

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN CHIȘINĂU

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: 316.6:159.923-055.2(043.3)

CRĂȘMARU ANA MARIA

DEZVOLTAREA PERSONALĂ A TINERELOR FEMEI

DESCENDENTE DIN MEDII FAMILIALE AGRESIVE

Specialitatea 511.02 Psihologia dezvoltării și psihologia educațională

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:



Losii Elena, dr. în psihol., conf. univ.

Autor:



Crășmaru Ana Maria

CHIȘINĂU, 2022

© Crășmaru Ana Maria, 2022

CUPRINS

ADNOTARE	3
АННОТАЦИЯ	4
ANNOTATION	5
LISTA ABREVIERILOR	6
INTRODUCERE	7
1. REPERE TEORETICE PRIVIND DEZVOLTAREA TINERELOR FEMEII ÎN MEDIILE AGRESIVE	19
1.1. Delimitări conceptuale privind mediile agresive și disfuncționale de dezvoltare.....	19
1.2. Comportamentul agresiv – cauze, tipuri și consecințe	24
1.3. Factori de risc și factori protectivi în devianța feminină	28
1.4. Abordări conceptuale ale violenței în familie. Dezvoltarea personală – mijloc de activare a resurselor interioare	35
1.5. Concluzii la Capitolul 1	54
2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A PARTICULARITĂȚILOR PSIHOLOGICE ALE TINERELOR FEMEII PROVENITE DIN MEDII AGRESIVE	54
2.1. Scopul, obiectivele și ipotezele cercetării constatative	56
2.2. Metodologia cercetării	57
2.3. Rezultatele cercetării experimentale ale caracteristicilor psihologice la tinerele femeii descendente din medii agresive	64
2.4. Concluzii la Capitolul 2	100
3. PROGRAMUL DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ PENTRU DEZVOLTAREA PERSONALĂ A TINERELOR FEMEII DESCENDENTE DIN MEDIILE AGRESIVE	102
3.1. Prezentarea generală a programului formativ	102
3.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor dezvoltării personale a femeilor tinere provenite din medii agresive și violente în condiții experimentale	110
3.3. Concluzii la Capitolul 3	142
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	143
BIBLIOGRAFIA	147
ANEXE	160

ANEXA 1. Instrumentele psihologice utilizate	160
ANEXA 2. Analiza rezultatelor experimentului de constatare	173
ANEXA 3. Analiza rezultatelor experimentului formativ	215
ANEXA 4. Programul grupului de dezvoltare	245
ANEXA 5. Fișa de evaluare pe parcurs	258
ANEXA 6. Fișa de evaluare finală	259
ANEXA 7. Solicitare formare grup de lucru / intenția și descrierea programului de dezvoltare personală	261
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	262
CURRICULUM VITAE	263

ADNOTARE

Crășmaru Ana Maria. Dezvoltarea personală a tinerelor femei descendente din medii familiale agresive. Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2022

Structura tezei: Teza este constituită din adnotare (în 3 limbi), lista abrevierilor, introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 229 titluri, 7 anexe, 146 de pagini text de bază, 49 figuri și 46 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 11 lucrări științifice.

Cuvinte cheie: violență domestică, agresivitate, abuz, femei tinere, traumă, tulburare emoțională, stres, program de intervenție, familie, factori de risc, factori protectivi.

Scopul cercetării a constat în identificarea particularităților psihologice ale tinerelor femei din medii familiale agresive, elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică pentru dezvoltarea personală a acestora.

Obiectivele cercetării: determinarea reperelor toretice privind dezvoltarea femeilor în medii agresive; elaborarea și realizarea proiectului de cercetare prin aplicarea diferitelor instrumente de investigare și evaluare a personalității tinerelor femei provenite din medii agresive; evidențierea particularităților de personalitate în raport cu riscul domestic la femeile tinere din medii agresive; identificarea factorilor protectivi de personalitate; elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică de dezvoltare personală a tinerelor femei provenite din medii agresive; evaluarea programului de intervenție psihologică implementat; elaborarea de recomandări pentru lucrul cu acestea.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată la nivel național a fost realizat studiul experimental al personalității tinerelor femei provenite din medii agresive, a fost identificat specificul interacțiunilor tinerelor femei implicate în violența domestică cu agresorul din familia de bază, a fost evaluat nivelul de risc pentru violența domestică pentru femeile provenite din medii agresive ale familiei de origine, a fost determinat nivelul de agresivitate și componentele acestui psiho-comportament (agresivitate fizică și verbală, ostilitate, furie) la tinerele femei, a fost evaluat nivelul de auto-percepție privind statutul de victimă a violenței domestice, au fost investigați factorii de personalitate la femeile victime ale violenței domestice, susceptibili a fi predictorii ai statutului de victimă-agresor și relațiile dintre aceștia, a fost explicată legătura existentă între agresivitatea percepută în familia de origine și agresivitatea manifestă/suportată în familia actuală, fapt ce a permis dezvoltarea personală a tinerelor femei provenite din medii agresive trecute și prezente în urma aplicării programului de intervenție psihologică. În sine, acest Program de intervenție psihologică de tip experiențial este elementul central de noutate și originalitate științifică, care și-a demonstrat eficiența prin rezultatele obținute, cu atât mai mult cu cât este aplicabil tuturor categoriilor de femei, indiferent de nivelul de studii academice.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în identificarea particularităților de personalitate la tinerele femei provenite din medii agresive și evaluarea impactului unui program de intervenție psihologică pentru dezvoltarea personală a acestora.

Semnificația teoretică constă în evidențierea particularităților de personalitate dezvoltate de tinerele femei provenite din medii familiale agresive dar și a factorilor de risc și protectivi ai acestora.

Valoarea aplicativă a lucrării. În cadrul studiului a fost elaborat, implementat și evaluat un program de intervenție psihologică având ca obiectiv dezvoltarea personală a tinerelor femei provenite din medii familiale agresive. Rezultatele obținute completează cunoștințele științifice actuale, rezultatele cercetării aflându-se la baza unui program de dezvoltare personală, fundamentat teoretic, cât și practic. Programul de intervenție psihologică poate fi aplicat de către psihologii autonomi, care își desfășoară activitatea în sistemele de protecție socială, în centrele de evaluare și consiliere de stat și non-guvernamentale. Metodele și recomandările propuse pot fi utilizate în activitatea practică de consiliere psihologică a victimelor violenței domestice, cât și la elaborarea unor programe individuale sau training-uri de dezvoltare personală.

Implementarea rezultatelor cercetării. Rezultatele acestui studiu sunt utilizate în procesul de formare continuă/complementară al psihologilor clinicieni, consilieri și psihoterapeuți și sunt recomandate pentru pregătirea specialiștilor în violența domestică. Teza constituie o contribuție la îmbogățirea literaturii științifice naționale în domeniul psihologiei și este utilizată în activitatea de consiliere psihologică la GTL Medical Clinic, Bacău, România.

АННОТАЦИЯ

Крышмару Ана Мария. Личностное развитие молодых женщин из агрессивных семейных сред. Диссертация на соискание ученой степени доктора психологии. Кишинэу, 2022

Структура диссертации. Диссертация состоит из аннотаций, списка сокращений, введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 229 названий, 7 приложений, 146 страниц основного текста и включает 49 рисунков и 46 таблиц. Результаты исследования опубликованы в 11 научных работах.

Ключевые слова: домашние насилие, агрессивность, абьюз, молодые женщины, травма, эмоциональное расстройство, стресс, программа психологической интервенции, семья, факторы риска, защитные факторы.

Цель исследования: выявление психологических особенностей молодых женщин из агрессивных семейных сред, а также разработка и апробирование программы психологической интервенции, направленной на развитие их личности.

Задачи исследования: определение теоретических положений, касающихся развития женщин из агрессивных сред; разработка и реализация исследовательского проекта с применением различных методик для изучения и оценки личности молодых женщин из агрессивной семейной среды; выявление особенностей личности в зависимости от домашнего риска у молодых женщин из агрессивной среды, идентификация защитных факторов личности; разработка и реализация программы психологической интервенции развития личности молодых женщин из агрессивных сред; оценка эффективности программы психологической интервенции; разработка рекомендаций по работе с молодыми женщинами, подверженными насилию.

Научная новизна и оригинальность. Впервые на национальном уровне было проведено экспериментальное исследование характеристик личности молодых женщин из агрессивных сред; выявлены специфические взаимодействия молодых женщин, вовлеченных в домашнее насилие с агрессором из основной семьи; был оценен уровень риска для домашнего насилия у женщин из агрессивных семей и компоненты этого поведения (физическая и вербальная агрессия, враждебность и гнев); был оценен уровень собственного восприятия статуса жертвы домашнего насилия; исследовались личностные факторы у женщин, подверженных насилию, которые являются предикторами статуса жертвы – насильника и взаимоотношения между ними; также была объяснена выявленная связь между воспринимаемой агрессией в семье происхождения и явной агрессией в собственной семье, факт который способствовал личностному развитию молодых женщин из агрессивной среды в рамках применения психологической программы. Именно психологическая программа является самым важным элементом научной новизны и оригинальности, полученные результаты доказывают эффективность программы, которая может быть применена с разными категориями женщин вне зависимости от уровня их образования.

Решенная значимая научная проблема заключается в идентификации личностных характеристик молодых женщин из агрессивной среды и выявления воздействия программы психологических интервенций на их личностное развитие.

Теоретическая значимость работы заключается в выявлении личностных особенностей молодых женщин из агрессивной семейной среды, а также факторов риска и защитных факторов.

Практическая значимость работы. В рамках исследования была разработана и реализована программа психологических интервенций, направленная на развитие личности молодых женщин из агрессивных семей. Полученные результаты дополняют существующие современные знания, результаты исследования составляют основу для психологической программы личностного развития, которая была теоретически и практически обоснована. Программа психологических интервенций может быть использована психологами, работающими в системе социальной защиты, в государственных и негосударственных центрах консультирования. Предложенные методы и рекомендации могут быть использованы в практической деятельности психологического консультирования жертв домашнего насилия, а также при разработке индивидуальных программ или тренингов для личностного развития.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования использованы в процессе непрерывного образования клинических психологов, консультантов и психотерапевтов и рекомендованы для подготовки специалистов в области домашнего насилия. Диссертация является вкладом в обогащение научной национальной литературы в области психологии и используется в психологическом консультировании в GTL Medical Clinic, Бакэу, Румыния.

ANNOTATION

Crășmaru Ana Maria. The personal development of young women descends from aggressive family backgrounds. Doctoral Thesis in Psychology, Chișinău, 2022

Thesis structure: The thesis consists of annotation (in 3 languages), list of abbreviations, introduction, three chapters, conclusions and recommendations, bibliography of 229 titles, 7 annexes, 146 basic text pages, 49 figures and 46 tables. The obtained results are published in 11 scientific papers.

Keywords: domestic violence, aggression, abuse, young women, trauma, emotional disorder, stress, intervention program, family, risk factors, protective factors.

The research purpose was to identify the psychological peculiarities of young women from aggressive family environments, to develop and implement a psychological intervention program for the development of their personality.

The research goals were: reviewing (studying and analyzing) the literature on women's development in aggressive environments; elaboration and realization of the research project by applying different methods for investigating and evaluating the personality of young women from aggressive environments; highlighting personality traits related to domestic risk in young women from aggressive environments; identifying the levels of protective personality factors; elaboration and implementation of a psychological intervention program for personal development of young women from aggressive environments; evaluation of the implemented psychological intervention program; developing recommendations for working with women at risk of domestic violence.

The important scientific problem solved in the research consists in identifying the personality peculiarities of young women from aggressive environments and evaluating the impact of a psychological intervention program for the development of their personality.

Scientific novelty and originality. For the first time at national level, the experimental study of the personality women from aggressive backgrounds was conducted; the specificity of the interaction of young women involved in domestic violence with aggressor from the basic family was identified, the level of risk for domestic violence for women from aggressive backgrounds of the origin was assessed; the level of aggression and its components (physical and verbal aggression, hostility and anger) in young women were highlighted; the level of self-perception on the status of victim of domestic violence was assessed; the personality factors of women victims of domestic violence that are considered to be predictors of status of victim-aggressor and the relation between them were investigated; the relation between the perceived aggression in origin family and the manifest aggression in the current family was explained, this fact allowed to develop the personality of young women from past and present aggressive environment through the application of program of psychological intervention. This psychological intervention program represents the originality and the scientific novelty.

The theoretical significance consists in highlighting the personality peculiarities developed by young women from aggressive family backgrounds and their risk and protective factors.

The applied value of the work. During the study, a psychological intervention program was developed, implemented and evaluated with the objective of developing the personality of young women from aggressive family backgrounds. The obtained results join and complete the current knowledge, the research results being the basis of a personal development program, grounded theoretically and practically. The psychological intervention program can be applied by psychologists and coaches, who work in social protection systems, in state and non-governmental assessment and counselling centres dedicated to people involved in domestic violence. The proposed methods and recommendations can be used in the practical activity of psychological counselling of victims of domestic violence, in the development of individual programs and personal development trainings.

Implementation of scientific results. The obtained results are used in the process of continuous training of clinical psychologist, counsellors psychotherapists and are recommended for the training of specialists in domestic violence. The thesis represents a contribution to the enrichment of the scientific literature in the field of psychology and is used in the activity of psychological counselling at GTL Medical Clinic, Bacău, România.

LISTA ABREVIERILOR

APA – Asociația Psihologilor Americani

DA – Danger Assesment (Evaluarea Riscului domestic)

DASS 21-R - Scalele de depresie, anxietate și stres

DSM - Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale

ICD - International Classification of Diseases

IE – Inteligență emoțională

PID - Personality Inventory for DSM-5 (Chestionar de evaluare a personalității)

SAD – Stop Abuzului Domestic

VPI – Violența în parteneriatul intim

GE – Grup experimental

GC – Grup control

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei studiate. *Comportamentul agresiv* se poate manifesta de la abuzuri verbale – prin cuvinte care jignesc și calomniază – până la distrugerea de bunuri, iar cei care-l manifestă au un temperament impulsiv, irascibil și agitat. Acest comportament agresiv în spațiul familial este o problemă de mare actualitate în întreaga lume, fără ca subiectul să se fi epuizat, rămânând așadar ca un teren de cercetare în care conceptualizarea este controversată și plină de nepotriviri, iar operaționalizarea, inclusiv cea de natură statistică, are dificultăți cu tot felul de taxonomii care nu se validează reciproc, cât și cu o lipsă totală de consens privind definițiile de lucru. Mediul familial agresiv - este mediul familial unde se produc acțiuni sau proceduri în forță, cum ar fi atacuri de orice fel (fizice, emoționale, sexuale) neprovocate, mai ales atunci când acestea sunt destinate să domine sau să stăpânească, pentru a deține controlul în familie. Agresivitatea în familia de proveniență și violența în familie reprezintă probleme sociale care, deși bine cunoscute, sunt încă asociate cu incertitudinea și tabuurile. Multe femei experimentează violență psihologică și / sau fizică în relațiile lor intime sau în mediul social imediat, ceea ce devine pentru ele o problemă serioasă de sănătate fizică și mentală. La nivel global, victimele agresiunii domestice sunt, în general, femei, iar femeile tind să experimenteze forme violente mai severe.

În unele țări și culturi, violența domestică este adesea considerată justificată, în special în cazurile de infidelitate reală sau suspectată din partea femeii și este permisă în mod legal. În România, violența domestică este ilegală, dar există o cutumă a acceptării. Poliția română a dat publicității Raportul cu datele despre cazurile de violență domestică raportate în România, pentru primele 7 luni ale anului 2020, astfel: 4882 agresori bărbați, 147 femei agresoare, 5500 victime și au fost emise peste 4800 Ordine de protecție, cifrele fiind alarmante. Din datele statistice existente putem constata că femeia tânără, femeia care nu a ajuns, încă, la nivelul de maturitate, este cea mai expusă agresiunii domestice.

Violența împotriva femeilor ia amploare și în Republica Moldova. În Raportul pentru anul 2020 cu privire la violența în familie și violența față de femei al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova se prezintă dinamica adresărilor despre cazurile de violență în familie pe parcursul anilor 2012 – 2020 astfel: dacă în anul 2012 numărul adresărilor ajungea la 6569, la nivelul anului 2020 - numărul adresărilor a atins alarmant cifra de 12970 (ținând cont și de izolarea socială datorată Covid- 19). Dinamica adresărilor cu problemă de violență domestică este în creștere, fapt acutizat și de situația pandemică. În 2020 3 din 4 femei (75%) au fost supuse unei forme de violență din partea partenerului intim, 3 din 4 violenței psihologice. Cu regret, conform datelor *Centrului de drept al femeilor din RM*, încă 41,1% de bărbați și 19,1%

femei consideră că sunt momente când femeia trebuie bătută, și 27,7 % bărbați și 17,5 % femei consideră că o femeie trebuie să tolereze violența pentru a-și păstra familia.

Cercetările au identificat corelații directe și semnificative între nivelul de egalitate între sexe al unei țări și ratele violenței domestice, cazuri în care, țările cu o egalitate de gen mai mică, înregistrează rate mai mari de violență în familie. Violența domestică se numără printre cele mai subestimate infracțiuni la nivel mondial, atât pentru bărbați, cât și pentru femei [215; 205; 218].

Violența domestică apare adesea atunci când abuzatorul consideră că abuzul este un drept acceptabil, justificat sau puțin probabil să fie raportat. Poate produce un ciclu de abuz intergenerațional la copii și alți membri ai familiei, aceștia pot simți că această violență este acceptabilă sau de condamnat. Mulți oameni nu se recunosc ca agresori sau victime, deoarece pot considera experiențele lor drept conflicte de familie care au scăpat de sub control. Conștientizarea, percepția, definirea și documentarea violenței domestice diferă foarte mult de la o țară la alta [91].

Agresivitatea în familie reprezintă o problemă socială care, deși bine cunoscută, este încă asociată cu incertitudinea și tabuurile. Sondajele care investighează violența în România au arătat că aproximativ fiecare a cincea femeie, la un moment dat în timpul vieții sale, va deveni victimă a violenței psihologice sau fizice [174]. Cercetările ONU arată că în 2018 aproximativ 20000 de femei au fost victime ale agresiunii domestice, 44 murind în urma loviturilor primite. 31% dintre femeile din România au declarat că au fost afectate de violența fizică/sexuală la un moment dat în viața lor.

Cu toate acestea, întinderea efectivă a violenței poate fi presupusă doar, deoarece nu este ușor pentru femeile afectate să vorbească despre experiențele lor sau să ceară ajutor. Motivele acestui lucru pot fi: sentimentele de rușine sau vinovăție, frică sau percepții bazate pe ideile tradiționale de căsătorie și familie. Întrucât poliția este rareori notificată în cazurile de violență în familie, numărul estimat de cazuri necunoscute este mare (majoritatea cazurilor rămânând neînregistrate), iar datele epidemiologice de încredere sunt insuficiente.

Încadrarea temei de cercetare în preocupările internaționale, naționale, zonale, ale colectivului de cercetare și în context inter și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare. Violența împotriva femeilor, în special de către un partener intim (VPI), primește o atenție sporită din cauza răspândirii sale și a consecințelor grave asupra sănătății [53; 131; 200]. Organizația Mondială a Sănătății realizează periodic studii în mai multe țări cu privire la violența asupra femeilor. Studiile desfășurate între anii 2000 și 2014 au constatat faptul că, între 16% și 63% dintre femeile aflate în relație de parteneriat (căsătorie,

consensualitate, logodnă), cu vârste între 15 și 40 de ani au raportat că au suferit cel puțin o dată violență fizică sau sexuală din partea partenerului lor [218].

Deși securitatea fizică și psihică este garantată în multe acte internaționale și naționale, cum ar fi în Articolul 1 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene care prevede că *demnitatea umană este inviolabilă; aceasta trebuie respectată și protejată*, articolul 2 *garantează dreptul la viață*, iar articolul 4 prevede *interzicerea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante*, măsurile la nivel european ce servesc la combaterea violenței împotriva femeilor includ Directiva UE privind victimele (2012/29/UE) și Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul), totuși problemă rămâne a fi nerezolvată.

Datele obținute de FRA (European Union Agency for Fundamental Rights), în urma anchetelor desfășurate, arată că majoritatea femeilor care sunt victime ale violenței nu raportează experiențele lor nici poliției, nici vreunei Organizații de profil. Astfel, este clar că nevoile și drepturile multor femei din UE și nu numai nu sunt respectate în practică.

În acest sens, se fac eforturi considerabile pentru încurajarea femeilor de a raporta cazurile de violență domestică, cât și de a se dezvolta și crea programe de protecție socială, programe de dezvoltare personală pentru femeile victime ale violenței domestice.

În **relațiile abuzive** poate exista un ciclu de **abuz**, definit ca încălcare a legalității, în timpul căruia tensiunile cresc și se comit acte de violență, urmat de o perioadă de reconciliere și calm. Victimele violenței în familie pot fi prinse în situații violente interne prin izolare, putere și control, legătură traumatică cu agresorul, acceptare culturală, lipsă de resurse financiare, frică, rușine, sau pentru a proteja copiii. Ca urmare a abuzului, victimele pot prezenta dizabilități fizice, probleme de sănătate cronice, boli mentale, finanțe limitate și abilități slabe de a crea relații sănătoase. Victimele pot prezenta tulburări psihice severe, cum ar fi tulburarea de stres post-traumatic. Copiii care locuiesc într-o gospodărie cu violență prezintă deseori probleme psihologice de la o vârstă fragedă, cum ar fi evitarea, hipervigilența față de amenințări și agresivitate, care pot contribui la traumatizarea vicariană [130; 196]. Violența împotriva femeilor include infracțiuni care afectează în mod disproporționat femeile, precum agresiunea sexuală, violul și violența domestică. Este o încălcare a drepturilor fundamentale ale femeilor privind demnitatea și egalitatea. Impactul acestei încălcări este resimțit nu doar de femeile victime, deoarece afectează familiile, prietenii și societatea în ansamblu. De aceea, sunt necesare măsuri de combatere și prevenire a violenței împotriva femeilor, atât la nivelul UE cât și la nivel național.

Din punct de vedere statistic, violența dintre partenerii de viață, în spațiul privat al căminului, a prins contur începând cu 1980. Specialiștii din mai multe domenii, precum psihologie, asistență socială, sociologie, medicină legală, justiție, au început să fie interesați de acest fenomen îngrijorător. În general, violența din relația de cuplu implică mai multe aspecte cu grave urmări asupra victimei. Consecințele suferite de victimă se întind pe termen scurt, dar mai ales lung, fiind de ordin fizic, psihic, social, legal, economic, sexual, familial, reamintind aici teoria „ciclicității violenței” ce aparține cercetătoarei L. E. Walker [222]. Este vorba despre lupta victimei de a lua măsurile necesare pentru a se putea apăra împotriva agresiunilor partenerului ei de viață. Numărul victimelor este mult mai mare decât numărul cazurilor înregistrate la poliție. Statistica românească este grăitoare cu privire la violența în familie, ea conține însă numai cazurile care au fost raportate către instituțiile abilitate. Astfel, între anii 2004–2008 au fost înregistrate aproximativ 44.284 de cazuri de violență între partenerii de cuplu, dintre care 633 de cazuri s-au soldat cu decese ale victimelor, raportate la Agenția Națională pentru Protecția Familiei. În anul 2014 s-au înregistrat 11.589 cazuri de violență domestică, în 2015 numărul cazurilor înregistrate a crescut la 12.201, iar în 2016 numărul a ajuns la 13.019 (2056 femei, 165 bărbați și 10.798 copii cu vârsta cuprinsă între 1 și 17 ani). Datele menționate nu prezintă însă dimensiunea reală a fenomenului, ci doar numărul victimelor violenței domestice care au beneficiat de servicii sociale, înregistrate și centralizate la nivel național, extrase din rapoartele Direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului (DGASPC), aflate în subordinea Consiliilor județene și ale Consiliilor locale ale sectoarelor Municipiului București [171].

Se presupune că prevalența **violentei în parteneriatul intim (VPI)** este chiar mai mare în rândul adolescentelor și tinerelor femei, o afirmație care este susținută de dovezi. De asemenea, dovezile apar cu mai multă putere pe măsură ce studiile cu privire la prevalență, factori de risc și efecte asupra sănătății se intensifică [33] în rândul populațiilor de femei tinere și asociat cu riscul reprezentat de parteneriatele intime timpurii din țările neindustrializate sau din comunitățile rurale/etnice din țările industrializate, așa cum este și cazul României.

Un alt aspect al problemei îl reprezintă faptul că, femeile care provin din medii agresive și/sau infracționale manifestă, la rândul lor, agresivitate și comportament antisocial. Revizuirea literaturii privind agresivitatea duce la concluzia că femeile tind să se angajeze în forme mai indirecte de agresiune (de exemplu, răspândirea zvonurilor, agresivitatea verbală) decât în alte tipuri de agresiune. În studiile comportamentale de laborator, femeile sunt mai puțin agresive decât bărbații, dar provocarea atenuează această diferență. În lumea reală femeile sunt la fel de susceptibile să se lanseze în acte de agresiune împotriva partenerului lor romantic la fel ca și bărbații, dar bărbații provoacă un prejudiciu fizic și psihologic mai grav. O categorie redusă de

femei este, de asemenea, violență sexual. Femeile sunt susceptibile la agresiunea legată de alcool, dar acest tip de agresiune se poate limita la femeile cu un nivel ridicat de agresivitate. Teama de a fi vătămată este un inhibitor robust al agresiunii directe la femei, dar atunci când ele cresc în medii agresive, devin relativ insensibile la frica de agresiune și nivelul de agresivitate este semnificativ mai ridicat, atât în relația cu partenerul, cu familia, dar și în general în societate [116; 128; 129].

Agresivitatea este un comportament social complex, cu multe cauze și manifestări. În ultimele câteva decenii, cercetătorii au identificat numeroasele forme pe care agresivitatea le poate lua. Agresivitatea poate fi fizică sau verbală, poate avea o natură directă (de exemplu, represalii directe împotriva partenerului) sau indirectă cu scopul de a provoca daune de imagine și reputație (de exemplu, răspândirea zvonurilor despre un membru de familie, bârfa, denigrarea). Agresivitatea poate fi impulsivă, provocată de furie ca răspuns la provocare (cunoscută sub numele de agresivitate reactivă sau ostilă) sau poate fi premeditată, mai puțin emoțională și utilizată ca mijloc de a obține un alt scop (cunoscut sub numele de agresivitate proactivă sau instrumentală).

Agresiunea extremă fizic este denumită **violență** (de exemplu, agresiune agravată, omucidere). În pofida caracteristicilor aparent diferite, aceste instanțe ale agresivității se conformează toate definiției științifice ale agresivității, drept comportament destinat să provoace rău cuiva care este motivat să evite acel rău [7; 17; 18; 68]. **Violența domestică** – este un model de comportament în orice relație care este folosit pentru a câștiga sau a menține puterea și controlul asupra unui partener (intim). **Violența în familie** este un model de comportament abuziv într-o relație intimă sau de familie, în care o persoana își asumă o poziție de putere asupra alteia și provoacă frică. **Violența în familie** este denumită și **violență domestică** și ia multe forme: abuz fizic, psihic, sexual, emoțional, economic, spiritual sau juridic. **Violența împotriva femeii** include abuzul sexual, emoțional, psihologic și financiar; este orice act de violență bazată pe gen care are ca rezultat sau este susceptibil să aibă ca rezultat vătămări sau suferințe fizice, sexuale sau psihologice pentru femei, inclusiv amenințările cu aceste acte, constrângerea cu privire la libertatea acesteia, indiferent dacă are loc în viața publică sau privată.

Abuzul - reprezintă orice încălcare a legalității. Acesta poate îmbrăca multe forme: **abuz domestic** - model de comportament abuziv față de partenerul intim, în care abuzatorul exercită putere și control asupra victimei; **abuzul marital** – include comportamentele non-fizice, precum amenințările, insultele, monitorizarea constantă sau check-in, mesaje excesive, umilirea, intimidarea, izolarea sau urmărirea.

Scopul studierii literaturii despre agresivitatea femeilor este acela de a sintetiza ceea ce se cunoaște deja despre agresivitatea femeilor, din perspective comportamentale și neurobiologice. Mai întâi ne concentrăm pe cercetarea comportamentală asupra agresiunii comise de femei, inclusiv comportamentul femeilor în paradigme de agresiune de laborator, violența partenerului intim (VPI), agresiunea legată de alcool și violența sexuală. Analizăm apoi datele generale privind influențele prenatale și postnatale, sistemul nervos central și mecanismele neuroendocrine. De asemenea, analizăm și datele din cercetările care au studiat personalitatea și comportamentul femeilor victime ale abuzului domestic.

În concluzie, conștientizăm faptul că nu numai România se confruntă cu agresiunea în cuplu, ci și toate celelalte țări ale lumii, indiferent de natura și cultura lor. Este vorba de un „flagel” care afectează cupluri de orice fel și din orice țară, motiv pentru care au fost create mai multe instituții și o legislație la nivel mondial, care să poată fi puse în valoare atunci când este nevoie și situația o cere. Un aspect pozitiv al luptei împotriva violenței în cuplu ține de faptul că se vorbește din ce în ce mai mult despre subiect, la toate nivelele: instituțional, individual, de cuplu, familial, legislativ, social, științific, național, internațional etc. Tocmai aici se constituie un punct de pornire, al oricărei lupte, mai ales al celei împotriva comportamentelor agresive, în relația dintre bărbat și femeie în cadrul familiei.

Din motivele expuse mai sus în prezentarea contextului, considerăm **tema lucrării ca fiind de actualitate și de importanță majoră**. Termenul de violență domestică a fost folosit pentru prima dată cu sensul de violență care se petrece în casă/cămin de către Jack Ashley, în 1973, cu ocazia unei intervenții în Parlamentul britanic [11]. Acesta își începea discursul din Parlament în felul următor: „Vreau să atrag atenția asupra unui subiect înconjurat de prejudecăți și îngropat de frică - problema soțiilor care sunt victime ale violenței domestice. Mii de bărbați din această țară își supun soțiile brutalității fizice. Unii sunt psihopați, alții sunt alcoolici, iar alții sunt sadici. Toți aceștia trebuie opriți de la a se mai deda la violență gratuită. Dacă este necesar, trebuie să li se acorde tratament psihiatric, dar prima prioritate trebuie să fie protejarea soțiilor lor. Cu toate acestea, multe femei susțin că le este refuzată protecția de către poliție și neglijate de serviciile sociale. Experiența generală a acestor femei este că nimeni nu vrea să știe. Indiferența publică față de această problemă este remarcabilă - poate pentru că brutalitatea internă este adesea confundată cu disputa internă normală. Prea mulți bărbați îl atribuie „provocării feminine” sau chiar „un avantaj al căsătoriei”. De fapt, chinul și nenorocirea acestor soții este doar un alt aspect, dar mai sălbatic, acela al discriminării sexuale” [116; 132]. Deși a trecut aproape jumătate de secol, discursul, în integralitatea lui, își păstrează actualitatea, chiar dacă tema violenței domestice reprezintă o preocupare pentru serviciile de sănătate și justiție,

sociale, pentru profesioniști precum medicii, psihologii, asistenții sociali sau sociologi ș.a. Pe plan global, există instituții care se ocupă cu programe de prevenire și asistență ale victimelor violenței domestice: Organizația Mondială a Sănătății, ONU, Parlamentul European, UNICEF, Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene, Women's Aid. În România acționează Rețeaua pentru prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor – VIF, Autoritatea Națională pentru Protecția Familiei și a Drepturilor Copilului.

Diversi autori și cercetători au studiat fenomenul violenței domestice din diferite perspective, cum este cea a dezvoltării (K. Keenan [102] L. Bank și B. Burratson [14], E. Alpert [4], D. Black și T. Kaplan [22], R. Cairns [27], E. Verza [216]) teoriilor agresivității (C. Anderson [7], K. Dodge [54], R. Geen [69], T. Butoi [25]), a relațiilor de cuplu, parentalitate și discriminării de gen (A. Bardone [15], L. Fontes [65], R. Gelles [63], E. Maccoby [119]), a delinvenței și anomiei sociale (P. Chamberlain [31], M. Huss [93],) și psihopatologiei (L. Shipway [196], L. Cotsello și colab. [42]), efectelor pe care violența domestică le are asupra sănătății fizice și mentale a femeilor (E. Stark și A. Flitcraft A. [208], H. Stöckl [200] ș.a.).

Dintre autorii de limbă română preocupați de fenomenul dezvoltării în context agresiv și al violenței domestice, amintim pe I. Mitrofan [137; 143], I. Racu [169], A. Verdeș [213; 214; 215], M. Vîrlan [219], M. Turliuc [207], S. Rădulescu [172; 173], S. Rusnac [182], O. Zamoșteanu [228], I. Tănăsescu [204], A. Muntean [148] și S. Popa [140], V. Miftode [133; 134], M. Sandu [187], L. Șoitu [203] ș.a.

Având la bază această situație, este îndreptățită formularea **problemei de cercetare** cu privire la dezvoltarea personală a femeilor provenite din medii agresive. Studiul literaturii de specialitate ne-a condus spre ideea că, deși există numeroase studii axate pe problema respectivă, până în prezent acest fenomen persistă și nu există o opinie unică privind relațiile existente între factorii de risc și cei protectivi, modalitățile de intervenție psihologică privind preîntâmpinarea sau diminuarea abuzului în familii. Acest studiu este fundamentat pe activitatea de evaluare și intervenție psihologică de grup, desfășurată cu participarea unui grup de 182 femei în perioada 2014-2018.

Scopul cercetării a constat în identificarea particularităților psihologice ale tinerelor femei din medii familiale agresive, elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică pentru dezvoltarea personală a acestora.

Obiectivele stabilite în vederea realizării scopului propus au fost:

1. Determinarea reperelor teoretice privind dezvoltarea tinerelor femei provenite din medii agresive.

2. Elaborarea și realizarea proiectului de cercetare prin aplicarea diferitelor instrumente de investigare și evaluare a personalității tinerelor femei provenite din medii agresive.
3. Evidențierea particularităților de personalitate în raport cu riscul domestic la femeile tinere din medii agresive.
4. Identificarea factorilor protectivi de personalitate.
5. Elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică pentru dezvoltarea personală a tinerelor femei provenite din medii agresive.
6. Evaluarea programului de intervenție psihologică implementat.
7. Elaborarea de recomandări pentru lucrul cu femeile provenite din medii agresive.

Realizarea acestor obiective a presupus parcurgerea mai multe **etape**:

1. *etapa analitică* (2014-2015) în care a avut loc identificarea problemei de cercetare, analiza și studierea literaturii științifice privind problema propusă spre cercetare, de asemenea au fost selectate metodele și tehnicile de cercetare. S-au realizat interviurile de selecție pentru experimentul de constatare prin aplicarea Chestionarului de date socio-demografice (Anexa 1.1.), în care cele 182 femei s-au auto-evaluat ca provenind din medii agresive sau non agresive, rezultând 90 femei din medii non agresive și 92 femei din medii agresive. Am folosit acest tip de instrument cu auto-raportare, deoarece pe noi nu ne interesează diagnosticul clinic ca la scalele clinice, grupurile ulterioare formate fiind de dezvoltare personală;
2. *etapa de constatare* (2016) a reprezentat realizarea experimentului de constatare;
3. *etapa de intervenție psihologică* (2017) a constat în realizarea și implementarea programului de dezvoltare personală pentru tinerele femei provenite din medii agresive;
4. *etapa de retestare* (2017) pentru a constata eficiența programului de intervenție psihologică asupra grupului experimental în comparație cu grupul de control;
5. *etapa de generalizare și descriere a rezultatelor obținute* (2017 - 2022).

În cadrul experimentului realizat, am enunțat următoarea **ipoteză generală**: tinerele femei care provin din medii agresive prezintă anumite particularități psihologice care le individualizează față de femeile care provin din medii non-agresive; de aceea, presupunem că prin intermediul unui program de grup experiențial realizat cu ajutorul unor metode și tehnici de Terapie a Unificării [142; 145] vom obține o creștere și dezvoltare personală a tinerelor femei provenite din medii agresive și violente, concretizată prin: creșterea capacității de a identifica un mediu agresiv și violent, diminuarea agresivității proprii, optimizarea personalității prin diminuarea afectelor negative, creșterea rezilienței, a locusului control și a stimei de sine, prin îmbunătățirea inteligenței emoționale, creșterea generală a stării de bine psihologic, diminuarea

tendințelor depresiv-anxioase, reducerea stresului, a afectelor negative și antagonismului, precum și reducerea nivelului de detașare ca semn al traumei.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în identificarea particularităților de personalitate la tinerele femei provenite din medii agresive și evaluarea impactului unui program de intervenție psihologică pentru dezvoltarea personală a acestora.

Noutatea și originalitatea științifică constă în determinarea particularităților personalității tinerelor femei provenite din medii agresive, identificarea specificului interacțiunilor tinerelor femei implicate în violența domestică cu agresorul din familia de bază, evaluarea nivelului de risc pentru violența domestică pentru femeile provenite din medii agresive ale familiei de origine, determinarea nivelului de agresivitate și componentele acestui psiho-comportament (agresivitate fizică și verbală, ostilitate, furie) la tinerele femei, a nivelului de auto-percepție privind statutul de victimă a violenței domestice, stabilirea factorilor de personalitate la femeile victime ale violenței domestice, susceptibili a fi predictorii ai statutului de victimă-agresor și relațiile dintre aceștia, explicarea legăturii existente între agresivitatea percepută în familia de origine și agresivitatea manifestă/suportată în familia actuală, fapt ce a permis dezvoltarea personală a tinerelor femei provenite din medii agresive trecute și prezente în urma aplicării programului de intervenție psihologică. În sine, acest Program de intervenție psihologică de tip experiențial este elementul central de noutate și originalitate științifică, care și-a demonstrat eficiența prin rezultatele obținute, cu atât mai mult cu cât este aplicabil tuturor categoriilor de femei, indiferent de nivelul de studii academice.

Semnificația teoretică constă în evidențierea particularităților de personalitate dezvoltate de tinerele femei provenite din medii familiale agresive dar și a factorilor de risc și protectivi ai acestora.

Valoarea aplicativă a lucrării. În cadrul studiului a fost elaborat, implementat și evaluat un program de intervenție psihologică având ca obiectiv dezvoltarea personală a tinerelor femei provenite din medii familiale agresive. Rezultatele obținute completează cunoștințele științifice actuale, rezultatele cercetării aflându-se la baza unui program de dezvoltare personală, fundamentat teoretic, cât și practic. Programul de intervenție psihologică poate fi aplicat de către psihologii autonomi, care își desfășoară activitatea în sistemele de protecție socială, în centrele de evaluare și consiliere de stat și non-guvernamentale. Metodele și recomandările propuse pot fi utilizate în activitatea practică de consiliere psihologică a victimelor violenței domestice, cât și la elaborarea unor programe individuale sau training-uri de dezvoltare personală.

Aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării. Rezultatele cercetării au fost discutate și supuse aprobării în cadrul sesiunilor Catedrei de Psihologie a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, în cadrul conferințelor științifice organizate la UPS „Ion Creangă”. Aspectele cele mai semnificative ale cercetării au fost diseminate în cadrul următoarelor conferințe: *Diminuarea comportamentelor agresive la copii: idei – experiențe – bune practici. UPS „Ion Creangă”, Chișinău, 16 octombrie 2015; Probleme actuale ale științelor umanistice, analele științifice anuale ale doctoranzilor și competitorilor UPS „Ion Creangă”, Chișinău, 2016; Aspecte psiho-sociale în protecția copilului și familiei de violență, Chișinău, 2016.* Rezultatele acestui studiu sunt utilizate în procesul de formare continuă/complementară al psihologilor clinicieni, consilieri și psihoterapeuți și sunt recomandate pentru pregătirea specialiștilor în violența domestică. Teza constituie o contribuție la îmbogățirea literaturii științifice naționale în domeniul psihologiei și este utilizată în activitatea de consiliere psihologică la GTL Medical Clinic, Bacău, România.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare. Metodologia cercetării s-a fundamentat pe un șir de abordări teoretice și rezultate ale cercetărilor empirice efectuate în psihologia personalității, psihologia dezvoltării și psihologia educațională. Metodologia cercetării științifice implică *metode teoretice*, precum analiza critică și sinteza literaturii de specialitate, metoda ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare; *metode empirice*, precum convorbirea, chestionarul, testul, experimente de constatare și control, intervenții psihologice; *metode statistico-matematice*, precum metode descriptive și inferențiale – teste de semnificație parametrice/neparametrice, studii corelaționale.

Metodele empirice utilizate în investigare sunt: Chestionarul de date demografice, Scala de Evaluare a pericolului [30], Chestionarul de agresivitate [23], Inventarul de personalitate pentru DSM-5 (PID-5) Adulți [6], DASS [117], Scala Rosenberg a stimei de sine [177], Scala stării de bine psihologic [183], Scala de reziliență [9], Scala de locus control [181] Scala de inteligență emoțională Schutte [194]. Descrierea acestor instrumente se găsește în Capitolul 2. Pentru analiza datelor am utilizat tehnici descriptive și inferențiale, prelucrările informatice fiind realizate cu programele IBM SPSS Statistic 25, JASP, și Excel Microsoft Plus 2016.

Statistica descriptivă. Pentru fiecare variabilă continuă am prezentat media, intervalul de încredere 95%, media ajustată 5%, varianța, abaterea standard, eroarea standard, minimul, maximul, intervalul, intervalul interquartile, indicele de asimetrie, indicele de aplatizare. De asemenea, a fost calculată normalitatea distribuției. Pentru variabilele categoricale au fost prezentate frecvențele și contingențele.

Statistica inferențială. Pentru verificarea veridicității ipotezelor am folosit teste de comparație, după cum urmează: 1. Testul t-Student de pentru eșantioane independente (când distribuțiile sunt normale, acestea fiind testate în prealabil cu testele Shapiro-Wilk și Kolmogorov-Smirnov). Semnul valorii lui t pozitiv indică nivelul superior al valorilor grupului 1 față de grupul 2 sau negativ dacă grupul 1 are un nivel inferior grupului 2. În tabele sunt specificate următoarele: testul Levene pentru asumarea egalității varianțelor celor două distribuții, diferența medie și limitele intervalului de încredere ale diferenței medii. 2. Testul Mann-Whitney pentru eșantioane independente în cazul în care distribuțiile nu pot fi considerate normale. Testarea se face pe baza rangului mediu al distribuțiilor, semnificația statistică este determinată atât pentru testarea unidirecțională, cât și pentru testarea bidirecțională. 3. Testul Wilcoxon pentru compararea pe baza rangurilor valorilor distribuțiilor date de măsurarea inițială și de cea finală. Semnificația statistică este testată atât unidirecțional cât și bidirecțional. Analiza arată care dintre diferențele de rang sunt mai puține, dacă z este calculat pe baza diferențelor negative indică faptul că rangurile valorilor distribuției finale sunt mai mari decât cele ale distribuției inițiale. Pentru analiza asocierii categoriilor unei variabile nominale cu nivelurile unei variabile de interval/raport, ce au distribuții semnificativ diferite de distribuția normală, s-a utilizat testul neparametric Kruskal-Wallis. Rezultatul se exprimă prin valoarea H_{i2} , a cărei semnificație statistică este testată unidirecțional. Testarea ipotezelor privind diferența dintre distribuțiile unei variabile categoriale, nominale în funcție de categoriile unei alte variabile categoriale s-a realizat pe baza testului de contingență H_{i2} Pearson. Testarea semnificației asocierii s-a realizat bidirecțional. Pentru analiza statistică și interpretare s-au respectat recomandările din literatura de specialitate [87; 156; 167; 179].

Eșantionul de cercetare a fost constituit din 182 de femei, cu vârste cuprinse între 22 și 32 de ani, media de vârstă fiind 27.07 ani din județele Bacău, Iași, Neamț și Vaslui, România. Cercetarea experimentală și intervenția psihologică au fost realizate în perioada 2015-2018 în județele Bacău, Iași, Neamț și Vaslui.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza este constituită din: adnotare, lista abrevierilor, introducere, 3 capitole, concluzii și recomandări, bibliografie din 229 titluri, 7 anexe, 146 pagini de text de bază, 49 figuri și 46 tabele.

În **Introducere** am argumentat actualitatea și importanța temei studiate, problema și importanța științifică a acesteia, au fost formulate scopul, obiectivele și ipotezele de cercetare, noutatea și inovația științifică a rezultatelor obținute, valoarea teoretică și practic-aplicativă a lucrării, de asemenea a fost prezentă și oportunitatea implementării rezultatelor, aprobarea și diseminarea rezultatelor cercetării.

În **Capitolul I**, intitulat *Repere teoretice privind dezvoltarea tinerelor femei în mediile agresive*, sunt prezentate abordările teoretice ale problemei investigate la nivel național și internațional. Au fost definite conceptele implicate în cercetare: psihologia dezvoltării femeilor, medii agresive familiale și sociale, agresivitate, statutul și rolul de victimă/agresor, violența domestică, violența în parteneriatul intim. De asemenea, a fost explicată și funcționarea familiei ca factor de predicție pentru tulburările de comportament în adolescență și tinerețe.

În **Capitolul II**, intitulat *Cercetarea experimentală a particularităților psihologice ale tinerelor femei provenite din medii agresive*, prezintă scopul, obiectivele, ipotezele și metodologia de cercetare. Au fost descrise instrumentele de investigare utilizate și caracteristicile lotului de cercetare (vârstă, mediul de proveniență, nivelul de educație, statutul marital și vechimea relației, existența copiilor, statusul profesional). Sunt identificați nivelul factorilor de risc pentru violența domestică și percepția statutului de victimă/agresor, precum și nivelul de manifestare a agresivității și componentele acesteia. Au fost evaluați și starea clinică mentală, precum și factorii protectivi precum stima de sine, reziliența, locusul control, inteligența emoțională și starea de bine psihologic.

Capitolul III, intitulat *Programul de intervenție psihologică pentru dezvoltarea personală a tinerelor femei descendente din medii agresive* prezintă caracteristicile generale ale experiențului formativ: direcții, obiective și principii de elaborare, precum și metodele, tehnicile și procedeele de intervenție, etapele activităților de grup și individuale cu tinerele femei provenite din medii agresive. De asemenea, au fost prezentate principiile pe care s-a fundamentat intervenția psihologică, condițiile pentru o bună desfășurare privind intervențiile de grup: dinamica grupului, relația cu facilitatorul și cu spațiul de intervenție. Am prezentat și structura programului, care cuprinde sesiuni individuale și de grup cu tinerele femei provenite din medii de dezvoltare agresive, oportunitatea metodelor și tehnicilor experiențiale în grupurile eterogene ca nivel de educație. La final este prezentată eficiența intervenției elaborate și implementate, prin demersuri de comparare a rezultatelor obținute de către participantele din grupul de control cu cele ale participantelor care au beneficiat de programul de intervenție, fiind precizate diferențele semnificative constatate, care indică eficiența programului de intervenție.

Concluzii generale și recomandările sintetizează rezultatele finale ale cercetării în cadrul experimentelor de constatare, formare și de control privitor la dezvoltarea personală a tinerilor femeilor provenite din medii familiale agresive. În baza lor sunt oferite sugestii pentru responsabilii și psihologii implicați în asistarea și consilierea victimelor violenței domestice. În final sunt trasate direcțiile cercetării de perspectivă ale dezvoltării personalității tinerelor femei provenite din medii agresive.

1. REPERE TEORETICE PRIVIND DEZVOLTAREA TINERELOR FEMEI ÎN MEDIILE AGRESIVE

1.1. Delimitări conceptuale privind mediile agresive și disfuncționale de dezvoltare

O parte vitală a înțelegerii unei probleme sociale și un precursor al prevenirii acesteia este înțelegerea a ceea ce provoacă acea problemă. Studiul asupra cauzelor violenței împotriva femeilor constă, în general, în două linii mari de cercetare: examinarea caracteristicilor care influențează comportamentul agresiv și luarea în considerare a situației în care unele femei au o vulnerabilitate sporită la victimizare. Cercetările au căutat factori cauzali la diferite niveluri de analiză, inclusiv individuală, diadică, instituțională și socială. Studiile privind ofensarea și victimizarea rămân distincte din punct de vedere conceptual, cu excepția analizei socio-culturale în care se iau în considerare în comun două procese complementare: cele care influențează bărbații să fie agresivi și își canalizează expresiile de violență către femei și cei care plasează femeile în postura de victime ale violenței și le manipulează pentru a le reduce la tăcere după aceea. Domeniul de cercetare este foarte vast, în acest studiu ne-am propus să investigăm dacă și în ce măsură un mediu agresiv de dezvoltare are printre consecințe predispoziția accentuată a tinerelor femei de a deveni victime ale violenței domestice/parteneriale și, contextual, chiar agresoare.

Construcția adolescenței ca timp al separării, dar și dezvoltarea eu-lui sau a unei identități independente de ceilalți a fost în centrul teoriilor tradiționale despre dezvoltarea psihologică normală. Modelele teoretice influente includ teorii majore, cum ar fi teoria psihodinamică a pulsuniilor, propusă de Sigmund Freud (1922), teoriile relațiilor de obiect (Mahler, Pine, & Bergman, 1975; Bowlby, 1969) și modele despre dezvoltarea psihosocială, cognitivă și morală, după cum se exemplifică în teoriile lui Erik Erikson (1950) și Lawrence Kohlberg (1984). Modelele lui Erikson și Kohlberg conceptualizează dezvoltarea identității ca o progresie liniară a etapelor sau fazelor cu „independență” și „separare” ca măsură a dezvoltării sănătoase a adolescenților. Păstrând ideea unui eu independent ca un concept central, aceste modele de dezvoltare normală și cercetările utilizate pentru a le sprijini, reflectă un patrimoniu particular bine înrădăcinat în contextul istoric și cultural al societăților vest-europene și americane. Este un indicator al forței și longevității acestor valori culturale subadiacente, încât aceste viziuni tradiționale ale adolescenței sunt încă atât de „înrădăcinate” astăzi.

În ultimele decenii, au existat două valuri majore de critici care au contestat teoriile tradiționale ale dezvoltării. În primul rând, teoreticienele feministe au dezvăluit sexismul implicit (și explicit) al modelelor de dezvoltare [40; 64]. În al doilea rând, teoreticienii postmoderni au adăugat alte critici, subliniind modul în care modelele de etapă liniare și „marile teorii” sunt

întrădăcinate într-o paradigmă pozitivistă care presupune în mod fals o realitate universală care poate fi dedusă din experimente sau observații „neutre” [150; 186]. Împreună aceste revizui critice au început să se desfășoare încet sau să deconstruiască „adevărurile” teoriilor tradiționale ale dezvoltării, contribuind la o înțelegere diversificată a dezvoltării femeilor (și a bărbaților). În acord cu această înțelegere diversificată, lucrarea de față se raliiază cercetărilor conform cărora, adolescentele și tinerele femei au nevoie de abordări de gen în dezvoltare.

Studiile ne arată faptul că, aproape trei sferturi din tinerii din România (14-29 ani) și 50% dintre femeile tinere de peste 18 ani, locuiesc cu părinții, iar acest fapt se explică prin lipsa oportunităților economice și sociale. Marea majoritate a acestora nu sunt într-un cuplu stabil și tind să se căsătorească mai devreme decât bărbații. De asemenea, tinerele femei sunt mai sensibile la stimulii vizuali colorați, la sunete și zgomote, au aptitudini verbale mai pregnante și suportă, adesea, mai ușor stresul. Tendințele depresive sunt mai frecvente și mai puternice, însă sunt mai creative în activitățile zilnice.

Înainte de a trece în revistă diferitele perspective ale dezvoltării tinerelor femei, vom defini ceea ce considerăm a fi *mediu agresiv și disfuncțional de dezvoltare*. În concordanță cu literatura privitoare la traume, definim un mediu disfuncțional ca fiind unul care prezintă stres ce depășește capacitatea de coping a celor prezenți în acel mediu [34]. În societatea modernă, mediile disfuncționale pot prezenta factori de stres într-o gamă largă de experiențe, inclusiv discriminarea omniprezentă, sărăcia și disfuncționalitatea familiei, neglijarea parentală, violența interpersonală (martor sau victimă), instabilitatea locuinței/lipsa de adăpost ș.a. Copiii pot fi deosebit de sensibili la impactul mediilor disfuncționale, deoarece capacitatea lor de autoreglare a răspunsurilor emoționale și comportamentale, cât și abilitățile lor specifice de a face față sunt mai puțin dezvoltate în comparație cu cele ale adulților. Prin urmare, expunerea la medii disfuncționale în copilărie, când capacitatea de a face față nu este bine dezvoltată, poate avea un impact deosebit de puternic asupra adaptării emoționale pentru un timp îndelungat, ce trece de perioada de adolescență, impactând adultul tânăr și, uneori, tot parcursul de viață [140; 150].

Cercetările sugerează că stresul de mediu la începutul vieții contribuie uneori la o perspectivă deosebit de anxioasă a individului asupra interacțiunilor sociale [55]. Încă de la începutul anilor '80, cercetătorii au observat că tinerii agresivi uneori supraestimează intențiile dăunătoare ale celorlalți, determinându-i să răspundă cu agresivitate față de colegii lor. Acest model de raționament social numit și *prejudecată atribuțională ostilă*, determină tinerii agresivi să se simtă îndreptățiți în utilizarea agresiunii fizice ca strategie socială [54; 149]. Cercetarea dezvoltării umane sugerează că unele condiții de mediu pot susține o astfel de gândire biasată. Aceste descoperiri sunt completate de cercetări neurobiologice asupra stresului de mediu și

creierului în curs de dezvoltare. Vom analiza trei medii care pot avea impact asupra dezvoltării gândirii atribuțional-biasate, cu impact asupra dezvoltării fetelor și femeilor tinere.

Disciplina parentală - disciplinarea fizică excesiv de dură sau abuzivă poate crea uneori o prejudecată atribuțională ostilă, deoarece aceste experiențe pot determina copiii să presupună că toată lumea se comportă față de ei cu intenție deliberat ostilă. De asemenea, în procesul de internalizare a experienței abuzului repetat, cercetarea traumei sugerează că, creierul poate suferi o schimbare neurobiologică într-o regiune numită axa hipotalmo-hipofizară (HPA) care declanșează un răspuns la stres [81; 158]. Nivelurile ridicate de hormoni ai stresului pot face amintirile experiențelor traumatice, cum ar fi disciplina dură, mai permanente și mai influente în viitoarea procesare cognitivă a informațiilor sociale. Abuzul părintesc, care oferă un mediu aversiv, poate fi, de asemenea, legat de epuizarea triptofanului [174], un aminoacid care calmează comportamentele impulsive și violente. Copiii care experimentează medii aversive pot deveni, prin urmare, mai impulsivi în percepțiile lor inexacte și represaliile agresive cauzate parțial de nivelurile reduse de triptofan. În concluzie, părinții excesiv de duri pot nu numai să influențeze copiii pentru a percepe relațiile ca fiind amenințătoare, ci și să inducă modificări structurale și hormonale în creier, care fac aceste credințe negative mai durabile în memorie și mai susceptibile de a produce agresiune în copilărie, adolescență și tinerețe. Aceste amintiri pot servi ca filtre pentru percepția evenimentelor viitoare și pot influența procesele decizionale. Teoria atașamentului propune în mod similar că experiențele timpurii cu îngrijitorii oferă copiilor modele de relații [48]. Copiii care experimentează o disciplină fizică dură sau abuzuri din partea părinților pot dezvolta un model de lucru al relațiilor ca amenințător și periculos și pot răspunde în consecință, folosind agresiunea ca tactică socială. Totuși, teoreticienii atașamentului au descoperit că pedeapsa corporală singură nu prezice o gândire atribuțională sau un comportament agresiv atunci când părinții sunt percepuți de copil ca fiind susținători emoțional și nu amenințatori. Sprijinul emoțional din partea părinților, prin reducerea percepției copilului asupra pericolului, poate fi un factor de protecție al mediului care inhibă nu numai eliberarea hormonilor de stres, ci și dezvoltarea unei tendințe atribuționale non-ostile în raționamentul social [52].

Interacțiunile de la egal la egal - unii tineri care se confruntă cu expunerea repetată la o amenințare percepută, așa cum este disciplina abuzivă, pot deveni hipervigilenți la amenințări în interacțiunile sociale, ceea ce îi determină să vadă răul intenționat de la colegi acolo unde nu există [56]. De asemenea, tinerii pot deveni mai puțin sensibili la suferința colegilor și mult mai înclinați să aprobe propria agresiune ca strategie socială [55]. Expunerea în timp la o amenințare percepută (de exemplu, abuz, agresiune de la egal la egal) reduce, de asemenea, capacitatea de

reglare a neurotransmițătorilor (serotonină, norepinefrină) care trimit informații externe către creier, conform cercetărilor din neurobiologie [35]. Această combinație de hipersensibilitate la informațiile sociale ostile și capacitatea diminuată de reglare a neurotransmițătorilor se poate solda cu mai multe deficite sociale în adolescență. Acești tineri pot deveni neatenți la informațiile sociale care contrazic percepțiile lor inexacte despre ostilitate. Cei care devin insensibili la suferința altora pot fi incapabili să răspundă în mod adecvat la comportamentul colegilor și, mai târziu, în cazul tinerelor femei la nevoile emoționale ale copiilor lor. Prin urmare, în interacțiunile ulterioare de la egal la egal, unii tineri care au experimentat medii neobișnuit de dure și amenințătoare pot interpreta un comportament social ambiguu sau chiar pozitiv ca și cum intenția subiacentă este ostilă [77] și răspund cu agresivitate inadecvată și fără preocupare pentru consecințele asupra victimei sau pentru ei înșiși.

Mediul comunitar - multe dintre persoanele care locuiesc în cartiere/vecinătăți disfuncționale caracterizate prin grad înalt de infracționitate, gunoi și graffiti, locuințe necorespunzătoare, consum ridicat de alcool și droguri pot deveni hipervigilenți în privința indiciilor sociale amenințătoare. Indiciile vizibile ale așa-zisei *tulburări de vecinătate* prezic, în mod semnificativ, un sentiment de neîncredere în rezidenți sau credința că alții doresc să le facă rău [178]. Deși cercetările au fost efectuate în mare parte cu adulți, relația dintre neîncredere și tulburarea de vecinătate este cea mai puternică în familiile cu copii sub vârsta de 18 ani. În puținele studii efectuate cu copiii, violența comunitară a fost legată de credințe mai puternice în intențiile ostile ale altora, despre adecvarea și utilitatea agresivității ca tactică socială [195]. Studiile asupra creierului care urmăresc dezvoltarea rețelelor neuronale ale circuitelor cerebrale [89] sugerează, de asemenea, că rețelele din creier pot fi create ca răspuns la amenințarea percepută de violență de mediu. Aceste rețele, odată solidificate, pot produce agresivitate înainte ca tinerii să asiste la toate indiciile sociale disponibile în situațiile care i-ar putea determina să se comporte fără agresivitate. Astfel, o amenințare timpurie care este experimentată în mod consecvent poate, la unii copii, să stabilească un circuit neuronal care să susțină agresivitatea represaliilor. Acest model de raționament social ajută la explicarea unei relații între a asista la violență și a se angaja în comportamente agresive, indiferent de gen. Luate împreună, aceste constatări privind relația dintre mediu și raționamentul social al copiilor sunt un argument convingător că acumularea factorilor de stres acasă, în relațiile de la egal la egal și din vecinătate, creează uneori o cale de dezvoltare prin care credințele cu privire la adecvarea agresivității, percepțiile atribuționale ostile ale comportamentelor altora, precum și schimbările subtile fizice și hormonale din creier se întăresc reciproc și câștigă forță, în moduri care susțin un comportament agresiv în copilăria târzie, adolescență și tinerețe sau, uneori, pe tot parcursul

vieții. Deși majoritatea copiilor aflați în medii stresante sunt capabili să facă față în mod eficient și să devină adolescenți și adulți competenți social [118], tulburările adultului sunt adesea precedate de adversitățile din copilărie.

Raționamentul social și comportamentul agresiv - un set și mai larg de dovezi leagă tiparele de raționament social de afișarea efectivă a agresivității. Să ne imaginăm un cuplu de tineri desfășurând împreună activități casnice. La un moment dat unul dintre ei are un comportament de reproș față de celălalt. Procesele cognitive, inclusiv atribuțiile despre cauzele reproșurilor și căutarea în memorie a unor experiențe similare, pot produce o reacție variind de la niciun răspuns la întoarcerea reproșurilor, agresivitate verbală sau/și agresivitate fizică. Unul dintre parteneri poate escalada conflictul, bazându-se în mod similar pe procese cognitive, cum ar fi credințele despre valoarea și adecvarea comportamentului sau anticiparea unui comportament ostil [136].

Teoria social-cognitivă. Teoria cognitivă socială [45] a ghidat o mare parte din cercetările privind raționamentul părtinitor și agresivitatea și a produs un model unificat [69] care evidențiază patru puncte de decizie. Un tânăr percepe mai întâi pericolul din mediu și apoi caută și recuperează scenariile din memorie, relevante pentru situație (un scenariu este o reprezentare mentală a ceea ce se va întâmpla într-o anumită situație). Scenariile sunt ghiduri pentru gândire și comportament, inclusiv judecăți despre acțiunea adecvată pentru acea situație, modul în care alții sunt susceptibili să acționeze și să se simtă și rezultatul probabil al unei acțiuni date. Așadar, scenariile sunt amintiri create prin observare și experiențe directe de învățare, iar aceste amintiri sunt supuse tuturor forțelor de mediu și neurobiologice pe care le-am discutat anterior. Tinerii evaluează apoi scenariile stocate în memorie pentru a decide ce acțiuni sunt acceptabile, ce acțiuni duc la cel mai dorit obiectiv și ce acțiuni sunt de fapt fezabile. În cele din urmă, tinerii evaluează răspunsurile așteptate la orice acțiune.

Tachinările/reproșurile verbale puternice sunt un exemplu care ilustrează modul în care aceste puncte de decizie ar putea fi influențate de raționamentul social de atribuire. Un tânăr agresiv poate participa selectiv doar la indicii sociali care sugerează că atitudinile celorlalți sunt amenințătoare, pe baza amintirilor stocate privind relațiile sociale dure și ostile care ar fi putut fi amplificate de modificările hormonale subtile din creier. Tinerii pot atribui semenilor/partenerilor intenții ostile, se pot aștepta să se angajeze într-un conflict fizic, să decidă că agresivitatea fizică este corectă și benefică în situația în cauză și să nu fie îngrijorat de posibilele consecințe, fie pentru sine (a avea probleme), fie pentru celălalt (a fi rănit). În grupurile de adolescenți, tachinarea/provocarea sunt comportamente obișnuite, pentru unii pot fi amuzante, pentru alții sunt amenințări care merită represalii fizice. Există dovezi multiple din

studii care au investigat legătura raționament-comportament. Studiile care folosesc povești ipotetice pentru a evalua judecățile copiilor și tinerilor privind comportamentul colegilor lor au găsit o relație între raționamentul social de atribuire și agresivitate. Copiii agresivi [88] și adolescenții [78], atât băieți, cât și fete, atribuie mai des intenții ostile colegilor atunci când intenția colegului este ambiguă sau comportamentul a fost accidental. Tinerii agresivi, mult mai mult decât tinerii non-agresivi, fac judecăți defectuoase chiar și atunci când intenția colegului este clar descrisă într-un videoclip [220]. Tinerii agresivi preferă, de asemenea, mai mult strategiile sociale agresive și represaliile, indiferent de intenția percepută. În general, tinerii care prezintă rate ridicate de comportament agresiv, atât băieții, cât și fetele, sunt mai predispuși să perceapă rapid și în mod constant că ceilalți direcționează un comportament ostil către ei, evaluează comportamentul agresiv ca o tactică socială preferată, au strategii și credințe ce îi fac să rămână insensibili la consecințele agresiunii lor pentru ceilalți și pentru ei înșiși. Din păcate, comportamentul agresiv poate fi destul de persistent, din copilărie până la maturitate, cu consecințe durabile pentru sănătatea mintală.

1.2. Comportamentul agresiv – cauze, tipuri și consecințe

Evoluția comportamentului agresiv și sănătatea mintală. Cea mai clară și mai persistentă constatare pe termen lung a fost următoarea: cei care sunt extrem de agresivi în adolescență și la vârsta adultă, au fost adesea foarte agresivi ca și copii în școala elementară [8; 155]. Este important să ne amintim că nu toți copiii foarte agresivi sunt violenți pe măsură ce cresc, dar copiii agresivi sunt supra-reprezențați în populația de adolescenți și adulți violenți. Studiile efectuate pe copii de-a lungul mai multor decenii au descoperit asemănări izbitoare. Un studiu american remarcabil a început în 1960 și a durat 22 de ani, cu un eșantion multiethnic de 600 subiecți părinți și copii - băieți și fete [90]. Copiii care au fost calificați de colegii lor ca fiind foarte agresivi la vârsta de opt ani au raportat rate ridicate de agresivitate și la vârsta de 18 ani. La vârsta de 30 de ani, atât bărbații, cât și femeile au raportat rate ridicate de agresiune fizică față de soți și copii. Cel mai îngrijorător fapt este că, copiii extrem de agresivi la vârsta de opt ani, probabil că până la vârsta de 30 de ani aveau ei înșiși copii foarte agresivi, o altă concluzie a studiului fiind că stabilitatea agresivității între generații dintr-o familie, măsurată la vârste comparabile, a fost chiar mai mare decât stabilitatea individuală în cadrul vârstelor. Un alt studiu longitudinal, care a urmărit timp de 14 ani un grup multiethnic de 695 de elevi de școală elementară și gimnazială a constatat că atât fetele, cât și băieții, cu calificative ridicate ale profesorilor privind agresivitatea fizică în școala elementară au continuat să primească calificative ridicate ale profesorilor pentru agresivitate în liceu. Coerența în evaluările profesorilor pe parcursul studiului a fost remarcabilă, deoarece fiecare elev a fost evaluat de

profesori diferiți în fiecare an. În plus, observațiile comportamentale și interviurile au constatat că tinerii evaluați ca fiind agresivi de către profesori erau mai predispuși să folosească atât strategii vătămătoare fizic, cât și emoțional și erau mai puțin susceptibili de a le remedia pentru a menține o relație după o întâlnire agresivă. Deși nivelurile ridicate de agresiune fizică sunt mai puțin frecvente la fete atunci când se întâmplă, fetele pot fi uneori mai ostile și mai vătămătoare decât mulți băieți [13; 27; 59; 116].

Agresivitatea este o formă de conduită de devianță umană, cu o diversitate de forme de manifestare, cu intensitate diferită. Pe o scară a intensității, pornind de la intensitatea cea mai mică, agresivitatea presupune: confruntarea vizuală, poreclirea, ironizarea, tachinarea, bruscare, lovirea cu diferite obiecte, pămuirea și ajungând la forme de intensitate crescută, cum ar fi înjunghierea și împușcarea [128].

Manifestările agresivității umane sunt extrem de diverse și la diferite niveluri: pulsional, afectogen, atitudinal, comportamental. Deci, aria agresivității este mult mai extinsă decât cea a violenței. Parte integrantă a naturii umane, agresivitatea include și trăsături ale naturii umane, ca de pildă, dinamismul unei persoane angrenată în lupta pentru autoafirmare sau în depășirea greutăților vieții. Incluse noțiunii de agresivitate sunt și noțiunile care desemnează comportamentul agresiv, cât și implicarea actului agresor în viața socială. Privite din perspectiva scopului urmărit, unele conduite agresive sunt orientate în direcția demonstrării „puterii” agresorului sau a masculinității, în timp ce altele sunt orientate în direcția producerii „unui rău” altei persoane. După alți autori însă, nu este necesară această diferențiere, deoarece aceste variate scopuri nu sunt mutual exclusive și multe alte acte de agresiune pot fi orientate spre atingerea unora sau a tuturor acestor scopuri.

Data fiind marea complexitate a acestui fenomen psihologic și existența diverselor abordări teoretice orice încercare de tipologizare se lovește de dificultăți mai mari sau mai mici. Criteriile de clasificare ies în evidență în mod direct sau indirect din analiza coordonatelor de definire a agresivității. Studiul literaturii ne-a permis să identificăm următoarele tipologii ale comportamentelor agresive în funcție de mai multe criterii.

1. În funcție de agresor sau de persoana care adoptă o conduită agresivă, deosebim:

- *agresivitatea tânărului și agresivitatea adultului;*
- *agresivitatea masculină și agresivitatea feminină;*
- *agresivitatea individuală și agresivitatea colectivă;*
- *agresivitatea spontană și agresivitatea premeditată.*

2. În funcție de mijloacele utilizate în vederea finalizării intențiilor agresive, agresivitatea se poate manifesta pe diferite căi – *direct și indirect, fizic sau verbal*. Cea directă este orientată nemijlocit asupra victimei, cea indirectă, transpusă pe obiecte sau ființe care nu au nici o legătură cu conflictul. Aceste obiecte străine pot fi oameni, animale, cât și diverse bunuri materiale. Trebuie de menționat că agresivitatea nu se manifestă doar sub formă fizică sau verbală, ea neapărat primește una din forme – directă/indirectă.

3. În funcție de obiectivele urmărite, diferențiem:

- agresivitatea *instrumentală*, ce urmărește obținerea unor beneficii, a unui câștig material;
- agresivitatea ce urmărește predominant *rănirea victimei*.

Pe lângă aceste două forme, S. Feshbach evidențiază și *agresivitatea expresivă*. Ea reprezintă o izbucnire necontrolată a mâniei, furiei, ce repede se stinge, sursa acestei agresivități nu neapărat fiind atacată [116]. Însă L. Berkowitz preferă în acest caz să vorbească despre agresivitatea impulsivă [18].

4. În funcție de forma de manifestare a agresivității, diferențiem:

- agresivitate *violentă* și agresivitate *nonviolentă*;
- agresivitate *latentă* și agresivitate *manifestă* [128].

O altă tipologie a conduitelor agresive, care combină mai multe criterii – planul agresiunii, verbal / fizic, gradul de deschidere, directă / indirectă, și tipul de implicare a agresorului, activă / pasivă – , a fost realizată de J. Hebert (1991) și include:

1. agresiuni active *fizice directe*: lovirea unui coleg
2. agresiuni active *fizice indirecte*: lovirea unui substituit al victimei
3. agresiuni active *verbale directe*: injuria, amenințarea
4. agresiuni active *verbale indirecte*: calomnia
5. agresiuni *pasive fizice directe*: împiedicarea producerii unui comportament al victimei
6. agresiuni *pasive fizice indirecte*: refuzul de a realiza o sarcină, activitate, de a da curs unei rugăminți
7. agresiuni *pasive verbale directe*: refuzul de a vorbi
8. agresiuni *pasive verbale indirecte*: negativism [116].

Desigur nici pe departe nu se poate considera că aceste tipologii epuizează toate criteriile de clasificare și toate formele de existență și manifestare a agresivității. În concluzie, agresivitatea este comportamentul caracterizat prin reacții brutale, distructive, de atac, manifestate prin: *reacții afective*: intimidarea celorlalți; *reacții verbale*: injurii, cuvinte amenințătoare; *reacții fizice*: lovire, bătăi, răniri. Cercetarea contemporană a comportamentului agresiv adoptă în

principal o abordare interacționistă. În consecință, agresivitatea este cel mai adesea văzută ca fiind un produs al mai multor factori care interacționează între ei, nici o caracteristică cauzală neexplicând mai mult decât o mică parte din diferențele individuale în ceea ce privește agresivitatea [116].

Consecințele comportamentului agresiv. Copiii și adolescenții care prezintă rate ridicate de comportament agresiv evident sunt uneori, dar nu întotdeauna, respinși de către colegii lor. Cei mai susceptibili de a fi respinși sunt cei incompetenți din punct de vedere social și inadecvați în agresiunile lor, un profil tipic al tinerilor cu raționamente sociale atribuționale ostile. În același timp, copiii și tinerii cu reputație de agresivitate furioasă necorespunzătoare provoacă respingere sporită și agresivitate din partea colegilor lor neagresivi. Cei care au fost respinși și agresivi în școala elementară experimentează probleme de externalizare (de ex. tulburări de conduită) și de internalizare (de ex. anxietate, depresie) în adolescență, în comparație cu copiii medii [19; 116]. De asemenea, impulsivitatea și lipsa controlului caracterizează mai mult băieții, fiind înalt corelată cu valorizarea violenței fizice ca expresie a virilității. O meta-analiză a cercetărilor realizate în psihologia socială a arătat diferențe de gen în comportamentul agresiv, care au constatat că, deși bărbații au fost orarecum mai agresivi decât femeile, în medie, diferențele de gen au fost inconsistente între studii, în măsură în care tinerele femei au tendința să se angajeze în agresiuni indirecte.

De ce combinația dintre agresivitatea timpurie și respingerea colegilor are o abilitate specială de a mări dezvoltarea spre neadaptarea socială și emoțională? Respingerea și izolarea socială reprezintă surse semnificative de stres pentru tinerii agresivi, într-un mod similar cu stresurile de mediu pe care le-am discutat mai devreme [132]. Tinerii agresivi respinși sunt mai des țintele agresivității colegilor și sunt cel mai puțin probabil să fie incluși în activitățile colegilor, în mare parte din cauza reputației lor pentru un comportament agresiv și perturbator social. Stresul unui climat social atât de ostil este un factor substanțial în producerea suferinței psihologice pe care o experimentează mulți adolescenți agresivi respinși în mediul lor școlar. Având în vedere că agresivitatea este, de cele mai multe ori, învățată în familie, acești tineri intră într-un cerc vicios, în care agresivitatea învățată acasă generează respingere, iar respingerea escaladează agresivitatea și schemele mentale de ostilitate atribuțională se întăresc, iar ele vor fi perpetuate în viitoarelor lor familii [116].

Statutul de agresiv-respins în copilărie lasă, de asemenea, tinerii în imposibilitatea de a se conecta cu un grup de colegi competent social, motiv pentru care se alătură unor grupuri/parteneri cu probleme de agresivitate. Copiii și tinerii respinși din cauza agresivității lor se confruntă cu opțiuni sociale restrânse din cauza reputației lor. Până la adolescență, ei se pot

regăsi într-un grup de colegi deviant, compus din alți copii cu comportamente și reputație similare. Fără oportunități de interacțiuni pozitive între colegi, acești adolescenți nu reușesc să dezvolte competențe sociale și parteneriale care le-ar permite să aibă succes în grupuri de colegi mai normative. În schimb, aceste grupuri se dezvoltă în bande antisociale care întăresc agresivitatea, delincvența și alte comportamente, care îi îndepărtează și mai mult de oportunitățile de interacțiune cu colegii mai bine adaptați. În acest ciclu, agresivitatea și respingerea colegilor se combină pentru a accelera distanța dintre dezvoltarea de succes și dezadaptarea. Mai mult, acest impact pe care îl suferă copiii și tinerii agresivi respinși de colegii lor mai bine adaptați este cea mai marcată pentru fete, care suferă scăderi mai accentuate ale acceptării sociale decât băieții [57; 108].

Concluzionând, mediile disfuncționale familiale, la fel și cele de la egal la egal și comunitare pot influența puternic dezvoltarea și afișarea prejudecăților în raționamentele sociale. Aceste medii agresive sunt mediile familiale dure și nesustenabile din punct de vedere emoțional, ca și comunitățile care se confruntă cu tulburări și violență. Respingerea în familie și în contextele de la egal la egal poate schimba toate structurile creierului, poate dezvolta și întări raționamentele atribuționale ostile și poate sprijini represaliile agresive. Pentru prea mulți copii aceste experiențe cumulative duc la o agresivitate relativ stabilă, sporită și la probleme substanțiale de adaptare în adolescență, tinerețe și mai departe la maturitate. Este cu atât mai grav pentru fete care sunt implicate semnificativ în creșterea și educarea copiilor, transmițându-le aceleași modele de comportament agresiv.

Agresivitatea este una dintre marile probleme ale lumii contemporane. Chiar dacă reprezintă o problemă delicată, luarea în stăpânire a fenomenului de comportament agresiv nu se poate face decât dacă îi sunt cunoscute cauzele, originile, formele de manifestare și posibilitățile de prevenire. În continuare vom arăta modul în care funcționalitatea familiei, ca mediu primar de dezvoltare devine un factor explicativ al tulburărilor de comportament la adolescente și la tinerele fete.

1.3. Factori de risc și factori protectivi în devianța feminină

Avem parte de provocări în fiecare zi a vieții noastre și reacționăm la ele. Modul în care o facem este diferit în funcție de fiecare dintre noi și este influențat de numeroși factori. Unul din acestea este climatul educațional familial agresiv. Defnim ca **mediu agresiv de dezvoltare** acel mediu în care se manifestă multipli și diverși factori/comportamente cu caracter stresor, ce impactează dezvoltarea în copilărie și adolescență, cu ecou în perioada de tinerețe și care se pot continua la maturitate. Deci, în viziunea noastră **comportamentul agresiv** în familie este orice act vătămător, fizic sau emoțional care are loc între membrii unei familii. Aceasta poate include

un singur episod sau mai multe acte de agresiune, formând un model de comportament abuziv, prin exercitarea puterii și controlului asupra celui mai slab și vulnerabil fizic și psihic. Comportamentul agresiv în familie este un comportament intenționat, scopul lui fiind stabilirea și exercitarea puterii și controlului asupra altei persoane, în mod special, asupra femeii și copiilor. Este un model de comportament, în care partenerul intim aplică violența fizică, constrângerea, amenințările, intimidarea, izolarea și abuzul emoțional, sexual și economic pentru a controla sau schimba comportamentul celuilalt partener. *Viziunea noastră este că acest comportament agresiv pare a fi un comportament învățat din familia de origine și că el este un comportament repetitiv, influențând considerabil viața și dezvoltarea personală a victimei.*

Patton și Morgan [160] au identificat o serie de **factori de risc și protectivi** pe care tinerele femei îi pot experimenta în familie (factori individuali) și comunitate (factori sociali) și care pot duce la creșterea/ameliorarea comportamentelor deviate.

FACTORI DE RISC PENTRU FEMEI

Factori individuali/Familiali	Școală/Comunitate
Abuz fizic, emoțional și sexual	Criză economică
Neglijare parentală	Categorie defavorizată
Abuz de alcool, tutun și alte substanțe	Rasism
Activitate sexuală și/sau sarcină prematură	Condiții de locuit improprie
Dificultăți de învățare	Abandon școlar
Vagabondaj/fugă de acasă	Alternative de educație limitate
Prostituție	Eșec academic
Activitate infracțională	Lipsa activităților sociale
Relații negative cu egali/izolare	Lipsa îngrijirii medicale
Implicare în bande	
Infracțiuni sexuale	
Egali angajați în comportamente antisociale	
Stimă de sine scăzută	
Depresie / tendințe suicidare	
Violența în familie	
Abuzul parental de substanțe	
Experiența de plasament	
Activitatea infracțională a familiei	
Abandon școlar / absențe / suspendări	

FACTORI DE PROTECȚIE PENTRU FEMEI

Factori individuali/Familiali	Școală/Comunitate
Concepție de sine pozitivă	Activități extracurriculare/comunitare
Identificare de gen pozitivă	Suport social
Abilități sociale bune	Climat școlar benefic/protector
Competență/sens al scopului	Valori ale vârstei tinere
Spiritualitate	Siguranța condițiilor de viață
Identificare pozitivă cu apartenența etnică	Mentorat/îngrijire
Conectivitatea cu familia	Acces la servicii de sănătate fizică/mentală
Familie cu comportament încurajator	Educație pentru sănătate
Comunicare eficientă cu familia	Instruire vocațională
Relații pozitive cu egalii	Suport pentru educație terțiară
Sănătate/vigoare	Rata scăzută a infraționalității
Legătura cu școala	

În comparație cu băieții, studiul factorilor explicativi ai tulburărilor de comportament la fete este subdezvoltat. O serie de recenzii majore au evidențiat diferențele de gen în socializarea parentală, în special în ceea ce privește dezvoltarea tulburărilor de comportament [168]. Deși analizele anterioare au o mare valoare, ele nu au evidențiat problema cheie a explicării dezvoltării diferențiate a tulburărilor de comportament în rândul fetelor. Cu toate acestea, clarificarea eterogenității dezvoltării la fete este importantă pentru dezvoltarea și optimizarea programelor de prevenire și tratament, specifice genului feminin. În această parte a lucrării, vom trece în revistă, fără pretenții de exhaustivitate, studii ce descriu modele de dezvoltare a tulburărilor de comportament la fete, în copilărie și adolescență. Vom prezenta apoi studii transversale și longitudinale care examinează asocierea dintre comportamentul disruptiv al fetelor și funcționarea familiei. Ulterior vom explora modul în care dezvoltarea comportamentului deviant/disruptiv în funcție de sex, poate fi explicată prin riscuri legate de familie și procesele protective, despre care S. Gabriel S. și W. Gardner [66], precum și Maccoby E. [119] afirmă că este posibil ca aceștia să vulnerabilizeze în special fetele, de exemplu, la răceala parentală și la nivelurile ridicate de conflict familial, iar comportamentele parentale învățate se manifestă ulterior în rolurile și relațiile părintești.

Termenul de comportament disruptiv este un construct general care a fost folosit în mod diferit pentru a descrie comportamente de opoziție, comportament agresiv, comportamente de externalizare și acte delincvente. Comportamentul disruptiv din copilărie este legat, atât concomitent cât și prospectiv, de funcționarea afectată în multe domenii, cum ar fi social,

emoțional și academic și prezintă un nivel remarcabil de ridicat de stabilitate în timp [43; 147]. De asemenea, comportamentul perturbator în copilărie este asociat cu rezultate negative la vârsta adultă, inclusiv delincvența, șomajul, consumul de substanțe, sănătatea mintală și problemele parentale [15; 37]. Comportamentul distructiv este cel mai frecvent comportament problematic la copii, studiile longitudinale și epidemiologice care arată în mod constant că, aproximativ 5-10% dintre băieți și 1-3% dintre fete prezintă probleme grave de conduită în copilărie [5]. În ciuda nivelurilor mai scăzute de comportament perturbator la fete în comparație cu băieții, eșantioanele clinice de fete prezintă, în general, probleme de comportament mai severe decât băieții [223]. Începând cu adolescența, fetele sunt, de asemenea, mai predispuse decât băieții să prezinte simptome și tulburări care apar simultan, fenomen denumit „paradoxul de gen” [112], indicând faptul că genul cu prevalența mai mică a unei anumite tulburări (în acest caz comportament disruptiv) prezintă un risc mai mare pentru rezultate negative suplimentare, care includ abuzul de droguri și probleme de sănătate mintală. În plus față de diferitele rate de prevalență la băieți și fete, există diferențe de gen și în fenotipul comportamentului perturbator [102], majoritatea studiilor indicând faptul că fetele sunt mai predispuse să manifeste agresivitate relațională, în timp ce băieții sunt mai predispuși să prezinte agresiune fizică [47]. Agresivitatea relațională dăunează relațiilor, de exemplu, amenințând cu retragerea acceptării sau prieteniei, ostracizarea sau folosirea excluziunii sociale sau a răspândirii zvonurilor. Similar cu agresiunea fizică, agresivitatea relațională este asociată cu probleme generale de externalizare și cu inadaptação social-psihologică (de exemplu, Crick și Grotpeter 1995). În ceea ce privește caracteristicile comportamentului lor delinvent, fetele, în comparație cu băieții, demonstrează o agresivitate fizică mai puțin evidentă [46], sunt mai puțin implicate în bande, lupte de stradă și transport de arme [60] și sunt mai susceptibile de a victimiza membrii familiei decât străinii, în cursul comportamentului lor delinvent [83].

Mai multe analize au identificat factorii de risc și de protecție, asociați cu dezvoltarea comportamentului disruptiv și delinvent în mai multe domenii de influență: individual, familie, școală, grup de egali și comunitate [84; 115]. Explicațiile pentru comportamentul perturbator și delinvent au inclus comportamentul părinților, [76] atât pentru băieți, cât și pentru fete. Mai mult, o literatură extinsă arată efectele unice ale parentalității asupra adaptării emoționale și comportamentale a fetelor și băieților [59] și capacitatea intervențiilor familiale de a schimba comportamentul copilului, așa cum se poate constata în metanalizele realizate de Farrington și Welsh [61] și Woolfenden și colab. [226].

Studiile indică faptul că procesele familiale pot fi deosebit de relevante pentru fete. De exemplu, fetele care prezintă un comportament disruptiv, în comparație cu băieții, provin mai

des din familii caracterizate prin disfuncții: consum de substanțe [51], probleme generale de dezvoltare și conduită [161], maltratare [72; 122] și niveluri mai ridicate de antagonism, devianță și conflict [14; 36]. Aici pot exista două procese. În primul rând, fetele extrem de deviante pot provoca perturbări în mediul „normativ” de dezvoltare. De exemplu, A. Hipwell și colab. [86] au raportat că problemele de conduită ale fetelor au prezis creșteri ale pedepselor dure pe o perioadă de 6 ani (fetele cu vârste cuprinse între 7-12 ani). Această relație s-a dovedit a fi reciprocă, astfel încât acest tip de comportament parental a prezis și creșteri ale problemelor de conduită ale fetelor în timp. Un studiu prospectiv realizat de D. Huh și colab. [91], de asemenea, a dezvăluit că, comportamentele de externalizare ale fetelor adolescente și abuzul de substanțe, au prezis scăderi viitoare în percepțiile fetelor despre sprijinul și controlul părinților. Cu toate acestea, studiile privind monitorizarea parentală, au arătat că, creșterea problemelor de conduită atât la băieți, cât și la fete, a redus monitorizarea parentală ulterioară a copiilor [103; 107]. În al doilea rând, comportamentul parental suboptim poate determina fetele să prezinte un comportament perturbat-disruptiv. Unii cercetători au sugerat că, asocierile dintre comportamentul parental și comportamentele de externalizare ale copilului au fost cele mai puternice atunci când evaluarea parentalității a măsurat tiparele comportamentelor parentale, spre deosebire de evaluarea singulară a comportamentelor părinților [180]. Într-un eșantion exclusiv feminin, de exemplu, simultaneitatea nivelurilor scăzute de căldură, supraveghere și monitorizare din partea părinților (denumită și stil parental neglijent sau dezangajat) au fost dăunătoare funcționării adolescentelor [165]. Cu toate acestea, alți cercetători au subliniat importanța evaluării și analizei simultane a comportamentelor parentale multiple [32]. Mai multe studii transversale au examinat asocierea dintre comportamentul disruptiv al fetelor și comportamentele parentale [164]. Într-un eșantion de 64 de fete și 158 de băieți diagnosticați cu tulburare de opoziție sau cu probleme de conduită cu debut precoce, C. Webster-Stratton [223] a raportat că, două aspecte ale stilului parental observat la mamă („afirmații critice” și „negativitatea totală” - definită ca fiind comportamente negative fizice și comunicare negativă) au corelat cu comportamentele de externalizare ale fetelor.

