mai mult de 2 ore pe zi, respectiv mai mult de 60 ore lunar. Această anchetă ne-a permis să-i identificăm pentru a-i studia mai profund și a compara schimbările ce apar în relaționarea cu cei din jur. Trebuie de menționat că din numărul de preadolescenți studiați tocmai 35 dedică mai mult de 60 ore lunar jocurilor computerizate, ei constituind grupul nostru experimental. Rezultatele obținute le prezentăm mai jos.

Topul celor mai preferate jocuri de preadolescenți este următorul:

- Counter Strike
- Heroes
- Quake
- Medal of Honor
- Moha
- Panzer Killer

Este de menționat faptul că aceste jocuri sunt jocuri de rol, care cel mai rapid duc la instalarea dependenței psihologice care presupun identificarea cu eroul principal și care conțin o doză destul de înaltă de agresivitate, toate presupun arme, luptă, război. Marea majoritate (94 %) au menționat că se simt foarte bine atunci cînd se joacă, ceilalți 6% au spus că se simt relaxat. Este

interesant faptul că 83 % află despre jocurile noi apărute de la prieteni și aceasta îi determină să le joace, pe când 12% își aleg jocurile din internet. O echipa de psihologi ai Universitatii din Rochester au chestionat 1.000 de fani ai jocurilor cu privire la motivatia pe care o au pentru a se juca. Subiectii au spus ca se simt bine atunci cand jocul produce experiente pozitive si provocari. Cheia atractivitatii jocurilor sta in capacitatea acestora de a oferi senzatiile autonomiei, a competentei.

Pentru a stabili legătura între comportamentul dependent al preadolescenților și adaptarea psihosocială a lor am aplicat Chestionarul de diagnosticare a adaptării social-psihologice (K. Rogers, P. Daimond), care constă din 101 enunțuri la care elevii de asemenea trebuie să răspundă afirmativ sau negativ. Rezultate obținute le prezentăm în figura de mai jos.

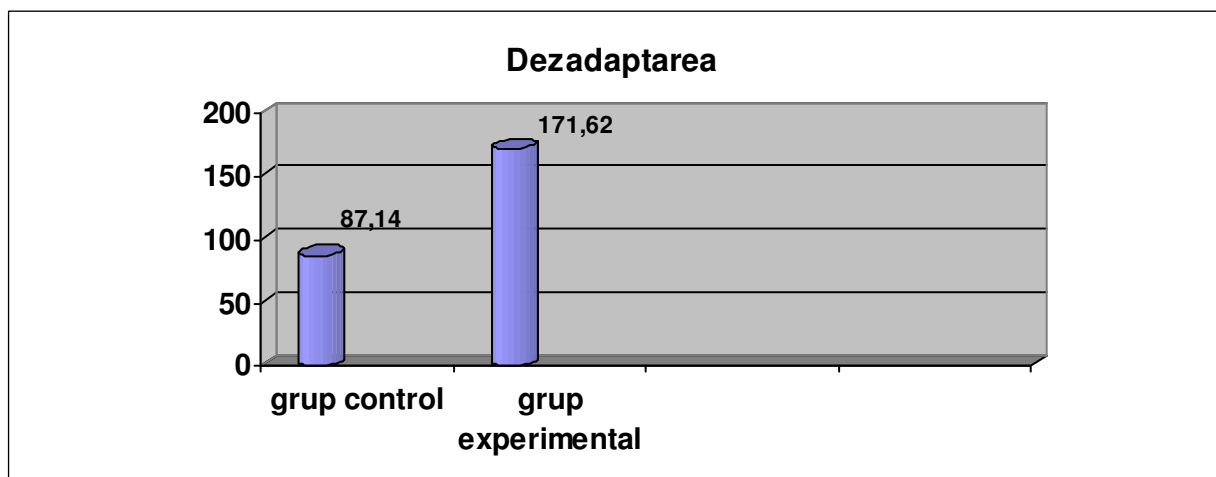


Fig.1 Valorile medii obținute la « dezadaptare » la cele doua grupuri de preadolescenți

Media obținută de grupul experimental la scala « dezadaptare » ($m=171,62$) este cu mult mai mare decât media obținută de preadolescenții din grupul de control ($m=87,14$). Acest fapt ne permite să stabilim faptul că copiii ce exagerează cu timpul petrecut în fața computerului sunt mai dezadaptați în societate. „La baza dependenței de jocuri pe calculator a unui copil poate fi nevoia de a fi apreciat în familie, la școală sau în cercul de prieteni. Își creează o altă identitate virtuală și astfel se simte puternic și capabil să castige”, afirmă psihoterapeutul Cristiana Levitchi.

Analiza literaturii la problema dependenței de jocuri a scos în evidență faptul că mecanismele de bază a formării ei sunt bazate pe necesitatea în *primirea rolului și fuga de realitate*. Un copil adaptat în societate nu tinde să fugă de realitate, la fel cum un copil adaptat, ce se autoapreciază și apreciază pe ceilalți adecvat nu tinde spre primirea rolului altei ființe. A fugi de realitate, a primi rolul altuia o fac doar personalitățile dezadaptative, ce se autoapreciază inadecvat.

Deoarece anxietatea înaltă reprezintă un criteriu al dezadaptării, putem presupune că copiii dependenți de jocurile computerizate inițial sunt anxioși, adică această trăsătură ei o posedă pînă la pasiunea de computer și formarea dependenței. Din acest punct de vedere anxietatea înaltă poate fi privită ca una din cauzele formării dependenței.

Rezultatele experimentale obținute demonstrează pe deplin acest fapt. Pentru a studia urmările survenite în urma utilizării excesive a calculatorului am utilizat Chestionarul de anxietate Spillbergher și formula de comparare a două medii pentru eșantioane mari. Noi presupunem că grupul experimental va prezenta rezultate mai înalte la scala anxietății.

În urma aplicării chestionarului, prelucrării rezultatelor am obținut următoarele rezultate:

Group Statistics

Grupa		N	Media	Deviatia standard	Eroarea standard
Anxietate reactiva	de control	35	35,8571	5,6368	,9528
	experimentală	35	34,2571	5,6638	,9574
Anxietate stabila	de control	35	36,6571	4,8866	,8260
	experimentală	35	46,0571	3,1987	,5407

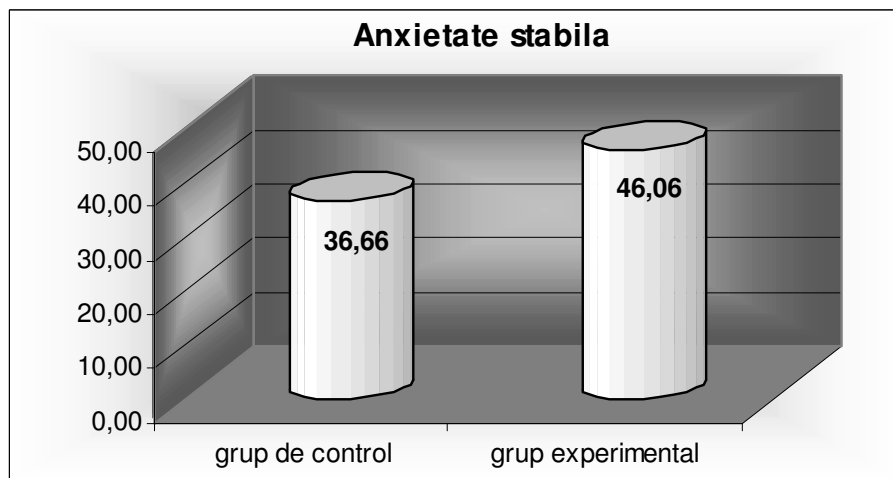


Fig.2 Valorile medii obținute la scala anxietății stabile la cele doua grupuri de preadolescenți

Tabelul de mai sus ne indică o medie de 46,06 a anxietății stabile obținută de grupul experimental. Valorile anxietății stabile pentru testul Spillbergher sunt cuprinse între 31 și 45. Deci, *nivelul anxietății la adicți este mai sus de normă*. Pentru a demonstra dacă sunt diferențe statistice semnificative între grupul experimental și grupul de control am utilizat testul – t.

Valoarea de $t = 9.522$ (obținută la compararea celor 2 grupe în baza principiului anxietății stabile) ne permite să acceptăm ipoteza, precum că există diferență semnificativă între grupul

experimental și grupul de control la manifestarea anxietății stabile. Mai exact afirmăm că nivelul anxietății stabile este mai ridicat la grupul experimental. Prin urmare putem să spunem că dependența de jocurile computerizate influențează starea afectivă a preadolescenților, generând anxietate sporită.

La fel, putem afirma că copiii cu un nivel înalt de anxietate sunt mai predispuși spre comportament dependent. Creșterea pasiunii față de jocurile computerizate duce la faptul că valoarea lumii virtuale și aflarea în ea crește concomitent cu scăderea interesului față de realitate. În legătură cu aceasta copilul începe să petreacă mai mult timp în lumea virtuală și mai puțin este interesat de lumea reală, cu atât mai mult, el se dezvoltă în lumea virtuală a jocurilor, își dezvoltă « Eu-l » său virtual, iar dezvoltarea personalității reale se încetinește. În același timp cu intensificarea puterii dependenței în conștiința adictului crește disonanța, discrepanța între lumea virtuală, unde totul « este permis » și lumea reală, plină de pericole. Aceasta condiționează micșorarea timpului petrecut în realitate și mărirea timpului petrecut în lumea virtuală. Lumea virtuală devine pentru copilul dependent tot mai aproape, decât viața reală ; realitatea devine străină și periculoasă, enormă și necunoscută în comparație cu cea mică și cunoscută a jocului preferat. Iată cum descrie un preadolescent acest fenomen : « Când mă ridic de la computer și mă aflu în stradă nu-mi ajunge arma din joc. Fără ea mă simt nesigur, deaceia mă strădui să mă întorc mai repede acasă și să joc. » La început, parintii ar trebui să încerce să-i distragă atenția copilului doar de la joc, nu și de la calculator. O soluție ar fi să se uite împreună la filme, pentru că important este timpul petrecut împreună. Ulterior, când copilul se simte mai confortabil, ar fi bine să-l întrebe de ce îi place să se joace. Astfel poate să-i suplinească nevoia de apreciere, să-i dea încredere în el și să-l implice în activități atractive de familie, precum excursiile, jocurile la aer liber, etc. », recomandă Levitchi.

Summary

In this article we describe the main psychological aspects of “game addiction”. Thus this phenomenon becomes a big problem from the psychological and sociological views. After that we enumerate the types of computer games, which are divided in two groups: role playing game (RPG) and non-role playing game. The RPG is more attractive, has bigger speed of addiction, and has an influence of psychic. Then we mention the mechanism of becoming an addict and all the stages.

Bibliografie selectivă :

1. Andries, Lucian (2002), “Internetul – aspecte psihologice”, Revista “Psihologia”, 6/2001, Bucuresti.

2. Tarasov, Alexandru (2007), Psihologia jocurilor video: agresivitatea și sugestibilitatea la adolescenții expuși jocurilor video violente, ed. Lumen, Iași
3. Young, Kimberly; Goldberg, Ivan (1998), “Pathological Computer Use”
<http://pages.prodigy.net/unohu/internetaddiction.htm>
4. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. - Обозр. психи-ат. и мед. психол., 1991/1, с.8-15.
5. Фомичева Ю.В., Шмелев А.Г., Бурмистров И.В. Психологические корреляты увлеченности компьютерными играми // Вестник МГУ. Сер 14. Психология. 1991. №3. С. 27-39
6. Форман Н, Вильсон П. Использование виртуальной реальности в психологических исследованиях // Психологический журнал, 1996, том 17, №2, с. 64-79.
7. Шапкин С.А. Компьютерная игра: новая область психологических исследований // Психологический журнал, 1999, том 20, №1, с 86-102.

www.kidsfreesouls.com

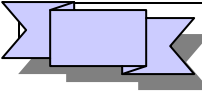
www.netaddiction.com/articles/cyberdisorders.htm

www.psychcentral.com/netaddiction/

www.zema.ru

<http://www.rider.edu/~suler/psyber/cybdream.html>

Primit 05.12.07



Interconexiunea dintre autoapreciere și anxietate școlară la preadolescenții din familii temporar dezintegrate

Vîrlan Maria, dr. în psihologie

Familia este unul din factorii care influențează formarea personalității copilului nu numai prin prezența sau absența ei, dar și printr-o serie de alți factori. Familia asigură copilului o siguranță indispensabilă pentru atingerea maturității intelectuale, sociale și culturale.

Condițiile economice, sociale și culturale e azi au făcut ca familia să-și schimbe în mare parte funcțiile pe care le îndeplinește. Singura funcție a familiei care continue să supraviețuiască schimbării este aceea de a furniza sprijin afectiv, emoțional copiilor.

În prezent separarea pe un termen lung, datorată deplasării părinților peste hotare în scopul asigurării materiale a familiei, este o tendință în creștere.

Există diferențe de vârstă și sex în legătură cu modul în care reacționează copilul la separare.

În cercetarea realizată de noi am intenționat să stabilim o legătură între autoaprecierea și anxietatea școlară a preadolescenților din familii temporar dezintegrate.

Autoconștiința preadolescentului este un nou nivel al formării lui. În vârsta preadolescență pentru prima dată în dezvoltarea personalității actele autoconștiinței, ca autocunoașterea, autoobservarea, autoreglarea comportamentului și activității devin necesități principale ale personalității. Nivelul dezvoltării acestor necesități influențează asupra formării calităților morale a personalității.

Caracterul autoaprecierii preadolescenților determină formarea unor sau altor trăsături de personalitate – de exemplu – nivelul adecvat al autoaprecierii contribuie la formarea încrederii în sine, autocriticii, insistenței ori încrederii prea mari (înfumurare), necriticii. Autoarea E.L.Nosenco a presupus, că la baza mecanismului influenței autoaprecierii asupra activității intelectuale a copilului stau trăirile emoționale, care însoțesc activitatea preadolescentului. Anxietatea școlară este o formă de manifestare a unei sări emoționale nefavorabile a copilului în situații școlare. Ea se exprimă prin îngrijorare, neliniște în situațiile de învățare, în clasă, prin așteptarea unei atitudini negative față de sine, a unei aprecieri negative din partea profesorilor, semenilor.

Vom analiza în continuare relația dintre autoapreciere și anxietate a preadolescenților experimentați.

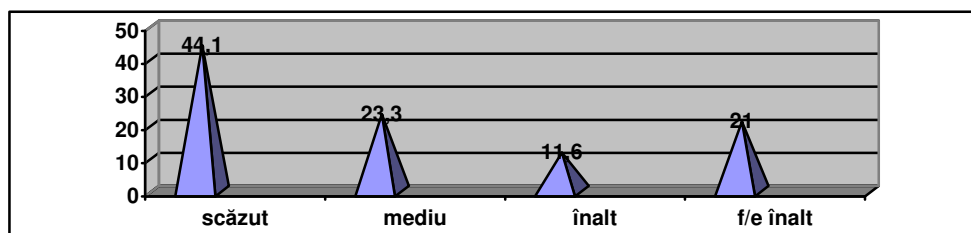


Fig. 1. Distribuția de date privind nivelul autoaprecierii subiecților cu anxietate generală înaltă.

Aceste date le putem confirma și prin coeficientul de corelație obținut între rezultatele la anxietatea accentuată și cele la autoapreciere. Am obținut aici $r = -0,7$, la un prag de semnificații de $p < 0,01$.

Datele descrise ne dovedesc, că la preadolescenții cu anxietate mărită predomină autoaprecierea scăzută. Relația dintre autoaprecierea scăzută și anxietate o putem explica în felul următor: unul din motivele centrale ale omului, este motivul autostimei (self-esteem motive). În cazul subaprecierii preadolescentului, se acutizează necesitatea lui în autostimă. În cazul când această necesitate este frustartă, preadolescentul se neliniștește, manifestă anxietate înaltă. Dacă preadolescentul nu reușește să-și ridice autoaprecierea prin procedee social adecvate, caută alternative de comportament. De obicei el se reorientează la grupe deviate de semeni. Participarea în aceste grupe îi oferă noi procedee de autoconfirmare și îi permite să-și ridice autoaprecierea. Ori e posibilă situația, când ei se autoconfirmă în grupul din care face parte (clasa) prin fapte neadecvate normelor acestui grup.

Relația dintre autoapreciere și anxietate este explicată și de autorii Krueger, Hansen (1987), care afirmă, că anxietatea scade pe măsura creșterii autoaprecierii. În cazul autoaprecierii adecvate, se manifestă tendința spre autoreglare: comportamentul preadolescentului este mai planificat, bine gândit, stabil, mai puțin depinde de factori întâmplători, deaceia și el manifestă mai puțină neliniște în astfel de situații stabile. Asemenea preadolescenți mai puțin sunt afectați de influențele negative exterioare.

În ceea ce privește relația dintre anxietatea școlară și autoaprecierea, aceste rezultate le prezentăm mai jos:

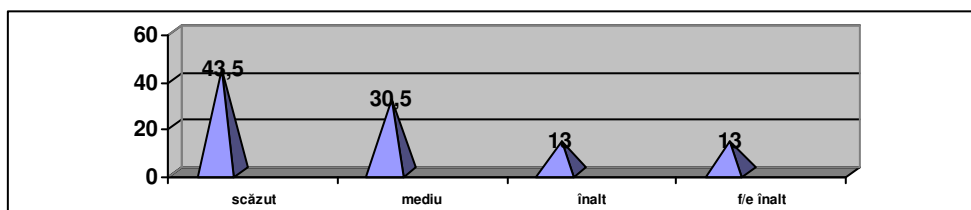


Fig. 2. Distribuția de date privind nivelul autoaprecierii elevilor cu anxietate școlară înaltă.

Rezultatele indicate în figura de mai sus ne arată, că din toți subiecții cu anxietate școlară înaltă, 43,5% au un nivel scăzut al autoaprecierii. Așa cum și în cazul anxietății accentuate, elevii cu subapreciere, așteaptă această apreciere și din partea celor din jur, consideră că sunt lipsiți de valoare și capacități, nu au dezvoltat motivul competenței, sunt neliniștiți în situațiile școlare. 13% au nivel foarte înalt al autoaprecierii, adică ei se supraapreciază. Probabil, că această supraapreciere este un mod de compensare a neajunsurilor, insucceselor, neliniștea în situațiile de școală.

Aceste date le putem confirma și prin analiza datelor obținute la prelucrarea statistică a rezultatelor.

Tabelul 1. Corelația dintre rezultatele la testul de anxietate școlară și cele de la scalele testului de autoapreciere.

	intelect		autoritate		Relații cu colegii		Satisfacție de comunicare cu colegii		Încredere în sine	
	r	p<	r	p<	r	p<	r	p<	r	p<
Anxietate școlară	-0,52	0,01	-0,45	0,01	-0,42	0,01	-0,38	0,05	-0,54	0,01

Am obținut corelație statistică între rezultatele la anxietate școlară și:

- Intelect (apreciere): $r = -0,52$, la un prag de semnificație de $p < 0,01$. Această corelație este invers proporțională. Adică, dacă elevii își apreciază nivelul dezvoltării intelectuale înalt adecvat, ei au un nivel mai scăzut al anxietății școlare, mai puțin se neliniștesc în situațiile de școală. La creșterea valorilor la intelect apreciere, descresc cele de la anxietate școlară și invers.
- Autoritate (apreciere): $r = -0,45$, la un prag de semnificație de $p < 0,01$. Această corelație este invers proporțională. Adică, dacă elevul își apreciază înalt autoritatea lui în fața colegilor, asta îl face să se simtă mai bine, mai încrezut în clasă și mai puțin trăiește emoțional, în forma anxietății școlare, diferite situații de școală. La creșterea valorilor la autoritate apreciere, descresc cele de la anxietate școlară și invers.
- Relații cu colegii : $r = -0,42$, la un prag de semnificație de $p < 0,01$. Această corelație este invers proporțională. Adică, dacă elevii își apreciază înalt relațiile lor cu colegii de clasă, ei au posibilități mai mari de adaptare la diferite situații și condiții, iar acest fapt reduce din neliniștea lor în aceste situații. La creșterea valorilor la relații cu colegii (apreciere), descresc cele de la anxietate și invers.

- Satisfacție de comunicarea cu semenii: $r = -0,38$, la un prag de semnificație de $p < 0,05$. Această corelație este invers proporțională. Ca și în cazurile de mai sus, la creșterea valorilor în ceea ce privește autoaprecierea satisfacției de comunicarea cu colegii de clasă, descresc valorile la anxietate școlară, și invers.
- Încredere în sine: $r = -0,54$, la un prag de semnificație de $p < 0,01$. Această corelație este invers proporțională. Adică, dacă elevii se consideră încrezuți în sine în situațiile de școală, ei au mai puține motive de a se neliniști și manifesta anxietate școlară în asemenea situații. La creșterea valorilor la încredere în sine (apreciere), descresc cele de la anxietate școlară și invers.

Vom analiza în continuare relația dintre scalele la testul de anxietate școlară, care reprezintă de fapt factorii anxietății școlare și cele de la testul de autoapreciere.

Dacă preadolescentul se simte bine în colectivul clasei, dacă se bucură de autoritate în colectiv, dacă are stabilite relații adecvate cu colegii, atunci starea lui emoțională pe fonul căreia se dezvoltă contactele lui sociale (mai întâi de toate cu semenii), este favorabilă și trăirea emoțională a stresului social, ca factor al anxietății școlare nu se manifestă.

Între rezultatele la *scala trăirea emoțională a stresului social* și cele de la scalele testului de apreciere am obținut următorii coeficienți de corelație:

- Cu rezultatele la intelect – $r = -0,4$, la un prag de semnificație de $p < 0,05$;
- Cu rezultatele la scala „autoritate” – $r = -0,51$, la un prag de semnificație de $p < 0,01$;
- Cu rezultatele la scala „relații cu colegii” – $r = -0,43$, la un prag de semnificație de $p < 0,05$;
- Cu rezultatele la scala „satisfacție de comunicarea cu semenii” – $r = -0,61$, la un prag de semnificație de $p < 0,01$;

Una din particularitățile de bază în vârsta preadolescentă, este interesul vădit spre comunicarea cu semenii, orientarea spre elaborarea normelor și valorilor de grup. Comunicarea cu semenii reprezintă un mijloc important de socializare a preadolescentului. El își formează deprinderi de interacțiune socială, capacități de a se supune disciplinei colective, de a obține autoritate și de a ocupa statutul dorit. În grup se formează și se dezvoltă autoaprecierea preadolescentului: dacă preadolescentul poate să respingă critica adulților, atunci părerea despre el a semenilor, o apreciază înalt. După R. Berns (1986) și M. Rosenberg (1965) unul din mijloacele de influență pozitivă asupra autoaprecierii este formarea unor relații interpersonale în care preadolescentul ar putea comunica cu alte persoane a căror interese, aptitudini sunt adecvate celor personale (Райс Ф., 2000).

Deci, avînd o apreciere neadecvată, preadolescentul nu reușește să stabilească relații interpersonale în colectiv. Dar, ocupînd o poziție de izolat, nu reușește să-și formeze o autoapreciere adecvată. Iar toate acestea ar provoca manifestarea anxietății școlare.

Între rezultatele la scala *frica de autoexprimare* cu cele de la testul de apreciere s-a obținut:

- Cu rezultatele la „caracter” – $r = -0,36$, la un prag de semnificație de $p < 0,05$;
- Cu rezultatele la „relații cu colegii” – $r = -0,46$, la un prag de semnificație de $p < 0,01$.

Adică trăirile emoționale negative ale situațiilor legate de necesitatea de autodeschidere, de autoprezentare altor persoane, demonstrarea posibilităților proprii, sunt posibile în cazurile când preadolescentul își apreciază scăzut trăsăturile de caracter și relațiile lui cu colegii. La creșterea rezultatelor de la aceste scale, descresc rezultatele la anxietatea școlară.

Între rezultatele la scala *problemele și fricile în relații cu învățătorul* cu cele de la testul de apreciere s-a obținut:

- Cu rezultatele la „relații cu colegii” – $r = -0,41$, la un prag de semnificație de $p < 0,05$;
- Cu rezultatele la „autoritate” – $r = -0,43$, la un prag de semnificație de $p < 0,05$.

În cazul când între preadolescent și profesori se stabilesc niște relații neadecvate, atunci preadolescentul scade din autoritatea sa în fața colegilor, dar și se înrăutățesc relațiile lui cu ei, iar acest fapt îi provoacă anxietate școlară, care la rândul ei micșorează reușita la învățătură.

Din cele analizate și descrise mai sus putem concluziona:

Între autoprecierea preadolescenților din familiile temporar dezintegrate și anxietatea școlară a lor există o relație și anume:

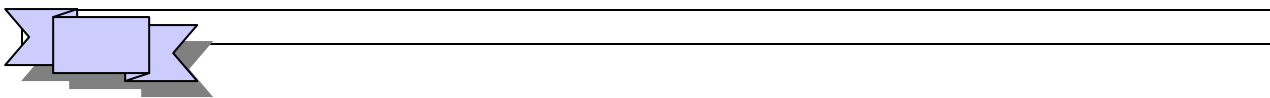
- O anxietate școlară înaltă contribuie la subaprecierea propriilor trăsături de caracter, intelectului, încrederii în sine.

- O apreciere neadecvată duce la nesiguranță în relații cu colegii, în situațiile de viață școlară, ceea ce contribuie la trăirea emoțională în formă de neliniște, frică, anxietate în situațiile de școală.

Bibliografie:

1. „Anxietatea și angoasa”, Timișoara, 1997.
2. Ieneștea O. „Dificultăți emoționale la tineri”, București, 1983.
3. Stratilescu D. „Climat familial și atitudini educative variabile semnificative în afirmarea adolescenților supradotați/revista de psihologie,nr. 1 -2, Chișinău, 1996.
4. Гиппенрейтер Ю.Б. Самооценка у несовершеннолетних правонарушителей. // Вопросы психологии, 10989, № 1, - с. 45-54.
5. Прихожан А. Тревожность у детей и подростков, М. 2000
6. Хоружий С.Н. Самооценка недисциплинированных подростков и их оценочное отношение к окружающим // Психологические особенности самосознания подростка / Под ред. М.И. Боришевского. -Киев, 1980

Primit 06.12.07



Изучение любви как одного из аспектов взаимоотношения полов

Лариса Синицару, доктор психологии, конференциар

Актуальность данной темы несомненна. Современный мир, человеческие отношения претерпевают сильные изменения. Быстро создаются и распадаются браки. Партнеры не тратят усилий на разрешение трудных ситуаций, на достижение взаимопонимания, становясь пассивными зрителями собственных отношений. У многих мужчин и женщин, живущих в цивилизованном мире, старый порядок организации жизни и стиль поведения нарушен. Современные женщины пытаются во всем быть похожими на мужчин. Полярная противоположность полов исчезает, и с ней эротическая любовь, основанная на этой полярности. Современная раскованность, если не сказать распущенность, молодежи иногда просто пугает. Хочется, чтобы молодые верили в любовь, переживали это прекрасное чувство, и поклонялись, не вторичному в ней, сексу, а духовному, нравственному началу.

Психология издавна интересовалась «любовью». Еще в древнеиндийском трактате «Ветка персика» так описывалось возникновение любви: «Три источника имеет влечение человека: душу, разум и тело. Влечения душ порождают дружбу. Влечения ума порождают уважение. Влечения тела порождают желание. Соединение трех влечений порождает любовь». В древнегреческом языке была предпринята попытка определения разнообразных проявлений и форм любви: эрос – стихийная, страстная, стремящаяся к полному физическому обладанию; филия – любовь – дружба, рассудочная, обусловленная социальными связями и личным выбором; сторге – спокойная, надежная любовь – нежность, особенно семейная. И, наконец, агапе – любовь бескорыстная, жертвенная, с полной самоотдачей, растворением любящего в заботе о любимом. Об универсальности темы любви говорят мифы и сказки различных времен и народов. Для психологии любви, древнегреческий миф об Амуре (любви) и Психее (душе) имеет огромное значение. Миф повествует о том, как душа стремится к любви, не может устоять перед ней. Страсть налетает, подхватывает, уносит душу, но это еще не любовь. Душа, которая многое претерпела, проявила стойкость, научилась трудиться – обретает любовь. Более того, такая душа, наполненная любовью, становится бессмертной. С психологической точки зрения любовь можно считать самой сильной потребностью души человека.

Двадцать четыре века назад Платон создал первую в человеческой культуре философию любви, что стало источником для большинства любовных теорий. Любовь для самого Платона – двойственное чувство, она соединяет в себе противоположные стороны

человеческой природы. В ней живет тяга людей к прекрасному – и чувство чего-то недостающего, ущербного, стремление восполнить то, чего у человека нет (Платон «Миф об Андрогинах»).

Психологи, пытаясь дать определение любви, говорят о ней как об эмоциональном процессе (Спиноза, Юнг); как о базовом чувстве, которое имеет собственные способы выражения и конкретные паттерны активности нервной системы (Изард К.Е.); как о « наиболее полном и благородном из всех отношений» (Берн Э.).