Cercetările asupra adolescenților arată, de asemenea, asocieri între parentalitate și comportamentul disruptiv al fetelor. Jackson C. și Foshee V. [95], de exemplu, au examinat asocierea dintre capacitatea parentală percepută de adolescenți și agresivitate într-un eșantion de 1.221 adolescenți din clasa a IX-a și a X-a. Rezultatele au indicat faptul că, cu cât este mai redusă capacitatea parentală percepută, cu atât este mai mare probabilitatea ca adolescenții să-și fi lovit colegii, să se fi bătut cu colegii lor, să fi purtat o armă la școală sau să-și amenințe colegii cu o armă. Această asociație bivariată a apărut atât pentru băieți, cât și pentru fete. Pittman L. și

Chase-Lansdale P. [165], în plus, au examinat asocierea dintre stilul parental și funcționarea adolescenților la 302 fete adolescente (cu vârste cuprinse între 15 și 18 ani) și la mamele lor, care trăiesc în cartiere sărace. Ei au descoperit că adolescenții ale căror mame au avut un comportament parental dezangajat (atât căldura parentală, cât și supravegherea/monitorizarea) au avut cele mai negative rezultate legate de comportamentele de externalizare, realizările academice, orientarea spre muncă, experiența sexuală și istoricul gravidității [124; 159; 188].

Pe lângă examinarea comportamentelor parentale, studiile pe adolescenți s-au concentrat și asupra calității relației părinte-copil. De exemplu, conflictul mamă-adolescent a fost puternic legat pozitiv de problemele de externalizare ale adolescenților într-un eșantion de 755 de diade mamă-adolescent (atât băieți, cât și fete) [210]. C. Buehler [22] a raportat asocieri concurente și prospective între ostilitatea diadică părinte-tânăr observată și problemele comportamentale de externalizare la 416 familii cu tineri cu vârste cuprinse între 11 și 14 ani, în legătură cu controlul inadecvat al părinților, bunăstarea părinților și apartenența adolescentului la prieteni cu comportament deviant. Modelul a apărut similar pentru băieți și fete. Într-un eșantion de 150 de fete hispanice de 12-14 ani, provenite dintr-o comunitate cu risc ridicat, nivelurile mai scăzute de sprijin și niveluri mai ridicate de conflict în familie au arătat o asociere puternică cu problemele de comportament de externalizare ale fetelor [41]. I. Racu [169], A. Verdeș [214], C. Perjan și A. Verdeș [162; 163] au studiat copiii neglijăți, din familii disfuncționale, dezintegrate și au constatat la aceștia dezorganizarea emoțională, sensibilitatea excesivă, consumul de substanțe, iritabilitatea, stima scăzută, sentimentele de vinovăție. Un mediu disfuncțional de dezvoltare, provenit din lipsa unei atmosfere de familie suportive și calde, îl determină pe copil să perceapă mediul familial ca pe un teritoriu inamic și dezvoltă mecanisme de protecție cu rol de supraviețuire, dar adesea disfuncționale.

În concluzie, datele din studiile transversale sugerează că problemele de comportament la fete, la fel ca la băieți, sunt asociate cu niveluri scăzute de căldură părintească, sprijin, supraveghere și monitorizare, precum și cu niveluri ridicate de ostilitate și conflict. Aceste asociații apar în copilărie și în adolescență, dar și în diferite grupuri etnice/rasiale. Cu toate acestea, aceste rezultate nu pot fi interpretate fără echivoc, deoarece toate studiile menționate anterior au folosit un design transversal și relațiile temporale nu pot fi determinate. În plus, proiectarea acestor studii nu ia în considerare asocierea bidirecțională dintre părinți și comportamentul copilului și nici modificările comportamentului părintesc și comportamentul copilului în timp. De aceea, am identificat și studii longitudinale, prospective, pentru a surprinde mai bine acest proces interacțional dinamic.

Stabilitate și schimbare în comportamentul parental. Se știe că, comportamentul parental variază în funcție de vârsta copilului și, prin urmare, ar trebui studiat din punctul de vedere al dezvoltării acestuia. Parentalitatea aspră, cum ar fi lovirea sau plesnirea, de exemplu, apare mai des în timpul copilăriei decât în adolescență [113; 131]. În același timp, alte studii au arătat că parentalitatea prezintă o stabilitate remarcabilă. Thompson Gershoff E. [205] a analizat studii privind stabilitatea parentalității și a găsit niveluri semnificative de stabilitate relativă la toate constructele (cum ar fi controlul, monitorizarea, afectele pozitive/negative etc.). În ceea ce privește stabilitatea absolută (referindu-se la consistența nivelului unui anumit comportament atunci când este măsurată în timp), studiile indică faptul că implicarea părinților, supravegherea, monitorizarea, căldura, pedeapsa fizică și utilizarea tehnicilor de parentalitate pozitive scad pe măsură ce copilul crește.

Studiile asupra percepțiilor adolescenților despre funcționarea familiei adaugă și mai multe cunoștințe despre dezvoltarea parentalității în timp. McGue M. și colab. [127], de exemplu, au arătat că percepțiile adolescenților asupra calității relației părinte-copil au scăzut constant și moderat între vârsta de 11 și 14 ani (conflictul cu părinții a crescut, în timp ce toate aspectele căldurii/afectivității pozitive au scăzut) și că aceste schimbări percepute au fost semnificativ mai mari la fete decât la băieți [idem]. De asemenea, adolescentele de sex feminin (cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani) din familiile monoparentale au raportat cele mai ridicate niveluri de furie și conflict cu mama în adolescența timpurie și mijlocie, în timp ce adolescenții de sex masculin au raportat cele mai ridicate niveluri de conflict în adolescența medie [109]. Cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că aceste studii au folosit auto-raportările și, prin urmare, au măsurat percepția adolescenților, spre deosebire de schimbarea reală a calității, măsurată prin metode observaționale. Cu toate acestea, studiile observaționale sunt rare la copiii mai mari și la adolescenți.

Pe scurt, deși se știe mai multe despre stabilitatea comportamentului de creștere la băieți, stabilitatea relativ ridicată este probabil să existe și la fete. În ceea ce privește stabilitatea absolută a părinților fetelor, s-a dovedit că monitorizarea și căldura părinților scad în timp. În plus, fetele, în comparație cu băieții, raportează schimbări mai mari în calitatea relației părinte-copil în adolescența timpurie [126].

Deși suntem conștienți de influența factorilor de risc multipli în mai multe domenii de dezvoltare, obiectivul nostru principal a fost acela de a studia procesele familiale în dezvoltarea comportamentelor disfuncționale la fete. Analiza literaturii a fost de un real folos în elaborarea programului de intervenție psihologică, pentru ca tinerele participante să înțeleagă contextul de dezvoltare în care au crescut și ce modele e posibil să perpetueze copiii existenți și viitori. Am

adăugat la literatura existentă atât comportamentul disruptiv, cât și comportamentul parental în același context de dezvoltare disfuncțional. Derivăm acest cadru parțial din psihopatologia dezvoltării, adică integrarea cercetării privind dezvoltarea normativă cu cea privind psihopatologia, mai ales că în partea aplicativă am folosit în investigație și un instrument clinic cum este Inventarul de personalitate DSM-5 (PID-5). Acest cadru a permis explorarea traiectoriilor de dezvoltare către rezultate atât pozitive, cât și negative și, prin urmare, a fost axat în egală măsură pe înțelegerea influenței factorilor de risc și de protecție [102; 176].

1.4. Abordări conceptuale ale violenței în familie. Dezvoltarea personală – mijloc de activare a resurselor interioare

Atenția asupra fenomenului violenței domestice și conceptualizarea sa a apărut ca urmare a unui cumul de factori, din care menționăm preocuparea privind statutul femeii și criticile aduse sexismului în diferite domenii ale vieții sociale, politice și culturale, dar și problemele adiacente legate de statutul copilului și de problematica socială legată de acesta, precum gradul de abandon, vagabondajul, absenteismul școlar, abuzarea și exploatarea copilului, situația copilului instituționalizat, consumul de droguri etc., conturându-se astfel un conținut vast în care, atât femeile cât și copiii, se reunesc în postură de victime [115; 129]. *Grupul de lucru APA pentru violență și familie* a definit **violența domestică** ca un model de comportamente abuzive, inclusiv o gamă largă de maltratări fizice, sexuale și psihologice utilizate de o persoană într-o relație intimă împotriva alteia, pentru a câștiga puterea în mod nedrept sau pentru a menține abuzul de putere al acelei persoane, control și autoritate. Pot rezulta sau există o mare probabilitate de a rezulta vătămări fizice, vătămări psihologice, dezvoltare precară sau chiar moarte. L. Walker subliniază că, atunci când apare o formă de violență în familie, ne putem aștepta la toate celelalte, inclusiv la diverse acte agresive în afara familiei, în comunitate [82; 189; 222].

Cu tot procesul de democratizare din ultimii ani și accesarea în organizații egalitariste precum Uniunea Europeană și cu toate eforturile depuse pentru asigurarea egalității între sexe în context social și politic, o privire mai atentă asupra familiei a evidențiat o mulțime de contraste și realități disfuncționale. Modernizarea și democratizarea relațiilor de familie s-a transformat, cumva paradoxal, în incriminarea femeii în raport cu statutul parental. În urma analizei actualelor structuri de protecția copilului, a modurilor lor de intervenție și funcționare, unii autori [62; 192] au constatat că femeia este, de cele mai multe ori, considerată primul (dacă nu unicul) părinte răspunzător de situația precară a copilului, chiar mai mult, tot aceasta este blamată și pentru disfuncțiile familiei, inclusiv pentru violența domestică, fiind totodată acuzată că nu își îndeplinește în mod corespunzător rolurile de mamă și de soție [116].

Preocuparea specialiștilor, a politicienilor și a publicului larg pentru protecția familiei a început să se facă simțită în anii 1995-1996, fapt petrecut mai mult datorită presiunilor externe și a eforturilor de aliniere la spiritul și standardele europene și internaționale [idem]. Politica de promovare a femeii a dus la reconsiderarea raporturilor de familie, a rolului și statutului ei social și legal. La noi violența domestică și victimizarea nu fac obiectul statisticilor, acestea fiind preocupate mai mult de agresiune și criminalitate, aplecându-se mai cu seamă asupra criminalității masculine, cu toate că și cea feminină este menționată în trecut [199].

În cadrul Conferinței Ministeriale Europene asupra Egalității dintre Femei și Bărbați ce a avut loc în 1993, s-a subliniat faptul că „violența împotriva femeilor este un fenomen universal, prezent în toate straturile sociale și toate societățile, independent de nivelul lor de dezvoltare, stabilitate politică, cultură sau religie” [idem].

Un studiu asupra violenței în familie, efectuat la nivel național, a arătat că în decurs de un an aproximativ un milion de femei au suportat diferite forme de violență în familie, iar un număr de 370.000 de copii sub 14 ani au asistat la violențele dintre părinți [62; 148].

Aproape jumătate din populația României nu știe de existența instrumentului juridic care reglementează violența în familie, iar 80% dintre victimele ce au fost supuse violenței nu au apelat niciodată la o instituție specializată. Dacă în alte țări din Uniunea Europeană o singură persoană din zece tolerează uneori violența fizică în familie, România se dovedește mai „relaxată” în această privință, patru din zece români considerând că aceste fapte nu ar fi niște acte prea grave [171].

În majoritatea cazurilor, violența împotriva femeii este provocată de bărbați, cel mai adesea de partenerii de viață sau de rudele apropiate, uneori și de alte cunoștințe sau chiar de necunoscuți. Scopul acestora este controlul, cauzele fiind cele istorice: inegalitatea de gen. Mulți autori și-au pus întrebarea de ce se discută unilateral chestiunea violenței domestice, răspunsul fiind dat de asimetria evidentă a proporțiilor agresiunilor între femei și bărbați [4; 74]. Înregistrate de statistici sau nu, cert este faptul că femeile sunt în mod sistematic ținta violențelor de diverse tipuri, de la cele fizice la cele psihice. În cazurile în care bărbații sunt victime ale unor violențe, de cele mai multe ori agresiunile asupra lor sunt comise de alți bărbați, explicația fiind dată de „perpetuarea paradigmei dominației masculine, care se manifestă în fiecare societate, mai primitiv sau mai rafinat, în funcție de datele și condițiile respectivei societăți” [10].

Violența împotriva femeii este în sine o reflectare a rapoartelor inegale de putere între femei și bărbați și exprimă, conform statisticilor românești, existența unei strânse relații între dominația masculină și violența sexuală.

Violența domestică a ajuns să fie actualmente un subdomeniu al criminalisticii în multe țări, după ce ea a preocupat vreme îndelungată științele sociale din întreaga lume, fără ca subiectul să se fi epuizat, rămânând așadar ca un teren de cercetare în care conceptualizarea este controversată și plină de nepotriviri, iar operaționalizarea, inclusiv cea de natură statistică, are dificultăți cu tot felul de taxonomii care nu se validează reciproc și de o lipsă totală de consens privind definițiile de lucru [74].

Deși există nenumărate dificultăți în includerea acestor aspecte atât de diferite care adesea se combină sau chiar se suprapun, cum ar fi violența fizică, sexuală și psihică, totuși există un consens în privința unei structurări generale în patru mari tipuri:

1. violența sau abuzul de natură domestică
2. hărțuirea sexuală, agresiunea sexuală și violul
3. mutilarea genitală prin practici tradiționale sau culturale
4. traficul uman în vederea exploatării sexuale sau sclavia domestică.

Definirea violenței domestice are conotații asemănătoare sau apropiate cu alte două concepte: violența intrafamilială și violența împotriva femeii. Adesea violența domestică se confundă în discursul oficial cu violența față de femei, cele mai frecvente referiri fiind cele îndreptate către definiția dată de Declarația Națiunilor Unite privind Violența împotriva Femeii: „orice act de violență, bazat pe diferența de gen și care are ca rezultat o rănire sau o suferință fizică, sexuală sau psihologică, produsă femeii, incluzând amenințări sau acțiuni de coerciție, precum și de privare arbitrară de libertate, fie că aceasta se petrece în public, fie că se petrece în viața privată” [110]. Agresiunea comisă asupra unei femei de către partenerul său nu poate fi asimilată unui comportament agresiv întâmplător, dată fiind particularitatea contextului: victima este la îndemâna agresorului, în mod continuu.

Acest lucru se aplică și în cazul agresiunii unui copil, cu particularitatea agravantă că este vorba de agresarea unui minor [85]. Prin urmare, atât femeile cât și copiii prezintă un grad ridicat de vulnerabilitate în mediul domestic.

Violența domestică devine prin urmare un apanaj al controlului masculin, manifestat prin toate tipurile de violență pe care acesta le are la îndemână, acestea reprezentând o amenințare reală la integritatea fizică și psihică a victimei.

O altă definiție are în centrul său statutul legal al partenerilor, bazându-se pe elemente de funcționalitate a familiei, astfel că violența domestică este asimilată cu o amenințare sau cu producerea unor traume fizice sau psihice în timpul conviețuirii cu partenerul [98].

Violența de natură fizică sau sexuală poate fi însoțită de intimidări și violențe verbale, de distrugerea de bunuri ale victimei, de izolarea acesteia de prieteni, familie, copii sau oricine

altcineva care i-ar fi putut veni în ajutor, menținerea unui climat de teroare, interzicerea accesului la bani sau lucruri, privarea de hrană, de libertate, de telefon sau orice alte surse și mijloace de protecție și îngrijire de care s-ar putea folosi „femeia-victimă.” [208].

Violența intimă a fost ignorată până de curând în criminologie, aceasta fiind inclusă în actele de violență ca un fenomen larg [12]. Recent, grație emergenței interdisciplinarității, domeniul violenței domestice a fost reconsiderat, dat fiindcă natura și conținutul relației dintre victimă și agresor au relevat clar că este necesară existența unor tipologii pentru a înțelege relațiile între formele de violență interpersonală și mecanismele trecerii la violența propriu-zisă.

Unele din teoriile tradiționale ale violenței domestice, precum teoria schimbului, teoria dezorganizării sociale și teoria subculturii, au fost adaptate treptat pentru înțelegerea violenței domestice, chiar dacă s-au dovedit insuficient de precise sau incomplete [115].

P. Jaffe și M. Juodis propun o abordare extrem de interesantă privind prevalența violenței sexuale intime care se bazează pe patru condiții:

- **Congruența emoțională:** unii agresori relaționează emoțional cu copiii deoarece au o imagine de sine negativă, sunt imaturi emoțional și acest lucru îi face să se simtă atrași de copii;
- **Excitația sexuală** în prezența copiilor: acest fenomen nu are o explicație, clinicienii și terapeuții neavând în această privință răspunsuri clare, dar se sugerează că o traumă sexuală timpurie suferită de agresor ar fi putut lăsa urme în dezvoltarea lor ulterioară;
- **Blocajul:** unii bărbați sunt blocați, nefiind capabili să intre în relații satisfăcătoare cu persoane adulte și să aibă interacțiuni securizante cu acestea;
- **Dezinhibiția:** diferite stresuri sociale pot inhiba controlul social normal care face ca majoritatea adulților să nu caute în copii parteneri, să fie protejați de asemenea risc [96].

Bărbații comit o agresiune pentru că partenerile lor, legale sau consensuale, sunt disponibile spațial, agresiunea în mediul privat fiind mai facilă și pentru că li se pare mai ușor să recurgă la violență decât la negociere pentru a elimina stresul și tensiunile din cadrul relației, în plus, șansa de a fi raportat este foarte redusă [184].

Teoriile privind controlul interpersonal, ca și cele referitoare la controlul social informal relevă faptul că distanța între strategiile informale și cele formale, începând cu apelarea poliției și terminând cu soluționarea penală, reprezintă diferența dintre dimensiunea reală a criminalității (nu numai în cazul violenței domestice) și cea cunoscută din statistici, indiferent de gradul lor de acuratețe sau de limitare în privința cunoașterii naturii și extensiei fenomenului criminalității.

Apelul la suportul social informal și intervenția persoanelor semnificative pentru cei implicați în relații și interacțiuni conflictuale, indiferent de momentul desfășurării conflictului, este un lucru care nu trebuie neglijat.

Literatura de specialitate prezintă o serie de mituri referitoare la violența domestică, pe care le reproducem în tabelul de mai jos [63; 143]:

Tabel 1.1. Mituri referitoare la violența domestică [63; 143]

Mit	Realitate
Violența domestică este caracteristică familiilor sărace sau cu un statut social scăzut.	Violența domestică poate apărea în toate familiile, indiferent de statutul socioeconomic; mitul a apărut deoarece există o probabilitate mai mare ca în atenția agențiilor specializate să intre persoane provenind din familii cu venituri reduse; acele familii cu resurse crescute uneori ascund violența mai bine.
Consumul de alcool și droguri cauzează violența domestică.	Nu există nici un argument și nici o dovadă care să afirme că alcoolul este o cauză directă a violenței domestice. Sunt dovezi care susțin coexistența consumului de alcool și a violenței domestice și facilitarea actelor de violență.
Bărbații violenți nu-și pot controla violența.	Bărbații violenți cred deseori acest lucru. Această credință permite agresorului neasumarea responsabilității față de actele comise. Majoritatea celor care își agresează soțiile își controlează comportamentul violent față de alte persoane, cum ar fi prieteni sau colegi, unde nu există nevoia de dominare și control.
Bărbații violenți sunt bolnavi psihic sau au personalități psihopate.	Studiile clinice asupra bărbaților care își abuzează partenerile nu susțin această afirmație. Marea majoritate a bărbaților agresivi nu prezintă suferințe psihice și nici nu au personalități psihopate. Mulți agresori se prezintă ca persoane obișnuite, respectabile, cu capacitatea de a se controla. Provin din toate clasele sociale și ocupaționale, iar violența se manifestă asupra partenerii și copiilor ei.
Tatăl lui era un om violent, își bătea soția și el a învățat acasă acest model de comportament.	În 18% din cazurile de parteneri violenți, aceștia nu au avut o copilărie cu violență în familie, nu au existat modele de relaționare violentă între soț și soție.
Unele femei merită să fie abuzate; ele provoacă abuzul.	Nu există justificări pentru violența domestică. De prea puține ori violența este punctul culminant al unei dispute și de cele mai multe ori femeile nu primesc semnale premergătoare atacului. Multe femei abuzate fac tot posibilul pentru a evita episoadele violente. În relațiile abuzive, există percepția că bărbatul are dreptul de a-și domina și controla partenera. Victimele violenței domestice riscă să fie abuzate de parteneri, indiferent de acțiunile lor.
Femeilor le face plăcere să fie abuzate.	Acest mit a apărut pe baza observației că multe femei rămân lângă partener, în ciuda abuzului suferit.

Definiții operaționale și accepțiuni. Pentru a putea sesiza dificultățile opțiunilor legate de definițiile operaționale și înainte de a găsi soluții viabile pentru violența împotriva femeilor, este necesar să înțelegem natura acesteia. În ciuda dificultăților de definire a acestei realități și a

formelor ei particulare de manifestare, vom admite că orice opțiune pentru o definiție trebuie să fie:

- Suficient de precisă pentru a fi eficientă în abordare;
- Suficient de amplă pentru a cuprinde tipurile de comportamente relevante.

Violența domestică. O mare parte din specialiști sunt de părere că cea mai potrivită definiție este cea care ia în considerare toate contextele și tipurile de relații unde s-a constatat prezența violenței domestice, precizând că orice femeie poate fi victimizată (dar mai puțin copiii), indiferent de categoria socială sau rasa din care face parte, unele femei putându-se confrunta cu forme diferite sau particulare de violență, în vreme ce altele pot suferi o victimizare nesemnificativă în termeni statistici sau chiar pot reuși să se sustragă unor forme de victimizare, în funcție de cultura sau contextul în care trăiesc. De cele mai multe ori violența domestică este definită prin asocierea femeii cu victimizarea, definind de fapt violența în cuplu [136; 144; 185]. Unii cercetători au arătat că în general violența domestică reprezintă un abuz de putere exercitat de bărbați împotriva femeilor, nu numai pe durata relației lor, ci și după separarea acestora, ei încercând să domine și să controleze fizic sau psihic partenerele, prin diverse metode, de la violența sexuală și fizică la amenințări și intimidare și de la abuzul emoțional și social la diverse privațiuni prin control economic [111]. Huss [93] a definit natura violenței domestice ca fiind orice acțiune de violență comisă în contextul unei relații interpersonale semnificative. Violența în familie ar putea include violența dintre soț și soție, iubită și iubit sau parteneri homosexuali sau lesbiene. Ar putea fi violență între părinți și copii, copii adulți și părinți vârstnici sau am putea să o întâlnim între frați. Krug și colab. [104] au abordat subiecte similare și au afirmat că abuzul de parteneriat intim poate fi găsit în toate relațiile, atât în cele de același sex, cât și în cele heterosexuale, dar, deși violența domestică poate avea loc în orice relație intimă, marea majoritate a acesteia este comisă de bărbați împotriva femeilor și din cauza frecvenței și severității acesteia este o problemă mult mai mare din punct de vedere al sănătății publice [94].

Prin urmare, spectrul violenței domestice se întinde de la abuzurile fizice, sexuale, emoționale și psihice la cele sociale și economice aplicate asupra victimelor, în general femei adulte, parteneri legitime sau consensuale ale agresorului. Așa cum am precizat anterior, studiile privind adolescentele și tinerele femei sunt puține, atenția a fost mai ales îndreptată cu precădere către femeile adulte și cu copii. Violența domestică și partenerială este cea mai comună formă de victimizare a femeii, în Europa înregistrându-se anual mai multe incidente produse de aceasta decât datorită cancerului și accidentelor rutiere la un loc. Totodată, în literatură se face o departajare clară între violența în familie, unde pot cădea drept victime și copiii, și violența în cuplu, unde victima este unul din parteneri, de obicei femeia. Termenul de cuplu este acceptat

într-o accepțiune mai largă, astfel că la unii autori întâlnim termenul de „violență intimă”, abreviat de noi cu VPI (violență partenrială intimă) termen distinct față de violența domestică [4; 185].

Deoarece în literatură nu exista o terminologie clară privind partenerii și particularitatea relației lor, de exemplu fostă sau actuală, vom folosi pentru departajarea acestora în categorii diferite două variabile:

- Timpul, pentru a preciza dacă este relație trecută sau actuală, și
- Legalitatea, pentru a preciza dacă este vorba despre un cuplu legitim sau aflat în uniune consensuală, termen preferat în ultima vreme celui de „concubinaj”, care a căpătat un sens ușor peiorativ.

Prin intermediul acestor variabile se obțin patru tipuri de relații:

- Fost partener legal,
- Fost partener consensual,
- Partener actual legal
- Partener actual consensual.

Astfel, aceste titulaturi conțin toate informațiile necesare privind statutul social al partenerilor, și, cu toate că renunțarea la particularizările de gen nu ajută la identificarea comportamentului agresorului și al victimei, vom considera că violența în cuplu afectează în general femeile.

Sănătatea fizică a femeilor este adesea relativ ridicată în timpul adolescenței și la începutul maturității. În același timp, adolescența și vârsta adultă timpurie este un timp de schimbări fizice, psihologice și cognitive rapide, experiențele stresante pot fi vătămătoare psihologic și adesea copleșitoare. Cauzele mortalității în etapele de viață ulterioare își au adesea originea în evenimente sau comportamente dezvoltate în timpul adolescenței [170; 224]. Adolescenții și adulții tineri sunt cel mai probabil predispuși să se angajeze comportamente riscante și nesănătoase, cum ar fi abuzul de substanțe, abandonul școlar, tulburări de alimentație, comportamente sexuale cu risc ridicat, lipsa activității fizice și sarcina timpurie. VPI poate dubla probabilitatea adolescentelor și tinerelor femei de a se angaja în diverse tipuri de comportament riscant [175; 198; 217]. Studiile efectuate au stabilit că aceste experiențe de VPI și de constrângere sexuală crește riscul femeilor tinere de infecție cu HIV, indiferent dacă apar într-o căsătorie timpurie sau o relație de întâlnire [188]. VPI la adolescență și la vârsta adultă tânără pare să aibă un impact negativ asupra nivelurilor educaționale ale femeilor tinere, multe femei părăsind școala la căsătorie [11; 12].

Adolescența și vârsta adultă tânără reprezintă o perioadă crucială pentru stabilirea bazelor pentru sănătatea viitoare a femeilor și calitatea vieții acestora [114; 191]. Efectul VPI în această perioadă din viață poate afecta sănătatea fizică și psihologică, precum și bunăstarea economică a adolescenților și adulților tineri în viitor. Investiția într-o viață fără violență pentru adolescentele și femeile tinere poate, așadar, să fie o investiție importantă în viitorul lor [38].

Pentru a proiecta strategii de prevenție, pentru a promova sănătatea relațiilor și rezultatele dezvoltării, precum și răspunsuri pentru adolescentele și femeile tinere care experimentează violența partenerială, sunt necesare mai multe dovezi cu privire la factorii din viața femeilor tinere care le predispun la un risc crescut de violență partenerială [154]. Studiile existente au constatat că VPI în timpul adolescenței este asociată cu calitatea de martor sau experiența violenței parteneriale în timpul copilăriei, cu structurile familiale atipice, cu parteneriatul multiplu și abuzul de substanțe, în special abuzul de alcool [50; 198; 194; 217]. Cu toate acestea, majoritatea acestor studii au fost efectuate în SUA și nu sunt neapărat generalizabile la alte contexte. Studii efectuate în țările neindustrializate evidențiază riscul crescut de dificultăți economice și căsătorie timpurie pentru adolescentele sau femeile tinere care experimentează violența partenerială sau constrângerile sexuale în căsătorie sau relații romantice, experiență de VPI. Este dificil să comparăm rezultatele acestor studii, deoarece acestea diferă în ceea ce privește strategiile de măsurare și eșantionare, grupe de vârstă intervievate și obiective de studiu. Există, în mod clar, o lipsă de studii bazate pe populație privind violența partenerială în rândul adolescenților și femeilor tinere, multe studii fiind limitate la elevi și studenți [1; 217], care nu sunt reprezentative pentru populația generală a adolescentelor și tinerelor femei. Deși există studii care investighează prevalența, riscul și factorii asociați pentru violența partenerială în rândul femeilor de vârstă reproductivă în toate țările industrializate [79], niciuna nu s-a concentrat exclusiv pe adolescente și tinere. Cu toate acestea, acest grup merită o atenție specială, atât pentru că s-a constatat că VPI este mai răspândită în tinerețe, cât și din cauza potențialului său cu efect de impact asupra experiențelor ulterioare de violență, sănătate precară și probleme psiho-sociale implicate [80; 114].

VPI este o consecință a unei combinații complexe de factori individuali, relaționali și de societate. Investigarea factorilor asociați cu violența de gen necesită un cadru de abordare a relației care ia în considerare separarea factorilor care existau înainte de relația în care femeia este abuzată, factorii care caracterizează relația actuală și factorii care se referă la calitatea relației (Figura 1.1).

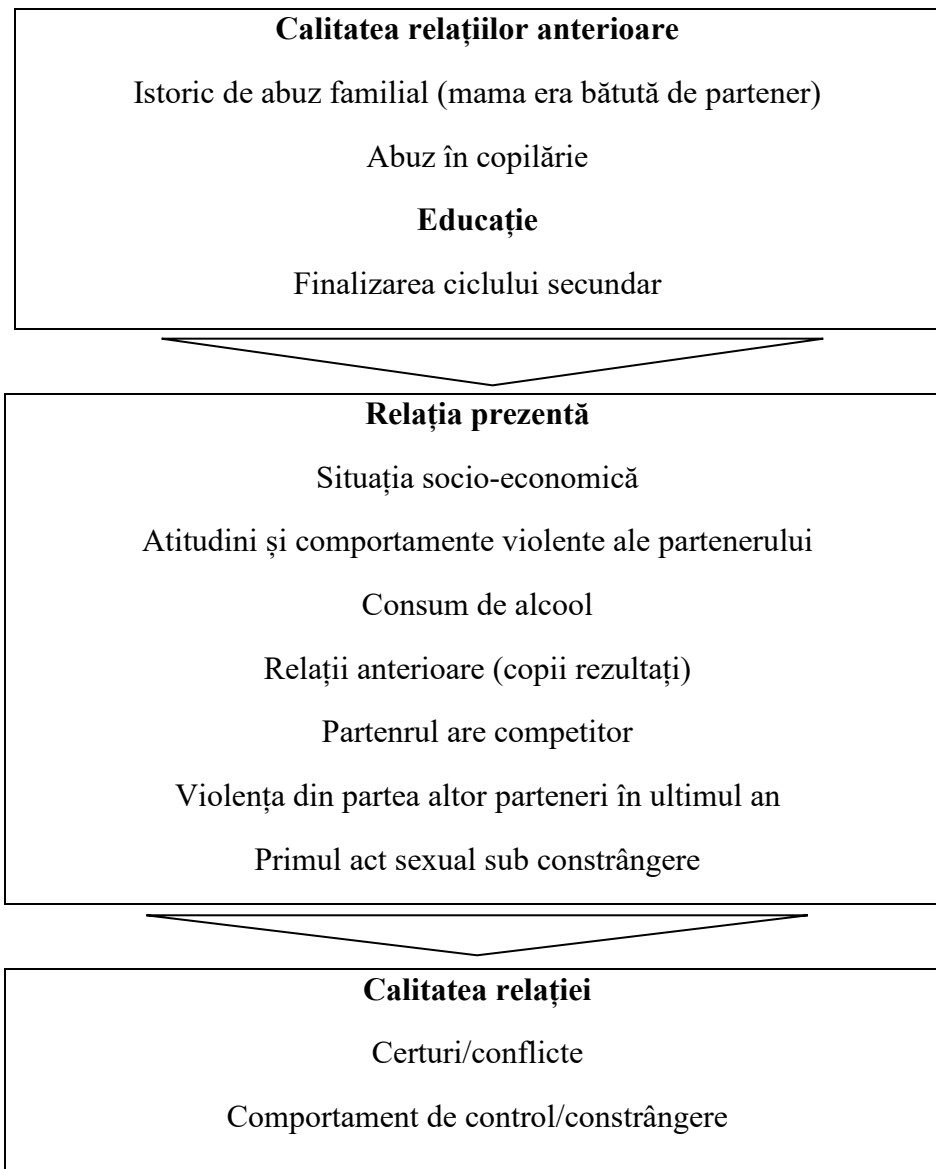


Figura 1.1. Model explicativ pentru calitatea relației

Statistici ale violenței domestice

Evenimentele de violență domestică au lipsit multă vreme din statisticile oficiale din toată lumea, însă mai recent au început și acestea să apară; ceva mai multe informații găsim în unele sondaje, cercetări sau date clinice, laolaltă cu cele deja aflate în literatura de specialitate și, de asemenea, de dată mai recentă, în rapoartele unor ONG-uri.

Potrivit acestor statistici se constată că cei mai mulți dintre agresori rămân nepedepsiți în special pentru că nu sunt raportați. Cele mai multe victime preferă evitarea unor agresivități viitoare fără a apela la poliție, ci prin intermediul unor mijloace de control informale: evitarea pentru o vreme a agresorului sau părăsirea temporară a spațiului de coabitare, urmând să revină după trecerea pericolului. Statisticile relevă faptul că victimele sunt speriate și resimt rușine, căutând să uite de experiențele traumatizante, unele dintre acestea manifestând chiar neîncredere

față de autorități. În cazul în care victimele agresiunilor sexuale sunt copii aflați la vârste mici (4 – 9 ani), aceștia nici nu conștientizează statutul de victimă și nu înțeleg caracterul agresiunii nici când aceasta este de natură sexuală, ei știind că adulții, mai ales părinții, sunt sursa lor de securitate și de iubire.

Statistica are un aport important în acest domeniu, cu ajutorul acesteia putem cunoaște dimensiunea unui fenomen și, în funcție de acesta, se pot construi strategii de prevenire și control [179]. Metodele informale de control social pentru prevenirea victimizării sunt foarte des folosite ca strategii personale de evitare tocmai pentru ca aceste incidente să nu fie cunoscute pentru cele mai multe societăți, aceasta fiind considerată o problemă internă și nu una de interes public. Așa cum se spune (și rău se face) în mod tradițional, „rufele murdare se spală în familie”. Prin această atitudine se evită asumarea metodelor formale prin care agresorii ar putea fi descurajați, acestea fiind apelate de victime foarte târziu, atunci când controlul informal nu mai are efect, este inadecvat sau violența evoluează către cele mai grave forme ale sale.

Redăm în cele ce urmează o serie de statistici alarmante:

- În anul 1991, 95% dintre victimele violenței înregistrate în Franța erau femei, 50% dintre acestea fiind „la mâna” soțului sau partenerului;
- În Statele Unite, o femeie este violată la fiecare șase minute;
- În Africa, 80 milioane de femei suportă mutilări genitale;
- 62% dintre crimele comise de către femei pe plan mondial sunt datorate maltratării acestora de către bărbați;
- 23% dintre femeile din Australia au avut parte de acte de violență comise de către parteneri; 46% dintre acestea aveau copii în grijă și numai 4,5% dintre cele agresate fizic au apelat la un serviciu de criză;
- Victimele sunt agresate de 35 de ori în medie înainte de a apela la poliție;
- 35% dintre apelurile la poliție înregistrate în Australia sunt legate de violența domestică [2].

Statisticile privind situațiile de violență domestică în care victimele sunt bărbați sunt neglijate în mod frecvent. Totuși, comparațiile procentuale între criminalitatea masculină și cea feminină în domeniul violenței domestice arată că ambii parteneri au manifestări violente, conform unor anchete naționale desfășurate în Australia [46].

Și în Republica Moldova se atestă o sporire a cazurilor de violență împotriva femeilor. În Raportul pentru anul 2020 cu privire la violența în familie și violența față de femei al Ministerului Sănătății RM se prezintă dinamica adresărilor privind cazurile de violență în

familie, pe parcursul anilor 2012 – 2020 astfel: dacă în anul 2012 numărul adresărilor ajungea la 6569, la nivelul anului 2020 - numărul adresărilor a atins alarmant 12970. În acest context, ponderea infracțiunilor pe bază de gen comise în sfera relațiilor familiale se prezintă astfel: victime ale violenței în familie au devenit 1411 femei, 33 copii și 64 bărbați, iar agresori fiind 1503 bărbați, 70 femei și 1 minor.

Un studiu din 2002 privind omuciderea în România a relevat faptul că, atât bărbații cât și femeile, fac parte atât din categoria inculpaților, cât și din cea a victimelor. Studiul este împărțit în două mari secțiuni, inculpați și victime. Din acesta reiese nu numai că cei mai mulți infractori sunt bărbați, într-o proporție zdrobitoare (90.42%), dar și procentul victimelor de sex masculin (74,5%) este mult mai mare față de cel aparținând sexului feminin (25,5%). Prin urmare, rezultă că cei mai reprezentativi sunt bărbații, atât ca autori, cât și ca victime ale crimelor [62].

Violența domestică se manifestă în relațiile dintre indivizi aparținând ambelor genuri, însă, indiferent de dinamica populației feminine condamnate definitiv, criminalitatea este net superioară în mediul masculin, și asta în toate domeniile, nu numai în ceea ce privește violența domestică [20].

În perioada 1994-2002 numărul condamnărilor la bărbați a crescut de 1,28 ori, în timp ce la cel în cazul femeilor creșterea a fost de 2,5 ori, ceea ce denotă faptul că evoluția criminalității feminine este în plină ascensiune [97].

Actele de violență care se petrec în familie reprezintă doar o parte a violențelor îndreptate în general împotriva femeilor. Dacă violențele familiale presupun relații intime sau personale între agresori și victime, violențele care au loc în spațiul public pot avea atât agresori cunoscuți (de exemplu colegi sau cunoscuți) cât și agresori necunoscuți, mai ales în situațiile de violență stradală sau alte spații publice [129].

Violența familială este un aspect mai delicat al violenței împotriva femeilor, mai ales din pricina concepției profane despre aceasta, conform căreia unii ar crede că femeile însele o provoacă și masculul agresor trebuie înțeles și iertat dacă este beat, stresat sau bolnav. Cu toate că, adesea, violența este asociată cu alcoolul, nu s-a dovedit până în prezent că acesta ar cauza violența. Astfel, există persoane care nu manifestă nici un fel de violență când sunt în stare de ebrietate, așa cum există și persoane care sunt agresive fără să fi consumat băuturi alcoolice, deoarece uzul de violență este o alegere și nu o consecință [115].

Nici definițiile legale și nici logica elementară sau bunul simț general nu reușesc să reflecte unele aspectele mai subtile ale violenței, precum larga paletă a violenței psihice, cu mult mai nuanțată și mai complexă decât formele de violență fizică, cu atât mai mult cu cât, aceasta din urmă are în mod obligatoriu în componența sa și elemente psihice.

Trebuie să remarcăm de asemenea contribuția unor ONG-uri la abordarea fenomenului violenței domestice în România, cum ar fi cazul organizației Șanse Egale pentru Femei (ȘEF), care, înregistrând femeile care au apelat la ajutorul lor, au fost în măsură să constate următoarele:

- violența familială manifestă de trei ori mai mult atunci când agresorii consumă alcool;
- abuzul emoțional este preponderent, el fiind prezent în 73,9% dintre cazuri;
- violența continuă și după separarea partenerilor: 19,2% dintre femeile care nu mai locuiau împreună cu agresorii au fost în continuare victime ale abuzurilor;
- situația socio-economică precară a majorității femeilor face imposibilă separarea acestora de agresor;
- 38,18% dintre femei au apelat la organizație pentru a li se furniza informații privind divorțul;
- 90% dintre acestea au susținut violența domestică drept motiv al separării;
- 50% dintre victime au solicitat informații privind pedepsirea partenerului, interesul lor fiind legat mai ales de aspectele juridice și de costuri [199].

În decursul istoriei, femeile au apelat la diferite forme de rezistență și de solidarizare împotriva violenței masculine, majoritatea preferând mijloacele informale. Motivațiile acestora sunt variate, trecând de la necunoaștere și neconștientizare la resemnare și acceptare, iar criminalizarea bărbatului tinde să devină acceptabilă pentru mentalul profan, în contradicție cu unele curente feministe sau cu unii specialiști [205].

Potrivit acestei mentalități, victimele asociază violența masculină cu lipsa controlului de sine sau a responsabilității, care s-ar datora fie unor tulburări de personalitate, fie naturii masculine, fie unei „normalități” motivate de virilitate, dar și unor stimuli externi, cum ar fi de exemplu provocarea feminină.

Raportat la București, datele mai arată că, pentru un lot de femei intervievate:

- 23% dintre acestea au declarat că hărțuirea este ceva obișnuit în București;
- 17% au fost hărțuite la serviciu sau la școală;
- 44% dintre cele care au fost abuzate sexual la locul de muncă nu au luat nici o măsură
- Numai 9% dintre acestea au depus o plângere oficială [62].

Profilul demografic al victimei de gen feminin arată, într-o aproximare susținută de rezultatele unui sondaj, astfel:

- între 18 și 24 de ani predomină abuzul verbal și cel emoțional;
- între 35 și 44 de ani predomină abuzul sexual;

- victimele au un nivel scăzut de instrucție – nivel primar;
- victimele au trei sau mai mulți copii;
- autorii agresiunilor au un nivel redus de instrucție [199].

Majoritatea cazurilor de violență domestică se manifestă prin:

- insulte și acuze de infidelitate;
- izolare și control;
- amenințări;
- lovituri cu palma.

În ceea ce privește hărțuirea sexuală, cele mai multe dintre victime sunt tinere, cu un statut educațional ridicat (studii superioare) și cu o vechime mai mică de doi ani în meserie/ocupație.

Singura metodă pentru ca actele de violență să nu rămână îngropate traumatizant în memoria victimelor este creșterea vizibilității sociale a abuzurilor. Femeia trebuie să recunoască necesitatea de a face vizibilă violența masculină și trebuie să fie receptivă la problemele altor femei. Femeia ca victimă a violenței domestice intră în atenția statisticii de la noi în anul 2000:

- 17% din cei intervievați cunosc bărbați care-și bat soția sau partenera
- 18% din respondente recunosc că au fost bătute
- Numai 1% dintre respondenți admit că au fost bătuți de soții sau parteneri [225].

O anchetă desfășurată în 2014, în cele 28 de state membre ale UE, în care au fost intervievate 42.000 de femei a ajuns la următoarele concluzii: 1. violența împotriva femeilor afectează drepturile fundamentale de bază ale femeilor, precum demnitatea, accesul la justiție și egalitatea de șanse între femei și bărbați; 2. o femeie din trei a fost victimă a violenței fizice și/sau sexuale după vârsta de 15 ani; 3. o femeie din cinci a fost victimă a urmăririi în scopul hărțuirii și o femeie din două s-a confruntat cu una sau mai multe forme de hărțuire sexuală; 4. abuzurile extinse afectează viața multor femei, dar, în mod sistematic, nu sunt raportate suficient autorităților, de aceea amploarea violenței împotriva femeilor nu se reflectă în datele oficiale [218].

Consecințele violenței domestice.. Cu siguranță, nu are importanță dacă victima violenței și abuzului în relația intimă este femeie sau bărbat. Conform datelor din sondaje, femeile victime predomină, este de așteptat ca mult mai multe cercetări să studieze relațiile dintre sănătatea femeilor și experiențele lor violente, comparativ cu cele care studiază consecințele asupra sănătății victimelor bărbați. Violența în parteneriatul intim și bătăile, ca parte frecventă a acesteia, au consecințe specifice, pe termen lung, negative asupra sănătății pentru victime, chiar

și după încheierea abuzului [129]. Bătăile se referă la agresiuni fizice sau sexuale repetate într-un context de control coercitiv și abuz emoțional. Măsurile de control coercitiv includ amenințări verbale, control financiar, abuz emoțional, abuz sexual și amenințări împotriva copiilor, bunurilor sau animalelor de companie. Efectele negative se pot manifesta ca stare de sănătate slabă, calitate slabă a vieții și utilizare ridicată a serviciilor de sănătate [28]. Bătaia este un factor semnificativ de risc direct și indirect pentru diverse probleme de sănătate fizică, frecvent întâlnite în mediile de îngrijire a sănătății și este una dintre cele mai frecvente cauze de rănire la femei [29; 205]. S. Plichta [166] afirmă că violența și abuzul partenerului intim sunt asociate cu creșterea mortalității, a vătămării corporale și handicap, stare de sănătate mai slabă, durere cronică, abuz de substanțe, tulburările de reproducere și problemele aferente gravidității. J. Campbell indică faptul că 40-60% din uciderile de femei din SUA sunt comise de partenerii lor intimi. Violența în parteneriatul intim este, de asemenea, una dintre cele mai frecvente cauze de rănire la femei. De asemenea, s-a constatat că se confruntă violența psihologică a partenerului intim cu o creștere semnificativă a riscului de dezvoltare, apărând astfel de afecțiuni: dizabilități care împiedică munca, dureri cronice de gât sau de spate, artrită, migrene sau alte dureri de cap frecvente, bătăit, probleme de vedere, dureri pelvine cronice, infecții transmise, ulcere gastrice, colon spastic, indigestie, constipație și diaree. Violența psihologică a partenerului intim a fost definită ca sentimentul constant al femeii de susceptibilitate la pericol, pierdere a puterii și controlului și captivitatea.

Dovezile sugerează că femeile care sunt expuse violenței de către partenerii lor prezintă următoarele consecințe psihologice: nivel mai ridicat de depresie, anxietate și fobii decât femeile care nu sunt abuzate. S-a găsit, de asemenea, un nivel mai ridicat de suferință emoțională, gânduri sau tentative de sinucidere în rândul femeilor care au suferit vreodată violență fizică sau sexuală decât cele care nu au avut-o. În plus, violența în parteneriat intim a fost, de asemenea, legată de: abuzul de alcool și droguri, tulburări de alimentație și de somn, inactivitate fizică, o stimă de sine slabă, tulburare de stres post-traumatic, fumat, auto-vătămare, comportament sexual nesigur, creșterea expunerii la vătămări [114; 166]. J. Golding a constatat că, în 11 studii care au examinat prevalența tulburărilor de stres posttraumatic în rândul victimelor violenței domestice, 63,8 la sută au fost femei [4]. Metaanaliza sa a constatat, de asemenea, că 18,5% dintre femeile bătute sufereau de abuz de alcool și 8,9% dintre ele au suferit abuz de droguri [idem]. E. Stark și A. Flitcraft au estimat că femeile bătute au un risc de cinci ori mai mare pentru o tentativă de sinucidere decât femeile care nu sunt abuzate [208]. În plus, abuzul fizic și psihologic este legat și de scăderea respectului de sine, după cum au găsit mulți cercetători, printre care R. Aguilar și N. Nightingale [3].

Studiile au concluzionat că abuzul psihologic are efecte psihologice pe termen lung mai grave decât abuzul fizic și că abuzul psihologic are loc în mod normal înainte de abuzul fizic. Trebuie remarcat faptul că diferiți autori menționează forme diferite de comportament psihologic abuziv. L. Sacket și D. Saunders prezintă patru forme majore, inclusiv criticarea comportamentului, ridiculizarea trăsăturilor personale, modelul comportamental de control gelos și ignorarea [153], în timp ce C. Murphy și M. Cascardi au propus un model cu patru factori care include retragerea ostilă, dominația / intimidarea, denigrarea și înghițirea restrictivă [81]. Chiar și victimele cred că abuzul psihologic este mai dăunător pentru ele, așa cum a găsit D. Follingsrad și colab. [64].

Dar violența și abuzul în familie și intim nu sunt traumatizante doar pentru adulții dintr-o familie. J. Osofsky remarcă faptul că mai multe studii au constatat că 60-75% din familiile în care o femeie este bătută, copiii sunt și ei bătuți [157]. Ea prezintă, de asemenea, datele cercetărilor sale și afirmă că în casele în care apare violența în familie copiii sunt abuzați fizic și neglijați la o rată de 15 ori mai mare decât media. Ea menționează unii autori care identifică efectele adverse asupra dezvoltării fizice, cognitive, emoționale și sociale a copiilor. Cercetările existente arată o asociere între expunerea copilului la violență și tulburările sale emoționale și de comportament, chiar și în cea mai timpurie fază a dezvoltării. Astfel de copii sunt excesiv de iritabili, prezintă modele de comportament imatur, tulburări de somn, suferință emoțională, frica de a fi singuri și regresie la control sfincțerian și limbaj. Expunerea la violență în familie interferează cu dezvoltarea normală a încrederii copilului și comportamentul exploratoriu ulterior, care duc la o autonomie perturbată [idem].

Atât experimentarea, cât și asistarea la violență domestică produc la copii simptome ale tulburărilor de stres posttraumatic și reduc sentimentul de securitate [159]. J. Campbell și L. Lewandowski citează rezultate ale unor cercetări care au constatat că violența devine traumatică atunci când victima nu are abilitatea de a se opune sau de a nu fi de acord și este observator pasiv cu sentiment de neputință și deznădejde [28]. Ele amintesc și alte cercetări care au descoperit că mulți copii ai femeilor bătute cu vârste cuprinse între 6 și 12 ani au asistat că mama lor era sufocată, amenințată cu moartea și au observat că acei copii trăiau sub umbra amenințării letale. De asemenea, concluziile spun că răspunsul copiilor traumatizați la violență și abuz erau de tip traumatic: amintiri puternic vizualizate sau percepute diferit în mod repetat; joc repetitiv sau comportamente traumatice; frici specifice traumei, precum și frici de lucruri banale (întunericul sau anumite animale); de asemenea, le erau schimbate atitudinile despre oameni, viață și viitor [27].

Studiile controlate ulterior au indicat răspunsuri cognitive și emoționale, cum ar fi un nivel mai ridicat de internalizare (anxietate, retragere socială, depresie), mai puține interese și activități sociale, preocupări legate de agresivitatea fizică, retragerea și idei de suicidare; tulburări de comportament (agresivitate, hiperactivitate, probleme de conduită), competență socială redusă, probleme școlare, absență, bullying, țipăt excesiv, comportamente de agățare, tulburări de vorbire; simptome fizice (cefalee, udarea patului, tulburări de somn, vărsături, pierdere în greutate, diaree) [159].

După o scurtă trecere în revistă a gamei largi de date de cercetare despre baza teoretică a violenței și abuzului în relațiile intime, extinderea acestora, formele de apariție, cauzele și consecințele, apar o serie de întrebări legate de parcursul în viață al copiilor care au fost victime și/martori ai violenței și abuzului domestic. Consecințele violenței domestice afectează calitatea vieții nu numai a partenerilor, ci și a copiilor lor, precum și a părinților vârstnici, dacă locuiesc cu ei [16; 27; 40; 44]. Preocuparea pentru acest fenomen se regăsește teoretic în școli, poliție, servicii de sănătate și asistență socială, dar și în sistemul judiciar și de criminalitate. Din cauza costurilor ridicate și efectelor economice nefavorabile, violența domestică a fost declarată problemă publică ce solicită politici și soluții adecvate. Dar, în ciuda faptului că violența în parteneriatul intim și abuzul au devenit astăzi o problemă majoră de sănătate publică și unul dintre cei mai răspândiți atentatori la drepturile fundamentale ale omului, analizele din cercetări au descoperit că această problemă este încă sub-recunoscută în toate țările europene, așa cum este și în întreaga lume.

Datele cercetărilor privind violența și abuzul între bărbați și femei diferă uneori, adesea pentru că există încă abordări de bază diferite privind modul în care au fost obținute datele. Dar, pe de altă parte, acest lucru ar putea contribui și la percepția fenomenului de înțelegere mai complexă. Mai problematică este, conform observațiilor specialiștilor, integrarea acestor cunoștințe în practica de zi cu zi, în special pentru cei care sunt responsabili și sunt prima linie de detectare a problemelor din familii, de a evalua nivelul unui risc, de a forma un plan de protecție și sprijin și de a implementa măsurile adecvate [16; 44]. Literatura de specialitate subliniază existența a două tipuri de probleme: serviciile publice trec cu vederea mai ales violența psihologică și sexul victimei, care ar trebui să fie o preocupare comună, mai ales în privința femeilor [65]. Violența psihologică este, fără îndoială, o construcție complexă, multifactorială (denumită și abuz psihologic, maltratare psihologică, abuz verbal, abuz mental, abuz emoțional sau maltratare) și trebuie să fie, după cum subliniază K. O'Leary, o variabilă care merită atenție critică [152]. Faptul important este că aspectele sale de conceptualizare, clasificare și metodologie sunt complexe și ar trebui să luăm în considerare nu numai victima

comportamentelor abuzive și perspectiva acestuia, ci și cealaltă parte, perspectiva inițiatorului, în plus, de asemenea, opiniile observatorilor, rezultatul acțiunilor, analiza variabilelor contextuale, precum și analiza opiniilor destinatarului și inițiatorului - nu numai în știință, ci și în tratamentul persoanelor care se prezintă ca victime ale violenței [65; 70; 75]. Din cauza diferitelor strategii abuzive ale agresorului și a efectelor lor specifice asupra calității vieții, sănătății fizice și mentale a victimei și, nu în ultimul rând, asupra stimei de sine, victima recunoaște cu dificultate comportamentul ca atare abuziv al partenerului, și, prin urmare, nu este capabilă să-l exprime de timpuriu. În astfel de situație pot fi de mare ajutor profesioniștii bine pregătiți [71].

O altă problemă este credința larg răspândită în public, care atrage atenția și solicită o regândire asupra stereotipurilor conform cărora violența partenerială este aproape exclusiv masculină și că atunci când bărbații își agresează partenerul, este primordial să domine femeile, în timp ce violența, comisă de femei, este întotdeauna un act de autoapărare sau un act de disperare ca răspuns la dominarea și cruzimea masculină. Se sugerează că astfel de limitări, cunoscute și ca paradigmă de gen, să fie recadrate. L. Fontes subliniază că doar 1-2% dintre bărbații care sunt agresați de partenerii lor de sex feminin sunt susceptibili să raporteze abuzul la poliție sau la o altă instituție, dar asta nu înseamnă că bărbații nu ar fi în primejdie și nu ar suferi din cauza violenței. Acest lucru este confirmat și de experiențele martorilor-experti. Autorii violenței domestice reclamate la poliție și în instanță sunt bărbați, iar cele care au decis să rupă mai întâi zidul tăcerii sunt de obicei femeile și nu bărbații. Bărbații extrem de rar caută ajutor și cer protecție împotriva violenței feminine, dar dacă o fac, părăsesc curând tratamentul, nemulțumiți că nu au fost bine înțeleși [16]. Aceștia se confruntă cu serviciile sociale și profesioniștii în domeniu, de obicei, după ce partenerii lor de sex feminin au depus plângeri împotriva lor. Pe această bază, s-ar putea concluziona că femeile au adoptat mai ușor o poziție de neputință, sunt capabile să ceară ajutor, de obicei își articulează mai bine criza și sunt, de asemenea, mai impresionate în rolul lor de victime decât cealaltă parte. Unele exemple concrete vorbesc despre faptul că rapoartele unilaterale ar putea fi acceptate din cauza prejudecății că, în rolul victimei, ar putea fi doar o femeie. O astfel de situație poate avea consecințe serioase pentru calitatea vieții unui bărbat, când fosta sa soție, susținută de propria rețea de consilieri și încurajată și de sprijinul instituțional, decide să-l acuze de abuz sexual asupra copiilor. În cazul fostelor soții, acuzațiile false, răspândirea zvonurilor denigratoare duc bărbatul pe un câmp de bătălie fără prea mulți sorți de izbândă. Încă din prima fază, la audierile la poliție și servicii de asistență socială, el poate fi considerat un infractor, i se atribuie o vinovăție greu de dovedit, dar de care nu se poate disculpa. Sunt situații în care femeia devine ea însăși agresor, de aceea, acceptarea rapoartelor unilaterale ar putea avea consecințe grave nu numai asupra calității vieții

bărbatului, consecințele cele mai grave le suferă de obicei copiii la momentul conflictului, care poate dura ani, precum și consecințe pentru dezvoltarea și calitatea vieții ulterioare [115].

Factorii individuali protectivi pot fi îmbunătățiți prin activități de dezvoltare personală. *Dezvoltarea personală* este un concept de confluență, aflat la intersecția unor elemente din psihologie cum ar fi: motivația, autocunoașterea, managementul emoțiilor, stima de sine, atitudinea (pozitivă) etc. Conceptul de dezvoltare personală în înțelesul de mișcare „New Thought” a apărut în Statele Unite ale Americii în secolul al XIX-lea și din care s-a dezvoltat industria actuală de self-help. Un moment important în istoria acestei mișcări a fost publicarea cărții „The Science of Getting Rich” de către Wallace Wattles în anul 1910, în care autorul propune ideea că un om se poate îmbogăți dacă își schimbă obișnuințele zilnice și tiparul gândurilor. *Conceptul de dezvoltare personală* include activități formale sau informale pentru a dezvolta în alții mecanisme diverse de creștere și o mai bună adaptare [227].

Dezvoltarea personală este un proces care durează întreaga viață, pentru că mereu avem ceva nou de învățat. Reprezintă o modalitate prin care oamenii își pot evalua capacitățile și abilitățile în funcție de țelurile pe care și le-au fixat și pentru a-și folosi potențialul la maxim. Deși anii în care ne formăm la școală sau în sânul familiei ne ajută să ajungem la maturitate cu un set de cunoștințe valoroase, dezvoltarea personală nu ar trebui să se oprească niciodată. Dezvoltarea personală mai este cunoscută și sub denumirea de dezvoltare a sinelui sau dezvoltare a personalității. Ea presupune creșterea și dezvoltarea tuturor aspectelor unei persoane, sentimentele pe care persoana respectivă le are despre sine și modul în care își organizează viața. De asemenea, presupune dezvoltarea unor calități pozitive și a unui respect de sine sănătos [161].

Psihologia, prin instrumentele și tehnicile de terapie dezvoltate pe parcursul timpului, poate aduce un aport prin scoaterea la suprafață și înțelegerea experiențelor trăite de tinerele femei în mediile familiale agresive și impactul lor asupra imaginii de sine și de viață pe care și le-a creat. Dezvoltarea personală se concentrează pe un singur aspect al experiențelor proprii, mai exact pe eficientizarea acestora și dezvoltarea individului în vederea asigurării securității psihologice, adaptării sociale și a stării de bine. Astfel, dezvoltarea personală scoate din ecuație instrumentele care stau la baza terapiei psihologice, excavarea traumelor și experiențelor trecute și se concentrează pe conturarea unui stil de viață, centrat pe zona exterioară, care să-i aducă tinerilor femei satisfacții.

Dezvoltarea personală include activități și experiențe care au ca scop final îmbunătățirea stării de conștientizare, dezvoltare a talentelor și abilităților personale, îmbunătățirea calității vieții și contribuirea la realizarea aspirațiilor personale [139,142]. Majoritatea religiilor au inclus și includ elemente de dezvoltare personală ca rugăciunea, meditația, dansul, cântatul, sculptatul,

poezia, scrisul, activități sportive etc. Aceste practici au scopuri diverse, însă ele sunt legate și de targeturi finale ale dezvoltării precum descoperirea sensului vieții, trăirea unei vieți mai fericite și o mai bună cunoaștere a Eul-ui și, în consecință, o adaptare mai bună la prezent.

Fundamentarea științifică a problemei cu privire la dezvoltarea personală a femeilor provenite din medii agresive poate fi dedusă ca urmare a analizei literaturii de specialitate și prin sintetizarea abordărilor științifice prezentate în acest capitol. Prin urmare, constatăm că deși există numeroase studii axate pe problema respectivă, până în prezent acest fenomen persistă și nu există o opinie unică privind relațiile existente între factorii de risc și cei protectivi, modalitățile de intervenție psihologică privind preîntâmpinarea sau diminuarea abuzului în familii [94]. Având la bază această situație, este îndreptățită formularea problemei de cercetare cu privire la studiul particularităților femeilor provenite din medii agresive și necesitatea intervenției psihologice [73], care poate fi explorată prin găsirea răspunsurilor la următoarele întrebări de cercetare:

1. Care este nivelul de agresivitate și a componentelor acestuia (agresivitate fizică și verbală, ostilitate, furie) la tinerele femei?
2. Care sunt particularitățile psiho-sociale specifice (vârstă, mediu de proveniență, nivel de studii, statut marital, durata relației) și ale personalității tinerelor femei provenite din medii agresive?
3. Care este specificul interacțiunilor tinerelor femei implicate în violența domestică cu agresorul din familia de bază?
4. Care este nivelulul de risc a apariției și manifestării violenței domestice în raport cu femeile provenite din medii agresive ale familiei de origine?
5. Care este nivelul de auto-percepție privind statutul de victimă a violenței domestice?
6. Care sunt factorii de personalitate la femeile victime ale violenței domestice susceptibili a fi predictorii ai statutului de victimă-agresor și relațiile dintre aceștia?
7. Ce legătură există între agresivitatea percepută în familia de origine și agresivitatea manifestă/suportată în familia actuală?
8. S-ar putea contribui la dezvoltarea personală a tinerelor femei provenite din medii agresive trecute și prezente prin aplicarea programului de intervenție psihologică?

Studierea literaturii științifice ne-a motivat să înaintăm următoarele scopuri și obiective pentru cercetarea respectivă:

Scopul cercetării a constat în identificarea particularităților psihologice ale tinerelor femei din medii familiale agresive, elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică pentru dezvoltarea personală a acestora.

Ca răspuns la întrebările de cercetare enunțate am lansat următoarea **afirmație ipotetică**: presupunem că tinerele femei care provin din medii agresive prezintă anumite particularități psihologice care le individualizează față de femeile care provin din medii non-agresive.

Obiectivele cercetării experimentale:

1. Investigarea și evaluarea personalității tinerelor femei provenite din medii agresive prin aplicarea diferitelor instrumente de cercetare.
2. Evidențierea particularităților pe personalitate în legătură cu riscul domestic la femeile tinere din medii agresive.
3. Identificarea nivelurilor factorilor protectivi de personalitate.
4. Elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică de dezvoltare personală a tinerelor femei provenite din medii agresive.
5. Evaluarea programului de intervenție psihologică implementat.
6. Elaborarea de recomandări pentru lucrul cu femeile supuse riscului de violență domestică.

1.5. Concluzii la Capitolul I

Urmare a celor expuse în Capitolul I, putem extrage următoarele *concluzii*:

1. Un mediu disfuncțional de dezvoltare, provenit din lipsa unei atmosfere de familie suportive și calde, îl determină pe copil să perceapă mediul familial ca pe un teritoriu inamic și dezvoltă mecanisme de protecție cu rol de supraviețuire, dar adesea disfuncționale. Definim ca **mediu agresiv de dezvoltare** acel mediu în care se manifestă mulți și diverși factori/comportamente cu caracter stresor, ce impactează dezvoltarea în copilărie și adolescență, cu ecou în perioada de tinerețe și care se pot continua la maturitate. Deci, în viziunea noastră una din formele comportamentului agresiv în familie poate fi violență domestică care reprezintă orice act vătămător, fizic sau emoțional care are loc între membrii unei familii. Aceasta poate include un singur episod sau mai multe acte de agresiune, formând un model de comportament abuziv, prin exercitarea puterii și controlului asupra celui mai slab și vulnerabil fizic și psihic.
2. *Comportamentul agresiv în familie* este un comportament intenționat, scopul lui fiind stabilirea și exercitarea puterii și controlului asupra altei persoane, în mod special, asupra femeii și copiilor. Este un model de comportament, în care partenerul intim aplică violența fizică, constrângerea, amenințările, intimidarea, izolarea și abuzul emoțional, sexual și economic pentru a controla sau schimba comportamentul celuilalt partener. *Viziunea noastră este că acest comportament agresiv pare a fi un comportament învățat din familia de origine și că el este un comportament repetitiv, influențând considerabil viața și dezvoltarea personală a victimei.* Statutul de victimă sau martor impactează fetele pe toată durata vieții lor, cu consecințe asupra sănătății fizice și psihice. Expunerea la medii disfuncționale în copilărie poate avea un impact

deosebit de puternic asupra adaptării emoționale pentru un timp îndelungat, ce trece de perioada de adolescență, impactând adultul tânăr și, uneori, tot parcursul de viață.

3. Victimele agresiunii domestice sunt, în general, femei, iar femeile tind să experimenteze forme violente mai severe. Atât experimentarea, cât și asistarea la violența domestică produc la femei simptome de stres posttraumatic și reduc sentimentul de securitate [207; 129; 131; 116]. Funcționalitatea familiei, ca mediu primar de dezvoltare devine un factor explicativ al tulburărilor de comportament la tinerele femei. Mediile disfuncționale familiale pot influența puternic dezvoltarea și afișarea prejudecăților în raționamentele sociale ostile.

4. Femeile tinere care provin din medii violente au tendința de a accepta un model de comportament agresiv în propria familie. Patern-urile disfuncționale generate de violență au tendința de a fi perpetuate, femeia continuând să devină victimă, agresor, de cele mai multe și una și alta. Fără oportunități de interacțiuni pozitive, tinerele nu reușesc să dezvolte competențe sociale și parteneriale care le-ar permite să aibă succes în grupuri normative. Astfel, tinerele cu comportament agresiv intră în relații romantice și matrimoniale cu parteneri disfuncționali. De aceea acestea au nevoie de programe în care să conștientizeze și să schimbe aceste modele, schimbând propriul comportament acolo unde este cazul sau respingându-l în cazuri extreme, pentru a opri perpetuarea unui fenomen care face victime [129; 130; 131].

5. Prevenirea sau diminuarea diferitor forme de manifestare a comportamentului agresiv poate fi asigurat prin dezvoltarea factorilor individuali protectivi precum sănătate/vigoare, relații pozitive cu ceilalți, abilități sociale bune, concepție de sine pozitivă, identificare de gen pozitivă, spiritualitate etc. Factorii individuali protectivi pot fi îmbunătățiți prin activități de dezvoltare personală a tinerelor femei, pentru ca acestea să poată ieși din cercul vicios de disfuncționalități generat de dezvoltarea într-un mediu agresiv.

6. În accepțiunea noastră dezvoltarea personală a tinerelor femei ce au crescut în medii agresive presupune acțiuni de creștere, extindere, progres, de aflare de informații utile, stimulare mentală și integrarea tuturor acestora în viață, în scopul creșterii și evoluției personale. *Conceptul de dezvoltare personală* presupune îmbunătățirea stării de conștientizare, o mai bună cunoaștere a Eul-ui, dezvoltarea talentelor și abilităților personale, îmbunătățirea calității vieții și contribuirea la realizarea aspirațiilor personale.

2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A PARTICULARITĂȚILOR PSIHOLOGICE ALE TINERELOR FEMEI PROVENITE DIN MEDII AGRESIVE

2.1. Scopul, obiectivele și ipotezele cercetării constatative

Scopul acestei cercetării constatative rezidă în identificarea particularităților psihologice la femeile tinere ce provin din medii familiale agresive. Ne referim la femeia tânără ca la femeia care nu a ajuns, încă, la nivelul de maturitate, iar prin conceptul de dezvoltare personală a acesteia urmărim întreprinderea acțiunilor de creștere personală, extindere, progres, de aflare de informații utile despre resursele interne, stimulare mentală și integrarea tuturor acestora în viață, în scopul creșterii și evoluției personale. Conform limitelor de vârstă a subiecților experimentali ei se încadrează în perioada de tinerețe: periodizarea lui D. Levinson în care perioada de tânăr include vârsta de 22-40 ani, periodizarea lui G. Kraig care în vârsta adultă timpurie include 18-40 de ani, N Baylev care menționează că tinerețea începe la 20 de ani, Organizația Mondială a Sănătății delimitează tinerețea în perioada de vârstă cuprinsă între 18 și 35 ani [159].

Tinerele trec printr-o perioadă de creștere și maturizare personală, printr-un proces de transformare și transfigurare de sine, ce are în centrul său conștientizarea tensiunilor și confuziilor interioare, înțelegerea realității contradictorii, testarea realității, descoperirea, responsabilitatea, cunoașterea și dezvăluirea personală. În perioada tinereții procesul constituirii identității de sine, început încă în adolescență, se intensifică din ce în ce mai mult. Pe fondul dobândirii autonomiei, tânăra capătă tot mai multă încredere în forțele proprii și tot mai mult avânt spre a se descurca singur. Astfel, acestea se despart de familia originară și își încep propria traiectorie de viață. De aceea este important ca tinerele să conștientizeze că alegerile pe care le fac la această vârstă reprezintă elemente esențiale în constituirea identității sociale [229].

Obiectivele cercetării constatative sunt următoarele:

1. Identificarea particularităților psiho-sociale ale femeilor tinere ce provin din medii agresive (vârstă, mediu de proveniență, nivel de studii, statut marital, durata relației, copii din relația curentă/anterioare).
2. Studiarea relației dintre riscul domestic actual și agresivitatea din mediul de bază familial.
3. Determinarea nivelului de agresivitate la tinerele femei și a componentelor acestui comportament (agresivitate fizică și verbală, ostilitate, furie).
4. Determinarea nivelului de auto-percepție privind statutul de victimă a violenței domestice.

5. Identificarea factorilor de personalitate la femeile victime ale violenței domestice susceptibili a fi predictorii ai statutului de victimă-agresor (afect negativ, detașare, antagonism, dezinhibiție și fațetele acestora).

În cadrul acestui experiment am enunțat următoarea **ipoteză generală**: tinerele femei care provin din medii agresive prezintă anumite particularități psihologice care le individualizează față de femeile care provin din medii non-agresive.

Ipoteza generală a permis avansarea următoarelor **ipoteze de lucru**:

Ipoteza 1. Presupunem că femeile care provin din medii agresive au un risc de violență domestică mai ridicat decât femeile care provin din medii non-agresive.

Ipoteza 2. Presupunem că femeile tinere ce provin din medii agresive au, la rândul lor, o agresivitate mai ridicată decât femeile ce provin din medii non-agresive.

Ipoteza 3. Presupunem că femeile tinere victime ale violenței domestice înregistrează scoruri semnificativ mai ridicate la scalele clinice care măsoară depresia, anxietatea, afectele negative, detașarea, antagonismul ș.a.

Ipoteza 4. Presupunem că femeile tinere din medii agresive au o stimă de sine mai scăzută decât femeile din medii familiale non-agresive.

Ipoteza 5. Presupunem că femeile din medii agresive se autoevaluează semnificativ mai puțin reziliente decât femeile ce provin din medii non-agresive.

Ipoteza 6. Presupunem că femeile din medii violente au un locus control cu tendință de externalizare mai accentuată decât femeile din medii non-agresive.

Ipoteza 7. Presupunem că femeile din medii violente își autoevaluează inteligența emoțională și componentele acesteia ca fiind mai scăzute decât ale femeilor din medii non-agresive.

Ipoteza 8. Presupunem că femeile din medii agresive autopercep starea de bine psihologic și componentele acesteia ca fiind mai scăzute decât femeile din medii non-agresive.

2.2. Metodologia cercetării

Cercetarea experimentală s-a bazat pe studiul teoretic asupra fenomenului psiho-social al violenței domestice și, în particular, al dezvoltării tinerelor femei descendente din medii familiale agresive. Cercetarea și intervenția psihologică în cadrul Programului de dezvoltare personală SAD (*Stop Abuzului Domestic*) s-au realizat în perioada 2015-2018 în județele Bacău, Iași, Neamț și Vaslui.

Participanții la cercetarea experimentală

Eșantionul de cercetare a fost constituit din 182 de femei. Prezentăm în continuare datele socio-demografice. Media de vârstă 27.07 (AS=3.2, min 22 ani, maxim 32), durata relației 6.8 (AS=2.03, min 4, max 10 ani), nr. mediu de copii 1.2 (AS=0.9, min 0, max 3). 103 femei provin din mediul urban (56.6%) și 79 din mediul rural (43.3%). 96 (52.7%) sunt casnice și 86 (47.3) sunt angajate.

Femeile au fost identificate și selectate din centrele de Asistență socială și Organizațiile de profil din județele menționate în care noi am anunțat intenția inițierii acestui studiu. Au fost intervievate 300 femei, însă doar 182 s-au potrivit obiectivelor noastre de cercetare. Li s-a aplicat metoda interviului și un Chestionar de date demografice prezentat în Anexă, chestionar prin care femeile s-au evaluat singure ca provenind din medii agresive sau non-agresive. Au reieșit 90 femei care s-au evaluat ca provenind din medii agresive și 92 din medii non-agresive. Am folosit acest chestionar de date demografice, tocmai pentru că permite auto-raportarea, pe noi nu ne-a interesat preponderent diagnosticul clinic, ci felul în care femeile se percepeau pe ele. Ținta noastră fiind să constituim un grup de dezvoltare personală, grup de suport și să evaluăm apoi eficiența acestuia.

Variabilele cercetării

Ipoteza 1 are ca variabilă dependentă riscul de violență domestică și variabilă independentă calitatea mediului familial (agresiv și non-agresiv).

Ipoteza 2 are ca variabilă dependentă agresivitatea și componentele acesteia (agresivitatea fizică și verbală, ostilitatea, furia, agresivitatea indirectă) și variabilă independentă mediul familial (agresiv și non-agresiv)

Ipoteza 3 are drept variabile dependente scorurile la scalele clinice de depresie, anxietate, stres, afect negativ, detașare, antagonism, dezinhibiție, psihotism și variabilă independentă calitatea mediului familial (agresiv și non-agresiv).

Ipoteza 4 are variabilă dependentă stima de sine și variabilă independentă calitatea mediului familial (agresiv și non-agresiv).

Ipoteza 5 are variabilă dependentă reziliența și variabilă independentă calitatea mediului familial (agresiv și non-agresiv).

Ipoteza 6 are variabilă atribuirea responsabilității (locus control) și variabilă independentă calitatea mediului familial (agresiv și non-agresiv).

Ipoteza 7 are variabilă inteligența emoțională și componentele ei și variabilă independentă calitatea mediului familial (agresiv și non-agresiv).

Ipoteza 8 are variabilă starea de bine psihologic și componentele ei: 1. autonomia, 2. controlul mediului psiho-social, 3. creșterea personală, 4. relații pozitive cu ceilalți, 5.

acceptarea de sine și 6. scop în viață și variabilă independentă calitatea mediului familial (agresiv și non-agresiv).

Instrumentele de investigare

Pentru îndeplinirea obiectivelor propuse am ales la o serie de metode și tehnici care să examineze cât mai valid variabilele investigate: riscul de violență domestică, agresivitatea, stima de sine, depresia, anxietatea, anhedonia, căutarea atenției, ostilitatea, impulsivitatea, tendințele manipulative, teama de separare, submisivitatea, capacitatea rezolutivă și auto-eficacitatea (v. Anexa 1).

Scala de evaluare a pericolului

Scala de Evaluare a pericolului (Danger Assessment – DA) este un instrument conceput pentru a evalua probabilitatea de letalitate sau de aproape letalitate care apare într-un caz de violență intimă a partenerului. Dezvoltarea, validarea psihometrică și sugestiile pentru utilizarea DAS s-au realizat într-un studiu desfășurat în 11 orașe din Statele Unite pe un număr de 634 de femei pentru a testa validitatea predictivă a instrumentului (310 cazuri de femei ucise de partener comparate cu 324 femei abuzate). Nivelurile de risc au rezultat în urma unui algoritm de calcul, iar aceste nivele de risc au fost testate cu ajutorul unui eșantion independent de 194 de tentative de femicid, cu un rezultat final - o rată reală pozitivă de 0.90 [123].

Scala de Evaluare a pericolului are 20 de itemi dihotomici, precum și o scală ce reflectă gravitatea violenței, de la „palme, îmbrânceli, lovituri necauzatoare de răni sau durere” și până la “folosirea unei arme (albe, contondente, de foc) cauzatoare de răni”. Itemii se referă la intensificarea violenței în ultimele 6 luni, consumul de alcool/droguri, asalturi, gelozie, copii vitregi etc. Pe baza sumei de punctaj ponderat, între 0 și 37 de puncte, pericolul este încadrat în una din următoarele categorii:

- mai puțin de 8 puncte = pericol variabil
- 8-13 = pericol în creștere
- 14-17 = pericol sever
- Mai mult de 18 = pericol extrem

Chestionarul de agresivitate

Chestionarul de agresivitate a fost elaborat de A.H. Buss și M. Perry [23]. Instrumentul, prin cei 34 de itemi ai săi permite investigarea nu numai a agresivității în general, ci și a componentelor acesteia. Analiza factorială a condus la identificarea a cinci scale: 1. Agresivitatea fizică, 2. Agresivitatea verbală, 3. Furie, 4. Ostilitate și 5. Agresiune indirectă. Rapoartele de validitate (coeficientul alfa) sugerează o validitate bună până la moderată: agresivitate fizică (r

=.88), agresiune verbală (r =.76), furie (r =.78), ostilitate (r = (r =.71) și scara totală (r =.94) [idem]. Și pentru varianta în limba română scalele au arătat consistență internă și stabilitate de la o testare la alta. Respondentul trebuie indice pe o scală Likert în cinci puncte, de la 1 = extrem de necaracteristic pentru mine până la 5=foarte caracteristic pentru mine, gradul în care afirmația îl caracterizează. Scorul minim este de 34 de puncte, iar cel maxim de 170, Tabelul 2.1.

- Agresiune fizică (8 itemi): 8, 10, 11, 17, 23, 24, 25, 27.
- Agresiune verbală: (5 itemi): 1, 4, 6, 20, 26.
- Furie (7 itemi): 3, 7, 12, 19, 22, 29, 32.
- Ostilitate (8 itemi): 2, 5, 9, 33, 16, 21, 28, 31.
- Agresivitate indirectă (6 itemi): 13, 14, 15, 18, 30, 34.

Tabelul 2.1. Etalonul Chestionarului de agresivitate

Nivel Agresivitate	Foarte scăzut	Scăzut	Scăzut mediu	Mediu	Mediu înalt	Înalt	Foarte înalt
Scor total	5-25	26-45	46-65	66-110	111-130	131-150	151-170
Fizică	1-5	6-10	11-15	16-25	26-30	31-35	36-40
Verbală	1-3	4-6	7-9	10-15	16-18	19-21	22-25
Furie	1-4	5-9	8-12	13-20	21-25	26-30	31-35
Ostilitate	1-5	6-10	11-15	16-25	26-30	31-35	36-40
Indirectă	1-4	5-8	9-12	13-18	19-22	23-26	27-30

Inventarul de personalitate pentru DSM -5 (PID-5) Adulți

DSM V [176] a propus clinicienilor două instrumente pentru evaluarea disfuncționalităților care se întâlnesc la nivelul personalității:

- Afect Negativ: itemii 8, 9, 10, 11, 15;
- Detașare: itemii 4, 13, 14, 16, 18;
- Antagonism: itemii 17, 19, 20, 22, 25;
- Dezinhibiție: itemii 1, 2, 3, 5, 6;
- Psihotism: itemii 7, 12, 21, 23, 24.

Pentru fiecare scală, subiectul poate obține un scor între 0 și 15 puncte - cu cât scorul este mai mare, cu atât este mai ridicată disfuncționalitatea. Scorurile brute obținute la toți cei 25 de itemi se însumează și se obține un scor total. Se calculează și scorurile medii pentru fiecare subscală.

DASS-21 R

DASS-21 R [117] este un set de trei scale de auto-raport, concepute pentru a măsura stările emoționale negative ale depresiei, anxietății și stresului. DASS a fost construit nu doar ca

un alt set de scale pentru a măsura stările emoționale definite convențional, ci și pentru a continua procesul de definire, înțelegere și măsurare a stărilor emoționale prezente și clinic semnificative, de obicei descrise ca depresie, anxietate și stres. De aceea, DASS ar trebui să îndeplinească cerințele atât a cercetătorilor cât și a clinicienilor și cercetătorilor. Versiunea DASS utilizată în această cercetare are 21 de itemi, câte 7 pentru fiecare scală.

Etichetele de severitate sunt folosite pentru a descrie întreaga gamă de scoruri din populație, deci „ușoare” de exemplu înseamnă că persoana este la un nivel subiectiv mai ridicat față de populația fără simptome, dar probabil că este încă sub nivelul tipic de severitate al celui care caută ajutor (adică nu înseamnă un nivel ușor de tulburare).

Tabelul 1.2. Cotarea scorurilor DASS

Nivel	Depresie	Anxietate	Stres
Normal	0-4	0-3	0-7
Ușor	5-6	4-5	8-9
Moderat	7-10	6-7	10-12
Sever	11-13	8-9	13-16
Extrem de sever	14+	10+	17+

Scala Rosenberg a stimei de sine

Scala Rosenberg a stimei de sine [177] indică nivelul stimei de sine și care a fost adaptată de D. David. Această scală a fost elaborată inițial pentru a măsura sentimentul global al valorii personale și autoacceptării. Scala cuprinde 10 itemi cu 4 posibilități de răspuns între total dezacord (1 punct) și total acord (4 puncte). Itemii 2,5,6,8,9 se vor cota invers. Scorurile pot fi cuprinse între 10 și 40 puncte; scorurile ridicate indică o stimă de sine foarte ridicată.

Coeficientul Cronbach = 0,89, indică o bună consistență internă iar fidelitatea test-retest e cuprinsă în studiile autorului între 0,85 (la o săptămână interval) și 0,88 (la două săptămână interval). Coeficientul de fidelitate obținut în cazul aplicării de un eșantion inițial de 5024 de elevi de liceu și gimnaziu a fost de 0,77. S-au semnalat corelații negative semnificative între nivelul stimei de sine și anxietate ($r = -0,64$) și între nivelul stimei de sine și depresie ($r = -0,54$). Corelații pozitive sunt raportate între nivelul stimei de sine și aspectul fizic ($r=0,66$), abilități școlare ($r = 0,42$) și încredere socială ($r = 0,35$). Cotarea rezultatelor: valorile cuprinse între 10-16 puncte indică un nivel scăzut al stimei de sine; între 17-33 puncte- subiecții au o stimă de sine medie; între 34 - 40 puncte - stimă de sine înaltă.

Scala stării de bine psihologic

Scala de bine psihologic este adaptarea unui instrument similar dezvoltat de C.D. Ryff [183]. Are 42 de itemi structurați pe șase subscale: 1. Autonomie, 2. Controlul mediului (auto-eficacitate), 3. Relații pozitive cu ceilalți, 4. Acceptare de sine, 5. Creștere personală, 6. Scopul în viață. Respondentul este invitat să evalueze, pe o scală de la 1 la 7, valabilitatea afirmației în ceea ce îl privește, astfel, pentru fiecare subscală poate obține un scor între 7 și 49 de puncte. Scorul total este reprezentat de însumarea scorurilor pentru cele șase sub-scale. Etalonul testului ne arată pentru un scor între 7 și 20 de puncte un nivel redus al stării de bine psihologic, pentru un scor între 21 și 35 un nivel mediu și pentru un scor între 36 și 49 de puncte un nivel ridicat de bine psihologic.

Pentru prezenta cercetare s-a calculat coeficientul Cronbach (0.79), ce indică o consistență internă bună. Fidelity test-retest a fost de 0.81, iar coeficientul de validitate, obținut pentru 182 de subiecți a fost de 0,73.

Scala de reziliență

Scala de reziliență a fost creată de Al Siebert și evaluează modul în care o persoană reacționează în fața dificultăților neașteptate. În textul de prezentare a chestionarului, Siebert susține că “oamenii sănătoși, rezilienți au personalități rezistente la stres și învață lecții valoroase din experiențele dure”. Al Siebert definește reziliența ca fiind procesul de adaptare cu succes la experiențele de viață dificile sau provocatoare. Oamenii rezilienți depășesc adversitatea, învață din eșecuri și pot prospera sub presiune extremă și continuă, fără a acționa în moduri disfuncționale sau dăunătoare. Cei mai rezilienți se recuperează din experiențele traumatiche mai puternici, mai buni și mai înțelepți. Când sunt răniți sau stresați, oamenii rezilienți se așteaptă să găsească o cale de a face lucrurile în așa fel încât să iasă cu bine din situație. Ei se simt autoeficienți și au o reacție de învățare / coping, mai degrabă decât reacția victimă / vina. Am ales acest instrument de evaluare a rezilienței pentru că am considerat că Al Sibert are, despre reziliență, concepția care se apropie cel mai bine de tema lucrării și de scopul ei, acela de a dezvolta personalitatea femeilor care provin din medii agresive. Scorul minim poate fi de 20 de puncte, iar cel maxim de 60. Conform etalonului testului, un scor între 20 și 30 indică o reziliență scăzută, un scor de 31-40 o reziliență medie și un scor de 41-60 o reziliență ridicată.

Scala de locus control

Chestionarul este o adaptare a chestionarului realizat de J. B. Rotter [181], utilizează 40 de itemi dihotomici, mai simpli de aplicat și înțeleși decât afirmațiile perechi ale chestionarului care l-a inspirat. Evaluează controlul individului asupra acțiunilor proprii. Prelucrarea

rezultatelor generează trei poziții ale locus controlului: intern (0-6 puncte), intermediar (7-15 puncte) și extern (16-40 puncte).

Scala de inteligență emoțională Schutte

Assessing Emotions Scale [194] este o scală de auto-evaluare a inteligenței emoționale ce conține 33 de itemi. Validitatea de conținut a identificat șase factori: Recunoașterea emoțiilor proprii (6 itemi), Reglarea emoțională (5 itemi), Utilizarea propriilor emoții (7 itemi), Optimismul (4 itemi), Abilități sociale (5 itemi) și Recunoașterea emoțiilor altora (5 itemi). Schutte și colab. au raportat o consistență internă adecvată ($r = 0,87 - 0,90$) și o validitate acceptabilă la test-retest ($r = 0,78$). Scala utilizează o scală Likert în cinci puncte de 1=niciodată, nu mă caracterizează până la 5=întotdeauna, mă caracterizează în totalitate.

Metode statistico-matematice

Pentru analiza datelor am utilizat tehnici descriptive și inferențiale, prelucrările informatice fiind realizate cu programele IBM SPSS Statistic 25, JASP, și Excel Microsoft Plus 2016.

Statistica descriptivă. Pentru fiecare variabilă continuă am prezentat media, intervalul de încredere 95%, media ajustată 5%, varianța, abaterea standard, eroarea standard, minimul, maximul, intervalul, intervalul interquartile, indicele de asimetrie, indicele de aplatizare. De asemenea, a fost calculată normalitatea distribuției. Pentru variabilele categoriale au fost prezentate frecvențele și contingenețele.

Statistica inferențială. Pentru verificarea veridicității ipotezelor am folosit teste de comparație, după cum urmează:

1. *Testul t-Student de pentru eșantioane independente* (când distribuțiile sunt normale, acestea fiind testate în prealabil cu testele Shapiro-Wilk și Kolmogorov-Smirnov). Semnul valorii lui t pozitiv indică nivelul superior al valorilor grupului 1 față de grupul 2 sau negativ dacă grupul 1 are un nivel inferior grupului 2. În tabele sunt specificate următoarele: testul Levene pentru asumarea egalității varianțelor celor două distribuții, diferența medie și limitele intervalului de încredere ale diferenței medii.

2. *Testul Mann-Whitney pentru eșantioane independente* în cazul în care distribuțiile nu pot fi considerate normale. Testarea se face pe baza rangului mediu al distribuțiilor, semnificația statistică este determinată atât pentru testarea unidirecțională, cât și pentru testarea bidirecțională.

3. *Testul Wilcoxon* pentru compararea pe baza rangurilor valorilor distribuțiilor date de măsurarea inițială și de cea finală. Semnificația statistică este testată atât unidirecțional cât și bidirecțional. Analiza arată care dintre diferențele de rang sunt mai puține, dacă z este calculat pe baza diferențelor negative indică faptul că rangurile valorilor distribuției finale sunt mai mari decât cele ale distribuției inițiale.

Pentru analiza asocierii categoriilor unei variabile nominale cu nivelurile unei variabile de interval/raport, ce au distribuții semnificativ diferite de distribuția normală, s-a utilizat testul neparametric Kruskal-Wallis. Rezultatul se exprimă printr-o valoare H_i^2 , a cărei semnificație statistică este testată unidirecțional.

Testarea ipotezelor privind diferența dintre distribuțiile unei variabile categoriale, nominale în funcție de categoriile unei alte variabile categoriale s-a realizat pe baza testului de contingență H_i^2 Pearson. Testarea semnificației asocierii s-a realizat bidirecțional.

Pentru analiza statistică și interpretare s-au respectat recomandările din literatura de specialitate [87; 156; 179].

2.3. Rezultatele cercetării experimentale a caracteristicilor psihologice la tinerele femei descendente din medii familiale agresive

Prezentarea rezultatelor experimentului constatativ de identificare a caracteristicilor psihologice ale tinerelor femei descendente din medii familiale agresive se va realiza în continuare, în ordinea ipotezelor enunțate. Vor fi prezentate atât statisticile descriptive, cât și cele inferențiale, acolo unde ipoteza o impune, precum și interpretarea statistică și psihologică, însoțite de concluzia de validare sau invalidare a ipotezei, după caz.

În urma interviurilor de selecție și a aplicării Chestionarului de date demografice la lotul de cercetare am identificat 92 de femei provenite din medii agresive și 90 de tinere femei din medii non-agresive.

Ipoteza 1. Riscul domestic

Presupunem că femeile care provin din medii agresive au un risc de violență domestică mai ridicat decât femeile care provin din medii non-agresive.

Pentru a verifica această ipoteză am folosit scorurile obținute la *Scala de evaluare a pericolului*. *Scala de Evaluare a pericolului - Danger Assessment – DA* este un instrument conceput pentru a evalua măsura în care partenerul intim este violent, punând în pericol integritatea fizică și psihică a victimei, probabilitatea de letalitate sau de aproape letalitate care apare într-un caz de violență intimă a partenerului. Cei 20 de itemi dihotomici reflectă gravitatea

violenței, de la „palme, îmbrânceli, lovituri necauzatoare de răni sau durere” și până la „folosirea unei arme (albe, contondente, de foc) cauzatoare de răni”. Itemii se referă la intensificarea violenței în ultimele 6 luni, consumul de alcool/droguri, asalturi, gelozie, copii vitregi etc. Pe baza sumei de punctaj ponderat, între 0 și 37 de puncte, pericolul este încadrat în una din următoarele categorii: 1. mai puțin de 8 puncte= pericol variabil, 2. 8-13 = pericol în creștere, 3. 14-17 = pericol sever, 4. mai mult de 18 = pericol extrem.

Lotul integral a obținut un scor de 11.1, corespunzător unui nivel de pericol în creștere (AS=6.19, SE=.45, liminf 95%=10.2, limsup 95%=12.0), scor minim 0, scor maxim 26.

Am calculat nivelurile de pericol în ceea ce privește pericolul de risc domestic în funcție de calitatea mediului agresiv sau non-agresiv. Pentru că distribuția mediilor la Scala de evaluare a pericolului este normală, am aplicat Testul T pentru eșantioane independente. Persoanele din medii agresive au obținut o medie de 15.1 puncte (corespunzător pericolului sever) (AS=5.5, ES=.576, liminf=14.01, limsup=16.3), iar persoanele din medii non-agresive au obținut o medie de 7.18 (corespunzător nivelului de pericol variabil) (AS=3.8, ES=.4, liminf=6.63, limsup=8.83). Testul T ne arată o diferență semnificativă în ceea ce privește pericolul casnic între persoanele care provin din medii agresive și cele care provin din medii non-agresive (F=.451, t=11.2, p=.0001).

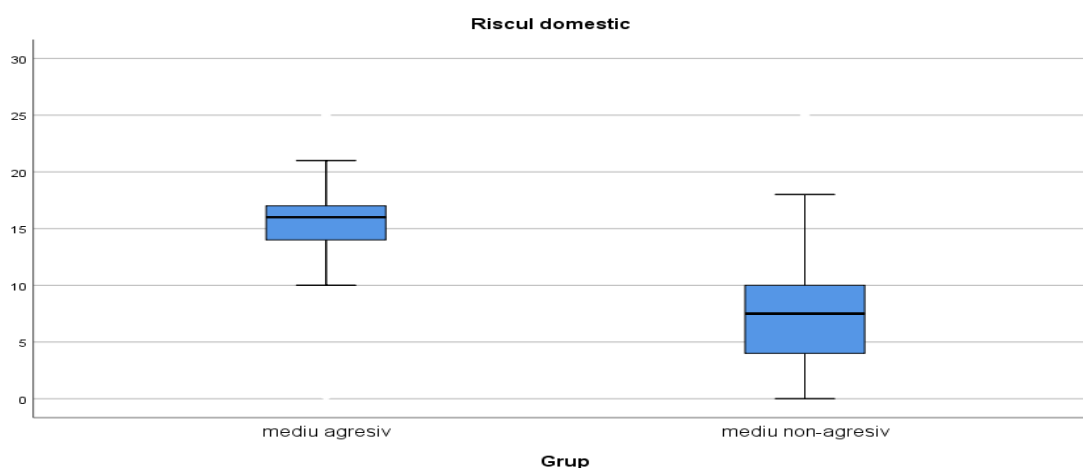


Figura 2.1. Boxplot pentru mediile scorurilor la Scala de pericol casnic în funcție de percepția mediului familial de origine.

În privința distribuției procentuale pentru cele 4 nivele de pericol casnic, am obținut următoarele rezultate, prezentate în Tabelul 2.3.:

Tabel 2.3. Distribuția frecvențelor pentru Riscului domestic

Nivelul de pericol	Număr participanți	Procentaj
Variabil	62	34.1%
în creștere	43	23.6%

Sever	54	29.7%
Extrem	23	12.6%
Total	182	100%

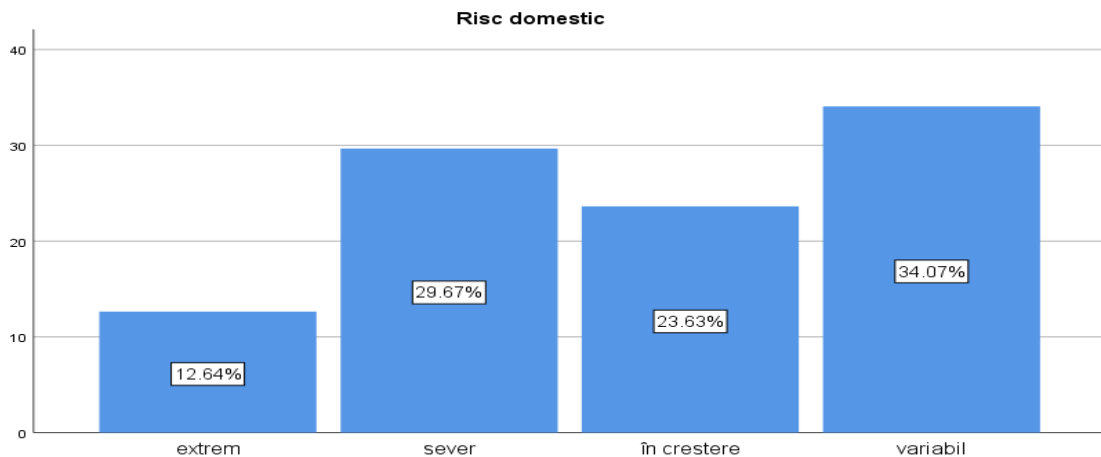


Figura 2.2. Grafic de distribuție al nivelurilor de Risc domestic pentru lotul întreg

Am realizat și o interogare încrucișată pentru a vedea cum se distribuie nivelurile de pericol casnic în funcție de mediul agresiv și non-agresiv.

Tabel 2.4. Interogare încrucișată pentru distribuția nivelurilor de Risc domestic în funcție de mediul familial

		Grup		Total
		mediu agresiv	mediu non-agresiv	
Risc	extrem	17	0	17
	sever	55	3	58
	în creștere	12	33	45
	variabil	8	54	62
Total		92	90	182

Testul Chi pătrat ne arată că există o diferență semnificativă între frecvențele observate și cele așteptate în cazul participanților cu mediu agresiv și non-agresiv în ceea ce privește cele patru niveluri de pericol domestic ($X^2=107.54$, $df=3$, $p=.0001$).

Tabel 1.5. Testul Chi2 pentru nivelurile de Risc domestic în funcție de mediu

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	107.541 ^a	3	.000
Likelihood Ratio	128.795	3	.000
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.41.

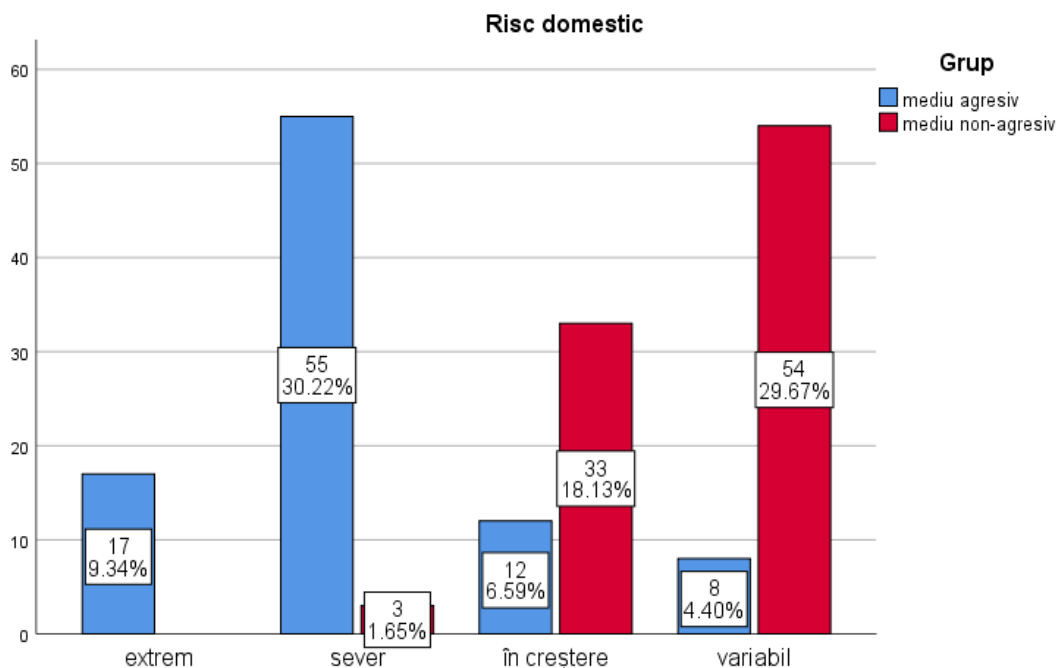


Figura 2.3. Histograma pentru nivelul de risc domestic în funcție de mediu

Din perspectiva acestei analize putem concluziona că persoanele care provin dintr-un mediu familial agresiv sunt mai expuse riscului violenței domestice. Printre multele cauze ale violenței domestice, unul dintre cele mai importante este climatul din familial de origine, mediul în care partenerii au crescut și au fost educați, experiența pe care aceștia o au cu violența și relația cu autoritatea. Rezultatele noastre se raliază acelor studii care corelează violența domestică cu comportamentul negativ al părinților unii față de alții, fapt care duce de timpuriu la acumularea sentimentelor negative, a exprimării necontrolate a furiei ca modalitate de coping [121]. Familia este un factor important care contribuie la sporirea violenței, în special într-o familie cu o educație strictă și violență, un astfel de fundal acționează ca un stimul pentru a manifesta sau pentru a accepta violența ca fiind normală în viața de zi cu zi și ca alternativă la rezolvarea problemelor. Experiențele violenței în copilărie, prin a fi martor al părinților care se certau și se băteau reciproc, prin a fi pedepsiți sever în timpul copilăriei și prin a exprima comportamente violente în copilărie sunt cele mai comune comportamente de risc care conduc la violența domestică. Cele mai multe cupluri căsătorite implicate în violența domestică au avut parte de violență severă în copilăria lor, mărturisind că părinții lor se certau și se băteau reciproc, ei la rândul lor fiind sever pedepsiți și folosind violența împotriva colegilor lor și a celor din jurul lor. Cauzele importante ale violenței domestice includ atitudini și valori greșite privind relația de autoritate, inegalitatea de gen și soții care au putere asupra soțiilor lor și care doresc controlul în toate situațiile [202]. În plus, relația de autoritate în ceea ce privește statutul inferior al femeilor

și credința în dominația masculină sau patriarhială, în care genul masculin este cel al puterii și conducerii, face ca folosirea violenței să fie este *normală* pentru bărbați, deoarece acest comportament îi face bărbați cu adevărat - toate acestea duc la violența împotriva femeilor care le afectează atât fizic cât și mental. În plus, ele duc la hărțuirea sexuală a femeilor [120].

Prin urmare, sunt esențiale studiile privind rolul familiei în educație, experiențele de violență și relația de autoritate dintre cuplurile căsătorite în relație cu familiile de origine ale partenerilor. Rezultatele acestor studii sunt utile pentru persoanele și organizațiile implicate în elaborarea politicilor de prevenire și soluționare a problemelor legate de violența domestică înainte ca problemele să devină mai grave și să se dezvolte în probleme sociale care sunt dificil de rezolvat în viitor, și de a ajuta cooperarea pentru a identifica modalități de rezolvare a problemelor în timp util.

Concluzie: Cercetarea noastră a prezumat faptul că femeile care provin din medii agresive au un risc de violență domestică mai ridicat decât femeile care provin din medii non-agresive. În urma măsurătorilor, am constatat că această prezumție s-a dovedit a fi reală, femeile care provin din medii violente au probabil tendința de a accepta un model de comportament violent în propria familie, de aceea acestea au nevoie de programe în care să conștientizeze și să schimbe aceste modele, schimbând propriul comportament acolo unde este cazul sau respingându-l în cazuri extreme, pentru a opri perpetuarea unui fenomen care face victime.

Ipoteza 2. Agresivitate

Presupunem că femeile tinere ce provin din medii agresive au, la rândul lor, o agresivitate mai ridicată decât femeile ce provin din medii non-agresive.

Verificarea acestei ipoteze s-a realizat prin aplicarea *Chestionarului de agresivitate*. Acesta investighează nivelul global de agresivitate, precum și componentele acesteia: 1. Agresivitatea fizică, 2. Agresivitatea verbală, 3. Furie, 4. Ostilitate și 5. Agresiune indirectă. Participantele puteau obține un scor cuprins între 34 și 170 de puncte.

Cele 182 de participante au obținut o medie de 93.33, corepunzător unui nivel global mediu de agresivitate (AS=23.88, ES=1.77, liminf 95%=89.84, limsup 95%=96.82), distribuție normală. Am calculat datele descriptive și pentru sub-scalele Agresivității, după cum urmează:

- la *Agresivitatea fizică* participantele puteau realiza un scor între 1 și 40, au obținut o medie de 17.20 (AS=6.83, ES=.506, liminf 95%=16.2, limsup 95%=18.2, DN),corespunzător unui nivel mediu de agresivitate fizică;

- la sub-scala *Agresivitatea verbală* participantele puteau realiza un scor între 1 și 25, au obținut o medie de 16.23 (AS=5.77, ES=.42, liminf 95%=15.38, limsup 95%=17.07, DN), corespunzător unui nivel mediu de agresivitate verbală;
- la sub-scala *Furie* participantele puteau realiza un scor între 1 și 35, au obținut o medie de 16.35 (AS=6.72, ES=.498, liminf 95%=15.36, limsup 95%=17.33, DN), corespunzător unui nivel mediu de Furie;
- la sub-scala *Ostilitate* participantele puteau realiza un scor între 1 și 40, au obținut o medie de 26.66 (AS=7.36, ES=.54, liminf 95%=25.58, limsup 95%=27.74, DN), corespunzător unui nivel mediu înalt de Ostilitate
- la sub-scala *Agresivitate indirectă* participantele puteau realiza un scor între 1 și 30, au obținut o medie de 16.9 (AS=8.6, ES=.638, liminf 95%=15.64, limsup 95%=18.15, DN), corespunzător unui nivel mediu de Agresivitate indirectă.

În ceea ce privește distribuția frecvențelor pe niveluri de agresivitate globală, datele se prezintă în felul următor: cinci participante manifestă un nivel scăzut de agresivitate (2.7%), 119 (65.38%) nivel mediu, 23 un nivel mediu scăzut (12.63%), 21 nivel mediu înalt (11,53%) și 14 (7.6) un nivel înalt. Distribuția frecvențelor pentru componentele Agresivității este prezentată în Tabelul 2.6 și Figura 2.7.

Tabel 1.6. Distribuția frecvențelor nivelurilor componentelor agresivității

Nivel	Ag. Fizică	Ag. verbală	Furie	Ostilitate	Ag. indirectă	Ag. total
f înalt	1	39	0	10	13	26
înalt	14	31	0	8	49	34
mediu înalt	96	38	21	14	62	31
mediu scăzut	0	13	37	21	21	24
medie	47	48	62	106	37	25
scăzut	14	9	49	18	0	25
f scăzut	10	4	13	5	0	17
Total	182	182	182	182	182	182

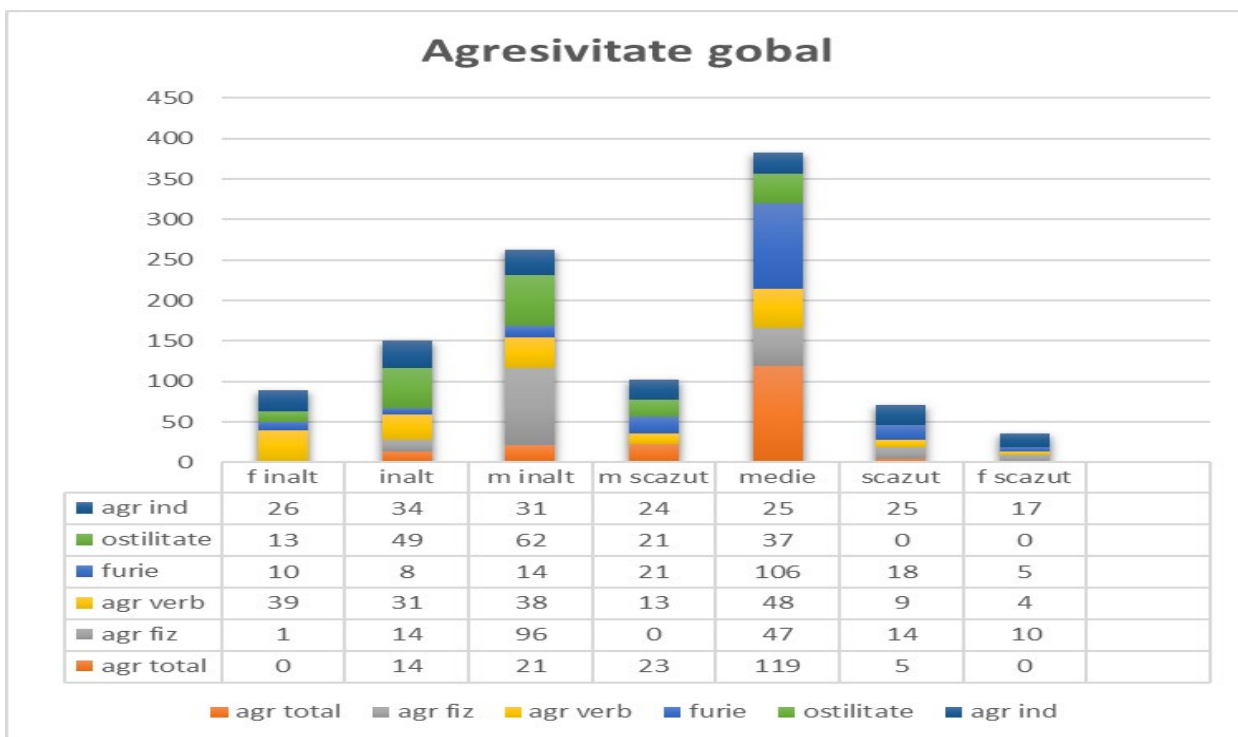


Figura 2.7. Distribuția frecvențelor nivelurilor agresivității (pe componente)

În continuare prezentăm datele obținute separat de participantele ce provin din medii agresive (92 de tinere) și participantele ce provin din medii familiale non-agresive (90 de tinere).

La Scala de agresivitate globală participantele provenite din medii agresive au obținut o medie de 103.1, corespunzător unui nivel mediu înalt ($AS=20.534$, $ES=2.140$). Participantele provenite din medii non-agresive au obținut un scor mediu de 83.33, corespunzător unui nivel mediu de agresivitate globală ($AS=22.98$, $ES=2.342$). Datele descriptive privind subscalele Agresivității sunt prezentate sintetic în Tabelul 2.8, toate distribuțiile sunt normale.

Tabel 2.7. Date descriptive pentru scorurile la Agresivitate și componente și Testul T

Variabila	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Agresivitate fizica t=3.8, p=0.0001	mediu agresiv	92	19.04	6.129	.639
	mediu non-agresiv	90	15.32	7.033	.741
Agresivitate verbal t=3.52, p=0.001	mediu agresiv	92	17.67	4.870	.508
	mediu non-agresiv	90	14.74	6.259	.660
Furie t=2.88, p=0.005	mediu agresiv	92	17.74	5.610	.585
	mediu non-agresiv	90	14.92	7.464	.787
Ostilitate t=7.44, p=0.0001	mediu agresiv	92	30.18	5.465	.570
	mediu non-agresiv	90	23.06	7.343	.774
Agresiune indirecta t=2.52, p=0.012	mediu agresiv	92	18.47	9.028	.941
	mediu non-agresiv	90	15.29	7.877	.830
Total agresivitate t=6.12, p=0.001	mediu agresiv	92	103.11	20.555	2.143
	mediu non-agresiv	90	83.33	22.983	2.423

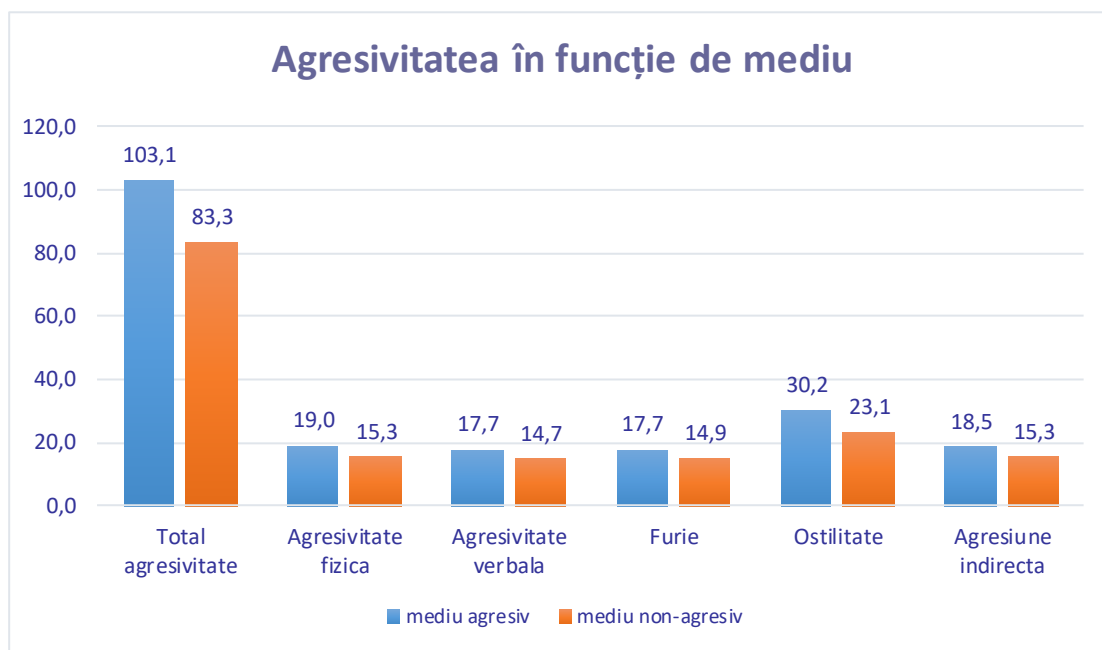


Figura 2.8. Grafic cu scorurile medii pentru Agresivitate și componente în funcție de mediu

Pentru a vedea dacă există diferențe semnificative între mediile componentelor agresivității în funcție de mediul original de familie al participantelor, am aplicat Testul T pentru eșantioane independente. Din Tabelul 2.7 observăm că pentru agresivitatea globală și componentele acesteia există diferențe semnificative în funcție de calitatea mediului familial (agresiv și non-agresiv).

Cercetările indică faptul că femeile victime ale violenței domestice prezintă schimbări cognitive semnificative, amorteală emoțională și evitarea relațiilor interpersonale. Violența împotriva femeilor este larg răspândită, apare în situații diferite și forme și manifestări diferite. Cea mai obișnuită formă de violență împotriva femeilor este violența domestică sau violența partenerului intim care apare în diferite prevalențe în întreaga lume. În ultimele trei decenii, preocuparea generală din cauza creșterii incidenței violenței în familie este în creștere. Conform datelor OMS, aproximativ o treime (30%) din toate femeile care au avut o relație au suferit o violență fizică și / sau sexuală din partea partenerului lor intim, iar în unele regiuni până la 40% dintre femei au fost abuzate. García-Moreno și Stöckl au constatat că violența domestică a fost asociată cu rezultate distructive în materie de sănătate și cu o gamă largă de efecte negative asupra sănătății. Violența domestică anterioară a fost identificată ca un factor de risc de dezvoltare a tulburărilor psihiatrice și a problemelor psihologice la femei [29; 30]. Consecințele emoționale și comportamentale ale violenței domestice pot include mai multe răspunsuri generale la traume, cum ar fi neglijarea sau minimalizarea abuzului, evitarea emoțională, impulsivitatea, agresivitatea, neajutorarea, furia și anxietatea, problemele de somn și

problemele de alimentație, utilizarea alcoolului sau a altor psihoactive substanțe și comportament suicidar. Victimele folosesc agresivitatea drept mecanism de coping, care reprezintă o barieră în acceptarea ajutorului și lăsarea în urmă a unei relații violente. În plus, în mai multe studii și modele teoretice care explică dinamica relațiilor în relații violente, trăsăturile de personalitate ale partenerilor sunt citate ca predictorii ai violenței domestice [7; 17].

Concluzie: Ipoteza conform căreia am presupus că femeile provenite din medii agresive au un nivel de agresivitate mai ridicat decât cele care provin din medii familiale de origine non-agresive a fost validată. Deși femeile victime ale violenței domestice au un partener violent, unele dintre ele rămân în relații violente, răspunzând la rândul lor cu violență fizică, verbală indirectă, de asemenea manifestă afecte negative și comportamente asociate lor precum furia și ostilitatea. Există mai multe motive pentru care acestea rămân în relații agresive. Mai mulți autori menționează, alături de factori externi, cum ar fi cei economici și sociali, strategiile de coping ineficiente, trăsăturile de personalitate și factorii emoționali, ca predictorii posibili pentru femeile rămase în relații violente [146]. Înțelegerea factorilor care contribuie la violența în familie și a factorilor care afectează o femeie care rămâne într-o relație abuzivă este importantă pentru programul de prevenire, precum și elaborarea unui plan de tratament al femeilor victime ale violenței domestice.

Ipoteza 3. Clinic

Presupunem că tinerele femei din medii agresive înregistrează scoruri semnificativ mai ridicate la scalele clinice care măsoară depresia, anxietatea, stresul, afectele negative, detașarea, antagonismul ș.a.

Pentru a valida această ipoteză am aplicat Inventarul de personalitate DSM-5 (PID-5) [6] și DASS-21R [117].

Inventarul de personalitate DSM-5 (PID-5) Forma scurtă evaluează disfuncționalitățile care se întâlnesc la nivelul personalității, anume *Afectul negativ*, *Detașarea*, *Antagonismul*, *Dezinhibiția și Psihotismul*. Participantele puteau obține între 0 și 15 puncte; cu cât scorul este mai mare, cu atât este mai ridicată disfuncționalitatea.

Afect negativ. Media obținută de lotul integral a fost de 5.05 (AS=3.82, ES=.316, liminf 95% = 4.42, limsup 95% = 5.67). Au înregistrat nivel scăzut 130 (71.4%), nivel mediu 32 (17.6%), 20 nivel înalt (11%).

Detașare. Media obținută de lotul integral a fost de 3.56 (AS=2.86, ES=.237, liminf 95%=3.09, limsup 95%=4.03). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: au înregistrat nivel scăzut 149 (81.9%), nivel mediu 33 (18.1%).

Antagonism. Media obținută de lotul integral a fost de 4.60 (AS=3.52, ES=.291, liminf 95%=4.02, limsup 95%=5.17). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: au raportat nivel scăzut 136 (74.7%), nivel mediu 33 (18.1%), nivel înalt 13 (7.1%).

Dezinhibiție. Media obținută de lotul integral a fost de 4.35 (AS=2.93, ES=.243, liminf 95%=3.87, limsup 95%=4.83). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: au raportat un nivel scăzut 117 (64.3%), nivel mediu 63 (34.6%) și 13 (7.1%) nivel înalt.

Psihotism. Media obținută de lotul integral a fost de 4.49 (AS=2.88, ES=.2239, liminf 95%=4.02, limsup 95%=4.96). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: au raportat nivel scăzut 114 (64.3%) și 68 (37.4%) nivel mediu.

DASS-21 R măsoară stările emoționale negative ale depresiei, anxietății și stresului. DASS a fost construit nu doar ca un alt set de scale pentru a măsura stările emoționale definite convențional, ci pentru a continua procesul de definire, înțelegere și măsurare a stărilor emoționale prezente și clinic semnificative, de obicei descrise ca depresie, anxietate și stres.

Etichetele de severitate sunt folosite pentru a descrie întreaga gamă de scoruri din populație, deci „ușoare” de exemplu înseamnă că persoana este la un nivel subiectiv mai ridicat decât populația fără simptome, dar probabil că este încă sub nivelul tipic de severitate al celui care caută ajutor (adică nu înseamnă un nivel ușor de tulburare).

Depresie. Media obținută de lotul integral a fost de 6.47 (AS=3.53, ES=.292, liminf 95% = 5.89, limsup 95% = 7.04), corespunzător unui nivel ușor. În ceea ce privește distribuția pe niveluri 76 (41.8%) prezintă normalitate, 29 (15.9%) se află la un nivel ușor, 55 (30.2%) la un nivel moderat, 22 (12.1%) raportează un nivel sever, nu există cazuri de nivel extrem de sever.

Anxietate. Media obținută de lotul integral a fost de 6.25 (AS=2.42, ES=.201, liminf 95% = 5.86, limsup 95% = 6.65), corespunzător unui nivel ușor. În ceea ce privește distribuția pe niveluri, 33 raportează nivel normal (18.1%), 40 (22%) un nivel ușor, 52 (28.6%) un nivel moderat și 57 (31.3%) un nivel sever, nu există cazuri de raportare pentru nivel extrem de sever.

Stress. Media obținută de lotul integral a fost de 9.97 (AS=4.17, ES=.345, liminf 95% = 9.29, limsup 95% = 10.65), corespunzător unui nivel ușor. În ceea ce privește distribuția pe niveluri 54 (29.7%) se află la un nivel normal de stres, 37 (20.3%) la un nivel ușor, 48 (26.4%) la un nivel moderat și 43 (29.5%) la un nivel sever; nu se înregistrează cazuri de nivel extrem de sever.

În continuare vom prezenta analiza tuturor variabilelor clinice pentru femeile provenite din medii agresive și pentru cele provenite din medii normale. Vom prezenta pentru fiecare variabilă datele statistice descriptive, frecvențele categoriale.

Pentru a valida ipoteza am folosit *testul T pentru eșantioane independente* (pentru variabilele continue distribuțiile sunt normale) și *testul Chi pătrat* pentru variabilele categoriale, însoțite de interogările încrucișate aferente.

La Scala *Afect negativ* femeile din lotul cu istoric familial de violență au obținut o medie de 6.10 (AS=3.96, ES=.464, liminf 95%=5.17, limsup 95%=7.02, DN), iar cele fără istoric de agresivitate o medie de 4 (AS=3.39, ES=.397, liminf 95%=3.21, limsup 95%=4.79, DN).

La Scala *Dețasare* femeile din lotul cu istoric familial de violență au obținut o medie de 4.51 (AS=3.36, ES=.394, liminf 95% =3.72, limsup 95%=5.29, DN), iar cele fără istoric de agresivitate o medie de 2.62 (AS=1.84, ES=.216, liminf 95%=2.19, limsup 95%=3.05, DN).

La scala *Antagonism* femeile din lotul cu istoric familial de violență au obținut o medie de 5.81 (AS=3.59, ES=.421, liminf 95% =4.97, limsup 95%=6.65, DN), iar cele fără istoric de agresivitate o medie de 3.38 (AS=3, ES=.352, liminf 95%=2.68, limsup 95%=4.09, DN).

La scala *Dezinhibiție* femeile din lotul cu istoric familial de violență au obținut o medie de 4.38 (AS=2.77, ES=.325, liminf 95% =3.74, limsup 95%=5.03, DN), iar cele fără istoric de agresivitate o medie de 4.32 (AS=3.1, ES=.364, liminf 95%=3.39, limsup 95%=5.04, DN).

La scala *Psihotism* femeile din lotul cu istoric familial de violență au obținut o medie de 4.41 (AS=2.85, ES=.334, liminf 95% =3.78, limsup 95%=5.08, DN), iar cele fără istoric de agresivitate o medie de 4.58 (AS=2.92, ES=.343, liminf 95%=3.89, limsup 95%=5.26, DN).

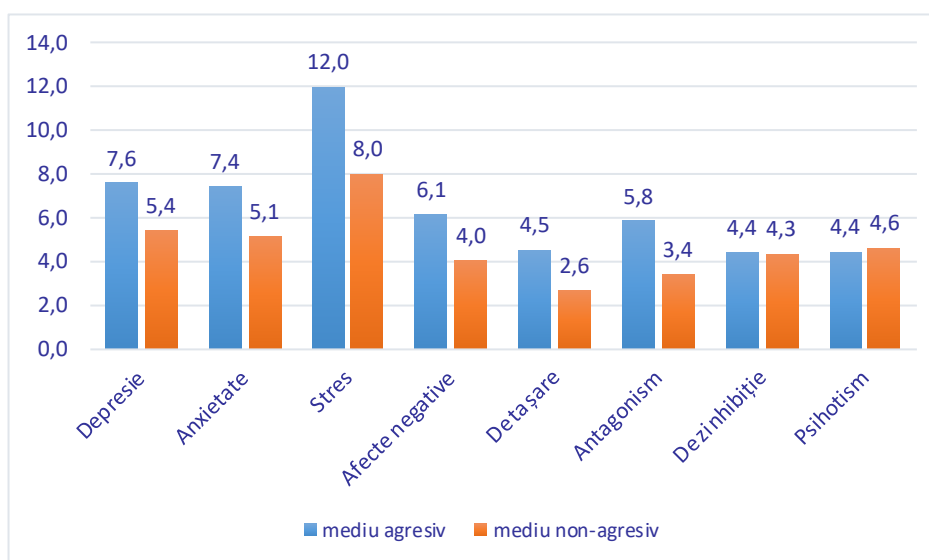


Figura 2.9. Comparații între mediile scorurilor la Scalele măsurate de DASS-21 și DSM-5 SF, mediu agresiv și non-agresiv

În continuare prezentăm sintetic rezultatele Testului T pentru eșantioane independente privind variabilele de mai sus.

Rezultatele sunt prezentate sintetic în Tabelul 2.8.

Tabel 2.8. Mediile și testul de semnificație pentru DASS-21 și PID-5 în funcție de calitatea mediului originar

Var.	Mediu agresiv N= M (AS)	Mediu non-agresiv N= M (AS)	Testul T t, p
Depresie	7.55	5.38	t=3.87, p=0.0001
Anxietate	7.41	5.1	t=6.54, p=0.0001
Stres	11.97	7.97	t=6.58, p=0.0001
Afect negativ	6.1	4.01	t=3.43, p=0.001
Detașare	4.51	2.62	t=4.20, p=0.0001
Antagonism	5.81	3.38	t=4.41, p=0.0001
Dezinhibiție	4.38	4.32	t=.140, p=0.889
Psihotism	4.41	4.58	t=-.343, p=0.732

Se observă că avem diferențe semnificative pentru Depresie, anxietate, stres, afect negativ, detașare și antagonism. Pentru psihotism și dezinhibiție nu se constată diferențe semnificative.

Am aplicat și testul neparametric Chi pătrat (X^2) pentru a vedea dacă există asocieri semnificative între mediul agresiv/non-agresiv și nivelurile de manifestare ale variabilelor cercetate. Observăm că pentru depresie, anxietate, stres, afect negativ, detașare, antagonism există asocieri semnificative cu agresivitatea mediului familial, Tabelul 2.9.

Tabel 2.9. Testul Chi pătrat pentru asocierea variabilele clinice investigate cu mediul familial

Var.	Testul X^2 , p
Depresie	$X^2=12.1$, p=0.007
Anxietate	$X^2=6.54$, p=0.0001
Stres	$X^2=6.58$, p=0.0001
Afect negativ	$X^2=3.43$, p=0.001
Detașare	$X^2=4.20$, p=0.0001
Antagonism	$X^2=4.41$, p=0.0001
Dezinhibiție	$X^2=.140$, p=0.889
Psihotism	$X^2=-.343$, p=0.732

Depresie. Astfel, observăm că nivelele de depresie moderată și severă sunt mai frecvente în rândul femeilor din medii agresive ($X^2=12.1$, p=0.007), Figura 2.10.

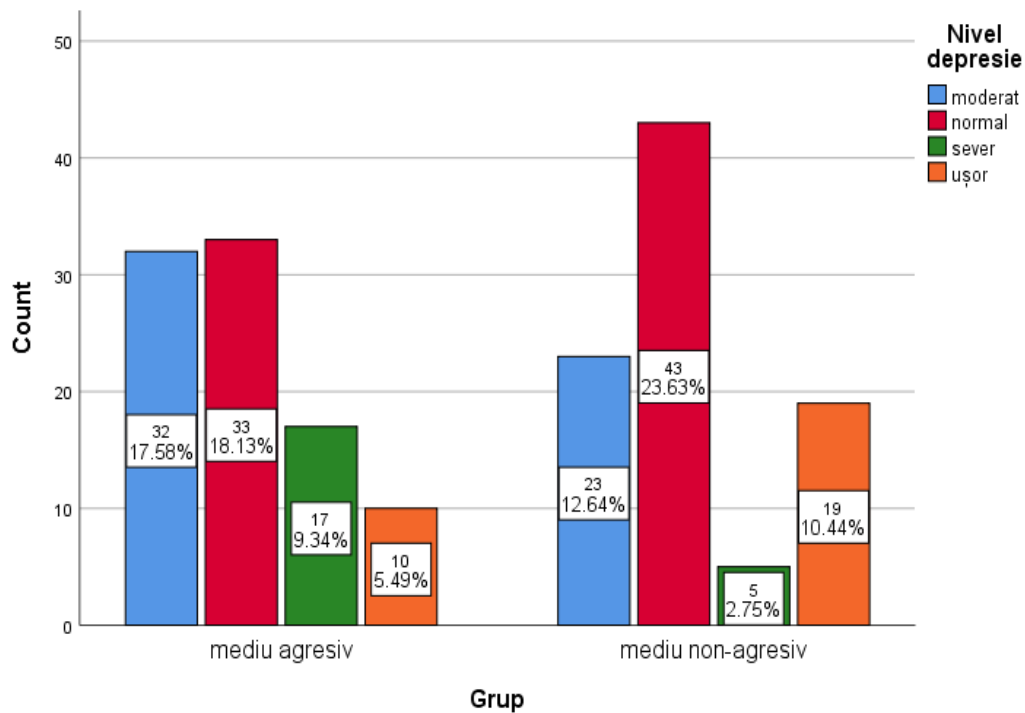


Figura 2.10. Graficul asocierii nivelurilor de Depresie cu mediul familial

Anxietate. Constatăm, de asemenea că nivelele de anxietate moderată și severă sunt semnificativ mai frecvente în rândul tinerelor femei provenite din mediul agresiv ($\chi^2=6.54$, $p=0.0001$), Figura 2.11.

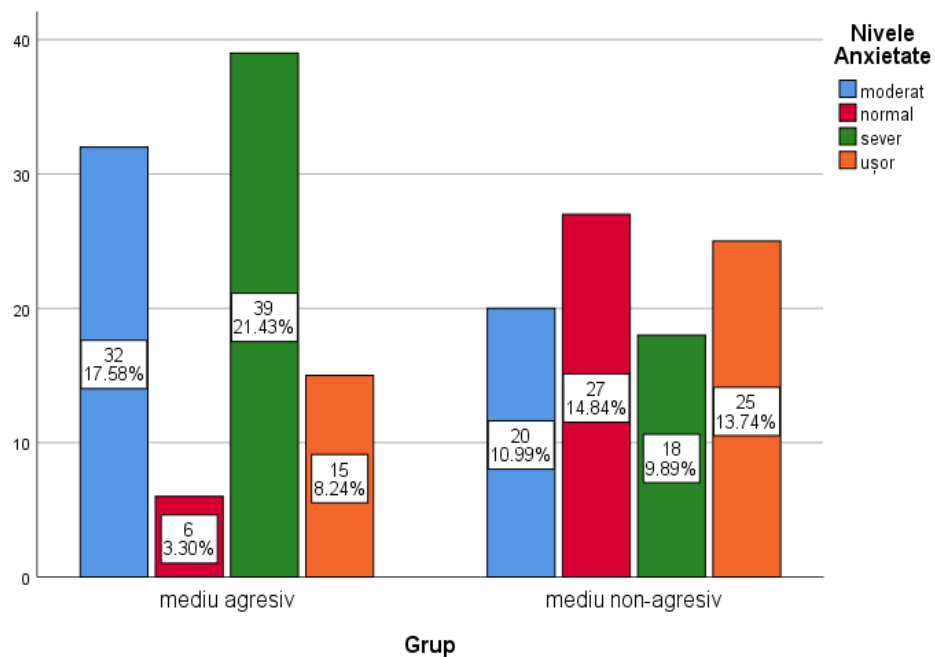


Figura 1.11. Graficul asocierii nivelurilor de Anxietate cu mediul familial

Stres. În ceea ce privește stresul, am constatat niveluri semnificativ mai înalte la tinerele provenite din medii agresive ($\chi^2=6.58$, $p=0.0001$), Figura 2.12.

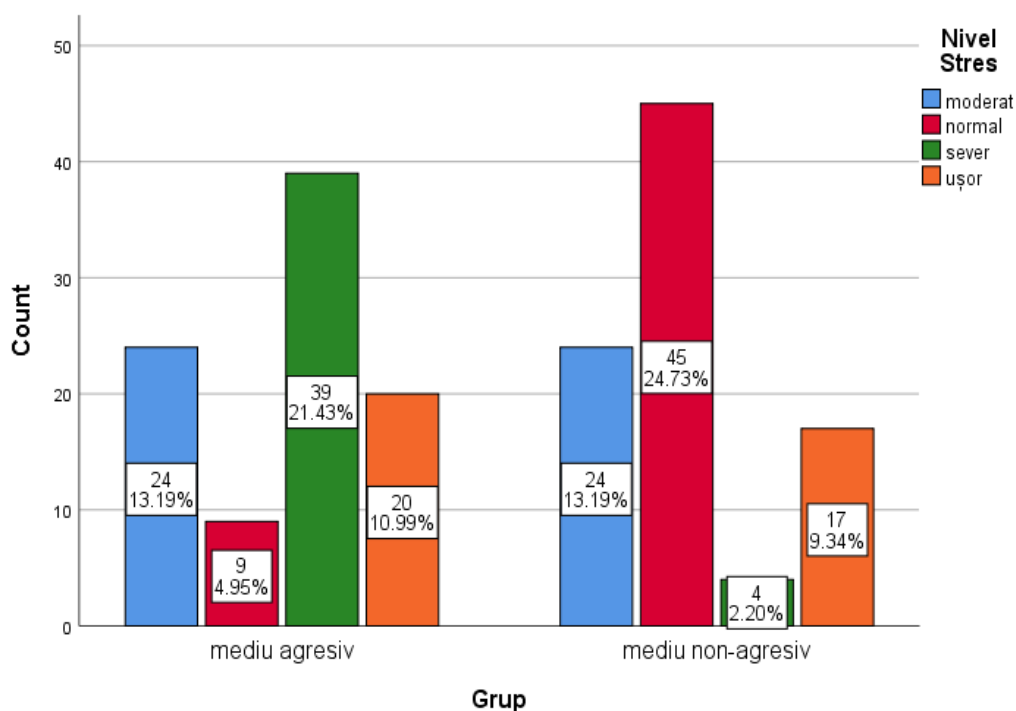


Figura 2.12. Graficul asocierii nivelurilor de Stres cu mediul familial

Afect negativ. Am constatat nivele semnificativ mai frecvente de nivel mediu la femeile provenite din medii agresive ($\chi^2=3.43$, $p=0.001$), Figura 2.13.

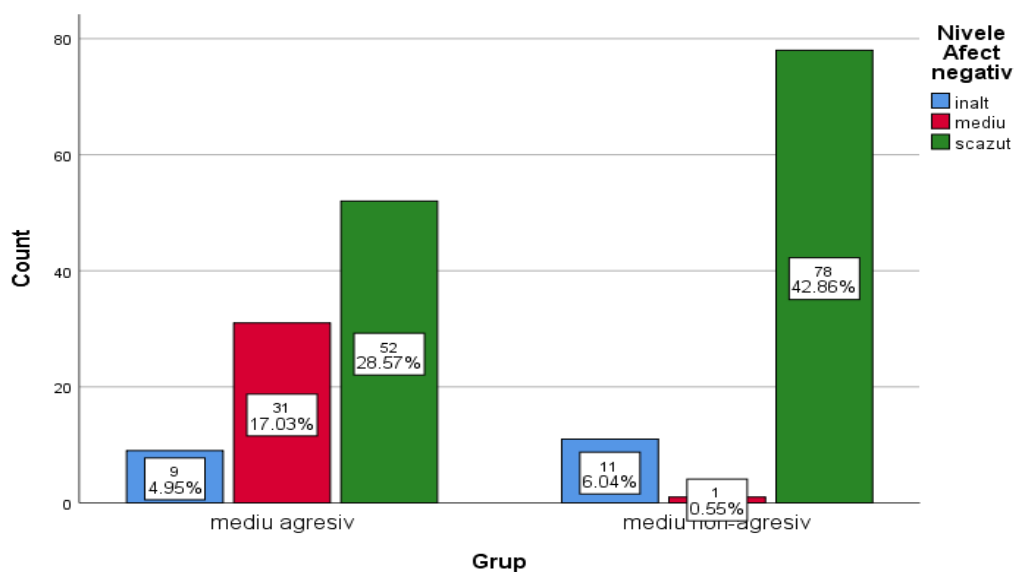


Figura 2.13. Graficul asocierii nivelurilor de Afect negativ cu mediul familial

Detaşare. Constatăm nivele semnificative mai frecvente de detaşare la femeile provenite din medii agresive ($\chi^2=4.20$, $p=0.0001$), Figura 2.14.

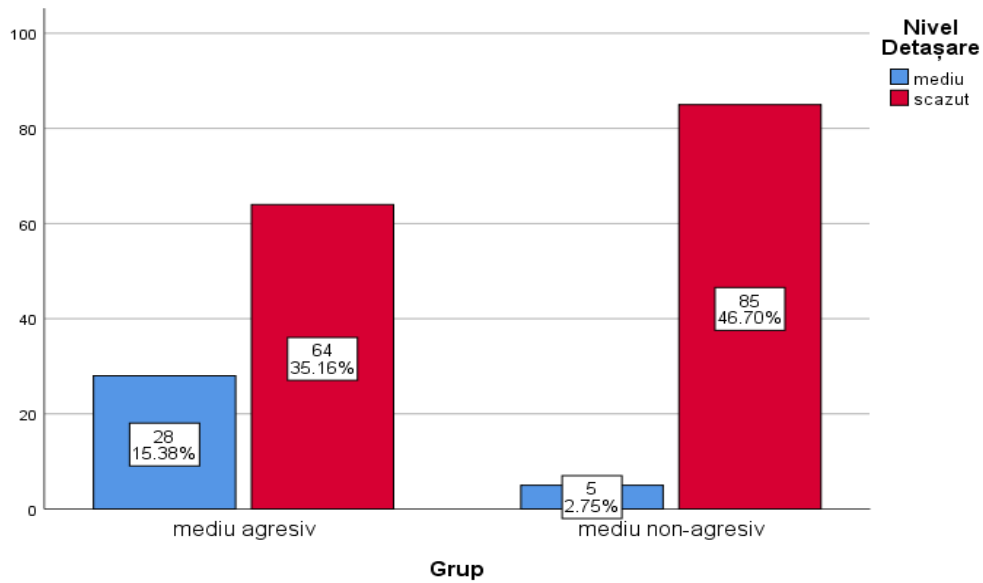


Figura 2.14. Graficul asocierii nivelurilor de Detaşare cu mediul familial

Antagonism. Constatăm că nivelele de antagonism mediu și înalt sunt mai frecvente în grupul femeilor din medii agresive ($\chi^2=4.41$, $p=0.0001$), Figura 2.15.

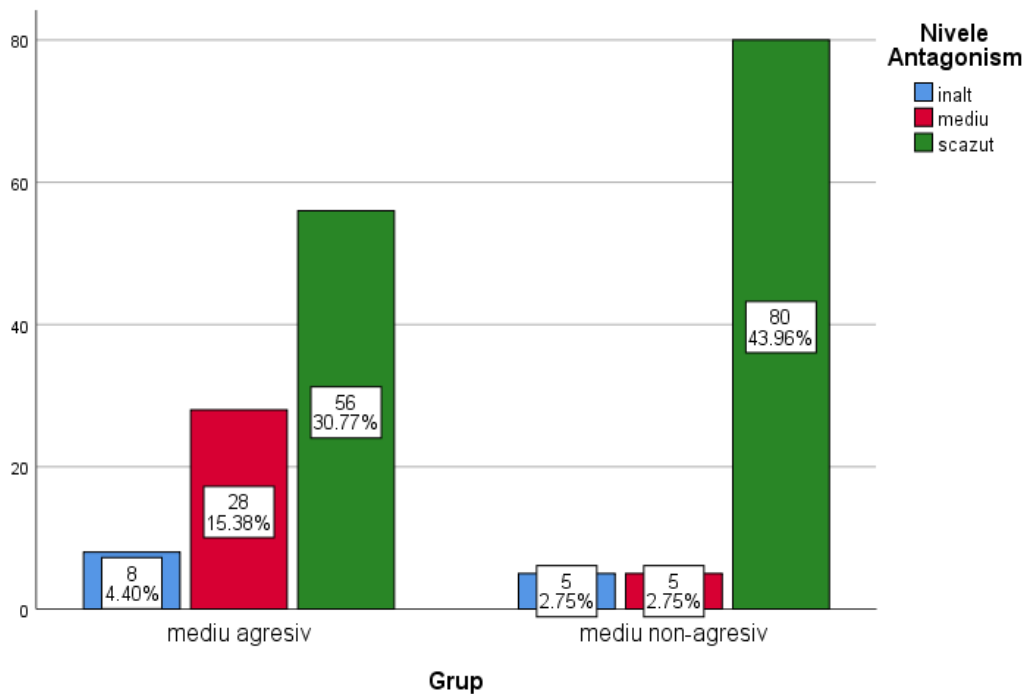


Figure 2.15. Graficul asocierii nivelurilor de Antagonism cu mediul familial

Tabelele de incidență se găsesc în Anexa 3.

Concluzie. Una dintre prezumțiile cercetării a fost că tinerele femei victime ale violenței domestice înregistrează scoruri semnificativ mai ridicate la scalele clinice care măsoară depresia, anxietatea, stresul, afectele negative, detașarea, antagonismul ș.a. Rezultatele obținute de noi se raliază cercetărilor care au investigat, la rândul lor, efectele distructive pe care violența le are asupra sănătății psihice, cu repercursiuni asupra întregii vieți. Știm, din diverse cercetări că depresia, anxietatea și stresul s-au ameliorat odată cu încetarea abuzurilor și că severitatea și frecvența abuzurilor au fost corelate semnificativ cu depresia în majoritatea investigațiilor, abuzul acționând ca un factor de stres semnificativ și contribuind la factorii de stres asociați. Abuzul se potrivește cognitiv și psihodinamic cu modele de depresie, cum ar fi auto-vina, durerea și pierderea simțului sinelui [21; 30; 73; 190].

Ipoteza 4. Stima de sine

Presupunem că tinerele femei provenind din medii agresive au o stimă de sine mai scăzută decât femeile din medii familiale non-agresive.

Pentru a valida această ipoteză a folosit cea mai uzitată Scală de investigare a Stimei de sine, ca sentiment global al valorii personale și al acceptării, cea elaborată de M.Rosenberg. Participantele puteau obține un scor între 10 și 40 de puncte. Valorile cuprinse între 10-16 puncte indică un nivel scăzut al stimei de sine; între 17-33 puncte subiecții au o stimă de sine medie; între 34 - 40 puncte - stimă de sine înaltă. Media scorurilor este de 24.23, corespunzătoare unui nivel mediu (AS=7.81, ES=.587, liminf 95%=23.07 și limsup 95 % =25.38, DN).

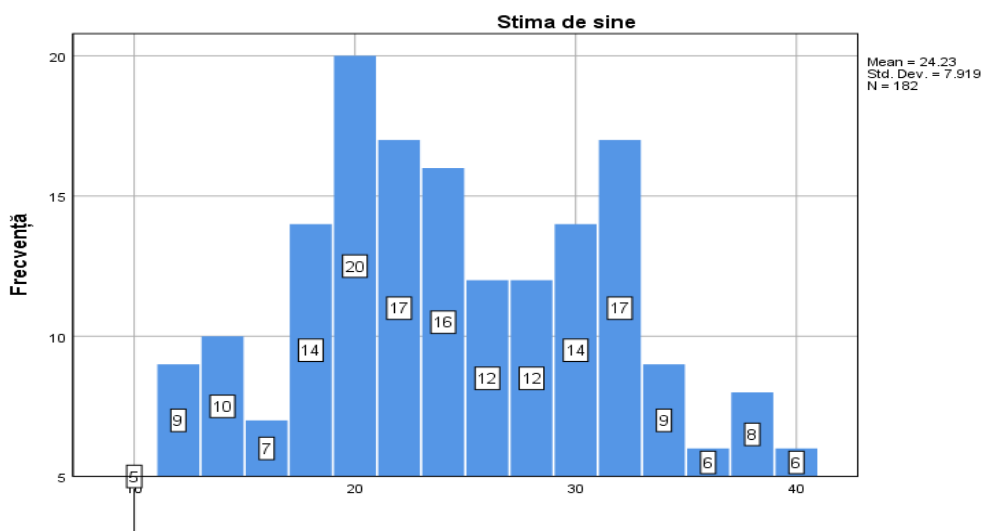


Figura 2.16. Frecvențe pentru scorurile la Stimă de sine (lot integral)

La proba de evaluare a stimei de sine participantele la studiu au obținut următoarele rezultate: 31 (17%) au o stimă de sine scăzută, 126 (69.2%) o stimă medie și 25 (12%) stimă de sine înaltă.

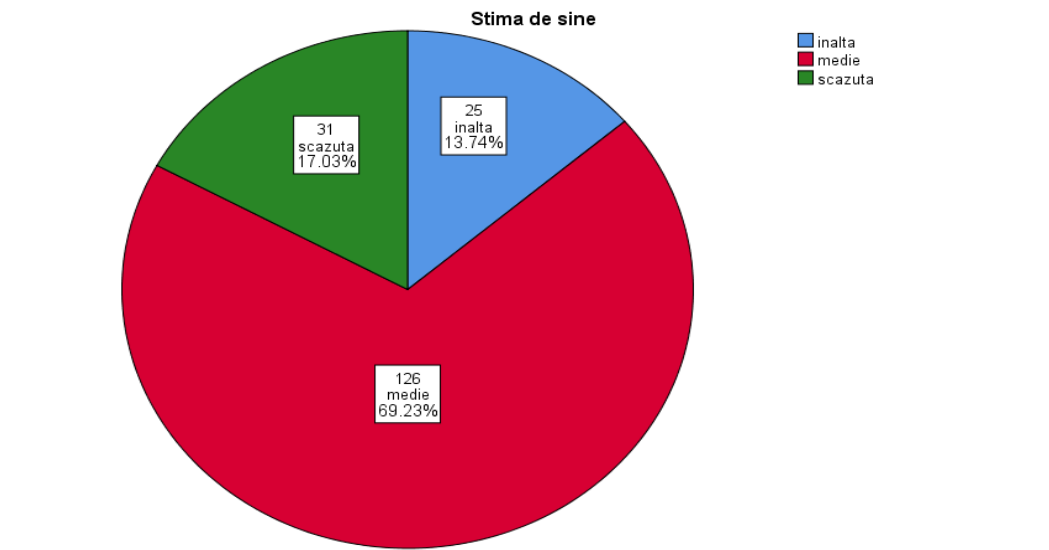


Figura 2.17. Frecvențe pentru nivelurile stimei de sine (lot integral)

La analiza datelor pentru cele două categorii de participante am obținut următoarele rezultate: participantele provenind din medii agresive au obținut o medie de 22.28 puncte (AS=7.77, ES=.811, liminf 95%=20.67, limsup 95%=23.89, DN), iar participantele provenite din medii non-agresive au obținut o medie de 26.21 puncte (AS=7.6, ES=.801, liminf 95%=24.62, limsup 95%=27.8, DN), scoruri medii corespunzătoare nivelului mediu al stimei de sine.

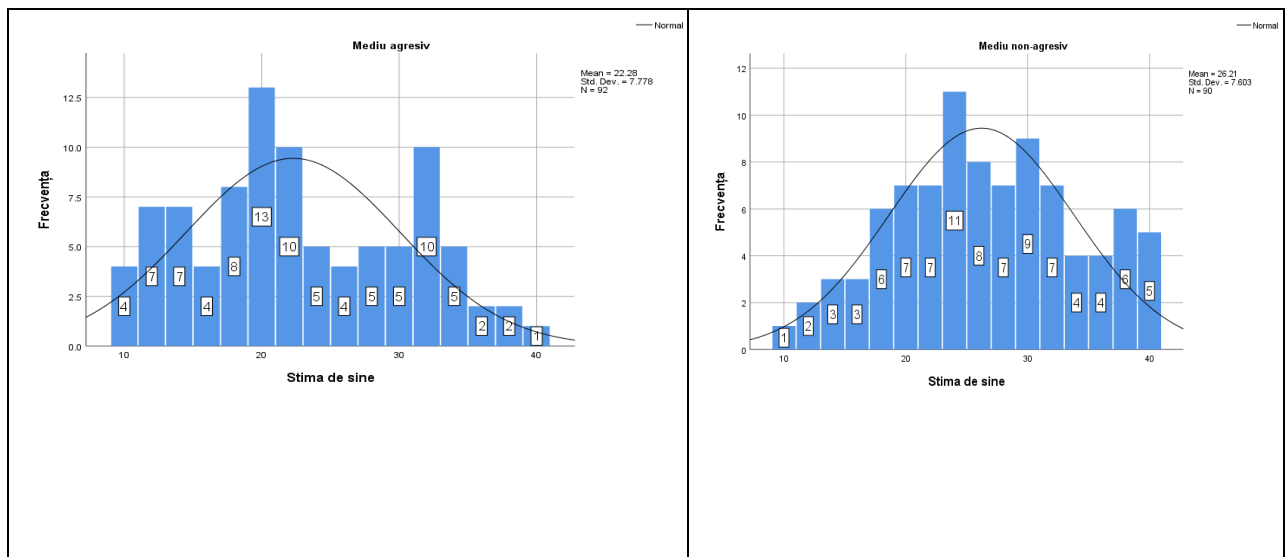


Figura 2.18. Distribuția scorurilor pentru Stima de sine în funcție de mediu familial

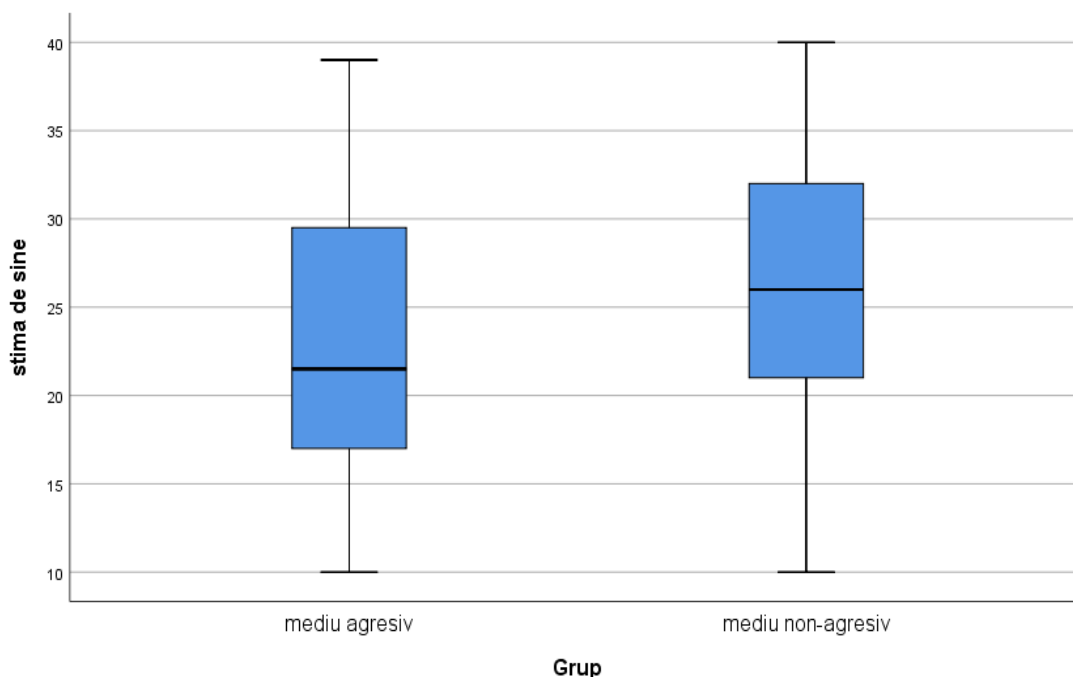


Figura 2.19. Boxplot pentru Stima de sine în funcție de mediul familial

Pentru a vedea dacă diferența dintre cele două categorii de participante este semnificativă, am aplicat Testul T pentru eșantioane independente. Testul a arătat că există o diferență între femeile care provin din medii agresive și femeile care provin din medii normale sub aspectul stimei de sine ($t=-3.445$, $p=.001$), în sensul că stima de sine a femeilor din medii agresive este semnificativ mai scăzută decât cea a femeilor din medii non-agresive. Prin urmare putem susține ipoteza de cercetare conform căreia diferențele dintre aceste două categorii de femei sunt semnificative.

Am realizat și o interogare încrucișată și Testul Chi pătrat aferent pentru a vedea dacă există asocieri semnificative între agresivitatea mediului familial și Stima de sine. În urma testării am obținut o asociere semnificativă între mediul familial și stima de sine ($X^2=10.271$, $df=2$, $p=0.005$), frecvența stimei de sine scăzute fiind semnificativ mai ridicată în grupul femeilor provenite din medii agresive.

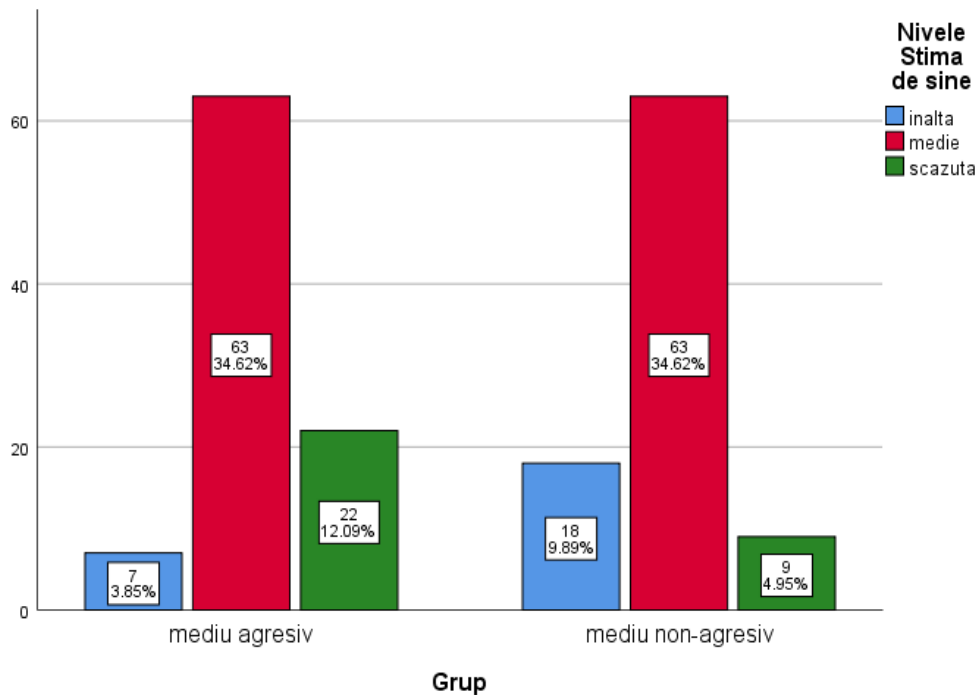


Figura 2.20. Distribuția frecvențelor pentru variabila Stima de sine în funcție de mediul familial

Concluzie. Ipoteza de lucru s-a validat, femeile provenind din medii agresive înregistrează un nivel al stimei de sine mai scăzut decât femeile din medii non-agresive. Aceste rezultate sunt confirmate și de alte studii similare, care au concluzionat că violența domestică este puternic corelată cu o stimă de sine scăzută. De aceea, considerăm oportună desfășurarea programului de dezvoltare a personalității femeilor care provin din medii agresive, stima de sine fiind o componentă de bază a edificiului personalității. Rezultatele se realizează altor cercetări care au investigat relația dintre abuzul familial și stima de sine a victimelor feminine [31; 100].

Ipoteza 5. Reziliența

Presupunem că femeile din medii agresive autoraportează o reziliență semnificativ mai scăzută decât femeile din medii non-agresive.

Reziliența a fost definită ca menținerea unei funcționări sănătoase / reușite sau a unei adaptări în contextul unei adversități sau amenințări semnificative și este caracterizată ca un proces dinamic, deoarece persoanele pot fi rezistente în situații specifice, la pericole specifice de mediu sau rezistente la un moment dat, dar nu la altul [9]. Reziliența mai este definită ca o capacitate relativă pentru o adaptare sănătoasă la adversitățile vieții [39] fiind considerată o caracteristică pozitivă a personalității care îmbunătățește adaptarea individuală [118].

Pentru a verifica această ipoteză am aplicat Scala de reziliență creată de Al Siebert care evaluează modul în care o persoană reacționează în fața dificultăților neașteptate. Siebert susține că „oamenii sănătoși, rezilienți au personalități rezistente la stres și învață lecții valoroase din experiențele dure”. Scorul minim poate fi de 20 de puncte, iar cel maxim de 60. Conform etalonului testului, un scor între 20 și 30 indică o reziliență scăzută, un scor de 31-40 o reziliență medie și un scor de 41-60 o reziliență ridicată.

Participanții la cercetare au obținut la Scala de reziliență următoarele rezultate: 66 (36.3%) raportează o reziliență scăzută, 60 (33%) o reziliență medie și 56 (30.8%) o reziliență înaltă.

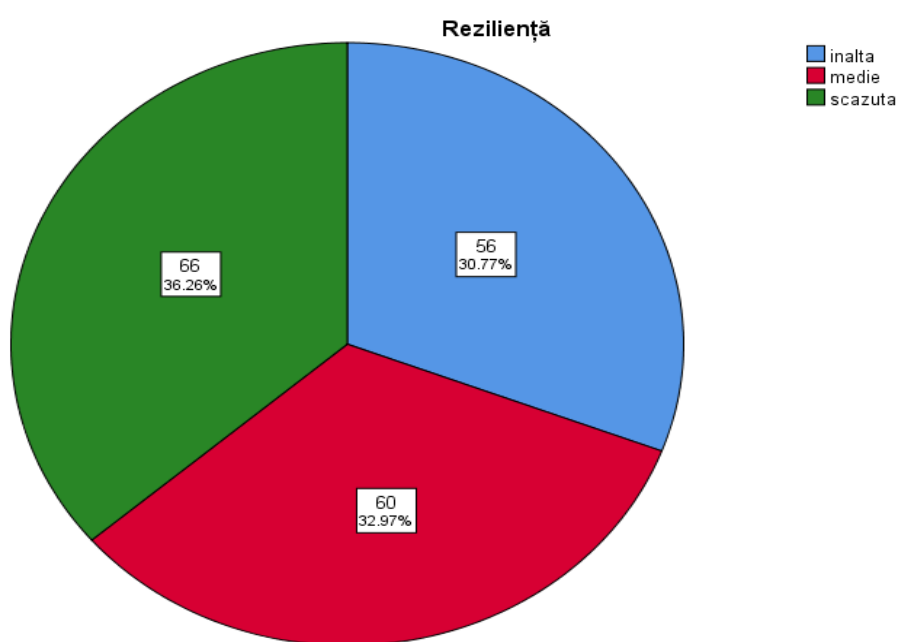


Figura 2.21. Frecvențe pentru nivelurile de reziliență (lot integral)

Scorul mediu este de 36.35 puncte, corespunzător unui nivel mediu de reziliență (AS=10.56, ES=.783, liminf 95%=34.81, limsup 95%=37.9, scor minim 20, scor maxim 60, DN).

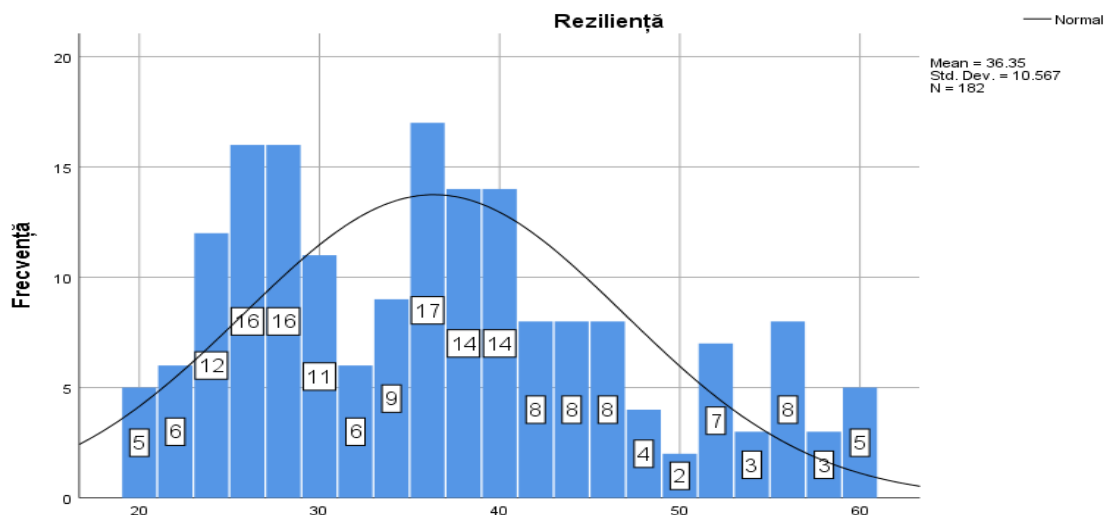


Figura 2.22. Distribuția scorurilor pentru Scala de reziliență (lot integral)

În ceea ce privește rezultatele obținute de categoriile de femei cercetate, cele din medii agresive au obținut un scor mediu de 32.99, corespunzător unui nivel mediu la limita inferioară (AS=9.04, ES=.943, liminf 95%=31.12, limsup 95%=34.86, scor minim 20, scor maxim 59, DN). Femeile din medii non-agresive au obținut o medie de 39.79, corespunzător nivelului mediu la limita superioară (AS=10.94, ES=1.154, liminf 95%=37.5, limsup 95%=42.08, scor minim 21, scor maxim 60, DN).

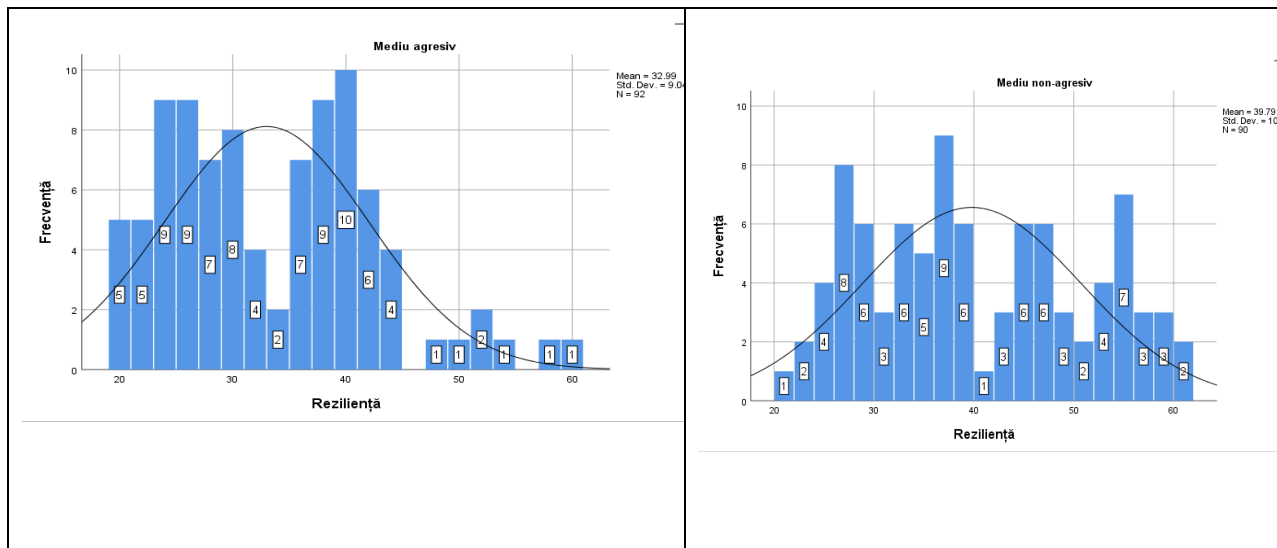


Figura 2.23. Distribuția scorurilor pentru Scala de reziliență în funcție de mediu

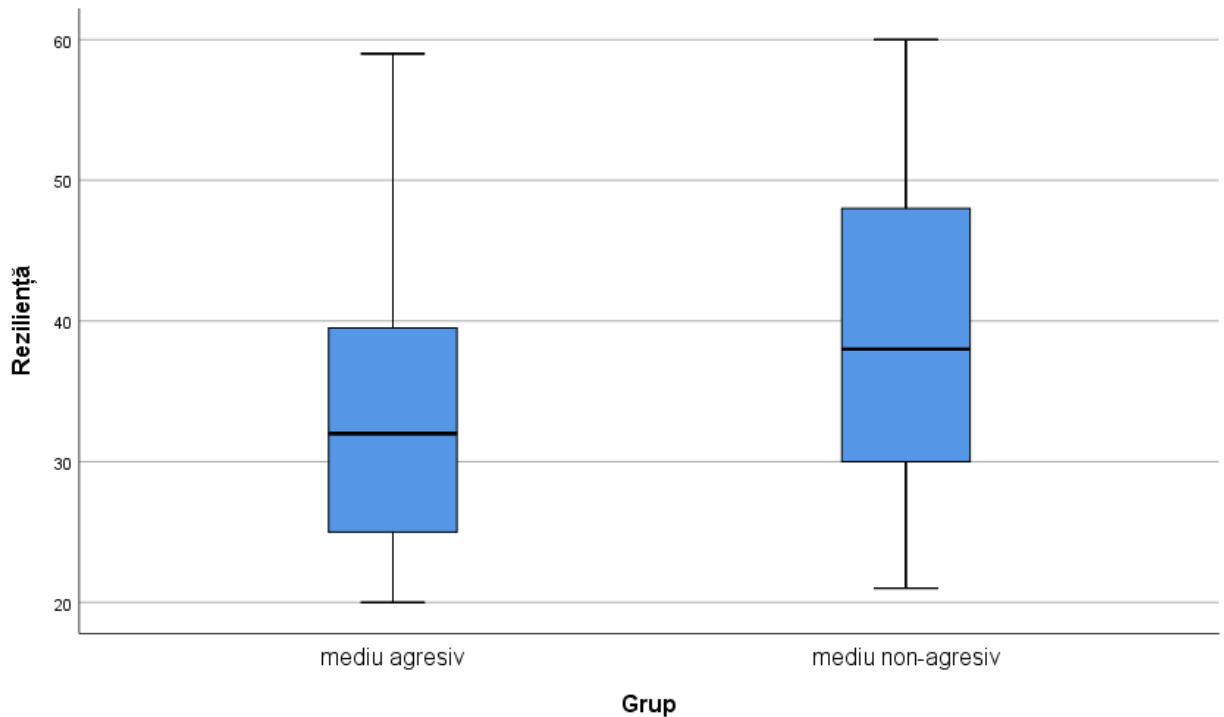


Figura 2.24. Graficul boxplot pentru Reziliență în funcție de mediu familial

Pentru a vedea dacă rezultatele obținute de femeile din medii non-agresive sunt semnificativ mai mari, am aplicat testul T pentru eșantioane independente. În urma realizării testului, am aflat că diferența prezumată între cele două grupuri de femei este confirmată statistic.

Testul a arătat că există o diferență între femeile care provin din medii agresive și femeile care provin din medii non-agresive sub aspectul *rezilienței* ($t=-4.573$, $p=0.0001$), reziliența femeilor din medii agresive este semnificativ mai scăzută decât cea a femeilor din medii non-agresive.

Am realizat și o interogare încrucișată și Testul Chi pătrat aferent pentru a vedea dacă există asocieri semnificative între mediul familial și Reziliență. Constatăm că există o asocieră semnificativă între mediul familial și Reziliență ($X^2=14.95.07$, $df=2$, $p=.0001$). Nivelele de reziliență înaltă sunt mai frecvente în grupul femeilor din medii non-agresive și nivelele scăzute sunt mai frecvente în grupul femeilor din medii agresive.

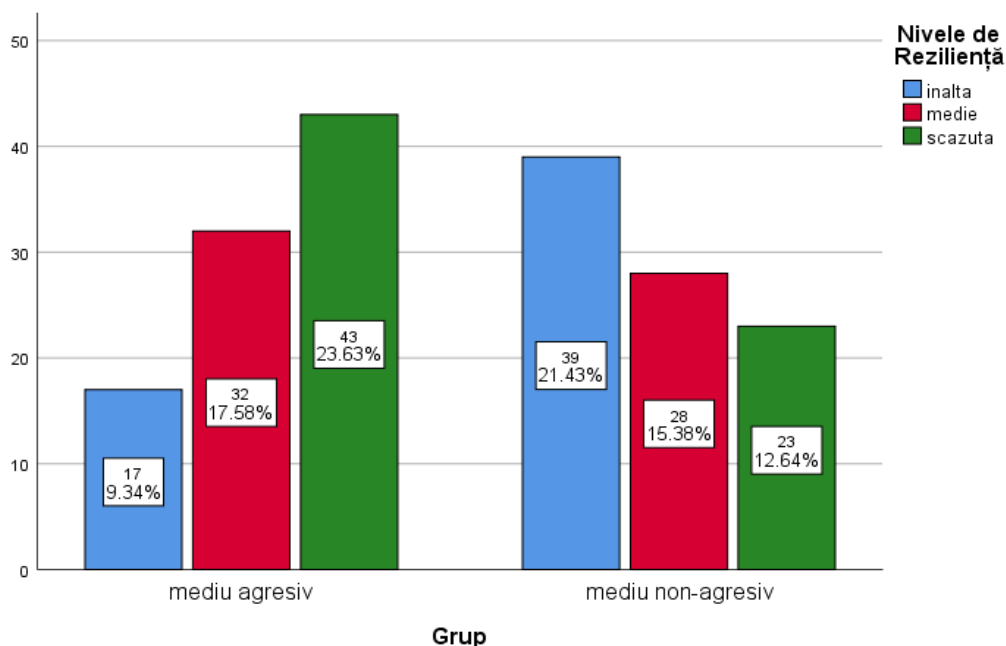


Figura 2.25. Graficul asocierii între Reziliență și mediul familial

Concluzie. Ipoteza a fost validată. Femeile care provin din medii agresive raportează un nivel de reziliență semnificativ mai scăzut decât populația feminină provenită din medii non-agresive. Scorurile mai scăzute la Reziliență pot indica faptul că violența experimentată a slăbit sau chiar a afectat reziliența tinerelor femei, ceea ce este de o importanță crucială pentru procesul de recuperare după traume [9; 92]. Acest lucru pare logic și consecvent, dar datele din literatură nu sunt lipsite de ambiguități. Pe de o parte, unii autori menționează consecințele negative ale violenței domestice sub forma psihologică [221] și tulburări de funcționare fizică [201]; pe de altă parte, există studii care indică faptul că femeile care au încheiat o relație abuzivă demonstrează niveluri ridicate de rezistență generală [9; 125]. Cu toate acestea, aceste studii privesc femeile care erau deja separate fizic de agresor (divorțate sau protejate), în timp ce majoritatea femeilor care se confruntă cu violență domestică în prezentul studiu locuiau încă cu făptuitorul atunci când cercetarea a fost efectuată.

Ipoteza 6. Locus control

Presupunem că femeile din medii violente au un locus control cu tendință de externalizare mai accentuată decât femeile din medii non-agresive.

Locusul control reprezintă măsura în care individul percepe că un efect/răsplată decurge sau este dependentă de comportamentul său, modul în care atribuie responsabilitatea

pentru evenimentele de viață prin care trece, dacă este controlată sau nu de forțe în afara sa [181].