Современная концепция любви получила название романтической. Для нее характерны: идеализация любимого человека, равенство партнеров, значимость человеческих отношений, сильные эмоциональные переживания. Романтическая любовь удовлетворяет необходимые психологические потребности человека в общении, во взаимности, в сексуальности, в самореализации и естественным образом приводит к браку (Бренден Н., Розин М.).

Противоположной точки зрения придерживается Л. Каслер который считает, что свободный человек не испытывает любви. Любовь как сплав эмоций постоянно держит человека в страхе потерять источник удовлетворения своих потребностей. Это делает человека зависимым, тревожным, мешает его личностному развитию.

Модель любви, предложенная А.Маслоу, может считаться, в отличие от модели Л.Кеслера, оптимистической. Она характеризуется снятием тревожности, ощущением полной безопасности, удовлетворенностью психологической и сексуальной стороной отношений.

Интересна точка зрения Э. Фромма, который понимает любовь как « ответ на проблему человеческого существования». Человек, осознавая свою отделенность от природы, во все времена пытался преодолеть ее и обрести единение. Ни наркотики, ни алкоголь, ни единение, основанное на приспособлении к группе, ни сексуальный контакт, ни даже творческая деятельность, по словам автора, не решают проблемы отделенности. Только любовь позволяет чувствовать единение, позволяет держаться вместе членам человеческого рода, общества, семьи. По мнению Э.Фромма любовь не должна быть пассивной. Любить – это умение давать, а не брать, которому следует учить. Акт давания, если он доставляет радость, удовольствие, выражает жизнеспособность человека и может породить саму любовь, сохранив ее на протяжении многих лет жизни (Фромм Э. « Душа человека »).

Любовь как межличностное чувство, как высшее проявление человеческой силы рождалось непосредственно в ходе человеческой эволюции. Согласно теории Дарвина эволюция идет тем успешнее, чем больше исходное разнообразие организмов. При

бесполом размножении потомство соответствует родительской особи как две капли воды. А раз нет разнообразия, значит, и нет движения вперед. В результате двух сексуальных эволюций, начиная с палеозойской эры, все виды более или менее высокоорганизованных организмов появились в двух обличиях: мужском и женском. Разделение функций между мужчиной и женщиной в начале развития человеческого общества было предельно простым: он – добытчик, она – хранительница очага. Женщина ощущала высокую ценность мужчины: ведь он рисковал своей жизнью, заботясь о своей семье. Самооценка, самоуважение мужчины связаны были с тем, насколько высоко женщина ценила его усилия. Природа в отличие от мужчины подарила женщине свой путь эволюции. Никто не ждал, что она пойдет охотиться, будет сражаться с врагами. Ее способность производить на свет детей считалась магической, даже священным даром (Изард К.Э., 2000). Степень самоутверждения женщины зависела от того, насколько высоко мужчина ценил ее умение ухаживать за детьми и поддерживать порядок в их семье. Выжить было трудно, но взаимоотношения были простыми. Каждый видел уникальность вклада другого, обеспечивал выживание и благополучие семьи. Программа поведения записывалась на генетическом уровне и считалась успешной, если особь выживала и оставляла после себя потомство.

Считается, что первым вариантом сексуальных отношений людей был промискуитет, когда половые отношения ничем не ограничивались. Римский философ, поэт Лукреций считал, что в древности существовали три основные причины сексуальных отношений:

1. половой акт мог произойти согласно взаимному сексуальному желанию мужчины и женщины;
2. в следствие грубого насилия;
3. за плату, которую, за неимением денег, женщины брали натуральными продуктами.

Свободные половые отношения допускались внутри определенной группы или рода. При таком способе организации человеческого рода нет ни господства, ни подчинения мужчиной женщины и наоборот (Ф.Энгельс). Со временем люди увидели негативные последствия кровосмешения, и в примитивных племенах стали формироваться запреты на близкородственные половые отношения. Мужчине было все труднее найти себе женщину – ведь искать ее приходилось за пределами своего рода, поэтому пары стали образовываться на длительный период. Так возникла и закрепились, как форма отношений людей, парная семья (ШнейдерЛ.Б.,2000).

Взаимоотношения мужчины и женщины на различных этапах развития общества часто менялись. Идеалом в Древней Греции был голый человек, а сами половые признаки были

предметом эстетического восхищения, поэтому физическое половое наслаждение во всех его проявлениях, даже так называемых извращенных, было для древних естественным. Интересен тот факт, что наиболее совершенной считалась любовь мужчины к мужчине или женщины к женщине, а проституция являлась неизбежным коррелятом единобрачия (Блок И. «История проституции»). В Средневековье наивысшей формой любви была признана любовь к богу. Страсть считалась греховностью. Христианство призывало любить всех людей одинаково. Духовная любовь была выдвинута на первый план. В 18 веке в Эпоху Возрождения тема любви расцвела, освободившись из под контроля церкви, и возвратила себе статус, который она имела в античности. В определенных кругах общества господствовал эротизм. Единственное, что не допускалось в этом веке «галантности», – это гомосексуализм, который приходилось скрывать. Супружеская верность сделалась смешным пережитком, ее никто ни от кого не ждал. Однако социально-экономические условия не способствовали всеобщему промискуитету. Большинство людей не могли себе позволить аристократического образа жизни. Среди более низких классов господствовала моногамия.

Интересна генная теория Р.Докинза, которая объясняет поведение «верных» и «гуляк», «скромниц» и «распутниц». В любом обществе были и будут люди, несклонные к длительным отношениям. Эти отношения определяются на генетическом уровне, поэтому таких людей переделать невозможно (Докинз Р. «Эгоистичный ген»)

Отстаивая позиции любви, крупный специалист по психотерапии семьи К. Витагер считает, что любовь как уникальное чувство можно сохранить на долгие годы совместной супружеской жизни. Люди не должны быть зрителями собственных отношений. Разводиться, по мнению автора, бессмысленно. Надо все время корректировать отношения, выводить их из тупиков, направлять энергию конфликтов на личностный рост обоих, а не на взаимные обвинения и развод.

По мнению сексолога С.Тихонова только маленькие дети находятся на стадии первичного промискуитета. Взрослея, проходя через детство, отрочество и юность, сексуальные установки человека, как бы повторяют исторический путь развития человечества. Сначала мальчику нравятся все девочки, как таковые. Затем моделируется этап полигамных отношений, группового брака. Например, все мальчики влюбляются в одну девочку, а все девочки вздыхают по молодому учителю. Следующий этап, напоминает другую форму раннего группового брака, когда мальчик влюблен сразу в двух девочек, а девочке нравятся сразу два мальчика. И, наконец, человек дозревает до моногамного союза. Социально зрелый человек, считает автор, должен отдавать предпочтение одному партнеру.

Любое изменение в количественном отношении партнеров в семье свидетельствует о социальной незрелости человека и его неспособности перейти к следующему этапу социального развития.

Разность точек зрения и даже их полярность, тем не менее, позволяет рассматривать любовь как активное чувство, как личностную потребность, которая может иметь разную направленность в зависимости от половой принадлежности. Мы предположили, что в представлениях о любви в юношеском возрасте должны существовать половые различия.

В исследовании участвовали студенты первого и второго курсов КГПУ им. Крянгэ в количестве 60 человек (30 юношей и 30 девушек). Для проверки выдвинутой гипотезы были проведены методики, позволяющие выявить, с одной стороны, половые различия в представлениях о любви (особенности понимания любви, идеалы в любви). С другой, исследовались особенности самой личности испытуемых: направленность на партнера (маскулинный, фемининный, андрогинный), установки относительно сфер семейной жизни (ролевая реализация), уровень эмпатийности.

Результаты исследования показали, что юноши и девушки представления о любви связывают в первую очередь с действенной стороной этого чувства. Например, на вопрос: «Что для вас означает любовь?» - они отвечали целым перечнем конкретных действий: быть альтруистом, понимать и уважать любимого, познавать друг друга. Если сравнивать ответы юношей и девушек, то девушки в любви отдают предпочтение альтруизму. Юноши считают, что главное в любви – любить и быть любимым. Отмечая в любви активную позицию, тем не менее, 46% девушек и 40% юношей не хотят трудиться на любовь, прилагать усилия, считая, что лучше оставить все без изменений. Девушки в большей степени, чем юноши хотят в любви брать, чем отдавать.

Любовь для большинства испытуемых является основой для вступления в брак: 94% девушек и 90% юношей. Важным моментом для вступления в брак является внешняя привлекательность партнера (32% девушек и 40% юношей). Юноши и девушки ценят в своих избранниках в первую очередь красоту и молодость. Интересен тот факт, что девушки отдают предпочтение образованным избранникам (30% девушек и 8% юношей). Они могут, в отличие от юношей, вступать в брак по расчету, по религиозным убеждениям (22% девушек и 0% юношей).

Юноши считают, что привлекают девушек своим умом и силой. Девушки отмечают, что им нравится в мужчинах не только ум, сила, но и красота. Женщина может привлечь мужчину, по мнению юношей, своей красивой внешностью, сексуальностью и добротой. А такие качества как женственность, обаяние, ухоженность и внутренняя красота остаются

без внимания. Сами девушки отмечают, что их сексуальность и доброта не столь важны в сравнении с внешностью, женственностью и ухоженностью. Расхождения во взглядах на привлекательность друг друга говорят о разной половой направленности, которую необходимо иметь в виду при построении взаимоотношений между мужчиной и женщиной.

На вопрос о взаимоотношении полов в любви большинство испытуемых приходит к согласию (72% девушек и 60% юношей) считая, что между партнерами должно быть равенство. Больше число юношей в сравнении с девушками (30% Ю. и 24% Д.) в отношениях между партнерами указывают на доминирующую позицию мужчины. Ни один юноша не назвал в данной позиции женщину. Девушки (4%), в отличие от юношей, считают, что они могут доминировать в общении с любимыми.

По результатам диагностики уровня эмпатийности большинство испытуемых показали норму (74% Ю. 74% Д.). Девушкам в большей степени, чем юношам свойственна эмпатия как основа любви (27%Д. и 14% Ю.).

Личность любимого человека юноши и девушки видят так же по-разному. Юноши придерживаются традиционных взглядов на женские черты личности, отдавая предпочтение женственности в сравнении с мужественностью и андрогинностью. (74% Ю). Однако, некоторые юноши предпочитают девушек, у которых помимо женственных черт присутствуют черты, характерные мужчинам: независимость, сила, собственная позиция (26%). Никого из юношей не привлекает образ мужественной девушки(0%).

Девушки отдают предпочтение юношам, у которых присутствуют в одинаковой степени как мужские так и женские черты (выбирают андрогинность 68%).Они полагают, что их избранники должны быть не только мужественными, но и добрыми, уступчивыми, заботливыми. И только 32% девушек предпочитают традиционно мужественных парней. Никого из девушек не привлекает образ женственного мужчины.

Проведенное исследование полностью подтвердило гипотезу о том, что в представлениях о любви в юношеском возрасте существуют половые различия. Для юношей, в отличие от девушек, любовь является основным показателем для вступления в брак. Девушки при вступлении в брак помимо любви руководствуются расчетом, религиозными убеждениями, для них важен уровень образованности избранника. Большая разница обозначилась в представлениях о привлекательности друг для друга. Девушки считают себя привлекательными по одним особенностям: ухоженность, внутренняя красота, а молодых людей привлекают совсем другие девушки: сексуальные, добрые, красивые.

Юноши более традиционно смотрят на своих избранниц, отдавая предпочтение их женственности. Девушки предъявляют к своим любимым высокие требования и предпочитают молодых людей с андрогинным типом личности.

Следует отметить, что в рамках нашего исследования выявленные представления о любви в юношеском возрасте, находятся на стадии активного формирования. Они носят действенный характер. Половые различия в представлениях молодых людей существенны, что указывает на необходимость их учета.

Summary

The article deals with problem of relations between sex male sex female. What is love? How do the partners attract each other? Is it possible to preserve feeling of love for a long period of life? Here are examining different points of view on love as a subject between man and woman of the following authors (Platon, Spinoza, Fromm, Maslou and others).

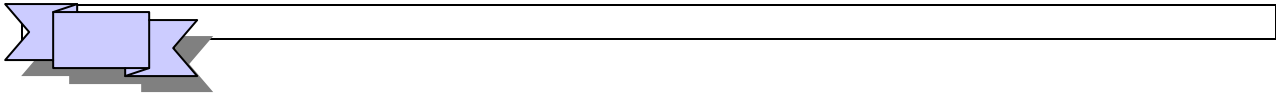
During experimental research work among young men and young women lat the age of 19 – 24 their understanding of love feelings, their readiness and willingness to love, attractiveness of the partners.

Receiving results convince that great majority of young men and young women consider that marriage is impossible without love.

Библиография

- 1.Берн Э.Психология секса. Классификация человеческих отношений. – Екатеринбург: Литур, 2000.
- 2.Изард К.Э. психология эмоций. – Санкт-Петербург: Питер, 2000.
3. Кроник А., Кроник Е. В главных ролях: Вы Мы Ты Он Я. – М.: мысль, 1989.
4. Куприянчик Л.Л. Психология любви. – М.: Пресс, 1998.
5. Фромм Э. Душа человека. – М.: Пресс,1998. – с.178-204.
6. Цельмер З. Искусство быть вместе.- М.:Пресс, 1994.
6. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. – М.: Пресс,2000.- с.179 -207.

Primit 06.12.07



ВЛИЯНИЕ НЕИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ НА ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Михаил Ковальков, академик Международной Академии наук Экологии и безопасности при ДООИ ООН Научная организация «Голд ЭГ».

В настоящее время наблюдается резкое ухудшение психического и физического здоровья людей. Для устранения психопатологических симптомов существуют методы суггестивной терапии, когнитивной, бихевиоральной, гештальттерапии, арт-терапии и другие, которые основываются на идее отреагирования. Но реагировать ведь можно на то, что является причиной этих скачкообразных изменений.

По данным ВОЗ происходит «взрыв» заболеваний эндокринной системы человека (с 124 млн. в 1997 г. до 176 млн. в 2003 г. и прогнозируется 220 млн. в 2010 г.) со всеми вытекающими отсюда последствиями. Специалисты ВОЗ признали диабет эпидемией. К сожалению, в чем причина этой эпидемии, специалисты ВОЗ не очень информируют. Получается какой-то парадокс – о птичьей гриппе, от которого пострадало несколько десятков человек, «шумим на всех углах», а о мировой проблеме, которую нужно решать немедленно, говорим вскользь, мимоходом. А ведь здесь же речь о миллионах людей!

Нами много лет исследовалось влияние изученных технических средств, окружающих человека в быту и на работе, и излучений земного и космического характера на организм людей.

Основываясь на результатах исследований можно однозначно утверждать, что главной причиной скачкообразных изменений в организме человека являются неионизирующие излучения приборов. Прямо нужно сказать, что техника начинает медленно, но уверенно наступать на психическое и физическое здоровье человека. Критическим рубежом, «фазовым переходом», стало массовое распространение мобильных телефонов, а компьютеры, микроволновые печи, телевизоры, плееры последнего поколения и другие приборы вносят существенную добавку в тот окружающий нас невидимый враждебный океан. К сожалению, даже некоторая медицинская аппаратура типа УЗИ и физиотерапевтические приборы миллиметрового диапазона волн помогают в оздоровлении одних органов, но нарушают работу других органов.

Почему же так получилось?

Ведь каждый выпускаемый в мире прибор или техническое устройство соответствует санитарно-гигиеническим нормам, ГОСТу, SAR и не должны вредить здоровью человека. Да, они соответствуют существующим нормативам. Но оказывается, вся мировая наука не учитывает, что кроме электрического, магнитного, гравитационного полей, сильного и слабого взаимодействия в атомах существуют ещё микролептонные излучения торсионного поля.

Весь видимый и невидимый мир как вокруг нас, так и внутри нас, находятся в многопланово меняющемся состоянии. Мы вместе с Землей летим вокруг Солнца со скоростью 30 км/сек (скорость ракеты при выводе спутника Земли 7,9 км/сек), да ещё и вращаемся вокруг земной оси. Кроме того, каждый из нас состоит из атомов, где микрочастицы (их наука открыла уже около 300) также вращаются по орбитам и **вокруг своей оси (по спине)**.

Оказывается, пришла пора вот эти многоплановые вращения микрочастиц в приборах и в теле человека учитывать. Теоретически и экспериментально нами **открыто, что микрочастицы атомов тела человека поляризованы по орбитам и спине**. То есть с рождения каждый человек получает строго установленное энергией отца и матери направление (правое или левое) вращение микрочастиц по орбитам и по спинам в атомах. (В соответствии с законами квантовой физики движение микрочастиц по орбитам и по спине равновероятно, поляризация отсутствует). Оказывается, в **живом организме всё иначе**, так как мы **открытая**, а не закрытая система и энергия из вне нас подпитывают. И это является главным в разделении людей по психологическим характерам и по крови. Искусственное **внешнее воздействие по изменению направления вращения микрочастиц в теле человека (деполяризация), которое осуществляется неионизирующим излучением мобильных и других приборов, приводит в итоге к различным психическим и физическим патологиям**.

Именно в этом причина очень быстрого появления патологий в любой наиболее слабой в энергетическом отношении системе или органе человека. И в первую очередь это ощущает нервная, сердечно-сосудистая, иммунная и эндокринная системы, особенно селезёнка и одна из долей щитовидной железы. Приборно это очень четко фиксируется измерительными комплексами «Имедис», «Медисса» и другими, использующими метод измерения Р.Фолля- Сарчука. Это уже зафиксировано фотографиями японского исследователя Эмото Масару.

«Принцип спирального вихря – во всём». Так утверждала Елена Ивановна Рерих в работе «Агни Йоги».

И вот это своеобразное пространственное строение человеческого тела от атома до системы организма пришла пора учитывать и в жизни, и при психотерапии и в практической медицине, так как тело человека – это не только то, что можно потрогать руками и увидеть глазами, но и его аура, его комплексные излучения, которые несут информацию о всем человеке.

«Душа больше пищи, и тело - одежды» (Святое благовествование от Луки, глава 12, п. 23). Как видим, в Библии об этом давно уже указано. Здесь же заложена и огромная информация для научного поиска и применения научных результатов в практической деятельности.

Энергия, излучения, информация – все в этих емких словах.

Ещё Зигмунд Фрейд, разрабатывая психоанализ как метод исследования и метод лечения неврозов, опирался на Закон сохранения энергии Гельмгольца. Он рассматривал организм, как аппарат, заряженный энергией, а психику – под углом зрения энергетических ресурсов личности, которые служат горючим ее действий и переживаний.

Ученик Фрейда Вильгельм Райх изобрел лечебный аппарат, который использовал для лечения заболеваний психического и физического характера.

Энергию аппарата он назвал «оргоном». К сожалению, он не был понят стандартно мыслящими учеными и как все Великие пал жертвой за свой более зоркий взгляд в Мироздание.

В 1989 г. в Докладах Академии наук СССР было сообщено об открытии академика Российской академии естественных наук Анатолия Федоровича Охатрина, моего учителя. Впервые в мире теоретически и экспериментально были открыты и исследованы очень легкие частицы (легче электрона в миллионы раз) – микроптоны, которые проявляются при различных вращениях и кручениях. Они как газ сопровождают каждый объект (в том числе и человеческое тело). Энергия частиц небольшая и они проявляются при обыкновенных естественных условиях. Астральное тело человека, например, и было сфотографировано микролептонным фотоаппаратом.

Основываясь на этом научном открытии и на расширенном понимании энергии физического вакуума (энергия торсионных полей), которую исследовали профессор МГУ Г.И. Шипов и академик РАЕН А.Е. Акимов, и пощастливилось изобрести аккумулятор энергии – биокорректор (патент РБ № 2459) биоковры и другие устройства, которые способны увеличивать энергию человеческого тела или защищать человека от вредных для здоровья неионизирующих излучения мобильных телефонов, микроволновых печей, компьютеров (Патент РМ № 2967, Патент РМ № 2369, Патент РБ № 8209). Биокорректор

позволяет быстро и эффективно осуществить **катарсис** после сильных эмоциональных переживаний типа аффекта или стресса, при депрессии и сопутствующих психосоматических расстройствах, так как за 15 минут можно добавить человеку 25% энергии его человеческого тела.

Доктор медицинских наук Р. Тукаев – сотрудник НИИ психиатрии г. Москва – в интервью газете «АиФ» 20.12.2006 г. указывает, что негативное воздействие электромагнитных волн мобильных телефонов на психические заболевания обсуждается.

Причина обсуждений, а не доказательств, в отсутствии приборных измерений. Нами же на протяжении многих лет разработаны методы приборных измерений. Сейчас уже существуют целые измерительные комплексы типа «Имедис», «Медисса» и другие.

Проведенные исследования в г. Москве в Центре биоэлектромагнитной совместимости под руководством эксперта ВОЗ профессора Ю. Григорьева по воздействию неионизирующих излучений мобильных телефонов на мышей подтвердили, что нами изобретена реальная защита – устройство «Экран». Очень важно то, что существующие приборы, основанные на законах электромагнитных полей, вредного влияния излучений мобильных телефонов при экспериментах так и не зафиксировали. А ведь только они находятся на вооружении санэпидемиологических служб. Поэтому и получили такое масштабное распространение мобильные телефоны и другие приборы, вызвав всплеск психических и физических заболеваний.

Враждебное отношение к человеческому организму неионизирующих излучений проверено нами и в НИИ охраны здоровья матери и ребенка. За 30 минут работы в режиме приема мобильный телефон уменьшает количество эритроцитов в крови человека на 10-19%, нарушается баланс иммунорегуляции за счет полного снижения количества Т-супрессоров.

В настоящее время сложилась ситуация, требующая принятия неотложных мер. Это констатирует и эксперт ВОЗ профессор Ю.Г. Григорьев и другие ученые мира. Только по данным Шведской академии наук вероятность онкологических заболеваний от неионизирующих излучений увеличивается на 28%.

Комплекс организационных мер и применение наших защитных устройств «Экран» позволит стабилизировать ситуацию.

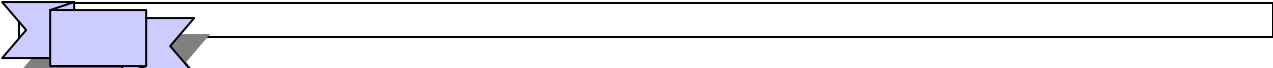
Summary

- **Studied** the influence of non- ionizing radiation on people 's psychic and physical health.
- **Established** the polarization of people 's atom 's microelements.
- **Invented** new device to neutralize harmful influence of non- ionizing radiation.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Психотерапия и клиническая психология № 3, № 4, 2006 г. Научно-практический журнал Белорусской ассоциации психотерапевтов.
2. Радиационная биология радиоэкология. Журнал РАН. т.45. № 4 2005г.
3. Сотовая связь и здоровье. Материалы международной конференции 2004 г. г.Москва
4. Доклады АН СССР 1989 г. Том 305 № 4
5. Г. И. Шипов. Теория физического вакуума. Москва. «Наука» 1997 г.
6. Е. И. Рерих. «Мозайка Агни Йоги». г. Тбилиси. 1990 г. Издательство «Холовнета»
7. А. Б. Рубин. Биофизика. Москва. «Высшая школа». 1987 г.

Primit 06.12.07



Particularitățile psihologice ale identității etnice la adolescenți: din experiența cercetării empirice

Gășper Lucia, cercetător științific, Institutul de Filozofie, Sociologie și Științe Politice al AȘM, Secția de Cercetări Socio-Demografice ale Familiei

În Republica Moldova, la fel ca și în alte țări din spațiul CSI, are loc transformarea dinamică a identității etnice la toate grupurile de vârstă. Acest proces de constituire a identității etnice se desfășoară în condițiile nedeterminării sociale, care se exprimă prin imprevizibilitate (imposibilitatea subiectivă de prognozare a dezvoltării identității etnice, a evenimentelor), prezența unei multitudini de probleme (subiectivitatea posibilităților, varietatea alegerii deciziilor și interpretărilor), imposibilitatea subiectivă de a controla dezvoltarea evenimentelor (E.P.Belinskaia, 2000).

Transformările de ordin general ce au avut loc în ultimul deceniu în țară au condiționat intensificarea cercetărilor în domeniile psihologiei, etnografiei, istoriei, sociologiei (I.Caunenco, 2006, V. Stepanov, 2002, V. Zelenciuc, 2000, O.Luchianeu, 2006).

Care sunt particularitățile psihologice ale identității etnice la adolescenții diferitor grupuri etnice? Care sunt preferințele etnice ale adolescenților? Cum adolescenții percep situația socială?

Pentru a răspunde la aceste întrebări a fost realizat un studiu care a avut drept scop studierea identității etnice la adolescenții de etnie titulară și minoritară.

Studiul s-a efectuat în anul 2004 în mun. Chișinău, or. Comrat (Găgăuz-Ery), or. Rîbnița (Transnistria). Subiecții au fost 358 de adolescenți cu vârsta cuprinsă între 16-18 ani (elevi), 17-21 ani (studenți). Naționalitatea respondenților: moldoveni (români), ruși, ucraineni, bulgari, găgăuzi.

În cercetarea noastră am pornit de la faptul că identitatea etnică este rezultatul conștientizării cognitiv-emoționale a sinelui ca reprezentant al unei etnii, un anumit nivel de identificare cu el, și al separării de alte etnii (T.G. Stefanenko, 1999).

Structura identității etnice conține două componente de bază.

- *cognitivă* (autoidentificarea, auto- și heterostereotipurile, reprezentările despre „distanța” dintre grupurile etnice proprii și relevante, înrudirea cu naționalitatea proprie).

- *afectivă* (sentimentul de apartenență la o comunitate etnică, exprimarea favoritismului intergrupual; orientarea stereotipurilor etnice).

Esențială pentru noi în studierea identității etnice a fost concepția potrivit căreia „conștientizarea sinelui ca membru al etniei presupune prezența particularităților acestei etnii și

reprezentărilor despre sine, ca purtător al acestor calități. Aceste reprezentări joacă rolul de formațiuni specifice – autostereotipurile, care se formează concomitent și se află într-o legătură strânsă cu reprezentările despre alte comunități etnice – heterostereotipurile” (T.G.Stefanenko, 1999).

În studierea empirică a identității etnice am utilizat următoarele tehnici:

Testul diagnosticul relațiilor (TDR) elaborat de G.U.Soldatova (1998) pentru studierea componentelor cognitiv-emoționale a auto- și heterostereotipurilor (TDR); „Afilieră etnică” (G.U.Soldatova, S.Rîjova, 1998), scopul urmărit fiind studierea tendințelor afiliative etnice; testul culorilor al relațiilor Liuşer - studierea ierarhiei preferințelor etnice (V.Pavlenko, O.Boronev, 1994); scala distanței sociale a lui E.S. Bogardus modificată de L.G.Pocebut (2002) - studierea atitudinilor etnice; chestionarul „Studierea perceperii stabilității lumii de către adolescenți” (E.P.Belinskaia, T.G.Stefanenko) - studierea stabilității lumii; ancheta în modificarea T.G.Stefanenko, O.Romanova în scopul determinării importanței naționalității pentru adolescenți și a înrudirii cu etnia proprie și cu alte etnii.

În articolul dat ne vom referi la unele rezultate obținute în cadrul acestui studiu.

În structura identității etnice o importanță deosebită are trebuința în apartenența etnică, care denotă tendințele de afiliere etnică. Afilieră este tratată ca o tendință către comunitatea psihologică cu grupul. Exprimarea tendințelor etnoafiliative presupune respectarea regulilor, normelor și scopurilor grupului său propriu. Analiza datelor empirice obținute prin utilizarea tehnicii „*Afilieră etnică*” a reliefat prevalarea tendințelor afiliative la moldoveni (din cele trei regiuni) și la găgăuzi. Cele mai exprimate tendințe de afiliere s-au evidențiat la moldovenii din Găgăuzia – 81%. Prevalarea tendințelor afiliative la adolescenții moldoveni și tinerii găgăuzi, se explică prin faptul că în prezent are loc o renaștere activă a grupurilor etnice respective. O expresivitate mai mică la ruși, ucraineni și bulgari a tendințelor afiliative largesc hotarele și posibilitățile de adaptare la condițiile etnosociale schimbătoare.

Tendințele antiafiliative sînt înregistrate în următoarele proporții în grupul rușilor (50%), bulgarilor (46%), ucrainenilor (48%). A fost evidențiat și un grup la care sînt exprimate la fel atît tendințele afiliative, cît și cele antiafiliative. Noi am denumit acest grup „oscilatori”. Cel mai mare grup de „oscilatori” l-au alcătuit adolescenții moldoveni din Transnistria (27%), moldovenii din Chișinău (20%), găgăuzii (18%).

Chiar dacă procentul de oscilatori nu este mare în comparație cu grupul de afiliere, se poate de presupus că situația dată prezintă un factor îngrijorător și în viitor poate apărea o tendință de marginalizare a acestora.