Pentru validarea acestei ipoteze am aplicat Chestionarul de reziliență dezvoltat Launius, este o adaptare a chestionarului realizat de Rotter, dar a mai fost folosit pentru cercetări privind violența domestică. Evaluează controlul individului asupra acțiunilor proprii, iar prelucrarea rezultatelor generează trei poziții ale locus controlului: intern (0-6 puncte), intermediar (7-15 puncte) și extern (16-40 puncte). Rezultatele numerice nu sunt relevante, ci doar calitatea locusului, de aceea vom prezenta doar variabila de tip categorial.

În urma aplicării testului, participantele la cercetare au obținut următoarele rezultate: 73 au locus control extern (40%), 63 (34.6%) locus intermediar și 46 (25.3%) locus intern.

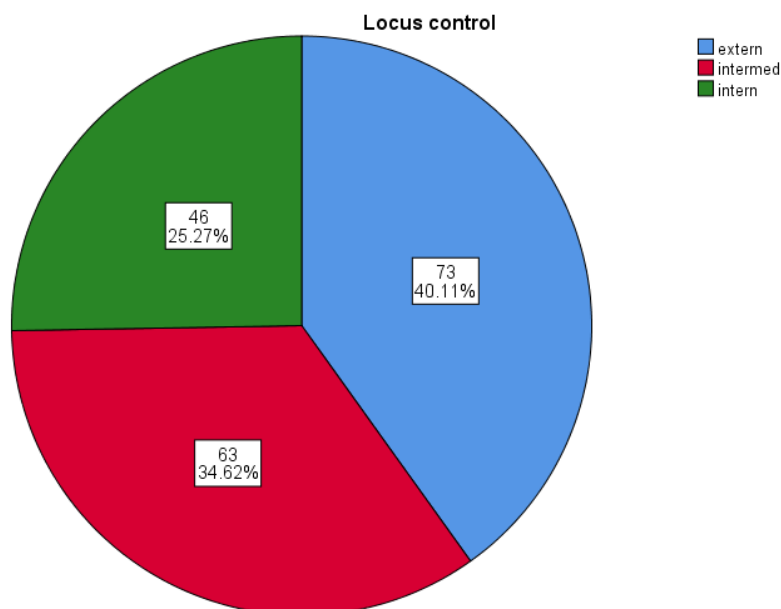


Figura 2.26. Frecvențe pentru nivelurile de Locus control (lot integral)

În ceea ce privește distribuția calității locusului control pentru cele două categorii de participante la cercetare, am obținut următoarele rezultate: în rândul femeilor din medii agresive 39 au raportat locus extern, 27 intermediar și 26 intern; în rândul femeilor din medii non-agresive, 34 au locus control extern, 36 intermediar și 20 locus intern. Aplicarea Testului Chi pătrat ne arată că nu există asocieri semnificative între mediul familial și locus control, chiar dacă prevalența locusului control extern e mai mică la femeile din medii non-agresive, iar locusul intermediar este mai prezent în rândul lor.

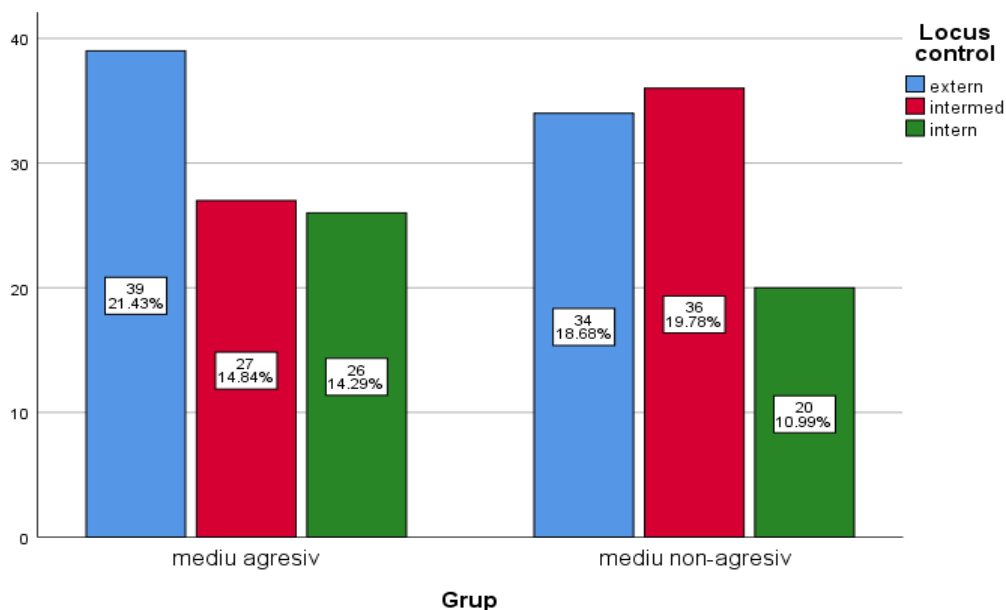


Figura 2.27. Graficul asocierii între Locusul controlului și mediul familial

Concluzie. Ipoteza de lucru nu se validează, testul de semnificație fiind nevalid. Cu toate acestea, cercetarea se realizează acelor studii care susțin importanța calității locusului control în acceptarea statutului de victimă. De aceea, considerăm schimbarea direcției locusului ca fiind un obiectiv important în desfășurarea experimentului de aplicare al programului de intervenție psihologică. Afirmăm acest lucru, deoarece un corp semnificativ de cercetări au identificat relații semnificative ale atribuirii externe a responsabilității cu abuzul domestic. Cercetătorii consideră că femeile abuzate funcționează pe baza controlului extern, care le întărește sentimentul de neputință și le poate determina să se vadă ca fiind blocate într-o relație agresivă.

Ipoteza 7. IE

Presupunem că femeile din medii violente raportează un nivel de inteligența emoțională mai scăzut decât femeile din medii non-agresive.

Inteligența emoțională poate fi definită ca “abilitatea de a realiza raționamente corecte despre emoții și capacitatea de a folosi emoțiile și cunoștințele emoționale pentru a spori capacitatea cognitivă [193]. Rezultatele metaanalizelor indică relațiile pozitive dintre EI și variabilele de sănătate [209] și variabilele de performanță [206].

Pentru validarea ipotezei am aplicat Scala de inteligență emoțională elaborată de Schutte, care evaluează inteligența emoțională stabilind următorii factori: 1. Aprecierea altor emoții (ex.: *Pot să spun cum se simt oamenii ascultând tonul vocii lor*), 2. Aprecierea propriilor emoții (ex. *Știu de ce schimbă emoțiile mele*), 3. Reglarea emoțională (ex. *Știu când să vorbesc despre problemele mele personale altora*), 5. Abilități sociale (ex. *Îi ajut pe ceilalți să se simtă mai bine*

când sunt într-o dispoziție proastă), 5. Utilizarea emoțiilor (ex. Când simt o schimbare a emoțiilor, am tendința de a veni cu idei noi), 6. Optimism (ex. Mă aștept să se întâmple lucruri bune).

Lotul integral a obținut rezultatele prezentate sintetic în Tabelul de mai jos.

Tabel 2.10. Date descriptive pentru rezultatele la Scala de inteligență emoțională (lot integral)

Variabila	M (AS) N=146	liminf 95% - limsup 95%	Scor maxim-minim
IE total	106.82 (20.04)	103.89 – 109.75	59-155
Aprecierea emoțiilor altora	23.92 (6.73)	22.93- 24.9	9-35
Aprecierea propriilor emoții	14.86 (5.73)	14.01 – 15.71	5-25
Reglare emoțională	15.4 (5.9)	14.54-16.27	5-25
Abilități sociale	15.5 (6.34)	14.47-16.32	5-25
Utilizarea emoțiilor	23.79 (6.74)	22.8-24.77	9-35
Optimism	13.46 (5.3)	12.69-14.24	5-25

În continuare vom prezenta analiza comparativă a rezultatelor obținute la Scala de inteligență emoțională global și pe componente, date descriptive și rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente – tinere femei provenite din medii agresive și din medii non-agresive, Tabel 2.11.

Tabel 2.11. Medii, abateri standard și rezultatele testului T pentru IE, factor mediul familial

Var.	Mediu agresiv N=92 M (AS)	Mediu non- agresiv N=90 M (AS)	Testul T t, p
IE total	99.29 (19.3)	114.51 (17.89)	t=-5.521, p=0.0001
Aprecierea emoțiilor altora	22.79 (7.33)	25.07 (7.33)	t=-2.308, p=0.022
Aprecierea propriilor emoții	13.30 (5.59)	16.66 (5.49)	t=-4.331, p=0.0001
Reglare emoțională	14.45 (6.17)	16.38 (5.48)	t=-2.330, p=0.027
Abilități sociale	14.97 (6.4)	15.83 (6.21)	t=-.925, p=0.356 (ns.)
Utilizarea emoțiilor	22.62 (7.31)	24.98 (5.9)	t=-5.831, p=0.018
Optimism	11.37 (4.25)	15.6 (5.45)	t=-.004, p=0.0001

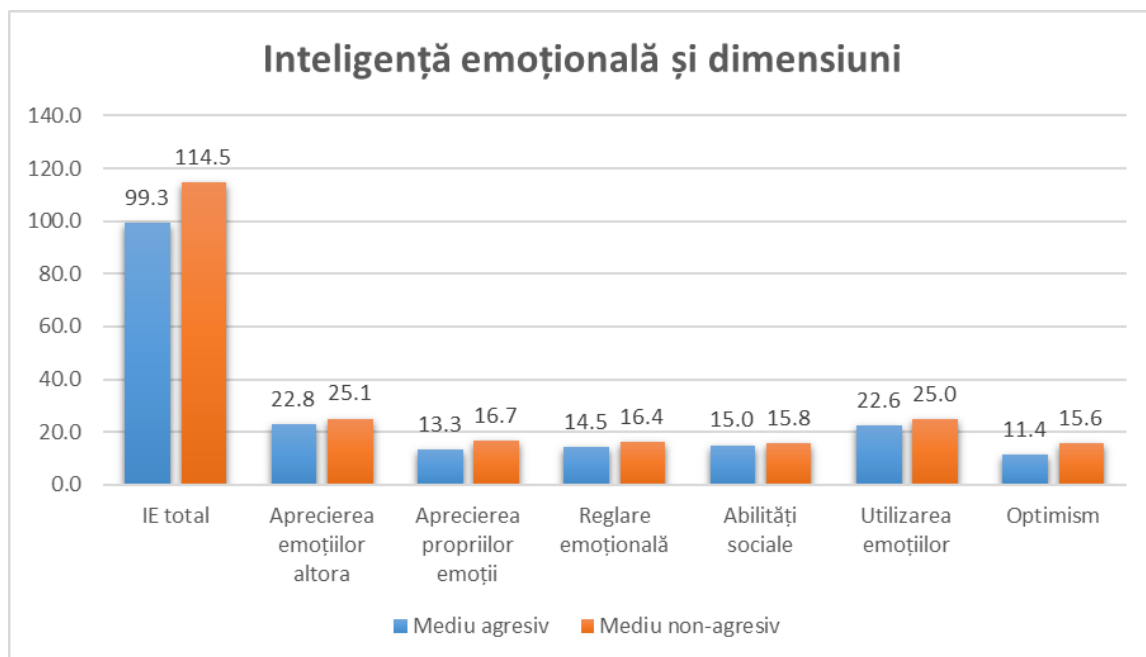


Figura 2.28. Distribuția scorurilor la IE și dimensiuni în funcție de mediul familial

Testul T pentru eșantioane independente ne arată diferențe semnificative între femeile ce provin din mediile agresive și cele din medii non agresive pentru variabilele IE global ($t=-5.521$, $p=0.0001$), Aprecierea emoțiilor celorlalți ($t=-2.302$, $p=0.022$), Aprecierea propriilor emoții ($t=-4.331$, $p=0.0001$), Reglare emoțională ($t=-2.230$, $p=0.027$), Utilizarea emoțiilor ($t=-2.396$, $p=0.018$), Optimism ($t=5.847$, $p=0.0001$). Diferențe ne semnificative am înregistrat la subvariabila Abilități sociale.

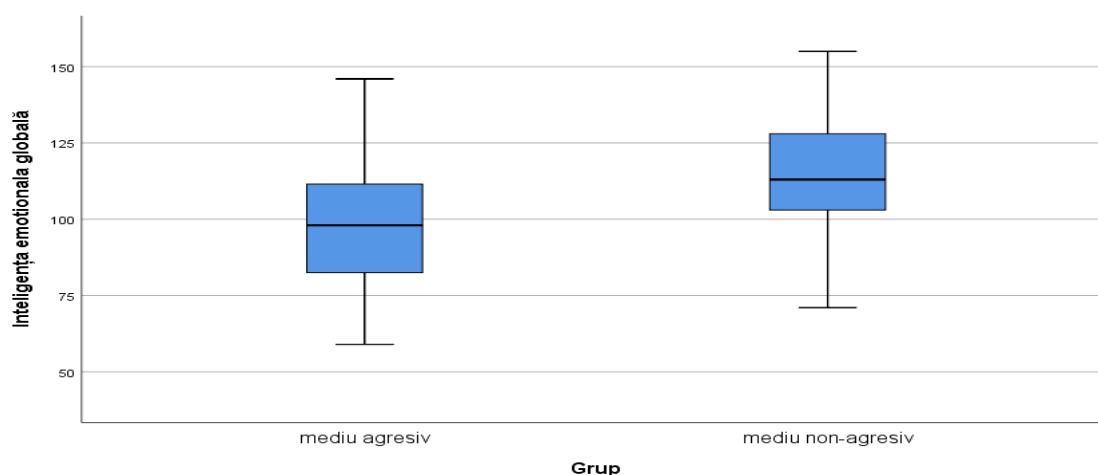


Figura 2.29. Boxplot pentru scorurile la IE globală în funcție de mediul familial

În privința nivelurilor IE, din tabelul de incidență observăm că: în grupul femeilor din mediu agresiv 4 au IE înaltă, 35 mediu înaltă, 50 mediu scăzută și 3 scăzută; în grupul femeilor

din medii non-agresive 15 au nivel înalt de IE, 94 nivel mediu înalt, 65 nivel mediu scăzut, și 4 de nivel scăzut. Tabelele de incidență pentru dimensiunile IE se află în Anexa 2.

Testul Chi pătrat ne arată o asociere semnificativă între mediului familial și inteligența emoțională ($X^2=32.324$, $df=3$, $p=.0001$). Femeile din mediul agresiv înregistrează frecvențe mai mari pentru nivelul mediu scăzut, iar femeile din grupul non-agresiv frecvențe mai ridicate la nivelul mediu înalt.

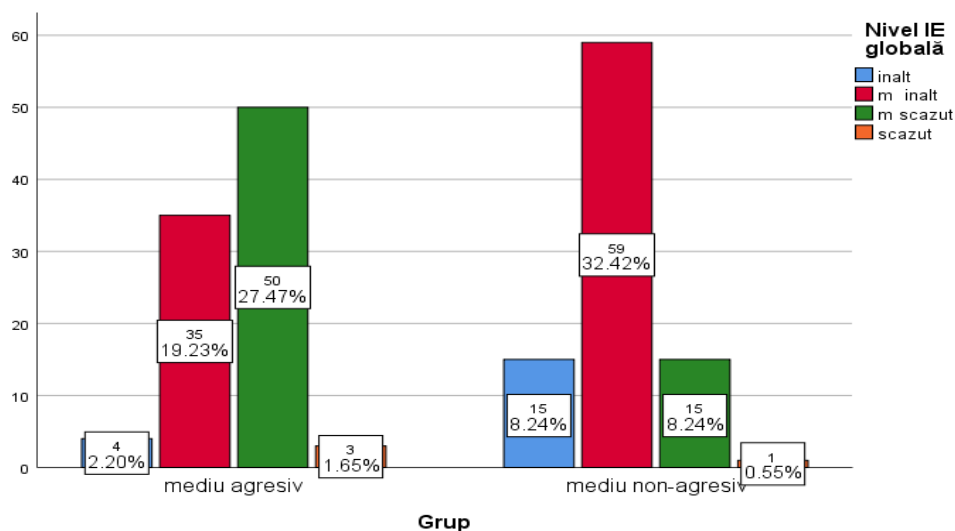


Figura 2.30. Graficul asocierii dintre nivelurile IE și mediul familial

Concluzie. Ipoteza a fost validată, astfel femeile care provin din medii violente au o inteligență emoțională mai scăzută decât femeile din medii non-agresive. Expunerea la agresivitate încă din copilărie perturbă dezvoltarea în contact cu propriul eu, diminuează capacitatea potențială a persoanei de a se înțelege pe sine și pe ceilalți. Remarcăm diferențe semnificative tocmai la acele componente pe care dorim să le dezvoltăm în cadrul programului de dezvoltare personală, cum sunt recunoașterea emoțiilor proprii și ale altora, utilizarea emoțiilor, optimismul ca trăsătură de inoculare a speranței. S-a observat că simptomele violenței în relații apar încă dinainte de căsătorie [151]. Merită menționat că inteligența emoțională poate fi un factor de prevenire a violenței psihologice în relații, lucru confirmat de rezultatele cercetărilor.

Ipoteza 8. Stare de bine

Presupunem că femeile provenind din medii agresive autopercep starea de bine psihologic și componentele acesteia ca fiind mai scăzute decât femeile din medii non-agresive.

Pentru a testa această ipoteză am aplicat Scala de bine psihologic, care este adaptarea noastră a unui instrument similar dezvoltat de C.D. Ryff. Această scală definește binele

psihologic prin îmbinarea dinamică a următoarelor dimensiuni: 1. Autonomie, 2. Controlul mediului (auto-eficacitate), 3. Relații pozitive cu ceilalți, 4. Acceptare de sine, 5. Creștere personală, 6. Scopul în viață. Respondentul este invitat să evalueze pe o scală de la 1 la 7 valabilitatea afirmației în ceea ce îl privește, astfel, pentru fiecare subscală poate obține un scor între 7 și 49 de puncte. Scorul total este reprezentat de însumarea scorurilor pentru cele șase sub-scale și împărțirea la 6. Etalonul testului ne arată pentru un scor între 7 și 20 de puncte un nivel redus al stării de bine psihologic, pentru un scor între 21 și 35 un nivel mediu și pentru un scor între 36 și 49 de puncte un nivel ridicat de bine psihologic.

Pentru lotul integral de cercetare rezultatele se prezintă astfel:

Bine psihologic global. Media obținută de lotul integral a fost de 28.7 (AS=6.97, ES=.517, liminf 95%=27.68, limsup 95%=29.72).

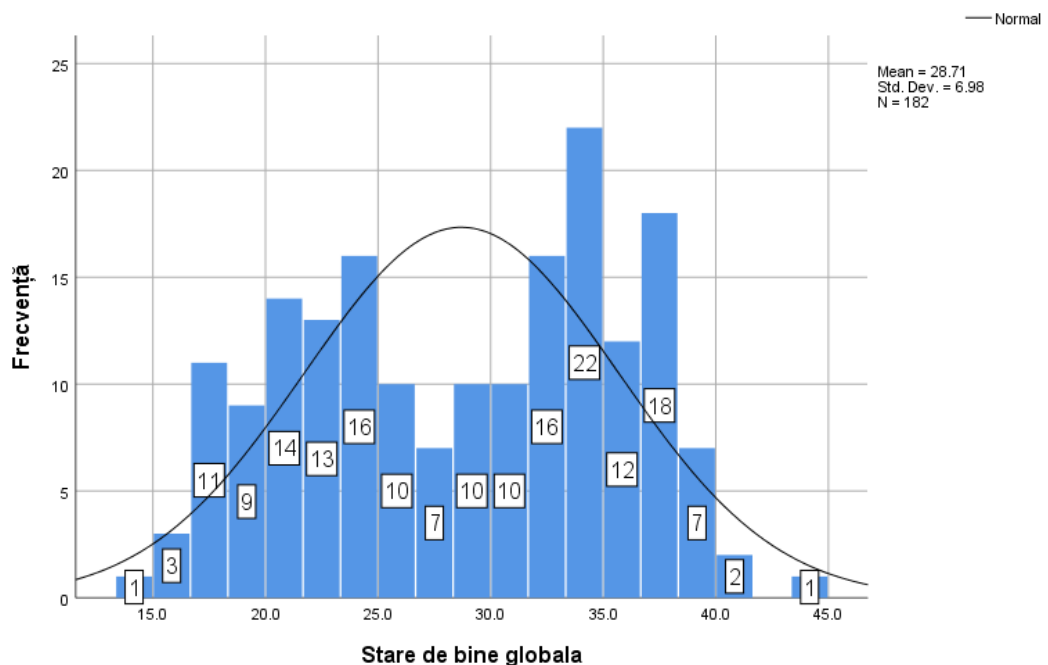


Figura 2.31. Frecvențe pentru scorurile la Bine psihologic (lot întreg)

Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: nivel redus 24 participante (13.19%), nivel mediu 118 (64.84%), 40 (21.98%) nivel înalt.

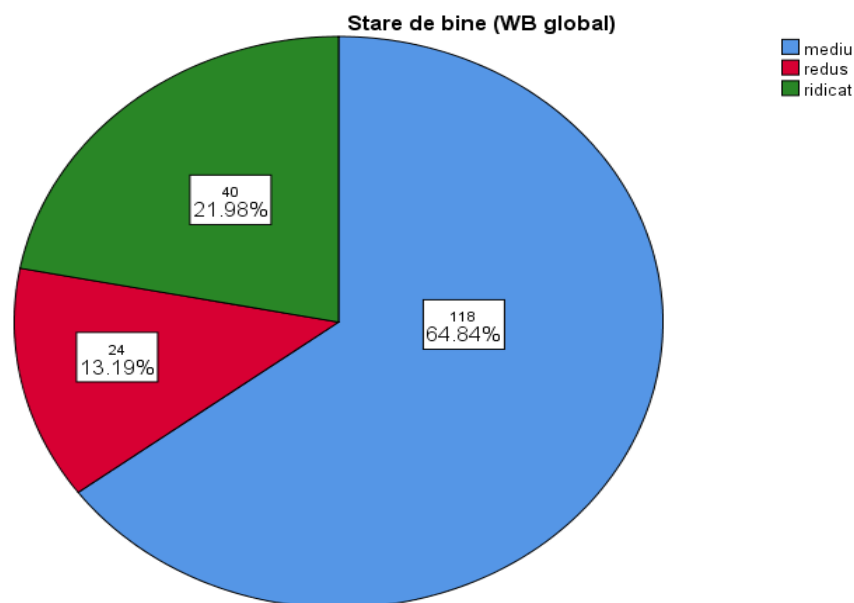


Figura 2.32. Frecvențe pentru nivelurile Scalei Bine psihologic global (lot integral)

1. *Autonomie*. Media obținută de lotul integral a fost de 28.19 (AS=19.12, ES=.79, liminf 95%=26.71, limsup 95%=29.67). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: nivel scăzut 44 participante (24.18%), nivel mediu 95 (52.2%), 43 (23.63%) nivel înalt.

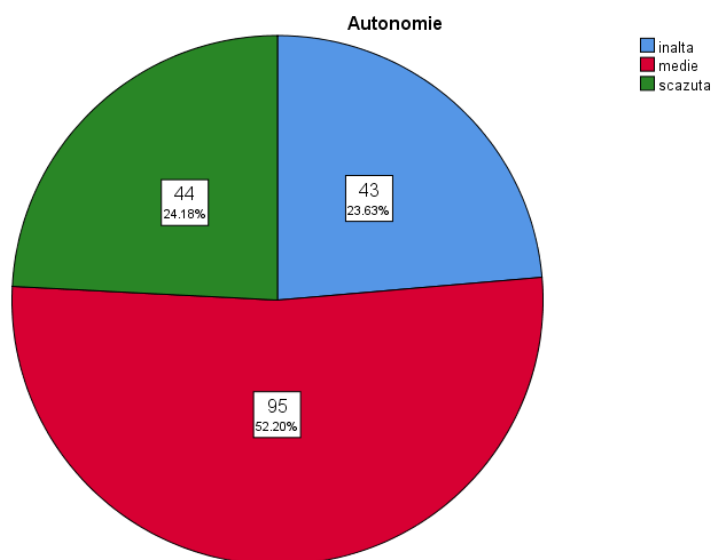


Figura 2.33. Frecvențe pentru nivelurile sub-scalei Autonomie (lot integral)

2. *Eficacitate*. Media obținută de lotul integral a fost de 30.12 (AS=10.96, ES=.812, liminf 95%=28.51, limsup 95%=31.72). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: nivel scăzut 38 participante (20.88%), nivel mediu 88 (48.35%), 56 (30.77%) nivel înalt.

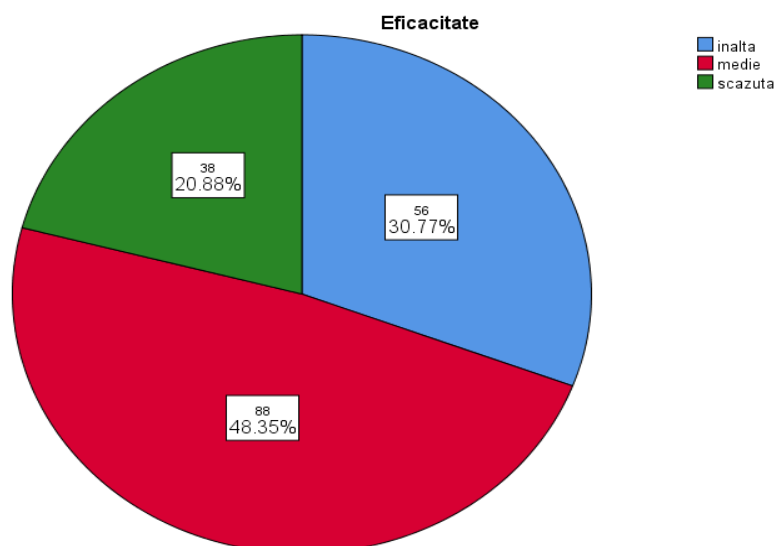


Figura 2.34. Frecvențe pentru nivelurile sub-scalei Eficacitate (lot integral)

3. *Relații pozitive.* Media obținută de lotul integral a fost de 28.50 (AS=10.81, ES=.802, liminf 95%=26.92, limsup 95%=30.08). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: nivel scăzut 50 participante (27.47%), nivel mediu 82 (45.05%), 50 (27.47%) nivel înalt.

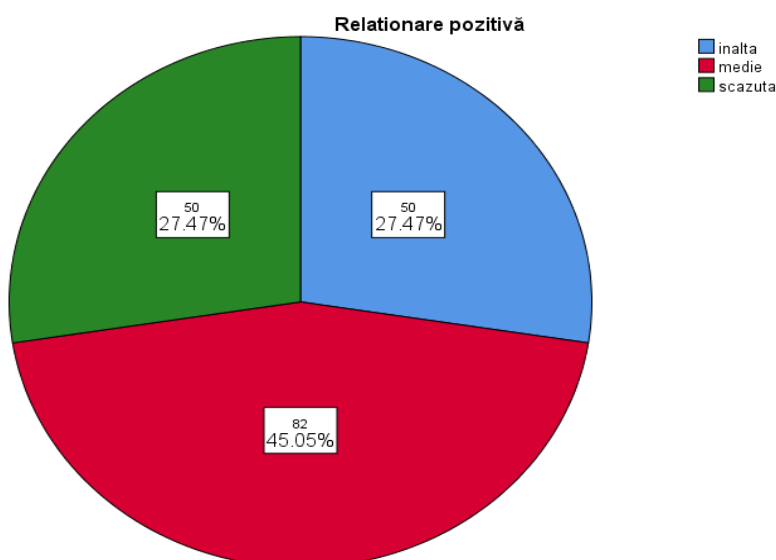


Figura 2.35. Frecvențe pentru nivelurile sub-scalei Relații pozitive (lot integral)

4. *Acceptare de sine.* Media obținută de lotul integral a fost de 28.08 (AS=11.65, ES=.864, liminf 95%=26.37, limsup 95%=29.78). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: nivel scăzut 54 participante (29.67%), nivel mediu 77 (42.31%), 51 (28.02%) nivel înalt.

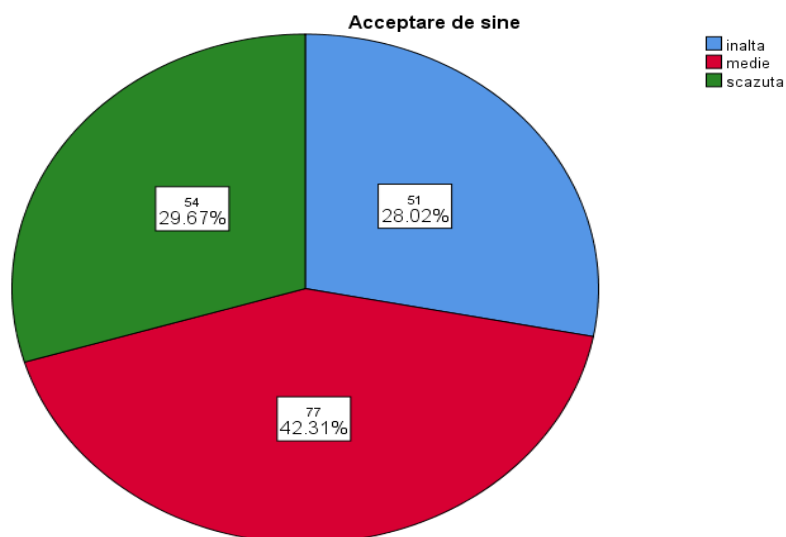


Figura 2.36. Frecvențe pentru nivelurile sub-scalei Acceptare de sine (lot integral)

5. *Creștere personală*. Media obținută de lotul integral a fost de 28.8 (AS=10.35, ES=.767, liminf 95%=27.28, limsup 95%=30.31). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: nivel scăzut 40 participante (21.98%), nivel mediu 94 (51.65%), 48 (26.37%) nivel înalt.

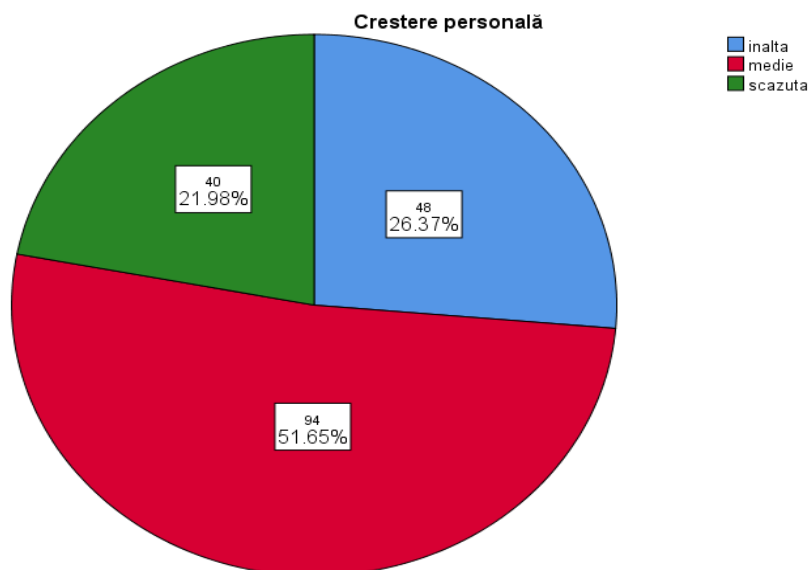


Figura 2.37. Frecvențe pentru nivelurile sub-scalei Acceptare de sine (lot integral)

6. *Scop în viață*. Media obținută de lotul integral a fost de 28.55 (AS=10.83, ES=.803, liminf 95%=26.97, limsup 95%=30.14). Distribuția pe niveluri se prezintă astfel: nivel scăzut 44 participante (24.18%), nivel mediu 88 (48.35%), 50 (27.47%) nivel înalt.

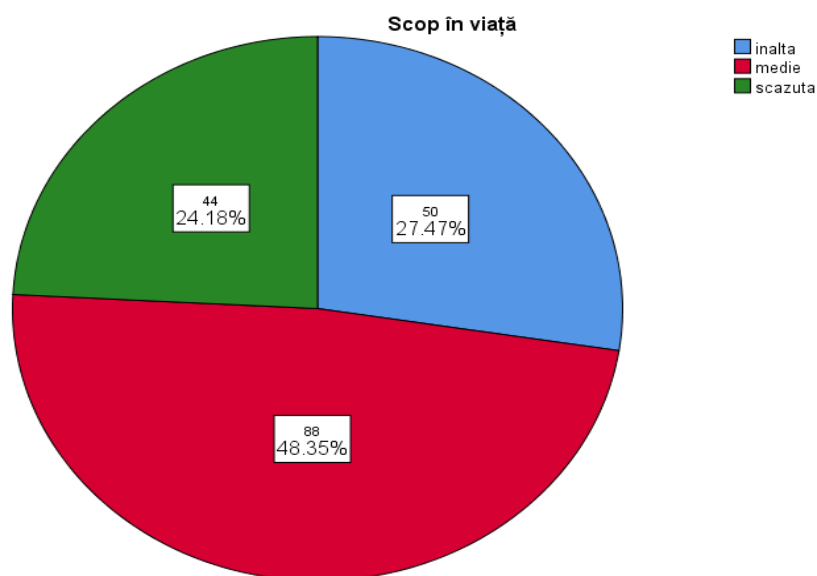


Figura 2.38. Frecvențe pentru nivelurile sub-scalei Scop în viață (lot integral)

Analiza comparativă a datelor descriptive pentru tinerele provenind din medii agresive și non-agresive se găsesc în Anexa statistică. În Tabelul 2.12 prezentăm sintetic mediile obținute și rezultatele testului T pentru eșantioane independente. Observăm diferențe semnificative pentru toate componentele Scalei Bine psihologic.

Tabel 2.12. Mediile și rezultatele la Testul T pentru Bine psihologic și dimensiunile sale, factor mediul familial

Variabila	Mediu agresiv N=92 M (AS)	Mediu non-agresiv N=90 M (AS)	Testul T t, p
Stare de bine globală	23.98 (5.26)	33.53 (4.91)	t=-12.640, p=.0001
Autonomie	23.36 (8.48)	33.12 (9.27)	t=-7.143, p=.0001
Eficacitate	25.22 (10.36)	35.12 (9.19)	t=-6.819, p=.0001
Relații pozitive	23.75 (9.19)	33.36 (10.21)	t=-6.670, p=.0001
Acceptare de sine	22.33 (10.44)	33.96 (9.76)	t=-7.413, p=.0001
Creștere personală	24.55 (9.57)	33.13 (9.29)	t=-6.130, p=.0001
Scop în viață	24.71 (10.25)	32.49 (10.25)	t=-5.179, p=.0001

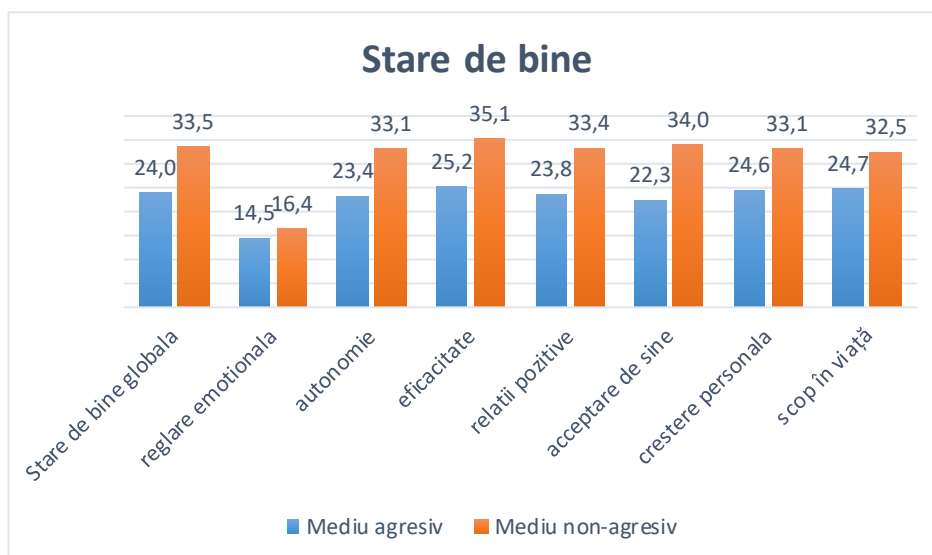


Figura 2.39. Mediile scorurilor pentru Scala Bine psihologic în funcție de mediu familial

În continuare vom prezenta frecvențele distribuțiilor pe nivele pentru variabila Bine psihologic, variabilele aferente subscalelor și rezultatele la Testul Chi-pătrat.

La Scala bine psihologic global, în grupul din mediu agresiv, 22 de participante raportează un nivel redus, 66 un nivel mediu și 4 nivel ridicat. În cazul participantelor din mediu non-agresiv 52 raportează un nivel mediu, 36 un nivel ridicat și 2 nivel scăzut. Testul Chi pătrat ne arată o asociere semnificativă între agresivitatea mediului și nivelul de Bine psihologic ($X^2=43.911$, $p=0.001$).

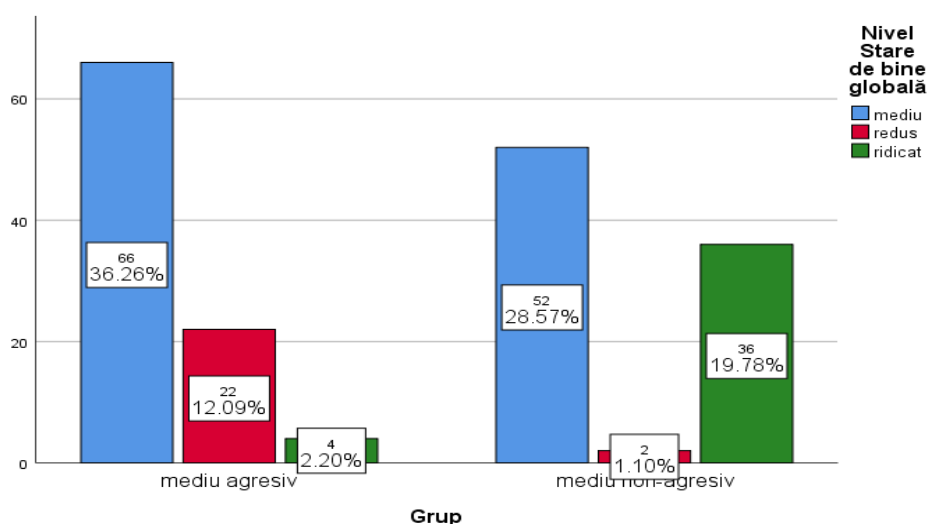


Figura 2.40. Graficul asocierii între nivelurile Stării de bine și mediul familial

Am aplicat testul Chi pătrat și pentru dimensiunile categoriale ale Binelui psihologic și am obținut asocieri semnificative pentru toate dimensiunile cercetate, v. Anexa 2.

1. *Autonomie* ($X^2=40.413$, $df=2$, $p=.0001$), Figura 2.41.

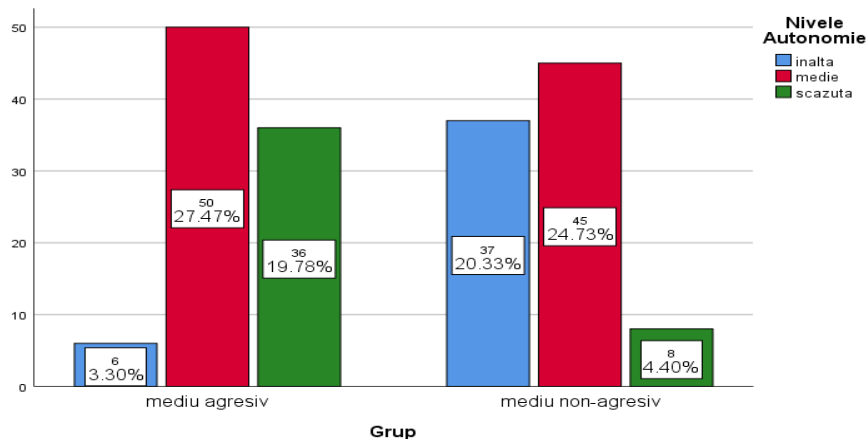


Figura 2.41. Graficul asocierii între nivelurile Autonomiei și mediul familial

2. *Eficacitate* ($X^2=39.551$, $df=2$, $p=.0001$), Figura 2.42.

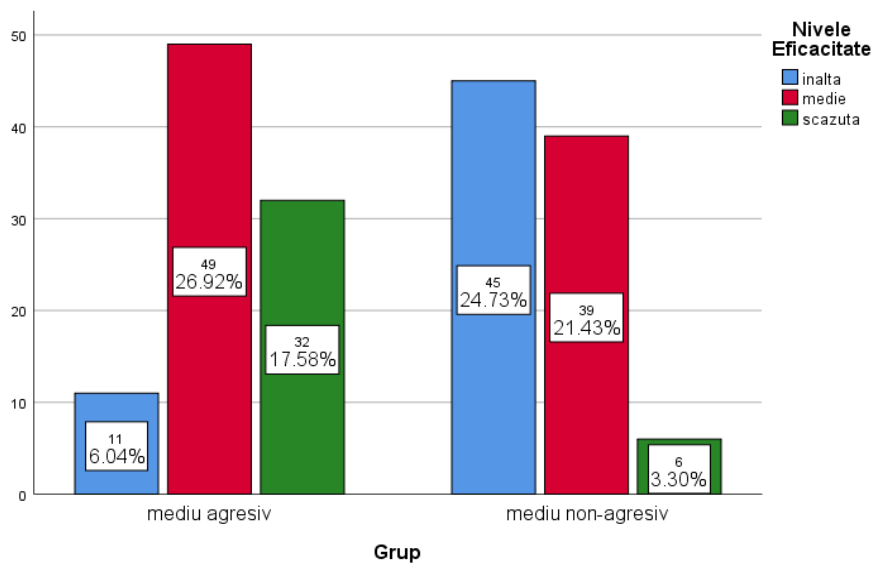


Figura 2.42. Graficul asocierii între nivelurile Eficacității și mediul familial

3. *Relații pozitive* ($X^2=41.179$, $df=2$, $p=.0001$), Figura 2.43

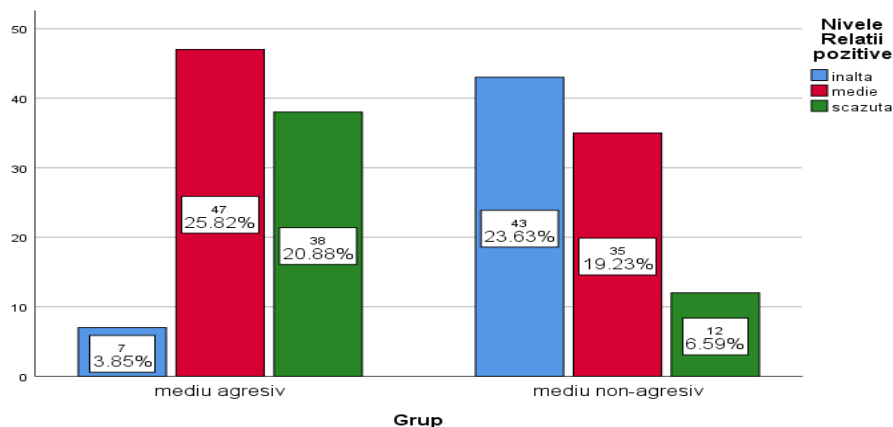


Figura 2.43. Graficul asocierii între nivelurile sub-scalei Relații pozitive și mediul familial

4. *Acceptare de sine* ($X^2=42.943$, $df=2$, $p=.0001$), Figura 2.44

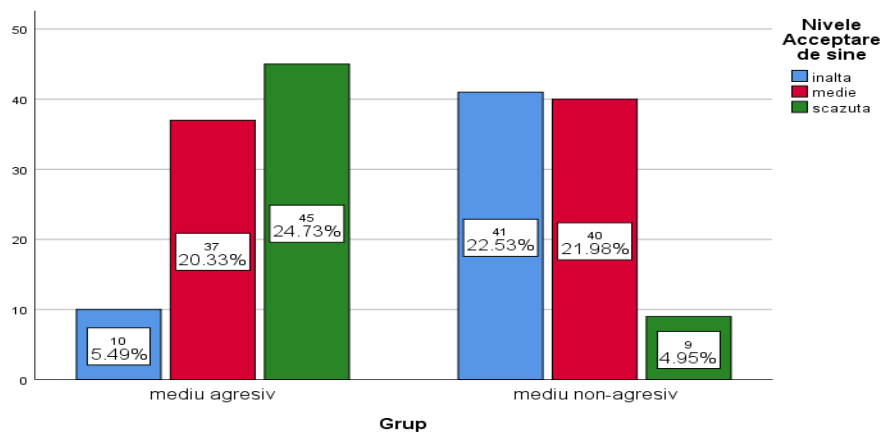


Figura 2.44. Graficul asocierii între nivelurile Acceptării de sine și mediul familial

5. *Creștere personală* ($X^2=31.008$, $df=2$, $p=.0001$), Figura 2.45

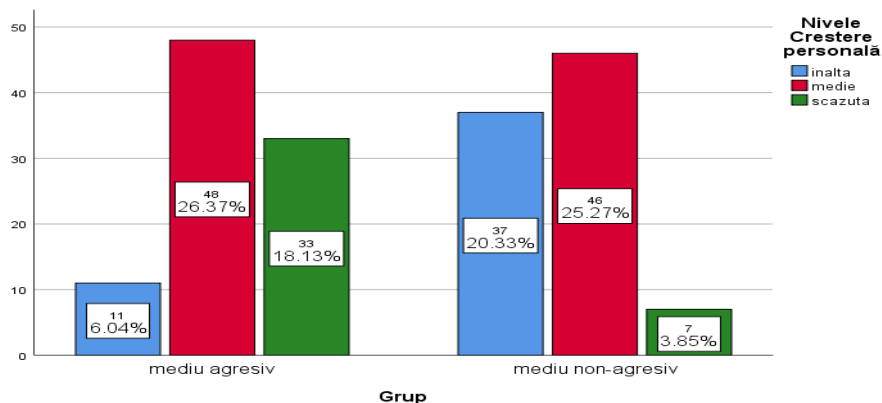


Figura 2.45. Graficul asocierii între nivelurile Creșterii personale și mediul familial

6. Scop în viață ($X^2=27.389$, $df=2$, $p=.0001$), Figura 2.46.

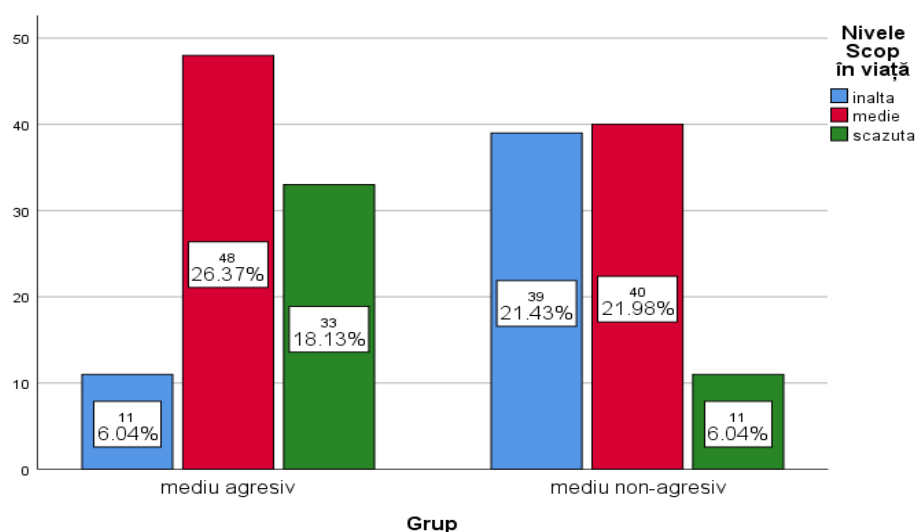


Figura 2.46. Graficul asocierii între nivelurile sub-scalei Scop în viață și mediul familial

Concluzie. Ipoteza a fost validată în totalitate, adică s-au găsit diferențe semnificative pentru toate dimensiunile Binelui Psihologic și, implicit, pentru Binele psihologic global. De asemenea, s-au găsit asocieri semnificative între calitatea mediului de proveniență al participantelor și dimensiunile Binelui psihologic. Expunerea timpurie și în cursul vieții la agresivitate și violență afectează grav Starea de bine psihologic a persoanelor în toate dimensiunile acestuia. Le afectează modul de a funcționa în mod autonom, sentimentul eficacității, relațiile cu ceilalți, acceptarea de sine din cauza controlului pe care abuzatorii îl exercită permanent. Este afectată, de asemenea creșterea personală și sentimentul unui scop în viață, persoanele fiind mai degrabă preocupate de supraviețuire și auto-apărare fizică și psihologică decât de planurile pe termen lung sau viziunea propriei vieți.

2.4. Concluzii la Capitolul 2

1. Femeile care provin din medii agresive au un risc de violență domestică mai ridicat decât femeile care provin din medii non-agresive.
2. Femeile care provin din medii agresive raportează, la rândul lor, nivele de agresivitate mai ridicate decât femeile din medii non-agresive.
3. Tinerele femei din medii agresive au tendința să raporteze nivele mai ridicate de depresie, anxietate și stres. De asemenea, raportează nivele mai înalte de afecte negative, detașare și antagonism.

4. Femeile din medii agresive sunt afectate și la nivelul imaginii de sine, al dimensiunii centrale pe care se sprijină aceasta, anume stima de sine. Femeile din medii agresive înregistrează un nivel al stimei de sine mai scăzut decât femeile din medii non-agresive.

5. Femeile care provin din medii agresive raportează un nivel de reziliență semnificativ mai scăzut decât populația feminină provenită din medii non-agresive.

6. O altă dimensiune investigată, alături de reziliență a fost atribuirea responsabilității (locusul de control). În cercetarea noastră această ipoteză nu s-a validat, dar cu toate acestea, cercetarea se raliază acelor cercetări care susțin importanța calității locusului control în acceptarea statutului de victimă.

7. Am demonstrat că femeile care provin din medii agresive au o inteligență emoțională mai scăzută de cât femeile din medii non-agresive. Am constatat diferențe semnificative în recunoașterea emoțiilor proprii și ale altora, utilizarea emoțiilor, optimismul ca trăsătură de inoculare a speranței.

8. S-au găsit diferențe semnificative pentru Binele psihologic global și toate dimensiunile Binelui Psihologic: funcționarea autonomă, sentimentul eficacității, relațiile cu ceilalți, acceptarea de sine, creșterea personală și sentimentul unui scop în viață, persoanele fiind mai degrabă preocupate de supraviețuire și auto-apărare fizică și psihologică decât de planurile pe termen lung sau viziunea propriei vieți.

În concluzie, ipoteza generală de lucru a experimentului de constatare s-a validat, femeile din medii agresive și violente se deosebesc semnificativ la dimensiunile investigate, dovedind particularități psiho-comportamentale specifice la dimensiuni ce ne propunem a le optimiza în cadrul programului de dezvoltare personală.

De asemenea, aceste validări ale ipotezelor de lucru ne-au demonstrat funcționalitatea factorilor protectori în raport cu factorii de risc, adică, femeile provenind din medii agresive sunt mult mai predispuse către majoritatea factorilor de risc descriși. Presupunem și dorim să demonstrăm faptul că, în urma programului de intervenție psihologică, se vor potența factorii de protecție și vor fi diminuați factorii de risc. La acești factori de protecție și de risc ne-am raportat nu ca la variabile de lucru, ci ca la consecințe/observații ce decurg din variabilele independente.

3. PROGRAMUL DE INTERVENȚIE PSIHOLAGICĂ PENTRU DEZVOLTAREA PERSONALĂ A TINERELOR FEMEI DESCENDENTE DIN MEDII AGRESIVE

3.1. Prezentarea generală a programului formativ

În urma cercetării constatative am stabilit că tinerele femei care provin din medii familiale agresive prezintă anumite particularități psihocomportamentele ce le individualizează ca grup, spre deosebire de tinerele femei ce s-au dezvoltat și trăiesc în medii socio-familiale lipsite de agresivitate. Pornind de la nevoia de normalizare (vindecare) a acestor femei, scopul propus pentru această a doua cercetare experimentală a fost realizarea și aplicarea unui program de intervenție psihologică cu caracterul unui **Grup de dezvoltare personală experiențială** pentru a ameliora anumite probleme emoționale și comportamentale, precum și pentru a crește dimensiuni ale personalității cum sunt reziliența, internalizarea atribuirii responsabilității, inteligența emoțională, pentru a crește și întări capacitatea de a obține și păstra starea de bine psihologic. De asemenea, ne-am propus ameliorarea depresiei, anxietății, stresului, afectelor negative, antagonismului și disocierii specifice experiențelor de tip traumă.

Scopul experimentului formativ constă în elaborarea și aplicarea unui program psihologic de dezvoltare personală a tinerelor femei provenite din medii agresive.

Obiectivele principale ale Programului de dezvoltare personală au fost:

1. Creșterea capacității de a recunoaște, identifica și evalua pericolul unui mediu abuziv sau potențial agresiv prin diminuarea riscului domestic.
2. Diminuarea agresivității personale în toate dimensiunile sale.
3. Diminuarea disfuncționalităților personalității.
4. Creșterea inteligenței emoționale la nivel global și pe dimensiuni.
5. Creșterea stimei de sine, a rezilienței și a tendinței de internalizare a locusului control.
6. Creșterea și întărirea stării de bine psihologic.

Ipoteza de cercetare. Presupunem că prin intermediul unui program de grup experiențial realizat cu ajutorul unor metode și tehnici de Terapie a Unificării [145; 142] vom obține dezvoltarea personală a tinerelor femei provenite din medii agresive și violente, concretizată prin creșterea capacității de a identifica un mediu agresiv și violent, diminuarea agresivității proprii, optimizarea personalității prin diminuarea afectelor negative, creșterea rezilienței, a locusului control și a stimei de sine, prin îmbunătățirea inteligenței emoționale, pentru creșterea generală a stării de bine psihologic, diminuarea tendințelor depresiv-anxioase, reducerea stresului, a afectelor negative și antagonismului, precum și reducerea nivelului de detașare ca semn al traumei.

Obiectivele de cercetare pentru acest demers formativ au fost:

1. Elaborarea și implementarea programului de intervenție psihologică.
2. Evaluarea impactului Programului de dezvoltare personală de tip experiențial asupra tinerilor femei descendente din medii agresive.
3. Formularea concluziilor și recomandărilor pe baza rezultatelor obținute.

Metodologia experimentului formativ

Participanții la experiment. În cadrul acestui experiment au participat 24 de femei, media de vârstă a eșantionului fiind 26 de ani. Criteriul de selecție al participantelor a fost proveniența din medii agresive și indici înalți obținuți la agresivitate, violența, anxietate, etc în experimentul de constatare.

Lotul integral de cercetare a cuprins un grup experimental (GE) și un grup martor, de control (GC). Fiecare grup a fost compus din 12 persoane, aceasta fiind mărimea maximă acceptată în grupurile de dezvoltare și psihoterapie. Grupul de control a fost alcătuit pentru a valida rezultatele obținute în urma experimentului de grup experiențial și pentru a surprinde dinamica evoluției componentelor studiate în toate manifestările posibile, cum sunt stagnarea, regresia sau evoluția. Am alcătuit cele două grupuri aleator, apoi am verificat omogenitatea grupurilor din punctul de vedere al vârstei, vechimii relației și riscului domestic.

Variabilele cercetării. Variabila independentă folosită în această a doua etapă a cercetării este programul de dezvoltare personală experiențială.

Variabilele dependente sunt următoarele: 1. abilitatea de evaluare a pericolului, adică Riscul domestic, 2. agresivitatea (fizică, verbală, furia și ostilitatea), 3. disfuncții ale personalității (afect negativ, detașare, antagonism, dezinhibiție, psihotism, stres, anxietate, depresie), 4. stima de sine, 5. reziliența, 6. locusul control, 7. inteligența emoțională (aprecierea propriilor emoții, aprecierea emoțiilor celorlalți, utilizarea propriilor emoții, reglarea emoțională, abilități sociale, optimismul, 8. starea de bine psihologic (autonomie, controlul mediului-autoeficacitate, relații pozitive cu ceilalți, acceptare de sine, creștere personală, scopul în viață).

Metodele și tehnicile folosite. Programul de intervenție psihologică, realizat și implementat s-a axat pe fixarea unor obiective și principii concrete specifice terapiei unificării, ca formă de terapie experiențială.

În conceperea programului de intervenție psihologică ne-am centrat pe următoarele principii specifice Terapiei Unificării:

1. Principiul abordării holistice. Instrumentele și tehnicile sunt exercițiile, situațiile și scenariile simbolice cu rol provocativ, diverse și creative, pentru a veni în întâmpinarea unor

nevoi complexe izvorâte din unicitatea fiecărei persoane. Aceste tehnici sunt axate pe comunicarea simbolică.

2. *Principiul experienței unificatoare*. Experiența unificatoare se realizează prin activități care focalizează atenția asupra proceselor prin care părțile pot fi integrate, de aceea, experiența unificării este nucleul terapiei unificării [101; 135].

2. *Principiul procesualității dinamice*, axat pe conexiunile existente între instanțele psihice, între instanțele corporale, psihologice, sociale și spirituale [58];

2. *Principiul auto-analizei clarificatoare* -prin procesul analitic de tip experiențial [58; 141; 142].

3. *Principiul transformării personale creative unificatoare*. Presupune o restructurare spontană a imaginii de sine, dar și a altora, restructurarea perspectivei asupra realității înconjurătoare, a trebuințelor, obiectivelor și strategiilor de comportament, prin activarea acelor resurse creative proprii persoanei în integralitatea ei, cu scopul de a intra în stadiul transformării personale creative și al asumării responsabilității alegerilor personale.

4. *Principiul auto-explorării asistate* pentru optimizarea personală [58];

5. *Principiul actualizării Sineului* prin restructurarea continuă a realității interne și externe;

6. *Principiul eficienței și pragmatismului*. Abordarea procesualității în termeni de efect-cauză;

7. *Principiul experienței „hic et nunc”*. Persoana este o entitate activă, care se afirmă pe sine, are un potențial latent care poate fi valorificat prin experiența de tip imediat, când situațiile trecute sunt aduse în prezent [58].

Organizarea și desfășurarea grupului de dezvoltare personală pentru tinerele femei provenite din medii agresive s-a întemeiat pe fundamentele teoretice de sorginte umanistă, pe viziunea integratoare și holistică o orientării de tip experiențial, valorificand diversitatea creatoare a metodelor oferite. Acest cadru conceptual a deschis o cale către un proces de dezvoltare și de vindecare, către actualizarea potențialului uman de care dispun femeile victime ale abuzului de orice fel. Acest program și-a propus să vină în întâmpinarea nevoilor lor de a se înțelege, de a se reconcilia cu sine și cu ceilalți, de a se restructura armonios și de a dobândi o stare de bine psihologic.

Principiul central al abordării experiențiale unificatoare este experimentarea în condiții de *hic et nunc*, pas cu pas, autoexplorarea fiind asistată de facilitatorul grupului. Membrii grupului își deblochează treptat propriile resurse, le testează și le dezvoltă în modalități creative, în urma insight-urilor dobândite în cadrul activităților de grup.

Membrii grupului experimental (GE) beneficiază de un cadru de suport în care pot testa modalități proprii de a face față situațiilor stresante și problemelor din existență, învață să negocieze cu sine, să se accepte, să se ierte, să devină responsabili față de sine, să se ajute singuri, să se aprecieze și gratifice. În demersul de autocunoaștere, membrii grupului experiențial schimbă perspectiva asupra evenimentelor de viață trecute și prezente și devin participanți activi la transformarea proprie. Acest proces este un proces conștient, liber și responsabil. Starea de martor este instrumentul fundamental în grupul experiențial și în Terapia Unificatoare, membrii grupului se observă în mod obiectiv, fără evaluări sau condamnări ale experiențelor ce se desfășoară în grup. Facilitatorii grupurilor experiențiale sprijină membrii grupului în a dobândi calitatea de martor imparțial în fața procesualităților interne, intervenind în momentele de blocaj, de evitare sau de fugă în confruntarea cu experiențele interne [212]. Demersul de observare a experienței interne fără a o manipula, face ca membrii grupului să devină mai îngăduitori cu sine și cu ceilalți, să integreze experiențele și să accepte părțile reprimite, îndelung negate și respinse. Primul pas în traseul experiențial unificator este starea de autoacceptare, în care membrii grupului experimentează integrator și global evenimentele din cursul vieții supus schimbării și, astfel, se creează premisele creșterii personale, ca proces inerent dezvoltării și devenirii individuale.

Factorii terapeutici și de dezvoltare în grup sunt următorii [211; 227]:

1. **Inocularea speranței.** Membrii grupului se află în stadii diferite de adaptare-impas. Membrii grupului observă mai ușor îmbunătățirile în starea celorlalți și acest fapt le dă speranță.
2. **Universalitatea.** În cadrul grupului este infirmat sentimentul de unicitate al experienței dureroase, iar aceasta duce membrii grupului mai în contact cu ceilalți, îi încurajează să se dezvăluie. Pentru grupurile în care se află persoane abuzate, cum este grupul nostru, acest factor are virtuți importante.
3. **Transmiterea informațiilor.** Membrii grupului împărtășesc informații importante privind specificul situației în care află și nu numai. În cazul grupului nostru s-au dovedit foarte utile informațiile privind cadrul legislativ, privind posibilitățile de instruire, de autoapărare etc.
4. **Altruismul.** Unul din beneficiile acestui factor este reconfigurarea sau revelarea sensului vieții, care vine din procesul obiectivării personale.
5. **Reconfigurarea a grupului primar familial.** Acest factor este important pentru grupul nostru, dată fiind istoria de abuz a membrilor, încă din familia de bază.

6. **Dezvoltarea tehnicilor de socializare.** În grupurile de dezvoltare/terapie membrii achiziționează abilități sociale, cum să ofere și să ceară ajutor, cum să rezolve conflicte. Tendințele judicative se reduc în folosul trăirii empatică. Aceste abilități dezvoltă inteligența emoțională în ansamblul său pentru că stau la baza ei.
7. **Dezvoltarea comportamentului prin imitație.** Acest factor dezinhibă membrii grupului și îi determină să încerce comportamente noi, care pot sta la baza schimbării. Prin procesele de încercare-eroare, membrii grupului află, mai ales, ceea ce nu sunt, ca prim pas în procesul de dezvoltare/vindecare.
8. **Învățarea interpersonală.** În cadrul grupului membrii experimentează importanța relațiilor interpersonale, valorizează experiențele emoționale corective și se raportează la grup ca la un microcosmos social, cu interacțiune dinamică unde se cunosc și se transformă tipare de comportament.
9. **Coeziunea grupului** este analogă relației client-terapeut și este un factor esențial în funcționarea celorlalți. Reprezintă rezultatul tuturor forțelor care se manifestă în grup, astfel încât membrii grupului să aleagă să rămână în el, cu alte cuvinte atractivitatea grupului pentru cei care îl formează, astfel încât membrii grupului să formeze relații cu sens, de suport și acceptare.
10. **Catharsisul.** Trăirea și exprimarea sentimentelor este un factor terapeutic de grup, mai ales când este însoțit de experiențe de învățare cognitive, în sensul în care capacitatea de a reflecta la propriile experiențe emoționale este o componentă fundamentală în procesul schimbării.
11. **Factorii existențiali** sunt legați de acceptarea caracterului uneori nedrept al vieții, acceptarea caracterului inevitabil al morții și durerii, acceptarea singurătății în anumite circumstanțe, confruntarea onestă cu dificultățile vieții, asumarea responsabilității propriei vieți în pofida ghidării și a sprijinului obținut de la ceilalți.

În concluzie, obiectivele dezvoltării personale în grup țin de maturizarea, armonizarea și unificarea eu-lui cu sinele, printr-un proces de autotransformare creatoare. Aptitudinile latente intră în stare de activism transformând persoana într-o entitate autentică, independentă, spontană și creativă. Nu doar comportamentul este cel care se schimbă, ci și emoțiile, gândurile, abilitățile, procesele instanțelor inconștiente [139; 141].

Metodele și tehnicile aplicate în grup creează oportunitățile de creștere și dezvoltare pentru fiecare participant și îl încurajează să se simtă în siguranță, însoțit, cu toate problemele pe care le are, pe drumul autocunoașterii, autoacceptării și înțelegerii de sine și de alții.

În cadrul programului de dezvoltare am utilizat următoarele tehnici:

1. Exerciții provocative-suport bazate pe utilizarea metaforei corporale și verbale
2. Tehnici de restructurare de sorginte gestaltistă
3. Jocuri simbolice interactive
4. Jocuri experiențiale cu simboluri universale
5. Exerciții posturale de grup
6. Dramaterapie
7. Meditație creativă

Având în vedere că trauma provocată de un mediu de dezvoltare agresiv și violent are nevoie de timp de integrare, programul de dezvoltare psihologică a avut loc pe o perioadă de 6 luni, în întâlniri de grup organizate la un interval de două săptămâni. Fiecare întâlnire a fost proiectată pentru patru ore. Programul de dezvoltare a fost structurat pe etape, în funcție de obiectivele stabilite inițial. La anumite întâlniri, grupul a dat dovadă de flexibilitate în ceea ce privește durata de desfășurare, venind în întâmpinarea nevoilor de integrare a experiențelor participanților. În total, grupul experimental s-a întâlnit de 12 ori. Au existat și două întâlniri comune GE și GC în care s-au completat chestionarele aplicate în cercetarea constatativă. Invitatelor li s-a expus, încă odată, tema cercetării și li s-a înaintat rugămintea de a completa chestionarele. Am solicitat completarea chestionarelor pentru că între momentul completării pentru experimentul constatator și cel de dinaintea experimentului formator a trecut un timp apreciat ca îndelungat. În plus, lotul stabilit inițial pentru experimentul formator a suferit unele modificări din cauza schimbării disponibilității unor participante de a continua proiectul.

Timpul dintre întâlniri s-a dovedit a fi deosebit de important pentru perlaborări, conștientizări, integrări, recadrări ale experiențelor de viață actualizate. Activitățile de explorare și rezolvare a problemelor emoționale și antrenarea în comportamente adaptative și asertive specifice grupului de dezvoltare personală permit tinerelor femei să înțeleagă situația în care se află, cauzele care au generat-o și cum poate fi depășită condiția de victimă în fenomenului violenței domestice.

Fiecare sesiune are formal cinci momente distincte, inegale ca interval, adaptate nevoilor participantelor, dar urmărind un plan stabilit la începutul programului. Astfel, la fiecare întâlnire prima parte era dedicată aspectelor practice ale vieții de zi cu zi, pentru însușirea unor abilități și cunoștințe privind legislația, modul în care funcționează instituțiile, participantele sunt rugate să împărtășească fapte, experiențe din ultimele două săptămâni.

A doua parte se axează pe traseul experiențial unificator al transformării de sine. Se lucrează exerciții de grup sau cu metafora experiențială în cadrul unor scenarii creative, care sunt utilizate ca suport în terapia unificării [138]. Lucrul cu metafora de tip experiențial oferă

oportunitatea unei călătorii în sine. Metafora devine, astfel, un instrument de explorare a experiențelor trăite de participant, experiențe prezente, trecute, dar și cele proiectate în viitorul persoanei. Astfel, persoana se lansează într-o călătorie metaforică într-un spațiu și timp interior. Procesul de autoexplorare evocă amintiri, conflicte, tensiuni, unele traume extrem de vechi. În cadrul fiecărei întâlniri a fost planificat un experiment metaforic de grup, urmărind ca insight-urile produse să stimuleze procesele de autodezvăluire și analiza de timp transformator. Acest demers are rolul de a structura și optimiza scenariul existential. Metoda este jocul de rol, prin transpunere imaginară într-o zonă de siguranță, dar cu valențe de reproiectare de sine. Deși am plecat de la premise unui grup de dezvoltare personală pentru femeile provenite din medii agresive, am ajuns la concluzia că demersul avea să fie unul atât de dezvoltare, cât și de vindecare.

Ideea că, atât terapia individuală, cât și cea de grup este centrată pe povestiri - construcția de povestiri, reconstrucția, deconstrucția, interpretarea, re-interpretarea, interpretarea multiplă, adoptarea sau re-adoptarea se găsește într-o gamă largă de abordări terapeutice de la psihanaliză la terapia familială. Așa cum a arătat Keeney (1983, p. 195): “În general, terapia este un proces de testare a poveștilor între terapeut și sistemele clientului...Poveștile pe care oamenii le trăiesc, precum și povestirile lor despre acele povestiri, cu care trebuie să lucreze un terapeut” [apud 145].

Femeile victime ale violenței prezintă „narațiuni de rănire profundă” [126] care au nevoie de re-autorizare terapeutică, ca să spunem așa, o rescriere a acelor încercări ca să se transforme și să se vindece. Într-un sens, terapia încearcă să dezlege „nodurile” încorporate în poveștile clienților. Poziția noastră este următoarea: cuvintele cheie folosite pentru a crea aceste povestiri sau narațiuni sunt metaforele fundamentale, care organizează experiența participantului la grup. Acest program se referă și la metaforele cheie pe care oamenii le folosesc pentru a discuta despre violența în familie. Mai exact, este cu privire la cuvintele pe care femeile și bărbații le folosesc pentru a descrie propriile lor situații de violență în familie. Acest program se bazează pe examinarea discursului folosit, de către profesioniștii în tratarea violenței în familie.

Un aspect important al violenței în familie implică examinarea credințelor pe care participanții le au, care sunt „premise profunde despre cum ar trebui să trăiască intim cu o altă persoană” [5]. Provocarea terapeutică a acestor credințe îi ajută pe participanți să se îndrepte spre înțelegeri mai complexe din punct de vedere social și la gestionarea interacțiunilor lor. Activitatea noastră la grup a fost și o încercare de a ajuta participantele să înțeleagă premisele care organizează violența cuplurilor, examinând metaforele principale folosite de ele pentru a construi și modela descrierile, explicațiile și poveștile lor.

Terapia experiențială este o tehnică terapeutică care folosește instrumente și activități expresive, cum ar fi jocul de rol sau rolul, recuzita, arte și meșteșuguri, muzica, îngrijirea animalelor, imageria ghidată sau diferite forme de relaxare pentru a reintroduce și re-experimenta situațiile emoționale din relațiile anterioare și recente. Clientul se concentrează asupra activităților și, prin experiență, începe să identifice emoțiile asociate succesului, dezamăgirii, responsabilității, stimei de sine etc. Sub îndrumarea terapeutului, clientul poate să înceapă să elibereze și să exploreze sentimente negative de furie, rănire sau rușine, deoarece acestea se referă la experiențele anterioare care ar fi putut fi blocate sau încă persistente.

Terapia experiențială este adesea folosită în tratamentul traumelor, tulburărilor de alimentație, tulburărilor de comportament, gestionării furiei, durerii și recuperării pierderilor, abuzului de substanțe și diverselor tipuri de dependențe fizice și comportamentale și comportamentului compulsiv cum ar fi jocurile de noroc. Este, de asemenea, recomandată celor care doresc să se vindece de sentimentele dureroase, nefericite sau de stările rău din experiențele trecute, de a schimba natura relațiilor actuale și viitoare și de a-și atinge întregul potențial. Terapia experiențială este oferită în cadre individuale sau de grup, clinice și medicale, inclusiv diverse programe de recuperare, tratament și reabilitare, împreună cu diferite stiluri de terapie tradițională prin vorbire.

Așadar, o întâlnire obișnuită a avut următoarea structură:

1. Etapa „bine ne-am regăsit” în care participantele se conectează la grup, dacă cineva are ceva de împărtășit este lasat să o facă. La începutul fiecărei sesiuni, există o rutină consistentă care durează aproximativ 20 de minute. Acest timp este folosit pentru a recapitula ultima întâlnire, asigurându-ne că tinerele se simt bine în legătură cu trecerea la subiectul următor și că exprimă pe scurt ceea ce simt. Se pun întrebări de tipul „Cum te-ai simțit în ultima săptămână” sau „Cum te-a făcut să te simți ultima noastră întâlnire?” Se acordă doar câteva minute pentru fiecare și se precizează că va fi suficient timp pentru a discuta sentimentele mai în profunzime, mai târziu în ședință.

De asemenea, se discută pe scurt modul în care fiecare tânără a resimțit în plan personal efectele întâlnirii trecute. După ce fiecare tânără a vorbit, se introduce pe scurt tema ședinței, rezumând ceea ce va fi discutat.

2. Ședința. Această secțiune tratează conținutul principal al ședinței și include toate exercițiile relevante. Este important să ne familiarizăm cu această secțiune înainte de începerea ședinței. Cu toate acestea, este de asemenea dorit să fim flexibili; de exemplu, este bine să amânăm exercițiile dacă vom considera că nu sunt necesare pentru grup sau dacă dorim să acordăm mai mult timp pentru discuțiile aprofundate. Momentul următor este prezentarea temei

pe care participantele au avut-o pentru acasă și care constituie, în general, preambul pentru tema întâlnirii.

3. Închiderea ședinței. Închiderea ședinței durează aproximativ 5-10 minute și este un moment pentru ca toate participantele să exprime pe scurt ce părere au despre acea sesiune specifică. Putem încheia fiecare sesiune în mod consecvent, de ex. încheind întotdeauna fiecare sesiune cu aceeași întrebare, cum ar fi - „Într-un cuvânt, descrieți cum vă simțiți după această întâlnire” sau „Numiți un lucru pozitiv pe care îl veți lua cu voi din această întâlnire”. Alternativ, putem pune întrebări diferite în fiecare săptămână.

4. Evaluare. La sfârșitul fiecărei întâlniri, fiecare participant completează un formular de evaluare (*Anexa 5*).

Materiale necesare la fiecare ședință

- Flip-chart
- Markere colorate
- Etichete
- Fotocopii ale tuturor documentelor necesare sesiunii
- Fotocopii ale fișelor de evaluare
- Pixuri și / sau creioane pentru membrii grupului
- Coli de hârtie pentru membrii grupului
- Dosare cu buzunar din plastic, pentru a păstra fișele la un loc
- Orice material suplimentar de care avem nevoie (de exemplu, ziare / reviste, decupaje, poezii, clipuri, DVD-uri, CD-uri, TV și DVD / video player, laptop).

3.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor dezvoltării personale a femeilor tinere provenite din medii agresive și violente în condiții experimentale

Pentru a surprinde diferențele, progresele, ameliorările și optimizările obținute în urma programului de dezvoltare personală, am reaplicat testele din etapa constativă: Scala de evaluare a pericolului, Chestionarul de agresivitate, Inventarul de personalitate pentru DSM-5 PID-5, DASS-21, Scala Rosenberg a stimei de sine, Scala de bine psihologic, Scala de reziliență, Scala de locus control, Scala de inteligență emoțională. Investigarea datelor obținute de la grupul care a participat la program (denumit în continuare grup experimental (GE) prin compararea și evidențierea diferențelor cu rezultatele femeilor care au făcut parte din grupul care nu a participat la programul de dezvoltare personală (denumit în continuare GC). Experimentul de control a avut ca obiectiv determinarea progreselor înregistrate în dezvoltarea personalității, compararea și

interpretarea rezultatelor înregistrate de grupul experimental (GE) și de control(GC). Datele finale sunt raportate la datele experimentului constatativ de referință, pentru a demonstra relevanța diferențelor obținute, urmărindu-se, în paralel, evoluția GC, comparativ cu GE.

Rezultatele sunt următoarele (am numit faza test etapa de preintervenție):

Risc domestic

La Chestionarul de evaluare a riscului domestic, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 22.17 (AS=2.25, ES=.649, liminf 95%=20.74, limsup 95%=23.60), iar grupul GC o medie de 21.92 (AS=2.96, ES=.857, liminf 95%=20.03, limsup 95%=23.80), corespunzătoare unui nivel extrem de risc domestic. În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții (U=69; z=-.176; p=.861(unidirecțional)).

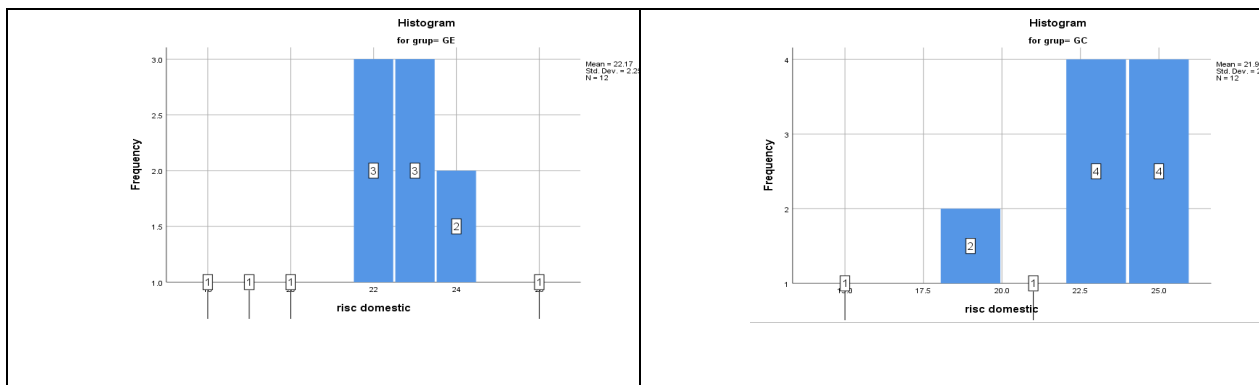


Figura 3.1. Scoruri comparative la proba Risc domestic (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală media GE este de 17.08 (AS=2.42, liminf 95%=15.54, limsup 95%= 18.63, scor minim 14, maxim 22), corespunzătoare unui risc sever. Media GC este de 20.25, risc extrem (AS=2.3., liminf 95%=18.79, limsup 95%=21.21, scor minim 15, maxim 23). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=8.54, Rang mediu GC=16.46; U=25.5, Z=-.2.757, p (bidirecțional) =.006).

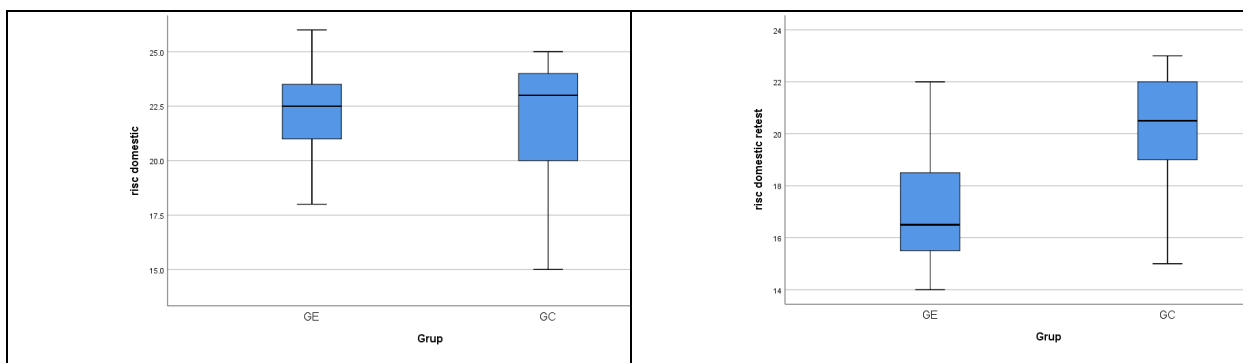


Figura 3.2. Grafice boxplot pentru variabila Risc domestic (test și retest)

În ceea ce privește analiza comparativă pe nivele, înainte de experiment testul Fisher este ne semnificativ ($F=.5$), iar după experiment acesta este semnificativ ($F=.014$).

Observăm că în GE postintervenție s-a redus nivelul de percepție a riscului domestic pentru 5 participante de la extrem la sever, în timp ce pentru GC nu se constată nicio modificare.

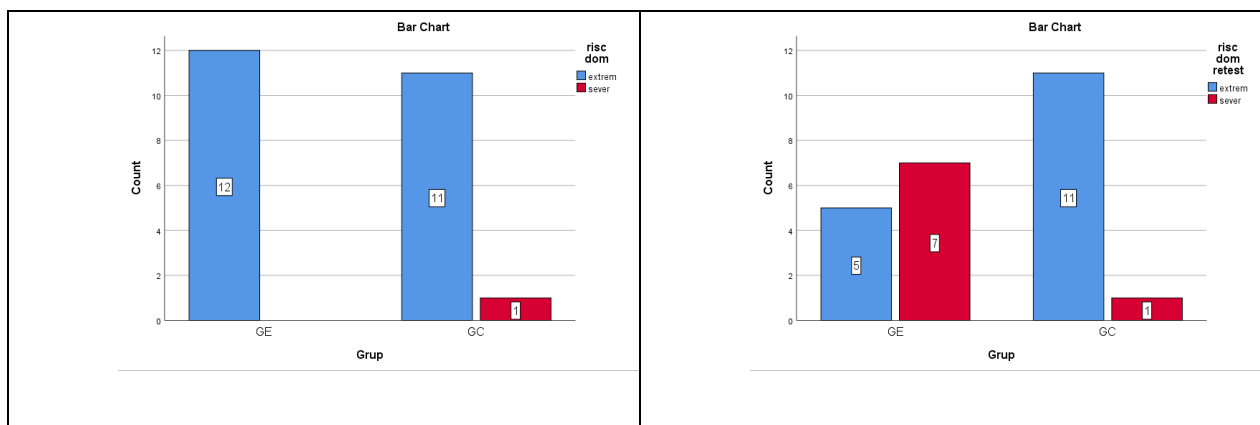


Figura 3.3. Histograme comparative test și retest pentru GE și GC.

Agresivitate

La Chestionarul de agresivitate, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 132.08 ($AS=14.91$, $ES=4.305$, $liminf\ 95\%=122.61$, $limsup\ 95\%=141.56$), iar GC o medie de 129.75 ($AS=16.89$, $ES=4.877$, $liminf\ 95\%=113.99$, $limsup\ 95\%=140.84$), corespunzătoare unui nivel înalt. În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($U= 62.5$; $z= -.550$; Rang mediu GE=13.29, Rang mediu GC = 11.71, $p=.590$ (unidirecțional).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 114.75 ($AS=10.23$, $liminf\ 95\%=104.56$, $limsup\ 95\%= 121.11$, scor minim 85, maxim 131), corespunzătoare unui nivel mediu înalt. Media GC este de 129.3, nivel mediu înalt ($AS=16.59$, $liminf\ 95\%=113.66$, $limsup\ 95\%=140.67$, scor minim 83, maxim 160). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=9.33, Rang mediu GC = 15.67, $U=34$, $Z=-2.195$, p (bidirecțional)=0.028).

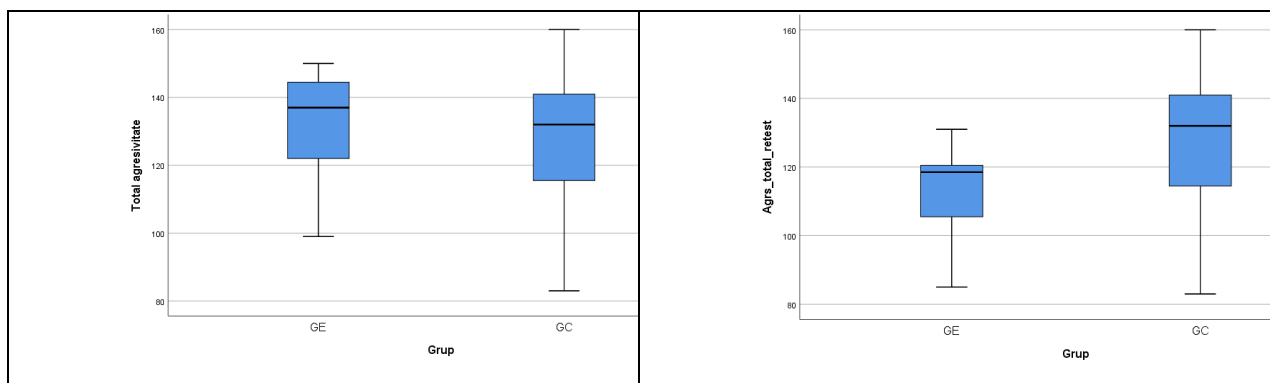


Figura 3.4. Grafice boxplot pentru variabila Agresivitate globală (test și retest)

În ceea ce privește analiza comparativă pe nivele, înainte de experiment și după experiment, testul Chi pătrat este nesemnificativ.

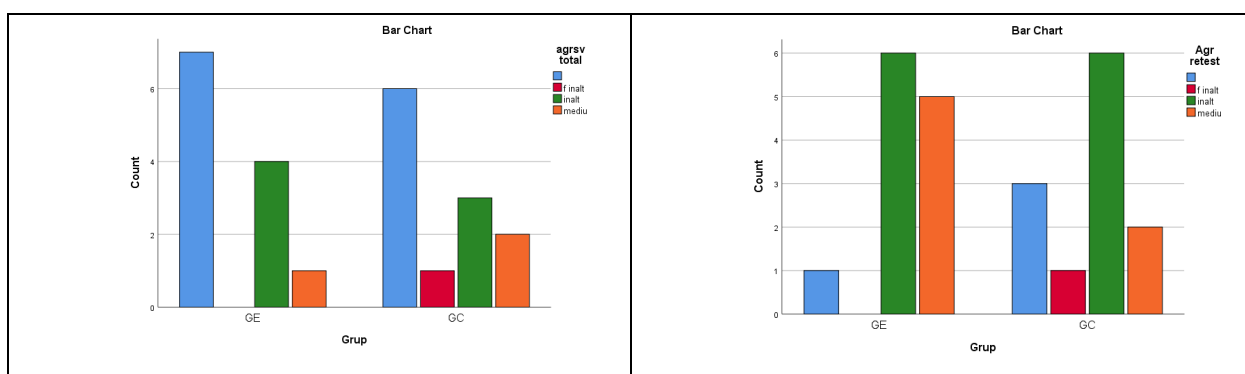


Figura 3.5. Histograme comparative test și retest pentru GE și GC, Agresivitate globală

În urma participării la grupul experiențial, constatăm o reducere a agresivității globale în rândul participantelor.

DASS-21

Depresie. La Chestionarul de evaluare a Depresiei, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 7.08 (AS=3.2, ES=.925, liminf 95%=5.05, limsup 95%=9.12), nivel moderat, iar GC o medie de 7.25 (AS=3.98, ES=1.14, liminf 95%=4.47, limsup 95%=9.78), corespunzătoare unui nivel moderat de depresie.

În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții (U=70; z= -. 116; p=.932 (unidirecțional).

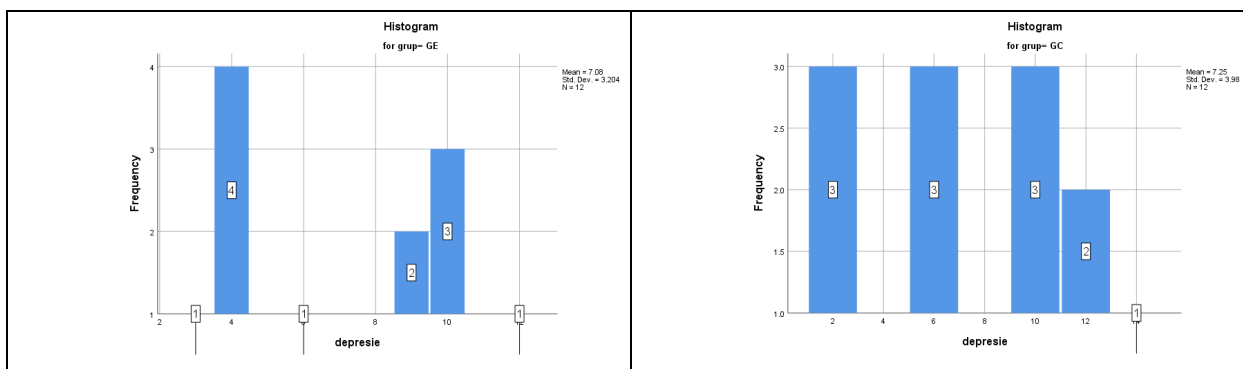


Figura 3.6. Scoruri comparative la proba Depresie (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 4.08 (AS=1.44, liminf 95%=3.17, limsup 95%= 5, scor minim 2, maxim 6), corespunzătoare unui nivel ușor. Media GC este de 7.17, nivel moderat (AS=3.63., liminf 95%=4.85, limsup 95%=9.48, scor minim 2, maxim 12). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=9.54, Rang mediu GC=15.46; U=36.5, Z=-2.073, p (bidirecțional) =.038).

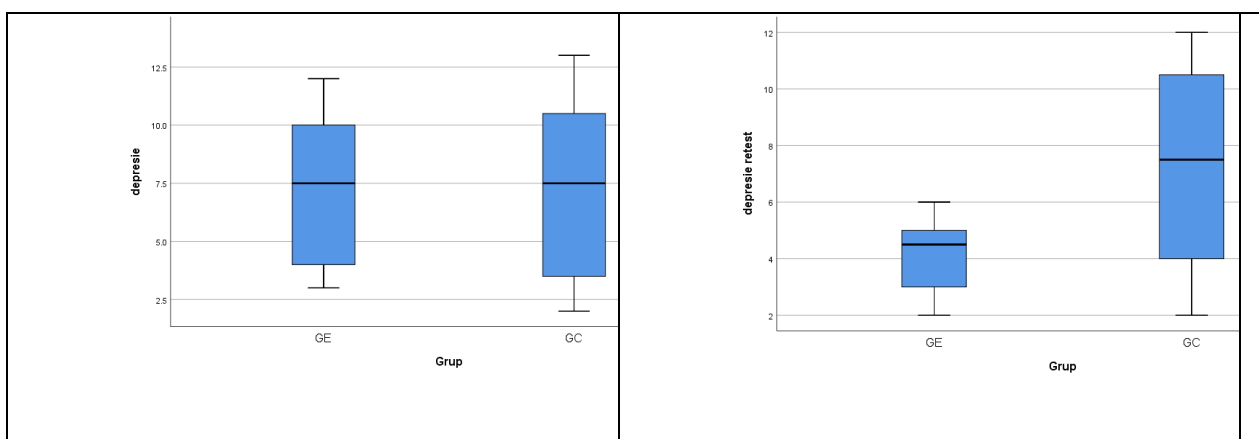


Figura 3.7. Grafice boxplot pentru variabila Depresie (test și retest)

Constatăm o reducere semnificativă a tendințelor depresive.

Anxietate. La Chestionarul de evaluare a Anxietății, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 7.05 (AS=1.44, ES=.417, liminf 95%=6.17, limsup 95%=8), nivel moderat, iar GC o medie de 7.58 (AS=1.56, ES=.452, liminf 95%=6.59, limsup 95%=8.58), corespunzătoare unui nivel moderat de anxietate. În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții (U= 57.5; z = -.836; p=.410 (unidirecțional).

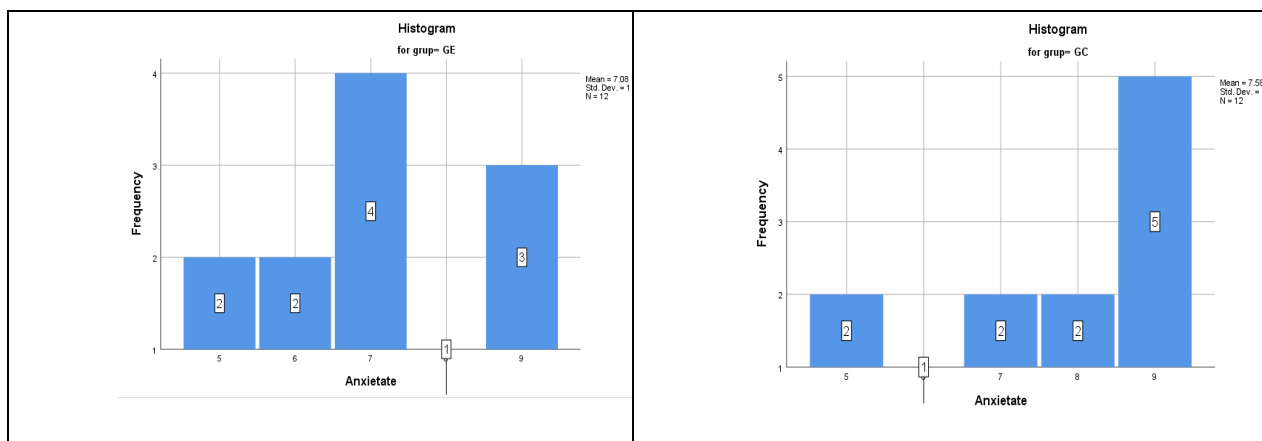


Figura 3.8. Scoruri comparative la proba de Anxietate (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală media GE este de 4.08 (AS=1.44, liminf 95%=3.17, limsup 95%= 5, scor minim 2, maxim 6), corespunzătoare unui nivel ușor. Media GC este de 7.17, nivel moderat (AS=3.63., liminf 95%=4.85, limsup 95%=9.48, scor minim 2, maxim 12). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=7.21, Rang mediu GC=17.79; U=8.5, Z=-.3.751, p=.0001 (bidirecțional).

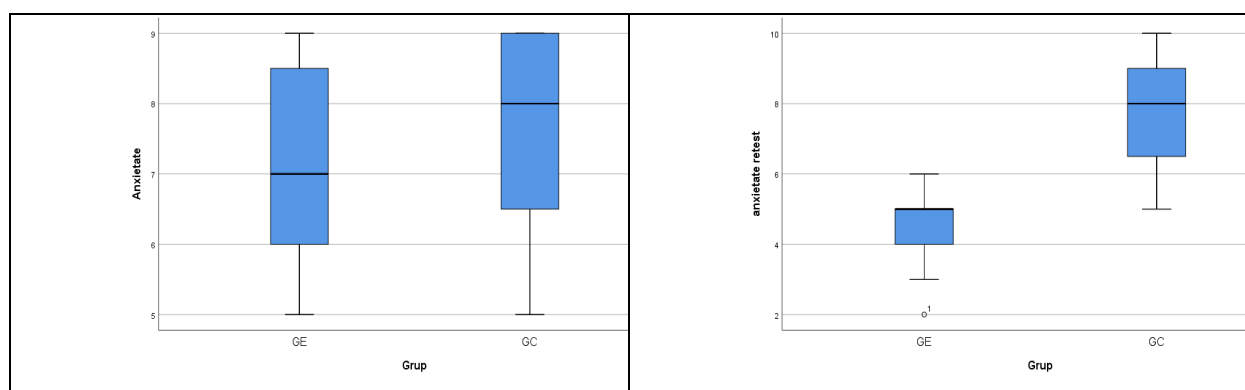


Figura 3.9. Grafice boxplot pentru variabila Anxietate (test și retest)

Constatăm o reducere semnificativă a tendințelor anxioase.

Stres. La Chestionarul de evaluare a Stresului, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 12.58 (AS=2.39, ES=.690, liminf 95%=11.06, limsup 95%=14.10), nivel sever, iar GC o medie de 11.17 (AS=2.36, ES=.683, liminf 95%=9.66, limsup 95%=12.67), corespunzătoare unui nivel sever de stres. În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney, identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții (U= 48; z = -.1.402; p=.178 (unidirecțional).

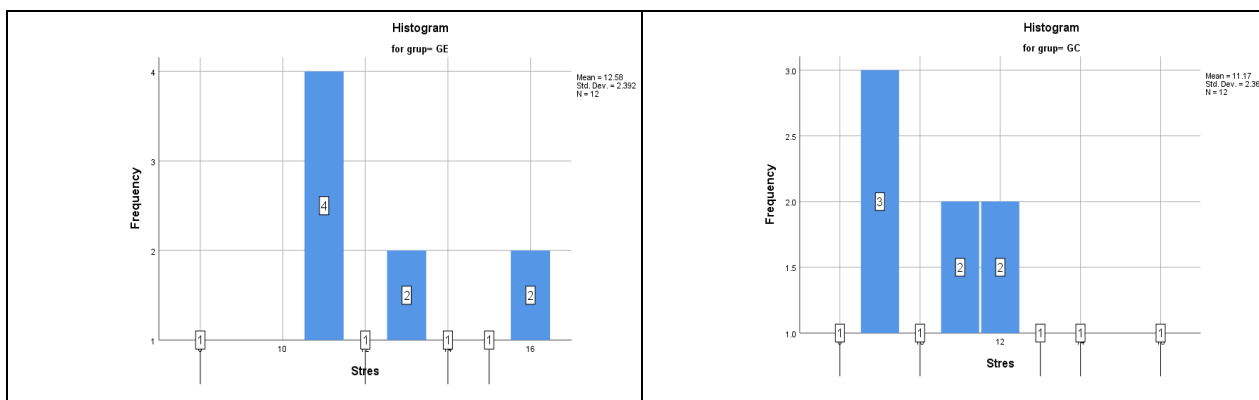


Figura 3.10. Scoruri comparative la proba de Stres (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 8.08 (AS=1.97, liminf 95%=6.83, limsup 95%= 9.34, scor minim 6, maxim 12), corespunzătoare unui nivel moderat. Media GC este de 11.08, nivel sever (AS=2.53., liminf 95%=9.47, limsup 95%=12.7, scor minim 8, maxim 16). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=8.46, Rang mediu GC=16.54; U=23.5, Z=-.2.83, p=.005 (bidirecțional).

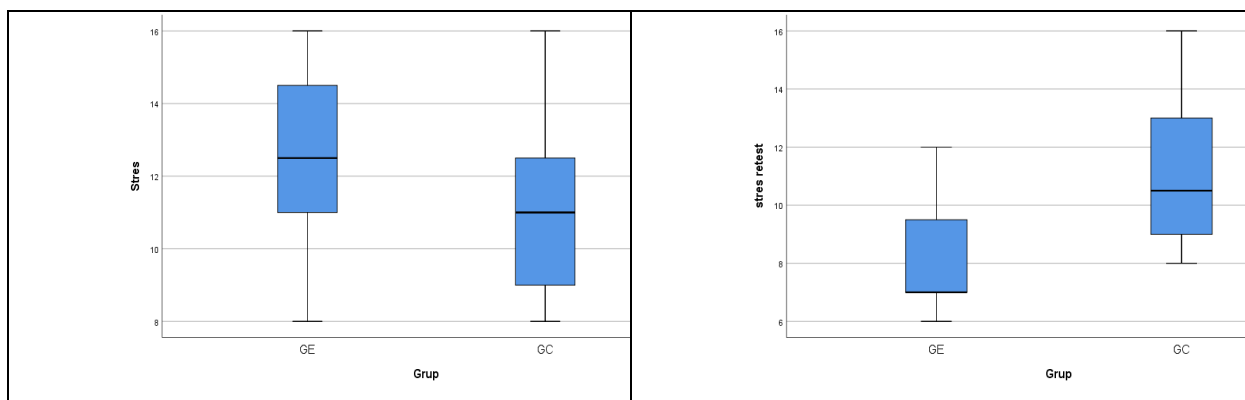


Figura 3.11. Grafice boxplot pentru variabila Stres (test și retest)

Constatăm reducerea nivelului de stres în urma participării la grup.

DSM-5

Afect negativ. La Chestionarul de evaluare a Afectului negativ, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 6 (AS=1.44, ES=.945, liminf 95%=3.92, limsup 95%=8.08), iar GC o medie de 8.08 (AS=5.4, ES=1.55, liminf 95%=4.65, limsup 95%=11.52). În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney, identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții (U= 55; z = -.988; p=.347 (unidirecțional).

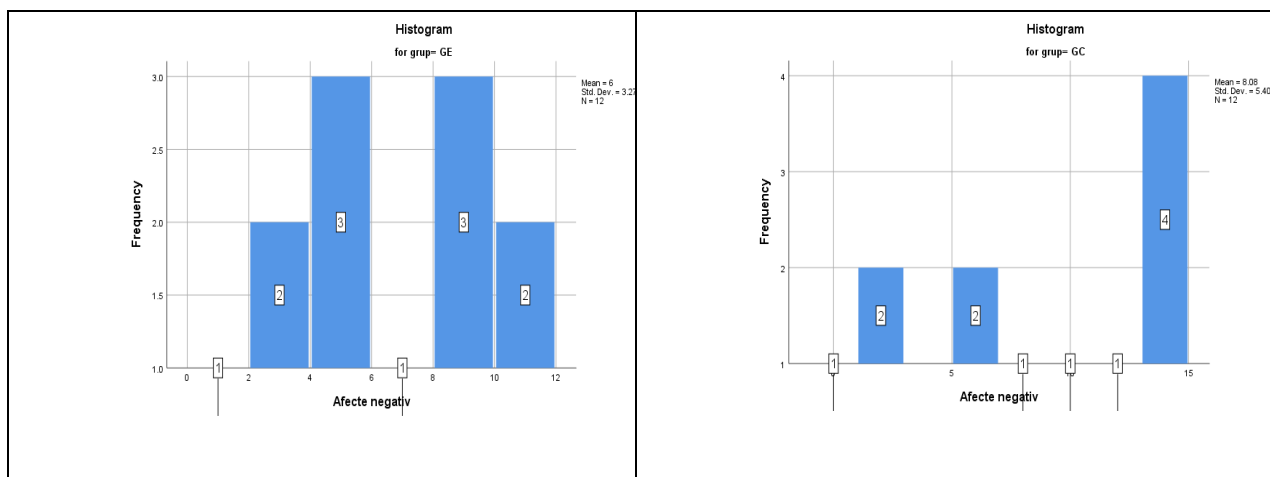


Figura 3.12. Scoruri comparative la proba de Afect negativ (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 2.25 (AS=1.05, liminf 95%=1.58, limsup 95%= 2.92, scor minim 1, maxim 5). Media GC este de 8.17, nivel moderat (AS=3.63., liminf 95%=4.82, limsup 95%=11.52, scor minim 1, maxim 14). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=8.96, Rang mediu GC=16.04; U=8.5, Z=-.988, p=.012 (bidirecțional).

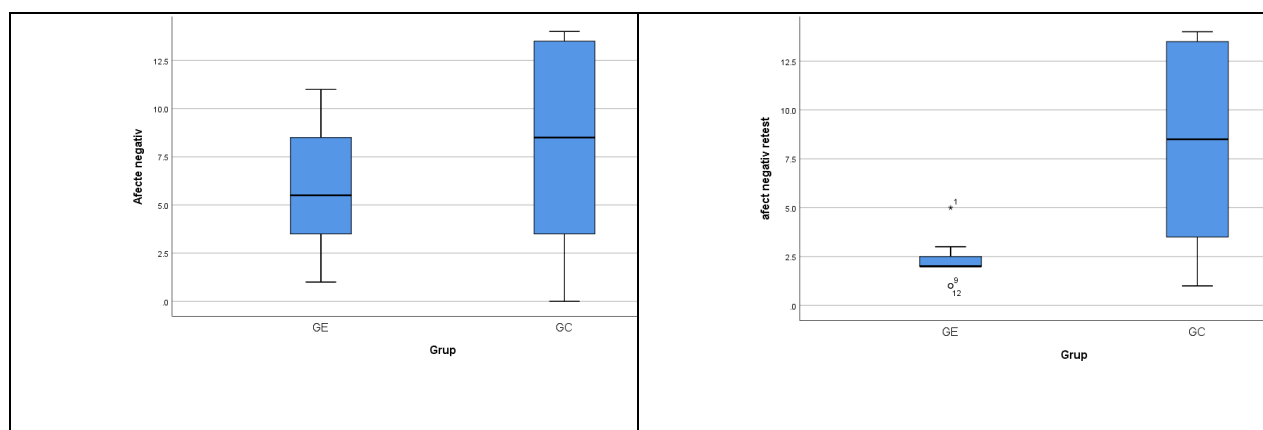


Figura 3.13. Grafice boxplot pentru variabila Afect negativ (test și retest)

Constatăm reducerea Afectului negativ pentru GE în comparație cu GC.

Detașare. La Chestionarul de evaluarea nivelului de Detașare nu s-au înregistrat diferențe semnificative pre și post intervenție între GE și GC, v. **Anexa 4**.

Antagonism. La Chestionarul de evaluarea nivelului de Antagonism, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 5.75 (AS=4, ES=.945, liminf 95%=3.21, limsup 95%=8.28), iar GC o medie de 6.25 (AS=3.81, ES=1.1, liminf 95%=3.82, limsup 95%=8.68). În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții (U= 66.5; z = -.319; p=.755 (unidirecțional).

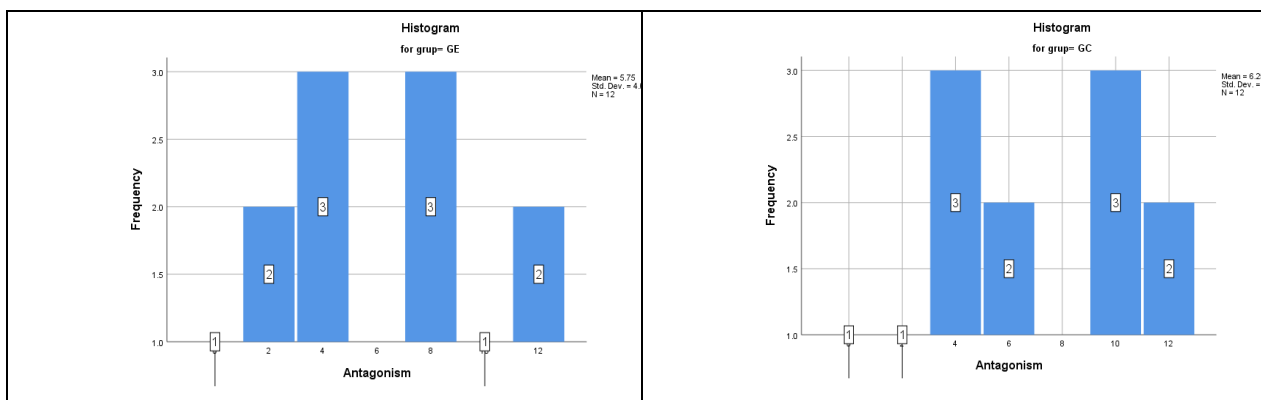


Figura 3.14. Scoruri comparative la proba Antagonism (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală media GE este de 2.17 (AS=1.64, liminf 95%=1.12, limsup 95%= 3.21, scor minim 0, maxim 5). Media GC este de 6.67 (AS=1.64., liminf 95%=4.25, limsup 95%=9.08, scor minim 1, maxim 11). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=8.46, Rang mediu GC=16.54; U=23.5, Z=-2.829, p=.005 (bidirecțional).

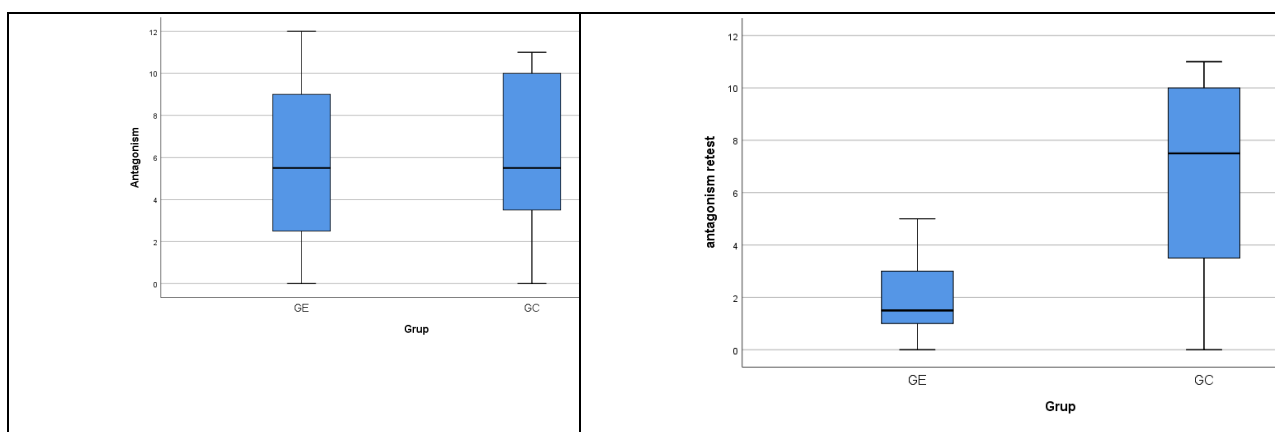


Figura 3.15. Grafice boxplot pentru variabila Antagonism (test și retest)

În urma participării la grupa GE, constatăm reducerea nivelului de Antagonism.

Dezinhibiție. La Chestionarul de evaluarea nivelului de Dezinhibiție nu s-au înregistrat diferențe semnificative pre și post intervenție între GE și GC, v. **Anexa 4**.

Psihotism. La Chestionarul de evaluare al nivelului de Psihotism nu s-au înregistrat diferențe semnificative pre și post intervenție între GE și GC, v. **Anexa 4**.

Stima de sine. La Chestionarul Stimă de sine, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 20 (AS=4.61, ES=1.33, liminf 95%=17.07, limsup 95%=22.93), iar GC o medie de 18.25 (AS=6, ES=1.73, liminf 95%=14.44, limsup 95%=22.06), corespunzătoare unui nivel mediu. În urma aplicării testului neparametric Mann-

Whitney, identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($U = 60$; $z = -.696$; $p = .514$ (unidirecțional)).

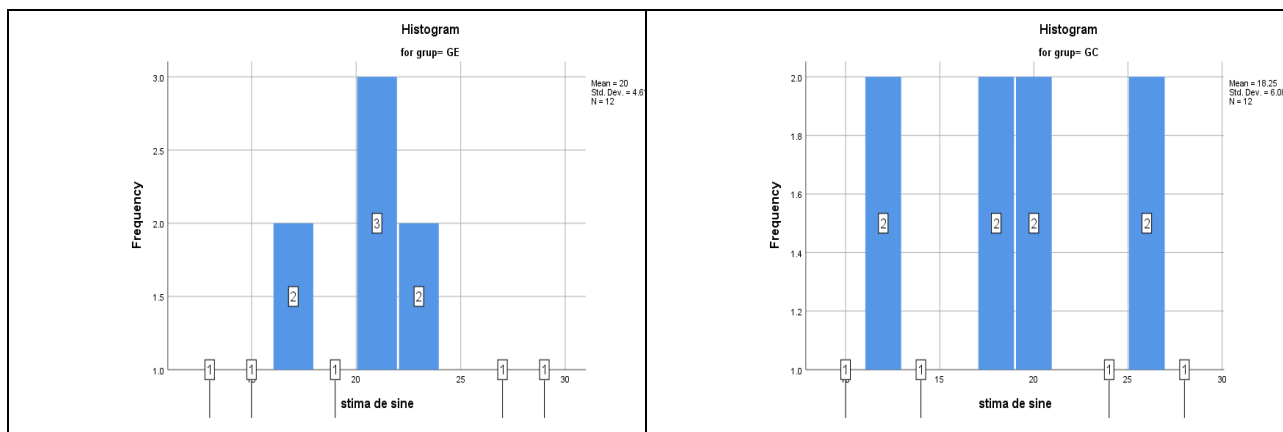


Figura 3.16. Scoruri comparative la proba Stimă de sine (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 25.75 (AS=3.41, ES=986 liminf 95%=23.58, limsup 95%= 27.92, scor minim 21, maxim 32), corespunzătoare unui nivel mediu înalt. Media GC este de 18.75, nivel mediu (AS=5.029., liminf 95%=15.55, limsup 95%=21.95, scor minim 11, maxim 26). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=16.96, Rang mediu GC = 8.04, $U = 18.5$, $Z = -3.096$, p (bidirecțional)=.002).

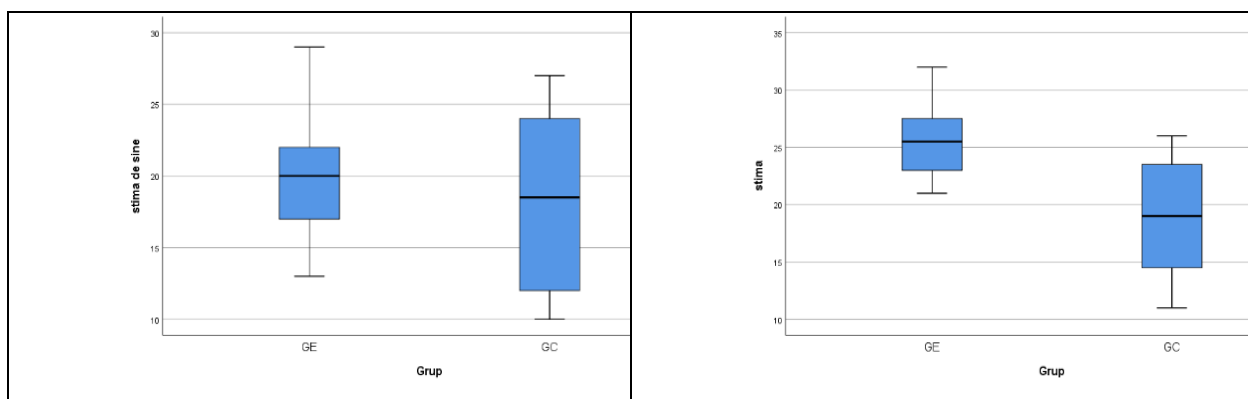


Figura 3.17. Grafice boxplot pentru variabila Stimă de sine (test și retest)

Constatăm, de asemenea, că există asocieri semnificative între grupul participantelor și nivelul stimei de sine (Fisher=31.37, $df = 1$, $p = .019$, unidirecțional) în sensul în care GE a înregistrat o creștere semnificativă statistic la nivelul stimei de sine.

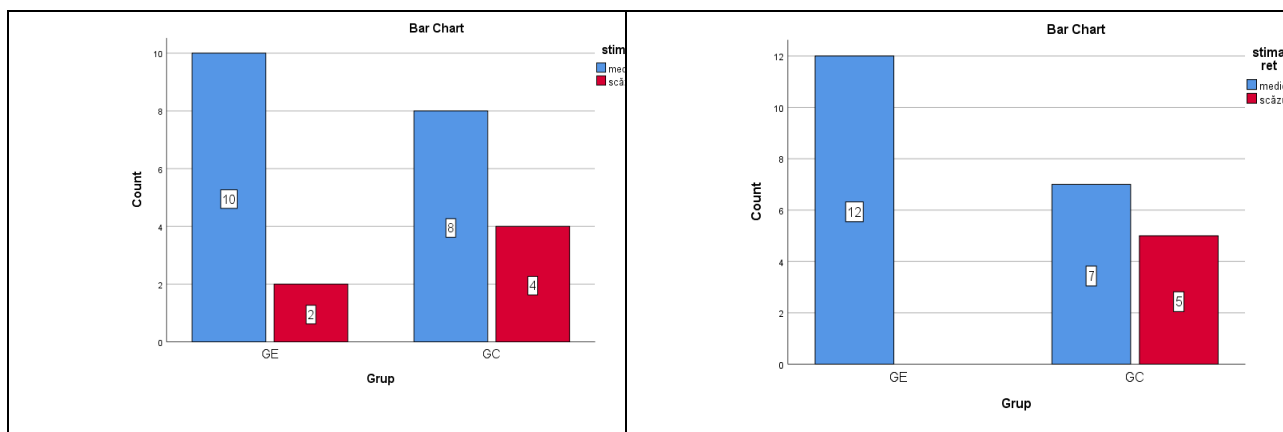


Figura 3.18. Histograme comparative pentru variabila Stimă de sine (test și retest)

Deci, constatăm o creștere a nivelului stimei de sine pentru GE în comparație cu GC.

Binele psihologic, nivel global. La Chestionarul stării de bine psihologic (WB), participantele puteau obține o medie între 7 și 49 de puncte (medie a dimensiunilor testului). Înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 20.92 (nivel la limita dintre redus și mediu) (AS=3.45, ES=.996, liminf 95%=18.72, limsup 95%=23.11), iar GC o medie de 21.25 (AS=2.22, ES=.641, liminf 95%=19.84, limsup 95%=22.66), corespunzătoare unui nivel mediu. În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($U = 71$; $z = -.059$; $p = .977$ (unidirecțional)).

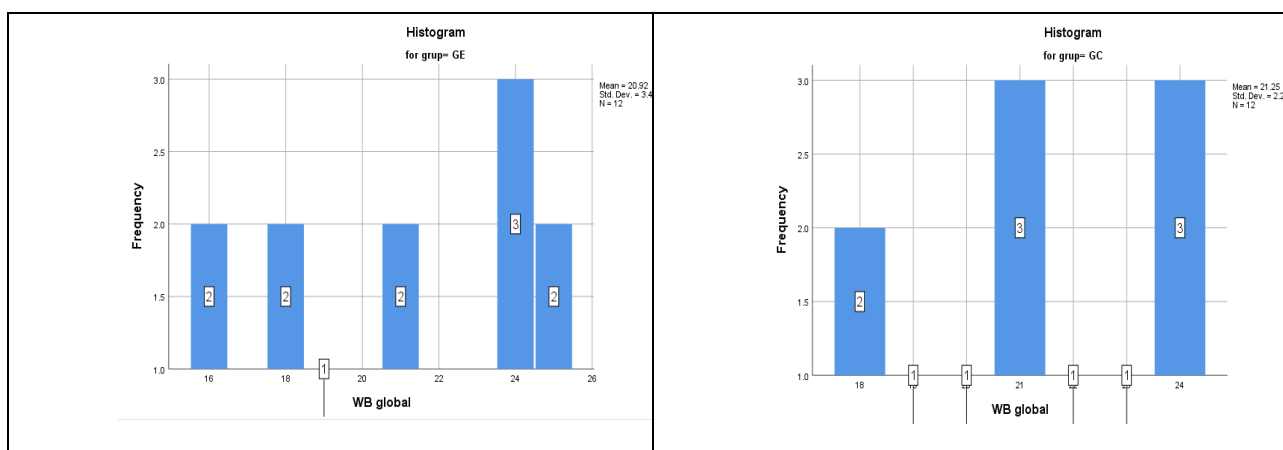


Figura 3.19. Scoruri comparative la chestionarul de Bine psihologic (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 27.67 (AS=2.83, ES=.82 liminf 95%=25.86, limsup 95%= 29.47, scor minim 23, maxim 31), corespunzătoare unui nivel mediu înalt. Media GC este de 21.50, nivel mediu (AS=1.97., liminf 95%=20.24, limsup 95%=22.76, scor minim 19, maxim 24). Testul Mann-Whitney ne arată

diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=17.96, Rang mediu GC = 7.04, U=6.5, Z=-3.807, p (bidirecțional)=.0001).

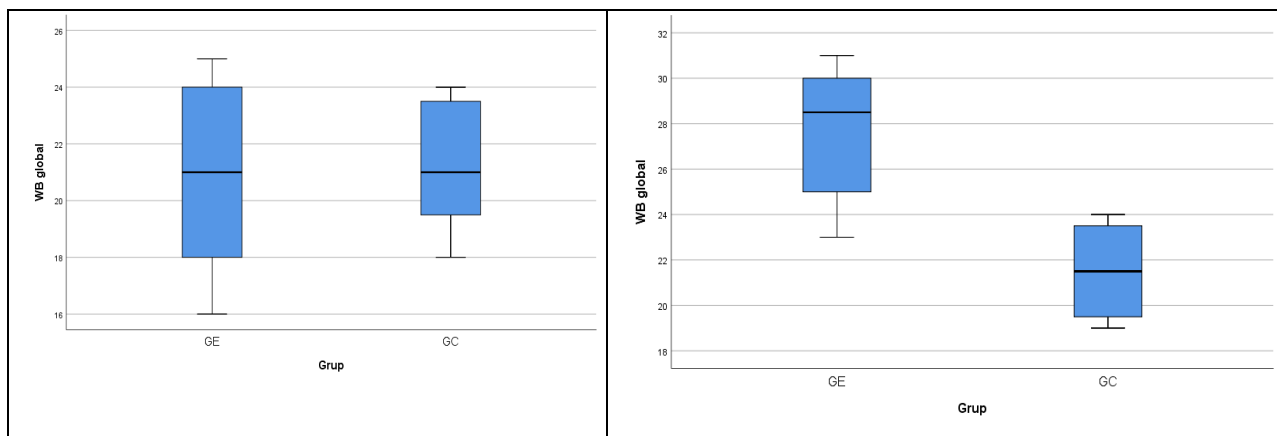


Figura 3.20. Grafice boxplot pentru variabila Binele psihologic (test și retest)

Constatăm, de asemenea, că există asocieri semnificative între grupul participantelor și nivelul stimei de sine (Fisher, DF=1, p=.047, unidirecțional) în sensul în care GE a înregistrat o creștere semnificativă statistic la nivelul Binelui psihologic.

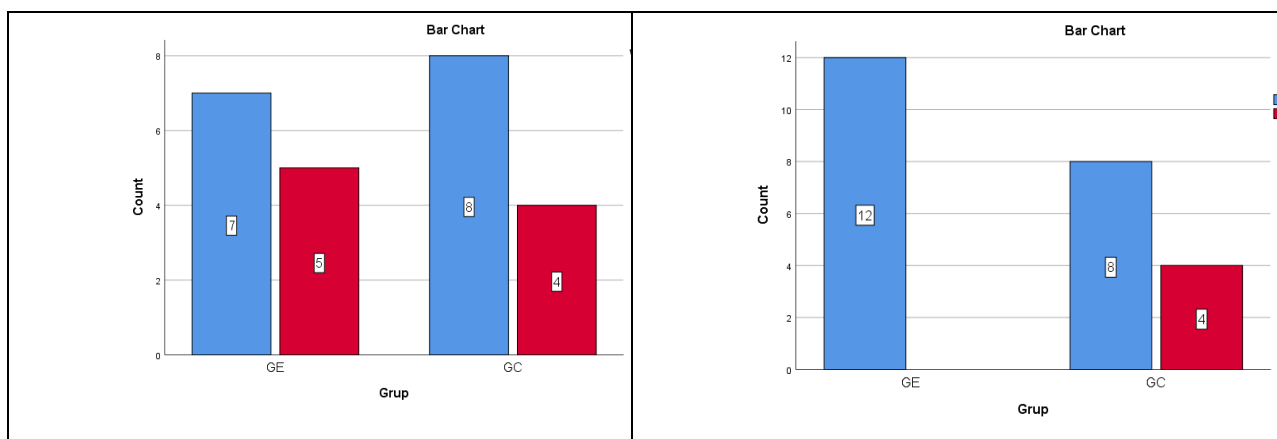


Figura 3.21. Histograme comparative pentru variabila Binele psihologic test și retest

Deci, la nivelul global al Binelui psihologic, înregistrăm o creștere pentru GE în comparație cu GC.

În continuare vom prezenta într-un tabel sintetic rezultatele obținute postintervenție la scalele care măsoară dimensiunile Binelui psihologic, anume Autonomie, Controlul mediului (auto-eficacitate), Relații pozitive cu ceilalți, Acceptare de sine, Creștere personală, Scopul în viață. Înainte de intervenție, diferențele dintre cele două distribuții erau nesemnificative pentru toate dimensiunile, v. Anexa 4.

Așa cum se vede în Tabelul 3.1, diferențe semnificative s-au obținut la dimensiunile Autonomie, Eficacitate, Acceptare de sine și Creștere personală.

Tabel 3.1. Rezultate comparative GE și GC la dimensiunile Binelui psihologic, faza retest

Scala	GE M(AS)	GC M(AS)	Mann-Whitney U U(p) bidir.
Autonomie	30.75 (4.63)	19.83 (6.78)	14.5 (.0001)
Autoeficacitate	29.17 (5.84)	20.25 (7.18)	24.5 (.006)
Relații pozitive	25.33 (7.42)	21.58 (11.485)	ns.
Acceptare de sine	23.75 (6.78)	21.92 (5.85)	40.5 (.03)
Creștere personală	31.08 (5.36)	20.50 (6.34)	12 (.001)
Scopul în viață	25.58 (8.91)	24.08 (8.12)	ns.

În urma participării la grupul experimental, GE a înregistrat o creștere a nivelului de Autonomie, Autoeficacitate, Acceptare de sine și Creștere personală. Pentru Relații pozitive și scop în viață, nu s-au înregistrat diferențe.

Reziliență. La scala de Reziliență participantele puteau obține un scor între 20 și 60 de puncte. Conform etalonului testului între 20 și 30 reprezintă o reziliență scăzută, între 31 și 40 reziliență medie și între 41 și 60 reziliență ridicată. Înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 30.08 mediu de limită (AS=7.51, ES=2.16, liminf 95%=25.31, limsup 95%=34.86), iar GC o medie de 29 (AS=7.05, ES=2.03, liminf 95%=24.52, limsup 95%=33.48), corespunzătoare unui nivel scăzut la limită cu mediu. În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney, identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($U = 68$; $z = -.817$; $p = .514$ (unidirecțional)).

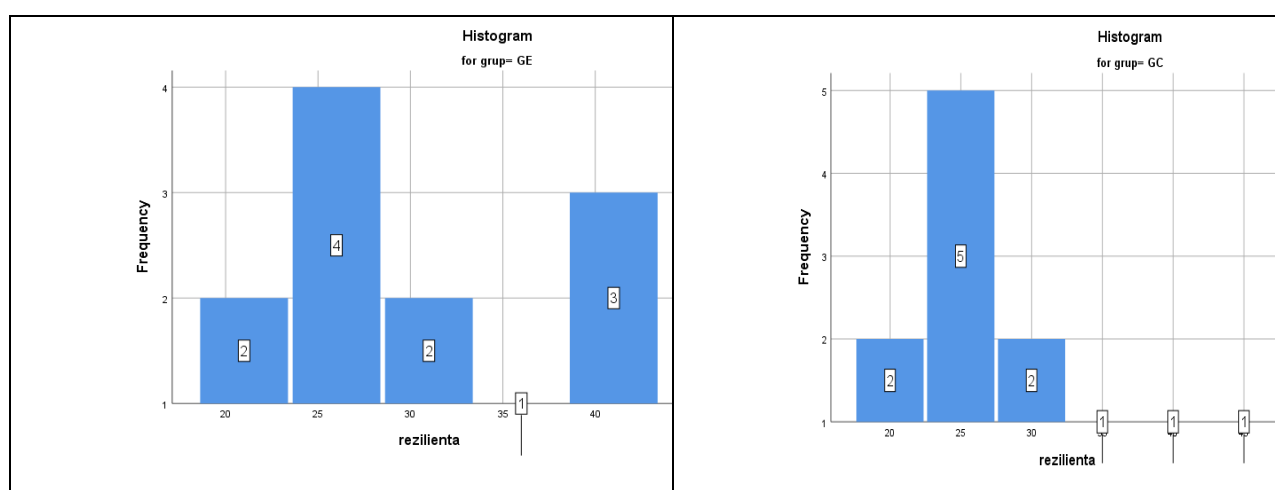


Figura 3.22. Scoruri comparative la proba de Reziliență (faza test)

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 36.08 (AS=5.77, ES=1.66, liminf 95%=32.41, limsup 95%= 39.75, scor minim 29, maxim 47), corespunzătoare unui nivel mediu. Media GC este de 29, nivel scăzut la limită cu mediu (AS=7.12, liminf 95%=24.47, limsup 95%=33.53, scor minim 20, maxim 43). Testul Mann-

Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=16.25, Rang mediu GC = 8.75, U=27, Z=-2.604, p (bidirecțional)=.009).

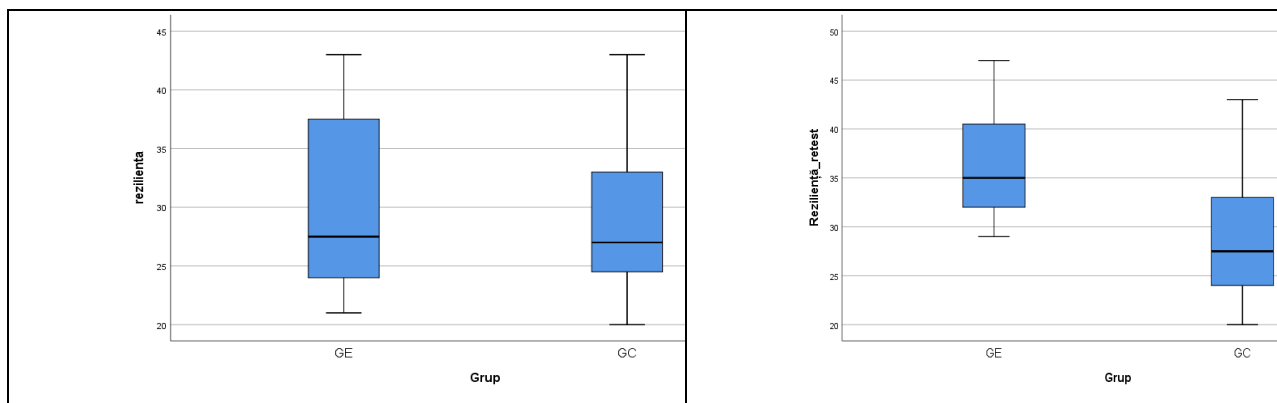


Figura 3.23. Grafice boxplot pentru variabila Reziliență (test și retest)

Constatăm, de asemenea, că există asocieri semnificative între grupul participantelor și nivelul rezilienței ($X^2=8.23$, DF=2, $p=.016$, unidirecțional) în sensul în care GE a înregistrat o creștere semnificativă statistic la reziliență în urma participării la programul de dezvoltare.

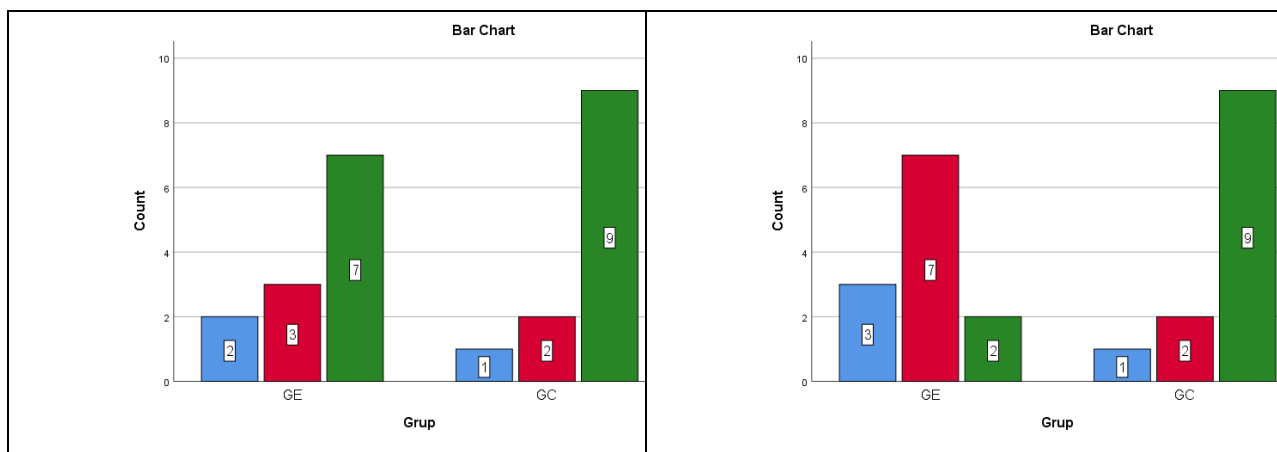


Figura 3.24. Histograme comparative pentru variabila Reziliență test și retest

În urma participării la grupul experiential, GE a înregistrat o creștere a nivelului de Reziliență, comparativ cu GC.

Locus control. Chestionarul de Locus control evaluează atribuirea individului asupra acțiunilor proprii. Prelucrarea rezultatelor generează trei poziții ale locus controlului: intern (0-6 puncte), intermediar (7-15 puncte) și extern (16-40 puncte). Înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 19.42 (locus control extern) (AS=6.44, ES=1.86, liminf 95%=15.32, limsup 95%=23.51), iar GC o medie de 19.25 (AS=6.45, ES=1.68, liminf 95%=15.15, limsup 95%=23.35), corespunzătoare unui locus extern. În urma aplicării

testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($U= 71.5$; $z = -.029$; $p=.97$ (unidirecțional)).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 15.17 (AS=4.64, ES=1.34, liminf 95%=12.21, limsup 95%= 18.12, scor minim 9, maxim 23), corespunzătoare unui locus la limita intermediar cu extern. Media GC este de 19.33, locus extern (AS=1.91, liminf 95%=15.12, limsup 95%=23.55, scor minim 11, maxim 31). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică nesemnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=10.50, Rang mediu GC = 14.50, $U=48$, $Z=-1.393$, p (bidirecțional)=0.164).

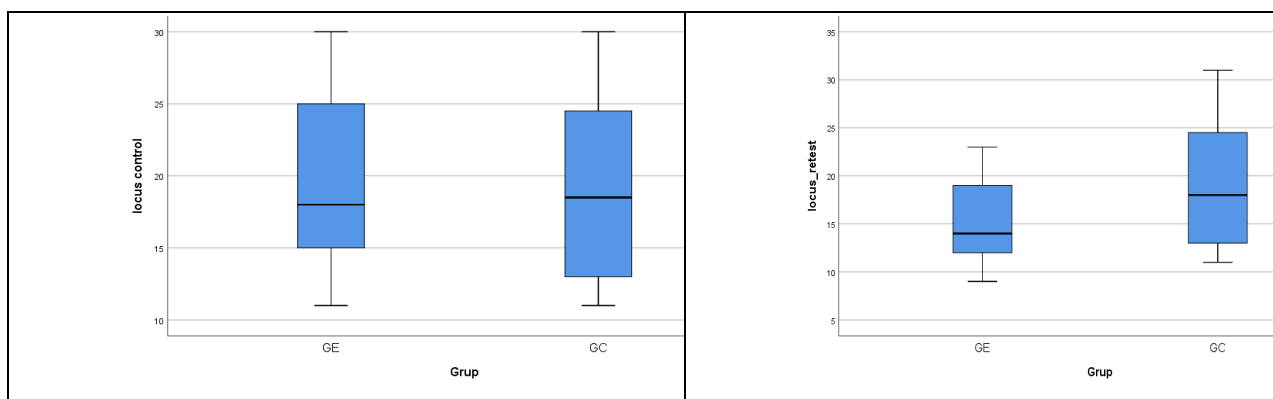


Figura 3.25. Grafice boxplot pentru variabila Locus control (test și retest)

Constatăm, de asemenea, că nu există asocieri semnificative între grupul participantelor și locusul control, remarcăm totuși o diminuare mai mare a numărului de participante cu locus control extern în GE. Deși nu e dovedită statistic, putem aprecia o tendință de internalizare a locusului pentru GE.

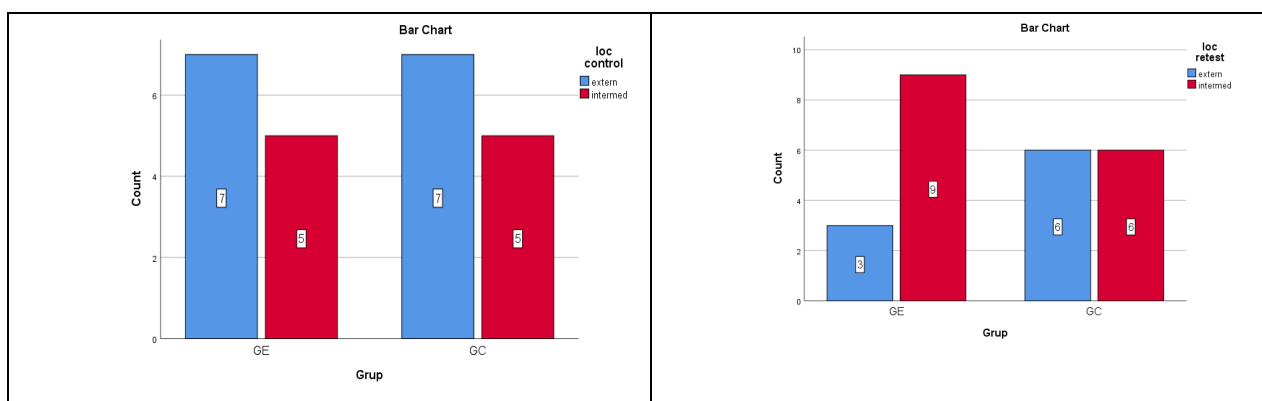


Figura 3.26. Histograme comparative pentru variabila Locus control test și retest

Constatăm pentru GE tendința de internalizare a locusului control în urma participării la grupul experiențial.

Inteligență emoțională nivel global. La Chestionarul Inteligență emoțională, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 98.25 (AS=20.46, ES=5.9, liminf 95%=85.25, limsup 95%=111.25), iar GC o medie de 98.75 (AS=16.13, ES=1.73, liminf 95%=88.50, limsup 95%=109), corespunzătoare unui nivel mediu. În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($U=66$; $z=-.347$; $p=.729$ (unidirecțional)).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală experiențială media GE este de 123.33 (AS=9.14, ES=2.64, liminf 95%=117.52, limsup 95%=129.15, scor minim 112, maxim 140). Media GC este de 95.58, (AS=13.37, liminf 95%=87.08, limsup 95%=104.08, scor minim 76, maxim 123). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=18.04, Rang mediu GC = 6.96, $U=5.5$, $Z=-3.845$, p (bidirecțional)=.0001).

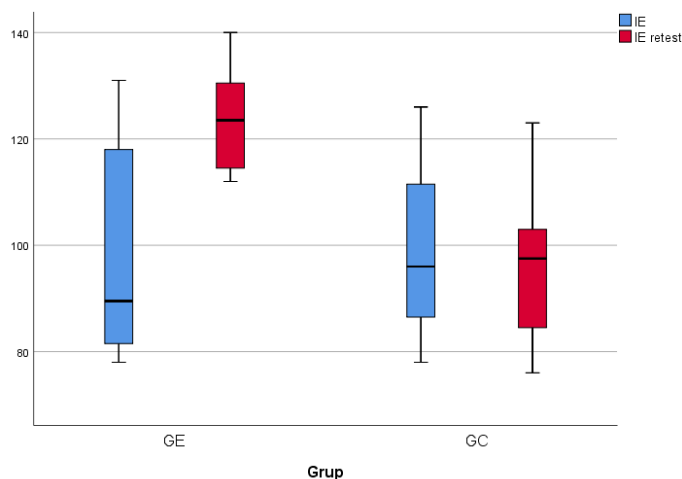


Figura 3.27. Grafice boxplot pentru variabila Inteligență emoțională globală (test și retest)

Recunoașterea emoțiilor altora. La dimensiunea Recunoașterea emoțiilor altora, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 17.75 (AS=4.67, ES=1.34, liminf 95%=14.78, limsup 95%=20.72), iar GC o medie de 19.50 (AS=5.72, ES=1.65, liminf 95%=15.86, limsup 95%=23.14). În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($U=57.5$; $z=-.845$; $p=.410$ (unidirecțional)).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală media GE este de 24.75 (AS=2.95, ES=.85 liminf 95%=22.87, limsup 95%=26.63, scor minim 20, maxim 30). Media GC este de 19.42, nivel mediu (AS=5.58., liminf 95%=15.87, limsup 95%=22.96, scor minim 9, maxim 28). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două

distribuții (Rang mediu GE=16.13, Rang mediu GC = 8.88, U=28.5, Z=-2.52, p (bidirecțional)=.01).

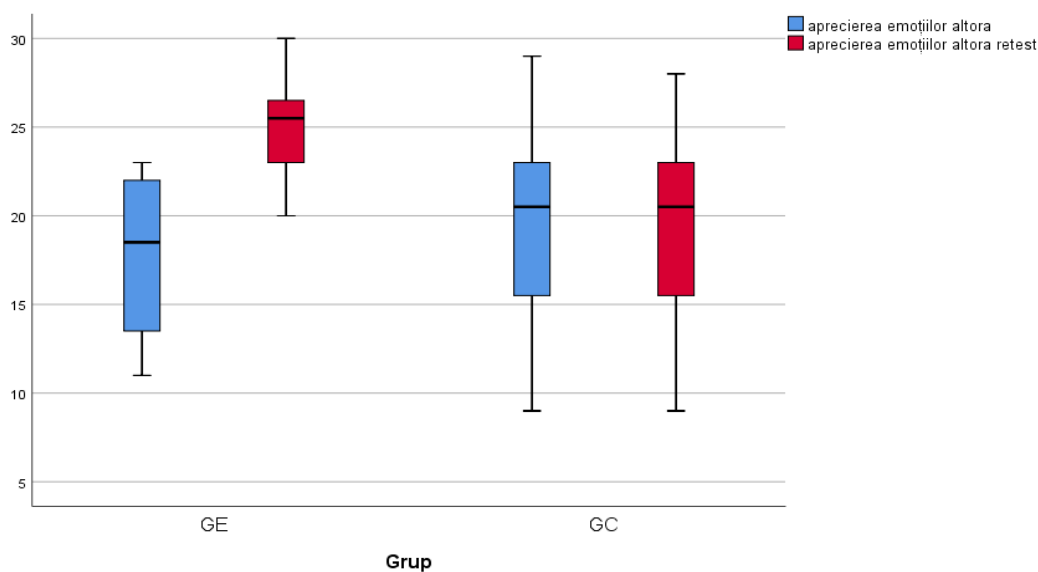


Figura 3.28. Grafice boxplot pentru variabila Recunoașterea emoțiilor altora (test și retest)

Recunoașterea propriilor emoții. La dimensiunea Recunoașterea propriilor emoții, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 13.58 (AS=5.83, ES=1.68, liminf 95%=9.87, limsup 95%=17.29), iar GC o medie de 14.67 (AS=5.64, ES=1.63, liminf 95%=11.08, limsup 95%=18.25). În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții (U= 64; z = -.464; p=.642 (unidirecțional)).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală media GE este de 21.91 (AS=3.87, ES=1.11, liminf 95%=19.45.87, limsup 95%= 24.37, scor minim 15, maxim 27). Media GC este de 14.91, (AS=5.38., liminf 95%=11.49, limsup 95%=18.33, scor minim 6, maxim 22). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=16.71, Rang mediu GC = 8.29, U=21.5, Z=-2.926, p (bidirecțional)=.003).

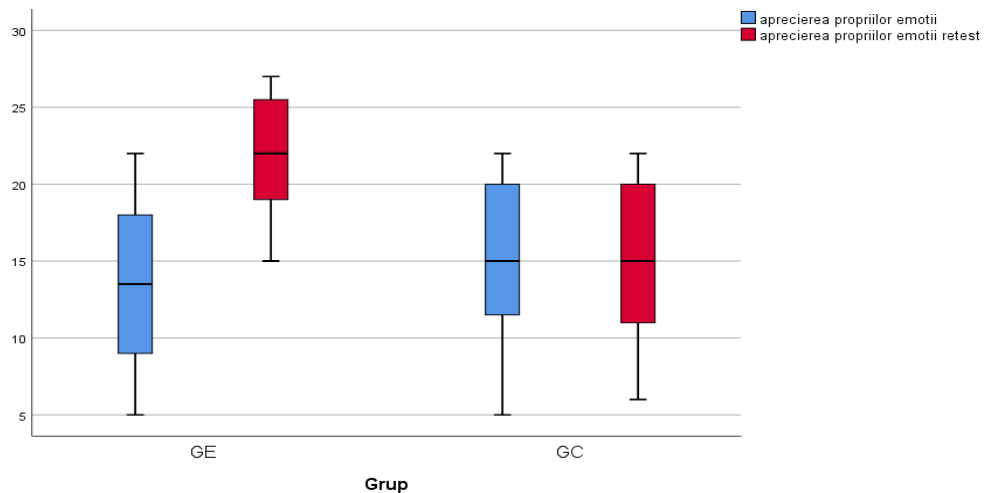


Figura 3.29. Grafice boxplot pentru variabila Recunoașterea propriilor emoții (test și retest)

Reglarea emoțională. La dimensiunea Recunoașterea propriilor emoții, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 16.25 (AS=6.99, ES=2.01, liminf 95%=11.81, limsup 95%=20.69), iar GC o medie de 13.50 (AS=4.56, ES=1.31, liminf 95%=10.60, limsup 95%=16.40). În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($U=49.5$; $z=-1.302$; $p=.193$ (unidirecțional)).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 21.17 (AS=4.01, ES=1.16, liminf 95%=18.61, limsup 95%=23.72, scor minim 15, maxim 25). Media GC este de 13.92, (AS=3.8., liminf 95%=11.5, limsup 95%=16.33, scor minim 10, maxim 20). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=17.04, Rang mediu GC = 7.96, $U=17.5$, $Z=-3.164$, p (bidirecțional)=.002).

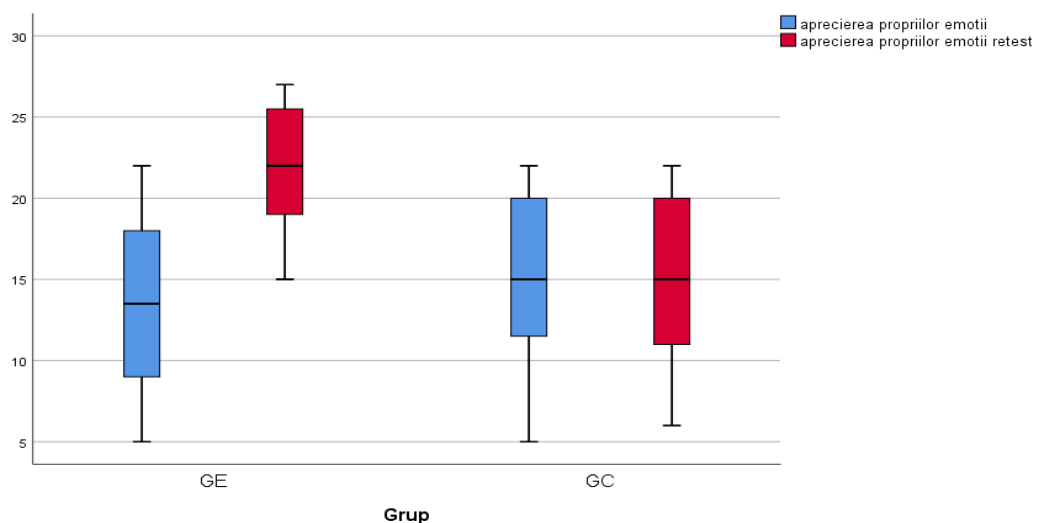


Figura 3.30. Grafice boxplot pentru variabila Reglare emoțională (test și retest)

Utilizarea propriilor emoții. La dimensiunea Utilizarea propriilor emoții, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 17.75 (AS=4.93, ES=1.42, liminf 95%=14,61, limsup 95%= 20.89, scor minim 11, maxim 24). Media GC este de 19.92, (AS=3.8., ES=1.73. liminf 95%=16.10, limsup 95%=23.73, scor minim 9, maxim 29). În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre rangurile celor două distribuții (U= 49.5; z = - 1.302; p=.193 (unidirecțional).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală media GE este de 24.42 (AS=4.71, ES=1.36, liminf 95%=21.42, limsup 95%= 27.41, scor minim 18, maxim 32). Media GC este de 19.92, (AS=3.8., ES=1.73. liminf 95%=16.10, limsup 95%=23.73, scor minim 9, maxim 29). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=15.25, Rang mediu GC = 9.75, U=39, Z=-1.914, p (bidirecțional)=.046).

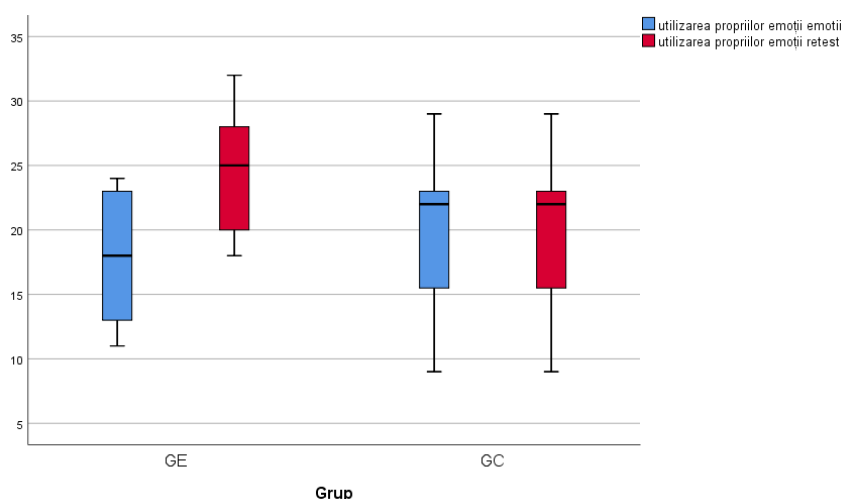


Figura 3.31. Grafice boxplot pentru variabila Utilizarea propriilor emoții (test și retest)

Optimismul. La dimensiunea Optimism, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 11.42 (AS=3.31, ES=.975, liminf 95%=9.31, limsup 95%= 13.52, scor minim 6, maxim 16). Media GC este de 10.67, (AS=3.65, ES=1.05. liminf 95%=8.35, limsup 95%=12.99, scor minim 5, maxim 16). În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre rangurile celor două distribuții (U= 57.5; z = -.848; p=.410 (unidirecțional).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 13.92 (AS=2.74, ES=.793, liminf 95%=12.17, limsup 95%= 15.66, scor minim 10, maxim 18). Media GC este de 11, (AS=3.8., ES=4.04. liminf 95%=8.43, limsup 95%=13.57, scor minim 5, maxim

16). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică semnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=15.17, Rang mediu GC = 9.83, U=40, Z=-1.875, p (bidirecțional)=.041).

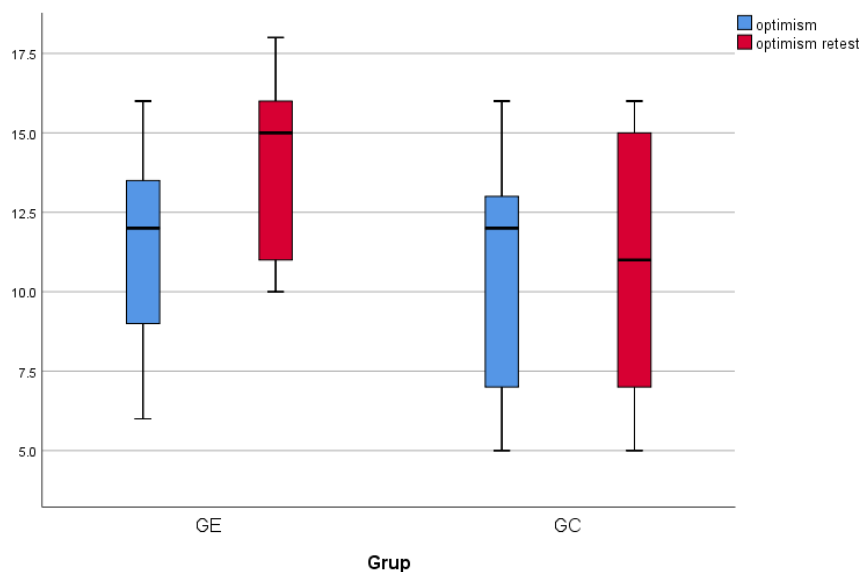


Figura 3.32. Grafice boxplot pentru variabila Optimism (test și retest)

Abilități sociale. La dimensiunea Abilități sociale, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 14.67 (AS=6.58, ES=1.9, liminf 95%=10.48, limsup 95%= 18.85, scor minim 5, maxim 24). Media GC este de 16.17, (AS=7.33, ES=2.11. liminf 95%=11.51, limsup 95%=20.83, scor minim 5, maxim 25). În urma aplicării testului neparametric Mann-Whitney, identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre rangurile celor două distribuții (U= 57.5; z = -.848; p=.410 (unidirecțional)).

După desfășurarea programului de dezvoltare personală, media GE este de 17.17 (AS=5.89, ES=1.7, liminf 95%=13.42, limsup 95%= 20.91, scor minim 8, maxim 25). Media GC este de 16.42 (AS=7.45., ES=2.15. liminf 95%=11.68, limsup 95%=21.15, scor minim 6, maxim 25). Testul Mann-Whitney ne arată diferență statistică nesemnificativă între cele două distribuții (Rang mediu GE=12.75, Rang mediu GC = 12.25, U=69, Z=-.175, p (bidirecțional)=.861).

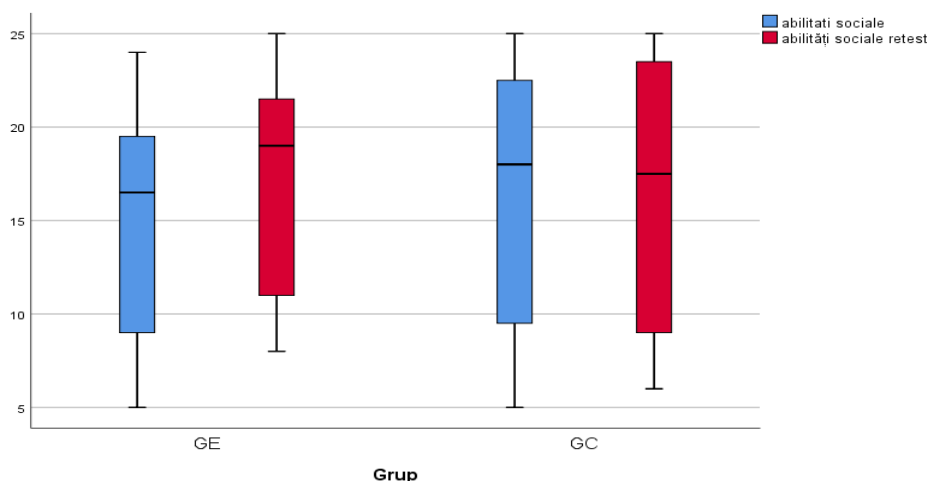


Figura 3.33. Grafice boxplot pentru variabila Abilități sociale (test și retest)

În urma participării la grupul experiențial, constatăm o creștere a nivelului global de Inteligență emoțională pentru GE. În privința dimensiunilor IE, am înregistrat creșteri la Recunoașterea emoțiilor altora, Recunoașterea propriilor emoții, Reglarea emoțională, Utilizarea propriilor emoții, Optimism. GE și GC nu au obținut rezultate diferite la scala de Abilități sociale.

Comparații test -retest pentru Grupul Experimental și Grupul de Control

Prezentăm în continuare rezultatele înregistrate de GE test-retest, la fel și pentru GC. Am aplicat testul statistic neparametric Wilcoxon, alternativa neparametrică a Testului t pentru perechi, dată fiind mărimea redusă a grupului.

1. Risc domestic

Pentru GE în etapa test media a fost 22.2 (AS=2.25, min 18, max 26), iar în etapa retest media a scăzut la 17.1 (AS=2.43, min 14, max 22). Testul Wilcoxon este semnificativ ($W=-3.077$, $p=0.002$).

Pentru GC în etapa test media a fost 21.9 (AS=2.97, min 15, max 25), iar în etapa retest media a fost 21.8 (AS=3.11, min 15, max 26). Testul Wilcoxon este nesemnificativ ($W=-1$, $p=0.317$).

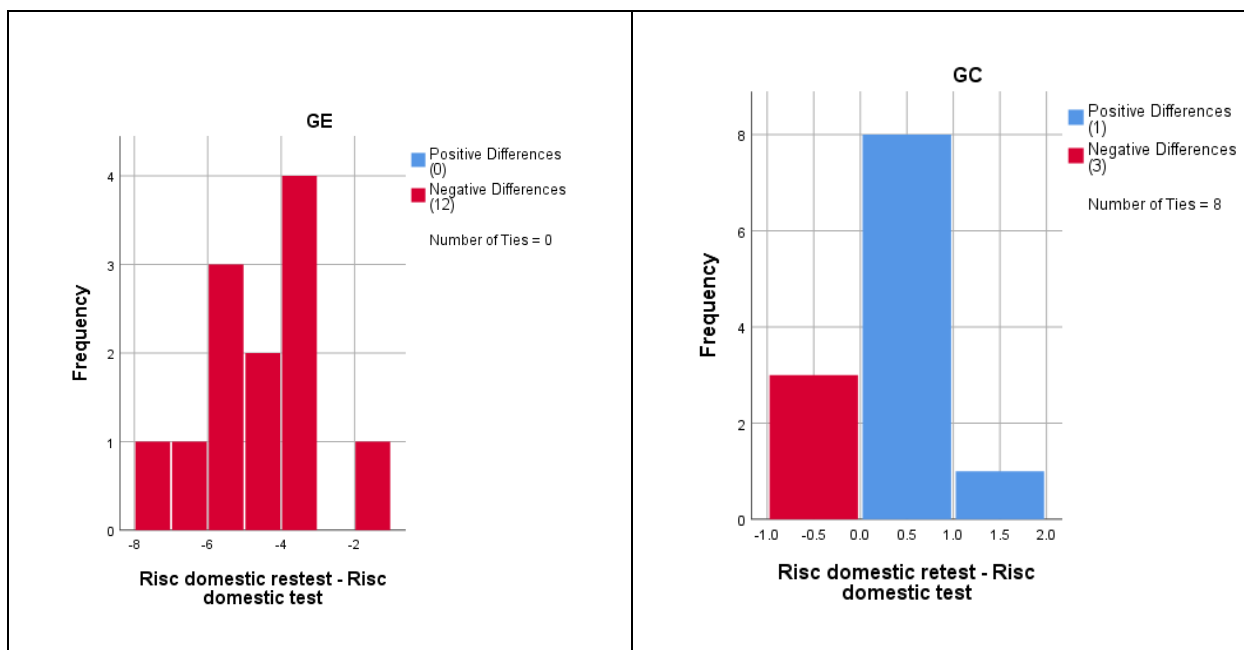


Figura 3.34. Scoruri comparative la proba Risc domestic GE test/retest și GC test/retest

2. Agresivitate

La Agresivitate globală pentru GE în etapa test media a fost 132.1 (AS=14.91, min 99, max 150), iar în etapa retest media a scăzut la 114.8 (AS=10.23, min 92, max 128). Testul Wilcoxon este semnificativ ($W=-3.07$, $p=0.002$).

Pentru GC în etapa test media a fost 129.8 (AS=16.9, min 103, max 160), iar în etapa retest media a fost 21.8 (AS=16.60, min 104, max 160). Testul Wilcoxon este nesemnificativ ($W=-979$, $p=0.327$).

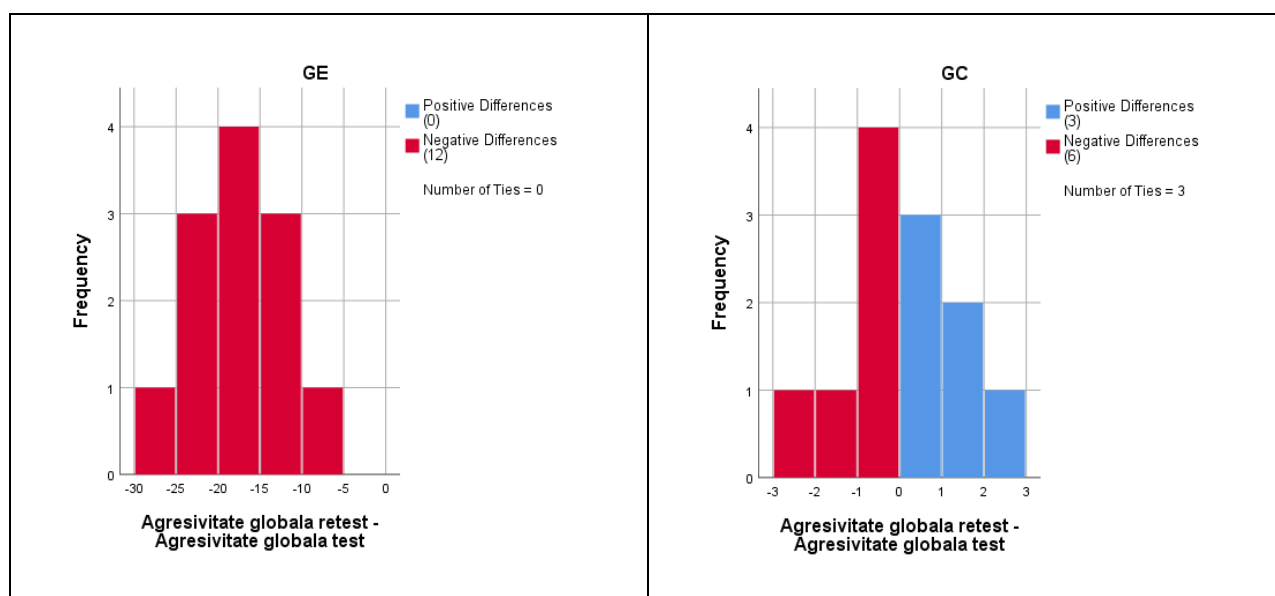


Figura 3.35. Scoruri comparative la proba Agresivitate globală GE test/retest și GC test/retest

Rezultatele pentru GE test-retest și GC test-retest sunt prezentate sintetic în Tabelele de mai jos. Observăm reduceri semnificative statistic pentru toate componentele Agresivității la GE și modificări ne semnificative pentru GC.

Tabel 3.2. Comparații pentru mediile test și retest GE – dimensiuni Agresivitate

Variabila	MEDIA (AS)		Z	p
	test	retest		
Ag. Fizică	27 (AS=5.2)	22.1 (2.9)	-2.807	0.005
Ag. Verbală	21.08 (2.9)	19.6 (2.01)	-2.546	0.011
Ostilitate	35 (4.2)	29.6 (3.4)	-2.536	0.0001
Ag. Indirectă	25.2 (3.1)	21.5 (2.9)	-3.071	0.002
Furie	23.7 (6.7)	21.6 (2.02)	-2.816	0.005

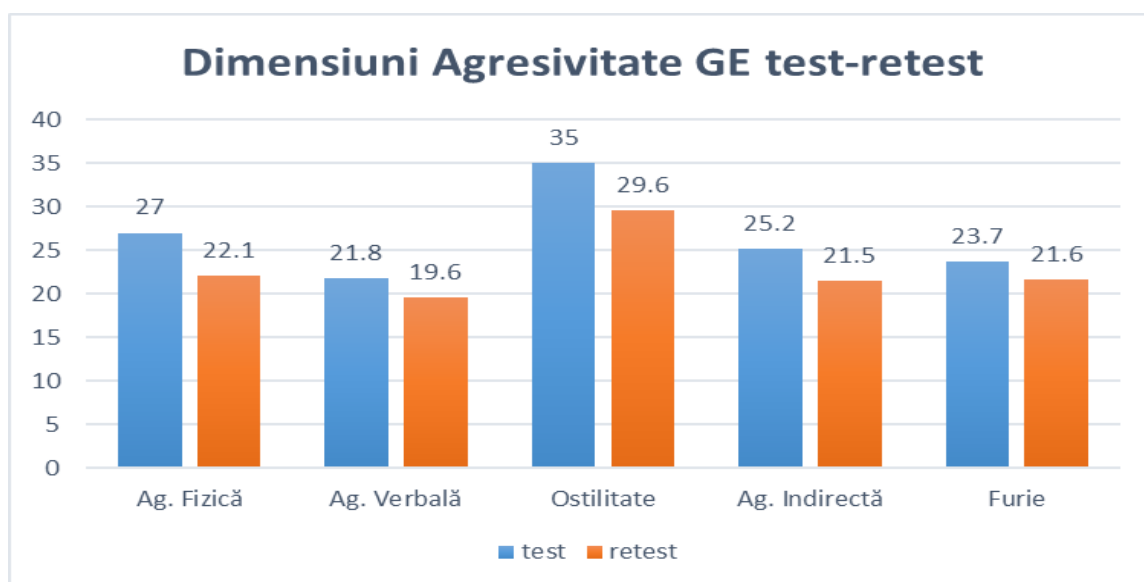


Figura 3.36. Comparații pentru mediile test și retest GE – dimensiuni Agresivitate

Tabel 3.3. Comparații pentru mediile test și retest GC – dimensiuni Agresivitate

Variabila	MEDIA (AS)		Z	p
	test	retest		
Ag. Fizică	25.5 (AS=7.1)	22.1 (2.9)	-1.667	0.096 ns.
Ag. Verbală	19.5 (4.1)	19.6 (2.01)	-0.707	0.480 ns.
Ostilitate	35.4 (3.7)	29.6 (3.4)	-0.789	0.414 ns.
Ag. Indirectă	25.7 (3.3)	25.7 (2.9)	-0.743	0.488 ns.
Furie	23.5 (6.7)	23.3 (6.5)	-0.816	0.458 ns.

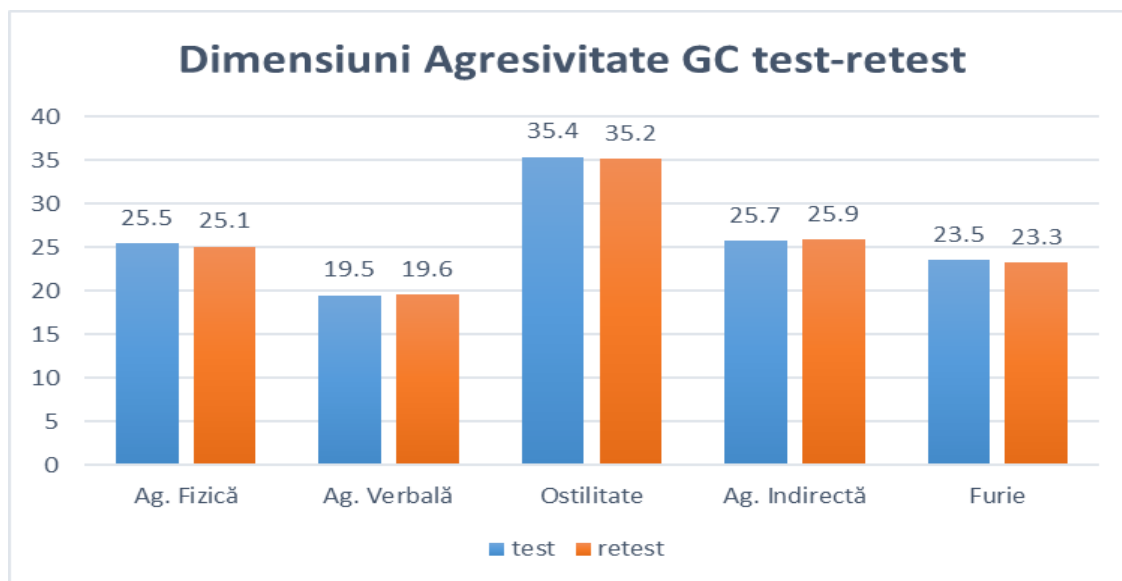


Figura 3.37. Comparații pentru mediile test și retest GC – dimensiuni Agresivitate

Concluzie. Grupul care a participat la programul de intervenție psihologică a înregistrat scăderi semnificative pentru toate dimensiunile Agresivității și pentru nivelul global al acesteia.

3. DASS-21

Depresie. La Chestionarul de evaluare a Depresiei, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 7.1 (AS=3.2), nivel moderat, iar după încheierea programului de intervenție o medie de 4.1 (AS=1.44). În urma aplicării testului neparametric Wilcoxon identificăm semnificația statistică diferenței dintre cele două distribuții test-retest ($Z = -3.078$; $p = 0.002$).

GC în faza test a raportat o medie de 7.25 (AS=3.9) corespunzătoare unui nivel moderat de depresie, iar în faza retest o medie de 7.17 (AS=3.6). Testul Wilcoxon este nesemnificativ ($Z = -3.78$; $p = 0.705$)

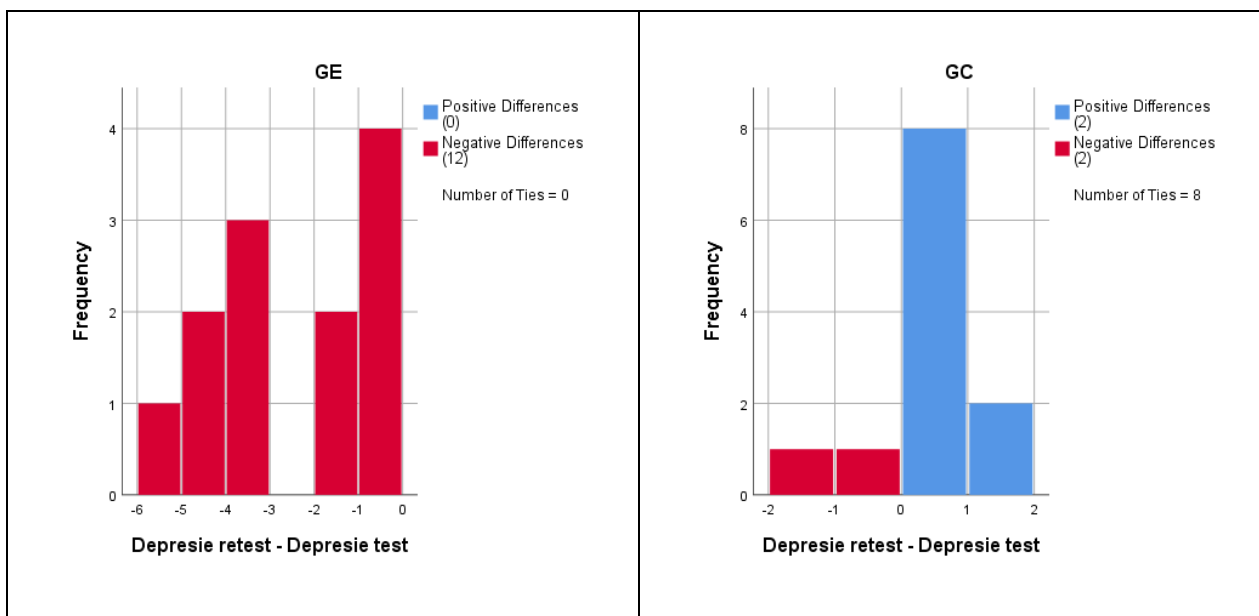


Figura 3.38. Scoruri comparative la proba Depresie GE test/retest și GC test/retest

Constatăm o reducere semnificativă a tendințelor depresive la GE.

Anxietate. La Chestionarul de evaluare a Anxietății, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 7.1 (AS=1.44)), nivel moderat, iar după participarea la program o medie 4.4 (AS=1.08). Testul de semnificație Wilcoxon este valabil ($Z=-3.097$, $p=0.003$)

GC a înregistrat în faza de test o medie de 7.7 (AS=1.61), corespunzătoare unui nivel moderat de anxietate. În urma aplicării testului neparametric Wilcoxon identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($Z = 0.378$; $p=0.705$).