În studiul efectuat cu participarea tinerilor în anul 2006 s-au obținut, practic, aceleași rezultate. Tendințele afiliative prevalează la grupul moldovenilor (75%). La ruși au rămas practic aceleași rezultate (43%). La grupul ucrainenilor tendințele afiliative și cele antiafiliative sunt aceleași (cîte 45%). Tendințe de afiliere s-au constatat în grupul moldovenilor, găgăuzilor și bulgarilor. Aceste rezultate denotă o dinamică în ceea ce privește procesele etnice din țară (I.Caunenco, 2007).

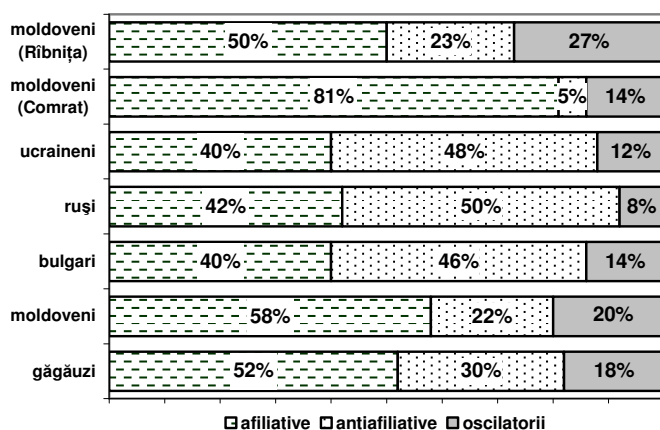


Fig. 2 Tendințele afiliative și antiafiliative la adolescenți

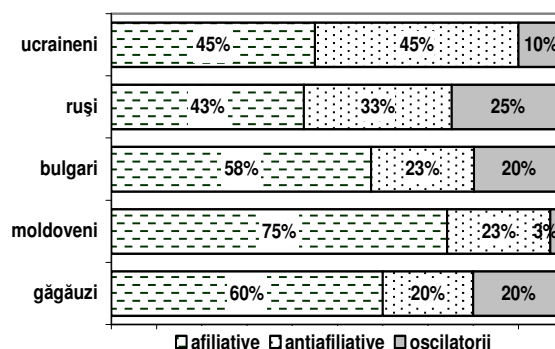


Fig. 1 Tendințele afiliative și antiafiliative la tineri

Un interes deosebit prezintă și rezultatele la metoda „Afilierea etnică” pentru eșantionul de adulți (25-55 ani) care este studiat în prezent de I.I.Caunenco.

Studiind preferințele etnice (*testul culorilor al relațiilor Liuser*) am determinat că etnia titulară ocupă în ierarhia preferințelor etnice locurile 3 și 4 la respondenții minorităților etnice, grupul rușilor oferindu-le locul 2. În grupurile ucrainenilor, bulgarilor, găgăuzilor - rușii ocupă primele locuri în sistemul de preferințe etnice, atât în sistemul declarat, cât și în cel real, chiar cedînd grupului etnic propriu, fapt ce ne demonstrează biatnicitatea lor.

Aceasta vorbește despre un potențial înalt în planul interacțiunii tolerante a grupurilor etnice. Se poate de presupus că la nivel inconștient s-au manifestat particularitățile regiunii multiculturale drept rezultat al coexistenței îndelungate a grupurilor etnice, în care tradițional procesele integrative au prevalat asupra proceselor de diferențiere. Bineînțeles, acest „capital istoric” trebuie păstrat.

În procesul cercetării, dispunînd de datele referitor la nivelul de toleranță, am întreprins o tentativă de a studia cum percep adolescenții situația socială de existență (stabilitatea-instabilitatea; posibilitățile de adaptare la ea; prognosticarea propriului comportament).

Analizând datele obținute am evidențiat grupurile de adolescenți stabili, instabili și oscilanți. Un factor comun pentru toate grupurile este prevalarea „oscilanților”. Cel mai mare indice s-a înregistrat la adolescenții moldoveni din Transnistria (70%), la ruși (68%) iar cel mai mic la bulgari (52%). Cel mai instabil se simt tinerii găgăuzi (27,5%). Dar aici menționăm diferența de vîrstă, fapt ce presupune un nivel înalt de reflexie și o ieșire mai rapidă în viață. După indicele „stabilității” – consideră situația mai stabilă adolescenții găgăuzi (28%), bulgarii (26%). Analiza dependenței perceperii stabilității lumii și a particularităților identității etnice la adolescenți și tineri se va efectua în următoarea etapă a studiului.

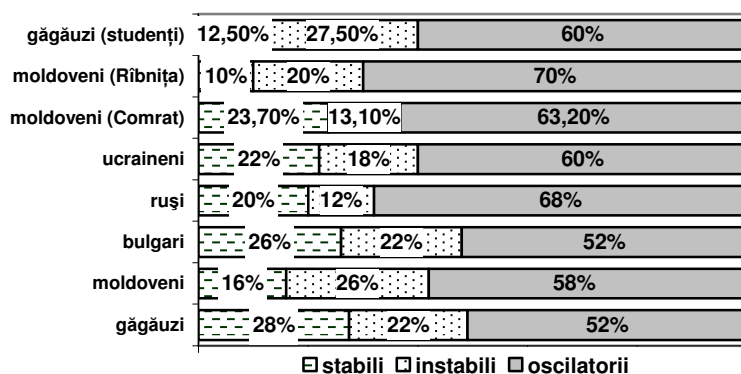


Fig. 3 Perceperea de către adolescenți a stabilității lumii

Deci, adolescenții de etnie titulară au o identitate bine definită în raport cu grupul lor etnic, ceea ce demonstrează compararea auto- și heterostereotipurilor, ierarhia preferințelor etnice, distanța socială și prevalarea tendințelor afiliative.

În cadrul studiului empiric am stabilit că între etnia titulară și cea minoritară există o anumită distanțare, fapt confirmat de heterostereotipurile moldovenilor și a rușilor, precum și de ierarhia preferințelor etnice. Investigația realizată ne-a dovedit că experiența interacțiunii pozitive este un mecanism important în transformarea imaginii grupurilor care interacționează și în consolidarea relațiilor interetnice.

Concluzionând, putem menționa că problemele care au fost abordate în articolul dat necesită o studiere îndelungată și o continuare a studiului identității etnice la toate grupurile de vîrstă. Cunoașterea valorilor diferitor grupuri etnice (cele personale și de grup); a distanței culturale; a condițiilor de optimizare a dialogului intercultural ne vor ajuta să consolidăm potențialul multicultural al societății noastre.

Summary

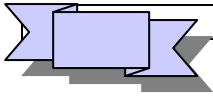
The article describes the results of an empirical study of ethnical identity of teenagers of title nation and minority ethnic (Russian, Ukrainian, Bulgarian, Gagaus). The region of study is

Moldova - Chisinau, Comrat (Gagaus Yeri), Ribnita (Transdnierster). A study carried out by the author shows that all ethnic groups have positive ethnic identity. Ukrainian, Bulgarian, Gagaus teenagers have a biethnic identity. A high level of instability of the social situation of the teenagers of all ethnic groups was defined.

Bibliografie

- 1. Белинская Е.П., Стефаненко Т.Г.,** Этническая социализация подростка. М., 2000
- 2. Кауненко И., Гащпер Л.,** Психологические особенности этнической идентичности подростков и юношей Молдовы. Кросс-культурная психология. Актуальные проблемы. Под ред. Почебут Л.Г. С.-Петербургский университет, 2005, стр.329-348
- 3. Кауненко И., Гащпер Л.,** «The Formation of Ethnic Youth Identities and the Problem of Tolerance» Internationalization, Cultural Difference and Migration. Challenges and perspectives of Intercultural education. Ed. Reinhard Golz. Transaction Publishers. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.) LIT VERLAG Munster 2005. P.35-41
- 4. Кауненко И.,** К проблеме психологии этнической идентичности меньшинств Молдовы (юношеский возраст). Тюменская область: этноязыковое строительство в полиэтничном регионе. Коллективная монография под ред. И.С. Карабулатовой. Тюмень 2007 стр.65-93
- 5. Стефаненко Т.Г.** Этнопсихология. Вып. III, М., 1998
- 6. Gaşper L.,** Particularităţile psihologice ale identităţii etnice ale adolescenţilor din Republica Moldova Transformări demografice, viaţa familială şi sănătatea populaţiei. Monografie colectivă Red. responsabil: acad. Gh. Paladi, Chişinău, 2007, pag. 294-310

Primit 07.12.07.



Consecințe afective ale exercitării profesiei de medic: fenomenul arderii profesional-emoționale

Svetlana Rusnac, doctor în psihologie, conferențiar universitar, ULIM

Svetlana Clivadă, master în psihologie, lector asistent, ULIM

Ioana Așevschi, master în psihologie, lector, Colegiul Național de Medicină și Farmacie

Actualmente, când viața expune în fața persoanei solicitări tot mai intense și mai dificile, psihologii denotă interes sporit față de domeniul afectivității persoanei, și în special de cercetarea raportului dintre dificultatea sarcinii cu care se confruntă omul și starea lui emoțională. Un areal special al interesului profesional al psihologilor constituie problema arderii profesional-emoționale. Problema este susținută de „comanda” social-adresată. În societatea contemporană se schimbă atitudinea oamenilor față de serviciu. Oamenii pierd încrederea în stabilitatea socială și materială, în garanția locului de muncă. Devine mai evidentă concurența pentru un loc de muncă prestigios și bine plătit. Au loc procese ale specializării înguste în profesie și, în același timp, al interferenței cu ramuri conexe. Se schimbă cerințele pieții de muncă: scade ratingul unor profesii sociale pînă nu demult considerate de înalt prestigiu – profesori, cercetători, lucrători medicali. Ca urmare, sporește starea de tensiune psihică și emoțională, se manifestă fenomenul stresului la locul de muncă, declanșînd anxietate, depresie, dereglări psihosomatice, dependență de substanțe psihoactivante (inclusiv alcool, tranchilizanți etc.), provocînd sindromul arderii profesional-emoționale

Noțiunea „ardere profesională” (*professional burnout*) a fost propusă de către A. Morrow în 1981 [8], pentru a defini starea în care se pomenesc specialiștii din grupurile profesionale de risc, termenul prezentînd un echivalent al stării de distres în condiția acțiunii unor factori specifici. Descrierea fenomenului a fost realizată anterior acestei definiții, după unele opinii ea aparține psihologului american Freudenberger [7], care în 1974 a analizat starea de demoralizare, decepție, manifestările de tensiune, astenie și suprasolicitare pe care le suportau angajații clinicilor psihiatrice. Freudenberger, autorul ideii epuizării emoțional-profesionale, a menționat că acest fenomen are răspîndire mai ales în sfera așa numitelor profesii sociale, în care specialistul se confruntă cu problemele altor persoane. Alt fondator al ideii arderii profesionale, C. Maslach, a definit fenomenul ca „sindrom al epuizării fizice și emoționale, incluzînd formarea unei autoevaluări negative, atitudini de repulsie față de activitatea de muncă și pierderea capacității de compasiune și înțelegere a clienților” [2,4].

Sindromul arderii profesionale este definit ca o totalitate de trăiri negative, legate de locul de muncă, de colectivul profesional și întreaga organizație, instituție, întreprindere în care persoana

exercită activitatea sa. Se manifestă mai frecvent la specialiștii din domeniul socialului, drept caracteristici de bază avînd: starea de apatie socială, rezultată din suprasolicitarea emoțională; manifestarea unor trăiri și atitudini negative față de colegi și clienți; autoaprecierea profesională joasă – sentimentul de incompetență, lipsa de aptitudini creative, inovatoare, uneori suportarea stării de vinovăție provocate de autoevaluarea insuficienței rezultatelor activității profesionale. Reieșind din analiza mai multor definiții și din conținutul termenului „ardere profesională” în articolul de față se va opera cu noțiunea ardere profesional-emoțională.

Cercetările realizate în domeniul arderii profesionale au scos în evidență trei grupe ale factorilor de bază care o declanșează: de personalitate, de rol profesional și organizațional [1].

Factori de personalitate. În cadrul cercetărilor experimentale s-a stabilit că variabilele „vîrstă”, „stare familială”, „vechime în muncă” nu importă pentru manifestările de ardere profesional-emoțională. Anumite particularități ale acestui sindrom sînt depistate la femei, ele fiind mai predispuse spre „ardere” în condiții cînd nu se satisface necesitatea de creștere profesională și de importanță a activității realizate. Printre calitățile de personalitate ale persoanelor predispuse spre ardere profesional-emoțională au fost identificate capacitatea de compasiune, umanismul, emotivitatea înaltă, entuziasmul, orientarea spre comunicare și oameni, de rînd cu introversiunea, o oarecare doză de fanatism în profesie și conformismul sporit.

Factori de rol. S-a constatat că există o conexiune directă între arderea profesional-emoțională și conflictul de rol profesional, situația de incertitudine în definirea funcțiilor și responsabilităților. Cu o deosebită forță distructivă se manifestă situațiile de lipsă de integrare a eforturilor colaboratorilor, de concurență și planificare incertă atunci, cînd caracterul activității solicită acțiuni colective.

Factori organizaționali. Arderea profesional-emoțională se întîlnește mai frecvent în profesiile care solicită o activitate de comunicare intensă cu beneficiarii – în așa numitele profesii sociale. Este nu mai puțin important și alt factor organizațional – atmosfera morală defavorabilă în echipa de muncă și dificultățile de comunicare intragrupale. Cercetătorii au analizat și alte probleme de ordin organizațional: structurile de conducere excesiv de birocratizate, remunerările inechitabile, programul de muncă supraîncărcat sau implicînd ore de noapte, conflictele în structura ierarhică a grupului etc.

Dacă analizăm activitatea profesională în domeniul medicinei, vom constata despre prezența unui șir de factori provocatori de ardere profesional-emoțională. M. Kernbach sistematizează calitățile necesare ale medicului, călăuzindu-se de indicațiile lui Sachs (1927) [5, p. 25]. Necesare sînt: finețea și agerimea senzorială, atenția bună (pentru examenul fizic), memoria multilaterală și sigură (pentru cunoștințele de patologie și terapie, pentru persoane și nume), gîndirea clară, suplă, sigură, exactă (de unde rezultă și capacitatea de a explica și a-l îndruma pe bolnav, de a-i cîștiga încrederea), nivelul superior de inteligență, sociabilitatea, curajul. În ceea ce privește temperamentul, se înregistrează din

nou un șir de solicitări: reacțiile senzorio-motoare trebuie să fie rapide, iar decizia – promptă; e nevoie de o mare flexibilitate (necesară mai ales medicului consultant), de prezență de spirit și de un grad pronunțat a ceea ce numea P.Janet „tensiune psihică” (de unde rezultă o integrare marcată a personalității, ca și simțul realului). În general se poate vorbi de „sănătate psihică generală evidentă, care se menține chiar la eforturi durabile și persistente”. Caracterul trebuie să fie unitar și stabil: medicul este un om de acțiune. Conștiinciozitatea, confidența, discreția, simțul etic puternic, conștiința datoriei, obiectivitatea, onestitatea, simțul de ordine sînt printre calitățile pomenite. Se adaugă o capacitate superioară de a învăța. Depistăm în această listă solicitări intense și extrem de diferite, care vorbesc despre prezența factorilor de personalitate cauzatori de ardere profesional-emoțională și despre climatul organizațional, conferind teren de manifestare pentru fenomenul în cauză.

Printre însușirile *indispensabile* se menționează: iubirea generală de oameni, atitudinea afirmativă față de viața, un talent special de a înțelege oamenii, chip profesional și de personalitate care impresionează, inițiativă etc.[6, p. 26], toate aceste calități vorbind despre solicitarea intensă socială pe care o confruntă medicii.

După Ch. Nicolle, o trăsătură care se dezvoltă frecvent hipertrofic la medicii practicieni este *individualismul*. Individualismul – în sensul care ne interesează aici – este o stare de spirit intermediară între ideea prevalenței drepturilor individului asupra celor ale societății (Littre) și „tendința naturală a ființei umane de a-și apăra personalitatea” (Nicolle 1966) [3, p. 76]. Medicul este „pîndit” de individualism, în primul rînd din cauza formării sale în domeniul științelor biologice (care îi implantează ideea despre valoarea caracterelor individuale pentru specie); grație acestei instruirii el ajunge să deosebească om două personaje: exemplarul comun, purtător al trăsăturilor banale ale grupei, și „individul”, dotat cu trăsături originale. Individualismul provoacă tendințele de trăire internă a fiecărei situații, moment care de rînd cu „socialul” profesiei de medic devine o condiție a conflictului și tensiunii. Între medic și pacient, în afara aspectelor tehnico-profesionale, se stabilesc unele relații care pun față în față două psihologii diferite într-o situație de „colocviu singular” (Portes, Duhamel) [Apud 6, p. 76]. Cea mai valabilă formă de contact cu pacientul este însă aceea a medicului avizat și totdeauna afectuos, care știe că omul bolnav este în totalitate bolnav, deoarece întreaga sa persoană participă la această dramă. Remarcăm că analiza dată evidențiază impactul puternic al factorilor cauzati de rolul profesional asupra stării afective a medicilor și vulnerabilitatea pentru ardere profesional-emoțională.

În articolul de față, de rînd cu analiza considerațiilor teoretice privind sindromul arderii profesional-emoționale și solicitările față de profesia de medic care favorizează manifestarea lui în cadrul acestei activități, prezentăm un studiu al problemei date. Am pornit de la problema-comandă socială, care afirmă că identificarea anumitor aspecte ale afectivității medicilor și examinarea lor din punct de vedere al duratei profesării în domeniu și dificultatea sarcinii profesionale poate oferi

informație pentru activitățile de profilaxie a sindromului arderii profesional-emoționale, de modelare a unor conduite cu conținut adaptativ, pe care urmează să le exercite psihologii încadrați în instituțiile medicale. Obiectul cercetării: activitatea profesională a medicilor ca o condiție favorizantă a sindromului arderii profesional-emoțională. Cercetarea a fost efectuată la catedra “Urgențe Medicale” USMF „N.Testemițanu”, IMSP, CNȘPMU. Eșantionul a întrunit 60 subiecți – medici practicieni la „Asistența Medicală de Urgență”, din ei 31 bărbați, 29 femei. Vârsta subiecților constituie de la 23 la 60 ani. În selectarea eșantionului s-a ținut cont de vechimea în muncă a medicilor: 30 medici cu vechimea în muncă de la 1 la 14 ani, 30 – de la 15 la 35 ani.

În rezultatul aplicării testului Pregătirea de confruntare a situației de risc (Shubert) s-a căpătat media pe întreg eșantionul de 5,67 – predispoziție moderată de a confrunta situațiile de risc. Pe eșantioane separate am obținut următoarele medii (Fig. 1): 7,66 pentru medicii cu o vechime de pînă la 15 ani și 3,66 – de peste 15 ani. Compararea statistică a mediilor ($t = 0,925$, $p = 0,362$) nu indică la diferență semnificativă.

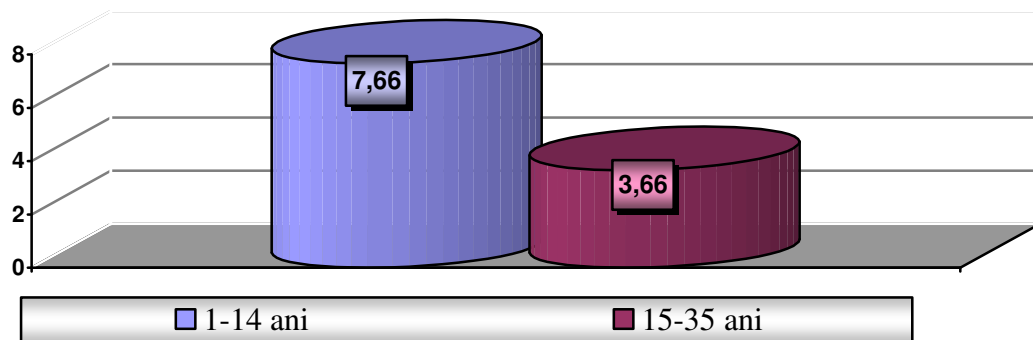


Fig. 1. Coeficienți care indică la predispoziția de a confrunta situațiile de risc
Prin calcularea datelor în cele două grupuri de respondenți s-a concluzionat asupra unui număr mai mare de medici cu o vechime de peste 15 ani tentați să riște în anumite situații (Fig. 2).

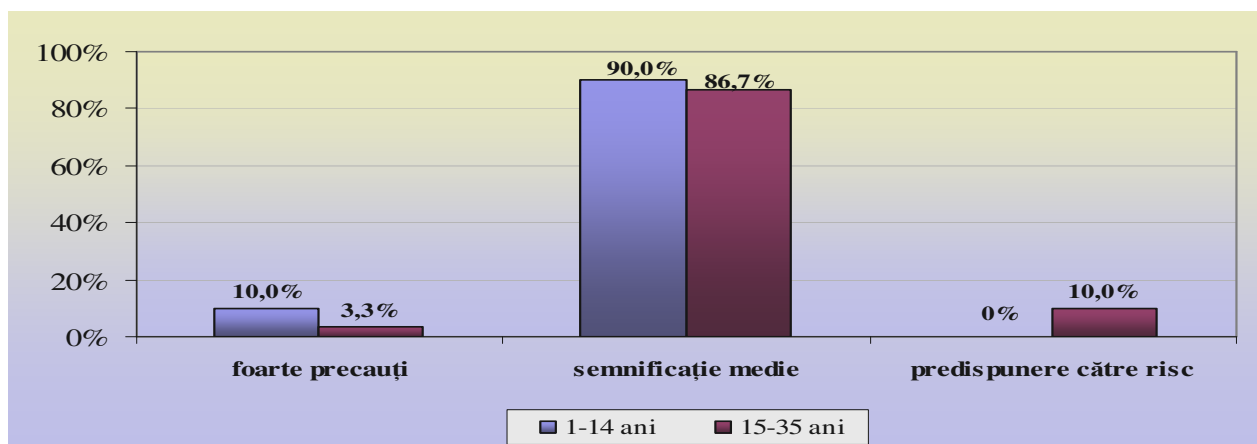


Fig. 2. Tipuri de conduite în situații de risc

Datele demonstrează pe eșantionul cu vechimea în muncă de 1-14 ani: 10% sînt foarte precauți, iar 90% au predispunere moderată către comportamentul de sfidare a situației de risc, pe cînd pe eșantionul cu vechime în muncă de 15-35 ani 3,3% sînt foarte precauți, 86,7% - moderat orientați și 10% - predispuși să riște. În conformitate cu opinia cercetătorilor cu referință la tentația de a alege riscul în situații neașteptate, se poate menționa că riscul poate fi îndreptățit de motivația joasă a evitării insucceselor (apărării). Rezultă că medicii cu o vechime în muncă peste 15 ani ar urma mai frecvent, decît cei cu vechime de la 1 la 15 ani, să evide cu orice preț insuccesul. Acest fapt cu atît mai mult se impune spre o analiză aparte, cu cît cercetările riscului dovedesc că de regulă cu vârsta tentația de a risca scade. În cercetarea noastră observăm cu totul alte tendințe. Se menționează că în condiții de grup pregătirea de confruntare a situației de risc se manifestă mai pronunțat, decît în acțiunile de solitudine, și depinde de așteptările de grup. Probabil, ținînd cont de specificul grupului selectat în eșantion (specialiști în asistența medicală de urgență), dar și de particularitățile activității profesionale a medicilor, care solicită frecvent eforturi de grup, cu timpul nu numai că sporește predispoziția de a risca, dar și se diminuează sensibilitatea față de factorii de risc, conțindu-se, în același timp, și pe susținerea din partea echipei.

Rezultatele obținute la testul „Autoaprecierea stărilor psihice” (Eysenck) denotă: anxietate moderat manifestată (8,9), frustrare medie (7,8), agresivitate sub medie (8,4), rigiditate, deși mai înaltă, dar oricum în cadrul normei (9,9). La fel precum în cazul metodei precedente au fost calculați indicii medii pentru fiecare grup de vîrstă (Fig. 3).

În compararea simplă și în cadrul comparării statistice a datelor (t-Student pentru eșantioane independente) nu s-au identificat diferențe cauzate de vîrsta subiecților.

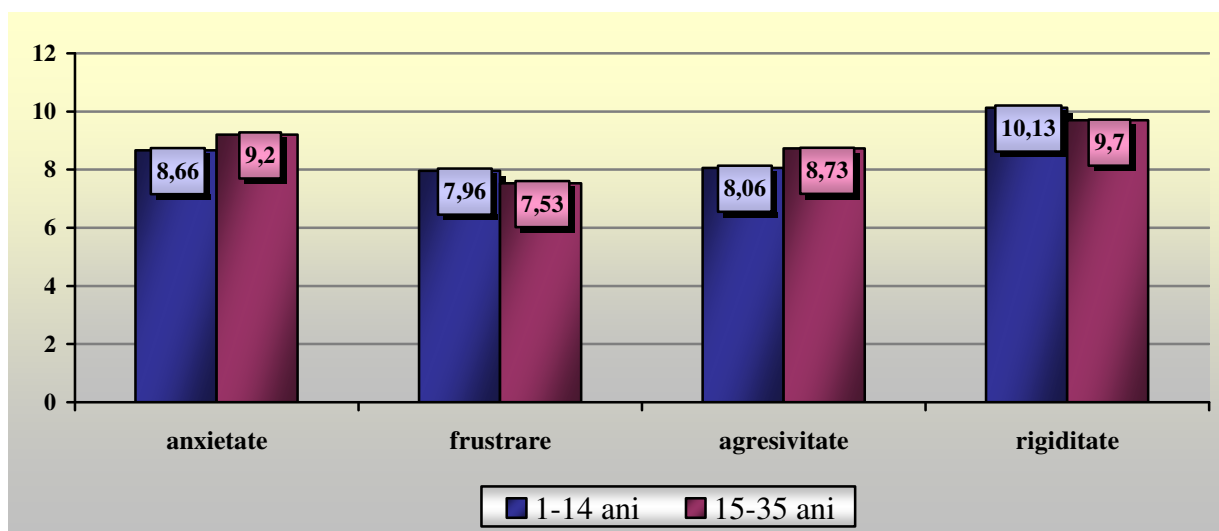


Fig. 3. Medii ale autoaprecierii stărilor psihice

Prin calcularea cotelor procentuale pe eșantioane în funcție de forța manifestării stărilor psihice s-au identificat anume particularități de vîrstă (Tab. 1).

Tabelul 1. Procentajul pentru doua grupuri de subiecți la testul „Autoaprecierea stărilor psihice” (Eysenck).

	Vechime în muncă	Nivel jos	Nivel mediu	Nivel înalt
Anxietate	1-14 ani	43,3%	46,7%	10,0%
	15-35 ani	33,3%	60,0%	6,7%
Frustrare	1-14 ani	56,7%	40,0%	3,3%
	15-35 ani	56,7%	33,3%	10,0%
Agresivitate	1-14 ani	46,7%	43,3%	10,0%
	15-35 ani	43,3%	50,0%	6,7%
Rigiditate	1-14 ani	20,0%	63,3%	16,7%
	15-35 ani	30,0%	56,6%	13,4%

Datele indică că în grupul cu vechime în muncă de 1-14 ani mai multe persoane se confruntă cu anxietate, agresivitate manifestate puternic, pe când nivelul frustrării este mai înalt la medicii cu o vechime de muncă de peste 15 ani. Cota persoanelor care dau dovadă de rigiditate înaltă este din nou mai mare în grupul medicilor cu o vechime de muncă mai mică.

Aplicarea metodei „Nivelul arderii emoționale” (Boiko) oferă o caracterizare a diferitor stări afective, pentru ca în final să se poată deduce asupra consecințelor activității profesionale: lipsa sau prezența simptomelor „arderii emoționale”. Informația generală este ilustrată în tabelul 2. Conform datelor din tabelă concluzionăm, că mediile la deficit emoțional, eschivare personală (depersonalizare), eschivare emoțională, extinderea sferei de economie a emoțiilor, trăirea situațiilor psihotraumatizante indică la simptomul în formare al arderii emoționale; datele care ilustrează răspunsul select emoțional-neadecvat și reducerea obligațiilor profesionale – denotă simptomatice formate a arderii emoționale; iar unele date - tensionarea, rezistența, extenuarea – indică la faza „arderii” în formare.

Tabelul 2. Mediile pentru întreg eșantionul la testul „Nivelul arderii emoționale”

Simptomatică	Media
Retrăirea situațiilor psihotraumatizante	14,32
Insatisfacția de sine	8,27
Situație de „punere la colț,,	8,52
Neliniște și depresie	9,18
Tensionare	40,28
Răspuns select emoțional-inadecvat	16,93
Dezorientare emoțional-morală	9,70
Extinderea sferei de economie a emoțiilor	12,90
Reducerea obligațiilor profesionale	17,60
Rezistență	56,65
Deficit emoțional	11,00
Eschivare emoțională	11,78
Eschivare personală (depersonalizare)	11,30
Dereglări psihosomatice și psihovegetative	8,57
Extenuare	42,65

Pentru a oferi o informație mai detaliată am analizat datele în funcție de numărul de persoane întrunite în grupuri în conformitate cu nivelul de bunăstare emoțională. Arderea profesional-emoțională afectează mai mult următoarele domenii ale vieții și activității subiecților-medici (Tab. 3):

- reducerea obligațiilor profesionale – 45% au acumulat scor care denotă ardere emoțională, rezultatul indicând la dificultăți ale domeniului de profesare, care conduc spre limitarea funcționalității;
- retrăirea situațiilor psihotraumatizante – 38,4% denotă afectarea de stările pe care le suportă pacienții și rudele lor;
- răspuns select emoțional inadecvat (36,6%) transpus la stimulul stresant;
- extinderea sferei de economie a emoțiilor – 33,3% ce dau dovadă de o anumită doză de „indiferență” afectivă;
- eschivare personală (depersonalizare) – 21,6% se manifestă ca „tehnicieni” în domeniu, evitând trăirea evenimentului psihotraumatizant, dar de fapt recurgând la introectarea consecințelor lui.