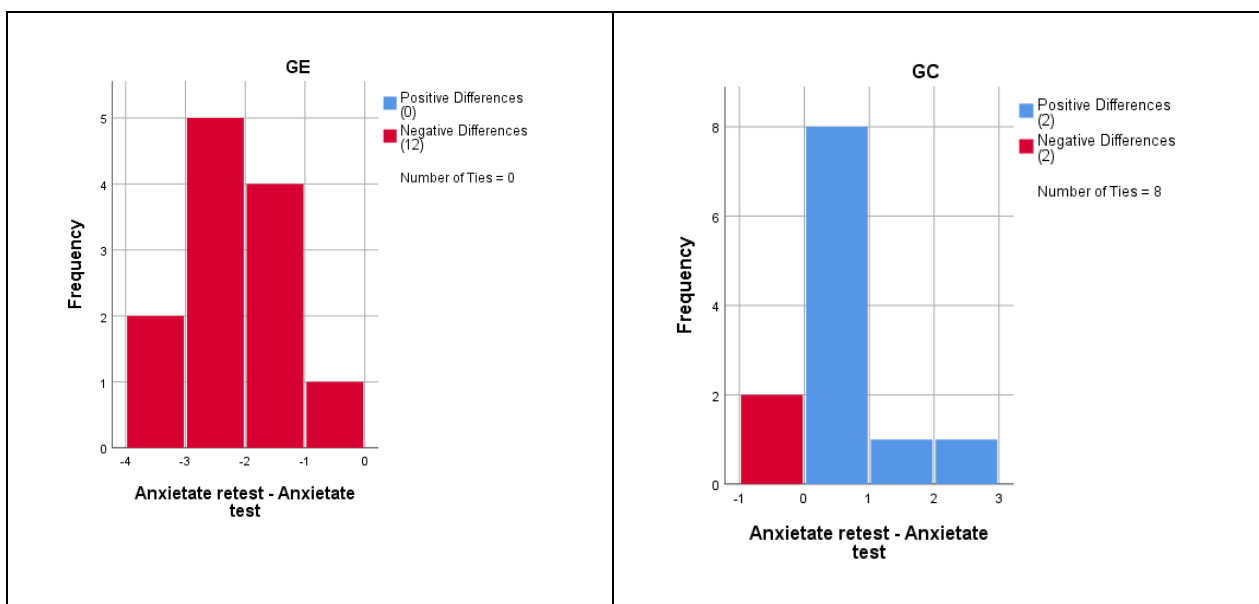


Figura 3.39. Scoruri comparative la proba Anxietate GE test/retest și GC test/retest

Constatăm o reducere semnificativă a tendințelor anxioase în cazul participantelor din GE.

Stres. La Chestionarul de evaluare a Stresului, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 12.58 (AS=2.39), nivel sever, iar în faza de retest o medie de 8.1 (AS=1.98). Testul Wilcoxon este semnificativ ($Z=-2.971$, $p=0.003$).

GC a obținut în test o medie de 11.17 (AS=2.36), corespunzătoare unui nivel sever de stres. În urma aplicării testului neparametric Wilcoxon identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($Z = -0.577$; $p=0.564$).

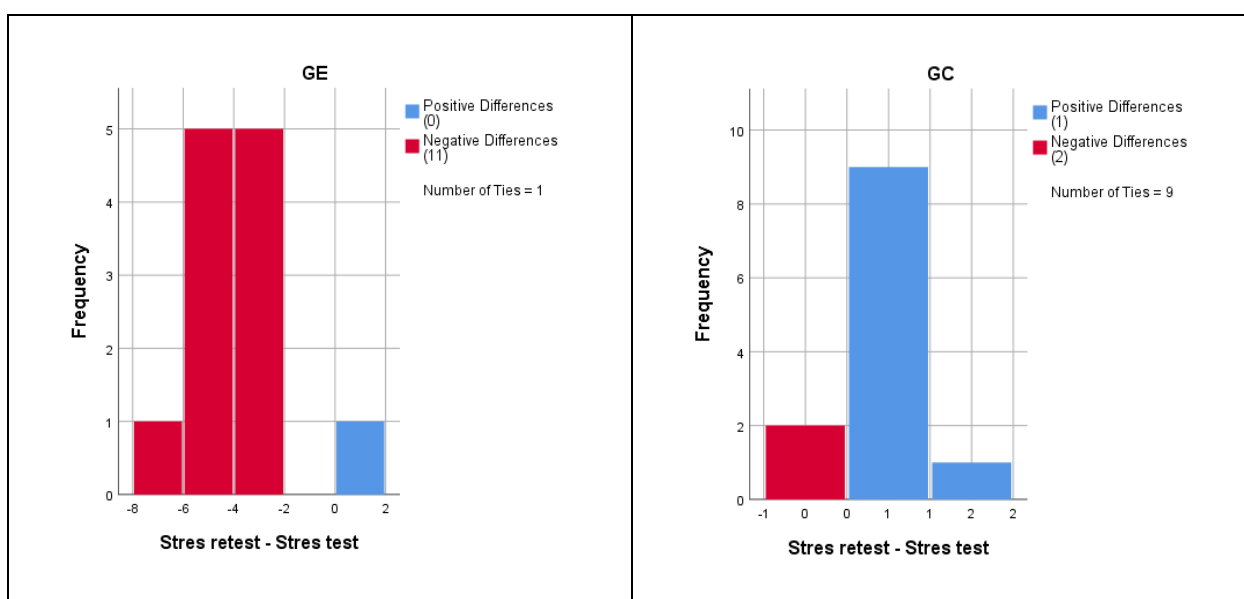


Figura 3.40. Scoruri comparative la proba Stres GE test/retest și GC test/retest

Constatăm reducerea nivelului de stres în urma participării la grupul experiențial.

3. PID-5.

Datele obținute la PID-5 le vom prezenta în tabele sintetice în cele ce urmează. Datele se găsesc în Anexa 4.

Tabel 3.4. Comparații pentru mediile test și retest GE – scale PID-5

Scală PID-5	MEDIA (AS)		Z	p
	test	retest		
Afect negativ	6 (AS=3.27)	2.2 (1)	-2.699	0.007
Detașare	6.17 (2.3)	3.7 (1.7)	-3.090	0.002
Antagonism	5.7 (4)	2.7 (1.6)	-2.813	0.005
Dezinhibiție	3.8 (6.7)	3.6 (2.1)	-0.816	0.48 ns.
Psihotism	4.3 (3)	4.08 (3.23)	-1.134	0.257

Constatăm reducerea Afectului negativ, a Detașării și Antagonismului pentru GE retest față de GE test.

Tabel 3.5. Comparații pentru mediile test și retest GC – scale PID-5

Scală PID-5	MEDIA (AS)		Z	p
	test	retest		
Afect negativ	8.08 (AS=5.4)	8.1 (5.2)	-0.997	0.317 ns.
Detașare	4.17 (3.3)	4.4 (3.1)	-0.690	0.490 ns.
Antagonism	6.2 (3..8)	6.6 (3.7)	-1.134	0.257 ns.
Dezinhibiție	4.9 (2.6)	5 (2.5)	-0.378	0.705 ns.
Psihotism	3.6 (3.2)	3.8 (3.2)	-0.998	0.317 ns.

4. Stima de sine.

La Chestionarul Stimă de sine, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică GE a înregistrat o medie de 20 (AS=4.61), iar în etapa de retest o medie de 25.8 (AS=3.41). Testul Wilcoxon este semnificativ ($Z=3.071$, $p=0.002$)

GC în faza de test a avut o medie de 18.3 (AS=6), corespunzătoare unui nivel mediu, în etapa de retest participantele au raportat o medie de 18.0 (AS=5.03), Testul Wilcoxon fiind nesemnificativ ($Z=1.066$, $p=0.286$).

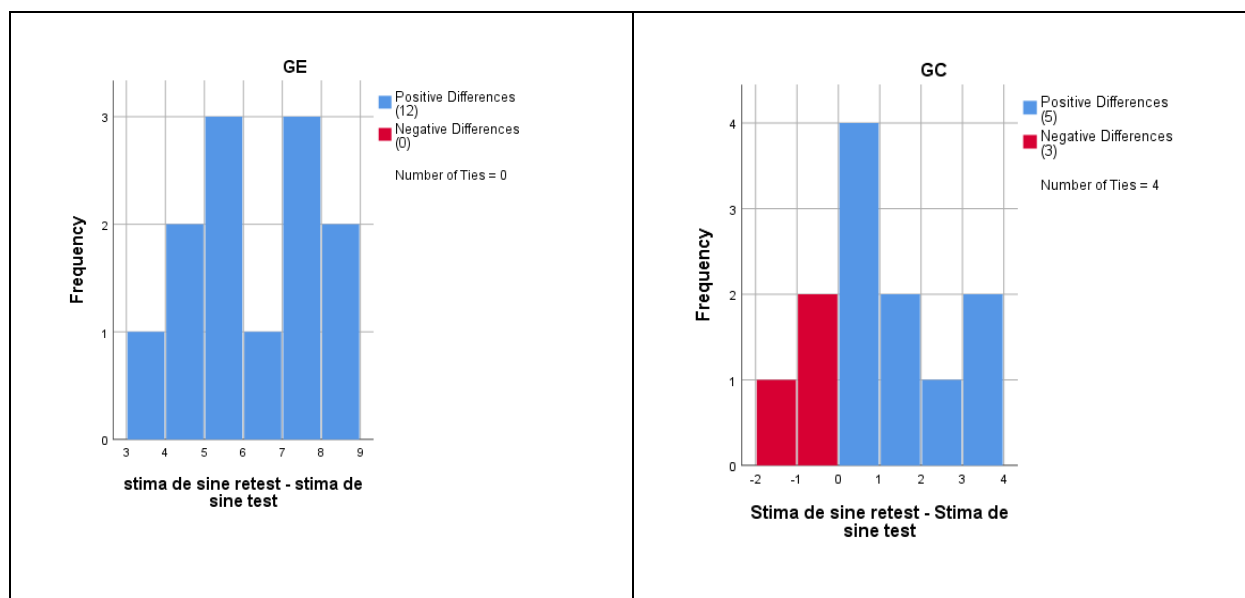


Figura 3.41. Scoruri comparative la proba Stimă de sine GE test/retest și GC test/retest

Deci, constatăm o creștere semnificativă a nivelului stimei de sine pentru GE în urma participării la program.

5. Reziliență.

Înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 30.1 mediu de limită (AS=7.51), iar în faza retest 36.1 (AS=5.78). Testul Wilcoxon arată o diferență semnificativă a mediilor rangurilor ($Z=3.07$, $p=0.002$).

GC a obținut o medie de 29 (AS=7.06, ES=2.03, liminf 95%=24.52, limsup 95%=33.48), corespunzătoare unui nivel scăzut la limită cu mediu. Testul Wilcoxon este ne semnificativ ($Z=0.002$, $p=0.997$).

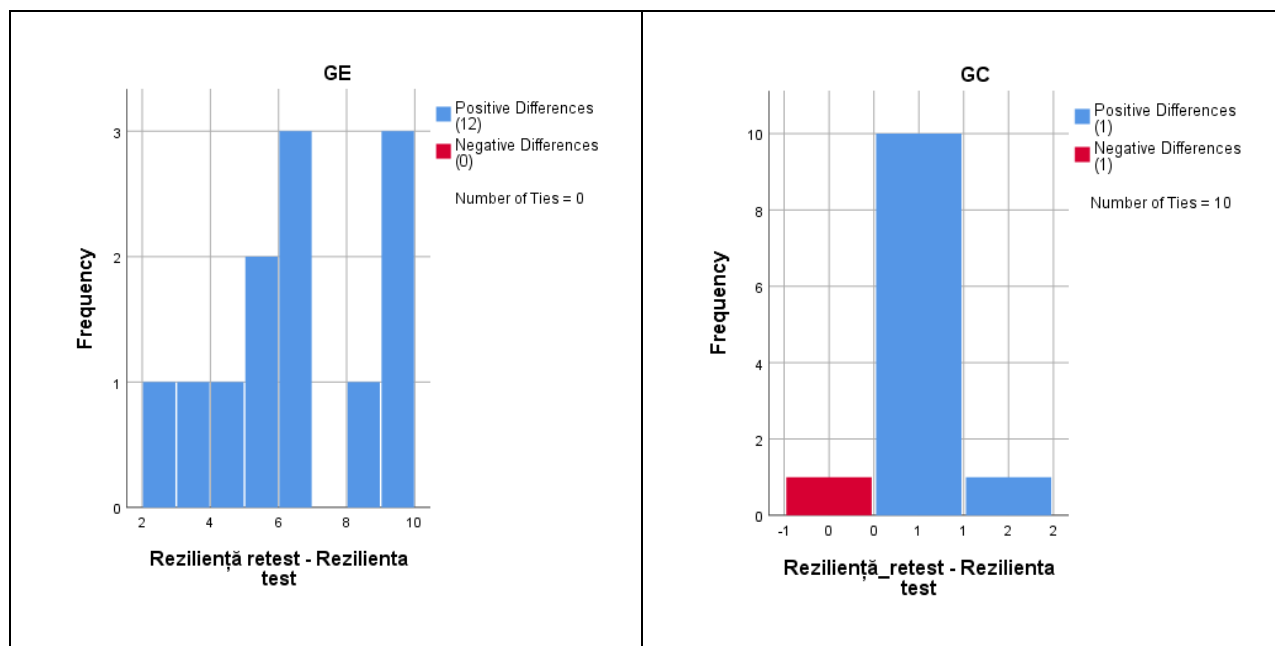


Figura 3.42. Scoruri comparative la proba Reziliență GE test/retest și GC test/retest

În urma participării la grupul de dezvoltare, GE a înregistrat o creștere semnificativă a nivelului de Reziliență în faza retest comparativ cu faza test.

6. Locus control.

Chestionarul de Locus control evaluează atribuirea responsabilității individului asupra acțiunilor proprii. Prelucrarea rezultatelor generează trei poziții ale locusului control: intern (0-6 puncte), intermediar (7-15 puncte) și extern (16-40 puncte). Înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 19.42 (locus control extern) (AS=6.44), iar după desfășurarea programului o medie de 15.2 (AS=4.65), poziționare intermediară, cu tendință clară de internalizare.

GC în test a avut o medie de 19.3 (AS=6.45). În urma aplicării testului neparametric Wilcoxon identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($Z = 0.577$; $p=0.564$).

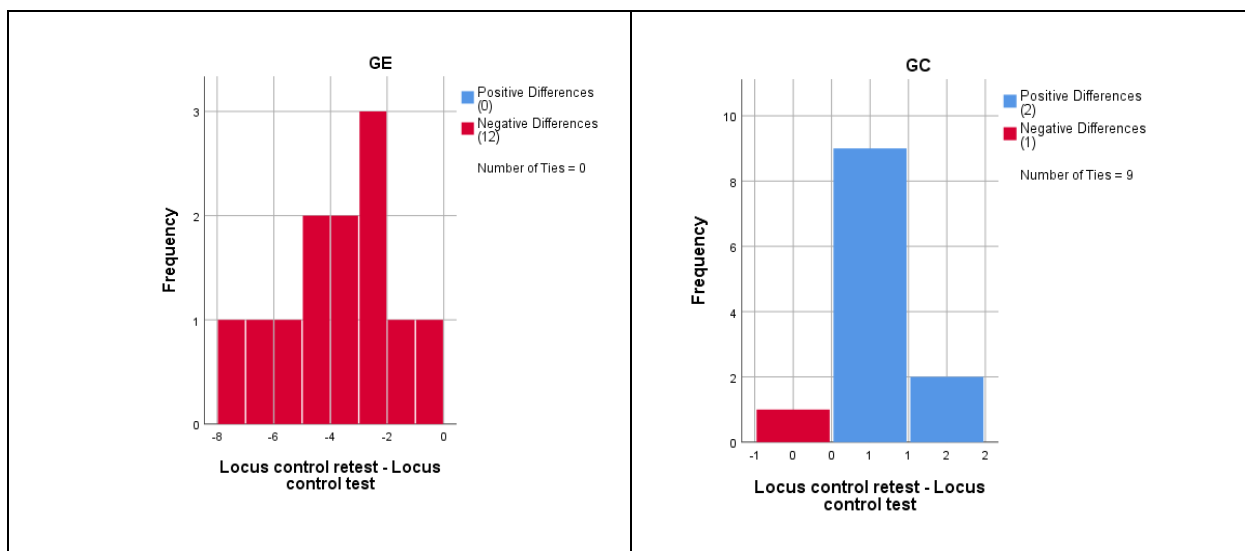


Figura 3.43. Scoruri comparative la proba Locus control GE test/retest și GC test/retest

Constatăm pentru GE tendința de internalizare a locusului control în urma participării la grupul experiențial după analiza test-retest.

7. Inteligență emoțională nivel global

La Chestionarul de Inteligență emoțională, înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 98.3 (AS=20.46), iar în faza retest 123.3 (AS=9.15). Testul Wilcoxon este semnificativ ($Z=3.062$, $p=0.002$).

GC a raportat în etapa test o medie de 98.8 (AS=16.14) corespunzătoare unui nivel mediu. În urma aplicării testului neparametric Wilcoxon constatăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($Z = -0.134$; $p=0.893$).

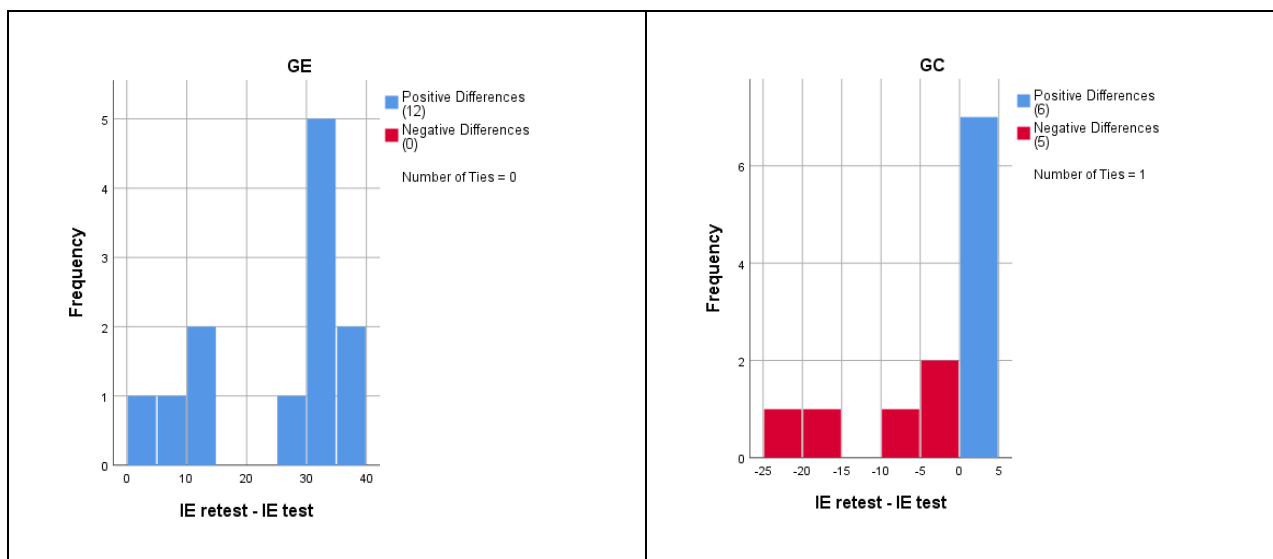


Figura 3.44. Scoruri comparative la proba IE - GE test/retest și GC test/retest

În Tabelele de mai jos sunt prezentate sintetic rezultatele test-retest pentru GE și GC.

Tabel 3.6. Mediile și testul Wilcoxon pentru IE și dimensiuni (GE)

Scală IE	MEDIA (AS)		Z	p
	test	retest		
IE globală	98.2 (AS=20.4)	123.3 (9.14)	-3.062	0.002
Aprecierea emoțiilor altora	17.7 (4.6)	24.7 (2.9)	-3.064	0.002
Aprecierea propriilor emoții	13.5 (5.8)	21.9 (3.7)	-2.069	0.003
Reglarea emoțională	16.2 (6.9)	21.1 (4)	-3.065	0.002
Utilizarea propriilor emoții	17.8 (4.9)	24.42 (4.7)	-3.108	0.0001
Optimismul	11.4 (3.3)	13.9 (2.7)	-3.027	0.001
Abilități sociale	14.6 (6.5)	17.1 (5.8)	-2.820	0.005

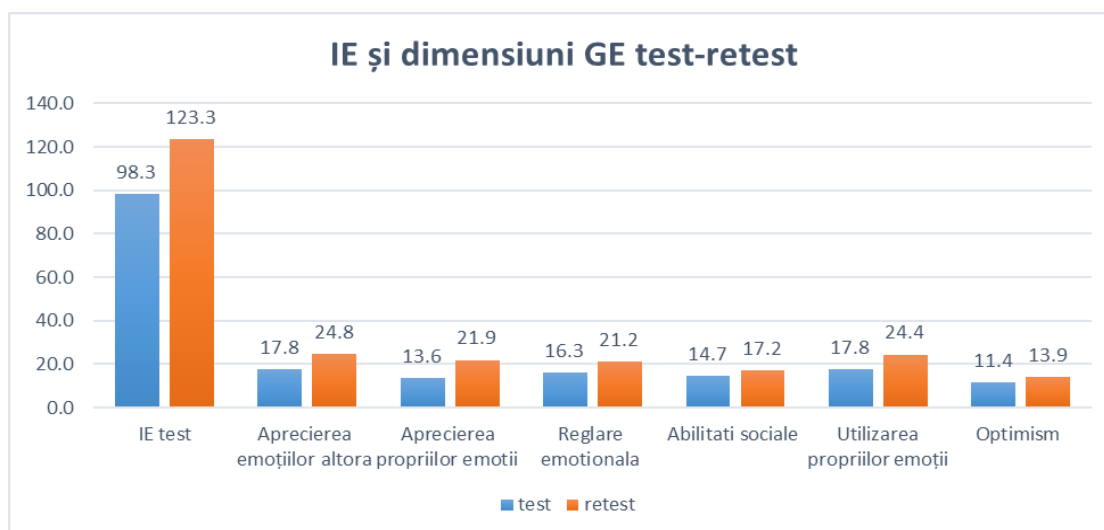


Figura 3.45. Mediile pentru IE și dimensiuni (GE)

Tabel 3.7. Mediile și testul Wilcoxon pentru IE și dimensiuni (GC)

Scală IE	MEDIA (AS)		Z	p
	test	retest		
IE globală	98.7 (AS=16.1)	95.5 (13.3)	-0.134	0.893 ns.
Aprecierea emoțiilor altora	19.5 (5.7)	19.4 (5.5)	-0.033	0.317 ns.
Aprecierea propriilor emoții	14.6 (5.3)	14.9 (3.7)	-1.134	0.257 ns.
Reglarea emoțională	13.5 (4.5)	13.9 (3.8)	-1.184	0.457 ns.
Utilizarea propriilor emoții	19.9 (6)	19.81 (4.7)	-0.117	0.971 ns.
Optimismul	10.6 (3.6)	11.9 (4)	-0.033	0.317 ns.
Abilități sociale	16.1 (7.3)	16.4 (7.4)	-0.750	0.453 ns.

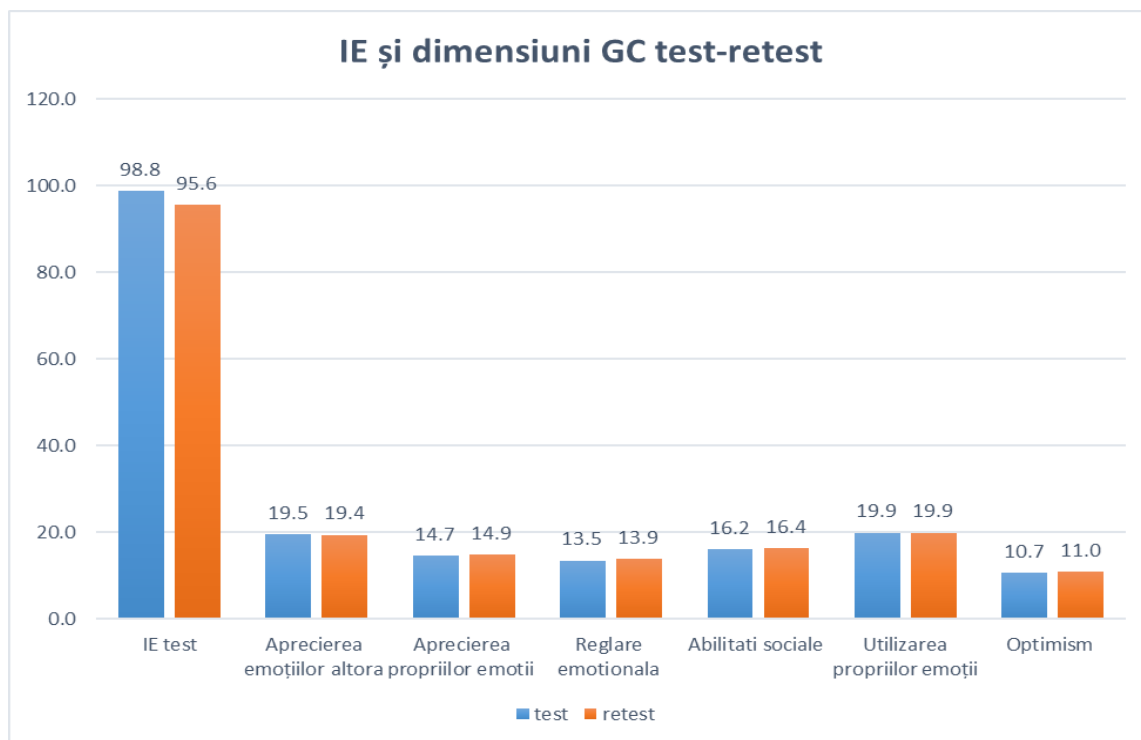


Figura 3.46. Mediile și testul Wilcoxon pentru IE și dimensiuni (GC)

Programul de intervenție a crescut nivelul IE global și dimensiuni.

8. Binele psihologic nivel global.

Înainte de desfășurarea programului de intervenție psihologică, GE a înregistrat o medie de 20.92 (nivel la limita dintre redus și mediu) (AS=3.45), în faza test am înregistrat o medie de 27.67 (AS=2.84), Testul Wilcoxon este semnificativ ($Z=3.088$, $p=0.002$)

GC a înregistrat în etapa test o medie de 21.25 (AS=2.22) corespunzătoare unui nivel mediu și în etapa de retestare o medie de 21.5 (AS=1.98) În urma aplicării testului neparametric Wilcoxon identificăm lipsa semnificației statistice a diferenței dintre cele două distribuții ($Z = -1.732$, $p=.083$).

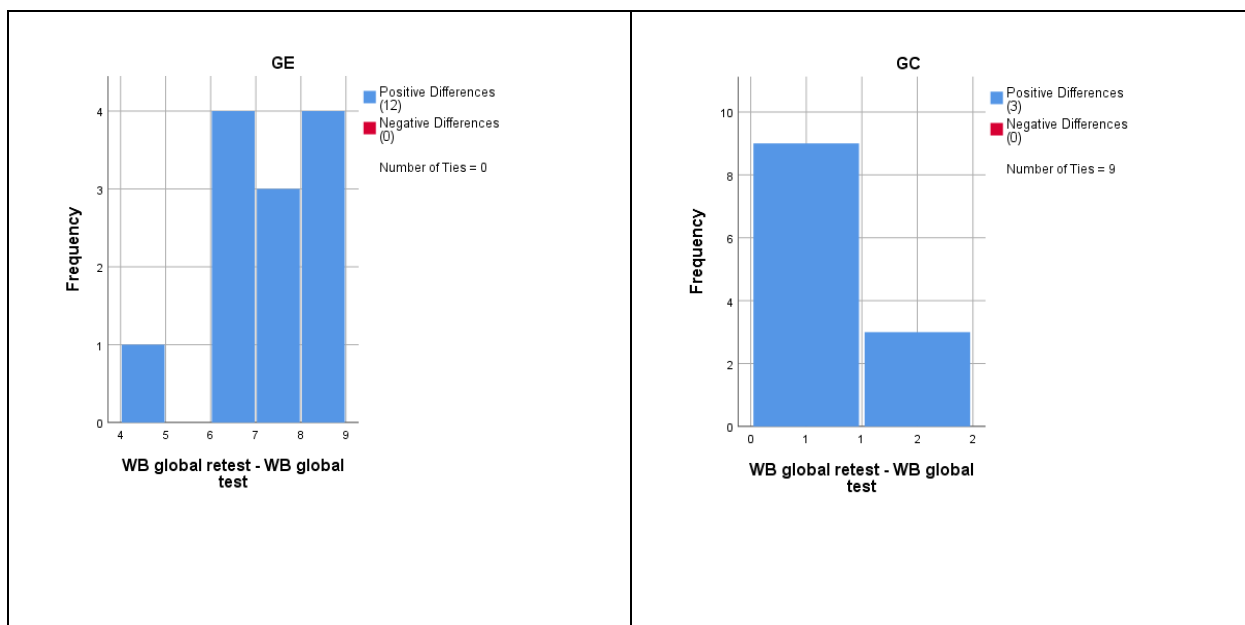


Figura 3.47. Scoruri comparative la proba Stare de sine globală GE test/retest și GC test/retest

La nivelul global al Binelui psihologic, înregistrăm o creștere pentru GE după desfășurarea programului de intervenție.

În Figurile 3.48 și 3.49 sunt prezentate sintetic rezultatele obținute de GE test-retest și GC test retest la scalele care măsoară dimensiunile Binelui psihologic.

Pentru GE am obținut diferențe în cele două testări, înainte și după participarea la programul de intervenție, testele Wilcoxon aplicate fiind semnificative pentru Autonomie ($Z=-3.088$, $p=0.002$), Auto-eficacitate ($Z=-2.986$, $p=0.005$), Relații pozitive cu ceilalți ($Z=-3.071$, $p=0.003$), Acceptare de sine ($Z=-3.065$, $p=0.001$), Creștere personală ($Z=-3.063$, $p=0.001$), Scopul în viață ($Z=-3.064$, $p=0.0001$).

Pentru GC nu am înregistrat schimbări semnificative în faza retest față de evaluarea de dinaintea programului de intervenție.

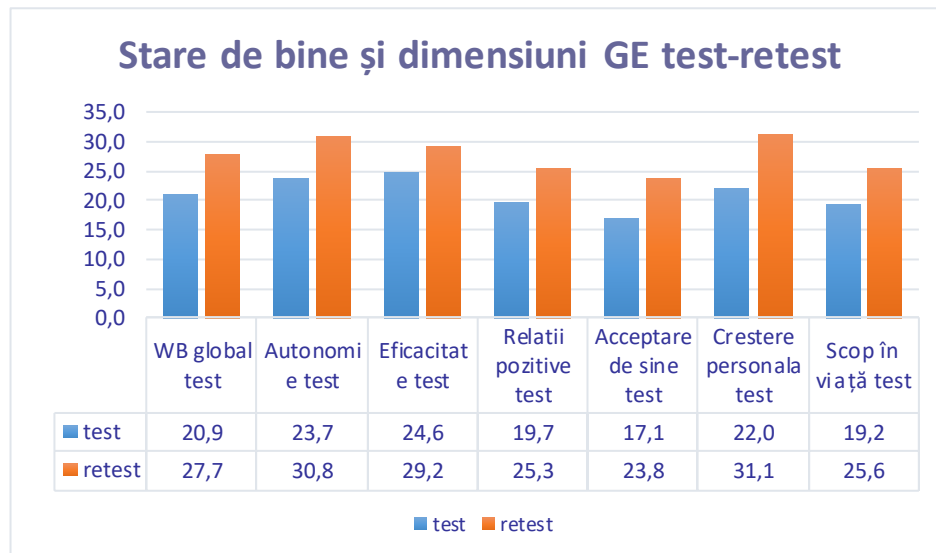


Figura 3.48. Mediile pentru Stare de bine și dimensiuni (GE)

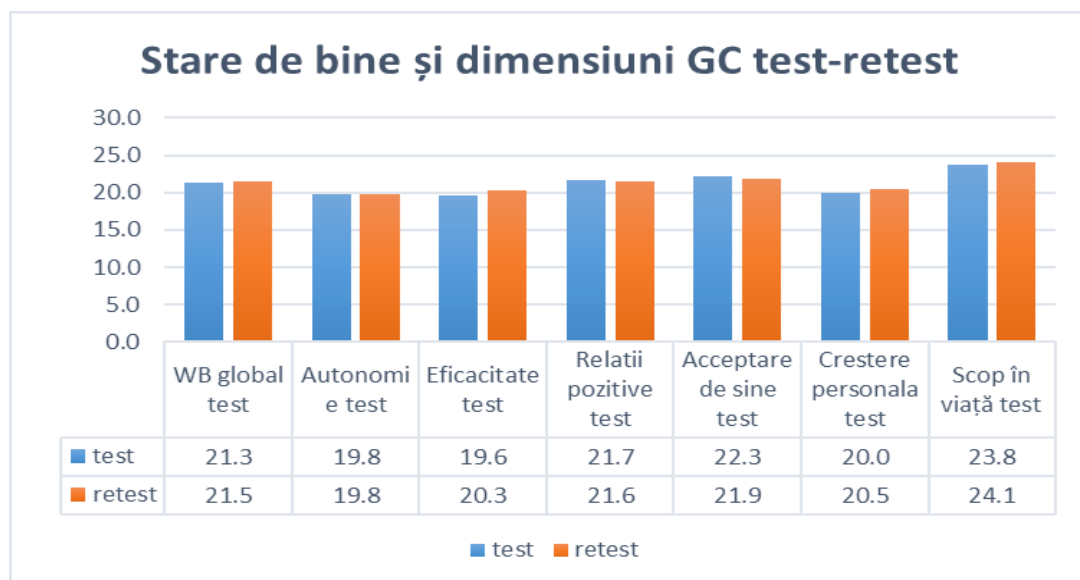


Figura 3.49. Mediile pentru Stare de bine și dimensiuni (GC)

În concluzie, în urma participării la programul de intervenție, GE a înregistrat o creștere a Autonomiei, Autoeficacității, Acceptării de sine și Creșterii personale. De asemenea, s-a ameliorat percepția privind Relațiile pozitive și Scopul în viață.

3.3. Concluzii la Capitolul 3

1. Dezvoltarea personală a tinerelor femei provenite din medii agresive reprezintă un proces complex care poate schimba profilul femeilor implicate în fenomenul violenței domestice atât în ipostaza de victimă, cât și de agresor.

2. Tinerele femei din grupul de control nu au înregistrat schimbări semnificative în privința factorilor psihologici evaluați, fapt care dovedește că mediul agresiv are un impact stabil asupra personalității și factorilor psihologici evaluați.

3. Tinerele femei din grupul experimental au raportat rezultate ce indică modificarea factorilor psihologici evaluați. Analiza statistică a datelor test-retest obținute de femeile din grupul experimental la *Scala de Evaluare a pericolului* a evidențiat faptul că, tinerele femei au fost capabile să schimbe și să amelioreze semnificativ condițiile unui mediu familial agresiv, fiecare indentificând soluțiile proprii, schimbând percepția asupra vieții de familie/parteneriat și comportamentul.

4. Stima de sine a fost, de asemenea, ameliorată pentru grupul experimental, iar Locus controlul a înregistrat o tendință de internalizare.

5. Analiza mediilor scorurilor obținute la proba de *Inteligență emoțională Schutte* a evidențiat creșterea semnificativă a nivelului de inteligență emoțională global, cât și a dimensiunilor acesteia, grupul experimental a înregistrat o mărire semnificativă a rezilienței și ameliorări ale stării de bine psihologic.

6. Prin aplicarea testului Mann-Whitney au fost evidențiate diferențe semnificative statistic între rezultatele obținute de grupul experimental și cel de control, în etapa retest la majoritatea instrumentelor utilizate, fapt care evidențiază impactul semnificativ pozitiv al Programului de intervenție psihologică pentru dezvoltarea anumitor trăsături ale personalității tinerelor femei descendente din medii agresive. Rezultatele statistice obținute demonstrează eficiența metodelor și tehnicilor Programului de intervenție aplicate în dezvoltarea personală a tinerelor femei participante la experiment.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Violența domestică este un fenomen larg răspândit în întreaga lume și afectează femeile indiferent de vârstă, condiție, rasă sau nivel de educație. Lucrarea de față a plecat de la premisa că femeile care provin din medii agresive/violente sunt mai susceptibile de a fi victime ale abuzurilor în relațiile lor adulte, romantice, consensuale, maritale. Motivația acestui fapt ar fi aceea că ele, cunoscând paternul, confundă abuzul partenerului cu normalitatea și tind să intre în relații abuzive, unele crezând că îl pot schimba, altele perpetuând o condiție a victimei care nu poate exista fără agresorul ei. Teza de bază a lucrării a fost fundamentată pe convingerea că fenomenul violenței domestice poate fi diminuat în primul rând prin emanciparea victimelor,

care devin, de multe ori, și agresori la rândul lor, prin dezvoltarea psiho-emoțională a femeilor predispuse să intre și să accepte coabitarea în medii familiale abuzive, agresive, violente.

Demersul de cercetare întreprins ne-a condus către formularea următoarelor concluzii, care se raliază cercetărilor desfășurate în acest domeniu de stringentă actualitate și urgență:

1. Expunerea la medii disfuncționale în copilărie poate avea un impact deosebit de puternic asupra adaptării emoționale pentru un timp îndelungat, ce trece de perioada de adolescență, impactând adultul tânăr și, uneori, tot parcursul de viață. Atât experimentarea, cât și asistarea la violența domestică produc la femei simptome de stres posttraumatic și reduc sentimentul de securitate [207; 129; 131; 116]. Fără oportunități de interacțiuni pozitive, tinerele nu reușesc să dezvolte competențe sociale și parteneriale care le-ar permite să aibă succes în grupuri normative. Astfel, tinerele cu comportament agresiv intră în relații romantice și matrimoniale cu parteneri disfuncționali. Mediile disfuncționale familiale, la fel și cele de la egal la egal și comunitare, pot influența puternic dezvoltarea și afișarea prejudecăților în raționamentele sociale ostile. Funcționalitatea familiei, ca mediu primar de dezvoltare devine un factor explicativ al tulburărilor de comportament la tinerele femei.

2. La nivel global, victimele agresiunii domestice sunt, în general, femei, iar femeile tind să experimenteze forme violente mai severe. Patern-urile disfuncționale generate de violență au tendința de a fi perpetuate, femeia continuând să devină victimă, agresor, de cele mai multe și una și alta. Femeile tinere care provin din medii violente au tendința de a accepta un model de comportament agresiv în propria familie, de aceea acestea au nevoie de programe în care să conștientizeze și să schimbe aceste modele, schimbând propriul comportament acolo unde este cazul sau respingându-l în cazuri extreme, pentru a opri perpetuarea unui fenomen care face victime[129; 130; 131].

3. Agresiunea domestică afectează femeile indiferent de datele lor demografice, iar femeile descendente din medii agresive au un nivel de *agresivitate* mai ridicat decât cele care provin din medii familiale de origine non-agresive. Deși femeile victime ale violenței domestice au un partener violent, unele dintre ele rămân în relații violente, răspunzând la rândul loc cu *violență fizică, verbală indirectă*, de asemenea manifestă afecte negative și comportamente asociate lor precum *furia și ostilitatea*. Există mai multe cauze pentru care acestea rămân în relații agresive, alături de factori externi, cum ar fi cei economici și sociali, unele din ele fiind strategiile de coping ineficiente, anumite trăsăturile de personalitate și factorii emoționali, ca predictorii posibili pentru femeile rămase în relații violente. Înțelegerea factorilor care contribuie la agresiunea în familie și a factorilor care afectează o femeie care rămâne într-o relație abuzivă este importantă pentru programul de prevenire, precum și elaborarea unui plan de recuperare

psihologică al femeilor victime ale violenței domestice. Expunerea la agresivitate încă din copilărie perturbă dezvoltarea în contact cu propriul eu, diminuează capacitatea potențială a persoanei de a se înțelege pe sine și pe ceilalți, fapt constatat în studiul experimental prin scorurile mai joase obținute la *inteligența emoțională* de femeile tinere care provin din medii agresive comparativ cu femeile din medii non-agresive. Remarcăm diferențe semnificative la următoarele componente: *recunoașterea emoțiilor proprii și ale altora, utilizarea emoțiilor, optimismul ca trăsătură de inoculare a speranței* [115; 44].

4. În cercetare am stabilit că tinerele femei victime ale violenței domestice înregistrează scoruri semnificativ mai ridicate la scalele clinice care măsoară *depresia, anxietatea, stresul, afectele negative, detașarea, antagonismul* [114]. Am constatat că femeile tinere descendente din medii agresive înregistrează un nivel al *stimei de sine* mai scăzut decât femeile din medii non-agresive. Femeile care provin din medii agresive raportează un nivel de *reziliență* semnificativ mai scăzut decât populația feminină provenită din medii non-agresive, aspect explicat prin faptul că violența experimentată a slăbit sau chiar a afectat reziliența tinerelor femei, ceea ce este de o importanță crucială pentru procesul de recuperare după traume. Rezultatele obținute de noi se realizează cercetărilor care au investigat, la rândul lor, efectele distructive pe care violența le are asupra sănătății psihice, cu repercursiuni asupra întregii vieți [44].

5. Toți acești factori de mai sus, afectați de mediul abuziv, agresiv și violent, generează o stare de *bine psihologic* drastic diminuată. Am stabilit diferențe semnificative pentru toate dimensiunile binelui psihologic și, implicit, pentru binele psihologic global, în funcție de mediului de proveniență al participantelor. Expunerea timpurie și în cursul vieții la agresivitate și violență afectează grav starea de bine psihologic a persoanelor în toate dimensiunile acesteia. Le afectează modul de a funcționa în mod autonom, sentimentul eficacității, relațiile cu ceilalți, acceptarea de sine din cauza controlului pe care abuzatorii îl exercită permanent. Este afectată, de asemenea creșterea personală și sentimentul unui scop în viață, persoanele fiind mai degrabă preocupate de supraviețuire și auto-apărare fizică și psihologică decât de planurile pe termen lung sau viziunea propriei vieți [115; 116; 129].

6. Intervenția psihologică de grup, realizată de către noi în cadrul *Programului de dezvoltare personală*, fundamentată pe principiile psihoterapiei experiențiale a unificării, a dezvoltat personalitatea în ansamblul său, prin conștientizări și insight-uri privind propria condiție umană și existențială a femeilor abuzate. Participantele la grupul de dezvoltare experiențială și-au mărit capacitatea de a recunoaște și evalua riscul domestic, contribuit la îmbunătățirea stării de conștientizare, iar propria agresivitate (fizică, verbală, furia, ostilitatea și agresivitatea indirectă) a fost diminuată. Dezvoltarea personală realizată în cadrul intervenției psihologice a îmbunătățit

calității vieții și astfel, indirect și implicit, *factorii protectivi au fost întăriți, iar cei de risc au fost diminuați.*

Sintetizând rezultatele științifice, vom concluziona că scopul și obiectivele de cercetare propuse au fost realizate pe deplin și ca urmare a fost *soluționată problema științifică importantă* care constă în identificarea particularităților de personalitate la tinerele femei provenite din medii agresive și evaluarea impactului unui program de intervenție psihologică pentru dezvoltarea personală a acestora.

Cercetarea dată prezintă și anumite *limite ale rezultatelor obținute*. O limită demnă de semnalat o reprezintă instrumentele de investigare, mai ales că o parte din ele sunt folosite în premieră și beneficiază de procesul de testare a validității, fidelității și etalonării doar pe populația cercetată în studiu și poate acest proces de validare a unor instrumente ar fi bine să continue. O altă limită a cercetării privind eficiența programului elaborat și implementat o constituie numărul relativ mic de participanți (un singur grup experimental). Depășirea acestor limitări se poate realiza prin implicarea unui număr mai mare de facilitatori/formatori cu competențe în dezvoltarea personală prin metode experiențiale și experiență în lucrul cu victimele abuzului domestic.

Rezultatele studiului teoretico-experimental privind dezvoltarea personală a tinerelor femei descendente din medii familiale agresive ne permit să formulăm următoarele **recomandări și sugestii privind cercetările de perspectivă:**

1. Implementarea în metodologia de lucru a psihologilor din cabinetele și centrele de consiliere și psihoterapie a femeilor victime ale violenței domestice, din Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din țară etc. a procedurii de evaluare psihologică a femeilor provenite din medii agresive.
2. Utilizarea de către psihologi, consilieri, psihoterapeuți a programului de intervenție psihologică, atât integru, cât și parțial, în lucrul cu victimele abuzului.
3. Extinderea demersului investigațional pe alte arii de cercetare, cum ar fi criteriul etnic, religios, vârstă, gen etc.
4. Inițierea cercetărilor științifice privind dezvoltarea instrumentelor de diagnosticare, măsurare și evaluare a traumei produse de expunerea la medii agresive.
5. Elaborarea și implementarea programelor de prevenție a comportamentelor agresive la copii și adolescenți prin dezvoltarea factorilor protectivi.

BIBLIOGRAFIE

1. ABRAMSKY, T., WATTS, C., GARCIA-MORENO, C. et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. In: *BMC Public Health*. 2011, vol. 11(1), p. 109. ISSN 1471-2458.
2. ADAMS, D. *Why do they kill? Men who murder their intimate partners*. New York: Trade paperback, 2007, 296 p. ISBN 9780826515698.
3. AGUILAR, R. J., NIGHTINGALE, N. N. The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. In: *Journal of Family Violence*, 1994, vol. 9, pp. 35–45. ISSN 0885-7482.
4. ALPERT, E. J., COHEN, S., SEGE, R. D. Family violence: An overview. In: *Academic Medicine*, 1997, vol. 72, Nr. 1, pp. 3-6. ISSN 1040-2446.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5. Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*. Editura: Medicală Callisto, 2016. 1000 p. ISBN 978-606-8043-14-2.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. The Personality Inventory for DSM-5-Brief Form (PID-5-BF) — Adult, 2013. [online] [Citat: 02.12.2016]. Disponibil: https://www.psychiatry.org/FileLibrary/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Brief-Form-Adult.pdf
7. ANDERSON, C. A., BUSHMAN, B. J. Human aggression. In: *Annual Review of Psychology*. 2002, vol. 53, pp. 27–51. ISSN 0066-4308.
8. ANDERSON, C. A., CARNAGEY, N. L. Violent evil and the general aggression model. In: *A. G. Miller (Ed.), The social psychology of good and evil*. New York: The Guilford Press, 2004, pp. 168-192. ISBN 9781593851944.
9. ANDERSON, K., RENNER, L., DANIS, F. Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. In: *Violence Against Women*. 2012. vol. 18(11), pp. 1279–1299. ISSN 1077-8012.
10. *Arizona Domestic Violence Fatality Report: A review of domestic violence related deaths from 2005–2008*. Arizona: Arizona Coalition Against Domestic Violence. 2009. [online] [Citat: 05.07.2013]. Disponibil: <https://www.acesdv.org/wp-content/uploads/2014/06/AzCADV-2005-2008-DV-Fatality-Report.pdf>
11. ASHLEY, J. *Battered wives. Discurs rostit în Parlamentul britanic la data de 16.07.1973*. [online] [Citat: 23.10.2015]. Disponibil: <https://api.parliament.uk>
12. BAIR-MERRITT, M. H., CROWNE, S. S., BURRELL, L. et al. Impact of intimate partner violence on children's well-child care and medical home. In: *Pediatrics*. 2008, vol. 121(3), pp. 473-480. ISSN 0031-4005.
13. BALDRY, A. C. Bullying in schools and exposure to domestic violence in Italy. In: *Child Abuse & Neglect*. 2003, vol. 27(7), pp. 713-732. ISSN 0145-2134.
14. BANK, L., BURRASTON, B. Abusive home environments as predictors of poor adjustment during adolescence and early adulthood. In: *Journal of Community Psychology*. 2001, vol. 29(3), pp. 195-217. ISSN 0090-4392.
15. BARDONE, A., MOFFITT, T., CASPI, A. et al. Adult Physical Health Outcomes of Adolescent Girls With Conduct Disorder, Depression, and Anxiety. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998, vol. 37 (6), pp. 594-601. ISSN 0890-8567.
16. *Barometru de gen. România, 2000*. București: Fundația pentru o Societate Deschisă și Gallup România, 2000. [online] [Citat: 17.05.2016]. Disponibil: <http://www.fundatia.ro/barometrul-de-gen-2000>
17. BARON, R. A., RICHARDSON, D. R. *Human Aggression. 2nd Edition*. New York: Plenum, 1994. 420 p. ISBN 978-0306-44-458-6.

18. BERKOWITZ, L. *Aggression: Its Causes, Consequences, and Control*. New York: McGraw-Hill, 1993. 485 p. ISBN 978-1566390330.
19. BIERMAN, K., WARGO, J. Predicting the longitudinal course associated with aggressiverejected, aggressive (nonrejected), and rejected (nonaggressive) status. In: *Development and Psychopathology*. 1995, vol. 7, pp. 669-682. ISSN 0954-5794.
20. BLACK, D., KAPLAN, T. Father kills mother: Issues and problems encountered by a child psychiatric team. In: *British Journal of Psychiatry*. 1988, vol. 163, pp. 624-630. ISSN 0007-1250.
21. BLAND, R., ORN, H. Family violence and psychiatric disorder. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1986, vol. 31, pp. 29-137. ISSN 0706-7437.
22. BUEHLER, C. Parents and Peers in Relation to Early Adolescent Problem Behavior. In: *Journal of Marriage and Family*, 2006, volume 68 (1), pp. 109-124. ISSN 0022-2445.
23. BUSS, A. H., PERRY, M. The Aggression Questionnaire. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992, volume 63(3), pp.452-459. ISSN 0022-3514.
24. BUTOI, I. T., BUTOI, T. *Psihologie judiciară – Curs universitar*. București: Editura Fundației România de Măine, 2004. 440 p. ISBN 973-725-152-0.
25. BUTOI, T. *Psihologie judiciară - Tratat universitar*. București: Editura Fundației România de mâine, 2008. 535 p. ISBN 9786069220115.
26. CAESAR, P. L., HAMBERGER, L. K. *Treating Men Who Batter*. New York: Springer Publishing Company, 1989. 250 p. ISBN 0826163408.
27. CAIRNS, R., CAIRNS, B. *Lifelines and risks: Pathways of youth in our time*. New York: Cambridge University Press, 1994. 328 p. ISBN 978-0521485708.
28. CAMPBELL J. C., LEWANDOWSKI L. A. Mental health effects of intimate partner violence on women and children. In: *Psychiatric Clinics of North America*. 1997, vol. 20(2), pp. 353-374. ISSN 0193-953X.
29. CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. In: *The Lancet*. 2002, volume 359, pp. 1331-1336. ISSN 0140-6736.
30. CAMPBELL, J., KUB, J., ROSE, L. Depression in Battered Women. In: *Journal of American Medical Women's Association*. 1996, vol. 51(3), pp. 106-110. ISSN 0098-8421.
31. CARLSON, B. E., MCNUTT, L.A., CHOI, D.Y. et al. Intimate partner abuse and mental health. In: *Violence Against Women*. 2002, vol. 8(6), pp. 720-745. ISSN 1077-8012.
32. CARON, A., WEISS, B., HARRIS, V. et al. Parenting behaviour dimensions and child psychopathology: Specificity, task dependency, and interactive relations. In: *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2006, vol. 35, pp. 34-45. ISSN: 1537-4416.
33. CATALLOZZI, M., SIMON, P. J., DAVIDSON, L. L. et al. Understanding control in adolescent and young adult relationships. In: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2011, vol. 165(4), pp. 313-319. ISSN 1072-4710.
34. CAVELL, T. *Working with parents of aggressive children: A practitioner's guide*. Washington D. C.: American Psychological Association, 2000. 224 p. ISBN 9781557986375.
35. CECCHI, M., KHOSHBOUEI, H., JAVORS, M. et al. Modulatory effects of norepinephrine in the lateral bed nucleus of the stria terminalis on behavioral and neuroendocrine responses to acute stress. In: *Neuroscience*. 2002, vol. 112(1), pp. 13-21. ISSN 0306-4522.
36. CERVONE, D., PERVIN, L. A. *Personality: Theory and Research. 11 edition*. New York: John Wiley, 2009. 624 p. ISBN 978-0470485064.
37. CHAMBERLAIN, P. *Treating Chronic Juvenile Offenders: Advances Made Through the Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model* Washington D. C.: American Psychological Association. 2003. 186 p. ISBN 978-1-55798-996-3.
38. CHANDRA-MOULI, V. Interrupting intimate partner violence in developing countries. In: *Journal of Adolescent Health*, 2012, vol. 50, pp. 427-428. ISSN 1054-139X.

39. CHARNEY, D. S. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. In: *American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161(2), pp. 195–216. ISSN 0002-953X.
40. CHODOROW, N. *The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender (2nd ed.)*. Berkeley: University of California Press, 1999. 263 p. ISBN 9780520221550.
41. COATSWORTH, J., BRIDE, C., PANTIN, H. et al. Ecodevelopmental Correlates of Behavior Problems in Young Hispanic Females. In: *Applied Developmental Science*, 2002, vol. 6(3), pp. 126-143. ISSN 1088-8691.
42. COTSELLO, E., MUSTILLOT, S., ERKANLI, A. et al. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. In: *Archives of General Psychiatry*. 2006, vol. 60(8), pp. 837-844. ISSN 0003-990X.
43. COUNCIL OF EUROPE. Preventing violence against women: Article 12 of the Istanbul convention. Strasbourg: Council of Europe, 2014. [online] [Citat: 11.07.2015]. Disponibil: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168046e1f0>
44. CRĂȘMARU, A. Stima de sine, inteligența emoțională și reziliența femeilor supuse violenței domestice. În: *Revista Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*. Chișinău: UPS „Ion Creangă”. 2021, Nr.2 (59), pp. 107-116. ISSN 1857-0224.
45. CRICK, N. R., DODGE, K. A. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. In: *Psychological Bulletin*, 1994, vol. 115(1), pp. 74–101. ISSN 0033-2909.
46. CRICK, N. R., GROTPETER, J. K. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. In: *Child Development*, 1995, vol. 66(3), pp. 710–722. ISSN 0009-3920.
47. CRICK, N., WERNER, N., CASAS, J. et al. Childhood aggression and gender: A new look at an old problem. In: *Nebraska Symposium on Motivation: Gender and Motivation*, Lincoln, 1999, vol. 45, pp. 75-141. ISBN 978-0803213005.
48. CRITTENDEN, P., AINSWORTH, M. Child maltreatment and attachment theory. In: *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. 1989, New York: Cambridge University Press. pp. 432-463. ISBN 978-0521379694.
49. CROFFORD, L. J. Violence, stress, and somatic syndromes. In: *Trauma, Violence & Abuse*. 2007, vol. 8(3), pp. 299-313. ISSN 1524-8380.
50. CUI, M., UENO, K., GORDON, M. et al. The continuation of intimate partner violence from adolescence to young adulthood. In: *Journal of Marriage and Family*, 2013, vol. 75(2), pp. 300-313. ISSN 0022-2445.
51. DAKOF, G. A. Understanding gender differences in adolescent drug abuse: issues of comorbidity and family functioning. In: *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 32(1), pp. 25-32. ISSN 0279-1072.
52. DEATER-DECKARD, K., LANSFORD, J., DODGE, K. et al. The development of attitudes about physical punishment: an 8-year longitudinal study. In: *Journal of Family Psychology*, 2003, vol. 17 (3), pp. 351-60. ISSN 0893-3200.
53. DEVRIES, K. M., MAK, J. Y. T., GARCÍA-MORENO C. et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. In: *Science*, 2013, vol. 340(6140), pp. 1527-1528. ISSN 0036-8075.
54. DODGE, K. Social Cognition and Children's Aggressive Behavior. In: *Child Development*. 1980, vol. 51(1), pp. 162-170. ISSN 0009-3920.
55. DOWNEY, G., FREITAS. A. L., MICHAELIS, B. et al. The self-fulfilling prophecy in close relationships: Rejection sensitivity and rejection by romantic partners. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998, vol. 75(2), pp. 545-560. ISSN 0022-3514.

56. DOWNEY, G., LEBOLT, A., RINCÓN, C. et al. Rejection sensitivity and children's interpersonal difficulties. In: *Child Development*, 1998, volume 69(4), pp. 1074-1091. ISSN 0009-3920.
57. DUTTON, D. G. The domestic assault of women: psychological and criminal justice perspectives. Vancouver: UBC Press, 1995. 348 p. ISBN 978-0774804622.
58. ENĂCHESCU, C. *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*. Polirom, 1998, 392 p. ISBN 973-46-0174-5.
59. ENDENDIJK, J. G., GROENEVELD, M. J., BAKERMANS-KRANENBURG, M. et al. In: *Gender-Differentiated Parenting Revisited: Meta-Analysis Reveals Very Few Differences in Parental Control of Boys and Girls*. 2016, vol. 11(7), pp. e0159193. [online] [Citat: 09.09.2017]. Disponibil: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0159193>
60. ESBENSEN, A., WINFREE, L. N., TAYLOR, T. Youth Gangs and Definitional Issues: When is a Gang a Gang, and Why Does it Matter? In: *Crime and Delinquency*. 2001, vol. 47(1), pp. 105-130. ISSN 0011-1287.
61. FARRINGTON, D., WELSH, B. Family-based Prevention of Offending: A Meta-analysis. In: *Australian and New Zealand Journal of Criminology*. 2003, vol. 36 (2), pp. 127-151. ISSN 0004-8658.
62. FERREOL, G., NECULAU, A. (coord.). *Violența. Aspecte psihosociale*. Iași: Polirom, 2003. 336 p. ISBN 973-681-261-8.
63. FLANNERY, D. J., VAZSONYI, A. T., WALDMAN I. D. *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. 838 p. ISBN 978-0521845670.
64. FOLLINGSRAD, D. R., RUTLEDGE, L. L., BERG, B. J. et al. The role of emotional abuse in physically abusive relationships. In: *Journal of Family Violence*, 1990, vol. 5, pp. 107-120. ISSN 0885-7482
65. FONTES, L. *Invisible Chains. Overcoming Coercive Control in Your Intimate Relationship*. New York: Guilford Press, 2015. 220 p. ISBN 9781462520244.
66. GABRIEL, S., GARDNER, W. L. Are there "his" and "hers" types of interdependence? The implications of gender differences in collective versus relational interdependence for affect, behavior, and cognition. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999, vol. 77(3), pp. 642-655. ISSN 0022-3514.
67. GARCIA-MORENO, C., HEISE, L., JANSEN, H. et al. Violence against women. In: *Science*. 2005, volume 310(5752), pp. 1282. ISSN 0036-8075.
68. GEEN, R. G. *Human aggression* (2nd edition). Oxford: Open University Press, 2001. 170 p. ISBN 978-0335204717.
69. GEEN, R. G., DONNERSTEIN, E. (Eds.). *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy*. Cambridge: Academic Press, 1998. 309 p. ISBN 978-0122788055.
70. *Gender equality strategy 2014-2017*. Council of Europe, 2014. 22 p. [online] [Citat: 26.11.2015]. Disponibil: http://cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/Gender_Equality_Strategy_2014_2017.pdf
71. GILLIGAN, C. *In A Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Harvard: Harvard University Press, 1982. 216 p. ISBN: 978-0674970960.
72. GIORDANO, P. C., CERNKOVICH, S. A. Gender and antisocial behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior*. 1997, p. 496-510. ISBN 978-0-471-12452-8.
73. GLEASON, W. J. Mental disorders in battered women: An empirical study. In: *Violence & Victims*. 1993, vol. 8, pp. 53-68. ISSN 0886-6708.

74. *Global Study on homicide. Gender-related killing of women and girls*. Vienna: UNODC, 2018. [online] [Citat: 17.09.2019]. Disponibil: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf
75. GOLDING, J. M. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta analysis. In: *Journal of Family Violence*. 1999, vol. 14, pp. 99-132. ISSN 0885-7482.
76. GOTTFREDSON, M. R., HIRSCHI, T. *A general theory of crime*. Stanford: Stanford University Press, 1990. 316 p. ISBN 978-0804717748.
77. GRAHAM, S., HUDLEY, C. Attributions of aggressive and nonaggressive adolescents: A study of construct accessibility. In: *Developmental Psychology*. 1994, vol. 30(3), pp. 365–373. ISSN 0012-1649.
78. GRAHAM, S., HUDLEY, C., WILLIAMS, E. Attributional and emotional determinants of aggression among African-American and Latino young adolescents. In: *Developmental Psychology*. 1992, vol. 28, pp. 731-740. ISSN 0012-1649.
79. GRUNBERG, L., RUSU, A., SAMOILĂ, E. *Barometrul de gen: România 2018*. București: Hecate, 2019. 125 p. ISBN 978-606-94712-2-7.
80. HALPERN, C. T., SPRIGGS, A. L., MARTIN, S. L. et al. Patterns of intimate partner violence victimization from adolescence to young adulthood in a nationally representative sample. In: *Journal of Adolescent Health*. 2009, vol. 45(5), pp. 508–516. ISSN 1054-139X.
81. HAMPTON, R. L. *Family Violence: Prevention and Treatment, 2nd edition*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999. 348 p. ISBN 9780761906650.
82. HARMON, R. B., ROSNER, R., OWENS, H. Sex and violence in a forensic population of obsessional harassers. In: *Psychology, Public Policy, and Law*. 1998, vol. 4, pp. 236–249. ISSN 1076-8971.
83. HEIDE, K. Youth Homicide: A Review of the Literature and a Blueprint for Action. In: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2003, vol. 47(1), pp. 6-36. ISSN 0306-624X.
84. HERRENKOHL, T., KILKA, J. B., HERRENKOHL, R. C. et al. Prospective Investigation of the Relationship Between Child Maltreatment and Indicators of Adult Psychological Well-Being. In: *Violence and Victims*. 2012, vol. 27(5), pp. 764-765. ISSN 0886-6708.
85. HICKMAN, L. J., JAYCOX, L. H., ARONOFF J. Dating violence among adolescents. In: *Trauma Violence & Abuse*. 2004, vol. 5(2), pp. 123-142. ISSN 1524-8380.
86. HIPWELL, A., KEENAN, K., KASZA, K. et al. Reciprocal influences between girls conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: A six year prospective analysis. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2008, volume 36(5), pp. 663–677. ISSN 0091-0627.
87. HOWITT, D., CRAMER, D. *Introducere în SPSS pentru psihologie*. Iași: Polirom, 2006. 260 p. ISBN 973-46-0294-2.
88. HUDLEY, C., GRAHAM, S., TAYLOR, A. Reducing aggressive behavior and increasing motivation in school: The evolution of an intervention to strengthen school adjustment. In: *Educational Psychologist*. 2007, vol. 42, pp. 251-260. ISSN 0046-1520.
89. HUDLEY, C., NOVAC, A. Environmental Influences, the Developing Brain, and Aggressive Behavior. In: *Theory into Practice*. 2007, vol. 46, pp. 121-129. ISSN 0040-5841.
90. HUESMANN, L. R., ERON, L. D., LEFKOWITZ, M. M. et al. Stability of aggression over time and generations. In: *Developmental Psychology*. 1984, vol. 20(6), pp. 1120-1134. ISSN 0012-1649.
91. HUH, D., TRISTAN, J., WADE, E. et al. Does Problem Behavior Elicit Poor Parenting? A Prospective Study of Adolescent Girls. In: *Journal of Adolescent Research*. 2006, vol. 21(2), pp. 185–204. ISSN 0743-5584.
92. HUMPHREYS, J. Resilience in sheltered battered women. In: *Issues in Mental Health Nursing*. 2003, vol. 24, pp. 137–152. ISSN 0161-2840.

93. HUSS, M. T. *Forensic psychology. Research, clinical practice, and applications*. Hoboken: John Wiley and Sons, 2008. 432 p. ISBN: 978-1405151382.
94. ITZIN, C., TAKET, A., BARTER-GODFREY, S. *Domestic and sexual violence and abuse*. Oxford: Routledge, 2010. 240 p. ISBN 9780415555326.
95. JACKSON, C., FOSHEE, V. Violence-Related Behaviors of Adolescents: Relations with Responsive and Demanding Parenting. In: *Journal of Adolescent Research*. 1998, vol. 13(3). ISSN 0743-5584.
96. JAFFE, P. G., JUODIS, M. Children as victims and witnesses of domestic homicide: Lessons learned from domestic violence death review committees. In: *Juvenile and Family Court Journal*. 2006, vol. 57(3), pp. 13-28. ISSN 1755-6988.
97. KAGAN, S. L., WEISSBOURD, B. (Eds.). *Putting Families First: America's Family Support Movement and the Challenge of Change*. San Francisco: Jossey-Bass, 1994. 558 p. ISBN 9781555426675.
98. KALLAY, E. Trauma, trauma theories, and possible post-traumatic reactions. In: *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*. Cluj-Napoca, 2004, p. 55-74. ISSN 2247-9228.
99. KARPMAN, S. Fairy tales and script drama analysis. In: *Transactional Analysis Bulletin*. 1968, vol. 26(7), pp. 39-43. ISSN 0041-1051.
100. KATZ, J., ARIS, I., BEACH, S. Psychological Abuse, Self-Esteem, and Women's Dating Relationship Outcomes: A Comparison of the Self-Verification and Self-Enhancement Perspectives. In: *Psychology of Women Quarterly*. 2006, vol. 24(4), pp. 349-357. ISSN 0361-6843.
101. KEARNEY, C., ALBANO, A. M., EISEN, A. R. et al. The phenomenology of panic disorders in youngsters: An empirical study of a clinical sample. In: *Journal of Anxiety Disorders*. 1997, vol. 11, pp. 49-62. ISSN 0887-6185.
102. KEENAN, K., SHAW, D. Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. In: *Psychological Bulletin*. 1997, vol. 121(1), pp. 95-113. ISSN 0033-2909.
103. KERR, M., STATTIN, H. What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring. In: *Developmental Psychology*. 2000, vol. 36(3), pp. 366-380. ISSN 0012-1649.
104. KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A. et al. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. 360 p. ISBN 9241545615.
105. KUIJPERS, K., KNAAP, L., LODEWIJKS, I. Victims' influence on intimate partner violence revictimization: a systematic review of prospective evidence. In: *Trauma Violence & Abuse*. 2011, vol. 12(4), pp. 198-219. ISSN 1524-8380.
106. KURST-SWANGER, K., PETKOSKY, J. *Violence in the Home: Multidisciplinary Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 2003. 340 p. ISBN 9780195165180.
107. LAIRD, R. D., PETTIT, G. S., BATES, J. E. et al. Parents' monitoring-relevant knowledge and adolescents' delinquent behavior: Evidence of correlated developmental changes and reciprocal influences. In: *Child Development*. 2003, vol. 74, pp. 752-768. ISSN 0009-3920.
108. LANDSHEER, J. A., VAN DIJKUM, C. V. Male and female delinquency trajectories from pre through middle adolescence and their continuation in late adolescence. In: *Adolescence*. 2005, vol. 40(160), pp. 729-748. ISSN 00018449.
109. LARSON, R., DWORKIN, J., GILLMAN, S. Facilitating adolescents' constructive use of time in one-parent families. In: *Applied Developmental Science*. 2001, vol 5(3), pp. 143-157. ISSN 1088-8691.
110. LEMIEUX, A. M., COE, C. L. Abuse-related posttraumatic stress disorder: Evidence for chronic neuroendocrine activation in women. In: *Psychosomatic Medicine*. 1995, vol. 57, pp. 105-115. ISSN 0033-3174.

111. LEWANDOWSKI, L., MCFARLANE, J., CAMPBELL, J. C. et al. He killed my mommy! Murder or attempted murder of a child's mother. In: *Journal of Family Violence*. 2004, vol. 19(4), pp. 211-220. ISSN 0885-7482.
112. LOEBER, R., KEENAN, K. Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. In: *Clinical Psychology Review*. 1994, vol. 14(6), pp. 497-523. ISSN 0272-7358.
113. LOEBER, R., PARDINI, D., BURKE, J. Development and Etiology of Disruptive and Delinquent Behavior. In: *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009, vol. 5(1), pp. 291-310. ISSN 1548-5943.
114. LOSÎU, E., CRĂȘMARU, A. Trăsăturile de personalitate ale femeilor supuse violenței domestice. În: *Revista științifico-practică de Psihologie*. 2020, vol. 36(1-2), pp. 58-65. ISSN 1857-2502.
115. LOSÎU, E., CRĂȘMARU, A. Violența domestică. Încadrare teoretică și experimentală. În: *Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*. 2019, Nr.4(57), pp. 3-19. ISSN 1857-0224.
116. LOSÎU, E., MERLUȘCA-CRĂȘMARU, A. Aspecte teoretice privind agresivitatea. În: *Revista de studii psihologice*. Facultatea de Psihologie, Universitatea Hyperion, București, 2014. Nr.1, pp. 17-31. ISSN 2360-3690.
117. LOVIBOND, S. H., LOVIBOND P. F. *Manual pentru Scalele de depresie, anxietate și stres*. [Adaptarea și standardizarea pe populația din România Adela Perțe (coord.)], 2007.
118. LUTHAR, S. S. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press, 2003. 608 p. ISBN 978-0-521-00161.
119. MACCOBY, E. E. Gender and relationships: A developmental account. In: *American Psychologist*. 1990, vol. 45(4), pp. 513-520. ISSN 0003-066X.
120. MADALENA, M., CARVALHO, F., FALCKE, D. Intimate Partner Violence: The Predictive Power of Experiences in the Family of Origin and of Personality Disorder Traits. In: *Temas em Psicologia*. 2018, vol. 26 (1), pp. 93-109. ISSN 1413-389X.
121. MALLEY-MORRISON, K. *International Perspectives on Family Violence and Abuse: A Cognitive Ecological Approach*. Oxfordshire: Routledge, 2004. 560 p. ISBN-9780805842463.
122. MARGOLIN, G., GORDS, E. The Effects of Family and Community Violence on Children. In: *Annual Review of Psychology*. 2000, vol. 51, pp. 445-479. ISSN 0066-4308.
123. MARTINS, M., VIEGAS, P., MIMOSO, R. *The Power To Change. How to set up and run support groups for victims and survivors of domestic violence*. Budapest: Possum Ltd, 2008. 221 p. ISBN 978-963-88116-0-8.
124. MATANIE A. B., AXENTE A. *Disciplinarea pozitivă sau cum să disciplinezi fără să rănești*. Cluj-Napoca: ASCR, 2011. 127 p. ISBN 978-606-8244-21-1.
125. MAYER, J., ROBERTS, R., BARSADE, S. Human Abilities: Emotional Intelligence. In: *Annual Review of Psychology*. 2008, vol. 59(1), pp. 507-36. ISSN 0066-4308.
126. MCCUE, M. L. *Domestic Violence: A Reference Handbook* (2nd Edition). Santa Barbara: ABC-CLIO, 2007. 328 p. ISBN 978-1851097791.
127. MCGUE, M., ELKINS, I., WALDEN, B. et al. Perceptions of the Parent-Adolescent Relationship: A Longitudinal Investigation. In: *Developmental Psychology*. 2005, vol. 41(6), pp. 971-84. ISSN 0012-1649.
128. MERLUȘCA-CRĂȘMARU, A. Agresivitatea – comportament socio-cultural . În: *Aspecte psiho-sociale în protecția copilului și familiei de violență*: Mat. conf. șt. internaționale. Chișinău, 2016, pp. 130- 137. ISBN 978-9975-136-25-9.
129. MERLUȘCA-CRĂȘMARU, A. Aspecte psihologice ale violenței domestice. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice, analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor UPS "Ion Creangă"*. Chișinău, 2014. pag. 171-179. ISBN 978-9975-921-22-0.

130. **MERLUȘCA-CRĂȘMARU, A.** Conflictul, cauza sau efect al relațiilor interpersonale deficitare. În: *Revista Doctrina și Jurisprudența*. 2017, Nr. 3, p.43-49. ISSN 2501-8545; ISSN-L-8515.
131. **MERLUȘCA-CRĂȘMARU, A.** Familia modernă. Aspecte teoretice și conceptualizare. În: *Revista Simpozionului International*, ediția a II. Bacău, 27 mai 2016, pp. 219 – 224. ISSN 2457-7197; ISSN-L 2457-7197.
132. **MERLUȘCA-CRĂȘMARU, A.** Sursele emoționale ale prejudecăților. În: *Revista Simpozionului International*. Bacău, 09-10 iunie 2017, pp. 196-199. ISSN 2457-7197; ISSN-L 2457-7197.
133. **MIFTODE, V.** (coord.). *Populații vulnerabile și fenomene de auto-marginalizare – strategii de intervenție și efecte perverse*. Iași: Lumen, 2002. 410 p. ISBN 9738519446.
134. **MIFTODE, V.** *Sociologia populațiilor vulnerabile. Teorie și metodă*. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2004. 548 p. ISBN: 973-703-049-4.
135. **MITROFAN, I.** *Copii și adolescenți. Probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică*. București: SPER, 2014. 304 p. ISBN 978-606-8429-34-2.
136. **MITROFAN, I.** *Cuplul conjugal. Armonie și dizarmonie*. București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1989. 250 p. ISBN 973-29-0085-7.
137. **MITROFAN, I.** *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*. Iași: Polirom, 2003. 480 p. ISBN 9789736814402.
138. **MITROFAN, I.** *Meditații creative. Metaforă transfiguratoare și conștiința extinsă*. București: SPER, 2001. 150 p. ISBN 973-853-30-0-9.
139. **MITROFAN, I.** *Orientarea experiențială în psihoterapie: dezvoltare personală, interpersonală, transpersonală*. București: SPER, 2000. 373 p. ISBN 973-99221-4-7.
140. **MITROFAN, I.** *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului (abordare experiențială)*. București: SPER, 2001. 373 p. ISBN 973-99221-9-8.
141. **MITROFAN, I.** *Psihoterapie (repere teoretice, metodologice și aplicative)*. București: SPER, 2008. 513 p. ISBN 978-973-8383-38-8.
142. **MITROFAN, I.** *Terapia unificării*. București: SPER, 2004. 289 p. ISBN 973-8383-08-0.
143. **MITROFAN, I., BUZDUCEA, D.** *Consiliere și terapie centrata pe trauma*. București: SPER, 2011. 204 p. ISBN 978-9738383814.
144. **MITROFAN, I., CIUPERCĂ, C.** *Psihologia vieții de cuplu*. București: SPER, 2002. 494 p. ISBN 973-8383-13-7.
145. **MITROFAN, I., VASILE, D. L.** *Terapii de familie*. București: SPER, 2012. 250 p. ISBN 973-85329-3-0.
146. **MOELLER-SAXONE, K., DAVIS, E., STEWART, D. E.** et al. Promoting resilience in adults with experience of intimate partner violence or child maltreatment: a narrative synthesis of evidence across settings. In: *Journal of Public Health*. 2015, vol. 37(1), pp. 125–137. ISSN 1741-3842.
147. **MOFFITT, T. E., CASPI, A., RUTLER, M.** et al. *Sex differences in antisocial behavior, conduct disorder, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. 300 p. ISBN 978-0521010665.
148. **MUNTEAN, A., MUNTEANU, A.** *Violență, Traumă, Rezilientă*. Iași: Polirom, 2011. 344 p. ISBN 9789734613083.
149. **NASBY, W., HAYDEN, B., DEPAULO, B. M.** Attributional bias among aggressive boys to interpret unambiguous social stimuli as displays of hostility. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 1980, vol. 89(3), pp. 459–468. ISSN 0021-843X.
150. **NUCCIO, K. E., SANDS, R. G.** Using Postmodern Feminist Theory to Deconstruct “Phallacies” of Poverty. In: *Affilia – Journal of Women and Social Work*. 1992, vol. 7(4), pp. 26-48. ISSN 0886-1099.

151. NUȚĂ, A. *Ascultând cu a treia ureche. Reflecțiile unui terapeut experiențialist*. București: SPER, 1999. 142 p. ISBN 973-99221-3-9.
152. O'LEARY, K. D. Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. In: *Violence and Victims*. 1999, vol. 14, pp. 3-23. ISSN 0886-6708.
153. O'LEARY, K. D., MAIURO, R. D. *Psychological abuse in violent domestic relations*. New York: Springer, 2001. 248 p. ISBN 978-0826111463.
154. OLSEN, J. P., PARRA, G. R., BENNETT, S. A. Predicting violence in romantic relationships during adolescence and emerging adulthood: A critical review of the mechanisms by which familial and peer influences operate. In: *Clinical Psychology Review*. 2010, vol. 30(4), pp. 411–422. ISSN 0272-7358.
155. OLWEUS, D. Stability of aggressive reaction patterns in males: review. In: *Psychological Bulletin*. 1979, vol. 86(4), pp. 852–875. ISSN 0033-2909.
156. OPARIUC-DAN, C. *Statistica aplicată în Științele Socio-Umane. Noțiuni de bază – Statistici univariate*. Cluj-Napoca: ASCR, 2009. 320 p. ISBN 9789737973634.
157. OSOFSKY, J. D. The impact of violence on children. The future of children. In: *The Future of Children*. 1999, vol. 9(3), pp. 33-49. ISSN 1054-8289.
158. OSTRANDER, M. M., RICHTAND, N. M., HERMAN, J. P. Stress and amphetamine induce Fos expression in medial prefrontal cortex neurons containing glucocorticoid receptors. In: *Brain Research*. 2003, vol. 990(1-2), pp. 209-214. ISSN 0006-8993.
159. PAPALIA, D. E. *Dezvoltarea umană*. București: Trei, 2016. 832 p. ISBN 978-973-707-414-0.
160. PATTON, P., MORGAN, M. Gender-responsive programming in the justice system: Oregon's Guidelines for effective programming for girls. In: *Federal Probation*. 2002, vol. 66(2), pp. 57-65. ISSN 0014-9128.
161. PEPLER, D. J., MADSEN, K. C., WEBSTER, D. C. et al. *The development and treatment of girlhood aggression*. Hove: Psychology Press, 2012. 332 p. ISBN 9780415652353.
162. PERJAN, C. *Dezvoltarea afectivității la copiii preșcolari educați în situații sociale de dezvoltare diferite*. Teza de doctor în Psihologie. Chișinău: UPS "Ion Creangă", 2001, 158 p.
163. PERJAN, C., VERDEȘ, A. *Ghid practic de asistență psihologică a curențelor afective la copiii din familii temporar dezintegrate*. Chișinău: UPS Ion Creangă, 2010. 48 p. ISBN 9789975460781.
164. PETTIT, G., KEILEY, M., LAIRD, R. et al. Predicting the developmental course of mother-reported monitoring across childhood and adolescence from early proactive parenting, child temperament, and parents' worries. In: *Journal of Family Psychology*. 2009, vol. 21(2), pp. 206–217. ISSN 0893-3200.
165. PITTMAN, L., CHASE-LANSDALE, P. African American Adolescent Girls in Impoverished Communities: Parenting Style and Adolescent Outcomes. In: *Journal of Research on Adolescence*. 2001, vol. 11(2), pp. 199 – 224. ISSN 1050-8392.
166. PLICHTA, S. B. *Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications*. In: *Trauma, Violence & Abuse*. 2007, vol. 8(2), pp. 226-239. ISSN 1524-8380.
167. POPA, M. *Statistică pentru psihologie. Teorie și aplicații SPSS*. Iași: Polirom, 2008. 368 p. ISBN 978-973-46-1045-7.
168. PUTALLAZ, M., BIERMAN K. L. *Duke series in child development and public policy. Aggression, antisocial behavior, and violence among girls: A developmental perspective*. New York: Guilford Press, 2005. 322 p. ISBN 9781593852320.
169. RACU, I., VERDEȘ, A. Dezvoltarea afectivității la preadolescenții educați în situații sociale de dezvoltare diferite. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*. 2009, Nr. 4 (17), pp. 10-27. ISSN 1857-0224.

170. RAKOVEC-FELSER, Z. Domestic Violence and Abuse in Intimate Relationship from Public Health Perspective. In: *Health Psychological Research*. 2014, vol. 2(3), pp. 1821. ISSN 2420-8124.
171. *Raport de monitorizare a stadiului implementării planului operațional pentru implementarea strategiei naționale pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie pentru perioada 2013-2017*. București: Agenția națională pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați, 2018.
172. RĂDULESCU, S. M. *Sociologia violenței (intra)familiale: victime și agresori în familie*. București: Lumina Lex, 2001. 352 p. ISBN 973-588-323-6.
173. RĂDULESCU, S. M. Victime și agresori în domeniul abuzului sexual comis în familie – studii de caz. În: *Revista de cercetare și intervenție socială*. 2010, vol. 28, p. 23-48. ISSN 1583-3410.
174. RICHELL, R., DEAKIN, W., ANDERSON, I. Effect of acute tryptophan depletion on the response to controllable and uncontrollable noise stress. In: *Biological Psychiatry*. 2006, vol. 57 (3), pp. 259-300. ISSN 0006-3223.
175. ROBERTS, T. A., AUINGER, P., KLEIN, J. D. Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. In: *Journal of Adolescent Health*. 2005, vol. 36(5), pp. 380-385. ISSN 1054-139X.
176. ROMILA, A. *DSM IV-TR: Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*. București: Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2003. 980 p. ISBN 973-98121-0-4.
177. ROSENBERG, M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press, 1965. 338 p. ISBN 9780691649443.
178. ROSS, C., JANG, S.J. Neighborhood disorder, fear, and mistrust: the buffering role of social ties with neighbors. In: *American Journal of Community Psychology*. 2000, vol. 28 (4), pp. 401-420. ISSN 0091-0562.
179. ROTARIU, T. *Metode statistice aplicate în științele sociale*. Iași: Polirom, 2000. 336 p. ISBN 973-46-0567-4.
180. ROTHBAUM, F., WEISZ, J. R. Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. In: *Psychological Bulletin*. 1994, vol. 116(1), pp. 55–74. ISSN 0033-2909.
181. ROTTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: *Psychological Monographs*. 1966, vol. 80(609), pp. 1-28. ISSN 0096-9753.
182. RUSNAC, S., GONȚA, V., CLIVADĂ, S. *Asistența psihologică a cazurilor de violență în familie. Program de diagnostic și reabilitare a victimei și abuzatorului*. Chișinău: Tipografia Sofart Studio, 2009. 293 p. - ISBN 978-9975-4084-0-0.
183. RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989, volume 57(6), pp. 1069-1081. ISSN 0022-3514.
184. SACKET, L. A, SAUNDERS, D. G. The impact of different forms of psychological abuse on battered women. In: *Violence and Victims*. 1999, vol. 14(1), pp. 105-17. ISSN 0886-6708.
185. *Sanctuary Model implementation: An overview of the process*. [online] [Citat: 12.05.2014]. Disponibil: <http://www.sanctuaryweb.com/PDF>
186. SANDS, R.G. The elusiveness of identity in social work practice with women: A postmodern feminist perspective. In: *Clinical Social Work Journal*. 1996, vol. 24, pp. 167-186. ISSN 0091-1674.
187. SANDU, M. Domestic violence, a risk factor in juvenile delinquency. În: *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*. 2008, vol. 23, pp. 63-82. ISSN 1583-3410.

- 188.SANTHYA, K. Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women: a synthesis of recent evidence from developing countries. In: *Current Opinion Obstetrics Gynecology Journal*. 2011, vol. 23(5), pp.334–339. ISSN 1040-872X.
- 189.SARTIN, R. M., HANSEN, D. J., HUSS, M. T. Domestic violence treatment response and recidivism: A review and implications for the study of family violence. In: *Aggression and Violent Behavior*. 2006, vol. 11 (5), pp. 425-440. ISSN 1359-1789.
- 190.SATO, R. A., HEIBY, E. M. Correlates of depressive symptoms among battered women. In: *Journal of Family Violence*. 1992, vol. 7, pp. 229-245. ISSN 0885-7482.
- 191.SAWYER, S. M., AFIFI, R. A., BEARINGER, L. H. et al. Adolescence: a foundation for future health. In: *The Lancet*. 2012, vol. 379, pp. 1630-1640. ISSN 0140-6736.
- 192.SCHAFER, J. Measuring spousal violence with the conflict tactics scale: Notes on reliability and validity issues. In: *Journal of Interpersonal Violence*. 1996, vol. 11, pp. 572-585. ISSN 0886-2605.
- 193.SCHUTTE, N. S., MALOUFF, J. M., THORSTEINSSON, E. B. et al. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. In: *Personality and Individual Differences*. 2007, vol. 42(6), pp. 921–933. ISSN 0191-8869.
- 194.SCHUTTE, N.S., MALOUFF, J.M., HALL, L.E. et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. In: *Personality and Individual Differences*. 1998, vol. 25, pp. 167-177. ISSN 0191-8869.
- 195.SCHWARTZ, D., PROCTOR, L. J. Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000, vol. 68(4), pp. 670–683. ISSN 0022-006X.
- 196.SHIPWAY, L. *Domestic violence: a handbook for health professionals*. New York: Routledge, 2004. 248 p. ISBN 9780415282208.
- 197.SIEBERT, A. *The Resiliency Advantage: Master Change, Thrive Under Pressure, and Bounce Back from Setbacks*. Oakland: Berrett-Koehler, 2005. 240 p. ISBN 978-1-57675-329-3.
- 198.SILVERMAN, J. G., RAJ, A., MUCCI, L. A. et al. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. In: *Journal of the American Medical Association*. 2001, vol. 286(5), pp. 572–579. ISSN 0098-7484.
- 199.STĂNOIU, R. *Criminologie*. București: OscarPrint, 2002. ISBN 973-8338-69-7.
- 200.STÖCKL, H., DEVRIES, K., ROTSTEIN, A. et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. In: *The Lancet*. 2013, vol. 382(9895), pp. 859–865. ISSN 0140-6736.
- 201.STRAIGHT, E. S., HARPER, F. W. K., ARIAS, I. The impact of partner psychological abuse on health behaviors and health status of college women. In: *Journal of Interpersonal Violence*. 2003, vol. 18, pp. 1035–1054. ISSN 0886-2605.
- 202.STRAUS, M. Prevalence of Violence Against Dating Partners by Male and Female University Students Worldwide. In: *Violent Against Women*. 2004, vol. 10 (7), pp. 790-811. ISSN 1077-8012.
- 203.ȘOITU, L., VRĂJMAȘ, E., PĂUN, E. *Consiliere familială*. Iași: Institutul European, 2001. 126 p. ISBN 973-611-146-6.
- 204.TĂNĂSESCU, I., TĂNĂSESCU, G., TĂNĂSESCU, C. *Criminologie. Agresologie. Victimologie. Detentologie*. București: All Beck, 2003. 282 p. ISBN 973-655-245-4.
- 205.THOMPSON GERSHOFF, E. Corporal Punishment by Parents and Associated Child Behaviors and Experiences: A Meta-Analytic and Theoretical Review. In: *Psychological Bulletin*. 2004, vol. 128(4), pp. 539-579. ISSN 0033-2909.