Se poate concluziona despre o strategie distinctă de comportament al medicilor, pe care o putem numi „economie a efortului afectiv”, care face evidentă simptomatologia „arderii profesional-emoționale” în arii legate de solicitările unor eforturi și diminuarea de-facto sau prin intermediul unor raționalizări a conștiinței de dezechilibrul emoțional suportat. Nu este o strategie eficientă, deoarece nu se înlătură simptomul, ci are loc doar o negare a acestuia.

Tabelul 3. Indici ai manifestării arderii profesional-emoționale

	Simptom neformat	Simptom în formare	Simptom format	Ardere emoțională
Retrăirea situațiilor psihotraumatizante	36,60%	16,70%	8,30%	38,40%
Nesatisfacere de sine	58,30%	36,60%	1,70%	3,40%
„Punere la colț „	66,70%	10,00%	5,00%	18,30%
Neliniște și depresie	61,70%	20,00%	10,00%	8,30%
TENSIONARE	55,83%	20,83%	6,25%	17,10%
Răspuns select emoțional inadecvat	10,00%	36,70%	16,70%	36,60%
Dezorientare emoțional-morală	46,70%	36,60%	10,00%	6,70%
Extinderea sferei de economie a emoțiilor	45,00%	15,00%	6,70%	33,30%
Reducerea obligațiilor profesionale	13,30%	31,70%	10,00%	45,00%
REZISTENȚĂ	28,75%	30,00%	10,85%	30,40%
Deficit emoțional	40,00%	33,30%	4,93%	18,40%
Eschivare emoțională	38,30%	38,30%	10,00%	13,40%
Eschivare personală (depersonalizare)	51,70%	25,00%	1,70%	21,60%
Dereglări psihosomatice și psihovegetative	65,00%	26,70%	0%	8,30%
EXTENUARE	48,75%	30,83%	23,30%	15,43%

În conformitate cu scopul lucrării am efectuat calcule în cele două grupuri de subiecți (Tab.

4, fig. 4). Conchidem asupra:

- indicilor mai înalți ai insatisfacției de sine (8,77 față de 7,77), situației de a fi „pus la colț” de circumstanțe (10,9 față de 6,13), neliniștii și depresiei (9,8 față de 8,57) la subiecții din categoria medicilor cu vechime în muncă de pînă la 15 ani, în rezultat denotînd o stare de tensionare mai evidentă (44,0 față de 36,57);
- la fel grupul cu vechime în muncă de 1-14 ani au demonstrat indici mai înalți la: răspuns select emoțional inadecvat (17,5 față de 16,4), reducerea obligațiilor profesionale (19,7 față de 15,5), de unde și rezultă o stare de rezistență mai pronunțată (59,83 față de 53,5);
- indici mai înalți pentru: deficit emoțional (11,63 față de 10,4), eschivare emoțională (13,23 față de 10,33), eschivare personală (depersonalizare) (13,96 față de 8,63), dereglări psihosomatice și psihovegetative (9,6 față de 7,53) la subiecții din categoria medicilor cu vechime în muncă de pînă la 15 ani, de unde și rezultă o stare de extenuare mai evidentă (48,43 față de 36,9).

Tabelul 4. Mediile pentru două grupuri de subiecți la testul „Nivelul arderii emoționale”

N		Vechime în muncă	Media
1	Retrăirea situațiilor psihotraumatizante	1-14 ani	14,53
		15-35 ani	14,10
2	Insatisfacție de sine	1-14 ani	8,77
		15-35 ani	7,77
3	„ Punere la colț „	1-14 ani	10,90
		15-35 ani	6,13
4	Neliniște și depresie	1-14 ani	9,80
		15-35 ani	8,57
5	TENSIONARE	1-14 ani	44,00
		15-35 ani	36,57
6	Răspuns select emoțional inadecvat	1-14 ani	17,47
		15-35 ani	16,40
7	Dezorientare emoțional-morală	1-14 ani	9,77
		15-35 ani	9,63
8	Extinderea sferei de economie a emoțiilor	1-14 ani	12,90
		15-35 ani	12,90
9	Reducerea obligațiilor profesionale	1-14 ani	19,70
		15-35 ani	15,50
10	REZISTENȚĂ	1-14 ani	59,83
		15-35 ani	53,47
11	Deficit emoțional	1-14 ani	11,63
		15-35 ani	10,37
12	Eschivare emoțională	1-14 ani	13,23
		15-35 ani	10,33
13	Eschivare personală (depersonalizare)	1-14 ani	13,97
		15-35 ani	8,63
14	Dereglări psihosomatice și psihovegetative	1-14 ani	9,60
		15-35 ani	7,53
15	EXTENUARE	1-14 ani	48,43
		15-35 ani	36,87

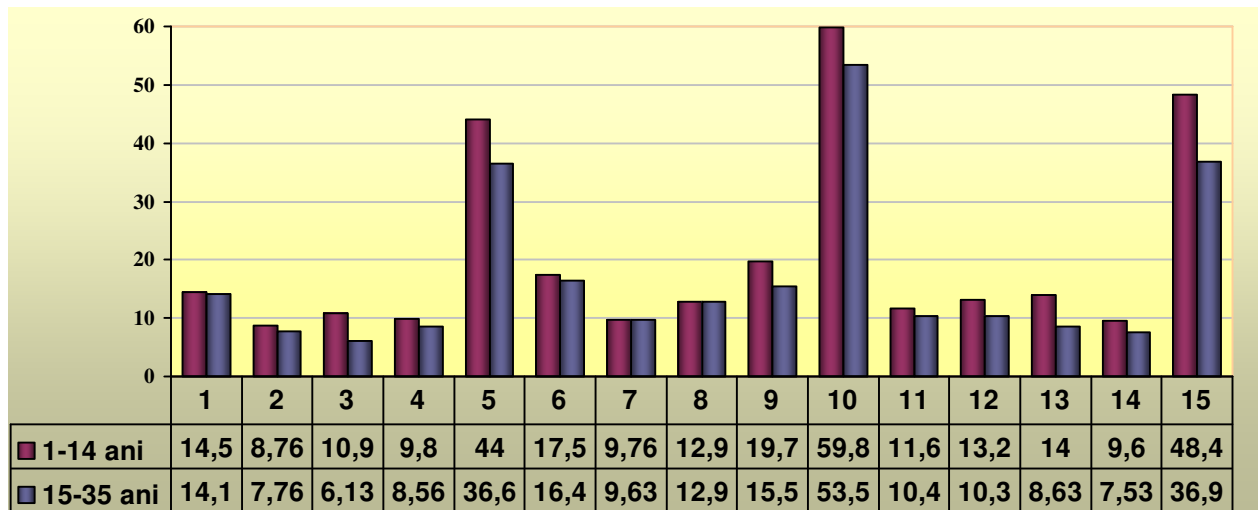


Figura 4. Prezentare grafică a mediilor „arderii emoționale”*.

În tabelul 5 este reprezentat procentajul pentru comparare a două grupuri de subiecți la testul „Nivelul arderii emoționale (Boiko)”. Putem concluziona următoarele:

- indici înalți pentru retrăirea situațiilor psihotraumatizante (40,0% față de 36,7%) au demonstrat grupul de medici cu vechime în muncă de peste 15 ani;
- la fel pentru insatisfacție de sine grupul cu vechime în muncă de peste 15 ani au acumulat scor mai înalt (6,7% față de 0%);
- la situația de a fi „pus la colț” grupul cu vechime în muncă de pînă la 15 ani au demonstrat indici mai înalți (26,7% față de 9,9%);
- același grup a acumulat indici înalți la răspunsul select emoțional-inadecvat (40,1% față de 33,3%);
- pentru extinderea sferei de economie a emoțiilor indici mai înalți au acumulat grupul de subiecți cu vechime în muncă de peste 15 ani (36,6% față de 30,0%);
- indici mai înalți a demonstrat grupul cu vechime în muncă de pînă la 15 ani la reducerea obligațiilor profesionale (56,6% față de 33,3%);
- la deficitul emoțional sunt mai înalți indicii la grupul cu vechime în muncă de peste 15 ani (23,4% față de 13,3%);
- indici mai înalți pentru eschivare personală (depersonalizare) au acumulat grupul cu vechime în muncă de pînă la 15 ani (33,3% față de 10,0%). Situația de eschivare se prezintă, astfel, ca un fenomen mai nou pentru cei ce profesază în medicină, caracterizându-i pe medicii mai tineri.

* Vezi pentru 1 - Retrăirea situațiilor psihotraumatizante; 2 -Nesatisfacere de sine; 3- „ Punere la colț „; 4-Neliniște și depresie; 5-tensionare; 6-Răspuns select emoțional neadecvat; 7-Dezorientare emoțional-morală; 8- Extinderea sferei de economie a emoțiilor; 9-Reducerea obligațiunilor profesionale; 10-Rezistență; 11-Deficit emoțional; 12- Eschivare emoțională; 13-Eschivare personală (depersonalizare); 14-Dereglări psihosomatice și psihovegetative; 15-Eschivare.

Probabil aceasta este condiționată și de caracteristicile timpului, de solicitarea mai intensă a persoanei în cadrul contextului social actual, condiții în care are loc o renunțare la anumite stări afective în scop de menținere a unui nivel oportun al trăirilor. Or, calitatea dată poate avea și un aspect pozitiv, răspunzând imperativului „Susține-te pe tine!” pentru a putea „Susține pe alții!”.

Tabelul 5. Procentajul pentru două grupuri de subiecți la testul „Nivelul arderii emoționale”

	Vechim în muncă	Simptom neformat	Simptom în formare	Simptom format	Ardere emoțională
Retrăirea situațiilor psihotraumatizante	1-14 ani	33,3 %	16,7 %	13,3 %	36,7 %
	15-35 ani	40,0 %	16,7 %	3,3 %	40,0 %
Insatisfacția de sine	1-14 ani	60,0 %	36,7 %	3,3 %	0 %
	15-35 ani	56,7 %	36,6 %	0 %	6,7 %
„ Punere la colț „	1-14 ani	56,7 %	13,3 %	3,3 %	26,7 %
	15-35 ani	76,7 %	6,7 %	6,7 %	9,9 %
Neliniște și depresie	1-14 ani	56,7 %	20,0 %	13,3 %	10,0 %
	15-35 ani	66,7 %	19,9 %	6,7 %	6,7 %
TENSIONARE	1-14 ani	40,0 %	40,2 %	19,8 %	
	15-35 ani	53,3 %	30,0 %	16,7 %	
Răspuns select emoțional neadecvat	1-14 ani	13,3 %	33,3 %	13,3 %	40,1 %
	15-35 ani	6,7 %	40,0 %	20,0 %	33,3 %
Dezorientare Emoțional-morală	1-14 ani	46,6 %	39,9 %	6,7 %	6,7 %
	15-35 ani	46,7 %	33,3 %	13,3 %	6,7 %
Extinderea sferei de economie a emoțiilor	1-14 ani	43,3 %	20,0 %	6,7 %	30,0 %
	15-35 ani	46,7 %	10,0 %	6,7 %	36,6 %
Reducerea obligațiilor profesionale	1-14 ani	6,7 %	23,3 %	13,3 %	56,6 %
	15-35 ani	20,0 %	40,0 %	6,7 %	33,3 %
REZISTENȚĂ	1-14 ani	6,7 %	43,3 %	50,0 %	
	15-35 ani	20,0 %	43,6 %	36,4 %	
Deficit emoțional	1-14 ani	26,7 %	53,3 %	6,7 %	13,3 %
	15-35 ani	53,3 %	13,3 %	10,0 %	23,4 %
Eschivare emoțională	1-14 ani	26,7 %	40,0 %	16,7 %	16,6 %
	15-35 ani	50,0 %	36,8 %	3,3 %	10,0 %
Eschivare personală (depersonalizare)	1-14 ani	36,7 %	26,7 %	3,3 %	33,3 %
	15-35 ani	66,7 %	23,3 %	0 %	10,0 %
Deregări psihosomatice și psihovegetative	1-14 ani	53,3 %	36,7 %	0 %	10,0 %
	15-35 ani	76,7 %	16,7 %	0 %	6,6 %
EXTENUARE	1-14 ani	33,3 %	36,7 %	30,0 %	
	15-35 ani	56,7 %	26,6 %	16,7 %	

Datele au fost comparate statistic prin intermediul t-Student, în rezultatul comparației s-au identificat diferențe statistic-semnificative la următoarele simptome ale arderii profesional-emoționale: „punere la colț”; reducerea obligațiilor profesionale; eschivarea personală (depersonalizare) și extenuarea.

Analiza datelor obținute în cadrul cercetării empirice ne permite să concluzionăm următoarele. Fenomenul arderii profesional-emoționale se manifestă mai intensiv în grupul medicilor cu o vechime în muncă de pînă la 15 ani, îndeosebi provocînd simptomele situației de „punere la colț”, reducerea obligațiilor profesionale, eschivarea personală (depersonalizarea) și extenuarea. Dacă ținem cont de analiza procentuală și a mediilor pe întreg eșantionul vedem că la medici se manifestă simptome în formă cît și simptome formate ale „arderii emoționale”. La fel, la analiza procentuală a eșantioanelor separate sunt acumulate unele scoruri mai înalte de către grupul de medici cu o vechime în muncă mai mare de 15 ani, care la fel denotă ardere profesional-emoțională.

Cu toate că nu au fost depistate diferențe semnificative la predispoziția de a risca, recurgînd la analiza procentuală pe eșantioane aparte am observat că medicii cu o vechime de peste 15 ani sunt predispuși mai frecvent să evite cu orice preț insuccesul și putem conchide despre un număr mai mare de medici tentați să riște în anumite situații. S-a demonstrat că medicii cu o vechime de muncă mai mică suportă mai dificil situația profesională de risc, cum poate fi clasificată activitatea în cadrul serviciului de urgență medicală. Probabil acest fapt mai comportă influența unor alți factori: adaptarea insuficientă la cerințele pieței de muncă, insatisfacția de remunerarea muncii și neîncrederea în „ziua de mîine”. Probabil experiența conduce spre noi strategii de rezolvare a situațiilor dificile profesionale, reducînd tendințele distructiv-agresive și sporind capacitatea de a rezolva creativ problemele profesionale.

Pe lîngă ipotezele parțial confirmate, datele obținute ne permit concluzionarea faptului că, deși profesia de medic prezintă riscuri ale arderii profesional-emoționale, fenomenul dat nu se remarcă cu frecvență considerabil mai mare la persoanele cu o vechime de muncă mai mare. Probabil tot în cadrul acestei profesii au loc schimbări în calitatea morală a persoanelor, în capacitatea de a coordona eficient efortul muncii cu satisfacția de rezultatele acesteia, moment pe care l-am remarcat în analiza teoretică.

În plus, eșantionul a fost selectat din rîndul medicilor din serviciul de urgență medicală, respectiv e nevoie de a ține cont de cîteva aspecte ale acestui eșantion:

- sectorul dat se remarcă prin sarcină profesională deosebit de dificilă și condiții de muncă stresante;
- fluctuația cadrelor în sectorul dat este înaltă – medicii aleg alte domenii, mai puțin dificile;
- cadrele care „rezistă” în acest sector (care au o vechime de muncă de peste 15 ani) probabil posedă un profil afectiv-volitiv deosebit, fiind caracterizate de capacități înalte de confruntare a situațiilor stresante – de monitorizare a afectivității;
- cadrele cu o vechime de muncă de pînă la 15 ani trec printr-o perioadă dificilă de adaptare la condițiile de muncă în situație de extremă.

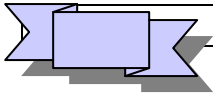
SUMMARY

This article presents an analysis of the problem of professional burnout and the results of the research. The phenomena "professional burnout" more often is manifested in a group of doctors who have a length of service less than 15 years, with symptoms of demotivation, reduced professional duties, deviation and extenuation. Percentage analysis demonstrated that doctors with a length of service more than 15 years are much more predisposed to avoid unsuccessful and we could conclude on a bigger number of doctors targeted to risk. Doctors with a length of service more than 15 years probably have an affective-volitive profile and are characterized with higher confrontation capacities under stress situation – monitoring of affectiveness. Doctors with a length of service less than 15 years are in the difficult period of adaptation for work conditions under extreme situations.

BIBLIOGRAFIE

1. Greenberger, R. 1981. *Job hazard „burnout” affects corporate managers and their performances* // The Wall Street Journal, april 23, p. 1-4.
2. Maslach, C. 1978. *Job burnout – how people cope*. Public Wealf, Spring, 256 p.
3. Nicolle, Ch. 1966. *Responsabilités de la médecine*. Paris, 193 p.
4. Pines, A., Maslach, C. 1978. *Characteristics of staff burnout in mental health settings* // Hosp. Community Psychiatr., 29, p. 233-242.
5. Popușoi, E., Ețco, C. 1999. *Valori morale în medicină*. Ed. Poligrafică Medicina al USMF. Chișinău, 216 p.
6. Săhleanu, V., Athanasiu, A. 1973. *Psihologia profesiei medicale*. Ed. Științifică, București, 182 p.
7. Елдышова, О. 2006. *Профессиональное выгорание в помогающих профессиях* // Роль служб экстренной психологической помощи по телефону в решении проблемы по телефону в решении проблемы сиротства в России: Первая Международная Конференция детских телефонов доверия, 17-18 ноября 2006 г. Сб. статей и выступлений. М., с. 38-41.
8. Самоукина, Н. *Синдром профессионального выгорания* // *elitarium.ru*

Primit 07.12.07.



Particularități ale activismului comportamental și stării psihice la pacienții cu ulcer gastric și duodenal

Svetlana Rusnac, doctor în psihologie, conferențiar universitar, ULIM

Veronica Calancea, master în psihologie, lector asistent, USM

Dezvoltarea civilizației în ultimele decenii, manifestată în extensie tehnologică și intensitate novatoare, ar urma să conducă la crearea de condiții de viață pentru specia umană din ce în ce mai bune. Paradoxal, însă prin sporirea confortului material se instaurează o stare de disconfort spiritual, ca o incapacitate a organismului de a se adapta la schimbări rapide după secole și milenii de evoluții lente se manifestă stresul, care se poate transforma din situație de tensiune în boală, nevrozele și psihozele ca o undă de șoc penetrează cele mai fortificate apărări. Tot mai multe persoane se confruntă cu stări confuzionale și sentimente de inferioritate, suprasolicitarea produce migrene, stări depresive, dezechilibrare, frustrare, inapetență sau bulimie, insomnii și intoleranță. În literatura din domeniul medicinei din ce în ce mai frecvent se prezintă faptul, cum suferințele în plan psihologic generează boli psihice și somatice, iar bolile somatice provoacă tulburări psihice grave [1, 2, 3, 6, 8 etc.]. În asemenea condiții ca subiect de cercetare psihologică este abordată problema stării psihice a individului ca o condiție și consecință a afecțiunilor somatice, suscitându-se implicarea mai multor categorii de persoane – pacienți, persoane sănătoase, medici etc., elaborându-se metodologii de recuperare [3, 5, 7, 13, 16, 17 etc.].

Un aspect al acestei probleme, și anume particularitățile distincte comportamental-psihice ale pacienților cu ulcer gastric și ulcer duodenal, necesită un studiu vast. Ulcerul gastric și ulcerul duodenal ocupă un loc important în structura afecțiunilor organelor interne, constituind cea mai frecventă maladie a tractului gastro-intestinal și fiind una din problemele de bază ale medicinei interne. Conform datelor Centrului Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar al RM incidența prin această maladie a populației adulte este destul de înaltă, constituind în:

- 2001 – 17,0 la 10 000 locuitori;
- 2002 – 16,2 la 10 000 locuitori;
- 2003 – 15,9 la 10 000 locuitori;
- 2004 – 17,2 la 10 000 locuitori;
- 2005 – 18,7 la 10 000 locuitori;
- 2006 – 15,6 la 10 000 locuitori.

În cercetarea prezentată în articolul de față a fost pusă problema insuficienței tratamentului medicamentos în cazul pacienților cu ulcer gastric și ulcer duodenal și necesității unei intervenții

psihologici bine fundamentate, axate pe particularitățile comportamental-psihiice ale acestor bolnavi. În calitate de obiect al cercetării am ales activismul comportamental și manifestările nevrotice ale pacienților cu ulcer gastric și ulcer duodenal. Ipoteza de fond: ulcerul gastric și duodenal este un rezultat al modelelor de comportament ale persoanei, cultivate prin educație și social favorizate, producând tensiune nevrotică.

Numeroase cercetări privitoare la cauzele ulcerăției peptice au generat opinii foarte diferite. Importantă pentru cercetarea psihosomatică este opinia lui Franz Alexander, care a prezentat explicarea relațiilor psihosomatice [9, p. 87-121] și primul a oferit descrierea (1934) „structurii psihosomatice” a unui bolnav de ulcer, care poate fi luată ca model general de abordare a tulburărilor psihosomatice prin aceea că se corelează constatările fiziologice cu teoria psihanalitică a nevrozelor.

Există câteva tipologii ale bolnavilor ulceroși, care oferă și o explicație a cauzelor îmbolnăvirii. Una dintre ele, utilizând modelul psihanalitic, dar nefiind axată în exclusivitate pe acesta, propune următoarea clasificare (Overbeck, Biebl,1957) [Apud 14].

1. *Pacienți sănătoși din punct de vedere emoțional.* Persoanele de tipul dat posedă funcții stabile ale Ego-ului. Îmbolnăvirea de ulcer rezultă din reacția psihosomatică la un stres extrem impus identității lor psihosociale, care provoacă reacții specifice sau nespecifice provenite din experiența căpătată în stadiul oral. Aceste reacții conduc la regresie și somatizare puternică și, în condițiile unei predispoziții gastrice chiar neînsemnate, provoacă ulcerul.

2. *Pacienți cu nevroză de caracter.* Acești bolnavi sînt supuși reacțiilor pseudoindependente sau manifestă trăsături compulsiv-depresive. Suportă conflicte verbale cu persoane din mediul lor. Un exemplu ar fi tipul „executor” care tinde să răspândească în jurul său tensiunea agresivă. Conflictul stadiului oral, în cele din urmă, întră într-o fază cronică în circumstanțe speciale, cum ar fi boala, eșecul sau pierderea unui obiect drag. Decompensarea decurge prin formarea ulcerului după o regresie secundară. Se întîlnesc printre persoane de succes, antreprenori, conducători de diverse niveluri.

3. *Pacienți tiranici.* Caracteristicile acestui grup sînt: instabilitatea Ego-ului, dependența pasivă și extremă de obiect. Acești pacienți au tendință spre conduite impulsive sau moduri de comportament paranoid-litigios. Își exteriorizează conflictele orale ca pacienți asociați (de exemplu în alcoolism, sau nevroză de pensionare). Ei se îmbolnăvesc la cel mai slab indiciu de eșec în sfera afectivă sau în caz de pierdere a atenției pe care o așteaptă din partea ambianței. Tulburarea lor gastrointestinală ar putea fi tratată ca o expresia fizică sau manifestare fiziologică corespunzătoare trebuințelor emoționale.

4. *Pacienți ulceroși „psihosomatici”.* Insuficient de dotați cu facultăți expresive și imaginative, își organizează viața în cadrul unor relații obiectuale rigide și prozaice, ceea ce provoacă, în contactul lor cu medicul, impresia de sărăcie afectivă. Utilizîndu-i pe ceilalți doar în calitate de un

soi de «oglină socială», dau reacții psihosomatice la orice stres sau criză provocate de distorsiunea acestor relații obiectuale. Ulcerația peptică în cazul acestor pacienți decurge într-un mod specific: în primul rând, deoarece frecvent este însoțită și de alte tulburări psihosomatice, precum simptomele cardiace, reumatismul, tuberculoza etc., în plus, acești pacienți înregistrează în anamneză mai multe accidente de sănătate și implicații medicale.

5. *Pacienții „normopatici”*. Acest grup final întrunește bolnavi extrem de preocupați de exteriorizarea unui comportament normal. Ei denotă o stare de supraadaptare, ego-ul lor fiind reprimat prin strategii puternice de negare a stării reale a lucrurilor, a propriei lor situații și condiții fizice. Această categorie se întâlnește mai frecvent printre persoanele care exercită o activitate profesională ce solicită efort fizic sau printre funcționari, care frecvent se angajează în două ocupații, dau dovadă de un stil de lucru autodistructiv, stresant, cărui îi cad victimă. Simptomatologia ulcerului la această categorie de pacienți se va manifesta în cele mai frecvente cazuri pe neașteptate și în ascensiune.

În cadrul altei tipologie sînt descrise două tipuri de bolnavi ulceroși: *pasiv* și *hiperactiv* [15]. Tipului de pacient pasiv este caracterizat de predominanța unor stări depresive în dispoziție și de manifestarea puternică a trebuințelor de dependență. Potrivit lui Freyberger (1972) [apud 15], ulcerațiile apar atunci, cînd dorințele conștiente sau inconștiente de dependență suferă eșec.

La bolnavul de ulcer, aparținînd tipului pasiv, de primă importanță se prezintă frica inconștientă de a pierde îngrijirea și protecția oferite de mamă sau persoanele din ambianță căror le-au atribuit acest rol. Este o frică producătoare de tensiune constantă. Iată de ce aceste persoane vor căuta relații cu oamenii care nu vor avea capacitatea de a-i părăsi și care vor fi „ingerați” de relație. În cele mai frecvente cazuri bolnavii de tip pasiv sînt capabili de a provoca situații speciale pentru a crea atmosfera în care nu pot fi părăsiți, abandonati. Dar tot ei sînt plini de îndoieli în relații cu partenerul de cuplu. Suspicioși și neliniștiți, ușor vor contacta stări de anxietate chiar dacă au presupus pierderea grijii și afectivității celor apropiați. Aceeași reacție poate totuși să fie produsă de frica inconștientă față de figura autoritară a tatălui. Nu se face nici un gest, nici un demers pentru a se câștiga independența. Ei își savurează dependența fără să-și asume vreun risc. Toată strategia vieții lor se centrează pe dorința de a fi protejați. Balint i-a numit pe dependenți „oenofili” în opoziție cu îndrăzneții „filobați” [10]. Acești bolnavi de ulcer de tip pasiv, dependenți în mod vizibil, provin cei mai mulți din familii supraorganizate, în care au fost alinați de o mamă foarte atentă. Ei nu au fost în stare să se despartă psihic de mama lor. În dorința lor de a fi ajutați și protejați, ei rămîn puternic atașați de chipul mamei, în timp ce față de tată își asuma o poziție distantă marcată de admirație. Acești bolnavi sînt dependenți de nevoia unei iubiri ocrotitoare pe care și-o realizează prin alegerea partenerului de viață. Bărbații cu ulcer de acest tip caută adesea un chip matern în soție. Deși nevoile dependenței pacienților de ulcer

„hiperactiv” sînt de asemenea pronunțate, aceștia li se opun. Ei încearcă să supună dorința lor de a satisface impulsunile orale și continuă să fie frustrați.

Potrivit lui F. Alexander [9], conflictul acestui tip de bolnavi de ulcer se manifestă în respingerea tendințelor puternice oral-receptive incompatibile cu eforturile de independență și acțiune ale ego-ului. Atitudinea conștientă a acestor pacienți poate fi exprimată astfel: sînt activ și harnic, î-mi place să fiu tratat ca oferind celorlalți, să-i ajut, să-mi asum responsabilități, să fiu lider, sînt o persoană activă, chiar agresivă. Totuși, descoperim în inconștientul acestor persoane atitudini complet diferite: dorințe puternice de afecțiune și nevoia de persoane care le pot susține și oferi grijă. Tipul hiperactiv nu este niciodată împăcat cu sine. El își urmărește în mod agresiv obiectivul printr-un efort compensator de independență și cu un continuu imbold forțat de a „demonstra ce poate”. Pacientul are nevoie de o astfel de confirmare, deoarece pentru el succesul este unica formă de securitate. Totuși, el nu realizează adevăratul succes pe care-l caută, întrucît aspirațiile-i sînt de fapt cîștigarea unei admirații pline de afecțiune și a prestigiului.

Reieșind din considerațiile teoretice în cadrul studiului pe care-l prezentăm s-au înaintat cîteva ipoteze:

- 1) activismul comportamental al pacienților cu ulcer gastric și duodenal va fi diferit de activismul comportamental al persoanelor non-ulceroase;
- 2) pacienții cu ulcer gastric și ulcer duodenal vor manifesta stări psihice diferite;
- 3) starea psihică a pacienților cu ulcer gastric și duodenal diferă de cea a persoanelor non-ulceroase;
- 4) pacienții cu ulcer gastric și ulcer duodenal manifestă mai frecvent forme ale agresivității indirecte și autoagresivității, decît persoanele non-ulceroase.