206. TSIRIGOTIS, K., LUCZAK, J. Emotional intelligence of women who experience domestic violence. In: *The Psychiatric Quarterly*. 2016, vol. 87, pp. 165–176. ISSN 0033-2720.
207. TURLIUC, M. N., KARNER A., DĂNILĂ, O. *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2009. 207 p. ISBN 978-973-703-436-6.
208. VAN HASSELT, V. B., MORRISON, R. L., BELLACK, A. S. et al. *Hand book of family violence*. New York: Plenum Press, 1988. pp 293-317. ISBN 978-1-4757-5360-8.
209. VAN ROOY, D. L., VISWESVARAN, C. Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. In: *Journal of Vocational Behavior*. 2004, vol. 65(1), pp. 71–95. ISSN 0001-8791.
210. VANDEWATER, E. LANSFORD, J. A family process model of problem behaviors in adolescents. In: *Journal of Marriage and Family*. 2005, vol. 67 (1), pp. 100-109. ISSN 0022-2445.
211. VASILE, D., ANGHEL, E. *Optimizarea personală a adolescentelor din centrele de plasament*. București: Centrul Parteneriat pentru Egalitate, 2004. 66 p. [online] [Citat: 20.03.2015.] Disponibil: [http://medial.wgz.ro/files/media1:4bbf532294eb0.pdf.upl/ghid_psihologic_trafic_femei%20\(2\).pdf](http://medial.wgz.ro/files/media1:4bbf532294eb0.pdf.upl/ghid_psihologic_trafic_femei%20(2).pdf)
212. VELEANOVICI, A. *Evaluare, expertiza, intervenție psihologică în situații de abuz și neglijare a copilului*. București: Expert Psy, 2019. 434 p. ISBN 978-606-94094-5-9
213. VERDEȘ, A. *Dezvoltarea afectivității la preadolescenții educați în situații sociale de dezvoltare diferite*. Chișinău: UPS Ion Creangă, 2010. 218 p. ISBN 9789975460828.
214. VERDEȘ, A. Fenomenul separării și impactul lui asupra dezvoltării afectivității la descendenții familiilor temporar dezintegrate. În: *Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*. 2007, Nr. 1 (6), pp. 63-71. ISSN 1857-0224.
215. VERDEȘ, A. Intervenții psihologice în dezvoltarea afectivității la vârsta preadolescentă în situații sociale de dezvoltare nefavorabilă. În: *Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*. 2008, Nr. 1 (10), pp. 56-63. ISSN 1857-0224.
216. VERZA, E., VERZA, F. *Psihologia vârstelor*. București: Pro Humanitate, 2000. 307 p. ISBN 973-99734-4-2.
217. VEZINA, J., HEBERT, M. Risk factors for victimization in romantic relationships of young women. In: *Trauma Violence & Abuse*. 2007, vol. 8(1), pp. 33-66. ISSN 1524-8380.
218. *Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE*. Agenția pentru drepturi fundamentale a uniunii europene. Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2014. ISBN 978-92-9239-392-2.
219. VÎRLAN, M. Dinamica relațiilor părinți-preadolescenți. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*. 2010, Nr. 3 (20), pp. 26-30. ISSN 1857-0224.
220. WALDMAN, I. D. Aggressive boys' hostile, perceptual and response biases: The role of attention and impulsivity. In: *Child Development*. 1996, vol. 67, pp. 1015-133. ISSN 0009-3920.
221. WALDROP, A. E., RESICK, P. A. Coping among adult female victims of domestic violence. In: *Journal of Family Violence*. 2004, vol. 19, pp. 291-302. ISSN 0885-7482.
222. WALKER, L. E. Psychology and domestic violence around the world. In: *American Psychologist*. 1999, vol. 54, pp. 21-9. ISSN 0003-066X.
223. WEBSTER-STRATTON, C. Early-onset conduct problems: Does gender make a difference? In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996, vol. 64(3), pp. 540–551. ISSN 0022-006X.
224. WINNER, R. M., OZER, E. M., DENNY, S. et al. Adolescence and the social determinants of health. In: *The Lancet*. 2012, vol. 379, pp. 1641–1652. ISSN 0140-6736.

225. WINTON, A. Urban violence: a guide to the literature. In: *Environment and Urbanization*. 2004, vol. 16 (2), pp. 165-184. ISSN 0956-2478.
226. WOOLFENDEN, S. R., WILLIAMS, K., PEAT, J. K. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. In: *Archives of Disease in Childhood*. 2002, vol. 86, pp. 251-256. ISSN 0003-9888.
227. YALOM, I., LESZCZ, M. *Tratat de psihoterapie de grup. Teorie și practică*. București: Editura Trei, 2008. 680 p. ISBN 978-973-707-733-2.
228. ZAMOȘTEANU, A. *Delincvența: între etiologie și abordare terapeutică*. Timișoara: Eurobit, 2008. 215 p. ISBN 978-973-620-425.
229. ZLATE, M. *Tratat de psihologie organizațional-managerială*. Iași: Polirom, 2008. 568 p. ISBN 973-681-680-X.

ANEXA 1. INSTRUMENTELE PSIHOLOGICE UTILIZATE

Anexa 1.1. CHESTIONAR DE DATE DEMOGRAFICE

1. Vârsta _____
2. Nivelul de școlarizare
 - 1-4 clase
 - 5-8 clase
 - 9-10 clase
 - 11-12 clase
 - Studii superioare
3. Status marital
 - Căsătorită
 - Într-o relație consensuală (concubinaj)
4. Durata relației _____
5. Aveți copii?
 - Da
 - Nu
6. Aveți copii din afara relației actuale?
 - Da
 - Nu
7. Cum apreciați mediul de dezvoltare din familia de bază?
 - Agresiv
 - Neagresiv
8. Cum apreciați relația cu agresivitatea mediului din familia de bază?
 - Victimă
 - Martor
 - Victimă și martor
 - Nu îmi dau seama (nu e cazul)
9. Care dintre părinți considerați că a fost mai agresiv cu dvs.
 - Tata
 - Mama
 - Nu a fost cazul
10. Cum apreciați mediul familial din prezent?
 - Agresiv
 - Neagresiv
11. Cum apreciați relația cu agresivitatea mediului din familia actuală?
 - Victimă
 - Agresor
 - Victimă și agresor
 - Martor
 - Nu îmi dau seama (nu e cazul)

**Anexa 1.2. CHESTIONAR DE EVALUARE A RISCULUI (PERICOLULUI) DE
VIOLENȚĂ DOMESTICĂ (adaptat după J. Campbell)**

I. Folosind calendarul, vă rugăm să marcați datele aproximative din ultimul an în care ați fost bătută de soțul dvs. sau partener. Scrieți la acea dată cât de grav a fost incidentul conform următoarei scări:

1. Palme, împingeri; fără răni și / sau dureri de durată _____
2. Pumni, lovituri; vânătăi, tăieturi și / sau dureri de durată _____
3. „Bătăi”; contuzii severe, arsuri, oase rupte _____
4. Amenințare de a folosi o armă, cuțit; leziuni la nivelul capului, leziuni interne, leziuni permanente _____
5. Utilizarea unei arme; răni din armă _____

II. Marcați Da sau Nu pentru fiecare dintre următoarele. („El” se referă la soțul dvs., partenerul, fostul soț, fostul soț sau oricine vă face rău fizic.)

- ___ 1. Violența fizică a crescut în severitate sau frecvență în ultimul an?
- ___ 2. A folosit vreodată o armă împotriva dvs. sau v-a amenințat cu o armă (chiar și cuțit)?
- ___ 3. Încearcă vreodată să vă sufocă?
- ___ 4. Are o armă de foc?
- ___ 5. V-a obligat vreodată să faceți sex când nu ați vrut asta?
- ___ 6. Consumă droguri? Prin droguri, mă refer la „droguri de mare risc” amfetamine, speed, praf de înger, cocaină, „crack”, medicamente psihotrope fără prescripție sau amestecuri.
- ___ 7. El amenință să vă omoare și / sau credeți că este capabil să vă omoare?
- ___ 8. Este beat în fiecare zi sau aproape în fiecare zi?
- ___ 9. El controlează majoritatea sau toate activitățile dvs. zilnice? De exemplu: vă spune cine vă poate fi prieten, când vă puteți vedea familia, câți bani puteți folosi sau când puteți lua mașina? (Dacă el încearcă, dar nu-l lăsați, bifați aici: ___)
- ___ 10. Ați fost vreodată bătută de el în timp ce erați însărcinată? (Dacă nu ați fost niciodată însărcinată cu el, bifați aici: ___)
- ___ 11. Este gelos în mod violent și constant pe dvs. ? (De exemplu, spune el „Dacă nu te pot avea, nimeni nu poate”)
- ___ 12. Ați amenințat sau ați încercat vreodată să vă sinucideți?
- ___ 13. A amenințat sau a încercat vreodată să se sinucidă?
- ___ 14. El amenință să facă rău copiilor?
- ___ 15. Aveți copii care nu sunt ai lui?
- ___ 16. Este șomer?
- ___ 17. L-ați părăsit în ultimul an? (Dacă nu ați locuit niciodată cu el, bifați aici: ___)
- ___ 18. Aveți în prezent un alt partener intim (diferit)?
- ___ 19. Vă urmărește sau vă spionează, vă lasă note de amenințare, vă distruge proprietatea când nu faceți ce vrea el?
- ___ Total răspunsuri „Da”

III. Important!

Recitiți întrebările de mai sus și amintiți-vă care dintre situațiile de mai sus au avut loc în familia dv. de bază (părinți, bunici, alte rude care locuiau în casă cu dvs. în copilărie). Scrieți mai jos numerele întrebărilor la care presupuneți că ar răspunde cu Da, mama, bunica sau o altă rudă (chiar și prin alianță) de gen feminin cu care ați locuit în casă _____

Anexa 1.3. CHESTIONARUL DE AGRESIVITATE (adaptat după A.H. Buss și M. Perry)

Instrucțiuni: Utilizând scala de 5 puncte prezentată mai jos, indicați cât de necaracteristică sau caracteristică pentru dvs. e fiecare dintre următoarele afirmații. Plasați ratingul în caseta din partea dreaptă a paginii.

1 = extrem de necaracteristic pentru mine

2 = oarecum necaracteristic pentru mine

3 = neutru

4 = oarecum caracteristică pentru mine

5 = foarte caracteristic pentru mine

	Afirmație	rating
1	Prietenii mei spun că mă cert mult	
2	Alți oameni par că pot să se conroleze întotdeauna	
3	Mă aprind rapid, dar mă calmez repede.	
4	De multe ori mă gălesc în dezacord cu oamenii.	
5	Câteodată simt că nu am făcut cu viața o afacere prea bună	
6	Nu mă pot abține să nu mă cert când ceilalți nu sunt de acord cu mine	
7	Uneori îmi ies din fire din mai nimic.	
8	Pot să lovesc pe cineva dacă el sau ea mă provoacă.	
9	Mă întreb de ce uneori mă simt așa de supărat în legătură cu anumite lucruri.	
10	Am amenințat oameni pe care îi cunosc.	
11	Cineva m-a împins atât de mult încât l-am lovit	
12	Am probleme în a-mi controla firea (temperamentul)	
13	Dacă sunt suficient de supărat, aș putea să încerc munca cuiva.	
14	Am fost destul de supărat pe cineva încât am ieșit din cameră trântind ușa	
15	Câteodată sunt atât de gelos că nu mă pot gândi la altceva	
16	Când cineva face pe șeful, fac ce îmi cere în mod ostentativ	
17	Când oamenii sunt deosebit de drăguți cu mine, mă întreb ce vor.	
18	Am devenit atât de supărat că am spart lucruri	
19	Câteodată răspândesc bârfe despre oameni pe care nu îi plac.	
20	Nu sunt o persoană calmă	
21	Când oamenii mă supără, pot să le spun deschis ce cred despre ei.	
22	Câteodată simt că oamenii râd de mine pe la spatele meu	
23	Las furia să apară atunci când nu obțin ceea ce doresc.	
24	Din când în când, nu pot controla dorința de a lovi o altă persoană.	
25	Sar la bătaie mai mult decât o persoana obișnuită.	
26	Dacă cineva mă lovește, lovesc înapoi.	
27	Spun prietenilor mei deschis când nu sunt de acord cu ei.	
28	Dacă trebuie să recurg la violență pentru a-mi proteja drepturile, o voi face.	
29	Nu am încredere în străinii care sunt prea prietenoși	
30	Mă simt uneori ca un butoi de pulbere gata să explodeze.	
31	Când cineva mă irită cu adevărat, îi pot răspunde prin tăcere	
32	Știu că „prietenii” vorbesc despre mine în spatele meu.	
33	Unii dintre prietenii mei cred că sunt impulsiv	
34	Îmi place să fac farse	

Anexa 1.4. INVENTARUL DE PERSONALITATE PENTRU DSM-5 (PID-5-BF) PENTRU ADULȚI (adaptat după AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION)

Instrucțiuni: Aceasta este o listă de lucruri pe care oamenii ar putea să le spună despre ei înșiși. Suntem interesați de modul în care v-ați descrie cu ajutorul lor. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Deci, vă puteți descrie pe cât de cinstit posibil, vă vom păstra confidențialitatea răspunsurilor. Dori să vă acordați timp și să citiți cu atenție fiecare afirmație, selectând răspunsul care vă descrie cel mai bine: 0 = foarte fals sau deseori fals, 1=câteodată fals, 3=foarte adevărat sau deseori adevărat. Încercuți cifra care se potrivește afirmației.

1	Ceilalți m-ar descrie ca nesăbuit (ă).	0	1	2	3
2	Întodeauna acționez la primul impuls.	0	1	2	3
3	Deși știu că nu este bine, iau adesea decizii pripite.	0	1	2	3
4	Simt adesea că nimic din ceea ce fac nu mai contează.	0	1	2	3
5	Ceilalți mă văd ca fiind iresponsabil (ă).	0	1	2	3
6	Nu sunt bun (ă) la a face planuri înainte de a acționa.	0	1	2	3
7	Gândurile mele adesea nu au niciun sens pentru ceilalți	0	1	2	3
8	Mă îngrijorez aproape din orice.	0	1	2	3
9	Mă emoționez ușor, adesea pentru motive minore.	0	1	2	3
10	Mă tem să nu fiu singur(ă) în viață mai mult decât orice.	0	1	2	3
11	Mă blochez într-un anumit mod de a face lucrurile, chiar și atunci când este clar că nu funcționează.	0	1	2	3
12	Mi s-a întâmplat să văd lucruri care nu erau cu adevărat acolo.	0	1	2	3
13	Mă țin departe de relațiile romantice	0	1	2	3
14	Nu mă interesează să îmi fac prieteni	0	1	2	3
15	Mă irită cu ușurință tot felul de lucruri.	0	1	2	3
16	Nu îmi place să ma apropii prea mult de ceilalți oameni.	0	1	2	3
17	Nu e mare lucru dacă rănesc sentimentele altor persoane	0	1	2	3
18	Cu greu mă entuziasmez de ceva	0	1	2	3
19	Tânjesc după multă atenție	0	1	2	3
20	Deseori trebuie să am de-a face cu oameni care sunt mult mai puțin importanți decât mine.	0	1	2	3
21	Adesea am gânduri care pentru mine au sens, dar alte persoane spun că sunt ciudate.	0	1	2	3
22	Mă folosesc de oameni pentru a obține ceea ce vreau.	0	1	2	3
23	Deseori <i>visez cu ochii deschiși</i> , apoi brusc îmi revin și realizez că a trecut mult timp	0	1	2	3
24	Lucrurile din jurul meu par deseori ireale sau mai reale decât de obicei.	0	1	2	3
25	Îmi ușor să profit de ceilalți.	0	1	2	3

Anexa 1.5. TESTUL DE INTELIGENȚĂ EMOȚIONALĂ (adaptat după Schutte și colab.)

Instrucțiuni: Utilizând scala de 5 puncte prezentată mai jos, indicați cât de necaracteristică sau caracteristică pentru dvs. e fiecare dintre următoarele afirmații. Plasați ratingul în caseta din partea dreaptă a paginii.

1 = extrem de necaracteristic pentru mine

2 = oarecum necaracteristic pentru mine

3 = neutru

4 = oarecum caracteristică pentru mine

5 = foarte caracteristic pentru mine

Enunț	1	2	3	4	5
1. Aprecierea altor emoții					
Privind la expresiile lor faciale, recunosc emoțiile pe care le întâmpină oamenii					
Când o altă persoană îmi spune despre un eveniment important în viața lui, aproape că simt ca și cum aș fi experimentat acest eveniment eu					
Știu ce simt ceilalți oameni doar privind-i					
Este dificil pentru mine să înțeleg de ce oamenii simt cum o fac					
Pot să vă spun cum se simt oamenii ascultând tonul vocii lor					
Mi se pare greu să înțeleg mesajele non-verbale ale altor persoane *					
Sunt conștient de mesajele non-verbale pe care alte persoane le trimit *					
2. Aprecierea propriilor emoții					
Sunt conștient de emoțiile mele pe măsură ce le-am experimentat					
Știu de ce schimbă emoțiile mele					
Îmi recunosc cu ușurință emoțiile pe măsură ce le cunosc					
Sunt conștient de mesajele non-verbale pe care le trimit altora *					
Când mă confrunt cu obstacole, îmi amintesc de ce ori m-am confruntat cu obstacole similare și le-am depășit *					
3. Reglare					
Am control asupra emoțiilor mele					
Căut activități care mă fac fericite					
Unele dintre evenimentele majore din viața mea m-au determinat să reevaluez ceea ce este important și nu este important *					
Mă motivez prin imaginarea unui rezultat bun al sarcinilor pe care le iau *					
Știu când să vorbesc despre problemele mele personale altora *					
4. Abilitati sociale					
Îmi place să-mi împărtășesc emoțiile cu ceilalți					
Am organizat evenimente pe care alții le pot bucura					
Îi ajut pe ceilalți să se simtă mai bine când sunt jos					
Alți oameni consideră că este ușor să mă mărturisesc în mine *					
Îi complimentez pe alții când au făcut ceva bine *					
5.Utilizarea emoțiilor					
Când starea mea se schimbă, văd noi posibilități					

Când simt o emoție pozitivă, știu cum să o fac ultima					
Când am o dispoziție pozitivă, rezolvarea problemelor este ușoară pentru mine					
Când am o stare de spirit pozitivă, pot să vin idei noi					
Când simt o schimbare a emoțiilor, am tendința de a veni cu idei noi					
Folosesc bunele dispoziții pentru a mă ajuta să continui să încerc în fața obstacolelor					
Mă prezint într-un mod care face o impresie bună asupra altora *					
6. Optimism					
Emoțiile sunt unul dintre lucrurile care îmi fac viața să merite să trăiască					
Când mă confrunt cu o provocare, renunț pentru că eu cred că nu voi reuși *					
Mă aștept să fac bine pe cele mai multe lucruri pe care le încerc *					
Mă aștept să se întâmple lucruri bune *					

Anexa 1.6. CHESTIONAR AL STĂRII DE BINE PSIHOLOGICE (adaptată după C.D.

Ryff)

Citiți afirmațiile de mai jos și încercuți cifra care corespunde cel mai bine părerii dumneavoastră despre sine, după cum urmează:

1 = acord puternic; 2 = foarte puțin de acord; 3 = puțin de acord; 4 = nici acord, nici dezacord (neutru); 5 = puțin de acord; 6 = nu prea de acord; 7 = dezacord puternic

1. Mă tem să îmi exprim emoțiile când acestea sunt în opoziție cu ale majorității oamenilor

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

2. Simt că nu învăț nimic de la viață și că nu pot schimba nimic în ceea ce mă privește

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

3. În general, nu mă simt în controlul situațiilor pe care le întâlnesc în viață.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

4. Oamenii m-ar descrie ca fiind o persoană egoistă, care nu dorește să își împartă timpul cu ceilalți.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

5. Nu mă interesează activitățile care mi-ar putea lărgi orizontul.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

6. Nu îmi place să fac planuri de viitor pentru că nu pot să fac mare lucru pentru a le transforma în realitate.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

7. Cei mai mulți nu mă văd ca fiind iubitoare și plină de afecțiune.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

8. Sunt dezamăgită de ceea ce am realizat în viață.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

9. Cred că trăim decât o singură dată și chiar nu mă gândesc la viitor.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

10. Am tendința să mă îngrijorez în legătură cu ceea ce gândesc ceilalți despre mine.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

11. Când mă uit la povestea mea de viață, nu sunt mulțumită de felul în care au decurs lucrurile.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

12. Am dificultăți în a-mi aranja viața în moduri care să mă satisfacă.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

13. Deciziile mele sunt de obicei influențate de ceea ce fac ceilalți.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

14. Am renunțat de mult timp să mai aduc schimbări sau îmbunătățiri la viața pe care o duc.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

15. Solicitățile din viața de zi cu zi adesea mă doboară.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

16. Nu am experimentat relații apropiate, calde și de încredere cu alte persoane.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

17. Nu prea am experiențe noi care să mă provoace să mă gândesc la mine însămi și la lume.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

18. Pentru mine este dificil și frustrant să mențin relații apropiate.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

19. Atitudinea pe care o am față de mine nu este la fel de pozitivă cum este a altora față de ei înșiși.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

20. Nu prea știu ce vreau de la viață și care este scopul meu.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

21. Nu mă judec prin ceea ce cred eu că este important, ci prin valorile a ceea ce alții cred că este important

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

22. În general, nu mă simt încrezător și pozitiv față de mine

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

23. N-am reușit să construiesc o viață pe placul meu

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

24. Am tendința să fiu influențată de persoane cu opinii puternice.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

25. Nu îmi place să fiu în situații care solicită de la mine să schimb modurile mai vechi și familiare de a face lucrurile.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

26. Nu mă potrivesc prea bine cu oamenii din jurul meu

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

27. Știu că nu pot avea încredere în oamenii din jurul meu, chiar dacă îmi sunt prieteni

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

28. Nu cred că am evoluat prea mult ca persoană de-a lungul anilor.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

29. Unii oameni par rătăcesc fără rost prin viață, și pare că sunt unul dintre ei.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

30. Mă simt adesea singură pentru că am prea puțini prieteni cu care să îmi împărtășesc îngrijorările.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

31. Când mă compar cu prietenii și cunoștințele mele, nu mă simt bine așa cum sunt.

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

32. Nu prea am idee despre ceea ce încerc să realizez în viață

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

33. Simt uneori că am făcut tot ceea ce trebuia să fac în viață

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

34. Simt ca mulți dintre oamenii pe care îi știu au obținut mai mult de la viață decât mine

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

35. Nu am încredere în opiniile mele, chiar dacă acestea nu sunt contrare consensului general

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

36. Nu sunt foarte bună în gestionarea numeroaselor responsabilități ale vieții mele de zi cu zi

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

37. Am sentimentul că în timp nu m-am dezvoltat prea mult ca persoană

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

38. Nu îmi place să am conversații prea personale cu membrii familiei și cu prietenii mei

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

39. Activitățile mele zilnice par adesea triviale și lipsite de importanță pentru mine

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

40. Nu îmi plac cele mai multe părți ale personalității mele

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

41. Este greu pentru mine să-mi exprim propriile opinii în chestiuni controversate

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

42. Adesea mă simt copleșită de responsabilitățile mele

Acord total			neutru			Dezacord total
1	2	3	4	5	6	7

Anexa 1.7. CHESTIONAR DE REZILIENȚĂ (adaptată după Al Siebert)

Bifați măsura în care sunteți de acor cu următoarele afirmații:

Nr.	Afirmație	puțin adevărat 1	în mare măsură adevărat 2	foarte adevărat 3
1.	Într-o situație de criză sau haos, mă calmez și mă concentrez asupra acțiunilor utile.			
2.	De obicei sunt optimistă. Văd discuțiile ca fiind ceva temporar, mă aștept să le depășesc și cred că lucrurile vor evolua spre bine.			
3.	Pot tolera situații cu un nivel înalt de instabilitate sau ambiguitate.			
4.	Mă adaptez rapid la noi circumstanțe. Sunt bună la a-mi reveni rapid după situații dificile.			
5.	Am simțul umorului. Găsesc ceva amuzant și în situațiile dificile, rad de mine însămi și mă amuz cu ușurință.			
6.	Sunt capabilă să-mi revin emoțional după pierderi și eșecuri. Am prieteni cu care stau de vorbă, pot exprima ceea ce simt în fața altora și pot cere ajutor. Mânia, confuzia sau descurajarea nu durează mult.			
7.	Mă simt încrezătoare în forțele proprii, mă apreciez și am o imagine sănătoasă despre mine însămi.			
8.	Sunt curioasă și pun întrebări. Vreau să știu cum funcționează lucrurile. Îmi place să încerc căi noi de a întreprinde ceva.			
9.	Învăț constant din experiențele mele și din ale altora.			
10.	Știu să rezolv problemele. Pot folosi analiza logică, pot fi creativă sau pot folosi bunul simț practic.			
11.	Reușesc să fac lucrurile să meargă bine. Sunt solicitată adeseori să conduc grupuri sau proiecte.			
12.	Sunt foarte flexibilă. Mă simt bine cu complexitatea paradoxală a personalității mele. Sunt în același timp optimistă și pesimistă, încrezătoare și precaută, egoistă și generoasă, ș.a.m.d.			
13.	Sunt întotdeauna eu însămi, dar am observat ca mă comport diferit față de oameni diferiți și în situații diferite.			
14.	Prefer sa lucrez fără să am o descriere rigidă a ceea ce trebuie să fac. Sunt mai eficient când sunt liberă să fac ceea ce gândesc că este mai bine în fiecare situație.			
15.	<i>Citesc bine oamenii și mă încred în intuiția mea.</i>			
16.	Știu să ascult și am bune calități empatice.			
17.	Nu-i judec pe ceilalți și mă adaptez diverselor lor tipuri de personalitate.			
18.	Sunt foarte rezistent. Merg înainte în vremuri dificile. Am un spirit independent chiar dacă sunt cooperantă cu ceilalți.			
19.	Situațiile dificile m-au făcut mai bună și mai puternică.			
20.	Am transformat neșansa în șansă și am găsit părți bune în experiențele proaste			

Anexa 1.8. CHESTIONAR DE LOCUS AL CONTROLULUI (adaptat după J.B. Rotter)

Citiți cu atenție următoarele afirmații și notați în coloana din dreapta varianta pe care o considerați adevărată în ceea ce vă privește.

Nr.	Afirmație	aa/b
11.	a. Multe din evenimentele nefericite din viața se datorează în parte ghinionului. b. Esecurile oamenilor rezulta din greselile pe care chiar ei le fac.	
22.	a. Unul din motivele pentru care există războaie este insuficienta implicare în politica a cetățenilor. b. Vor exista întotdeauna războaie, indiferent cât am încerca să le prevenim.	
33.	a. În cursul vieții, orice individ poate castiga stima și respectul pe care le merita. b. Din păcate, valoarea unui om este adesea necunoscută, oricât de mult s-ar strădui el.	
44.	a. Ideea că profesorii sunt nedrepti cu studenții/elevii este un nonsens. b. Majoritatea studenților/elevilor nu realizează în ce măsură notele lor sunt întâmplătoare.	
55.	a. Fără noroc nu poți să fii un lider eficient. b. Oamenii capabili care nu reușesc să se impună n-au reușit să profite de ocaziile care li s-au oferit.	
66.	a. Unora pur și simplu nu le plăci, oricât te-ai strădui. b. Oamenii care nu pot să se facă plăcuți de ceilalți nu știu să se poarte.	
77.	a. Adesea găsesc că ce trebuie să se întâmple, se întâmplă b. Încrederea la soartă nu m-a determinat niciodată să iau o anumită decizie.	
88.	a. În cazul unui student/elev foarte bine pregătit poate fi rar vorba de o examinare nedreaptă. b. De multe ori întrebările de examen tind să fie atât de departe de cursul predat încât studiul este într-adevăr fără folos.	
19.	a. Obținerea unui succes este o chestiune de muncă serioasă, norocul având prea puțin de-a face cu asta. b. Obținerea unui loc de muncă depinde de a fi la locul potrivit și la momentul potrivit.	
110.	a. Omul de rând poate influența deciziile guvernamentale. b. Lumea este condusă de câțiva oameni puternici, iar omul de rând are prea puțină importanță.	
111.	a. Când îmi fac planuri, sunt aproape întotdeauna sigur că voi putea să le îndeplinesc. b. Nu este întotdeauna înțelept să îți faci planuri pe termen lung, pentru că oricum multe întâmplări țin de șansă sau neșansă.	
112.	a. În cazul meu, a obține ce vreau are puțin de-a face cu norocul sau chiar deloc. b. De multe ori putem foarte bine să decidem ce e de făcut dând cu banul.	
213.	a. Ce se petrece cu viața mea depinde de mine! b. Câteodată simt că nu controlez suficient sensul în care evoluează viața mea.	

Anexa 1.9. CHESTIONAR PENTRU STIMA DE SINE (M. Rosenberg)

Indicație: Chestionarul de mai jos își propune să vă ofere o indicație despre nivelul stimei dvs. de sine. Citiți cu atenție fiecare frază și răspundeți în cel mai scurt timp, marcând cu o stelută varianta care se apropie cel mai mult de punctul dvs. de vedere actual. Apreciați fiecare afirmație pe o sală de la 1 la 4, după cum urmează:

1 = total dezacord

2 = dezacord

3 = de acord

4 = acord total

Nr.	Afirmație	rating
1	În general, sunt satisfăcut de mine însumi.	
2	Câteodată mă gândesc că nu sunt bun de nimic.	
3	Cred totuși că am un număr de calități.	
4	Sunt capabil să fac lucrurile la fel de bine ca mulți din cei din jurul meu.	
5	Simt că nu am prea multe motive să fiu mândru.	
6	Am certitudine uneori că sunt inutil.	
7	Consider că sunt o persoană de încredere, cel puțin la fel ca ceilalți.	
8	Aș dori să pot avea mai mult respect pentru mine însumi.	
9	După tot ce mi se întâmplă, cred că sunt ghinionist.	
10	Am mereu o atitudine pozitivă față de mine.	

ANEXA 2. Analiza rezultatelor experimentului de constatare

Tabel A2.4. Date descriptive privind vârsta, durata relației și nr. copii

Descriptive Statistics

	varsta	durata_relatiei (copii
Valid	182	182	182
Missing	0	0	0
Mean	26.824	6.802	1.297
Std. Deviation	3.225	2.039	0.946
Minimum	22.000	4.000	0.000
Maximum	32.000	10.000	3.000

Ipoteza 1. Riscul domestic în funcție de mediu

Tabel A2.2. Date descriptive pentru variabila Risc domestic, lot integral

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
risc violenta domestica	Mean	11.18	.459	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10.28	
		Upper Bound	12.09	
	5% Trimmed Mean	11.12		
	Median	12.00		
	Variance	38.359		
	Std. Deviation	6.193		
	Minimum	0		
	Maximum	26		
	Range	25		
	Interquartile Range	10		
	Skewness	-.028	.180	
	Kurtosis	-.674	.358	

Tabel A2.3. Testarea normalității pentru Riscul domestic

Tests of Normality

	Grup	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
risc violenta domestica	mediu agresiv	.200	92	.000	.855	92	.000
	mediu non-agresiv	.123	90	.002	.886	90	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Tabel A2.4. Date descriptive pentru mediile scorurilor la Scala de evaluare a riscului domestic în funcție de calitatea mediului (agresiv și non-agresiv)

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
risc violenta domestica	mediu agresiv	Mean	15.15	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.01
			Upper Bound	16.30
		5% Trimmed Mean	15.51	

	Median	16.00	
	Variance	30.482	
	Std. Deviation	5.521	
	Minimum	0	
	Maximum	25	
	Range	25	
	Interquartile Range	3	
	Skewness	-1.155	.251
	Kurtosis	2.041	.498
mediu non-agresiv	Mean	7.73	.554
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	6.63	
	Upper Bound	8.83	
	5% Trimmed Mean	7.26	
	Median	7.50	
	Variance	27.591	
	Std. Deviation	5.253	
	Minimum	0	
	Maximum	26	
	Range	26	
	Interquartile Range	6	
	Skewness	1.364	.254
	Kurtosis	3.030	.503

Tabel A2.5. Testul T pentru eșantioane independente pentru mediile scorurilor la Scala de pericol casnic în funcție de mediu

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
risc violenta domestica	Equal variances assumed	.451	.503	11.208	180	.000	7.920	.707	6.526	9.314
	Equal variances not assumed			11.250	163.347	.000	7.920	.704	6.530	9.310

Ipoteza 2. Agresivitate în funcție de mediu

Tabel A2.6. Date descriptive pentru Agresivitate și componente, lot integral

		Statistic	Std. Error
Total agresivitate	Mean	93.33	1.770
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	89.84
		Upper Bound	96.82
	5% Trimmed Mean	93.06	
	Median	95.00	
	Variance	570.454	
	Std. Deviation	23.884	
	Minimum	36	
	Maximum	160	

	Range		124	
	Interquartile Range		27	
	Skewness		.065	.180
	Kurtosis		.106	.358
Agresivitate fizica	Mean		17.20	.506
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.20	
		Upper Bound	18.20	
	5% Trimmed Mean		17.19	
	Median		17.00	
	Variance		46.682	
	Std. Deviation		6.832	
	Minimum		1	
	Maximum		36	
	Range		35	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		.015	.180
	Kurtosis		.088	.358
	Agresivitate verbala	Mean		16.23
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	15.38	
		Upper Bound	17.07	
5% Trimmed Mean			16.44	
Median			17.00	
Variance			33.347	
Std. Deviation			5.775	
Minimum			1	
Maximum			25	
Range			24	
Interquartile Range			9	
Skewness			-.431	.180
Kurtosis			-.466	.358
Furie		Mean		16.35
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.36	
		Upper Bound	17.33	
	5% Trimmed Mean		16.18	
	Median		16.00	
	Variance		45.211	
	Std. Deviation		6.724	
	Minimum		1	
	Maximum		34	
	Range		33	
	Interquartile Range		7	
	Skewness		.489	.180
	Kurtosis		.366	.358
	Ostilitate	Mean		26.66
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	25.58	
		Upper Bound	27.74	
5% Trimmed Mean			26.71	
Median			29.00	
Variance			54.303	
Std. Deviation			7.369	

	Minimum		13	
	Maximum		40	
	Range		27	
	Interquartile Range		12	
	Skewness		-.376	.180
	Kurtosis		-.973	.358
Agresiune indirecta	Mean		16.90	.638
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.64	
		Upper Bound	18.15	
	5% Trimmed Mean		17.03	
	Median		18.50	
	Variance		74.028	
	Std. Deviation		8.604	
	Minimum		1	
	Maximum		30	
	Range		29	
	Interquartile Range		14	
	Skewness		-.209	.180
	Kurtosis		-1.182	.358

Tabel A2.7. Date descriptive pentru Agresivitate și componente în funcție de mediu

	Grup		Statistic	Std. Error	
Total agresivitate	agresiv	Mean	109.52	2.265	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	105.01	
			Upper Bound	114.04	
		5% Trimmed Mean	108.66		
		Median	105.00		
		Variance	374.392		
		Std. Deviation	19.349		
		Minimum	80		
		Maximum	160		
		Range	80		
		Interquartile Range	27		
		Skewness	.752	.281	
		Kurtosis	-.366	.555	
		non-agresiv	Mean	82.99	2.395
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	78.21	
			Upper Bound	87.76	
	5% Trimmed Mean		83.51		
	Median		86.00		
	Variance		418.736		
	Std. Deviation		20.463		
	Minimum		36		
	Maximum		117		
	Range		81		
Interquartile Range	35				
Skewness	-.370	.281			
Kurtosis	-.817	.555			
Agresivitate fizica	agresiv	Mean	20.79	.729	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19.34	
			Upper Bound	22.25	
		5% Trimmed Mean	20.53		
		Median	20.00		
		Variance	38.777		
		Std. Deviation	6.227		
		Minimum	11		
		Maximum	36		
		Range	25		
	Interquartile Range	9			
	Skewness	.406	.281		
	Kurtosis	-.430	.555		
	non-agresiv	Mean	14.63	.727	
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	13.18		
		Upper Bound			
5% Trimmed Mean					

		Upper Bound	16.08	
		5% Trimmed Mean	14.79	
		Median	14.00	
		Variance	38.570	
		Std. Deviation	6.210	
		Minimum	1	
		Maximum	25	
		Range	24	
		Interquartile Range	9	
		Skewness	-.314	.281
		Kurtosis	-.433	.555
Agresivitate verbală	agresiv	Mean	18.85	.503
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.85
			Upper Bound	19.85
		5% Trimmed Mean	18.90	
		Median	19.00	
		Variance	18.435	
		Std. Deviation	4.294	
		Minimum	11	
		Maximum	25	
		Range	14	
	non-agresiv	Mean	14.44	.685
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.07
			Upper Bound	15.80
		5% Trimmed Mean	14.49	
		Median	15.00	
		Variance	34.222	
		Std. Deviation	5.850	
		Minimum	3	
		Maximum	25	
		Range	22	
Furie	agresiv	Mean	18.11	.682
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.75
			Upper Bound	19.47
		5% Trimmed Mean	17.64	
		Median	17.00	
		Variance	33.960	
		Std. Deviation	5.828	
		Minimum	12	
		Maximum	34	
		Range	22	
	non-agresiv	Mean	15.36	.795
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.77
			Upper Bound	16.94
		5% Trimmed Mean	15.01	
		Median	15.00	
		Variance	46.177	
		Std. Deviation	6.795	
		Minimum	3	
		Maximum	33	
		Range	30	
Ostilitate	agresiv	Mean	32.05	.446
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31.17
			Upper Bound	32.94
		5% Trimmed Mean	31.96	
		Median	31.00	
		Variance	14.497	
		Std. Deviation	3.807	
		Minimum	26	
		Maximum	40	

		Range	14	
		Interquartile Range	6	
		Skewness	.416	.281
		Kurtosis	-.581	.555
	non-agresiv	Mean	23.47	.826
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	21.82	
		Upper Bound	25.11	
		5% Trimmed Mean	23.40	
		Median	20.00	
		Variance	49.863	
		Std. Deviation	7.061	
		Minimum	13	
		Maximum	35	
		Range	22	
		Interquartile Range	13	
		Skewness	.083	.281
		Kurtosis	-1.482	.555
non-agresiv	non-agresiv	Mean	19.71	.946
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	17.83	
		Upper Bound	21.60	
		5% Trimmed Mean	20.10	
		Median	22.00	
		Variance	65.319	
		Std. Deviation	8.082	
		Minimum	1	
		Maximum	30	
		Range	29	
		Interquartile Range	14	
		Skewness	-.685	.281
		Kurtosis	-.647	.555
	non-agresiv	Mean	15.10	.999
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	13.11	
		Upper Bound	17.09	
		5% Trimmed Mean	15.04	
		Median	15.00	
		Variance	72.810	
		Std. Deviation	8.533	
		Minimum	1	
		Maximum	30	
		Range	29	
		Interquartile Range	14	
		Skewness	.190	.281
		Kurtosis	-1.063	.555

Tabel A2.8. Testele de normalitatea distribuției pentru Agresivitate

Tests of Normality

	Grup	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total agresivitate	mediu agresiv	.008	92	.076	.977	92	.003
	mediu non-agresiv	.008	90	.000*	.977	90	.009
Agresivitate fizica	mediu agresiv	.001	92	.000*	.979	92	.052
	mediu non-agresiv	.001	90	.000*	.987	90	.501
Agresivitate verbala	mediu agresiv	.095	92	.038	.963	92	.011
	mediu non-agresiv	.091	90	.035	.969	90	.029
Furie	mediu agresiv	.170	92	.000	.886	92	.000
	mediu non-agresiv	.092	90	.055	.970	90	.033
Ostilitate	mediu agresiv	.149	92	.000	.919	92	.000
	mediu non-agresiv	.206	90	.000	.920	90	.000
Agresiune indirecta	mediu agresiv	.132	92	.000	.913	92	.000
	mediu non-agresiv	.107	90	.013	.963	90	.012

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

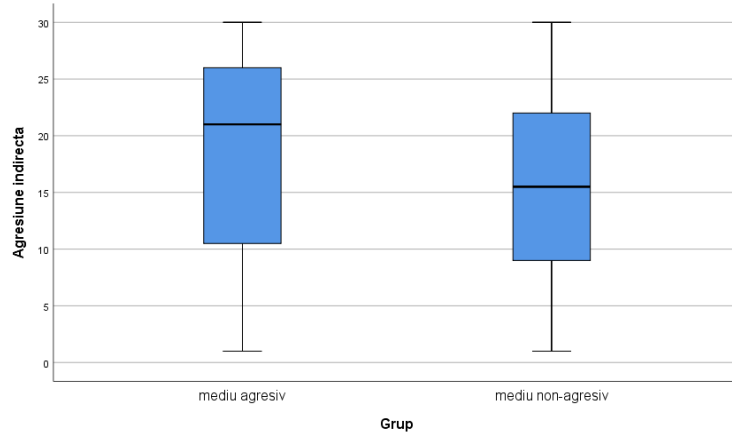


Figura A2.4. Boxplot pentru Agresivitate globală în funcție de mediu

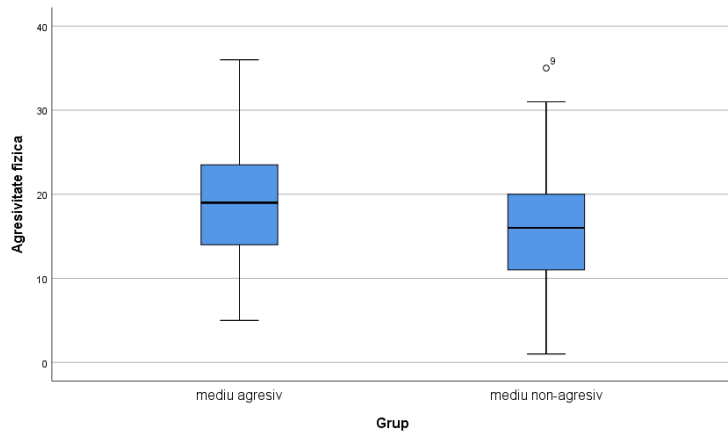


Figura A2.5. Boxplot pentru Agresivitate fizică în funcție de mediu

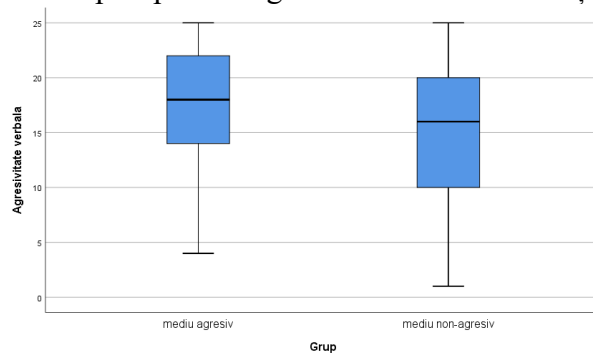


Figura A2.6. Boxplot pentru Agresivitate verbală în funcție de mediu

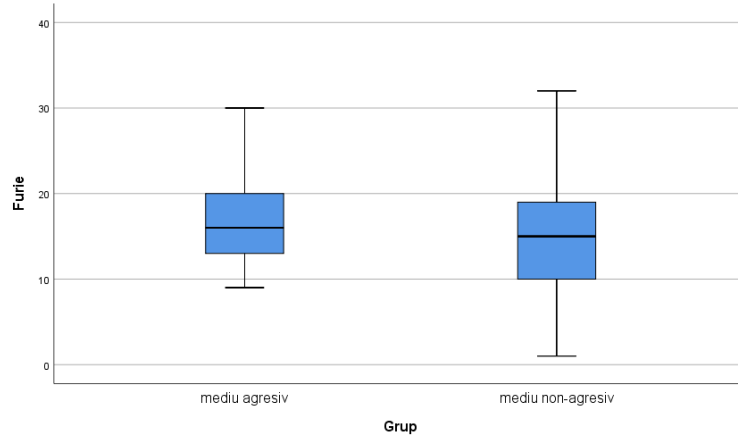


Figura A2.4. Boxplot pentru Furie în funcție de mediu

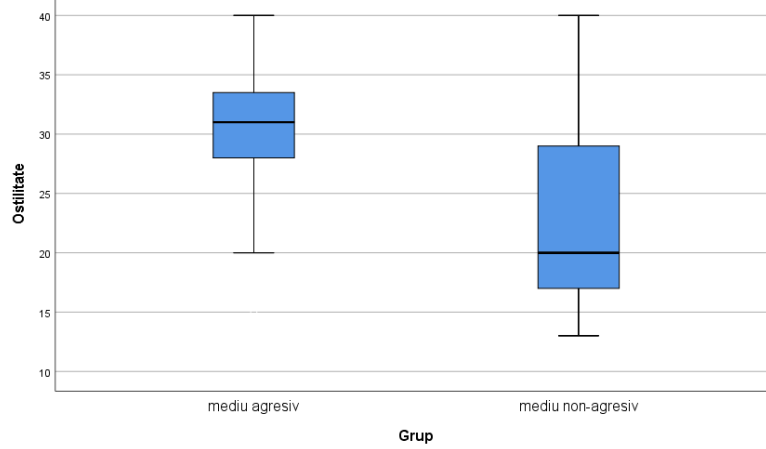


Figura A2.5. Boxplot pentru Ostilitate în funcție de mediu

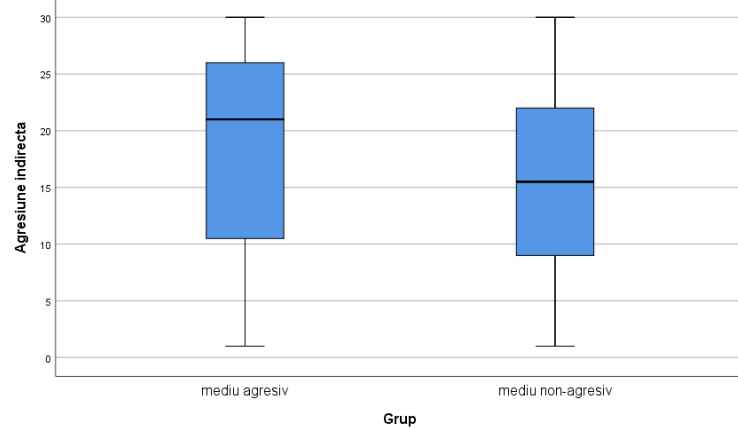


Figura A2.6. Boxplot pentru Agresivitate indirectă în funcție de mediu

Tabel 5. Testul T pentru esantioane independente, Agresivitate si componente, factor mediu familial

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference

									Lower	Upper
Total agresivitate	Equal variances assumed	2.902	.090	6.121	180	.000	19.775	3.230	13.401	26.150
	Equal variances not assumed			6.114	176.865	.000	19.775	3.234	13.392	26.158
Agresivitate fizica	Equal variances assumed	1.032	.311	3.808	180	.000	3.721	.977	1.793	5.649
	Equal variances not assumed			3.802	175.582	.000	3.721	.979	1.790	5.653
Agresivitate verbala	Equal variances assumed	6.846	.010	3.528	180	.001	2.929	.830	1.291	4.568
	Equal variances not assumed			3.519	167.997	.001	2.929	.833	1.286	4.573
Furie	Equal variances assumed	6.032	.015	2.882	180	.004	2.817	.977	.888	4.745
	Equal variances not assumed			2.873	165.200	.005	2.817	.980	.881	4.753
Ostilitate	Equal variances assumed	29.392	.000	7.441	180	.000	7.129	.958	5.239	9.020
	Equal variances not assumed			7.418	164.381	.000	7.129	.961	5.232	9.027
Agresiune indirecta	Equal variances assumed	3.177	.076	2.529	180	.012	3.179	1.257	.698	5.659
	Equal variances not assumed			2.532	177.706	.012	3.179	1.255	.702	5.655

Ipoteza 3. Starea clinic

Tabel A2.10. Statistica descriptivă pentru Afect negativ lot integral

		Statistic	Std. Error	
Afecte negativ	Mean	5.05	.316	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.42	
		Upper Bound	5.67	
	5% Trimmed Mean	4.81		
	Median	4.00		
	Variance	14.611		
	Std. Deviation	3.822		
	Minimum	0		
	Maximum	15		
	Range	15		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	.934	.201	
	Kurtosis	.180	.399	

Tabel A2.11. Distribuția frecvențelor pentru Afect negativ, lot integral

afect neg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	inalt	20	11.0	11.0	11.0
	mediu	32	17.6	17.6	28.6
	scazut	130	71.4	71.4	100.0
	Total	182	100.0	100.0	

Tabel A2.12. Statistica descriptiv pentru Detaşare lot integral

		Statistic	Std. Error	
Detaşare	Mean	3.56	.237	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.09	
		Upper Bound	4.03	
	5% Trimmed Mean	3.42		
	Median	3.00		
	Variance	8.220		
	Std. Deviation	2.867		
	Minimum	0		
	Maximum	10		
	Range	10		
	Interquartile Range	4		
	Skewness	.642	.201	
	Kurtosis	-.527	.399	

Tabel A2.13. Distribuţia frecvenţelor pentru Detaşare lot integral

detaşare

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mediu	33	18.1	18.1	18.1
	scazut	149	81.9	81.9	100.0
	Total	182	100.0	100.0	

Tabel A2.14. Statistica descriptiv pentru Antagonism lot integral

		Statistic	Std. Error	
Antagonism	Mean	4.60	.291	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.02	
		Upper Bound	5.17	
	5% Trimmed Mean	4.44		
	Median	4.00		
	Variance	12.394		
	Std. Deviation	3.521		
	Minimum	0		
	Maximum	13		
	Range	13		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	.573	.201	
	Kurtosis	-.591	.399	

Tabel A2.15. Distribuţia frecvenţelor pentru Antagonism lot integral

antagonism

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	inalt	13	7.1	7.1	7.1
	mediu	33	18.1	18.1	25.3
	scazut	136	74.7	74.7	100.0

Total	182	100.0	100.0	
-------	-----	-------	-------	--

Tabel A2.16. Statistica descriptiv pentru Dezinhibiție lot integral

		Statistic	Std. Error	
Dezinhibiție	Mean	4.35	.243	
	95% Confidence Interval for Lower Bound	3.87		
	Mean	Upper Bound	4.83	
	5% Trimmed Mean	4.28		
	Median	4.00		
	Variance	8.629		
	Std. Deviation	2.937		
	Minimum	0		
	Maximum	12		
	Range	12		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	.232	.201	
	Kurtosis	-.875	.399	

Tabel A2.17. Distribuția frecvențelor pentru Dezinhibiție lot integral

dezinhibiție

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	inalt	2	1.1	1.1	1.1
	mediu	63	34.6	34.6	35.7
	scazut	117	64.3	64.3	100.0
	Total	182	100.0	100.0	

Tabel A2.18. Statistica descriptiv pentru Psihotism lot integral

		Statistic	Std. Error	
Psihotism	Mean	4.49	.239	
	95% Confidence Interval for Lower Bound	4.02		
	Mean	Upper Bound	4.96	
	5% Trimmed Mean	4.46		
	Median	4.00		
	Variance	8.321		
	Std. Deviation	2.885		
	Minimum	0		
	Maximum	10		
	Range	10		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	.206	.201	
	Kurtosis	-1.112	.399	

Tabel A2.19. Distribuția frecvențelor pentru Psihotism lot integral

psihotism

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mediu	68	37.4	37.4	37.4
	scazut	114	62.6	62.6	100.0

Total	182	100.0	100.0	
-------	-----	-------	-------	--

Tabel A2.20. Date descriptive pentru mediile scorurilor la Depresie, Anxietate, Stres (DASS 21)

		Statistic	Std. Error	
depresie	Mean	6.47	.292	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.89	
		Upper Bound	7.04	
	5% Trimmed Mean	6.45		
	Median	6.00		
	Variance	12.471		
	Std. Deviation	3.531		
	Minimum	0		
	Maximum	13		
	Range	13		
	Interquartile Range	6		
	Skewness	.028	.201	
	Kurtosis	-1.203	.399	
Anxietate	Mean	6.25	.201	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.86	
		Upper Bound	6.65	
	5% Trimmed Mean	6.43		
	Median	7.00		
	Variance	5.887		
	Std. Deviation	2.426		
	Minimum	0		
	Maximum	9		
	Range	9		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	-.994	.201	
	Kurtosis	.396	.399	
Stres	Mean	9.97	.345	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.29	
		Upper Bound	10.65	
	5% Trimmed Mean	10.15		
	Median	11.00		
	Variance	17.392		
	Std. Deviation	4.170		
	Minimum	0		
	Maximum	16		
	Range	16		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	-.578	.201	
	Kurtosis	-.357	.399	

Tabel A2.21. Distribuția frecvențelor pentru Depresie lot integral

Depresie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	moderat	55	30.2	30.2	30.2
	normal	76	41.8	41.8	72.0
	sever	22	12.1	12.1	84.1
	ușor	29	15.9	15.9	100.0
	Total	182	100.0	100.0	

Tabel A2.22. Distribuția frecvențelor pentru Anxietate lot integral

Anxietate

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	moderat	52	28.6	28.6	28.6
	normal	33	18.1	18.1	46.7
	sever	57	31.3	31.3	78.0
	ușor	40	22.0	22.0	100.0
	Total	182	100.0	100.0	

Tabel A2.23. Distribuția frecvențelor pentru Stres lot integral

Stress

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	moderat	48	26.4	26.4	26.4
	normal	54	29.7	29.7	56.0
	sever	43	23.6	23.6	79.7
	ușor	37	20.3	20.3	100.0
	Total	182	100.0	100.0	

Tabel A2.24. Date descriptive pentru mediile scorurilor la Scalele DSM-5, lot integral

		Grup	Statistic	Std. Error	
Afecte negativ	agresiv	Mean	6.10	.464	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.17	
			Upper Bound	7.02	
		5% Trimmed Mean	5.96		
		Median	5.00		
		Variance	15.699		
		Std. Deviation	3.962		
		Minimum	0		
		Maximum	15		
		Range	15		
		Interquartile Range	6		
		Skewness	.488	.281	
		Kurtosis	-.459	.555	
	non-agresiv	Mean	4.00	.397	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.21	
			Upper Bound	4.79	
		5% Trimmed Mean	3.69		
		Median	3.00		

		Variance	11.500	
		Std. Deviation	3.391	
		Minimum	0	
		Maximum	15	
		Range	15	
		Interquartile Range	3	
		Skewness	1.606	.281
		Kurtosis	2.479	.555
Detasare	agresiv	Mean	4.51	.394
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.72
			Upper Bound	5.29
		5% Trimmed Mean	4.45	
		Median	4.00	
		Variance	11.337	
		Std. Deviation	3.367	
		Minimum	0	
		Maximum	10	
		Range	10	
		Interquartile Range	6	
		Skewness	.165	.281
		Kurtosis	-1.365	.555
		non-agresiv	Mean	2.62
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	2.19
			Upper Bound	3.05
	5% Trimmed Mean		2.57	
	Median		3.00	
	Variance		3.406	
	Std. Deviation		1.846	
	Minimum		0	
	Maximum		7	
	Range		7	
	Interquartile Range	3		
Skewness	.232	.281		
Kurtosis	-.877	.555		
Antagonism	agresiv	Mean	5.81	.421
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.97
			Upper Bound	6.65
		5% Trimmed Mean	5.80	
		Median	6.00	
		Variance	12.935	
		Std. Deviation	3.597	
		Minimum	0	
		Maximum	13	
		Range	13	
		Interquartile Range	6	
		Skewness	.007	.281
		Kurtosis	-1.129	.555
	non-agresiv	Mean	3.38	.352

		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.68			
			Upper Bound	4.09			
		5% Trimmed Mean			3.10		
		Median			3.00		
		Variance			9.045		
		Std. Deviation			3.008		
		Minimum			0		
		Maximum			13		
		Range			13		
		Interquartile Range			4		
		Skewness			1.329	.281	
		Kurtosis			2.141	.555	
		Dezinhibitie	agresiv	Mean			4.38
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			3.74			
	Upper Bound			5.03			
5% Trimmed Mean				4.36			
Median				5.00			
Variance				7.712			
Std. Deviation				2.777			
Minimum				0			
Maximum				10			
Range				10			
Interquartile Range				5			
Skewness				.050	.281		
Kurtosis				-1.004	.555		
	non-agresiv		Mean			4.32	.364
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.59		
				Upper Bound	5.04		
			5% Trimmed Mean			4.20	
			Median			4.00	
			Variance			9.663	
			Std. Deviation			3.109	
			Minimum			0	
			Maximum			12	
			Range			12	
			Interquartile Range			5	
		Skewness			.370	.281	
		Kurtosis			-.805	.555	
Psihotism	agresiv	Mean			4.41	.334	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.78			
			Upper Bound	5.08			
		5% Trimmed Mean			4.35		
		Median			4.00		
		Variance			8.162		
		Std. Deviation			2.857		
		Minimum			0		
		Maximum			10		
		Range			10		

	non-agresiv	Interquartile Range	5		
		Skewness	.288	.281	
		Kurtosis	-1.109	.555	
		Mean	4.58	.343	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.89	
			Upper Bound	5.26	
		5% Trimmed Mean	4.55		
		Median	4.00		
		Variance	8.581		
		Std. Deviation	2.929		
		Minimum	0		
		Maximum	10		
		Range	10		
		Interquartile Range	5		
		Skewness	.129	.281	
Kurtosis	-1.097	.555			

Tabel A2.25. Testul T pentru eșantioane independente pe scalele Dass-21 și DSM-5 în funcție de percepția mediului familial originar

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
depresie	Equal variances assumed	.061	.805	3.878	144	.000	2.164	.558	1.061	3.268
	Equal variances not assumed			3.878	143.935	.000	2.164	.558	1.061	3.268
Anxietate	Equal variances assumed	20.998	.000	6.543	144	.000	2.315	.354	1.616	3.014
	Equal variances not assumed			6.543	109.881	.000	2.315	.354	1.614	3.016
Stres	Equal variances assumed	21.213	.000	6.588	144	.000	4.000	.607	2.800	5.200
	Equal variances not assumed			6.588	117.044	.000	4.000	.607	2.797	5.203
Afecte negativ	Equal variances assumed	5.651	.019	3.434	144	.001	2.096	.610	.889	3.302
	Equal variances not assumed			3.434	140.648	.001	2.096	.610	.889	3.303
Detasare	Equal variances assumed	44.120	.000	4.207	144	.000	1.890	.449	1.002	2.779

	Equal variances not assumed			4.207	111.685	.000	1.890	.449	1.000	2.781
Antagonism	Equal variances assumed	8.492	.004	4.419	144	.000	2.425	.549	1.340	3.509
	Equal variances not assumed			4.419	139.628	.000	2.425	.549	1.340	3.510
Dezinhibitie	Equal variances assumed	1.367	.244	.140	144	.889	.068	.488	-.896	1.033
	Equal variances not assumed			.140	142.206	.889	.068	.488	-.896	1.033
Psihotism	Equal variances assumed	.021	.886	-.343	144	.732	-.164	.479	-1.111	.782
	Equal variances not assumed			-.343	143.910	.732	-.164	.479	-1.111	.782

Tabel A2.26. Tabel de incidență pentru nivele Detașare în funcție de mediu familial

Crosstab

Count

		detașare		Total
		mediu	sczut	
Grup	mediu agresiv	28	64	92
	mediu non-agresiv	5	85	90
Total		33	149	182

Tabel A2.27. Testul Chi-pătrat pentru nivele Detașare, factor mediu familial

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18.970a	1	.000		
Continuity Correction ^b	17.331	1	.000		
Likelihood Ratio	20.624	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
N of Valid Cases	182				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.32.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabel A2.28. Tabel de incidență pentru nivele Afect negativ în funcție de mediu familial

Crosstab

Count

		afect negativ			Total
		inalt	mediu	sczut	
Grup	mediu agresiv	9	31	52	92
	mediu non-agresiv	11	1	78	90
Total		20	32	130	182

Tabel A2.29. Testul Chi-pătrat pentru nivele Afect negativ, factor mediu familial

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)

Pearson Chi-Square	33.507 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	40.875	2	.000
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.89.

Tabel A2.30. Tabel de incidență pentru nivelele Antagonism în funcție de mediu familial

Crosstab

Count

		antagonism			Total
		inalt	mediu	sczut	
Grup	mediu agresiv	8	28	56	92
	mediu non-agresiv	5	5	80	90
Total		13	33	136	182

Tabel A2.31. Testul Chi-pătrat pentru nivelele de Antagonism, factor mediu familial

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.938 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	22.610	2	.000
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.43.

Tabel A2.32. Tabel de incidență pentru nivelele de Depresie în funcție de mediu familial

Crosstab

Count

		Depresie				Total
		moderat	normal	sever	ușor	
Grup	mediu agresiv	32	33	17	10	92
	mediu non-agresiv	23	43	5	19	90
Total		55	76	22	29	182

Tabel A2.33. Testul Chi-pătrat pentru nivelele de Depresie, factor mediu familial

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.107 ^a	3	.007
Likelihood Ratio	12.533	3	.006
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.88.

Tabel A2.34. Tabel de incidență pentru nivelele de Anxietate în funcție de mediu familial

Crosstab

Count

		Anxietate				Total
		moderat	normal	sever	ușor	

Grup	mediu agresiv	32	6	39	15	92
	mediu non-agresiv	20	27	18	25	90
Total		52	33	57	40	182

Tabel A2.35. Testul Chi-pătrat pentru nivelele de Anxietate, factor mediu familial

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	26.351 ^a	3	.000
Likelihood Ratio	27.676	3	.000
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.32.

Tabel A2.36. Tabel de incidență pentru nivelele de Stres în funcție de mediu familial

Crosstab

Count

		Stres				
		moderat	normal	sever	ușor	Total
Grup	mediu agresiv	24	9	39	20	92
	mediu non-agresiv	24	45	4	17	90
Total		48	54	43	37	182

Tabel 37. Testul Chi-pătrat pentru nivelele de Stres, factor mediu familial

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	52.716 ^a	3	.000
Likelihood Ratio	59.416	3	.000
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.30.

Ipoteza 4. Stimă de sine

Tabel A2.38. Date descriptive pentru Stima de sine

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
stima de sine	Mean	24.23	.587	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23.07	
		Upper Bound	25.38	
	5% Trimmed Mean	24.16		
	Median	23.00		
	Variance	62.717		
	Std. Deviation	7.919		
	Minimum	10		

Maximum	40	
Range	30	
Interquartile Range	12	
Skewness	.121	.180
Kurtosis	-.843	.358

Tabel A2.39. Normalitatea distribuției pentru scorurile la Stimă de sine

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
stima de sine	.072	182	.021	.975	182	.002

a. Lilliefors Significance Correction

Tabel A2.40. Frecvențe pentru nivelele Stimei de sine, lot intreg

		stima			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	inalta	25	13.7	13.7	13.7
	medie	126	69.2	69.2	83.0
	scazuta	31	17.0	17.0	100.0
	Total	182	100.0	100.0	

Tabel A2.41. Date descriptive pentru scorurile la proba Stimă de sine în funcție de mediul familial

Descriptives

	Grup		Statistic	Std. Error	
stima de sine	mediu agresiv	Mean	22.28	.811	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.67	
			Upper Bound	23.89	
		5% Trimmed Mean	22.12		
		Median	21.50		
		Variance	60.491		
		Std. Deviation	7.778		
		Minimum	10		
		Maximum	39		
		Range	29		
		Interquartile Range	13		
		Skewness	.249	.251	
		Kurtosis	-.927	.498	
		mediu non-agresiv	Mean	26.21	.801
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24.62
Upper Bound	27.80				
5% Trimmed Mean	26.25				

Median	26.00	
Variance	57.809	
Std. Deviation	7.603	
Minimum	10	
Maximum	40	
Range	30	
Interquartile Range	11	
Skewness	.045	.254
Kurtosis	-.728	.503

Tabel A2.42. Testarea normalității pentru Stima de sine în funcție de mediu

Tests of Normality

Grup	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
stima de sine mediu agresiv	.091	92	.060	.960	92	.006
stima de sine mediu non-agresiv	.064	90	.040*	.979	90	.004

Tabel A2.43. Testul T pentru eșantioane independente pentru Stima de sine, factor mediu familial

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	deEqual variances assumed	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	(2-Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
stima sine	assumed	.109	.742	-3.445	180	.001	-3.929	1.140	-6.179	-1.678
	Equal variances not assumed			-3.446	180.000	.001	-3.929	1.140	-6.178	-1.679

Tabel A2.44. Tabel de incidență pentru nivelele Stimei de sine, factor mediu familial

Grup * stima Crosstabulation

Count

Grup		stima			Total
		inalta	medie	scazuta	
mediu agresiv		7	63	22	92
mediu non-agresiv		18	63	9	90
Total		25	126	31	182

Tabel A2.45. Testul Chi-pătrat pentru nivelele Stimei de sine, factor mediu familial

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.271 ^a	2	.006
Likelihood Ratio	10.612	2	.005
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.36.

Ipoteza 5. Reziliență

Tabel A2.46. Date descriptive pentru Reziliență, lot integral

		Statistic	Std. Error	
rezilienta	Mean	36.35	.783	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34.81	
		Upper Bound	37.90	
	5% Trimmed Mean	36.01		
	Median	36.00		
	Variance	111.655		
	Std. Deviation	10.567		
	Minimum	20		
	Maximum	60		
	Range	40		
	Interquartile Range	16		
	Skewness	.468	.180	
	Kurtosis	-.665	.358	

Ipoteza 6. Locus control

Tabel A2.53. Frecvențe pentru tipurile de Locus control

		Locus control			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	extern	73	40.1	40.1	40.1
	intermed	63	34.6	34.6	74.7
	intern	46	25.3	25.3	100.0
	Total	182	100.0	100.0	

Tabel A2.54. Tabel de incidență pentru asocierea tipurilor de Locus control cu mediul familial

		Grup * Locus Crosstabulation			
		locus			Total
		extern	intermed	intern	
Grup	mediu agresiv	39	27	26	92
	mediu non-agresiv	34	36	20	90
Total		73	63	46	182

Ipoteza 7. IE

Tabel A2.55. Date descriptive pentru IE global și componente (lot integral)

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
inteligenta emotionala	Mean	106.82	1.486	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	103.89	
		Upper Bound	109.75	
	5% Trimmed Mean	106.77		
	Median	107.00		
	Variance	401.873		
	Std. Deviation	20.047		
	Minimum	59		
	Maximum	155		
	Range	96		
	Interquartile Range	29		
	Skewness	.034	.180	
	Kurtosis	-.489	.358	
	aprecierea emotiilor altora	Mean	23.92	.500
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	22.93	
		Upper Bound	24.90	
5% Trimmed Mean		24.06		
Median		24.00		
Variance		45.413		
Std. Deviation		6.739		
Minimum		9		
Maximum		35		
Range		26		
Interquartile Range		11		
Skewness		-.172	.180	
Kurtosis		-.974	.358	
aprecierea propriilor emotii		Mean	14.86	.430
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.01	
		Upper Bound	15.71	
	5% Trimmed Mean	14.84		
	Median	14.50		
	Variance	33.714		
	Std. Deviation	5.806		
	Minimum	5		
	Maximum	25		
	Range	20		
	Interquartile Range	9		
	Skewness	-.072	.180	

	Kurtosis		-1.075	.358
reglare emotionala	Mean		15.40	.438
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	14.54	
		Upper Bound	16.27	
	5% Trimmed Mean		15.42	
	Median		15.00	
	Variance		34.916	
	Std. Deviation		5.909	
	Minimum		5	
	Maximum		25	
	Range		20	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		.036	.180
	Kurtosis		-1.120	.358
	abilitati sociale	Mean		15.40
95% Confidence Interval for		Lower Bound	14.47	
		Upper Bound	16.32	
5% Trimmed Mean			15.44	
Median			15.50	
Variance			39.843	
Std. Deviation			6.312	
Minimum			5	
Maximum			25	
Range			20	
Interquartile Range			11	
Skewness			-.072	.180
Kurtosis			-1.285	.358
utilizarea emotiilor		Mean		23.79
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	22.80	
		Upper Bound	24.77	
	5% Trimmed Mean		23.92	
	Median		24.00	
	Variance		45.429	
	Std. Deviation		6.740	
	Minimum		9	
	Maximum		35	
	Range		26	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		-.134	.180
	Kurtosis		-.973	.358
	optimism	Mean		13.46

95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.69	
	Upper Bound	14.24	
5% Trimmed Mean		13.30	
Median		13.00	
Variance		28.184	
Std. Deviation		5.309	
Minimum		5	
Maximum		25	
Range		20	
Interquartile Range		7	
Skewness		.375	.180
Kurtosis		-.647	.358

Tabel A2.56. Date descriptive comparative pentru IE global și componente

Descriptives

	Grup		Statistic	Std. Error	
inteligenta emotionala	mediu agresiv	Mean	99.29	2.013	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	95.30	
			Upper Bound	103.29	
		5% Trimmed Mean		98.87	
		Median		98.00	
		Variance		372.671	
		Std. Deviation		19.305	
		Minimum		59	
		Maximum		146	
		Range		87	
		Interquartile Range		30	
		Skewness		.328	.251
		Kurtosis		-.519	.498
			mediu non-agresiv	Mean	114.51
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			110.78	
	Upper Bound			118.25	
5% Trimmed Mean				114.72	
Median				113.00	
Variance				317.871	
Std. Deviation				17.829	
Minimum				62	
Maximum				155	
Range				93	
Interquartile Range				25	
Skewness				-.102	.254
Kurtosis				.177	.503
aprecierea emotiilor altora	mediu agresiv			Mean	22.79
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21.28	
			Upper Bound	24.31	
		5% Trimmed Mean		22.86	

		Median	23.00	
		Variance	53.748	
		Std. Deviation	7.331	
		Minimum	9	
		Maximum	35	
		Range	26	
		Interquartile Range	12	
		Skewness	-.006	.251
		Kurtosis	-1.108	.498
	mediu non-agresiv	Mean	25.07	.621
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23.83
			Upper Bound	26.30
		5% Trimmed Mean	25.15	
		Median	25.00	
		Variance	34.760	
		Std. Deviation	5.896	
		Minimum	13	
		Maximum	35	
		Range	22	
		Interquartile Range	10	
		Skewness	-.188	.254
		Kurtosis	-.999	.503
aprecierea propriilor emotii	mediu agresiv	Mean	13.10	.583
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.94
			Upper Bound	14.26
		5% Trimmed Mean	13.04	
		Median	13.00	
		Variance	31.254	
		Std. Deviation	5.591	
		Minimum	5	
		Maximum	23	
		Range	18	
		Interquartile Range	11	
		Skewness	.107	.251
		Kurtosis	-1.209	.498
	mediu non-agresiv	Mean	16.66	.579
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.51
			Upper Bound	17.81
		5% Trimmed Mean	16.76	
		Median	17.00	
		Variance	30.138	
		Std. Deviation	5.490	
		Minimum	5	
		Maximum	25	
		Range	20	
		Interquartile Range	8	
		Skewness	-.254	.254
		Kurtosis	-.894	.503
reglare emotionala	mediu agresiv	Mean	14.45	.644
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.17

		Mean	Upper Bound	15.72	
		5% Trimmed Mean		14.38	
		Median		14.00	
		Variance		38.140	
		Std. Deviation		6.176	
		Minimum		5	
		Maximum		25	
		Range		20	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		.172	.251
		Kurtosis		-1.184	.498
	mediu non-agresiv	Mean		16.38	.578
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.23	
			Upper Bound	17.53	
		5% Trimmed Mean		16.46	
		Median		16.00	
		Variance		30.103	
		Std. Deviation		5.487	
		Minimum		5	
		Maximum		25	
		Range		20	
		Interquartile Range		9	
		Skewness		-.013	.254
		Kurtosis		-1.055	.503
abilitati sociale	mediu agresiv	Mean		14.97	.668
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.64	
			Upper Bound	16.29	
		5% Trimmed Mean		14.96	
		Median		15.00	
		Variance		41.065	
		Std. Deviation		6.408	
		Minimum		5	
		Maximum		25	
		Range		20	
		Interquartile Range		12	
		Skewness		.008	.251
		Kurtosis		-1.325	.498
	mediu non-agresiv	Mean		15.83	.655
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.53	
			Upper Bound	17.14	
		5% Trimmed Mean		15.92	
		Median		16.00	
		Variance		38.657	
		Std. Deviation		6.217	
		Minimum		5	
		Maximum		25	
		Range		20	
		Interquartile Range		11	
		Skewness		-.150	.254

utilizarea emotiilor	mediu agresiv	Kurtosis		-1.229	.503
		Mean		22.62	.762
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21.11	
			Upper Bound	24.13	
		5% Trimmed Mean		22.67	
		Median		23.00	
		Variance		53.447	
		Std. Deviation		7.311	
		Minimum		9	
		Maximum		35	
	Range		26		
	Interquartile Range		12		
	Skewness		.037	.251	
	mediu non-agresiv	Kurtosis		-1.088	.498
		Mean		24.98	.623
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23.74	
			Upper Bound	26.22	
		5% Trimmed Mean		25.07	
		Median		25.00	
		Variance		34.898	
Std. Deviation		5.907			
Minimum		13			
Maximum		35			
Range		22			
Interquartile Range		10			
Skewness		-.151	.254		
optimism	mediu agresiv	Kurtosis		-1.001	.503
		Mean		11.37	.443
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10.49	
			Upper Bound	12.25	
		5% Trimmed Mean		11.13	
		Median		12.00	
		Variance		18.060	
		Std. Deviation		4.250	
		Minimum		5	
		Maximum		24	
	Range		19		
	Interquartile Range		6		
	Skewness		.586	.251	
	mediu non-agresiv	Kurtosis		.259	.498
		Mean		15.60	.574
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.46	
			Upper Bound	16.74	
		5% Trimmed Mean		15.64	
		Median		15.00	
		Variance		29.703	
Std. Deviation		5.450			
Minimum		5			
Maximum		25			

Range	20	
Interquartile Range	8	
Skewness	-.046	.254
Kurtosis	-.915	.503

Tabel A2.57. Testarea normalității pentru scorurile la IE și dimensiuni

Tests of Normality

	Grup	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
inteligenta emotionala	mediu agresiv	.090	92	.062	.978	92	.115
	mediu non-agresiv	.067	90	.200*	.987	90	.505
aprecierea altor emotii	mediu agresiv	.106	92	.013	.958	92	.005
	mediu non-agresiv	.081	90	.198	.961	90	.008
aprecierea propriilor emotii	mediu agresiv	.113	92	.006	.933	92	.000
	mediu non-agresiv	.099	90	.031	.957	90	.004
reglare emotionala	mediu agresiv	.103	92	.018	.942	92	.000
	mediu non-agresiv	.090	90	.070	.957	90	.005
abilitati sociale	mediu agresiv	.121	92	.002	.934	92	.000
	mediu non-agresiv	.126	90	.001	.940	90	.000
utilizarea emotiilor	mediu agresiv	.092	92	.053	.959	92	.006
	mediu non-agresiv	.085	90	.110	.962	90	.011
optimism	mediu agresiv	.080	92	.199	.951	92	.002
	mediu non-agresiv	.100	90	.026	.969	90	.028

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

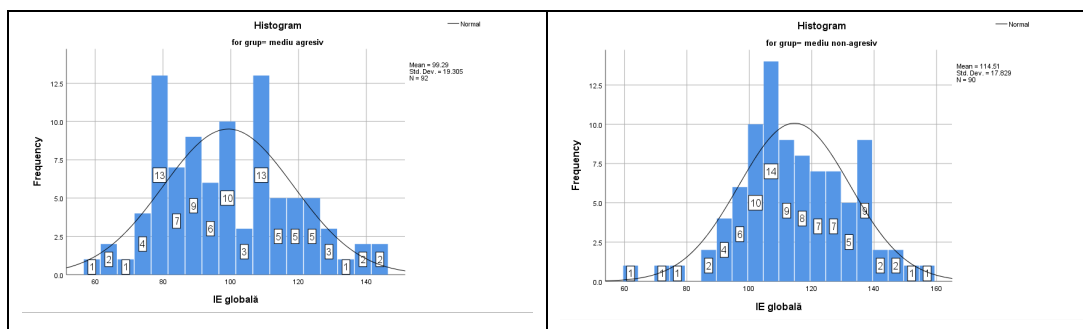


Figura A2.7. Distribuția frecvențelor pentru IE în funcție de mediul familial

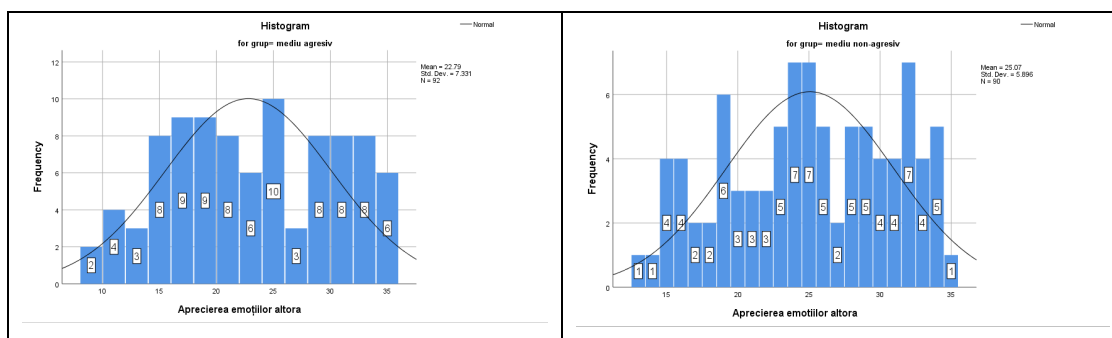


Figura A2.8. Distribuția frecvențelor pentru Aprecierea emoțiilor altora în funcție de mediul familial

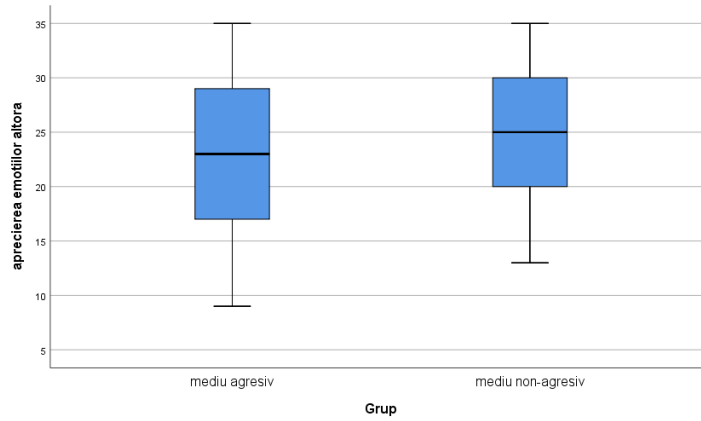


Figura A2.9. Boxploturi pentru mediile la Aprecierea emoțiilor altora

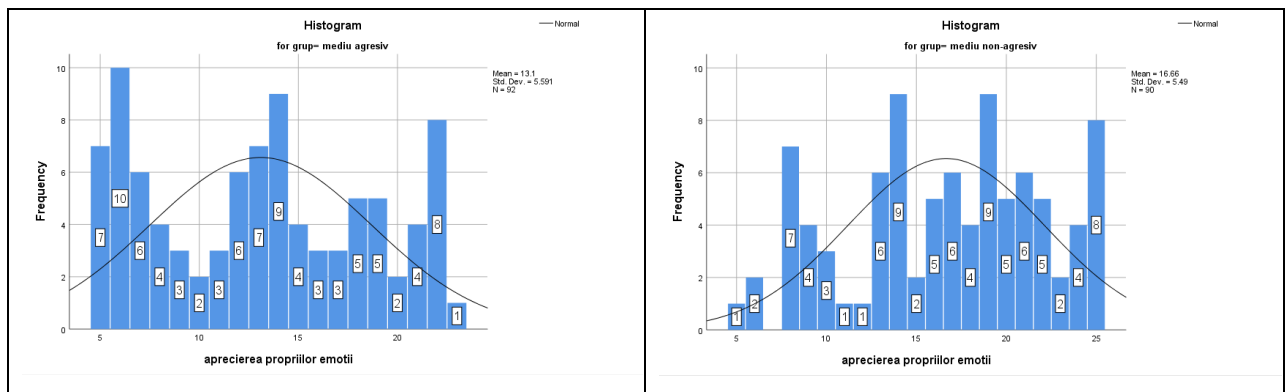


Figura A2.10. Distribuția frecvențelor pentru Aprecierea propriilor emoții în funcție de mediul familial

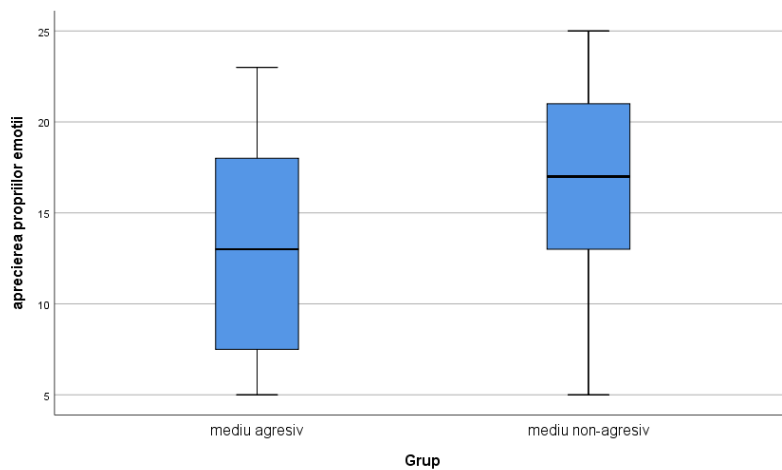


Figura A2.11. Boxploturi pentru mediile la Aprecierea emoțiilor proprii în funcție de mediul familial

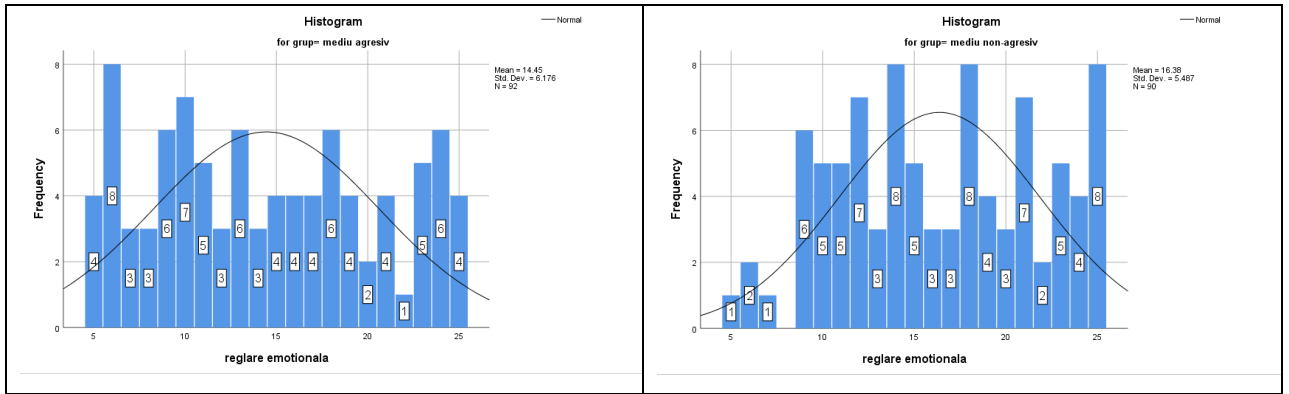


Figura A2.12. Distribuția frecvențelor pentru Reglare emoțională în funcție de mediul familial

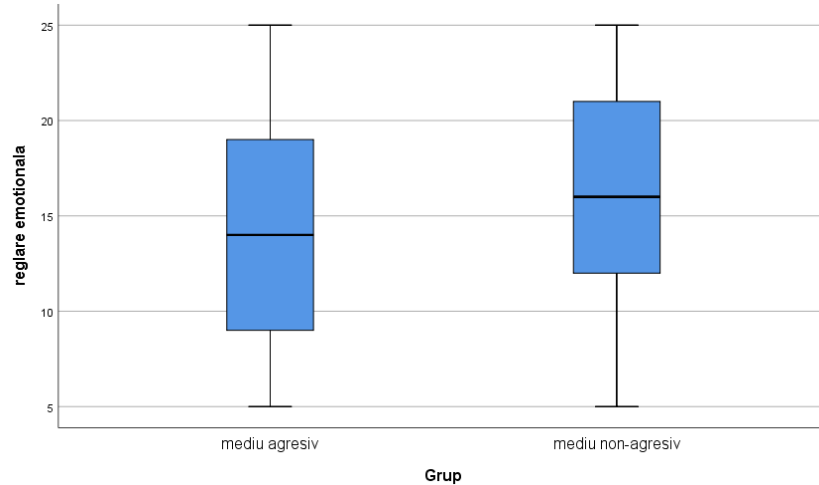


Figura A2.13. Boxplot pentru Reglare emoțională în funcție de mediul familial

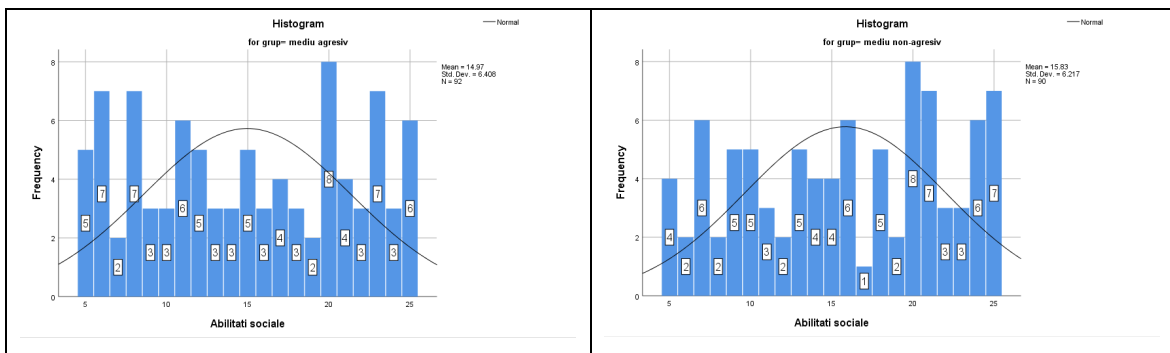


Figura A2.14. Distribuția frecvențelor la Abilități sociale în funcție de mediul familial

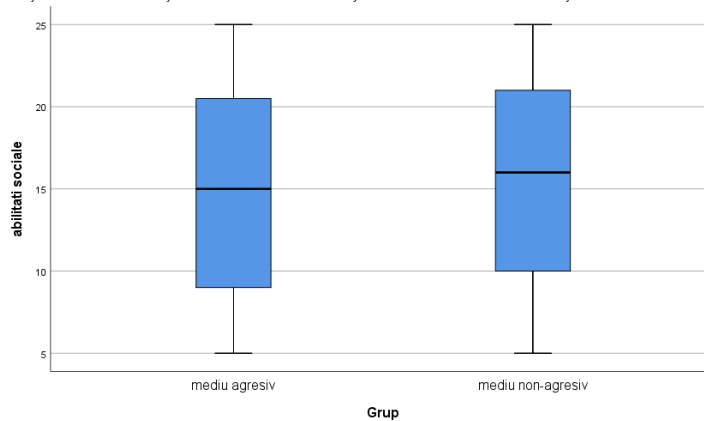


Figura A2.15. Boxploturi pentru Abilități sociale în funcție de mediul familial

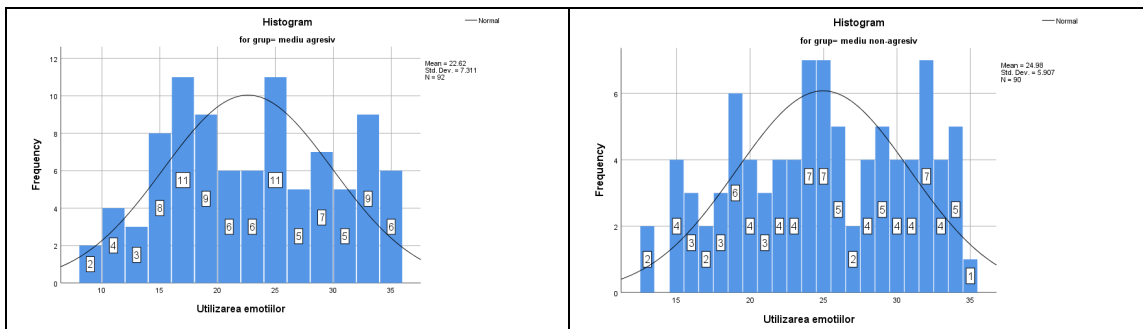


Figura A2.16. Distribuția frecvențelor la Utilizarea emoțiilor în funcție de mediul familial

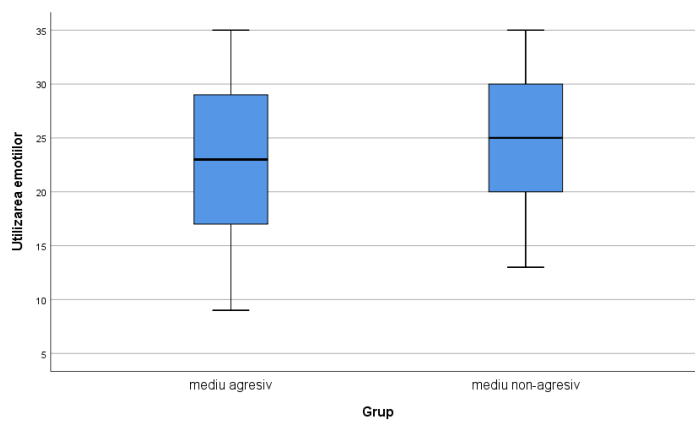


Figura A2.17. Boxplot pentru Utilizarea emoțiilor în funcție de mediul familial

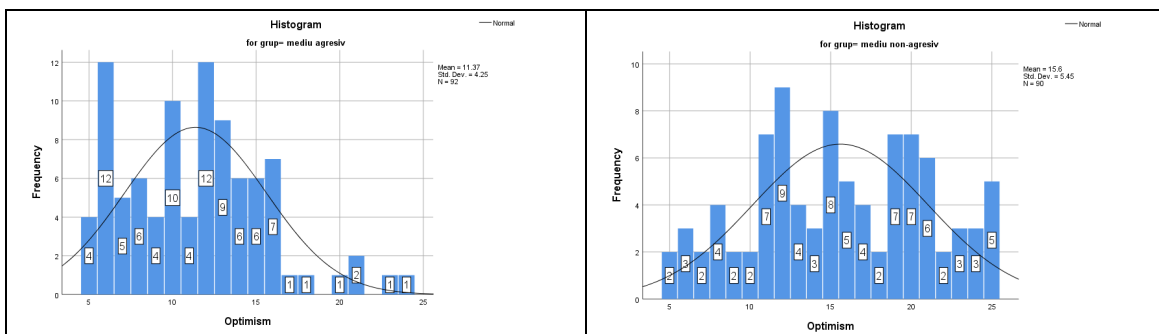


Figura A2.18. Distribuția frecvențelor la Optimism în funcție de mediul familial

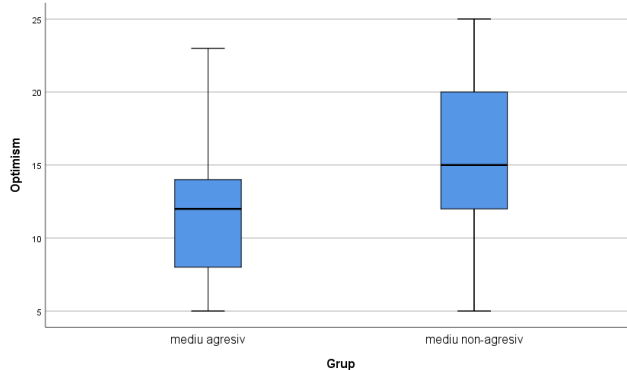


Figura A2.19. Boxplot pentru Optimism în funcție de mediul familial

Tabel A2.59. Testul T pentru eșantioane independente, variabila IE și componente în funcție de mediul familial

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
inteligenta emotionala	Equal variances assumed	1.223	.270	-5.521	180	.000	-15.218	2.756	-20.656	-9.779
	Equal variances not assumed			-5.526	179.410	.000	-15.218	2.754	-20.651	-9.784
aprecierea emotiilor altora	Equal variances assumed	6.935	.009	-2.302	180	.022	-2.273	.987	-4.222	-.325
	Equal variances not assumed			-2.308	173.540	.022	-2.273	.985	-4.218	-.329
aprecierea propriilor emotii	Equal variances assumed	.067	.797	-4.331	180	.000	-3.558	.821	-5.179	-1.937
	Equal variances not assumed			-4.332	179.997	.000	-3.558	.821	-5.178	-1.937
reglare emotionala	Equal variances assumed	2.029	.156	-2.230	180	.027	-1.932	.867	-3.642	-.222
	Equal variances not assumed			-2.232	178.363	.027	-1.932	.865	-3.640	-.224
abilitati sociale	Equal variances assumed	.238	.627	-.925	180	.356	-.866	.936	-2.713	.981
	Equal variances not assumed			-.925	179.988	.356	-.866	.936	-2.713	.981
utilizarea emotiilor	Equal variances assumed	6.596	.011	-2.390	180	.018	-2.358	.987	-4.305	-.412
	Equal variances not assumed			-2.396	173.835	.018	-2.358	.984	-4.301	-.416
optimism	Equal variances assumed	8.706	.004	-5.847	180	.000	-4.230	.724	-5.658	-2.803
	Equal variances not assumed			-5.831	168.171	.000	-4.230	.725	-5.663	-2.798

Tabel A2.60. Tabel de incidență pentru nivelurile IE globală în funcție de mediul familial

Grup * IE total Crosstabulation

Count

		IE total				Total
		inalt	m inalt	m scazut	scazut	
Grup	mediu agresiv	4	35	50	3	92
	mediu non-agresiv	15	59	15	1	90
Total		19	94	65	4	182

Tabel A2.61. Testul Chi pătrat pentru IE globală

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic (2-sided)	Significance
Pearson Chi-Square	32.324 ^a	3	.000	
Likelihood Ratio	33.886	3	.000	
N of Valid Cases	182			

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.98.