Cercetarea s-a realizat pe un eșantion compus din 150 persoane: 50 pacienți cu ulcer gastric și 50 pacienți cu ulcer duodenal care se aflau la momentul petrecerii experimentului la tratament în Spitalul Clinic Republican din RM, în secțiile: chirurgie viscerală, chirurgie generală, terapie generală, gastroenterologie; 50 persoane non-ulceroase, încadrate în cîmpul muncii în diverse organizații.

Metode de cercetare: metoda Tipul activismului comportamental după L.Vasserman și N.Gumeniuk, Chestionarul clinic K.Iahin și D.Mendelevici, Chestionar Buss-Durkey – (Buss Durkey Inventory).

Conform testului Vasserman-Gumeniuk, tipul activismului comportamental în medie pe eșantion este prezentat de coeficienții 415,12 la pacienții cu ulcer gastric, 376,40 la pacienții cu ulcer duodenal, 403,96 la persoanele non-ulceroase. Se observă că indicii de la 376,40 pînă la 415,12 la testul Vasserman-Gumeniuk, în medie pentru 150 persoane cercetate, reprezintă tipul AB de comportament, caracterizat prin capacitatea de a echilibra activismul profesional, orientarea spre scop,

activism, interese multidireționale, manifestare motorică și expresivitate a vorbirii moderate, fără tendințe evidentă de dominare.

Am analizat în procente manifestările activismului comportamental în grupurile cercetate. Tipul AB de activism comportamental domină: la pacienții cu ulcer gastric – 72 %, la pacienții cu ulcer duodenal – 68 %, la persoanele non-ulceroase – 68 % (Fig. 1). Totodată, la pacienții cu ulcer duodenal se întâlnește cu o frecvență mai mare tipul A1, caracterizat prin activism ridicat, insistență, incluziune activă în muncă, orientare excesivă spre scop, insuficiența timpului pentru odihnă care se compensează cu pedantism în alegerea direcției principale de orientare a activității, luare rapidă a deciziilor.

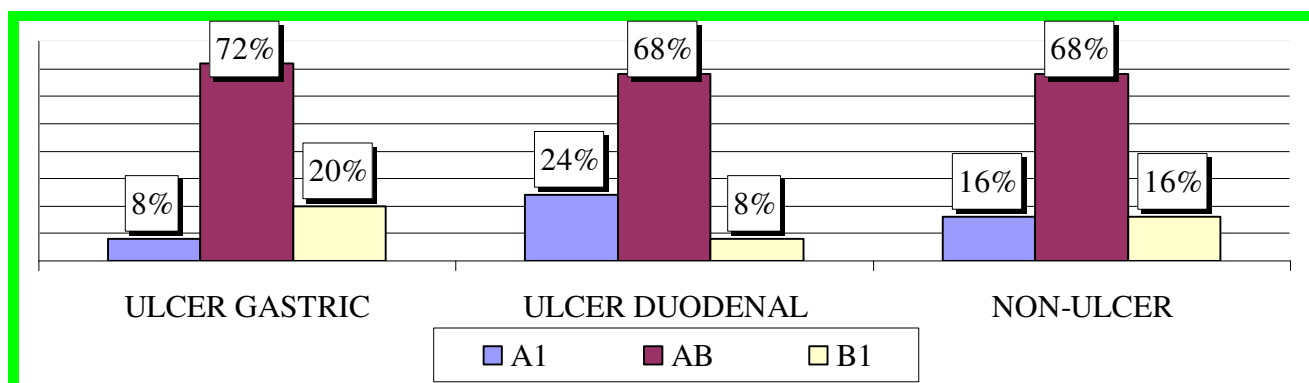


Figura1. Tipul activismului comportamental (conform testul Vasserman)

S-a folosit metoda t-Student pentru eșantioane independente, pentru a stabili dacă mediile activismului comportamental la grupul de pacienți cu ulcer gastric, ulcer duodenal și persoanelor non-ulceroase diferă semnificativ.

Pentru variante egale, $t=2,921$ este semnificativ la $p=0,004$ la grupul pacienților cu ulcer gastric față de grupul pacienților cu ulcer duodenal; $t=0,812$ nu este semnificativ la $p=0,419$ pentru pacienții cu ulcer gastric față de grupul persoanelor non-ulceroase; $t=2,187$ este semnificativ la $p=0,031$ în compararea între pacienții cu ulcer duodenal și persoanele non-ulceroase.

Profilul psihosomatic al pacienților cu ulcer gastric, ulcer duodenal și persoanele non-ulceroase, conform chestionarului clinic după K.K.Iahin și D.M.Mendelevici pentru depistarea stărilor nevrotice (numit K-78) este prezentat în tabelul 1.

Tabelul 1

Profilul psihosomatic (conform chestionarului Iahin-Mendelevici)

	Neliniște	Depresie nevrotică	Astenie	Comportament isteric	Deregări obsesiv-fobice	Deregări vegetative
Pacienți cu ulcer gastric						
Medii	-0,65	-1,16	0,20	-0,79	0,58	-0,85
Pacienți cu ulcer duodenal						
Medii	-3,12	-4,60	-1,59	-2,62	-0,84	-4,16
Persoane non-ulceroase						
Medii	-1,95	-1,74	0,75	-1,50	-0,42	1,62

S-a depistat că media pentru stările nevrotice la pacienții cu ulcer gastric variază de la -0,85 pînă la 0,58, ceea ce denotă un nivel moderat al stării psihice.

La pacienții cu ulcer duodenal s-a depistat :

- indicele „neliniște” valoarea de -3,12, care determină caracterul bolnav al stării psihice date;
- „depresie nevrotică” cu valoarea -4,60, care arată un nivel negativ peste normă;
- „astenie” cu valoarea -1,59 , puțin peste limitele normei;
- „comportament isteric” cu valoarea negativă peste normă de 2 ori mai mare;
- „deregări vegetative” cu indicele -4,16, ceea ce dovedește că, pacienții cu maladia de ulcer duodenal de 3,5 ori negativ peste normă suferă de deregări vegetative (N -1,28/1,28) și sînt într-o stare mai gravă decît pacienții cu ulcer gastric (-0,65), și persoanele non-ulceroase (-1,95).

La persoanele non-ulceroase s-au determinat:

- „neliniște” cu valoarea medie -1,95, care este negativ mai mult de normă
- „depresie nevrotică” cu valoarea -1,74, care este negativ mai mare decît norma
- „comportament isteric” cu valoarea -1,50, care este puțin negativ peste normă

La persoanele non-ulceroase, s-a evidențiat indicele la deregările vegetative, fiind 1,62 cu valoare pozitivă, ce denotă un nivel înalt de sănătate, N -1,28/1,28.

Manifestarea stărilor nevrotice depistate conform chestionarului Iahin-Mendelevici le-am prezentat în figura 2.

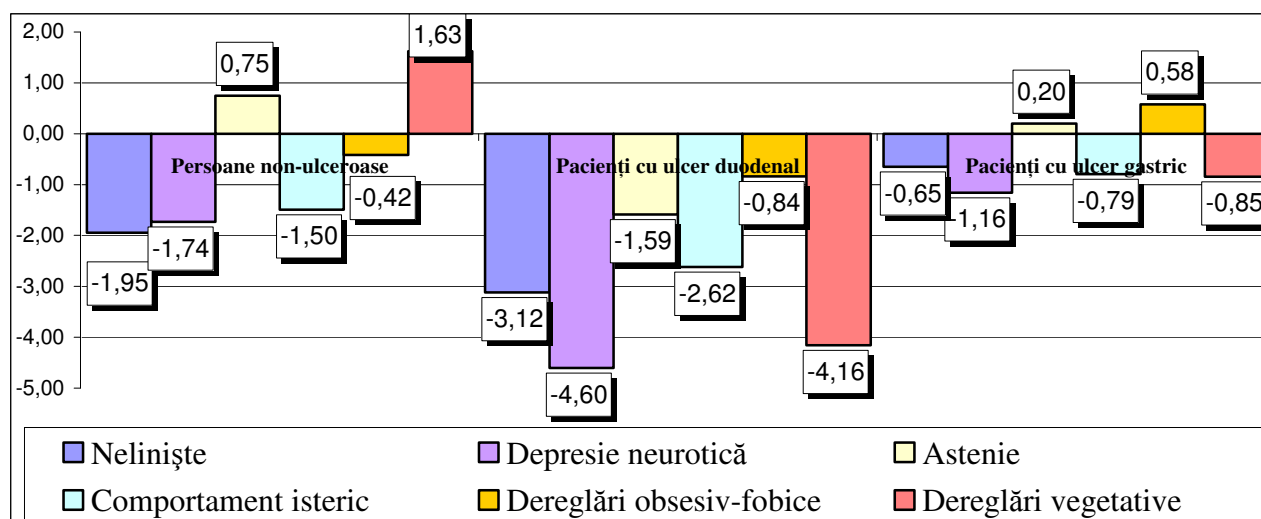


Figura 2. Manifestarea stărilor nevrotice (conform chestionarului Iahin-Mendelevici)

Din diagramă este evident că factorul „depresie nevrotică” și factorul „deregări vegetative” la pacienții cu ulcer duodenal au caracter malativ. Pentru a compara mediile la manifestarea stărilor

nevrotice la pacienții cu ulcer gastric și cei cu ulcer duodenal, am folosit t-test pentru eșantioane independente. Gradul de semnificație 0,018 la variabila „neliniște”, 0,003 la variabila „depresie nevrotică”, 0,043 la variabila „comportament isteric” indică faptul că pacienții cu ulcer gastric denotă manifestarea acestor stări, $p < 0,05$ și sînt semnificative la 98 grade liberate. Pentru a stabili dacă manifestarea stărilor nevrotice influențează asupra pacienților cu ulcer gastric și persoanele non-ulceroase am folosit t-test pentru eșantioane independente. În urma calculelor efectuate am depistat că nu este o deosebire evidentă între pacienții cu ulcer gastric și persoanele non-ulceroase. La compararea mediilor pentru a analiza manifestarea stărilor nevrotice între pacienții cu ulcer duodenal și persoanele non-ulceroase, folosind t-test pentru eșantioane independente, am depistat o deosebire evidentă la unele valori: depresie nevrotică – grad de semnificație 0,021, la astenie – 0,036, la dereglări vegetative – 0,006.

În analiza raportului dintre tipul de activism comportamental și manifestarea stărilor nevrotice, efectuat prin analiza de varianță ANOVA, se observă că raportul este semnificativ din moment ce $p < 0,001$ pentru toate calculele. Rezultă că tipul de activism comportamental stă la baza manifestării stărilor nevrotice.

Conform testului Buss-Durkey media agresivității este diferită la grupurile cercetate. La pacienții cu ulcer gastric se depistează media supranormă negativă doar la factorul „culpabilitate”, fiind 3,6. La pacienții cu ulcer duodenal s-au depistat indici înalți supranormă negativi la factorii „negativism” - 3,1, la „agresivitate verbală” – 3,2, la „culpabilitate” – 3,5. La persoanele non-ulceroase s-a depistat un nivel mai înalt la factorul „culpabilitate” - 3,5 (Fig. 3).

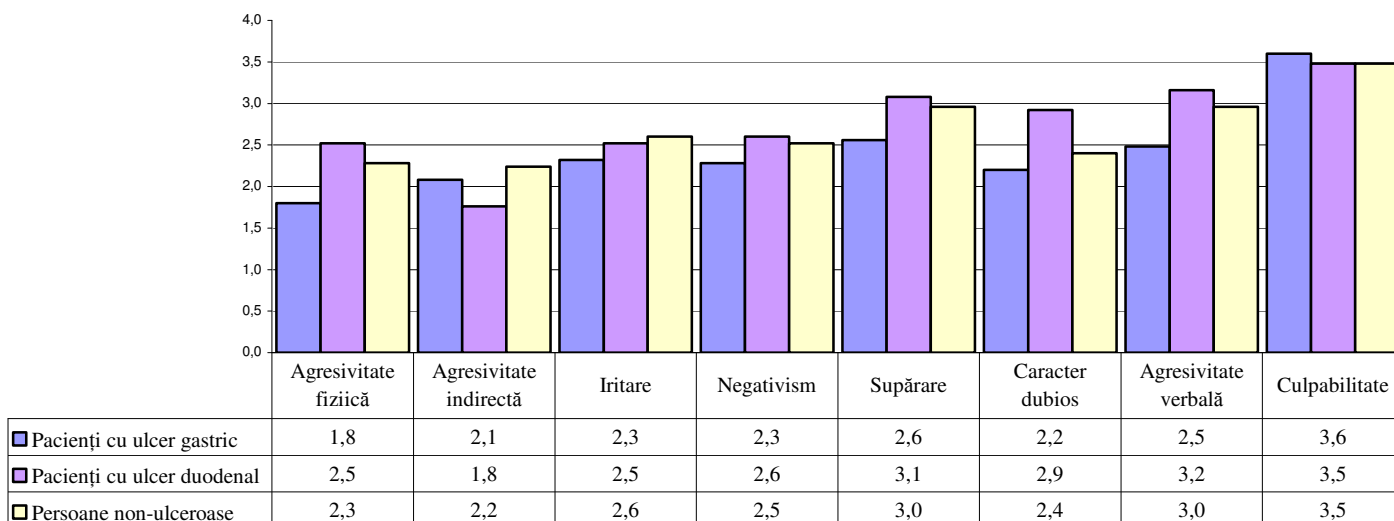


Figura 3. Manifestarea agresivității (conform testul Buss-Durkey)

Pentru compararea mediilor la manifestarea agresivității pacienților cu ulcer gastric și ulcer duodenal am folosit t-test pentru eșantioane independente. S-a depistat deosebire evidentă la factorii: agresivitate fizică – $p=0,019$ cu $t = 2,379$, supărare – $p= 0,039$ cu $t = 2,088$, caracter dubios – $p=0,021$ cu $t = 2,341$, agresivitate verbală – $p=0,025$ cu $t = 2,273$. La compararea mediilor la agresivitate între pacienții cu ulcer gastric și persoane non-ulceroase s-a aflat că nu este diferență semnificativă între aceste două grupuri, deoarece toți indicii sînt la semnificația $p>0,05$. Aceeași situația s-a identificat în compararea agresivității persoanelor non-ulceroase și a pacienților cu ulcer duodenal.

Pentru a afla dacă anumite forme de agresivitate sînt determinate de tipul de activism comportamental, am utilizat analiza de varianță ANOVA. Analiza a scos în evidență coeficienți la pragul de semnificație $p<0,05$, fapt care a indicat că raportul dintre agresivitate și tipul de activism comportamental la pacienții cu ulcer gastric și ulcer duodenal este semnificativ.

În rezultatul cercetării s-au desprins următoarele concluzii. Activismul comportamental al pacienților cu ulcer este diferit de activismul comportamental al persoanelor non ulceroase: în primul caz se întîlnește mai frecvent tipul A și variantele lui, în cel de-al doilea – tipul B. Dar în calcule separate ipoteză s-a confirmat doar pentru pacienții cu ulcer duodenal, activismul comportamental al căror este diferit de activismul comportamental al persoanelor cu ulcer gastric și non ulceroase, întîlnindu-se mai frecvent tipul A și varianta intermediară AB, în cel de-al doilea – tipul B și varianta intermediară AB.

Din datele obținute este evident că factorul „depresie nevrotică” și factorul „dereglări vegetative” la pacienții cu ulcer duodenal au caracter maladiv. Pacienții cu ulcer duodenal sînt dezechilibrați, fiind caracterizați de neliniște, depresie nevrotică, astenie, comportament isteric, dereglări vegetative; pe cînd cei cu ulcer gastric denotă un nivel mai înalt doar la factorul „depresie nevrotică”. În baza datelor obținute am efectuat analiza raportului direct dintre tipul de activism comportamental și manifestarea stărilor nevrotice. Ca rezultat s-a dovedit că tipul de activism comportamental stă la baza manifestării stărilor nevrotice.

Prin compararea mediilor la agresivitate între pacienții cu ulcer și persoane non-ulceroase s-a aflat că nu este diferență semnificativă între aceste două grupuri, deoarece toți indicii sînt $p>0,05$. Totuși, s-a depistat o deosebire semnificativă a anumitor forme de agresivitate între pacienții cu ulcer gastric și pacienții cu ulcer duodenal, la factorii: agresivitate fizică, supărare, caracter dubios, agresivitate verbală. La fel s-a stabilit că raportul dintre agresivitate și tipul de activism comportamental la pacienții cu ulcer gastric și pacienții cu ulcer duodenal este semnificativ.

În cît privește afirmația ipotetică, precum că starea psihică a pacienților cu ulcer gastric și duodenal diferă de starea psihică a persoanelor non-ulceroase, se poate concluziona despre anumite rezultate. Din date și compararea lor statistică a reieșit că starea psihică a pacienților cu ulcer gastric și

ulcer duodenal nu diferă de starea psihică a persoanelor non-ulceroase. Diferențele au fost înregistrate doar la factorul „activism comportamental” între grupul pacienților cu ulcer duodenal și grupul persoanelor non-ulceroase.

Reieșind din concluziile cercetării experimentale, se poate menționa că pacienții cu ulcer duodenal și cu ulcer gastric prezintă la general două tipuri distincte. Bolnavii cu ulcer gastric se manifestă ca tip pasiv, normopatic. Pacienții cu ulcer duodenal – ca tip activ, caracterizat de nevroză de caracter sau psihosomatizare a simptomaticii în diverse stări morbide.

SUMMARY

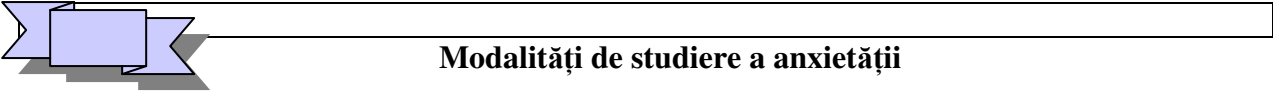
The results of experimental research on compormental activism of patients with ulcer gastric and duodenal are presented in this article. The research analyze have demonstrated the difference between such patients and persons with out ulcer. Patients with ulcer more frequent have tape A and its various of activism (insistence, work active, insufficient time for rest, pedants, short time for decisions) for anthers – tape B. Factors as „depression” and „vegetative deregulations” at patients with ulcer duodenal have maladies character. These patients are non balanced, depressive, have a hysteric comporment, etc. Patients with gastric ulcer have higher level only at factor “depression”. The higher difference on different forms of aggressiveness has been demonstrated at these patients. Analyze ANOVA has demonstrated the correlation between type of activism, nervosas manifestation and aggressiveness. As a conclusion we could say, patients with duodenal and gastric ulcer represent two distinct groups. Patients with gastric ulcer are passive. Patients with duodenal ulcer are active, with nervous comporment.

BIBLIOGRAFIE

1. Bezu, G., Țăbîrnă, I. 2003. *Calitatea vieții bolnavilor cu ulcer gastric și duodenal. // Anale Științifice consacrate zilelor universității 2003, Vol. II, ed.IV, Chișinău: Centrul Ed.-Poligr. al USMF “Nicolae Testemițanu”, p.129 – 133.*
2. Bezu, G.,Țăbîrnă, I., Feghiu, M., Bugai, R. 2003. *Caracteristici psihologice la bolnavii cu ulcer gastric și duodenal cu statut social divers. // Anale Științifice consacrate zilelor universității 17-18 octombrie 2003, Vol.II, ed.IV, Chișinău: Centrul Ed. - poligr. al USMF “Nicolae Testemițanu” , p.142 – 145.*
3. Enăchescu, C. 2004. *Tratat de igienă mintală.* Ed. Polirom, Iași, 408 p.
4. Iamandescu, I.B. 1995. *Manual de psihologie medicală.* Ed.Info Medica, București,280 p.
5. Iamandescu, I.B. 1997. *Psihologie medicală. Ediția a II-a.* Ed. Info Medica, București, 315 p.

6. Luban-Plozza, B., Iamandescu, I.-B. 2003. *Dimensiunea psihosocială a practicii medicale*. Ed. Infomedica, București, 408 p.
7. Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. 2000. *Boli psihosomatice în practica medicală* // Ediția a IV-a revăzută și adăugită ; Editura Medicală, București, 235 p.
8. Popa, S., Cepoida, P. 2003. *Ulcerul de stres: stare actuală a problemei*. // Catedra medicină internă №1, Anale Științifice consacrate zilelor universității 2003, vol.II ed.IV; Centrul Ed.-poligr. al USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău, p.153-157.
9. Александер, Ф. 2004. *Психосоматическая медицина*. Институт Общегуманитарных Исследований, М., 336 с.
10. Балинт, М. *Первичный нарциссизм и первичная любовь* // www.bookap.by.ru
11. Бройтигам, В., Кристиан, П., Рад, М. 1999. *Психосоматическая медицина: Кратк.учебн.* // Пер.с нем. Г.А.Обухова, Изд. ГЭОТАР МЕДИЦИНА, М., с.71-72
12. Елисеев, Ю.Ю. 2003. *Психосоматические заболевания.Справочник*. Изд. Эксмо, М., 608 с.
13. Менделевич, В.Д. 1999. *Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство*. Изд. МЕДпресс, М., 592 с.
14. Менегетти, А. 2005. *Психосоматика*. // ННБФ «Онтопсихология», М., 360 с.
15. Мягков, И.Ф., Боков С.Н. 1999. *Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии*. // Уч. для ВУЗов. Изд. Медицина, М., 232 с.
16. Сандомирский, М.Е. 2001. *Защита от стресса*. // Физиологически – ориентированный подход к решению психологических проблем (Метод РЕТРИ) , Изд. Института Психотерапии, М., 336 с.
17. Сандомирский, М.Е. 2005. *Психосоматика и телесная психотерапия*. // Практическое руководство. Независимая фирма «Класс», М., 592 с.

Primit 07.12 07.



Modalități de studiere a anxietății

Racu Iulia, lector asistent, doctorandă UPS „Ion Creangă”

Problema anxietății ocupă un loc aparte în cadrul științelor contemporane. Analizând literatura științifică cu referire la problema anxietății depistăm o largă preocupare pentru problema anxietății în întreaga lume.

Anxietatea este un termen psihologic cu multe semnificații care este descris de obicei ori fie ca o anumită stare a individului într-o perioadă limitată de timp (S. Freud, 1923, A. Freud, 1999, R. Cattell, 1966, P. Pichot, 2006, U. Șchiopu, 1997, V. Suvorova, 1975), fie ca o însușire (trăsătură) stabilă de personalitate (H. Sullivan, 1989, C. Spielberger, 1972, H. Laborit, 1975, I. Holdevici, 1993, R. Nemov, 1998).

Anxietatea este o problemă acută a timpurilor în care trăim. Este un factor care contribuie la orice problemă cu care se confruntă o persoană, stă la baza multor dificultăți psihologice și la un nivel înalt poate incapacita o persoană.

Studierea aprofundată și detaliată a anxietății prin intermediul metodelor special elaborate este foarte importantă, atât pentru descoperirea esenței acestui fenomen, cât și pentru o ulterioară diminuare sau chiar înlăturare a acesteia.

Actualmente în psihologie există o gamă largă de metode și tehnici utilizate în vederea studierii anxietății. Dintre toate metodele cele mai des utilizate și cele care oferă cea mai multă informație sunt testele și chestionarele.

Prima probă psihometrică pentru studierea anxietății a fost elaborată de psihologii americani Janet Taylor (n. 1923) și Kenneth Spence (1907 – 1967) la începutul anilor 50, ai secolului XX, la Universitatea din Iowa (SUA).

La 30 aprilie 1953 în revista „Journal of Abnormal and Social Psychology” este publicat articolul Janetei Taylor „A Personality Scale of Manifest Anxiety”, care conține chestionarul **Scala de Manifestare a Anxietății Taylor / TMAS (Taylor Manifest Anxiety Scale)**.

J. Taylor și K. Spence împreună cu un grup de experți aleg 50 de afirmații din 550 de itemi (propoziții) ai testului M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) elaborat de psihologii americani Starke Hathaway (1903 – 1984) și James McKinley (1900 – 1986) în 1942.

Afirmațiile alese corespund reprezentărilor clinice despre reacțiile cronice de anxietate.

Chestionarul este destinat examinării gradului de anxietate. El conține 50 de afirmații, la care persoana examinată răspunde prin „Da” sau „Nu”. Testul se poate aplica individual sau colectiv. Timpul acordat pentru îndeplinirea testului este de 15 – 30 de minute. Testul se poate aplica de la 13 ani (J. Taylor, 1953).

Scala de Manifestare a Anxietății mulți ani a fost foarte populară și în diferitele sale modificări este larg utilizată și în prezent pentru studierea anxietății (A. Prihojan, 2000).

Scala de Manifestarea a Anxietății la Copii / CMAS-ul (Children Manifest Anxiety Scale) – este o altă probă psihometrică ce permite studierea anxietății ca o însușire stabilă a personalității la copiii cuprinși între vârsta de 8 – 12 ani. Chestionarul a fost elaborat în 1956 de un grup de psihologi americani A. Castaneda, B. McCandless și D. Palermo, pe baza Scalei de Manifestare a Anxietății Taylor. Pentru Scala de Manifestare a Anxietății la Copii au fost selectați 42 de itemi fiind apreciați ca semnificativi din punct de vedere a manifestării reacțiilor cronice de anxietate. În afară de aceasta în varianta pentru copii a fost adăugată o scală suplimentară numită „scala minciunii” formată din 11 puncte care evidențiază tendința copilului de a distorsiona conștient răspunsurile sau altfel spus tendința individului de a da răspunsuri social acceptate.

Spre deosebire de Scala de Manifestare a Anxietății Taylor, în chestionarul pentru copii toate simptomele anxietății sunt prezentate în formă afirmativă.

Testul conține 53 de afirmații. Fiecărei afirmații îi corespund două variante de răspuns: „corect” sau „incorect”.

Chestionarul poate fi aplicat atât individual cât și colectiv, respectând toate exigențele cercetării în grup. Pentru copii de 7 – 8 ani se recomandă aplicarea testului individual. Dacă copilul întâlnește dificultăți în citirea afirmațiilor, atunci acesta va fi ajutat de psiholog care îi va citi propozițiile și va fixa răspunsul oral al copilului. Timpul acordat îndeplinirii acestui chestionar este de 15 – 25 de minute.

În prezent este cunoscută și **Scala de Manifestarea a Anxietății la Copii Revizuită / RCMAS (Revised Children Manifest Anxiety Scale)** – prezintă o versiune revizuită a Scalei de Manifestare a Anxietății la Copii.

Acest chestionar conține 37 itemi (propoziții), 29 din ei se referă la anxietate și 9 formează „scala minciunii”. Poate fi aplicat de la 6 la 19 ani. Timpul pentru îndeplinirea testului este de 10 minute și poate fi administrat atât colectiv cât și individual.

Inventarul de Expresie a Anxietății ca Stare și Trăsătura / STAI (State Trait Anxiety Inventory) – este o probă psihometrică pentru detecția și descrierea diferențială a anxietății. Are marele avantaj ca, deși are uz clinic, nu este o probă exclusiv clinică, ci are utilizări multiple și în terapia de dezvoltare, în selecția de personal, în coaching, etc. Chestionarul este un instrument dezvoltat de psihologul american Charles Spielberger (n. 1927), pe baza celebrei sale teorii și abordări psihometrice care diferențiază starea (stait) de trăsătura (trait), starea de anxietate a unei persoane de trăsătura de personalitate care o face a avea o propensiune generalizată către anxietate (Ch. Spielberger, L. Sydeman, 1994).

Inventarul de Expresie a Anxietății ca Stare și Trăsătură este utilizat cu precădere în: psihodiagnostic clinic/terapie, dezvoltare personală, delicvență și devianță, selecție de personal, consiliere vocațională. Este un instrument de 40 de itemi și conține scale separate pentru măsurarea anxietății ca stare și trăsătura: scala A – Anxiety (STAI Form Y – 1) și Scala T – Anxiety (STAI Form Y – 2). Pentru fiecare item (propoziție) sunt patru variante de răspuns (1 – nu este așa; 2 – cred că este așa; 3 – așa este; 4 – fără îndoială așa este).

În timp Inventarul de Expresie a Anxietății ca Stare și Trăsătura a obținut o mare popularitate. În prezent este adaptat și tradus în 52 de limbi și dialecte, fiind un inventar internațional de măsurare a anxietății (I. Hanin, 1989).

Inventarul de Expresie a Anxietății ca Stare și Trăsătură pentru Copii / STAIC (Stait Trait Anxiety Inventory for Children) este versiunea pentru copii. Chiar dacă este folosit în mod special pentru evaluarea anxietății copiilor cu vârsta cuprinsă între 9 și 12 ani, chestionarul poate fi folosit și pentru copiii cu vârstă mai mică ce au abilități medii sau peste medii de citit. Este un chestionar format din două blocuri a câte 20 de itemi. Administrarea testului durează 10 – 20 de minute.

O altă modalitate de diagnosticare a anxietății este **Chestionarul „C” Cattel privind nivelul Anxietății / ASQ (Anxiety Scale Questionnaire)**.

Testul este elaborat de Raymond Bernard Cattel (1905 – 1998), împreună cu psihologul american I. Scheier (1914 – 1986).

Mai târziu testul a fost revizuit și a fost numit **IPAT (Institute for Personality Assessment and Testing) Anxiety Scale**, în corespundere cu Institutului creat de R. Cattel.

Chestionarul este un instrument standardizat și eșalonat, cuprinde 40 de itemi, primii 20 cuprind anxietatea voalată, ascunsă, inconștientă, următorii 20 au în vedere anxietatea manifestată. Testul cuprinde 5 subscale a câte 2 – 6 puncte fiecare care determină 5 factori primari ai anxietății și anume: integritatea conștiinței de sine (Q3), forța Eu-lui (C), insecuritatea de tip paranoic (L); sentimentul de culpabilitate (O) și tensiunea ergică (Q4) (R. Cattel, I. Scheier, 1963). Testul poate fi aplicat individual sau colectiv.

În același timp a fost elaborată de psihologul american M. Zuckerman, și colaboratorii săi, **Lista Adjectivelor Emoționale (LAE) / AACL (The Affect Adjective Check List)**. Lista este formată din 21 de adjective care descriu prezența anxietății sau absența acesteia (liniște, bucurie). Testul măsoară atât anxietatea situativă („aici și acum”) cât și anxietatea ca trăsătură (cum aceasta este trăită de obicei).

O altă tehnică pentru studierea anxietății este **Scala Anxietății Generale pentru Copii / GASC (General Anxiety Scale for Children)**. Chestionarul a fost elaborat în 1960 de vestitul

psiholog american, specialist în problemele educației Seymour Sarason (n. 1919). Scala Anxietății Generale pentru Copii este formată din următoarele subscale PASC (Personal Anxiety Scale), care conține itemi ce oferă informații despre frici ce provoacă daune personale și FASC (Family Anxiety Scale) care conține itemi cu referire la frica de boală, despărțirea (separarea) de părinți și pierderea acestora. Testul este folosit pentru studierea anxietății la copiii cu vârsta între 7 – 15 ani.

Tot Seymour Sarason împreună cu psihologul american de origine engleză George Mandler (n. 1924) au propus încă o probă pentru diagnosticarea anxietății. Testul elaborat de ei în anii 60 ai secolului XX se numește **Chestionarul Anxietății în Situații de Examinare / TAQ (Test Anxiety Questionnaire)**. Chestionarul constă din 37 de întrebări cu privire la trăirile în timpul situații de examinare (testare).

Scala Anxietății A. Prihojan / Шкала Личностной Тревожности А. Прихожан – este o tehnică de studiere a anxietății care a fost elaborată între anii 1980 – 1983 după principiul „Scalei social-situative a fricii, anxietății” a lui O. Kondaș. Caracteristic acestei scale este faptul că anxietatea se determină în baza aprecierii omului a anumitor situații din viața cotidiană ca fiind anxiogene.

Chestionarul este elaborat în două forme: Forma A care se aplică copiilor cu vârsta cuprinsă între 10 – 12 ani și Forma B pentru copii de 13 – 16 ani. Testul conține 40 de situații, pentru fiecare din ele există 5 variante de răspuns (0 puncte dacă situația nu este deloc neplăcută; 1 punct dacă situația te neliniștește puțin; 2 puncte, dacă anxietatea și frică sunt suficient de puternici și nu ai dori să nimeriști în asemenea situații; 3 puncte dacă situația este foarte neplăcută pentru tine și îți trezește neliniște, anxietate semnificativă (puternică); 4 puncte în cazul neliniștii și anxietății foarte puternice).

Avantajul acestei scale constituie faptul că ne permite să evidențiem domeniile de activitate care trezesc anxietate. Acestor domenii le corespund patru tipuri de anxietate: anxietate școlară, anxietatea de autoapreciere, anxietatea interpersonală și anxietatea magică.

Metoda poate fi aplicată atât individual cât și colectiv. Timpul acordat pentru completarea acestui test este de 15 – 25 minute.

O altă modalitate de studiere a anxietății este **Metoda de diagnosticare a nivelului anxietății școlare Phillips / Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса**.

Testul este elaborat de psihologul B. Phillips și reprezintă o metodă de studiere a nivelului anxietății și a specificului anxietății legate de școală la elevii mici și la preadolescenți.

Tehnica conține 58 de întrebări, pentru fiecare fiind propuse două variante de răspuns „Da” sau „Nu”. Testul poate fi citit sau prezentat în formă scrisă. Se poate aplica atât individual cât și colectiv.

Metoda de Studiere a Anxietății la Copii (R. Tămpl, M. Dorki, V. Amen) / Методика изучения тревожности детей (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен) – este o tehnică proiectivă de studiere a anxietății. Permite determinarea anxietății față de anumite situații tipice cotidiene și este destinată copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 – 7 ani. Se aplică doar individual. Testul conține un material stimul format din 14 fișe diferite pentru fete și băieți.

Scala de Depresie și Anxietate / Depression and Anxiety in Youth (DAY) – este un test care măsoară nivelul depresiei, anxietății și dezadaptării sociale. Conține 3 subscale: una este destinată copiilor și tinerilor cu vârsta cuprinsă între 6 – 19 ani și este alcătuită din 40 de itemi, a doua subscală este destinată părinților acestor copii și este formată din 45 de itemi și ultima subscală, a treia are 30 de itemi și este pentru profesorii subiecților testați.

Fiecare subscală ia 5 – 20 de minute pentru completare.

Inventarul de Anxietate pentru Tineri / Beck Anxiety Inventory For Youth (BYI) – este o parte componentă a celor 5 blocuri **Beck Youth Inventories of Social and Emotional Impairment**. Inventarul studiază îngrijorările specifice a copiilor cu privire la performanțele școlare, viitor, reacțiile negative a celor din jur, frici ce includ pierderea autocontrolului și simptomele fiziologice asociate cu anxietatea. Este format din 20 de itemi ce permite identificarea timpurie a simptomelor anxietății în copilărie și preadolescență de la 7 – 14 ani.

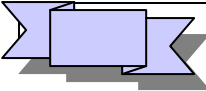
Summary

This article briefly describes the methods of studying anxiety. From all the methods that exist most popular in use are tests and questionnaires. The tests described don't cover all the methods that exist.

Bibliografie

1. Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, p. 81-92.
2. Șchiopu U., *Dicționar de psihologie*, București, Editura Babel; 1997, p. 72;
3. Овчарова Р., *Справочная книга школьного психолога*, 2-е изд. перераб. и доп., Москва, Издательство Просвещение, 1996, 351 с.;
4. Практикум по возрастной психологии: Учеб. пос. 2-е изд. доп. и пер. // Под ред. Л. Головей, Е. Рыбалко, Санкт – Петербург, Издательство Речь, 2002, 694 с.;
5. Райгородский Д., *Практическая психодиагностика. Методики и тесты*, Самара, Издательский дом Бахрам, 1998, 672 с.;

Primit 07.12.07.



Diferențe între disontogenii

Valentina OLĂRESCU, Conf. univ., dr în psihologie

Utilizarea diagnosticului diferențial în vederea completării instituțiilor pentru copii cu retard mental a fost obiectul de cercetare al Conferinței internaționale din Copenhaga, ce și-a desfășurat lucrările în anul 1964. În cadrul ei s-au pus în discuție probleme ce vizau insuficiența evaluării strict psihometrice în diagnosticul retardului mental și s-au înaintat sarcini privind elaborarea unor metode de cercetare și a unor criterii de delimitare a retardului mental de stările similare acestuia, în deosebi de reținere în dezvoltarea psihică (RDP). RDP cuprinde aproape 6% din populația elevilor claselor primare și peste 50% din numărul celor cu eșec la învățătură. Această situație implică activități extrem de complexe și de o sporită responsabilitate față de societate. În majoritatea cazurilor copiii cu RDP învață în școala generală, însușind cu greu programa de studiu, fiind lipsiți de condiții curativ-recuperatorii organizate, astfel că uneori devin factori de influență negativă asupra altor copii. Numărul preponderent al elevilor cu RDP printre cei cu insucces, reclamă cercetări ample axate pe diagnosticul diferențial, pronosticul, adaptarea, societizarea lor.

De regulă, motivul din care se pune la îndoială funcționalitatea deplină a intelectului unui copil de vârstă școlară îl reprezintă insuccesele academice. Dar și identificarea insucceselor cu retardul mental, deasemenea reprezintă o greșală teoretică și practică, brutală și periculoasă.

În lucrările consacrate cercetării cauzelor unor asemenea insuccese, semnate de pedagogi și psihologi consacrați (Z.I. Kalmîkova, N.A. Mencinskaia, A.M. Helmont, L.S. Slavina etc.), se amintește că, în majoritatea cazurilor, insuccesul academic nu este determinat de dereglarea activității cognitive, ci de alte cauze. Una dintre cele mai răspândite cauze ale insuccesului o reprezintă nepregătirea copiilor pentru educația școlară, lipsa premiselor ei și a abilităților de acțiune. Copiii nu sunt învățați să se supună cerințelor, nu știu să ducă un lucru până la capăt, să fie atenți în procesul realizării sarcinilor. Ei sunt agitați și le lipsește consecvența. În cazurile în care copilul nimerește într-o școală sau clasă în care procesul instructiv-educativ funcționează prost (încălcarea principiilor didactice ale lecției, calificarea pedagogică joasă a învățătorului, ignorarea particularităților individuale ale elevilor etc.), succesul academic este înlocuit de ignoranța pedagogică.

Deseori, cauza insucceselor academice sunt determinate de condițiile nefavorabile de viață în familie: absența controlului și a ajutorului la învățătură din partea părinților, nerespectarea regimului zilei, situațiile conflictuale în familie etc. Efecte extrem de grave se atestă în situațiile în care condițiile social-psihologice defavorabile se manifestă în lunile și anii de la începutul vieții copilului. Dacă la vârsta timpurie și la cea preșcolară sunt lipsiți de un contact emoțional pozitiv –

cu părinții, cu alți adulți și copii – și dacă au trebuit să se afle timp îndelungat în instituții preșcolare de tip internat, la acești copii poate apărea ignoranța pedagogică, manifestată printr-un bagaj redus de cunoștințe și reprezentări, un vocabular limitat, incapacitatea de a realiza operații logice elementare. În cazul acestor copii, posibilitatea de a obține cunoștințe noi sunt mai mici decât la semenii lor, motiv din care, încă în clasa întâi, ei nu au succese academice. Anume acești copii, față de care s-a manifestat ignoranța socială și psihologică, sunt trimiși, în mod nejustificat, la comisiile medical-pedagogice care completează școlile speciale și ajutoare. Or, în aceste școli nu trebuie admiși copiii față de care s-a manifestat ignoranța pedagogică – ei trebuie ajutați în condiții de școală generală. Insuccesul poate fi legat și de starea astenică a copilului, provocată de o boală îndelungată; în rezultatul ei, copilul obosește repede, îi slăbește memoria, atenția, manifestă dereglări comportamentale. Dar aceste stări nu au un caracter durabil și nu provin din dereglări organice. În toate cazurile amintite de noi se impune crearea unor condiții favorabile de viață, în primul rând a unui regim pedagogic protector care să contribuie la depășirea insucceselor.

Este foarte important a determina cauzele insuccesului academic (absența abilităților de învățare, lipsuri în câmpul de cunoștințe, atitudine negativă față de învățatură, situații conflictuale în școală, în familie etc.) și a le eradica, dezvoltând aptitudinile reale ale copilului.

În acest context, diagnosticarea copiilor cu reținere în dezvoltarea psihică – ei au, încă în primii ani de instruire, insuccese academice – este cea mai complicată. De aceea, în prezent, această categorie de copii este cercetată profund și multilateral, atât sub aspect clinic, cât și psihologic-pedagogic. Reținerea în dezvoltarea psihică este o formă limitrofă a disontogeniilor, care trebuie diferențiat, pe de o parte, de dezvoltarea normală a copiilor cu dereglări temporare ale cogniției și învățării, pe de altă parte, de retardul mental. În continuare, fără a ne opri, însă, în mod detaliat asupra etiologiei și semnalmentelor principale, vom menționa cele mai importante particularități ale diagnosticului diferențial al copiilor cu reținere în dezvoltarea psihică și alte disontogenii. Voi prezenta concluzii proprii și ale altor cercetători, trase în urma investigațiilor.

În baza cercetărilor și analizelor, M.S. Pevzner, G.E. Suhareva, I.A. Iurkova, V.I. Lubovski, S.D. Zabramnaia, E.M. Mastiukova, G.B. Șaumarov, O. Monkiavicene, K. Novakova, etc., au determinat că, la etapele timpurii ale dezvoltării copilului, este dificil să delimitezi cazurile de retard mental, autism, subdezvoltare brută a vorbirii, alalie motorie și reținere în dezvoltarea psihică, susținând totodată necesitatea diferențierii retardului mental de RDP de origine cerebral-organică, chiar dacă, în ambele cazuri, copiii manifestă o insuficiență în activitatea cognitivă și funcțiile modal-specifice. Ei au scos în evidență unele semnalmente distinctive importante care ajută la delimitarea reținerii în dezvoltarea psihică de retardul mental. În opinia noastră cele mai relevante sunt:

În RDP, activitatea cognitivă este marcată de un șir de deficiențe, manifestate prin parțialitate, caracterul mozaical al tuturor componentelor activității psihice a copilului, iar în cazul retardului mental se remarcă un caracter total și ierarhic al disfuncțiilor în activitatea psihică a copilului. În literatura de specialitate, retardul mental este caracterizat ca “leziune difuză extinsă” a scoarței cerebrale.

În comparație cu retardații mental, copiii cu RDP au capacități mai mari în procesele cognitive, în special în formele superioare de gândire – generalizare, comparație, analiză, sinteză, abstractizare. Totuși, anumiți copii cu RDP întâmpină, ca și semenii lor retardați mental, dificultăți în stabilirea legăturilor cauzale, funcția lor de generalizare este imperfectă.

Toate formele de activitate intelectuală a copiilor cu RDP se dezvoltă conform unei dinamici în salturi, în timp ce, la copiii cu retard mental, acest fenomen nu este evidențiat experimental. Spre deosebire de retardul mental, în cadrul căruia sunt afectate anume funcții intelectuale: generalizarea, comparația, analiza, sinteza, în cazul reținerii în dezvoltarea psihică sunt afectate premisele activității intelectuale: atenția, percepția, sfera imaginarului, coordonarea vizual-motorie, auzul fonematic etc. La cercetarea copiilor cu RDP în condiții confortabile pentru ei și în procesul educației și instruirii consecvente s-a constatat că aceștia sunt capabili să colaboreze fructuos cu adulții. Ei acceptă ajutorul unui adult și chiar al unui semen mai avansat. Această susținere este mai eficientă atunci când se manifestă sub forma unor sarcini de joc și este orientată spre interesul involuntar al copilului față de tipul realizat de activitate.

Înaintarea ca joc a unor sarcini sporește productivitatea activității copiilor cu RDP, în timp ce pentru preșcolarii cu retard mental ea poate servi drept pretext pentru abaterea involuntară de la realizarea sarcinii. Acest lucru se întâmplă, în special, în cazurile în care sarcina se află la limita posibilităților copilului cu retard mental. Copilul cu RDP manifestă interes față de activitatea obiectual -manipulativă și față de cea ludică. Activitatea ludică a copiilor cu RDP, spre deosebire de cea a preșcolarilor marcați de retard mental, are un caracter mult mai emotiv. În ambele cazuri motivele sunt determinate de scopurile activității și de alegerea corectă a mijloacelor de atingere a lor. Preșcolarii cu retard mental nu pot să-și desfășoare jocul: lipsește intenția proprie, imaginația, capacitatea de a reprezenta situația în plan mintal. Copiii cu RDP, spre deosebire de cei cu psihicul dezvoltat normal, în absența unei instruirii speciale nu sunt capabili să treacă la nivelul jocului de rol cu sujet “se blochează” la nivelul sujetului; semenii lor cu retard mental rămân, însă, la nivelul acțiunilor obiectual-ludice.

Intensitatea emoțiilor copiilor cu RDP este mai mare, faptul permițându-le să se concentreze mai mult timp asupra realizării sarcinilor ce le provoacă interesul imediat; cu cât sunt mai interesați, motivați de realizarea sarcinii, cu atât mai bune sunt rezultatele activității lor. Acest

fenomen nu a fost remarcat la copiii cu retard mental, sfera emoțională a cărora este insuficient dezvoltată, iar prezentarea ludică exagerată a sarcinilor (inclusiv pe parcursul diagnosticului) îi distrage de la rezolvarea sarcinii înseși și complică atingerea scopului.

Majoritatea copiilor de vârstă preșcolară cu RDP posedă, în măsură diferită, aptitudini de reprezentare grafică. La preșcolarii cu retard mental, ea apare doar prin instruire specială. Un asemenea copil se oprește la nivelul premiselor reprezentărilor obiectuale, adică la nivelul mâzgăliturilor. În cel mai bun caz, la anumiți copii, se pot remarca anumite șabloane grafice – reprezentări schematice de căsuțe (pătrat), reprezentări “din cap și picioare” ale omului, litere, cifre dispuse haotic pe suprafața foii de hârtie.

Din aspectul somatic al copiilor cu RDP lipsește, în principiu, displasticitatea, în timp ce la preșcolarii cu retard mental ea se observă destul de des. De obicei, în statutul neurologic al copiilor cu RDP nu se remarcă manifestări profunde tipice, lucru specific pentru preșcolarii cu retard mental. În același timp, la copiii cu RDP se poate observa microsimptomatică neurologică: o rețea venoasă evidențiată pe tâmples și frunte, o ușoară asimetrie a inervației faciale, hipotrofia anumitor porțiuni ale limbii cu deviere la dreapta sau la stânga, înviorarea reflexelor de tendon și periostale. Obezitatea patologică moștenită este tipică pentru anamneza copiilor cu retard mental și, practic, nu se atestă la copiii cu reținere în dezvoltarea psihică.

În dependență de proveniență (cerebrală, constituțională, somatogenă, psihogenă), moment și acțiune asupra organismului copilului a factorilor negativi, reținerea în dezvoltarea psihică generează diferite variante de abateri în sfera emoțional-volitivă și în activitatea cognitivă. Reținerea de proveniență cerebrală în dezvoltarea psihică, în cazul dereglărilor cromosomiale, leziunilor intrauterine, traumelor la naștere se întâlnesc destul de frecvent și, comparativ cu altele, reprezintă aspectul cel mai complicat în delimitarea reținerii în dezvoltarea psihică de retardul mental.

În cercetările lor, defectologii K.S. Lebedinskaia, N.A. Țîpina, menționează că, în cazul reținerii în dezvoltarea psihică se manifestă inegalitatea formării funcțiilor psihice, remarcându-se atât lezarea parțială, cât și imaturitatea anumitor procese psihice. În cazul oligofreniei, însă, se atestă deteriorări totale și ierarhice.

Savanții care au cercetat procesele psihice și posibilitățile educării copiilor cu reținere în dezvoltarea psihică (T.V. Egorova, G.I. Jarenkova, N.A. Nikașina, R.D. Trigher, S.G. Șevcenko, U.V. Ulienkova etc.) au evidențiat un șir de particularități în sfera cognitivă, particularități de personalitate, emoțional-volitivă și de comportament ale acestor copii. S-au enunțat și analizat o parte dintre caracteristicile de bază: epuizare sporită și, în rezultat, o capacitate joasă de muncă, imaturitatea emoțiilor, lipsa de voință, hiperactivitate, bagaj limitat de cunoștințe și reprezentări

generale, vocabular sărac, dificultăți în analiza sonoră, insuficiență intelectuală, percepție lentă. În gândire se observă insuficiența operațiilor verbal-logice. Atunci când sarcina li se prezintă sub formă concret - acțională, calitatea soluționării ei crește. Pentru evaluarea nivelului de dezvoltare a gândirii, în cazul diagnosticului psihologo-pedagogic ar trebui comparate rezultatele activității copilului atât cu material verbal-logic, cât și cu material concret-acțional. În asemenea cazuri, suferă toate tipurile de memorie, copiii cu această afecțiune nu sunt capabili să utilizeze mijloace auxiliare pentru memorare. Ei necesită o perioadă mai îndelungată pentru receptarea informației senzoriale. Atenția lor este instabilă, autocontrolul slăbit, aceste fenomene manifestându-se, în special, în procesul activității.

De regulă, inclusiv la începutul instruirii lor școlare, acești copii nu pot realiza unele operațiuni fundamentale de gândire – analiza, sinteza, comparația, generalizarea, ei nu sunt capabili să înțeleagă sarcina, nu-și pot planifica activitatea, nu pot face față condițiilor sarcinii. Dar, spre deosebire de semenii cu retard mental, educabilitatea lor este posibilă, ei utilizează mai bine ajutorul și sunt în stare să aplice un mod de acțiune deja asimilat la soluționarea unor sarcini analogice.

La o analiză a modului lor de lectură, scriere sau numărare se pot atesta greșeli de același tip ca și în cazul retardaților mentali, cu toate că se remarcă și diferențe calitative. Astfel, chiar având o tehnică slabă de lectură, copiii cu reținere în dezvoltarea psihică încearcă să înțeleagă ceea ce au citit, apelând, dacă este nevoie, la o lectură repetată. Cei cu retard mental, însă, nu au dorința de a înțelege și, de aceea, deseori, ei povestesc incoerent și ilogic. În cazul scrierii ei dau dovadă de abilități insuficiente de caligrafie, scris neîngrijit etc. ceea ce, în opinia specialiștilor, are tangențe cu nedezvoltarea motorie, incapacitatea de a percepe spațiul, de a realiza analize sonore.

Cu probleme ce țin de analiza sonoră, înțelegerea componentei numărului, numărarea din zece în zece, rezolvarea problemelor ce conțin întrebări indirecte etc. se confruntă și copiii cu RDP, dar, în cazul lor, ajutorul oferit de specialiști este mai eficient decât în cel al celor cu retard mental. În această situație, este nevoie ca diagnosticul diferențial și cercetarea copiilor să se realizeze ca experiment instructiv.

Între aceste două categorii de copiii se atestă asemănări aparente și în cazul dereglării activității analizatorilor. Dereglările la care ne referim creează diverse dificultăți în activitatea cognitivă a copiilor și, în condiții școlare, generează insuccesul la învățătură. În aceste cazuri, necesitatea de a delimita dereglările de retardul mental reprezintă o sarcină de mare actualitate. Căci chiar și o dereglare minoră a funcțiilor analizatorilor e capabilă să conducă la o reflecție parțială, uneori deformată, a lumii exterioare, fapt ce se soldează cu reducerea cercului de reprezentări, cu un comportament inadecvat, mai ales în cazul în care nu vor fi utilizate posibilitățile compensatoare

ale sistemului nervos central și mijloace tehnice speciale (aparate auditive, ochelari etc.). Auzul slab, de exemplu, poate provoca anumite dificultăți la instruirea școlară, mai ales la conștientizarea noțiunilor elementare. Copiii cu vedere slabă nu disting rândurile, confundă reprezentările similare ca și contur etc. Cerințele evident inadecvate stării reale de lucruri obosesc repede copilul, fac inefficientă instruirea în condiții școlare obișnuite, înrăutățindu-i starea generală.

Copiii cu defecte de vedere și auz sunt neajutorați în situațiile obișnuite, de aceea, creează impresia de retardați mental. Dacă, însă, unui copil hipoacuzic i se propune o sarcină cu caracter logic, care nu solicită un auz perfect (clasificarea, aranjarea unor imagini ținând cont de legăturile cauzale etc.), iar unui copil cu vederea slabă sarcini verbale corespunzătoare, aceștia le vor realiza. Pentru a delimita stările provocate de dereglarea analizatorilor de cele provocate de retardul mental trebuie evidențiate elementele predominante: dacă retardul mental este defectul director și primordial, iar scăderea auzului, văzului îl însoțesc doar, sau dacă reținerea a apărut în rezultatul dereglării funcțiilor analizatorilor. Trebuie să se dea importanță și momentului lezării analizatorului. Cu cât mai devreme apare deficiența, cu atât mai grave îi sunt consecințele.

Diferențe mari găsim în dezvoltarea psihomotricității de finețe. Aceste constatări sunt făcute în urma analizei datelor obținute în studiul nostru comparativ asupra psihomotricității a trei categorii de copii – cu psihicul dezvoltat normal, reținere în dezvoltarea psihică și retard mintal. În cercetare au fost examinați 12 parametri ai psihomotricității. În relatările ulterioare vom face trimitere la unii dintre ei, conducându-ne de principiul „nivelul dezvoltării”.

Datele experimentale ne-au dovedit o dezvoltare superioară a psihomotricității fine a mâinii și degetelor la copiii psihic dezvoltați normal. Cu toate că au unele insuficiențe, oricum ele sunt clasate la specificul normalității de vârstă. Insuficiențele sunt vizibile la îndeplinirea itemilor parametrilor „rapiditatea mișcărilor”, la „organizarea mișcărilor în dinamică”. De asemenea le este specifică o oarecare deautomatizare a mișcărilor, care denotă fenomenul fatigabilității psihice. Însăși survenirea extenuării denotă insuficiența neurodinamicii cu dereglări a timpului și mobilității proceselor psihice.

Copiii cu RDP au un tempou bradiritmic în efectuarea itemilor, iar accelerarea ritmului perturbă execuția. Apar numeroase sinchinezii, chiar de la începutul efectuării probelor care se menține în timpul a 4-6 executări. A fost atestată deautomatizarea mișcărilor determinată de insuficiența neurodinamicii ca efect al extenuării psihice și diminuarea capacității de diferențiere și organizare a mișcărilor; prezența perseverențelor și ehopraxiilor în efectuarea probelor drept rezultat a unei insuficiențe grave a neurodinamicii cu prezența simptomelor extenuării psihice de intensitate profundă; imposibilitatea organizării și reglării centrale a mișcărilor. O altă particularitate specifică elevilor cu RDP este încordarea excesivă a mâinii și degetelor efectore și

opuse, care facilitează apariția tremurului. Tremurul devine o barieră în executarea clasică a probelor. Imposibilitatea organizării mișcărilor fine impune copiii să recurgă la ajutorul mâinii opuse, iar unor copii chiar și acest ajutor le este insuficient. Efectuarea probelor unde e necesară o diferențiere înaltă a mișcărilor, o consecutivitate dinamică, viteză maximă la îndeplinire suportă numeroase turbulențe. Indici mici obțin copiii la parametrul „funcționalitatea mâinii”, „integritatea chinestezică”, „organizarea optico-chinestezică” a mișcărilor. Nivelul jos al funcționalității mâinii relevă imaturitatea analizatorului motor. Aferența chinestezică a mișcărilor devine complicată la itemii în care se solicită mișcări diferențiate ale degetelor. Prin urmare copiii conștientizează însărcinarea, știu ce trebuie să facă, însă nu pot executa, nu-și pot organiza și controla mișcările. Impedimentele suportate la îndeplinirea probelor de elevii clasei I-i se atenuază odată cu vârsta. „Praxia constructivă” provoacă dificultăți la îndeplinire, deoarece copiii greu se orientează în sarcină iar mișcările sunt excesive și impulsive. Ei recurg la tactica tatonărilor. Totuși, considerăm că este vorba de defecțiuni în organizarea, programarea și controlul mișcărilor. Rezultatele obținute la parametrul “executarea mișcărilor programate” creează o imagine complexă despre motricitatea fină în câteva circumstanțe: mișcări efectuate după auz, mișcări grafice și mișcări condiționate în situație de alegere și de conflict. Modul de îndeplinire al itemilor parametrului dovedește apariția extenuării psihice cu încetinirea proceselor neurodinamice. „Praxia complexă” relevă dexteritățile vestimentare și igienice ale elevilor, care deja în clasa I în normă își finalizează constituirea. Rezultatele elevilor cu RDP demonstrează imperfecțiune ca urmare a coordonării insuficiente a mișcărilor mâinilor. Se declanșează mișcări în plus, haotice, neorientate și neregulate, sinchinezii a mușchilor feței, încordarea mâinilor, tremur.

Cea mai joasă dezvoltare a motricității fine a fost estimată la copiii cu retard mental. Toate specificitățile elucidate la elevii marcați cu RDP au fost depistate și la elevii cu retard mental, însă ele au o frecvență și o intensitate mult mai mare. Cercetarea ne-a dat posibilitate să obținem date obiective despre dezvoltarea tuturor componentelor sferei psihomotore. Astfel, la copiii cu retard mental și RDP componentele extrapiramidală, frontală sunt în egală măsură insuficient dezvoltate, afectate. Componenta corticocerebrală, a treia, la copiii cu RDP este afectată, însă într-o măsură mai mică, decât la cei cu retard mental.

Uneori, este nevoie să diferențiem RDP de un grad ușor al demenței organice. În cazul RDP, nu atestăm dereglarea activității, disoluția personalității, caracterul necritic brutal și decăderea deplină a funcțiilor care se remarcă la copiii cu demență organică – ceea ce și reprezintă semnalmentul diferențial.

Delimitarea reținerii în dezvoltarea psihică și a tulburărilor grave de limbaj, de geneză corticală (alalia motorie și senzorială, afaziile infantile timpurii), înaintea un șir de probleme

destul de complicate. Aceste dificultăți sunt determinate de faptul că în cazul ambelor stări se constată semnalmamente exterioare similare, fiind iminentă evidențierea defectului primordial: trebuie să stabilim dacă e vorba de o tulburare gravă de limbaj sau de o insuficiență intelectuală. E un lucru extrem de dificil, deoarece atât limbajul, cât și intelectul se referă la sfera cognitivă a activității umane. În plus, dezvoltarea lor este strâns legată. Încă L. S. Vîgotski menționa că, la vârsta de 2,5-3 ani “vorbirea devine logică, iar gândirea – verbală”. În cazul în care factorul patogen acționează în această perioadă, întotdeauna se afectează ambele procese susnumite ale activității cognitive a copilului. Dar și la etapele timpurii de dezvoltare a copilului, leziunea primară poate reține sau perturba cursul formării activității cognitive ca întreg. În cazul în care se recurge la diagnosticul diferențial trebuie să se țină cont de faptul că, spre deosebire de un copil cu RDP, un copil cu alalie motorie manifestă o activitate verbală minimă. Deseori, atunci când se încearcă a se intra în contact cu el, copilul manifestă negativism. În afară de aceasta, în caz de alalie motorie este afectată pronunțarea și vorbirea propozițională; posibilitățile de asimilare a normelor limbii materne, de asemenea rămân a fi stabil dereglate. Dificultățile comunicaționale ale copilului cresc odată cu vârsta, când activitatea verbală solicită o tot mai mare automatizare.

Știința psihologică actuală cunoaște mai multe tipuri de dereglări de vorbire, care se manifestă în mod diferit, în dependență de intensitatea și momentul leziunii. Copiii cu dereglări de vorbire au un intelect normal, dar întâmpină dificultăți la însușirea lecturii, scrierii; în cazul unora dintre ei se remarcă subdezvoltarea generală a vorbirii. Analizatorul lor sonor este funcțional, fiind afectat doar auzul fonematic; acest fapt conduce la dificultăți în instruire (percep neclar vorbirea adresată, nu diferențiază sunetele similare, motiv din care întâmpină greutăți la realizarea analizei sonor-literale etc.). În cazul dereglărilor grave ale auzului fonematic, se manifestă subdezvoltarea funcției vorbirii, ca ansamblu. Însușirea noțiunilor elementare este complicată de problemele de pronunție. În cadrul unui examen logopedic este necesar să se țină cont de toți acești factori. Intelectul intact al copiilor cu dereglări de vorbire poate fi observat clar atunci când ei realizează sarcini care nu solicită vorbirea (metodici concrete, cu instrucții fără cuvinte). Acești copii reacționează prompt și manifestă un comportament adecvat, lucru ce-i diferențiază de cei marcați de retard mental.

Este destul de complicat a delimita, în cadrul diagnosticului, RDP de autism. În cazul autismului infantil timpuriu (AIT), de obicei, sunt dereglate toate formele de comunicare preverbală, nonverbală și verbală. Un asemenea copil se diferențiază de unul cu RDP printr-o mimică puțin expresivă, prin absența contactului vizual cu interlocutorul, anxietate sporită și frică de nou. Pe lângă aceasta, în acțiunile copiilor cu AIT se observă blocarea pe mișcări stereotip, refuzul de a manipula jucăriile, nepregătirea pentru colaborarea cu adulți și copii.

Firește, nu am enunțat aici toate semnalmentele distinctive luate în calcul la determinarea RDP și a retardului mental. Nu toate au importanță egală. Însă cunoașterea acestor semnalmente permite diferențierea destul de clară a ambelor stări cercetate. Trebuie să mai subliniem un fapt important, și anume că, spre deosebire de alte anomalii (surzenia, orbirea), retardul mental nu se determină în baza unui criteriu obiectiv sau a unei scale, conform căreia să fie măsurat sau definit, aceasta constituind, de fapt, una din marile probleme cu privire la determinarea retardului mental.

Summary

The differences between most known psycho-developmental pathologies - special borderline intelligence and mental retardation of children are presented in this paper

Bibliografie

Olărescu V., Corecția psihomotricității și capacității de muncă la elevii cu RDP. Teză de doctor. Chișinău, 1997

Olărescu V., RDP. Suport de curs. Chișinău, 1999

Лебединская К.С., Актуальные проблемы диагностики детей с ЗПР. М., 1982

Primit 07.12.07

1. Actualitatea divorțului versus stabilitatea familiei

Plecând de la evoluția mondială și națională a familiei și de la consecințele negative ale acesteia, cum ar fi divorțul, am considerat că în perioada 1986-1989 și 1997-1999 și în teritoriul delimitat, o analiză a parametrilor de disoluție a familiei va ajuta raportarea datelor de investigație la date oficiale ceea ce a permis compararea lor, în mod diacronic, cu alte teritorii și etape. O privire de ansamblu relevă o relativă dependență între evoluția nupțialității și a divorțialității în România pe întreaga perioadă reprezentată (1930-2000), în sensul că, în general, perioadelor caracterizate prin rate ridicate ale nupțialității le corespund și rate ridicate ale divorțialității și viceversa. Explicația firească a acestei observații este că un număr crescut de căsătorii, creează o bază pentru creșterea numărului de divorțuri, în lipsa unor schimbări reale a factorilor interni și externi ai divorțialității. Analiza corelației dintre cele două rate indică un indice de corelație $r=0,203$.

De asemenea, se observă influența majoră a factorilor externi, socio-economici și politico-juridici asupra evoluției celor două fenomene interdependente (nupțialitatea și divorțialitatea). Astfel, la sfârșitul perioadei interbelice, marcată inițial de recesiune și apoi de instabilitate politică (ascensiunea mișcărilor fasciste), se constată o reducere drastică a ratei nupțialității și divorțialității. Perioada celui de-al doilea război mondial a consfințit o reducere normală a celor două fenomene. Instaurarea puterii muncitorești a determinat inițial o îmbunătățire a condițiilor de trai a maselor, până în momentul finalizării cooperativizării, fapt marcat de o creștere accentuată a nupțialității, după care, s-a înregistrat un declin constant, perturbat doar de venirea lui Ceaușescu la putere (1966), când se spera instaurarea unui regim mai democratic. Instituirea unor măsuri juridice de sancționare a divorțului (alături de tergiversarea în instanță a acestuia) a redus inițial la zero rata acestuia, dar ulterior a indus și o reducere a nupțialității, datorită și legii de abrogare a avortului. Creșterea economică până în anul 1980, anul începutului declinului socio-economic al regimului Ceaușescu, alături de găsirea unor metode de ocolire a legii abrogării avortului, au determinat o creștere constantă a nupțialității și divorțialității. Instituirea unor măsuri economice severe pentru plata datoriilor externe a determinat reducerea ratei nupțialității.

Divorțialitatea a rămas relativ constantă (relativ ridicată) în pofida unei scăderi drastice a nupțialității și a măsurilor de sancționare a divorțurilor, datorită alterării stabilității familiei în condițiile socio-economice de atunci. După evenimentele din decembrie 1989, odată cu

redarea unor fonduri bănești către populație, s-a înregistrat o scurtă creștere a nupțialității, după care, condițiile socio-economice și politico-juridice au condus la o scădere pronunțată a acesteia. Cu unele mici fluctuații, din motivele enunțate, divorțialitatea a urmat curba nupțialității.

Favorizarea creșterii nupțialității precede creșterea divorțialității, iar impunerea scăderii divorțialității precede scăderea nupțialității.

Putem reda distribuția teritorială a nupțialității și divorțialității în România, în anul 2000. Se constată o variație pe județe a celor două fenomene în funcție de determinanții externi. Dintre aceștia vom analiza influența raporturilor masculin/feminin și urban/rural.

Rate de divorțialitate ridicate se înregistrează în județele Hunedoara și Sibiu. Aceste județe sunt caracterizate prin indici ridicați de urbanizare. La polul opus se situează județe cu un grad redus de urbanizare, Ilfov și Giurgiu, unde se înregistrează rate mici de divorțialitate. Fenomenul se poate explica prin influența familiei rurale tradiționale asupra stabilității căsătoriei.

Județele care au suferit o industrializare forțată, Galați și Bacău, au de asemenea rate ridicate de divorțialitate.

Dezechilibrele demografice dintre sexe exercită o influență relativ mai redusă asupra nivelului divorțialității.

Pot fi relevate și unele contradicții asupra determinanților macrosociali ai stabilității familiale. Astfel, două județe învecinate, Arad și Timiș, cu rate de nupțialitate și raporturi dintre populația masculină și feminină asemănătoare, prezintă rate de divorțialitate total diferite. Astfel rata divorțialității în județul Timiș a fost în anul 2000 mult sub media pe țară (0,94‰), în timp ce județul Arad a prezentat una dintre ratele de divorțialitate cele mai ridicate din țară (1,82‰). Situația este cu atât mai contradictorie cu cât județul Timiș are un grad de urbanitate mai ridicat decât cel al județului vecin analizat.

Determinantul extern cu cel mai mare impact asupra ratei divorțialității în anul 2000 a fost gradul de urbanizare, urmat de rata nupțialității și, într-o foarte mică măsură, dezechilibrul demografic dintre sexe.

Divorțul, replică opusă a căsătoriei, a avut o evoluție de la reglementări religioase, morale și juridice restrictive către reglementări liberale sub influența evoluției societății și, în cadrul ei, a drepturilor omului (cuplului).

Declinul ratei căsătoriilor și creșterea divorțurilor în țările comunitare europene relevă o scădere a ratei căsătoriilor de la 7,2 la 6,8‰ locuitori și o creștere a ratei divorțului de la 10,4 la 12,6‰ de căsătorii. România înregistrează o scădere cu 3% a căsătoriilor față de 1989,

prin situația economică care afectează cu precădere vârstele tinere (șomaj, lipsă de locuințe etc), fapt ce descurajează încheierea căsătoriilor.

Autorizarea juridico-socială a divorțului s-a aflat, în timp, la originea disoluției familiei și creșterii divorțului? Este divorțul mai frecvent în comunitățile sociale defavorizate sub aspect economic? În care medii (rural, urban) este mai frecvent? Ce relație are rata divorțului cu profesiunea soților? Cine a inițiat divorțul? Din ce cauze? Sunt situații, din care conștientizarea divorțului și a implicațiilor sale, ierarhizarea factorilor care îl generează, ca și controlul acestora, constituie probleme ale factorilor decizionali socio-politici.

Datele noastre au fost selectate cu intenția de a fi o punte între perioadele dinainte de 1989 și după 1993, fapt ce va scoate în evidență influența factorilor socio-economici și bio-psihologici asupra divorțului dar și influența modificării legislației în acest domeniu, conform principiilor ce au stat la baza legislației divorțului.

Prevederile legale privind divorțul

Reglementări înainte de legea 59/1993	Reglementări după legea 59/1993
Reglementare negativă (nu se desface căsătoria decât când condițiile...)	Reglementare pozitivă (se poate desface căsătoria când condițiile...)
Divorțul era considerat excepțional	Divorțul este considerat firesc
Divorțul se face pentru motive temeinice (motive atât de grav și iremediabil perturbate)	Divorțul se face pentru motive temeinice (când raporturile sunt grav vătămate și căsătoria nu este posibilă)
Nu era admis divorțul pe baza acordului ambilor soți	E admis divorțul prin consimțământul mutual al soților
Temeinicia motivelor de divorț se evalua funcție de durata căsătoriei și în interesul copiilor minori	Se ține cont de interesul copiilor minori și nu și de durata căsniciei
Debilitatea mintală și alienația mintală nu erau motive de divorț decât invocate de soțul lezat	Divorțul se poate cere de ambii soți când starea de sănătate a unui din soți face imposibilă continuarea căsătoriei

În evoluția divorțului între anii dinaintea tranziției (3757 cazuri) față de actuala perioadă de tranziție (4087 cazuri), deci într-un interval de 10 ani, se constată o creștere a numărului divorțurilor de 330 cazuri, mai frapantă fiind creșterea divorțurilor în mediul rural (995 cazuri) de la 452 cazuri (înainte de 1989) la 995 cazuri (după 1989). În mediul urban rata divorțurilor a scăzut de la 3305 (înainte de 1989) la 3092 cazuri (după 1989).

Indiferent de mediu, se remarcă o creștere a ratei divorțurilor după 10 ani de căsătorie, fapt ce se corelează cu vârsta peste 30 ani a celor ce au intentat acțiunea de divorț.

În ceea ce privește cauzele de divorț invocate se remarcă faptul că dacă înainte de 1989, dominau cauze precum alcoolismul, infidelitatea și violența, după 1989, aceste cauze au fost disimulate sub denumirea de „alte cauze”, fapt explicabil prin nevoia de destigmatizare publică a

acestor cauze, sub influența spiritului mai lax al legii din 1993 (ce permitea divorțul prin acordul soților).

Instabilitatea familiei este mai frapantă în mediul urban (6397 divorțuri) față de mediul rural (1447 divorțuri).

2. *Divorț de fapt și divorț de drept*

Potrivit art. 22 și 37 C. fam. se distinge între încetarea și desfacerea căsătoriei. Căsătoria încetează prin: moartea unuia dintre soți, declararea judecătorească a morții unuia dintre soți sau recăsătorirea soțului ce fusese declarat mort. Căsătoria se poate desface prin divorț, dar încetarea căsătoriei are loc de drept. Desfacerea căsătoriei poate avea loc prin hotărâre judecătorească, dar unele efecte ale căsătoriei continuă să existe și după încetarea acesteia. Efectele încetării căsătoriei se produc numai pentru viitor, nu și pentru trecut. Desfacerea căsătoriei produce efecte numai pentru viitor. Spre deosebire de încetarea și desfacerea căsătoriei, desființarea își produce efectele, (exceptând pe cele față de copii și pentru căsătoria putativă), în chiar momentul încheierii ei, deci și pentru trecut (ex. tune), căsătoria fiind considerată că nu a existat niciodată .

Divorțul ca mijloc de desfacere a căsătoriei

Până la legea nr.59\1993, reglementarea divorțului stipula că desfacerea căsătoriei are un caracter excepțional (art.37 alin.2 dispunea că se poate desface căsătoria „în cazuri excepționale" prin divorț) .

Noua reglementare nu mai face precizarea menționată. Condițiile în care se poate desface căsătoria prin divorț sunt stabilite într-un mod, în care, pare să nu se mai aibă în vedere caracterul excepțional al divorțului.

Textul, în redactarea anterioară, spunea că divorțul nu se putea pronunța decât atunci când „datorită unor motive temeinice, raporturile dintre soți sunt atât de grav și iremediabil vătămate încât continuarea căsătoriei este vădit imposibilă pentru cel care cere desfacerea", pe când redactarea actuală relevă că desfacerea căsătoriei se poate dispune atunci când „datorită unor motive temeinice, raporturile dintre soți sunt grav vătămate și continuarea căsătoriei nu mai este posibilă". Deosebirea constă în ce privește intensitatea vătămării („atât de grav" și „grav vătămate") și nu se mai cere condiția ca vătămarea raporturilor dintre soți să fie iremediabilă. Se mai poate observa că redactarea anterioară era în sensul imposibilității continuării căsătoriei „ pentru cel care cere desfacerea ei", pe când redactarea actuală nu mai face această precizare, divorțul putându-se pronunța în cazul în care „continuarea căsătoriei nu mai este posibilă”.

Divorțul se poate pronunța și numai pe baza acordului ambilor soți dacă sunt îndeplinite condițiile prevăzute de text, ceea ce redactarea anterioară nu permitea, considerându-se că divorțul prin consimțământul mutual al soților nu este posibil. S-ar putea aprecia că dacă legea

admite divorțul prin consimțământul soților, înseamnă că, în realitate, există temeiuri suficiente care au determinat pe soți să divorțeze și se recunoaște această temeinicie. Se poate considera că se aplică astfel art.26 alin.1 din Constituție potrivit căruia autoritățile publice respectă și ocrotesc viața intimă, familială și privată, și s-ar opune dezvăluirii unor aspecte ale vieții intime și familiale a acestora.

Redactarea anterioară (art. 38 alin. 2) prevedea că temeinicia motivelor de divorț și imposibilitatea continuării căsătoriei se apreciază ținându-se seama de durata căsătoriei și interesele copiilor minori, ceea ce nu poate să însemne că prezența copiilor într-un proces de divorț constituie un obstacol în pronunțarea divorțului, dar, uneori, respingerea divorțului s-a întemeiat pe interesele copiilor minori. Redactarea actuală ține seama de interesele copiilor minori, nu și de durata căsătoriei, mai mult decât de soluționarea cererilor accesorii divorțului, referitoare la încredințarea copiilor minori, obligația de întreținere și folosința locuinței .

Redactarea actuală permite ca oricare dintre soți să poată cere divorțul atunci când starea sănătății sale face imposibilă continuarea căsătoriei. În redactarea anterioară s-a decis că alienația mintală cronică și debilitatea mintală cronică au putut fi invocate ca motive temeinice de divorț numai de soțul lezat de consecințele maladii ce afectează viața conjugală, nu de către cel bolnav

S-a considerat că existența unei boli grave, incurabile, de care suferă unul dintre soți și necunoscută de celălalt soț decât ulterior încheierii căsătoriei, constituie motiv de divorț pentru soțul reclamant care nu mai poate coabita cu soțul pârât bolnav, datorită manifestărilor ulterioare ale bolii, din ce în ce mai dese și care determină imposibilitatea continuării căsătoriei pentru soțul reclamant. Dacă boala nu a fost ascunsă celuilalt soț, dar este curabilă, nu putea constitui motiv de divorț. Soluția se poate deduce și pentru situația în care boala este incurabilă, dar nu a fost ascunsă celuilalt soț la încheierea căsătoriei. Conform noii reglementări, oricare dintre soți poate cere divorțul dacă starea sănătății sale face imposibilă continuarea căsătoriei, deci boala se invocă drept motiv de divorț de către soțul bolnav. Desigur, și celălalt soț poate cere divorțul dacă nu se mai poate continua căsătoria. Divorțul nu mai are caracter excepțional, fiind un mijloc de desfacere a căsătoriei .

3. Analiza în timp a unor factori ai divorțialității în județul Iași

Județul Iași are o valoare superioară mediei ratei nupțialității pe România (6,7‰), rata medie a divorțialității (1,34‰), apropiindu-se de un echilibru demografic pe sexe (raportul masculin/feminin = 0,981) și între populațiile din mediul urban și rural (raportul urban/rural = 1,002). Evidențierea unor factori specifici divorțialității regionale implică studierea evoluției unor

elemente cum ar fi: durata căsniciei, vârsta la divorț, diferența de vârstă între soți, cauzele de divorț etc.

Durata căsătoriei. Repartițiile divorțurilor în jud. Iași după durata căsătoriei și grupa de vârstă în anul 1986, respectiv 1997.

Făcând o expunere a căsătoriilor a căror durată este mai mică de 10 ani la riscul de divorț, nu există deosebiri esențiale între perioada pre și postdecembristă. Datele confirmă observațiile existente în literatura de specialitate, unde se precizează că o perioadă lungă de conviețuire acționează ca o frână împotriva segregării familiei, chiar în situații conflictuale grave [179]. La durate ale căsătoriei de peste 20 ani, divorțialitatea crescută relevă fie existența unor compromisuri legate de păstrarea familiei până la majoratul copiilor, sau de alte considerente procedurale, juridice [179], fie că unul sau ambii partenerii au atins vârsta critică caracterizată, în general, de etape de criză psiho-biologică de involuție ale individului [92]; în familie apar și disfuncționalități generate de exacerbarea funcției erotice semnalată de literatura de specialitate, la atingerea acestei vârste. La sexul feminin, grupa de vârstă cea mai afectată de divorțuri este 20-29 ani, urmată de 30-39 ani. Totuși, după 1989, ponderea grupei de vârstă 30-39 ani în totalul divorțurilor a înregistrat o ușoară scădere [83].

La sexul masculin, grupele de vârstă 20-29 ani și 30-39 ani au ponderile cele mai ridicate în totalul divorțurilor

Vârsta la divorț. În 1986, ponderea cea mai ridicată a divorțurilor (42,7%) a fost la grupa de vârstă 30-39 ani la sexul masculin, urmată de grupa de vârstă 20-29 ani (25,4%) și de grupa 40-49 ani (20%). După 1989, se constată creșterea divorțialității la grupa de vârstă 20-29 ani (35,34% - în anul 1997), ceea ce poate fi explicat prin reducerea formalităților și a timpului de desfășurare a căsătoriilor în perioada postdecembristă

La sexul feminin, ponderea grupei de vârstă 20-29 ani a rămas relativ constantă ridicată.

Vârsta soțului la divorț diferă în mediul urban (42,7% între 30-39 ani) și mediul rural (40,8% între 20-29 ani), deci divorțul în mediul rural a fost mai frecvent la persoane mai tinere decât în mediul urban, ceea ce poate fi explicat cu nupțialitatea mai ridicată la grupa de vârstă 20-29 ani în mediul rural.

Diferența de vârstă dintre soți reprezintă un alt determinant al instabilității familiare al cărui influență este mai dificil de studiat datorită necesității cunoașterii numărului de căsătorii pe grupe de diferențe de vârstă între soți.

Marea majoritate a căsătoriilor se încheie între parteneri de vârste apropiate, așa încât și divorțialitatea este mai mare la familiile cu diferențe mici între soți.

În literatura de specialitate se menționează influența nefastă a diferențelor mari de vârstă între soți asupra stabilității căsniciei, îndeosebi când sunt însoțite de diferențe mari biologice sau/și psihice. Se menționează că rata divorțialității este mai redusă atunci când soțul este mai în vârstă decât soția cu 1-10 ani [179]. De asemenea, 30-40% dintre căsătoriile în care soția este mai în vârstă cu peste 15 ani se încheie prin divorț.

Gradul de instrucție a soților (profesia) este un alt determinant al stabilității familiei. Studiul divorțialității fără a cunoaște distribuția căsătoriilor după acest determinant este relativ.

Nivelul divorțialității este mai ridicat în mediul urban față de cel din mediul rural. De asemenea, dacă în mediul urban divorțurile cele mai multe sunt între persoanele care au liceul terminat, în mediul rural preponderente sunt divorțurile între cei care au absolvit o școală profesională. Aceasta corespunde gradelor de instrucție ale majorității persoanelor care se căsătoresc în cele două medii sociale.

Cauzele divorțului. Motivația solicitării divorțului depinde de politica socială în domeniul populației și familiei, cât și de reglementarea divorțului (divorțul-sanctiune, divorțul-faliment sau divorțul-remediu).

Înainte de 1989, atunci când instituțiile statului restricționau divorțul, pentru desfacerea căsătoriei trebuia probată vinovăția unuia dintre soți. Distribuția divorțialității după motivație consfințește această situație. Principala cauză de divorț înainte de anul 1989 a constituit-o alcoolismul. Ponderea acestei cauze este mai mare în mediul urban, față de mediul rural.

Infidelitatea conjugală a constituit al doilea motiv ca frecvență, mai dominantă în mediul rural. Violența familială a reprezentat a treia cauză de divorțialitate. Aceasta se manifestă mai pronunțat în mediul urban, unde și alcoolismul este mai frecvent. De altfel, în anul 1986, violența familială a constituit a doua cauză de divorț ca pondere în mediul urban.

După 1989, după relaxarea legislativă în privința desfacerii căsătoriilor, cauzele de divorț au fost mai nuanțate. Astfel, ponderea cea mai mare o au divorțurile din cauze de nepotrivire de caracter, neînțelegeri familiare etc. - regăsită în statistici la rubrica „*alte situații*” - care au permis divorțul fără nominalizarea neapărată ca vinovat a vreunui dintre soți. Această situație există atât în mediul urban cât și cel rural.

Pe locul al doilea s-a situat asocierea dintre infidelitate, alcoolism cu „*alte situații*”.

Alături de acestea, mai există totuși importante cauze de divorț cum sunt infidelitatea conjugală, sau asocieri de infidelitate + alcoolism, alcoolism + violențe fizice, (cu pondere ridicată mai ales în mediul rural) și infidelitate + violență fizică.

Aceste date constituie realități ale societății actuale din țara noastră, menținute de problemele sociale grave (șomaj, sărăcie) care conduc la surse de instabilitate a familiei.

De la divorțul din secolul 19, care, în caz de adulter era imputat inevitabil femeii, pentru recăsătorie cerându-se consimțământul fostului soț, divorțul fiind pronunțat de mitropolit sau domnitor, în secolul 20, până în 1989 (mai ales din 1966) s-a considerat că lupta juridică și socială cu acest fenomen va putea rezolva situația demografică a țării (prin forțarea natalității, prin incriminarea avortului și rolul „paternalist” al statului, care au produs, victime și copii nedorți) s-a trecut, sub influența drepturilor omului (dreptul la viață privată, dreptul asupra propriului corp etc.) la situația actuală de laxitate juridică și socială față de divorț. Experiența socială arată că așa cum un fenomen biologic nu poate fi reprimat pe cale exclusiv judiciară, fără luarea în considerare a factorilor economico-sociali, tot astfel, un fenomen social complex, divorțul, nu poate fi limitat fără stimularea socio-economică a familiei.

Summary

In this article there are statistical data regarding the causes and factors of divorce in different social groups investigated.

BIBLIOGRAFIE

1. **Albu I** – *Căsătoria în dreptul român*, Editura Dacia, Cluj Napoca, 1988.
2. **Beliș V.** – *Îndreptar de parctică medico – legală*, Edituara Medicală, București, 1990
3. **Boișteanu P., Chirilă V., Cosmovici N., Pirozynski T.** – *Reacții discomportamentale ale cuplului*. Patologia agresivității intrafamiliale, Iași, 1991.
4. **Drăghici Gh., Scripcaru Gh., Turcanu V., Chiriță V., Boișteanu P.** – *Agresivitatea patologică și consecințe expertale*, Al doilea Congres Național de Medicină Legală – Volum jubiliar, București, 1992.
5. **Filipescu P.I.** – *Tratat de dreptul familiei* – Editura Academiei, București, 1989
6. **Hangan O., Martin V.** – *Agresivitatea – violență manifestată în cuplul marital sau familial – puncte de vedere medico – legale și psihiatrice*, Al doilea Congres Național de Medicină Legală – Volum jubiliar, București, 1992.
7. **Mărgineanu V., Victoria Flămând, Vieru R., Perju-Dumbravă D.** – *Profilaxia suicidului*, Al doilea Congres Național de Medicină Legală – Volum jubilar, București, 1992.
8. **Mihăescu V., Scripacru Gh., Ianovici N.** – *Conjugopatia – interrelații familiale-terapie. Criteriologie medico-legală*, Iași 1982
9. **Scripcaru Gh., Ciornea T., Ianovici N.** – *Medicină și drept*, Editura Junimea, Iași, 1979.
10. **Scripcaru Gh.** – *Medicină legală*, Editura Didactică și Pedagogică, R.A. București, 1993.
11. **Scripcaru Gh., Alexandru E., Hurduc C., Mateciuc D.L.** – *Evaluări expertale privind pattern-urile violenței intrafamiliale*, Al doilea Congres Național de Medicină Legală – Volum jubiliar, București, 1992

Primit 07.12.07



Stresul profesional: entitate și efecte

Mihaela Șleahțișchi, *master în psihologie*

Deși stresul ne însoțește existența de la începuturi, în ultimii ani, odată cu sporirea progresului tehnologic, industrial și informațional, stresul a luat o amploare considerabilă intensificându-se în așa măsură încât a atras atenția mai multor structuri naționale și internaționale, inclusiv a Organizației Mondiale a Sănătății.

Stresul psihologic tinde să fie cel mai intens în domeniile care ne preocupă cel mai mult și unde avem cele mai mari responsabilități: familia și serviciul.

S-a constatat că la locul de muncă stresul se manifestă ca rezultat „al unor resurse psihice insuficiente pentru a face față solicitărilor și exigențelor profesionale”. În acest context cercetătorii vorbesc de un tip aparte de stres numit în termeni diferiți: *stres ocupațional*, *stres profesional* sau *stres în activitatea profesională*, care acoperă una și aceeași entitate.

Cercetătorii americani (noi am făcut și vom face frecvente referiri la lucrările lor), cei mai performanți în domeniul studiului asupra stresului, în general, și asupra stresului profesional, în special, delimitează două tipuri:

- stresul cu caracter benefic sau *eustress*-ul, care motivează și mobilizează persoana în activitatea profesională;
- stresul cu caracter negativ sau *distress*-ul, cu impact nefavorabil asupra sănătății persoanei stresate.

Delimitarea invocată a devenit un bun comun, fiind de găsit în majoritatea studiilor de referință, editate în diferite limbi.

În majoritatea studiilor și cercetărilor din psihologia ocupațională s-a ajuns la concluzia că expunerea îndelungată la evenimente psihosociale disconfortante, legate de serviciu, poate avea consecințe negative în plan mental, fizic, comportamental și social [21]. Potrivit lui S. Parasuraman și J.A. Alutto, cauzele stresului la locul de munca pot fi grupate în trei categorii [43]. Ele pot fi de ordin contextual, personal și legate de rol. Stresul contextual, constată cercetătorii E. F. Adams, D. R. Laker și C. L. Hulin ține de cantitatea însărcinării și caracteristicile structurale ale serviciului [1]. Pe de altă parte, afirmă T. A., Beehr și J. E. Newman în lucrarea *Job Stress, Employee Health and Organizational Effectiveness*, stresorii personali țin de manifestarea unor caracteristicile personale, cum ar fi controlul, anxietatea, implicarea profesională [5]. Stresul legat de rol este interpretat în literatura de specialitate ca fiind provocat de interacțiunea dintre unele aspecte ale forțelor și evenimentelor din mediu (profesional), percepute ca amenințătoare pentru așteptările individului de la rol [33].

S-a constatat [15,53] că activitatea într-un mediu stresant crește riscul atât a suferințelor de ordin fizic și psihologic, cât și a accidentelor și avariilor la locul de muncă. Un număr mare de studii ce susțin existența unei legături interdependente între condițiile de muncă (fizice și psihosociale), sănătatea și bunăstarea indivizilor au legitimat *conceptul de boală indusă de stres*. Astfel, în SUA se constată în ultimul timp o creștere evidentă a numărului cererilor de compensare a “traumelor cumulative”, adresate patronilor [40]. Conceptul de “traume cumulative” se referă la apariția unei boli mentale ca rezultat al expunerii la stres ocupațional continuu. K. M. Collins și colaboratorii săi [14] au observat în cercetarea lor din 1992 că tensiunile legate de serviciu se asociau cu cerințe profesionale înalte, or, insatisfacția profesională și intenția de a abandona locul de muncă erau asociate cu promovarea lentă în carieră și obiective profesionale neclare.

Cercetările demonstrează că angajații își dau seama din ce în ce mai mult de impactul pe care îl are stresul profesional asupra serviciilor pe care le prestează, asupra sănătății și a bunăstării. Problema stresului la locul de muncă a devenit în consecință o problemă care nu este scoasă de ceva timp din ordinea de zi a discuțiilor la forurile mondiale, tot așa cum angajații își dau la fel bine seama care este cauza degradării accentuate a stării lor fizice și morale. *Programul Internațional de Studii Sociale (International Social Survey Program)*, realizat în 15 țări, a arătat că 80% de angajați se simt stresați la locul de muncă [41].

Așa stînd lucrurile, ne propunem în spațiul acestui articol să abordăm efectele stresului profesional prin îmbinarea a două modalități: un mod inventarial/de trecere în revistă și unul corelațional. Vom încerca să enumerăm efectele generate de stresul profesional, grupîndu-le totodată în funcție de unele aspecte mai generale. Așadar, se știe că efectele stresului pot fi împărțite în trei categorii: *fiziologice, comportamentale și psihologice*.

1. Efecte fiziologice

Stresul profesional poate avea efecte directe asupra sănătății angajatului și efecte indirecte, mediate de un stil de viață nesănătos, cum ar fi fumatul și consumul de alcool. În termeni de productivitate a muncii, pierderile industriale sînt enorme. Studiile medicale au demonstrat că stresul este „implicat” în 50%-70% de boli fizice: boli de inimă, ulcerări stomacale, herpes și alte afecțiuni. Stresul profesional cauzează o rată înaltă de absențe pe motiv de boală de la locul de muncă. Cercetătorii J.Earnshaw și C. L. Cooper constată în lucrarea *Stress and Employer Liability*, apărută în 2001 la Londra, că 60% de absențe de la locul de muncă sînt cauzate de boli provocate de stres [17]. Totodată trebuie remarcat că starea sănătății însăși poate reprezenta în sine un stresor ce diminuează sau agravează posibilitățile unei persoane de a face față stresorilor inițiali. De obicei, afecțiunile sănătății legate de stresul profesional se manifestă prin simptome somatice

tipice: migrene, transpirație și amețeli [11], care indică probleme cardiovasculare și respiratorii, slăbirea sistemului imunitar și dereglări ale sistemului gastro-intestinal [16].

Mediul profesional modern se caracterizează prin creșterea numărului așa-numitor angajări “de moment” sau temporare. Acest termen se atribuie oricărui post de lucru care nu-i oferă individului un contract de munca stabil, de lungă durată. Angajările temporare se caracterizează prin senzația de nesiguranță/instabilitate, control scăzut (în privința tipului și duratei sarcinilor) și predictibilitate redusă (natura și durata angajării). Toate acestea se asociază cu satisfacție profesională scăzută, implicare profesională slabă, lipsa angajamentului organizațional și bunăstare redusă [4]. Rezultatele celui de-al Doilea Studiu European al condițiilor de muncă (*Second European Survey on working conditions*), care include informație adunată de la 15.000 de angajați din 15 țări europene, indică că pentru toate tipurile, angajații cu norma întreagă, permanent (100%) acuză urmări mai grave asupra sănătății decât cei angajați temporar sau cu ½ (50%) normă [6]. E de menționat că angajații temporari acuză un nivel înalt de insatisfacție profesională, oboseală, dureri dorsale și musculare, dar înregistrează mai puține absente și mai puțin stres în general decât cei permanenți. Angajații temporari prezintă o rată mai joasă de absente pe motiv de boală certificată medical și o mai bună gestionare a sănătății decât angajații permanenți. Rezultă că aceste diferențe nu țin efectiv doar de starea sănătății angajaților ci și de deciziile pe care aceștia le iau cu privire la momentul în care să stea acasă pe motiv de boală sau să se prezinte la serviciu bolnav [36].

Studiile cu privire la stresul profesional au avut loc în diverse organizații: agenții guvernamentale [12], departamente de poliție [20], sfere militare [47]. Toate însă au subliniat efectul negativ pe care-l poate avea stresul profesional asupra satisfacției profesionale.

Totodată o serie de alte studii, cele asupra comportamentului organizațional, susțin ideea că stresul profesional afectează performanța, angajamentul organizațional, satisfacția profesională și intențiile de schimbare a serviciului.

2. Efecte comportamentale

Efectele comportamentale se pot manifesta prin consumul sporit sau excesiv de alcool și droguri, incluzând aici și fumatul, sau prin descreșterea performanței profesionale, cauzată de nivelul înalt de absenteism sau frecvența sporită a concediilor de boala, de accidente la locul de muncă etc.[11]. În afară de aceasta, consecințele stresului profesional se pot extinde și asupra mediului familial, cauzând probleme conjugale[49]. M. E. Haskins și colaboratorii săi (A. J. Baglioni, Jr. și C. L.Cooper) au studiat sursele majore ale stresului persoanelor în vârstă din domeniul auditului, ajungând la concluzia că stresorii profesionali au efecte disfuncționale asupra productivității angajaților și vieților lor personale [24].

2.1. Absentele la locul de munca

Studiile de specialitate constată că în Statele Unite ale Americii [18], Anglia [52] și Europa [50] aproximativ o jumătate din totalitatea absențelor pe motiv de boală de la serviciu sînt legate de stres. Un studiu longitudinal, avînd ca subiecți mai bine de 10.000 de chelneri londonezi [38], a arătat că absența pe motiv de boală poate fi utilizată ca indicator al funcționării fizice, psihologice și sociale în cercetarea populației lucrătoare. Absența pe motiv de boală poate fi atribuită și gradului de insatisfacție profesională. Și anume, un nivel înalt de absență s-a înregistrat în cazul angajaților cu un nivel scăzut de satisfacție profesională. Astfel de constatări pot sugera că angajații stresați din cauza insatisfacției la locul de muncă, utilizează boala ca strategie de coping, încercînd în așa mod să evadeze pentru o perioadă din mediul profesional ce le provoacă stres. Cu toate acestea, unii psihologi, în urma studiilor efectuate [37], nu validează observația colegilor lor, care văd o relație directă între stres și absență, contrazincînd ideea potrivit căreia absența ar fi un răspuns de coping la stresului profesional.

Într-un studiu longitudinal efectuat asupra lucrătorilor din guvernul finlandez, s-a ajuns la concluzia că absențele de lungă durată (mai mult de trei zile) pe motiv de boală, cu certificate medicale, se aflau în strînsă legătură cu un angajament organizațional redus și motivare scăzută [55]. Aceste efecte psihologice au urmări comportamentale în sensul în care angajații își reduc din eforturile de menținere sau sporire a calității randamentului și caută alte oportunități de angajare [35]. Cu toate acestea în procesul evaluării impactului stresului profesional asupra randamentului angajatului trebuie să se ia în considerare tipul de angajare.

2.2. Stresul profesional și performanța

Teoriile cu privire la efectele stresului profesional asupra performanței sînt împărțite, pornind de la aceea că oamenii sînt diferiți și reacționează în mod diferit în situații de stres la locul de muncă. Majoritatea oamenilor vor considera stresul profesional ca fiind un fenomen negativ cu efecte nocive asupra bunăstării și performanței, pe cînd există persoane care, dimpotrivă, „înfloresc” în condiții de stres. O serie de cercetători sînt de părerea că o creștere treptată a stresului profesional de la zero la moderat se asociază cu creșterea performanțelor, însă la un moment depășirea „liniei invizibile de demarcație”/creșterea suplimentară a stresului duce la scăderea performanțelor. Există însă și un alt punct de vedere, promovat de J. Greenberg și R.A. Baron. Potrivit acestor psihologi, prezența stresului, oricît de slab, cauzează scăderea performanțe [22].

Performanța ar putea fi afectată negativ de conflictul de rol, din cauza unei confuzii la nivel de semnale de rol care accentuează dificultatea rolului. Acest efect a fost argumentat științific cam în aceeași perioadă de către M.Jamal - în 1984 [30], S. Rabinowitz și S. Stumpf – în 1987 [46] și

alții. Performanța ar mai putea fi afectată și de ambiguitatea rolului, constată alți cercetători ai fenomenului [3, 8, 30]. Supraîncărcarea rolului poate cauza epuizare fizică, cognitivă și emoțională care, ulterior, poate cauza deteriorarea calității performanței [29, 48].

2.3. Stres si decizie

Efectele negative pe care le are stresului profesional asupra deciziei se manifestă la nivelul etapelor procesului decizional. Acest proces constă din etapa preparator/pregătitoare (colectarea informațiilor), etapa de prelucrare și interpretare a acestor informații și etapa decizională. Dacă una din aceste trei etape sau chiar toate trei se desfășoară în condiții de stres, este foarte probabil ca individul să ia decizii greșite care ar putea avea consecințe grave mai apoi [56].

2.4. Stres si conducere

Stresul la locul de munca poate avea repercusiuni și asupra activității de conducere. Ca și în cazul performanței, teoriile diferă. Unii cercetători vad stresul ca fiind benefic, perceput ca stimul în activitatea de conducere. În acest sens, există chiar și un tip de conducere numit „conducere prin criză”, care se manifestă prin încercarea de a găsi soluții în situații stresante, în speranța de a găsi soluții geniale. Alți autori însă consideră că stresul profesional nu face decât să adâncească criza. Stresul la locul de munca influențează și asupra stilului de conducere, favorizând alegerea unui anumit stil de conducere. Unii îl preferă pe cel autoritar, alții însă, din contra, se arată a fi mult mai receptivi la sugestiile subordonaților. O explicație ar fi că în momente de stres conducătorii resimt nevoia de idei, informații suplimentare relevante. Alții însă explică adoptarea unui stil de conducere egalitar prin frica de asumare a întregii responsabilități [56].

3. Efecte psihologice

Printre cele mai frecvente efectele psihologice se pot număra dereglări afective, precum sînt anxietatea, depresia [2], furia [34] și epuizarea totală (*burnout*). S-a constatat că expunerile îndelungate stresului profesional se termină cu boli mentale și sinucideri [34]. Unele cercetări au demonstrat existența unei strînse legături între epuizarea totală la locul de muncă și depresie sau anxietate [23]. Se știe că cerințele externe contribuie semnificativ la apariția epuizării emoționale. F. Jones, B. Fletcher și K. Ibbetson afirmă, în acest sens, că nu e surprinzător faptul că angajații din sfera socială suferă în mod deosebit de anxietate, depresie și *burnout*, fiind deseori supuși unor situații intense pe plan emoțional [31].

Cercetările și observările sistematice asupra stresului profesional au început odată cu lucrările lui Kahn și ale colegiilor săi în anii 1960-1970. În cercetarea sa cercetătorul american Kahn a acordat o mai mare atenție caracteristicilor subiective și personale în defavoarea caracteristicilor situației, în cazul stresului legat de serviciu. Mai târziu însă au apărut concepte noi în țările scandinave, de

data aceasta opuse conceptelor lui Kahn, subliniind importanța caracteristicilor serviciului în apariția stresului profesional [10].

După cum menționam mai sus, profesia în ziua de azi este legată de cerințe comportamentale, cognitive și emoționale extreme de solicitante. Orice dezechilibru al acestor aspecte poate duce în final la disfuncții psihosomatice de scurtă sau lungă durată, cum ar fi epuizare totală (*burnout*); depresie; boli cardiovasculare și probleme musculo-scheletale [51]. Iar stresul profesional este o problemă ce capătă amploare în majoritatea țărilor. Din această cauză fenomenul nu reprezintă doar o problemă socială, ci și una științifică. După cum se știe, pentru a combate o problemă trebuie depistată cauza. Iar în cazul stresului profesional sursa “relelor” poate fi atât personalitatea individului, cât și caracteristicile meseriei, dar mai cu seama a meseriei ce prestează servicii. Acest tip de profesie include toate activitățile economice, produsul cărora nu este un produs fizic sau o construcție, este consumat, în același timp furnizând valoare adăugată sub diferite forme (plăcere, amuzament, confort, sănătate, etc.) intangibile.” [42,45].

În cartea lui P.K. Mills *Managing Service Industries: Organizational Practices in Postindustrial Economy*, publicată în 1986, citim că există două tipuri de meserii: cele care oferă servicii și cele care nu oferă servicii. Meseriile care oferă servicii, la rândul lor, se împart în meserii care oferă servicii directe și meserii care oferă servicii indirecte [39]. În cazul meseriilor ce oferă servicii directe sarcina de bază este să “modifice” clientul fizic sau psihologic, cum ar fi cazul unui consilier/ consultant, al unui medic, profesor etc. Aceste meserii au 2 proprietăți:

- a.) se lucrează direct cu persona a cărei bunăstare trebuie protejată, menținută sau crescută/intensificată prin definirea, modelarea sau schimbarea atributelor personale;
- b.) indivizii cu astfel de meserii sînt mandatați să promoveze și să protejeze bunăstarea clienților lor.

Meseriile ce prestează servicii indirecte (majoritatea serviciilor, cum ar fi, de exemplu contabilii), oricum, îndeplinesc o serie de sarcini de contact direct cu alte persoane. De regulă, stresul profesional se referă la apariția emoțiilor negative provocate de situații solicitante la locul de munca [19]. După cum constată autorii articolului *Psychosocial aspects of occupational stress*, în categoria acestor emoții negative intră frica, furia, vina, gelozia, invidia [9].

Stresul apare cînd cerințele profesionale sînt fie exagerate, fie minimalizate. Potrivit lui F. Jones și B. Fletcher [32], cerințele profesionale sînt totalitatea sarcinilor ce trebuie executate într-un anumit timp. Cerințele profesionale contribuie la apariția consecințelor negative atunci cînd ele necesită efort adițional întru realizarea lor. În general, consecințele negative se pot prezenta sub

forma de depresie sau anxietate. In anumite circumstanțe favorabile, intensificarea cerințelor profesionale poate fi un lucru bun, avînd consecințe pozitive [54].

Cerințele profesionale se sprijină în mod firesc pe ceea ce numim resursele profesionale, care includ o serie de factori inerenti desfășurării unei activități specializate: grad de pregătire, dar și calități umane adecvate etc. Potrivit lui S.E. Hobfoll, resursele profesionale sînt necesare pentru a înțelege stresul profesional. Ele pot fi comparate cu un rezervor energetic la care individual apelează cînd trebuie să răspundă stimulilor de tipul cerințelor profesionale/ de la serviciu [25, 26]. Este important să se facă distincție între *disponibilitatea* resurselor și *utilizarea* lor. De exemplu, pot apărea efecte negative asupra sănătății unui individ atunci cînd acesta știe că nu are putere de decizie, chiar dacă nu este și nici nu va fi pus vreodată în situația să decidă ceva sau să schimbe mersul lucrurilor. Dar neutilizarea resurselor disponibile poate genera la fel și efecte negative. Individual care poate decide amînarea realizării unei sarcini, dar nu o face, se poate trezi cu acutizarea stării de stres ca rezultat și, respectiv, cu apariția problemelor de sănătate.

Este evident că toate profesiile implică o doză de stres. Cu toate acestea există o serie de profesii deosebit de stresante prin faptul că solicita atît o rezistență fizică, cit și psihica. Cele mai dificile profesii din acest punct de vedere implică disimularea emoțiilor și sentimentelor și acestea fac parte din sfera medicinei, învățămîntului și serviciilor sociale. Acesta este topul celor mai stresante meserii din Statele Unite ale Americii, la ora actuală [28]. În afara surmontării emoționale căreia trebuie să-i facă față zi de zi, personalul medical trece printr-o serie de procese de adaptare fiziologică, care nu lasă intactă bunăstarea psihologică și fiziologică. Studiile de specialitate au demonstrat că oamenii care sînt obligați să stea de veghe toată noaptea își reduc considerabil cîmpul atenției, pentru că luptă cu somnul (mai ales în partea a doua a nopții), si se concentrează involuntar pe starea de disconfort pe care o resimt [27]. De regulă, sîntem ființe diurne: sîntem active ziua, iar noaptea, în mod normal, dormim și ne refacem. O serie de procese biologice importante ale organismului uman sînt legate de acest ciclu. E știut lucru, spre exemplu, că temperatura corpului este mai ridicată ziua decît noaptea. Orice dezechilibru al acestui ciclu cere o perioada de adaptare la noile condiții (cum ar fi schimbarea fusului orar sau nevoia de a te trezești de cîteva ori pe noapte). Oamenii supuși unui schimb brusc și îndelungat al ceasului biologic au probleme de inimă, gastrointestinale etc. [7]. Apariția problemelor de ordin personal, ale dezechilibrului vieții sociale și familiale sînt foarte probabile în astfel de circumstanțe [13]. Lipsa de somn este o altă consecință a meseriei trepidante de doctor. Insuficiența de somn este atît de insuportabilă încît este folosită ca mijloc de tortură. Lipsa de somn, combinată cu izolarea socială generează halucinații și simptome paranoide [44].

Summary

It is well known that the evolution of the society raises new challenges for the researchers. Thus, the investigation of the professional stress and the ways of coping with, is one of the most important problems of the modern psychology. In this respect, we are willing to approach the effects of the professional stress in two combined ways: an inventarial way and a correlational one. We will mention the effects generated by the professional stress, breaking them into several groups according to some general aspects.

Referințe bibliografice

1. Adams E. F., Laker D. R., Hulin C. L. *An Investigation of the Influence of Job Level and Functional Specialty on Job Attitudes and Perceptions* // Journal of Applied Psychology. – 1977. – No. 62. - P.335-343.
2. Amick B.C., Kawachi I., Coakley E.H., Lerner D., Levine S., Colditz G.A. *Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States* // Scandinavian Journal of Work Environment Health. – 1998. – No. 24. –P.54-61.
3. Bagozzi IL. *The Nature and Causes of Self-Esteem, Performance and Satisfaction in the Sales Force: A Structural Equations Approach* // Journal of Business. – 1980. – No.53. – P. 315-331.
4. Beard K. M., Edwards J. R. *Employees at risk: contingent work and the psychological experience of contingent workers* / In C. L. Cooper and D. M. Rousseau (eds). *Trends in Organizational Behaviour*, vol. 2. - Chichester: John Wiley, 1995.
5. Beehr T. A., Newman J. E. *Job Stress, Employee Health and Organizational Effectiveness: A Facet Analysis, Model, and Literature Review* // Personnel Psychology. – 1978. –No.31. – P. 665-699.
6. Benavides F. G., Benach J., Diez-Roux A. V. and Roman C. *How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on working conditions* //Journal of Epidemiology and Community Health. – 2000. – No.54. - P.494-501.
7. Bohle P., & Tilley A.J. *The impact of night work on psychological well-being*// Ergonomics. – 1989. – No.32. – P. 1089-1099.
8. Breugh J. A *Comparative Investigation of Three Measures of Role Ambiguity* // Journal of Applied Psychology. – 1980. – No.38(4). – P.584-589.
9. Buunk B.P., de Jonge J., Ybema J.F. and de Wolff Ch.J. *Psychosocial aspects of occupational stress/* In P.J.D. Drenth, H.K. Thierry, and Ch.J. de Wolff (eds.). *Handbook of Work and Organizational Psychology*, Vol. 2 (Work Psychology), 2nd edn. -Hove: Psychology Press, 1998. – P.145-182.
10. Calnan M., Wainwright D. and Almond S. *Job strain, Effort-Reward imbalance and mental distress: A study of occupations in general medical practice*// Work and Stress. – 2000. – No.14. – P. 297-311.
11. Caplan R.D., Cobb S., French J.R.P., Harrison R.V. and Pinneau S.R. Jr. *Job demands and worker health* //Washington DC.: H.E.W. Publication. – 1975. - No. NIOSH. – P.75-160.
12. Cohen S. *After-Effects of Stress on Human Performance and Social Behavior*// A Review of Research and Theory. Psychological Bulletin. – 1984. – No.88. – P.82-108.
13. Colligan M.J., & Rosa R.R. *Shiftwork effects on social and family life. Occupational Medicine*// State of the Art Reviews. – 1990. – No. 5. – P.315-322.
14. Collins K. M., and Killough L. N. (1992). *An Empirical Examination of Stress in Public Accounting*// Accounting, Organizations and Society. – 1992. No. 17(3). – P. 535-547.
15. Cooper C. L. and Cartwright S. *Healthy mind; healthy organization-a proactive approach to occupational stress*// Human Relations. – 1994. – No.47. – P. 455-71.
16. Cox T., Griffiths A. and Rial-Gonzalez E. *Research on work-related stress* //Belgium: European Agency for Safety and Health at Work. – 2000a.
17. Earnshaw J. and Cooper C. L. *Stress and Employer Liability*. - London: Institute of Personnel and Development (IPD). – 2001.
18. Elkin A. J. and Rosch P. J. *Promoting mental health at the workplace: the prevention side of stress management. Occupational Medicine*// State of the Art Review. – 1990. – No.5. – P.739-54.
19. Gaillard A.W.K. and Wientjes C.J.E. *Mental load and work stress as two types of energy mobilization*// Work & Stress. – 1994. – No.8. – P.141-152.
20. Gaines J., and Jermier J. M. *Emotional Exhaustion in a High Stress Organization*// Academy of Management Journal. – 1983. – No. 26. – P. 567-587.
21. Ganster D.C. and Schaubroeck J. *Work stress and employee health*// Journal of Management. – 1991. – No.17. –P. 235-271.
22. Greenberg J., Baron R. A. *Behavior in Organizations*. - Boston: Allyn and Bacon, 1993.
23. Greenglass E.R. and Burke R.J. *Burnout over time*// Journal of Health and Human Resources Administration. – 1990. – No.13. – P.192-204.
24. Haskins M. E., Baglioni A. J., Jr. and Cooper C. L. *An Investigation of Sources, Moderators, and Psychological Symptoms of Stress Among Audit Seniors*// Contemporary Accounting Research. – 1990. – No.6(2). – P.361-385.
25. Hobfoll S.E. *Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress*// American Psychologist. – 1989. – No.44. – P.513-524.

26. Hobfoll S.E. *The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources Theory. Applied Psychology// An International Review.* – 2001. – No.50. – P.337-370.
27. Hockey G.R.J. *The effect of loud noise on attentional selectivity// Quarterly Journal of Experimental Psychology.* – 1970. – No.22. – P. 28-36.
28. http://www.associatedcontent.com/article/92667/the_most_stressful_jobs_in_america.html
29. Jackson S., and Schuler R. *A Meta-Analysis and Conceptual Critique of Research on Role Ambiguity and Role Conflict in Work Settings// Organizational Behavior and Human Performance.* – 1985. – No.36(1). – P.16-78.
30. Jamal M. *Job Stress and Job Performance Controversy: An Empirical Assessment// Organizational Behavior and Human Performance.* – 1984. – No.33(1). – P.1-22.
31. Jones F., Fletcher B. and Ibbetson K. *Stressors and strains amongst social workers: Demands, supports, constraints, and psychological health// British Journal of Social Work.* – 1991. – No.21. – P. 443-469.
32. Jones F. and Fletcher B. *Job control and health/ In Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M. and Cooper, C.L. (eds). Handbook of Work and Health Psychology.* – Chichester: Wiley, 1996. – P.33-50.
33. Kahn R. L., Wolfe D. M., Quinn R. P., Snoek J. D. and Rosenthal R. A. *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity.*- New York, NY: Wiley, 1964.
34. Kendall E., Murphy P., O'Neill V. and Bursnall S. *Occupational stress: Factors that contribute to its occurrence and effective management.* - Centre for Human Services, Griffith University. - 2000.
35. King J. E. (2000). *White-collar reactions to job insecurity and the role of the psychological contract: implications for human resource management// Human Resource Management.* – 2000. – No.39. – P.79-91.
36. Kivimäki M., Elovainio M., Vahtera J. and Cooper C. L. *Contingent employment, health and sickness absence// Scandinavian Journal of Work, Environment and Health.* – 2001. – No. 27. – P.365-72.
37. Manning M. R. and Osland J. S. *The relationship between absenteeism and stress// Work and Stress.* – 1989. – No.3. – P. 223-35.
38. Marmot M. G., Feeney A., Shipley M., North F. and Syme S. L. *Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study// Journal of Epidemiology and Community Health.* – 1995. – No.49. – P. 124-30.
39. Mills P.K. *Managing Service Industries: Organizational Practices in Postindustrial Economy.* - Cambridge, Mass.: Ballinger, 1986.
40. National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) (1996). National Occupational Research Agenda (NORA). <http://www.cdc.gov/niosh/nora.html> 30
41. OECD (1999). *Implementing the OECD Job Strategy: Assessing Performance and Policy.* Paris: OECD.
42. Parasuraman A., Zeithaml V.A. and Berry L.L. *SERVQUAL: A multiple-item Scale for measuring consumer perceptions of service quality// Journal of Retailing.* – 1988. – No. 64. – P.12-40.
43. Parasuraman S., and Alutto J. A. *Sources and Outcomes of Stress in Organizational Settings: Toward the Development of a Structural Model// Academy of Management Journal.* – 1984. – No.27. – P.330-350.
44. Pasnau R.O., Naitoh R., Stier S., & Kollar E.J. *The psychological effects of 205 hours of sleep deprivation// Archives of General Psychiatry.* – 1968. – No.18. – P.469-483.
45. Quinn J.B., Baruch J.J. and Cushman Paquette P. *Technology in services// Scientific American.*, – 1987. – No.257. – P.50-58.
46. Rabinowitz S. and Stumpf S. *Facets of Role Conflict, Role-Specific Performance and Organizational Level within the Academic Career// Journal of Vocational Behavior.* – 1987. – No.22 (1). – P.72-83.
47. Rogers R., Li E. Y. and Shani A. B. *Perceptions of Organizational Stress Among U.S. Military Officers in Germany: An Exploratory Study// Group and Organization Studies.* – 1987. – No.12(2). – P.189-207.
48. Sales S. *Some Effects of Role Overload and Role Underload// Organizational Behavior and Human Performance.* – 1970. – No.4(4). – P.405- 592.
49. Sauter S.L., Murphy L.R. and Hurrell Jr, J.J. *Prevention of work-related psychological disorders// American Psychologist.* – 1990. – No.45. – P.1146-1158.
50. Schabracq M., Winnubst J. and Cooper C. *Handbook of Work and Health Psychology.* - New York: John Wiley, 1996.
51. Schnall P.L., Belkic K.L., Landsbergis P.A., Schwartz J.E., Baker D. and Pickering T.G. *The need for work site surveillance of hypertension.* Third International Conference on Work Environment and Cardiovascular Diseases, Duesseldorf, 2001.
52. Sigman A. *The state of corporate health care// Personnel Management.* – 1992. – February. – P.47-61.
53. Sutherland V. and Cooper C. L. *Stress and Accidents in the Offshore Oil and Gas Industry.* - Houston, TX: Gulf Publishing, 1991.
54. Warr P.B. *Work: Unemployment and Mental Health.* - Oxford: Oxford University Press, 1987.
55. Worrall L. and Cooper C. L. *Quality of Working Life 1998 Survey of Managers' Changing Experiences.* - London: Institute of Management, 1998.
56. Zlate M. *Tratat de psihologie organizational-managerială.*- Volumul al II-lea.- Iasi: Polirom, 2007- P. 589-591.

Primit 10.12.07