Ipoteza 8. Bine psihologic

Tabel A2. 62. Date descriptive pentru variabila Bine psihologic și dimensiuni

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Stare de bine globala	Mean		28.705	.5174
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	27.685	
		Upper Bound	29.726	
	5% Trimmed Mean		28.763	
	Median		29.500	
	Variance		48.714	
	Std. Deviation		6.9796	
	Minimum		13.7	
	Maximum		43.5	
	Range		29.8	
	Interquartile Range		12.1	
	Skewness		-.128	.180
	Kurtosis		-1.204	.358
	Autonomie	Mean		28.19
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	26.71	
		Upper Bound	29.67	
5% Trimmed Mean			28.13	
Median			28.00	
Variance			102.451	
Std. Deviation			10.122	
Minimum			8	
Maximum			49	
Range			41	
Interquartile Range			14	
Skewness			.146	.180
Kurtosis			-.711	.358
Eficacitate		Mean		30.12
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	28.51	
		Upper Bound	31.72	
	5% Trimmed Mean		30.26	
	Median		30.00	
	Variance		120.125	
	Std. Deviation		10.960	
	Minimum		7	
	Maximum		49	
	Range		42	
	Interquartile Range		18	
	Skewness		-.056	.180
	Kurtosis		-.799	.358
	Relatii pozitive	Mean		28.50
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	26.92	
		Upper Bound	30.08	
5% Trimmed Mean			28.53	
Median			28.00	
Variance			117.014	
Std. Deviation			10.817	
Minimum			7	
Maximum			49	
Range			42	
Interquartile Range			16	
Skewness			.001	.180
Kurtosis			-.874	.358
Acceptare de sine		Mean		28.08
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	26.37	
		Upper Bound	29.78	

	5% Trimmed Mean		28.08	
	Median		28.00	
	Variance		135.795	
	Std. Deviation		11.653	
	Minimum		7	
	Maximum		49	
	Range		42	
	Interquartile Range		18	
	Skewness		.112	.180
	Kurtosis		-.959	.358
Crestere personala	Mean		28.80	.767
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	27.28	
		Upper Bound	30.31	
	5% Trimmed Mean		28.87	
	Median		28.50	
	Variance		107.124	
	Std. Deviation		10.350	
	Minimum		7	
	Maximum		49	
	Range		42	
Interquartile Range		14		
	Skewness		-.041	.180
	Kurtosis		-.592	.358
Scop în viață	Mean		28.55	.803
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	26.97	
		Upper Bound	30.14	
	5% Trimmed Mean		28.54	
	Median		27.50	
	Variance		117.398	
	Std. Deviation		10.835	
	Minimum		7	
	Maximum		49	
	Range		42	
Interquartile Range		15		
	Skewness		.136	.180
	Kurtosis		-.750	.358

Tabel A2.63. Testarea normalității pentru scorurile la Scala Bine psihologic și subscale
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stare de bine globala	.109	182	.000	.953	182	.000
Autonomie	.067	182	.045	.980	182	.012
Eficacitate	.069	182	.034	.975	182	.003
Relatii pozitive	.059	182	.200*	.977	182	.005
Acceptare de sine	.075	182	.014	.965	182	.000
Crestere personala	.053	182	.200*	.984	182	.037
Scop în viață	.060	182	.200*	.976	182	.003

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabel A2.64. Date descriptive pentru scorurile la Scala Stare de bine și dimensiuni în funcție de mediu familial

Descriptives				
	Grup		Statistic	Std. Error
Stare de bine globala	mediu agresiv	Mean	23.985	.5490
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.894

		Upper Bound	25.075	
		5% Trimmed Mean	23.764	
		Median	23.250	
		Variance	27.728	
		Std. Deviation	5.2657	
		Minimum	13.7	
		Maximum	37.0	
		Range	23.3	
		Interquartile Range	5.6	
		Skewness	.759	.251
		Kurtosis	.032	.498
	mediu non-agresiv	Mean	33.531	.5179
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	32.502
			Upper Bound	34.560
		5% Trimmed Mean	33.919	
		Median	34.500	
		Variance	24.135	
		Std. Deviation	4.9128	
		Minimum	16.0	
		Maximum	43.5	
		Range	27.5	
		Interquartile Range	5.7	
		Skewness	-1.303	.254
		Kurtosis	2.586	.503
autonomie	mediu agresiv	Mean	23.36	.884
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21.60
			Upper Bound	25.12
		5% Trimmed Mean	23.13	
		Median	24.00	
		Variance	71.947	
		Std. Deviation	8.482	
		Minimum	8	
		Maximum	45	
		Range	37	
		Interquartile Range	12	
		Skewness	.217	.251
		Kurtosis	-.378	.498
	mediu non-agresiv	Mean	33.12	.978
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31.18
			Upper Bound	35.07
		5% Trimmed Mean	33.18	
		Median	33.00	
		Variance	86.064	
		Std. Deviation	9.277	
		Minimum	14	
		Maximum	49	
		Range	35	
		Interquartile Range	16	
		Skewness	-.053	.254

eficacitate	mediu agresiv	Kurtosis	-1.058	.503	
		Mean	25.22	1.081	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23.07	
			Upper Bound	27.36	
		5% Trimmed Mean	24.92		
		Median	25.00		
		Variance	107.425		
		Std. Deviation	10.365		
		Minimum	7		
		Maximum	49		
	Range	42			
	Interquartile Range	14			
	Skewness	.380	.251		
	Kurtosis	-.207	.498		
	mediu non-agresiv	Mean	35.12	.968	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	33.20	
			Upper Bound	37.05	
		5% Trimmed Mean	35.33		
		Median	35.50		
		Variance	84.311		
Std. Deviation		9.182			
Minimum		11			
Maximum		49			
Range		38			
Interquartile Range	15				
Skewness	-.305	.254			
Kurtosis	-.828	.503			
relatii pozitive	mediu agresiv	Mean	23.75	.959	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21.85	
			Upper Bound	25.65	
		5% Trimmed Mean	23.66		
		Median	23.50		
		Variance	84.585		
		Std. Deviation	9.197		
		Minimum	7		
		Maximum	46		
		Range	39		
	Interquartile Range	16			
	Skewness	.096	.251		
	Kurtosis	-.810	.498		
	mediu non-agresiv	Mean	33.36	1.077	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31.22	
			Upper Bound	35.49	
		5% Trimmed Mean	33.70		
		Median	34.50		
		Variance	104.322		
		Std. Deviation	10.214		
Minimum		8			
Maximum		49			

		Range	41		
		Interquartile Range	17		
		Skewness	-.349	.254	
		Kurtosis	-.757	.503	
acceptare de sine	mediu agresiv	Mean	22.33	1.089	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.16	
			Upper Bound	24.49	
		5% Trimmed Mean	21.80		
		Median	21.00		
		Variance	109.145		
		Std. Deviation	10.447		
		Minimum	7		
		Maximum	49		
		Range	42		
		Interquartile Range	15		
		Skewness	.698	.251	
		Kurtosis	-.031	.498	
	mediu non-agresiv	Mean	33.96	1.030	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31.91	
			Upper Bound	36.00	
		5% Trimmed Mean	34.18		
		Median	33.50		
		Variance	95.436		
		Std. Deviation	9.769		
		Minimum	7		
		Maximum	49		
		Range	42		
		Interquartile Range	15		
		Skewness	-.227	.254	
Kurtosis	-.785	.503			
crestere personala	mediu agresiv	Mean	24.55	.998	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.57	
			Upper Bound	26.54	
		5% Trimmed Mean	24.47		
		Median	26.00		
		Variance	91.722		
		Std. Deviation	9.577		
		Minimum	7		
		Maximum	45		
		Range	38		
		Interquartile Range	15		
		Skewness	-.018	.251	
		Kurtosis	-.750	.498	
	mediu non-agresiv	Mean	33.13	.980	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31.19	
			Upper Bound	35.08	
		5% Trimmed Mean	33.22		
		Median	32.00		
		Variance	86.454		
		Std. Deviation	9.298		

		Minimum	9		
		Maximum	49		
		Range	40		
		Interquartile Range	15		
		Skewness	-.012	.254	
		Kurtosis	-.830	.503	
scop	mediu agresiv	Mean	24.71	1.044	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.63	
			Upper Bound	26.78	
		5% Trimmed Mean	24.43		
		Median	24.00		
		Variance	100.341		
		Std. Deviation	10.017		
		Minimum	7		
		Maximum	49		
		Range	42		
		Interquartile Range	17		
		Skewness	.289	.251	
		Kurtosis	-.397	.498	
			mediu non-agresiv	Mean	32.49
		95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	30.34
				Upper Bound	34.64
		5% Trimmed Mean		32.64	
		Median		31.00	
		Variance		105.197	
		Std. Deviation		10.257	
		Minimum		10	
		Maximum		49	
		Range		39	
		Interquartile Range		17	
		Skewness		-.002	.254
		Kurtosis	-1.030	.503	

Tabel A2.65. Testarea normalității pentru scorurile la Scala Stare de bine și dimensiuni în funcție de mediu familial

Tests of Normality

	Grup	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stare de bine globala	mediu agresiv	.126	92	.001	.938	92	.000
	mediu non-agresiv	.115	90	.005	.912	90	.000
autonomie	mediu agresiv	.051	92	.200*	.982	92	.220
	mediu non-agresiv	.085	90	.135	.965	90	.015
eficacitate	mediu agresiv	.061	92	.200*	.972	92	.045
	mediu non-agresiv	.102	90	.021	.960	90	.007
relatii pozitive	mediu agresiv	.091	92	.058	.970	92	.031
	mediu non-agresiv	.095	90	.044	.960	90	.007
acceptare de sine	mediu agresiv	.094	92	.044	.948	92	.001
	mediu non-agresiv	.087	90	.091	.959	90	.007
crestere personala	mediu agresiv	.071	92	.200*	.977	92	.112
	mediu non-agresiv	.082	90	.185	.968	90	.027
scop	mediu agresiv	.073	92	.200*	.978	92	.121
	mediu non-agresiv	.091	90	.061	.957	90	.005

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabel A2.66. Testul pentru eșantioane independente pentru Stare de bine și dimensiuni, factor mediu familial

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				95% Interval	Confidence	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	(2-Mean Difference	Std. Error Difference	Difference Lower	Upper
Stare de bine globala	Equal variances assumed	.712	.400	-12.640	180	.000	-9.5463	.7553	-11.0366	-8.0560
	Equal variances not assumed			-12.649	179.600	.000	-9.5463	.7547	-11.0355	-8.0571
autonomie	Equal variances assumed	1.884	.172	-7.413	180	.000	-9.764	1.317	-12.363	-7.165
	Equal variances not assumed			-7.405	177.796	.000	-9.764	1.318	-12.365	-7.162
eficacitate	Equal variances assumed	.310	.578	-6.819	180	.000	-9.905	1.453	-12.771	-7.039
	Equal variances not assumed			-6.828	178.267	.000	-9.905	1.451	-12.768	-7.042
relatii pozitive	Equal variances assumed	1.305	.255	-6.670	180	.000	-9.606	1.440	-12.447	-6.764
	Equal variances not assumed			-6.663	177.167	.000	-9.606	1.442	-12.451	-6.760
acceptare de sine	Equal variances assumed	.011	.918	-7.753	180	.000	-11.629	1.500	-14.589	-8.670
	Equal variances not assumed			-7.759	179.637	.000	-11.629	1.499	-14.587	-8.672
crestere personala	Equal variances assumed	.010	.921	-6.130	180	.000	-8.579	1.400	-11.341	-5.817
	Equal variances not assumed			-6.132	179.990	.000	-8.579	1.399	-11.340	-5.818
scop în viață	Equal variances assumed	.849	.358	-5.179	180	.000	-7.782	1.503	-10.748	-4.817
	Equal variances not assumed			-5.177	179.625	.000	-7.782	1.503	-10.749	-4.816

Tabel A2.67. Tabel de incidență pentru Stare de bine global și mediu familial

Crosstab

Count

		WB mediu	reduc	ridicat	Total
Grup	mediu agresiv	66	22	4	92
	mediu non-agresiv	52	2	36	90
Total		118	24	40	182

Tabel 68. Testul Chi pătrat pentru Stare de bine global și mediu familial

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.911 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	50.591	2	.000
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.87.

Tabel A2.69. Tabel de incidență pentru Autonomie și mediu familial

Crosstab

Count

		autonomie			Total
		inalta	medie	scazuta	
Grup	mediu agresiv	6	50	36	92

mediu non-agresiv	37	45	8	90
Total	43	95	44	182

Tabel A2.70. Testul Chi pătrat pentru Autonomie și mediu familial
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic sided)	Significance (2-
Pearson Chi-Square	40.413 ^a	2	.000	
Likelihood Ratio	44.370	2	.000	
N of Valid Cases	182			

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.26.

Tabel A2.71. Tabel de incidență pentru Eficacitate și mediu familial
Crosstab

Grup		Eficacitate			Total
		inalta	medie	scazuta	
mediu agresiv		11	49	32	92
mediu non-agresiv		45	39	6	90
Total		56	88	38	182

Tabel A2.72. Testul Chi pătrat pentru Eficacitate global și mediu familial
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic sided)	Significance (2-
Pearson Chi-Square	39.551 ^a	2	.000	
Likelihood Ratio	42.794	2	.000	
N of Valid Cases	182			

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.79.

Tabel A2.73. Tabel de incidență pentru Relații pozitive și mediu familial
Crosstab

Grup		Relatii pozitive			Total
		inalta	medie	scazuta	
mediu agresiv		7	47	38	92
mediu non-agresiv		43	35	12	90
Total		50	82	50	182

Tabel A2.74. Testul Chi pătrat pentru Relații pozitive și mediu familial
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic sided)	Significance (2-
Pearson Chi-Square	41.179 ^a	2	.000	
Likelihood Ratio	44.766	2	.000	
N of Valid Cases	182			

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.73.

Tabel A2.75. Tabel de incidență pentru Acceptare de sine și mediu familial
Crosstab

Grup		Acceptare de sine			Total
		inalta	medie	scazuta	
mediu agresiv		10	37	45	92
mediu non-agresiv		41	40	9	90
Total		51	77	54	182

Tabel A2.76. Testul Chi pătrat pentru Acceptare de sine și mediu familial
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic sided)	Significance (2-
Pearson Chi-Square	42.943 ^a	2	.000	
Likelihood Ratio	46.514	2	.000	
N of Valid Cases	182			

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25.22.

Tabel A2.77. Tabel de incidență pentru Creștere personală și mediu familial
Crosstab

Count		Creștere personală			Total
		inalta	medie	scazuta	
Grup	mediu agresiv	11	48	33	92
	mediu non-agresiv	37	46	7	90
Total		48	94	40	182

Tabel A2.78. Testul Chi pătrat pentru Creștere personală și mediu familial
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic sided)	Significance (2-
Pearson Chi-Square	31.008 ^a	2	.000	
Likelihood Ratio	33.243	2	.000	
N of Valid Cases	182			

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.78.

Tabel A2.79. Tabel de incidență pentru Scop în viață și mediu familial
Crosstab

Count		Scop în viață			Total
		inalta	medie	scazuta	
Grup	mediu agresiv	11	48	33	92
	mediu non-agresiv	39	40	11	90
Total		50	88	44	182

Tabel A2.80. Testul Chi pătrat pentru Scop în viață și mediu familial
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic sided)	Significance (2-
Pearson Chi-Square	27.389 ^a	2	.000	
Likelihood Ratio	28.842	2	.000	
N of Valid Cases	182			

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.76.

ANEXA 3. Analiza rezultatelor experimentului formativ (de control)

Table A3.1. Date descriptive comparative GE și GC la Risc domestic (test și retest)

	Grup		Statistic	Std. Error	
risc domestic	GE	Mean	22.17	.649	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.74	
			Upper Bound	23.60	
		5% Trimmed Mean		22.19	
		Median		22.50	
		Variance		5.061	
		Std. Deviation		2.250	
		Minimum		18	
		Maximum		26	
		Range		8	
		Interquartile Range		3	
		Skewness		-.421	.637
		Kurtosis		.052	1.232
		GC	Mean	21.92	.857
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	20.03	
			Upper Bound	23.80	
	5% Trimmed Mean			22.13	
	Median			23.00	
	Variance			8.811	
	Std. Deviation			2.968	
	Minimum			15	
	Maximum			25	
	Range			10	
	Interquartile Range			5	
Skewness			-1.255	.637	
Kurtosis			1.360	1.232	
risc domestic retest	GE		Mean	17.08	.701
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.54	
			Upper Bound	18.63	
		5% Trimmed Mean		16.98	
		Median		16.50	
		Variance		5.902	
		Std. Deviation		2.429	
		Minimum		14	
		Maximum		22	
		Range		8	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		.615	.637
		Kurtosis		-.073	1.232
		GC	Mean	20.25	.664
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	18.79	
			Upper Bound	21.71	
	5% Trimmed Mean			20.39	
	Median			20.50	
	Variance			5.295	
	Std. Deviation			2.301	
	Minimum			15	
	Maximum			23	
	Range			8	
	Interquartile Range			3	
Skewness			-.957	.637	
Kurtosis			1.159	1.232	

Table A3.2. Mediile rangurilor pentru variabila Risc domestic GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
risc domestic	GE	12	12.25	147.00
	GC	12	12.75	153.00
	Total	24		
risc domestic retest	GE	12	8.54	102.50
	GC	12	16.46	197.50
	Total	24		

Tabel A3.3. Testul Mann-Whitney Risc domestic GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	risc domestic	risc domestic retest
Mann-Whitney U	69.000	24.500
Wilcoxon W	147.000	102.500
Z	-.176	-2.757
Asymp. Sig. (2-tailed)	.861	.006
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.887 ^b	.005 ^b

Tabel A3.4. Date descriptive comparative GE și GC la Agresivitate globală (test și retest)

	Grup	Statistic	Std. Error	
Total agresivitate	GE	Mean	132.08	
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	122.61	
		Upper Bound	141.56	
		5% Trimmed Mean	132.93	
		Median	137.00	
		Variance	222.447	
		Std. Deviation	14.915	
		Minimum	99	
		Maximum	150	
		Range	51	
		Interquartile Range	23	
		Skewness	-.918	.637
		Kurtosis	.619	1.232
	GC	Mean	127.42	6.098
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	113.99	
		Upper Bound	140.84	
		5% Trimmed Mean	128.07	
		Median	132.00	
		Variance	446.265	
		Std. Deviation	21.125	
Minimum		83		
Maximum		160		
Agrs_total_retest	GE	Mean	112.83	
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	104.56	
		Upper Bound	121.11	
		5% Trimmed Mean	113.37	
		Median	118.50	
	GC	Variance	169.606	
		Std. Deviation	13.023	

		Minimum	85		
		Maximum	131		
		Range	46		
		Interquartile Range	16		
		Skewness	-.811	.637	
		Kurtosis	.350	1.232	
	GC	Mean	127.17	6.137	
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	113.66	
		Mean	Upper Bound	140.67	
		5% Trimmed Mean		127.80	
		Median		132.00	
		Variance		451.970	
		Std. Deviation		21.260	
		Minimum		83	
		Maximum		160	
		Range		77	
		Interquartile Range		29	
		Skewness		-.620	.637
		Kurtosis		.333	1.232

Tabel A3.5. Mediile rangurilor pentru variabila Agresivitate GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Total agresivitate	GE	12	13.38	160.50
	GC	12	11.63	139.50
	Total	24		
Agrs_total_retest	GE	12	9.79	117.50
	GC	12	15.21	182.50
	Total	24		

Tabel A3.6. Testul Mann-Whitney pentru Agresivitate GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	Total agresivitate	Agrs_total_retest
Mann-Whitney U	61.500	39.500
Wilcoxon W	139.500	117.500
Z	-.608	-1.881
Asymp. Sig. (2-tailed)	.543	.050
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.551 ^b	.050 ^b

Tabel A3.7. Date descriptive comparative GE și GE la Depresie (test și retest)

	Grup	Statistic	Std. Error		
depresie	GE	Mean	7.08	.925	
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	5.05	
		Mean	Upper Bound	9.12	
		5% Trimmed Mean		7.04	
		Median		7.50	
		Variance		10.265	
		Std. Deviation		3.204	
		Minimum		3	
		Maximum		12	
		Range		9	

		Interquartile Range	6	
		Skewness	.069	.637
		Kurtosis	-1.836	1.232
	GC	Mean	7.25	1.149
		95% Confidence Interval for Lower Bound	4.72	
		Mean	Upper Bound	9.78
		5% Trimmed Mean	7.22	
		Median	7.50	
		Variance	15.841	
		Std. Deviation	3.980	
		Minimum	2	
		Maximum	13	
		Range	11	
		Interquartile Range	8	
		Skewness	-.117	.637
		Kurtosis	-1.405	1.232
depresie retest	GE	Mean	4.08	.417
		95% Confidence Interval for Lower Bound	3.17	
		Mean	Upper Bound	5.00
		5% Trimmed Mean	4.09	
		Median	4.50	
		Variance	2.083	
		Std. Deviation	1.443	
		Minimum	2	
		Maximum	6	
		Range	4	
		Interquartile Range	2	
		Skewness	-.172	.637
		Kurtosis	-1.433	1.232
	GC	Mean	7.17	1.050
		95% Confidence Interval for Lower Bound	4.85	
		Mean	Upper Bound	9.48
		5% Trimmed Mean	7.19	
		Median	7.50	
		Variance	13.242	
		Std. Deviation	3.639	
		Minimum	2	
		Maximum	12	
		Range	10	
		Interquartile Range	7	
		Skewness	-.228	.637
		Kurtosis	-1.502	1.232

Tabel A3.8. Mediile rangurilor pentru variabila Depresie (test și retest)

Ranks				
	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
depresie	GE	12	12.33	148.00
	GC	12	12.67	152.00
	Total	24		
depresie retest	GE	12	9.54	114.50
	GC	12	15.46	185.50
	Total	24		

Tabel A3.9. Testul Mann-Whitney pentru Depresie GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	depresie	depresie retest
Mann-Whitney U	70.000	36.500
Wilcoxon W	148.000	114.500
Z	-.116	-2.073
Asymp. Sig. (2-tailed)	.907	.038
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.932 ^b	.039 ^b

a. Grouping Variable: Grup

b. Not corrected for ties.

Tabel A3.10. Date descriptive comparative GE și GE la Anxietate (test și retest)

	Grup		Statistic	Std. Error		
Anxietate	GE	Mean	7.05	.417		
		95% Confidence Interval for Lower Bound	6.17			
		Mean Upper Bound	8.00			
		5% Trimmed Mean	7.09			
		Median	7.00			
		Variance	2.083			
		Std. Deviation	1.443			
		Minimum	5			
		Maximum	9			
		Range	4			
		Interquartile Range	3			
		Skewness	.046	.637		
		Kurtosis	-1.070	1.232		
		anxietate retest	GC	Mean	7.58	.452
				95% Confidence Interval for Lower Bound	6.59	
				Mean Upper Bound	8.58	
				5% Trimmed Mean	7.65	
				Median	8.00	
Variance	2.447					
Std. Deviation	1.564					
Minimum	5					
Maximum	9					
Range	4					
Interquartile Range	3					
Skewness	-.698			.637		
Kurtosis	-.986			1.232		
anxietate retest	GE			Mean	4.42	.313
				95% Confidence Interval for Lower Bound	3.73	
				Mean Upper Bound	5.11	
				5% Trimmed Mean	4.46	
				Median	5.00	
		Variance	1.174			
		Std. Deviation	1.084			
		Minimum	2			
		Maximum	6			
		Range	4			
		Interquartile Range	1			
		Skewness	-1.030	.637		
		Kurtosis	1.133	1.232		
		anxietate retest	GC	Mean	7.67	.466
				95% Confidence Interval for Lower Bound	6.64	

Mean	Upper Bound	8.69	
5% Trimmed Mean		7.69	
Median		8.00	
Variance		2.606	
Std. Deviation		1.614	
Minimum		5	
Maximum		10	
Range		5	
Interquartile Range		3	
Skewness		-.594	.637
Kurtosis		-.594	1.232

Tabel A3.11. Ranguri medii pentru variabila Anxietate GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Anxietate	GE	12	11.29	135.50
	GC	12	13.71	164.50
	Total	24		
anxietate retest	GE	12	7.21	86.50
	GC	12	17.79	213.50
	Total	24		

Tabel A3.12. Testul Mann-Whitney Anxietate, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	Anxietate	anxietate retest
Mann-Whitney U	57.500	8.500
Wilcoxon W	135.500	86.500
Z	-.863	-3.751
Asymp. Sig. (2-tailed)	.388	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.410 ^b	.000 ^b

Tabel A3.13. Date descriptive comparative la Stres, GE și GE (test și retest)

Descriptives

	Grup	Statistic	Std. Error		
Stres	GE	Mean	12.58	.690	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.06	
			Upper Bound	14.10	
		5% Trimmed Mean	12.65		
		Median	12.50		
		Variance	5.720		
		Std. Deviation	2.392		
		Minimum	8		
		Maximum	16		
		Range	8		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	-.124	.637	
	Kurtosis	-.289	1.232		
	GC	Mean	11.17	.683	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.66	
			Upper Bound	12.67	
5% Trimmed Mean		11.07			
Median	11.00				

		Variance	5.606		
		Std. Deviation	2.368		
		Minimum	8		
		Maximum	16		
		Range	8		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	.650	.637	
		Kurtosis	-.067	1.232	
stres retest	GE	Mean	8.08	.570	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.83	
			Upper Bound	9.34	
		5% Trimmed Mean	7.98		
		Median	7.00		
		Variance	3.902		
		Std. Deviation	1.975		
		Minimum	6		
		Maximum	12		
		Range	6		
	Interquartile Range	3			
	Skewness	.966	.637		
	Kurtosis	-.240	1.232		
		GC	Mean	11.08	.733
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.47
				Upper Bound	12.70
			5% Trimmed Mean	10.98	
			Median	10.50	
			Variance	6.447	
			Std. Deviation	2.539	
	Minimum		8		
	Maximum		16		
	Range		8		
	Interquartile Range	5			
	Skewness	.688	.637		
	Kurtosis	-.630	1.232		

Tabel A3.14. Rangurile medii pentru variabila Stres, GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Stres	GE	12	14.50	174.00
	GC	12	10.50	126.00
	Total	24		
stres retest	GE	12	8.46	101.50
	GC	12	16.54	198.50
	Total	24		

Tabel A3.15. Testul Mann-Whitney pentru variabila Stres, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	Stres	stres retest
Mann-Whitney U	48.000	23.500
Wilcoxon W	126.000	101.500
Z	-1.402	-2.830
Asymp. Sig. (2-tailed)	.161	.005
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.178 ^b	.004 ^b

Tabel A3.16. Date descriptive comparative pentru Afect negativ, GE și GC (test și retest)

	Grup		Statistic	Std. Error
Afecte negativ	GE	Mean	6.00	.945
		95% Confidence Interval for Lower Bound	3.92	
		Mean Upper Bound	8.08	
		5% Trimmed Mean	6.00	
		Median	5.50	
		Variance	10.727	
		Std. Deviation	3.275	
		Minimum	1	
		Maximum	11	
		Range	10	
		Interquartile Range	6	
		Skewness	-.075	.637
		Kurtosis	-1.111	1.232
		GC	Mean	8.08
	95% Confidence Interval for Lower Bound		4.65	
	Mean Upper Bound		11.52	
	5% Trimmed Mean		8.20	
	Median		8.50	
	Variance		29.174	
	Std. Deviation		5.401	
	Minimum		0	
	Maximum		14	
Range	14			
afect negativ retest	GE	Mean	2.25	.305
		95% Confidence Interval for Lower Bound	1.58	
		Mean Upper Bound	2.92	
		5% Trimmed Mean	2.17	
		Median	2.00	
		Variance	1.114	
		Std. Deviation	1.055	
		Minimum	1	
		Maximum	5	
		Range	4	
		Interquartile Range	1	
		Skewness	1.636	.637
		Kurtosis	3.938	1.232
		GC	Mean	8.17
	95% Confidence Interval for Lower Bound		4.82	
	Mean Upper Bound		11.52	
	5% Trimmed Mean		8.24	
	Median		8.50	
	Variance		27.788	
	Std. Deviation		5.271	
	Minimum		1	
	Maximum		14	
Range	13			
Interquartile Range	11			
Skewness	-.197	.637		
Kurtosis	-1.754	1.232		

Tabel A3.17. Rangurile medii pentru variabila Afect negativ, GE și GC (test și retest)

Ranks				
	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Afecte negativ	GE	12	11.08	133.00
	GC	12	13.92	167.00
	Total	24		
afect negativ retest	GE	12	8.96	107.50
	GC	12	16.04	192.50
	Total	24		

Tabel A3.18. Testul Mann-Whitney pentru variabila Afect negativ, GE și GC (test și retest)

Test Statistics ^a		
	Afect negativ	afect negativ retest
Mann-Whitney U	55.000	29.500
Wilcoxon W	133.000	107.500
Z	-.988	-2.511
Asymp. Sig. (2-tailed)	.323	.012
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.347 ^b	.012 ^b

Tabel A3.19. Date descriptive comparative la Detașare GE și GE (test și retest)

	Grup	Statistic	Std. Error	
Detașare	GE	Mean	6.17	.672
		95% Confidence Interval for Lower Bound	4.69	
		Mean Upper Bound	7.65	
		5% Trimmed Mean	6.24	
		Median	6.00	
		Variance	5.424	
		Std. Deviation	2.329	
		Minimum	2	
		Maximum	9	
		Range	7	
	Interquartile Range	4		
	Skewness	-.448	.637	
	Kurtosis	-.881	1.232	
	GC	Mean	4.17	.968
		95% Confidence Interval for Lower Bound	2.04	
		Mean Upper Bound	6.30	
		5% Trimmed Mean	4.07	
Median		3.50		
Variance		11.242		
Std. Deviation		3.353		
Minimum		0		
detașare retest	GE	Mean	3.75	.494
		95% Confidence Interval for Lower Bound	2.66	
		Mean Upper Bound	4.84	
		5% Trimmed Mean	3.72	
		Median	4.00	

	Variance		2.932	
	Std. Deviation		1.712	
	Minimum		1	
	Maximum		7	
	Range		6	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.057	.637
	Kurtosis		.261	1.232
GC	Mean		4.42	.908
	95% Confidence Interval for Mean			
	Lower Bound		2.42	
	Upper Bound		6.42	
	5% Trimmed Mean		4.24	
	Median		4.00	
	Variance		9.902	
	Std. Deviation		3.147	
	Minimum		1	
	Maximum		11	
	Range		10	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		.798	.637
	Kurtosis		-.058	1.232

Tabel A3.20. Rangurile medii pentru variabila Detaşare, GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Detaşare	GE	12	14.75	177.00
	GC	12	10.25	123.00
	Total	24		
detaşare retest	GE	12	12.08	145.00
	GC	12	12.92	155.00
	Total	24		

Tabel A3.21. Testul Mann-Whitney pentru variabila Detaşare, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	Detaşare	detaşare retest
Mann-Whitney U	45.000	67.000
Wilcoxon W	123.000	145.000
Z	-1.569	-.292
Asymp. Sig. (2-tailed)	.117	.770
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.128 ^b	.799 ^b

Tabel A3.22. Date descriptive comparative la Antagonism GE și GC (test și retest)

Descriptives

	Grup	Statistic	Std. Error
Antagonism	GE	Mean	5.75
		95% Confidence Interval for Mean	3.21
		Lower Bound	
		Upper Bound	8.29
		5% Trimmed Mean	5.72
		Median	5.50
		Variance	16.023
		Std. Deviation	4.003
		Minimum	0
		Maximum	12

		Range	12	
		Interquartile Range	7	
		Skewness	.169	.637
		Kurtosis	-1.260	1.232
	GC	Mean	6.25	1.102
		95% Confidence Interval for Lower Bound	3.82	
		Mean	Upper Bound	8.68
		5% Trimmed Mean	6.33	
		Median	5.50	
		Variance	14.568	
		Std. Deviation	3.817	
		Minimum	0	
		Maximum	11	
		Range	11	
		Interquartile Range	7	
		Skewness	-.077	.637
		Kurtosis	-1.443	1.232
antagonism retest	GE	Mean	2.17	.474
		95% Confidence Interval for Lower Bound	1.12	
		Mean	Upper Bound	3.21
		5% Trimmed Mean	2.13	
		Median	1.50	
		Variance	2.697	
		Std. Deviation	1.642	
		Minimum	0	
		Maximum	5	
		Range	5	
		Interquartile Range	2	
		Skewness	.717	.637
		Kurtosis	-.532	1.232
	GC	Mean	6.67	1.096
		95% Confidence Interval for Lower Bound	4.25	
		Mean	Upper Bound	9.08
		5% Trimmed Mean	6.80	
		Median	7.50	
		Variance	14.424	
		Std. Deviation	3.798	
		Minimum	0	
		Maximum	11	
		Range	11	
		Interquartile Range	7	
		Skewness	-.456	.637
		Kurtosis	-1.333	1.232

Tabel A3.23. Rangurile medii pentru Antagonism, GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Antagonism	GE	12	12.04	144.50
	GC	12	12.96	155.50
	Total	24		
antagonism retest	GE	12	8.46	101.50
	GC	12	16.54	198.50
	Total	24		

Tabel A3.24. Testul Mann-Whitney pentru variabila Antagonism, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	Antagonism	antagonism retest
Mann-Whitney U	66.500	23.500
Wilcoxon W	144.500	101.500
Z	-.319	-2.829
Asymp. Sig. (2-tailed)	.750	.005
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.755 ^b	.004 ^b

Tabel A3.25. Date descriptive comparative la Dezinhibiție, Ge și GC (test și retest)

Descriptives

	Grup		Statistic	Std. Error
Dezinhibitie	GE	Mean	3.83	.796
		95% Confidence Interval for Lower Bound	2.08	
		Mean Upper Bound	5.59	
		5% Trimmed Mean	3.76	
		Median	3.50	
		Variance	7.606	
		Std. Deviation	2.758	
		Minimum	0	
		Maximum	9	
		Range	9	
		Interquartile Range	4	
		Skewness	.332	.637
		Kurtosis	-.458	1.232
		GC	Mean	4.92
	95% Confidence Interval for Lower Bound		3.21	
	Mean Upper Bound		6.62	
	5% Trimmed Mean		4.91	
	Median		5.00	
	Variance		7.174	
	Std. Deviation		2.678	
	Minimum		0	
	Maximum		10	
Range	10			
dezinhibiție retest	GE	Mean	3.67	.632
		95% Confidence Interval for Lower Bound	2.28	
		Mean Upper Bound	5.06	
		5% Trimmed Mean	3.57	
		Median	4.00	
		Variance	4.788	
		Std. Deviation	2.188	
		Minimum	1	
		Maximum	8	
		Range	7	
		Interquartile Range	4	
		Skewness	.386	.637
		Kurtosis	-.265	1.232
		GC	Mean	5.00
	95% Confidence Interval for Lower Bound		3.35	
	Mean Upper Bound		6.65	
	5% Trimmed Mean		4.89	

Median	4.50	
Variance	6.727	
Std. Deviation	2.594	
Minimum	2	
Maximum	10	
Range	8	
Interquartile Range	4	
Skewness	.788	.637
Kurtosis	-.224	1.232

Tabel A3.26. Rangurile medii pentru variabila Dezinhibiție, GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dezinhibitie	GE	12	11.04	132.50
	GC	12	13.96	167.50
	Total	24		
dezinhibiție retest	GE	12	10.79	129.50
	GC	12	14.21	170.50
	Total	24		

Tabel 3.27. Testul Mann-Whitney pentru variabila Dezinhibiție, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	Dezinhibitie	dezinhibiție retest
Mann-Whitney U	54.500	51.500
Wilcoxon W	132.500	129.500
Z	-1.017	-1.195
Asymp. Sig. (2-tailed)	.309	.232
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.319 ^b	.242 ^b

Tabel A3.28. Date descriptive comparativ la Psihotism, GE și GC (test și retest)

Descriptives

	Grup	Statistic	Std. Error	
Psihotism	GE	Mean	4.33	.882
		95% Confidence Interval for Lower Bound	2.39	
		Mean Upper Bound	6.27	
		5% Trimmed Mean	4.26	
		Median	4.00	
		Variance	9.333	
		Std. Deviation	3.055	
		Minimum	1	
		Maximum	9	
		Range	8	
	Interquartile Range	6		
	Skewness	.401	.637	
	Kurtosis	-1.357	1.232	
	GC	Mean	3.67	.940
		95% Confidence Interval for Lower Bound	1.60	
		Mean Upper Bound	5.74	
		5% Trimmed Mean	3.57	
		Median	2.50	
		Variance	10.606	
		Std. Deviation	3.257	

		Minimum	0		
		Maximum	9		
		Range	9		
		Interquartile Range	6		
		Skewness	.850	.637	
		Kurtosis	-.785	1.232	
psihotism retest	GE	Mean	4.08	.933	
		95% Confidence Interval for Lower Bound	2.03		
		Mean	Upper Bound	6.14	
		5% Trimmed Mean	3.93		
		Median	3.50		
		Variance	10.447		
		Std. Deviation	3.232		
		Minimum	1		
	Maximum	10			
	Range	9			
	Interquartile Range	6			
	Skewness	.744	.637		
	Kurtosis	-.745	1.232		
	GC	GC	Mean	3.83	.952
			95% Confidence Interval for Lower Bound	1.74	
			Mean	Upper Bound	5.93
5% Trimmed Mean			3.65		
Median			2.00		
Variance			10.879		
Std. Deviation			3.298		
Minimum			1		
Maximum		10			
Range		9			
Interquartile Range		6			
Skewness		1.070	.637		
Kurtosis		-.440	1.232		

Tabel A3.29. Rangurile medii pentru variabila Psihotism, GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Psihotism	GE	12	13.38	160.50
	GC	12	11.63	139.50
	Total	24		
psihotism retest	GE	12	12.67	152.00
	GC	12	12.33	148.00
	Total	24		

Tabel A3.30. Testul Mann-Whitney pentru variabila Psihotism, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	Psihotism	psihotism retest
Mann-Whitney U	61.500	70.000
Wilcoxon W	139.500	148.000
Z	-.615	-.118
Asymp. Sig. (2-tailed)	.538	.906
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.551 ^b	.932 ^b

a. Grouping Variable: Grup

b. Not corrected for ties.

Tabel A3.31. Date descriptive comparative la Stimă de sine GE și GC (test și retest)

	Grup		Statistic	Std. Error	
stima de sine	GE	Mean	20.00	1.331	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.07	
			Upper Bound	22.93	
		5% Trimmed Mean	19.89		
		Median	20.00		
		Variance	21.273		
		Std. Deviation	4.612		
		Minimum	13		
		Maximum	29		
		Range	16		
		Interquartile Range	5		
		Skewness	.620	.637	
		Kurtosis	.214	1.232	
		GC	Mean	18.25	1.733
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	14.44	
			Upper Bound	22.06	
	5% Trimmed Mean		18.22		
	Median		18.50		
	Variance		36.023		
	Std. Deviation		6.002		
	Minimum		10		
	Maximum		27		
	Range		17		
	Interquartile Range	13			
Skewness	-.037	.637			
Kurtosis	-1.428	1.232			
stima	GE	Mean	25.75	.986	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23.58	
			Upper Bound	27.92	
		5% Trimmed Mean	25.67		
		Median	25.50		
		Variance	11.659		
		Std. Deviation	3.415		
		Minimum	21		
		Maximum	32		
		Range	11		
		Interquartile Range	5		
		Skewness	.502	.637	
		Kurtosis	-.291	1.232	
		GC	Mean	18.75	1.452
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	15.55	
			Upper Bound	21.95	
	5% Trimmed Mean		18.78		
	Median		19.00		
	Variance		25.295		
	Std. Deviation		5.029		
	Minimum		11		
	Maximum		26		
	Range		15		
	Interquartile Range	10			
Skewness	.012	.637			

Kurtosis	-1.363	1.232
----------	--------	-------

Tabel A3.32. Rangurile medii pentru variabila Stima de sine, GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
stima de sine	GE	12	13.50	162.00
	GC	12	11.50	138.00
	Total	24		
stima	GE	12	16.96	203.50
	GC	12	8.04	96.50
	Total	24		

Tabel A3.33. Testul Mann-Whitney pentru variabila Stimă de sine, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	stima de sine	stima
Mann-Whitney U	60.000	18.500
Wilcoxon W	138.000	96.500
Z	-.696	-3.096
Asymp. Sig. (2-tailed)	.487	.002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.514 ^b	.001 ^b

Tabel A3.34. Interogare încrucișată pentru Stima de sine (faza test)

Crosstab

Count

		stima		Total
		medie	scăzuta	
Grup	GE	10	2	12
	GC	8	4	12
Total		18	6	24

Tabel A3.35. Testul Chi pătrat pentru Stima de sine (faza test)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.889 ^a	1	.346		
Continuity Correction ^b	.222	1	.637		
Likelihood Ratio	.902	1	.342		
Fisher's Exact Test				.640	.320
N of Valid Cases	24				

Tabel A3.36. Interogare încrucișată pentru Stima de sine faza retest

		stima retest		Total
		medie	scăzută	
Grup	GE	12	0	12
	GC	7	5	12

Total	19	5	24
-------	----	---	----

Tabel A3.37. Testul Chi pătrat pentru Stima de sine faza retest
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	6.316 ^a	1	.012		
Continuity Correction ^b	4.042	1	.044		
Likelihood Ratio	8.263	1	.004		
Fisher's Exact Test				.037	.019
N of Valid Cases	24				

Tabel A3.38. Date descriptive pentru variabila Bine psihologic, GE și GC (test și retest)
Descriptives

		Grup	Statistic	Std. Error	
WB global	GE	Mean	20.92	.996	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.72	
			Upper Bound	23.11	
		5% Trimmed Mean	20.96		
		Median	21.00		
		Variance	11.902		
		Std. Deviation	3.450		
		Minimum	16		
		Maximum	25		
		Range	9		
		Interquartile Range	6		
		Skewness	-.187	.637	
		Kurtosis	-1.637	1.232	
		GC	Mean	21.25	.641
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	19.84	
			Upper Bound	22.66	
	5% Trimmed Mean		21.28		
	Median		21.00		
	Variance		4.932		
	Std. Deviation	2.221			
WB global	GE	Mean	27.67	.820	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	25.86	
			Upper Bound	29.47	
		5% Trimmed Mean	27.74		
		Median	28.50		
		Variance	8.061		
		Std. Deviation	2.839		
		Minimum	23		
		Maximum	31		
		Range	8		

GC	Interquartile Range	6		
	Skewness	-.481	.637	
	Kurtosis	-1.229	1.232	
	Mean	21.50	.571	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.24	
		Upper Bound	22.76	
	5% Trimmed Mean	21.50		
	Median	21.50		
	Variance	3.909		
	Std. Deviation	1.977		
	Minimum	19		
	Maximum	24		
	Range	5		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	.000	.637	
Kurtosis	-1.510	1.232		

Tabel A3.39. Rangurile medii pentru variabila Bine psihologicm GE și GC (test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
WB global	GE	12	12.42	149.00
	GC	12	12.58	151.00
	Total	24		
WB global_retest	GE	12	17.96	215.50
	GC	12	7.04	84.50
	Total	24		

Tabel A3.40. Testul Mann-Whitney U pentru variabila Bine psihologic, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	WB global	WB global_retest
Mann-Whitney U	71.000	6.500
Wilcoxon W	149.000	84.500
Z	-.059	-3.807
Asymp. Sig. (2-tailed)	.953	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.977 ^b	.000 ^b

Tabel A3.41. Frecvențe pentru nivelurile de Bine psihologic GE și GC faza test

Crosstab

Count

Grup		wbglobal	Total
		mediu	
Grup	GE	7	12
	GC	8	12
Total		15	24

Tabel A3.42. Testul Chi pătrat pentru Bine psihologic, GE și GC, faza test

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.178 ^a	1	.673		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.178	1	.673		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
N of Valid Cases	24				

Tabel A3.43. Frecvențe pentru nivelele de Bine psihologic GE și GC, faza retest

Grup		wb global retest		Total
		mediu	scazut	
GE		12	0	12
	GC	8	4	12
Total		20	4	24

Tabel A3.44. Testul Chi pătrat pentru variabila Bine psihologic GE și GC, faza retest

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4.800 ^a	1	.028		
Continuity Correction ^b	2.700	1	.100		
Likelihood Ratio	6.351	1	.012		
Fisher's Exact Test				.093	.047
N of Valid Cases	24				

Tabel A3.45 Testul Mann-Whitney U pentru variabila Bine psihologic (dimensiuni), GE și GC (test și retest)

Test Statisticsa

	autonomie	autonomie retest	eficacitate	eficacitate retest	relatii pozitive	relatii pozitive retest	acceptare de sine	acceptare de sine retest	crestere personala	crestere personala retest	scop	scop in viata retest
Mann-Whitney U	48.000	14.500	47.500	24.500	70.000	45.500	40.500	60.500	58.500	12.000	49.500	67.000
Wilcoxon W	126.000	92.500	125.500	102.500	148.000	123.500	118.500	138.500	136.500	90.000	127.500	145.000
Z	-1.389	-3.328	-1.416	-2.746	-.116	-1.532	-1.823	-.666	-.781	-3.474	-1.302	-.289
Asymp. Sig. (2-tailed)	.165	.001	.157	.006	.908	.125	.068	.03	.435	.001	.193	.773
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.178b	.000b	.160b	.005b	.932b	.128b	.068b	.03	.443b	.000b	.198b	.799b

Tabel A3.46. Date descriptive pentru variabila Reziliență, GE și GC (test și retest)

Descriptives

rezilienta	Grup	Statistic		Std. Error
		Mean	95% Confidence Interval	
	GE	Mean	30.08	2.169
		95% Confidence Interval	Lower Bound	25.31
		Upper Bound	34.86	

		5% Trimmed Mean		29.87	
		Median		27.50	
		Variance		56.447	
		Std. Deviation		7.513	
		Minimum		21	
		Maximum		43	
		Range		22	
		Interquartile Range		14	
		Skewness		.605	.637
		Kurtosis		-1.181	1.232
	GC	Mean		29.00	2.038
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	24.52	
		Mean	Upper Bound	33.48	
		5% Trimmed Mean		28.72	
		Median		27.00	
		Variance		49.818	
		Std. Deviation		7.058	
		Minimum		20	
		Maximum		43	
		Range		23	
		Interquartile Range		11	
		Skewness		.905	.637
		Kurtosis		-.040	1.232
Reziliență_retest	GE	Mean		36.08	1.667
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	32.41	
		Mean	Upper Bound	39.75	
		5% Trimmed Mean		35.87	
		Median		35.00	
		Variance		33.356	
		Std. Deviation		5.775	
		Minimum		29	
		Maximum		47	
		Range		18	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		.784	.637
		Kurtosis		-.497	1.232
	GC	Mean		29.00	2.056
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	24.47	
		Mean	Upper Bound	33.53	
		5% Trimmed Mean		28.72	
		Median		27.50	
		Variance		50.727	
		Std. Deviation		7.122	
		Minimum		20	
		Maximum		43	
		Range		23	
		Interquartile Range		12	
		Skewness		.844	.637
		Kurtosis		-.115	1.232

Tabel A3.47. Rangurile medii pentru variabila Reziliență, GE și GC(test și retest)

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
rezilienta	GE	12	12.83	154.00
	GC	12	12.17	146.00

	Total	24		
Reziliență_retest	GE	12	16.25	195.00
	GC	12	8.75	105.00
	Total	24		

Tabel A3.48. Testul Mann-Whitney U pentru variabila Reziliență, GE și GC (test și retest)
Test Statistics^a

	rezilienta	Reziliență retest
Mann-Whitney U	68.000	27.000
Wilcoxon W	146.000	105.000
Z	-.232	-2.604
Asymp. Sig. (2-tailed)	.817	.009
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.843 ^b	.008 ^b

Tabel A3.49. Frecvențe pentru Reziliență GE și GC faza test

Grup		rezilient			Total
		inalta	medie	scazuta	
Grup	GE	2	3	7	12
	GC	1	2	9	12
Total		3	5	16	24

Tabel A3.50. Testul de contingență pentru Reziliență GE și GC, faza test
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.783 ^a	2	.676
Likelihood Ratio	.792	2	.673
N of Valid Cases	24		

Tabel A3.51. Frecvențe pentru Reziliență GE și GC, faza retest

Grup		rezil retest			Total
		înaltă	medie	scazut	
Grup	GE	3	7	2	12
	GC	1	2	9	12
Total		4	9	11	24

Tabel A3.52. Testul de contingență pentru Reziliență GE și GC, faza retest
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.232 ^a	2	.016
Likelihood Ratio	8.807	2	.012
N of Valid Cases	24		

Table A3.53. Date descriptive pentru variabila Locus control, GE și GC (test și retest)
Descriptives

	Grup	Statistic	Std. Error
locus control	GE Mean	19.42	1.861

		95% Confidence Interval for	Lower Bound	15.32	
		Mean	Upper Bound	23.51	
		5% Trimmed Mean		19.30	
		Median		18.00	
		Variance		41.538	
		Std. Deviation		6.445	
		Minimum		11	
		Maximum		30	
		Range		19	
		Interquartile Range		12	
		Skewness		.529	.637
		Kurtosis		-.961	1.232
	GC	Mean		19.25	1.863
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	15.15	
		Mean	Upper Bound	23.35	
		5% Trimmed Mean		19.11	
		Median		18.50	
		Variance		41.659	
		Std. Deviation		6.454	
		Minimum		11	
		Maximum		30	
		Range		19	
		Interquartile Range		12	
		Skewness		.470	.637
		Kurtosis		-1.016	1.232
locus_retest	GE	Mean		15.17	1.342
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	12.21	
		Mean	Upper Bound	18.12	
		5% Trimmed Mean		15.07	
		Median		14.00	
		Variance		21.606	
		Std. Deviation		4.648	
		Minimum		9	
		Maximum		23	
		Range		14	
		Interquartile Range		9	
		Skewness		.590	.637
		Kurtosis		-.791	1.232
	GC	Mean		19.33	1.916
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	15.12	
		Mean	Upper Bound	23.55	
		5% Trimmed Mean		19.15	
		Median		18.00	
		Variance		44.061	
		Std. Deviation		6.638	
		Minimum		11	
		Maximum		31	

Range	20	
Interquartile Range	12	
Skewness	.526	.637
Kurtosis	-.911	1.232

Table A2.54. Date descriptive pentru variabila Recunoașterea emoțiilor altora, GE și GC, test și retest

Descriptives

	Grup	Statistic	Std. Error			
aprecierea altor emotii	GE	Mean	17.75	1.349		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.78		
			Upper Bound	20.72		
		5% Trimmed Mean		17.83		
		Median		18.50		
		Variance		21.841		
		Std. Deviation		4.673		
		Minimum		11		
		Maximum		23		
		Range		12		
		Interquartile Range		9		
		Skewness		-.285	.637	
		Kurtosis		-1.590	1.232	
			GC	Mean	19.50	1.654
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.86
	Upper Bound			23.14		
5% Trimmed Mean				19.56		
Median				20.50		
Variance				32.818		
Std. Deviation				5.729		
Minimum				9		
Maximum				29		
Range				20		
Interquartile Range				8		
Skewness				-.326	.637	
Kurtosis				-.317	1.232	
IE_emotii_alt_retest	GE			Mean	24.75	.854
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.87
			Upper Bound	26.63		
		5% Trimmed Mean		24.72		
		Median		25.50		
		Variance		8.750		
		Std. Deviation		2.958		
		Minimum		20		
		Maximum		30		
		Range		10		
		Interquartile Range		4		

GC	Skewness	-.264	.637	
	Kurtosis	-.135	1.232	
	Mean	19.42	1.612	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.87	
		Upper Bound	22.96	
	5% Trimmed Mean	19.52		
	Median	20.50		
	Variance	31.174		
	Std. Deviation	5.583		
	Minimum	9		
	Maximum	28		
	Range	19		
	Interquartile Range	8		
	Skewness	-.450	.637	
	Kurtosis	-.430	1.232	

Tabel A3.55. Mediile rangurilor pentru Aprecierea emoțiilor altora, GE și GC test și retest Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
aprecierea emoțiilor altora	GE	12	11.29	135.50
	GC	12	13.71	164.50
	Total	24		
aprecierea emoțiilor altora retest	GE	12	16.13	193.50
	GC	12	8.88	106.50
	Total	24		

Tabel A3.56. Testul Mann-Whitney U pentru variabila Aprecierea emoțiilor altora, GE și GC (test și retest)
Test Statistics^a

	aprecierea emoțiilor altora	aprecierea emoțiilor altora retest
Mann-Whitney U	57.500	28.500
Wilcoxon W	135.500	106.500
Z	-.845	-2.520
Asymp. Sig. (2-tailed)	.398	.012
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.410 ^b	.010 ^b

Tabel A3.57. Date descriptive pentru variabila Aprecierea propriilor emoții, GE și GC, test și retest

Descriptives		Statistic	Std. Error		
aprecierea propriilor emotii	Grup				
	GE	Mean	13.58	1.685	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.87	
			Upper Bound	17.29	
		5% Trimmed Mean	13.59		
		Median	13.50		
Variance		34.083			

		Std. Deviation	5.838	
		Minimum	5	
		Maximum	22	
		Range	17	
		Interquartile Range	11	
		Skewness	-.064	.637
		Kurtosis	-.902	1.232
	GC	Mean	14.67	1.630
		95% Confidence Interval	Lower Bound	11.08
		for Mean	Upper Bound	18.25
		5% Trimmed Mean		14.80
		Median		15.00
		Variance		31.879
		Std. Deviation		5.646
		Minimum		5
		Maximum		22
		Range		17
		Interquartile Range		10
		Skewness		-.411
		Kurtosis		-.726
				1.232
aprecierea	propriilorGE	Mean	21.917	1.1178
emotii retest		95% Confidence Interval	Lower Bound	19.457
		for Mean	Upper Bound	24.377
		5% Trimmed Mean		22.019
		Median		22.000
		Variance		14.992
		Std. Deviation		3.8720
		Minimum		15.0
		Maximum		27.0
		Range		12.0
		Interquartile Range		7.3
		Skewness		-.398
		Kurtosis		-.910
				1.232
	GC	Mean	14.917	1.5544
		95% Confidence Interval	Lower Bound	11.496
		for Mean	Upper Bound	18.338
		5% Trimmed Mean		15.019
		Median		15.000
		Variance		28.992
		Std. Deviation		5.3845
		Minimum		6.0
		Maximum		22.0
		Range		16.0
		Interquartile Range		10.0
		Skewness		-.129
		Kurtosis		-1.041
				1.232

Tabel A3.58. Mediile rangurilor pentru Aprecierea propriilor emotii, GE și GC test și retest Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
aprecierea propriilor emotii	GE	12	11.83	142.00
	GC	12	13.17	158.00
	Total	24		
aprecierea propriilor emotii retest	GE	12	16.71	200.50
	GC	12	8.29	99.50
	Total	24		

Tabel A3.59. Testul Mann-Whitney U pentru variabila Aprecierea emoțiilor proprii, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	aprecierea emotii	propriilor aprecierea emotii retest	propriilor
Mann-Whitney U	64.000	21.500	
Wilcoxon W	142.000	99.500	
Z	-.464	-2.926	
Asymp. Sig. (2-tailed)	.642	.003	
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.671 ^b	.002 ^b	

Tabel A3.60. Date descriptive pentru variabila Reglare emoțională, GE și GC, test și retest Descriptives

	Grup	Statistic	Std. Error			
reglare emotionala	GE	Mean	16.25	2.019		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.81		
			Upper Bound	20.69		
		5% Trimmed Mean	16.39			
		Median	19.00			
		Variance	48.932			
		Std. Deviation	6.995			
		Minimum	6			
		Maximum	24			
		Range	18			
		Interquartile Range	15			
		Skewness	-.447	.637		
		Kurtosis	-1.656	1.232		
		GC	GC	Mean	13.50	1.317
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10.60
Upper Bound	16.40					
5% Trimmed Mean	13.56					
Median	13.50					
Variance	20.818					
Std. Deviation	4.563					
Minimum	6					
Maximum	20					
Range	14					

	Interquartile Range	8	
	Skewness	-.059	.637
	Kurtosis	-1.367	1.232
reglare emoțională retest GE	Mean	21.17	1.160
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.61
		Upper Bound	23.72
	5% Trimmed Mean	21.30	
	Median	22.50	
	Variance	16.152	
	Std. Deviation	4.019	
	Minimum	15	
	Maximum	25	
	Range	10	
	Interquartile Range	8	
	Skewness	-.701	.637
	Kurtosis	-1.319	1.232
	GC	Mean	13.92
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	11.50
		Upper Bound	16.33
5% Trimmed Mean		13.80	
Median		13.50	
Variance		14.447	
Std. Deviation		3.801	
Minimum		10	
Maximum		20	
Range		10	
Interquartile Range		8	
Skewness		.256	.637
Kurtosis		-1.721	1.232

Tabel A3.61. Mediile rangurilor pentru Reglare emoțională, GE și GC test și retest Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
reglare emoțională	GE	12	14.38	172.50
	GC	12	10.63	127.50
	Total	24		
reglare emoțională retest	GE	12	17.04	204.50
	GC	12	7.96	95.50
	Total	24		

Tabel A3.62. Testul Mann-Whitney U pentru variabila Reglare emoțională, GE și GC (test și retest)

Test Statistics ^a	reglare emoțională	reglare emoțională retest
Mann-Whitney U	49.500	17.500
Wilcoxon W	127.500	95.500
Z	-1.302	-3.164

Asymp. Sig. (2-tailed)	.193	.002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.198 ^b	.001 ^b

Tabel A3.63. Date descriptive pentru variabila Utilizarea propriilor emoții, GE și GC, test și retest

Descriptives

Grup		Statistic	Std. Error		
utilizarea propriilor emoții	GE	Mean	17.75	1.426	
		95% Confidence Interval for Lower Bound	14.61		
		Mean	Upper Bound	20.89	
		5% Trimmed Mean	17.78		
		Median	18.00		
		Variance	24.386		
		Std. Deviation	4.938		
		Minimum	11		
		Maximum	24		
		Range	13		
		Interquartile Range	10		
		Skewness	-.130	.637	
	Kurtosis	-1.645	1.232		
	GC	Mean	19.92	1.734	
		95% Confidence Interval for Lower Bound	16.10		
		Mean	Upper Bound	23.73	
		5% Trimmed Mean	20.02		
		Median	22.00		
		Variance	36.083		
		Std. Deviation	6.007		
Minimum		9			
Maximum		29			
Range		20			
Interquartile Range		8			
Skewness		-.382	.637		
Kurtosis	-.566	1.232			
utilizarea propriilor emoții retest	GE	Mean	24.42	1.362	
		95% Confidence Interval for Lower Bound	21.42		
		Mean	Upper Bound	27.41	
		5% Trimmed Mean	24.35		
		Median	25.00		
		Variance	22.265		
		Std. Deviation	4.719		
		Minimum	18		
		Maximum	32		
		Range	14		
		Interquartile Range	9		
		Skewness	.091	.637	
	Kurtosis	-1.043	1.232		
	GC	Mean	19.92	1.734	
		95% Confidence Interval for Lower Bound	16.10		
		Mean	Upper Bound	23.73	
		5% Trimmed Mean	20.02		
		Median	22.00		
		Variance	36.083		
		Std. Deviation	6.007		
Minimum		9			

Maximum	29	
Range	20	
Interquartile Range	8	
Skewness	-.382	.637
Kurtosis	-.566	1.232

Tabel A3.64. Mediile rangurilor pentru Utilizarea propriilor emoții emotii, GE și GC test și retest Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
utilizarea propriilor emoții emotii	GE	12	11.29	135.50
	GC	12	13.71	164.50
	Total	24		
utilizarea propriilor emoții retest	GE	12	15.25	183.00
	GC	12	9.75	117.00
	Total	24		

Tabel A3.65. Testul Mann-Whitney U pentru variabila Utilizarea propriilor emoții, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	utilizarea emoții emotii	propriilor utilizarea emoții retest
Mann-Whitney U	57.500	39.000
Wilcoxon W	135.500	117.000
Z	-.848	-1.914
Asymp. Sig. (2-tailed)	.396	.046
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.410 ^b	.050 ^b

Tabel A3.66. Mediile rangurilor pentru Optimism, GE și GC test și retest Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
optimism	GE	12	13.38	160.50
	GC	12	11.63	139.50
	Total	24		
optimism retest	GE	12	15.17	182.00
	GC	12	9.83	118.00
	Total	24		

Tabel A3.67. Testul Mann-Whitney U pentru variabila Optimism, GE și GC (test și retest)

Test Statistics^a

	optimism	optimism retest
Mann-Whitney U	61.500	40.000
Wilcoxon W	139.500	118.000
Z	-.611	-1.875
Asymp. Sig. (2-tailed)	.541	.041
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.551 ^b	.048 ^b

a. Grouping Variable: Grup

b. Not corrected for ties.

Tabel A3.68. Date descriptive pentru variabila Abilități sociale, GE și GC, test și retest

	Grup		Statistic	Std. Error	
abilitati sociale	GE	Mean	14.67	1.900	
		95% Confidence Interval for Lower Bound	10.48		
		Mean	Upper Bound	18.85	
		5% Trimmed Mean	14.69		
		Median	16.50		
		Variance	43.333		
		Std. Deviation	6.583		
		Minimum	5		
		Maximum	24		
		Range	19		
		Interquartile Range	11		
		Skewness	-.218	.637	
		Kurtosis	-1.214	1.232	
		GC	Mean	16.17	2.117
	95% Confidence Interval for Lower Bound		11.51		
	Mean		Upper Bound	20.83	
	5% Trimmed Mean		16.30		
	Median		18.00		
	Variance		53.788		
	Std. Deviation		7.334		
	Minimum		5		
	Maximum		25		
Range	20				
abilitați sociale retest	GE	Mean	17.17	1.700	
		95% Confidence Interval for Lower Bound	13.42		
		Mean	Upper Bound	20.91	
		5% Trimmed Mean	17.24		
		Median	19.00		
		Variance	34.697		
		Std. Deviation	5.890		
		Minimum	8		
		Maximum	25		
		Range	17		
		Interquartile Range	12		
		Skewness	-.309	.637	
		Kurtosis	-1.370	1.232	
		GC	Mean	16.42	2.151
	95% Confidence Interval for Lower Bound		11.68		
	Mean		Upper Bound	21.15	
	5% Trimmed Mean		16.52		
	Median		17.50		
	Variance		55.538		
	Std. Deviation		7.452		
	Minimum		6		
	Maximum		25		
Range	19				
Interquartile Range	16				
Skewness	-.254	.637			
Kurtosis	-1.589	1.232			

ANEXA 4. Programul grupului de dezvoltare (Ședințe) SAD SAD- STOP ABUZ DOMESTIC

Ședința 1

Obiective:

1. cunoașterea interpersonală participanți-facilitatori
2. informarea privind scopul și obiectivele grupului
3. propunerea, negocierea și stabilirea regulilor de funcționare ale grupului
4. conștientizarea condiției de abuz și identificarea formelor de risc domestic, efectele traumei și ale abuzului asupra copiilor

În prima întâlnire participantelor li se prezintă menirea grupului, de a oferi femeilor care provin din medii agresive un loc în care pot explora alternative în ceea ce privește stilul de viață și obiectivele personale. Regulile sunt propuse și negociate între participante și se decide crearea unui grup cu o atmosferă de respect, siguranță și empatie, în care femeile să își cultive reziliența naturală, forța și inventivitatea, să își recâștige demnitatea poate pierdută în relații degradante, în care le-a fost pusă în pericol poate și viața.

Se convine ca locația în care este ținut grupul să fie secretă, pe cât posibil. Este prezentat Modelul sanctuarului [220], care reprezintă un set de idei care promovează vindecarea, siguranța și vindecarea victimelor situațiilor traumatiche. Principiile Sanctuarului reprezintă angajamente privind interacțiunile în cadrul grupului:

1. *Nonviolența*: efortul permanent pentru a ne asigura că suntem în siguranță alături de cei de lângă noi;
2. *Inteligență emoțională*: lucrăm pentru a ne exprima sentimentele în moduri sănătoase, care nu ne fac rău nouă și celor din jur;
3. *Învățare socială*: ne angajăm să împărtășim ideile noastre cu ceilalți și să ascultăm când ceilalți ne împărtășesc ideile lor;
4. *Democrație*: recunoaștem că luăm decizii mai bune atunci când toată lumea joacă un rol în luarea deciziilor;
5. *Comunicare deschisă*: nu ne păstrăm gândurile pentru noi; spunem ce vrem să spunem, dar nu suntem răi când o facem;
7. *Responsabilitate socială*: împreună facem mai mult. Ne-am angajat să ne ajutăm reciproc;
8. *Creștere și schimbare*: dacă vrem ca lucrurile să se îmbunătățească, trebuie să credem că putem crește și face schimbările necesare;
8. *Confidențialitate și încredere*: păstrăm confidențialitatea discuțiilor, pentru ca femeile să se simtă în ceea ce privește dezvăluirea informațiilor personale, nimeni nu ar trebui să fie presat să vorbească dacă preferă să tacă.

S-au stabilit de comun acord regulile de grup:

1. Punctualitatea la întâlnirile de grup
2. Exprimarea clară, concisă și directă
3. Ascultarea celei care vorbește până când sfârșește ce are de spus
4. Criticarea opiniei și nu a persoanei
5. Vorbirea pe rând și respectul reciproc
6. Participarea la aranjarea sălii după desfășurarea activităților de grup
7. Incurajarea participării și sprijinul reciproc
8. Respectarea confidențialității

Exercițiul 1/1. *Numele meu, destinul meu.* Primul exercițiu, de cunoaștere reciprocă a presupus prezentarea, cu indicația ca inițiala numelui să denumească un atribut al persoanei respective (de exemplu Angela cea ambițioasă). S-a convenit apoi, ca pe parcursul grupului, atributul să devină renume (de ex. Angela a devenit Ambițioasa).

Exercițiul 1/2. *Cât de periculos poate fi?*

A doua parte a întâlnirii este dedicată formelor de abuz și modurilor în care poate fi evaluat pericolul. În acest scop se discută pe marginea itemilor Scalei de evaluare a pericolului. De asemenea se face și o prezentare a fenomenului violenței domestice.

Primele două sesiuni sunt concepute pentru a ajuta tinerele să înțeleagă ceea ce știm și înțelegem despre efectele traumei și violenței; modul în care oamenii reacționează la stresul copleșitor cu răspunsurile de *luptă, fugă sau îngheț*; modul în care aceste experiențe stresante afectează gândirea, sentimentele și comportamentele oamenilor; și modul în care aceste experiențe pot copleși capacitatea oamenilor de a face față.

Exercițiul 1 / 3. Metafora experiențială. *Ce vreau și ce pot face?* Fiecare participantă a primit o foaie de hârtie. Pe o față era întrebarea: 1. Ce cuvinte folosești pentru a te descrie pe tine, pe partenerul tău (actual sau fost), relația ta, situația ta și procesul de a obține ajutor?

Pe fața cealaltă foii este următoarea întrebare: Ce cuvinte folosești pentru a-ți descrie mama, tatal, familia de origine?

După ce listele de atribute au fost completate, participantele au fost invitate să scrie în dreptul fiecărui atribut negativ, un atribut complementar, care să definească o așteptare ideală. După ce au realizat și această sarcină, au fost invitate să scrie un atribut care să definească o posibilitate realistă. Prezentăm mai jos câteva din variantele obținute.

Cum l-ați descrie pe partener?

În prezent	Așteptarea ideală	Așteptarea realistă
nesigur	puternic	încrezător
abuziv	vuminte	sensibil/grijuliu
incompetent	de succes	capabil
mincinos	impecabil	de încredere
prost	strălucit	inteligență medie
critic excesiv	să nu mai critice	să critice respectuos
bețiv	abstinent	să bea cu măsură/ocazional

La final, participantele au fost rugate ca la întâlnirea următoare să aducă un obiect care să le reprezinte.

Ședința 2

Obiective: descoperirea de sine, recadrarea imaginii de sine

Întâlnirea a fost centrată pe imaginea de sine. Fiecare participantă a adus un obiect reprezentativ pentru sine și cine a dorit a povestit cum a ales acel obiect. În funcție de insight-uri, fiecare participantă a decis ce urma să facă cu acel obiect.

Exemple: una dintre participante a adus o pară stricată pe care a luat-o în fugă de pe *frigidier*, în urma discuțiilor a ales să scoată semințele din pară și să le pună într-un ghiveci pentru a le oferi o șansă să renască; o altă participantă a adus un evantai din bambus cu care soțul ei obișnuia să o plesnească peste față, în urma discuțiilor a ales să lase evantaiul într-un dulap de la grup până când se va hotărî ce să facă cu el. La finalul programului și-a adus aminte de el, l-a luat și a spus că știe ce să facă cu el.

Exercițiul 2/1. Metafora experiențială. Copacul. Invitatele au fost rugate să se imagineze copaci. Fiecare s-a gândit la ce fel de copac ar fi, ce fel de fructe ar face, unde ar trăi, dacă ar fi solitar sau într-o pădure.

Fiecare va primi o planșă cu metafora copacului.

- Rădăcinile.** Conștiința de sine. La fel cum rădăcinile conectează copacul cu bogăția solului și îi permite să crească, capacitatea noastră de a deveni mai conștienți de sine este punctul de plecare al călătoriei în autocunoaștere. Este vorba despre a deveni intim cu adevărul nostru interior: emoții, senzații, gânduri, valori și motivații.
- Solul.** Imaginea de sine. Copacul crește din soluri fertile. La fel și încrederea. Reprezintă imaginea pe care o avem despre noi înșine. Acesta este construită din trei

judecăți distincte: măsura în care ne considerăm ca fiind importanți, competenți și iubitori.

3. **Baza trunchiului.** Integritatea. Integritatea este un sinonim pentru alinierea dintre comportamentul nostru și adevărul nostru interior. Ca atare, este un ingredient esențial pentru încredere, în aceeași măsură în care baza trunchiului va influența în mod drastic cât de drept crește copacul și cât de înalt va deveni.
4. **Trunchiul.** Intenția. Calitatea intențiilor noastre are un impact enorm asupra modului în care simțim despre noi înșine și despre modul în care oamenii simt că suntem o persoană de încredere. Prin calitate, spunem, de exemplu, măsura în care căutăm în mod activ sinergia (sau câștig / câștig) în orice relație.
5. **Ramurile.** Competențele. Frunzele și fructele au nevoie de ramuri pentru a se dezvolta și, în același mod, dezvoltarea propriilor competențe este esențială pentru fundamentarea încrederii în sine.
6. **Frunzele și fructele.** Rezultatele. În același mod în care ramurile nu ar avea nici o funcție dacă nu ar permite creșterea frunzelor și a fructelor, dezvoltarea competențelor ar fi lipsită de sens dacă nu este legată de ideea de a obține rezultate. Încrederea în sine crește, atingând în mod constant rezultate.

Meditație pe următorul text: *Stima de sine este un SENTIMENT, încrederea în sine este și o ENERGIE.*

- *Stima de sine este un sentiment.* Este vorba despre modul în care simțim despre imaginea noastră, despre noi înșine. Când sentimentul este pozitiv și sănătos, acesta oferă un pământ hrănitor din care pomul crește. Când este negativ, solul este slab și limitează potențialul de creștere și afectează toate relațiile.
- *Încrederea în sine este energie.* Ca atare, ea poate fi comparată cu seva copacului. Înfipt în solul hrănitor (stima de sine), găsim energia vitală care permite trunchiului (intențiile noastre), ramurilor (competențele) și frunzelor (rezultatele) să se dezvolte. Pomul crește de la efectul dublu al sevei (încredere) și al fotosintezei (recunoaștere și feedback) într-o buclă care îmbogățește în plus atât seva (încrederea), cât și solul (stima).
- *Împlinirea de sine* (un copac magnific) este consecința unei creșteri continue, care este posibilă prin energia vitală a încrederii (seva), fiind „produsă, îmbogățită și reciclată” din soluri sănătoase (stima de sine), rădăcini adânci (conștiința de sine), o bază bună a trunchiului (integritate), un trunchi solid (intenție), ramuri mari (competențe) și frunze frumoase (rezultate).

Exercițiul 2/2 - joc simbolic de grup. Pădurea. La final, participantele sunt rugate să își imagineze iar că ar fi copaci și să alcătuiască împreună o pădure (recadrare, cu metaforă pentru solidaritate).

Ședința 3

Obiective: înțelegerea deosebirilor dintre a fi rezistent și a fi rezilient

Întâlnirea s-a construit în jurul conceptelor de rezistență și reziliență.

Exercițiu 3/1 - Metaforă experiențială: Zidul

Fiecare participantă este invitată să se imagineze mergând singură pe un câmp. La un moment dat, în cale îi apare un zid foarte înalt, căruia nu i se văd marginile. Ce urmează să facă?

Se discută cu grupul ce este reziliența. Ca bază de discuții se folosesc definiții ale rezilienței și itemi ai unor scale ce măsoară reziliența. Fiecare participantă este invitată să-și scrie propria definiție și să ofere un exemplu când un cunoscut a fost rezilient. Pentru că este un concept destul de abstract, pe podea se răspândesc diverse fotografii din reviste. Se cere participantelor să aleagă o imagine pe care o consideră cea mai potrivită pentru a ilustra cuvântul *reziliență*. Această imagine va fi de ajutor în următoarea etapă când participantele sunt invitate să împărtășească propriile idei despre reziliență.

Grupul formează două cercuri concentrice. Participanții la cercul intern împărtășesc definițiile. Cei din cercul exterior împărtășesc exemplele lor. Apoi, cercurile se inversează, cercul exterior devine interior și împărtășește definiții, iar cel interior devine exterior și împărtășește exemple. La sfârșitul exercițiului, se desenează diagramă în formă Y pe o hârtie mare pentru a o vedea toată lumea. Grupul este invitat să se gândească la cum se aude, cum se simte și cum arată ceva care este rezilient.

Exercițiul 3/2 privind formele de violență

Instructaj: Știm deja că violența domestică este abuzul fizic, sexual, psihologic sau financiar care are loc în cadrul unei relații intime sau de tip familial și care formează un model al comportamentului coercitiv și de control.

În acest exercițiu, vă rugăm să scrieți în căsuțe ceea ce credeți că poate constitui abuz fizic, sexual, psihologic și financiar. Există câteva exemple pentru a vă ajuta la început. Comparați între voi ceea ce ați scris.

Participantele realizează cât de diverse sunt formele de abuz.

FIZIC <ul style="list-style-type: none"> • Te lovește 	SEXUAL <ul style="list-style-type: none"> • Te obligă să faci sex
PSIHOLOGIC <ul style="list-style-type: none"> • Amenință copiii 	FINANCIAR <ul style="list-style-type: none"> • Îți ia banii

Participantele au ca teme de reflecție pentru întâlnirea următoare. Să-și răspundă la următoarele întrebări: De ce exist? De ce mă trezesc dimineața? Ce mă ține trează noaptea? Când mă simt cel mai vie? Dacă aș întâlni o versiune mai veche a mea, ce sfat i-aș da?

Ședința 4

Obiective: identificarea trebuințelor personale și a modalităților de a le satisface

Exercițiul 4/1 - Triunghiul dramatic. Se prezintă elemente din analiza tranzacțională, focusat pe triunghiul dramatic Victima-Persecutor-Salvator [218]. Scopul este ca fiecare participantă să conștientizeze că fără victimă nu ar exista agresorul și că rolurile sunt dinamice.

Grupul se împarte în 3 grupuri de câte 4 membri: victima, salvator, persecutor și observator. Fiecare victimă își imaginează o situație în care are nevoie de ajutor și scrie pe o hârtie modul în care și-ar dori să fie ajutată. Salvatorul scrie pe o hartie cum ar putea ajuta victima. Persecutorul scrie pe hârtie afirmații critice pentru a explica de ce victima este de vină pentru situația în care se află. Observatorul este atent la desfășurarea jocului. Fiecare membru al echipei trece prin fiecare ipostază. Apoi reflectează la rolul pe care îl îndeplinește cel mai des în viața de zi cu zi. În final se dezbate posibilitățile de a ieși din cercul vicios. Se prezintă descrieri ale fiecărei ipostaze:

Victima se vede pasivă, se simte neputincioasă cu ceea ce i se întâmplă. În acest model, victima nu este o victimă reală (de exemplu, violență sau abuz în familie), ci se simte și se comportă ca o victimă. Se consideră oprimată, neajutorată, abătută și neputincioasă și își neagă adesea responsabilitatea pentru rolul în oricare dintre problemele lor. Victima ia poziția „săraca de mine!”

Persecutorul îi critică și învinovățește pe alții, adesea victima. Persecutorii sunt stricți, dornici de control, neiertători și se străduiește pentru a menține victima neputincioasă agresând-o permanent. Persecutorul deseori țipă și controlează, dar nu ajută de fapt la rezolvarea problemelor. Poziția Persecutorilor este „este doar vina ta!”

Salvatorul este de obicei cel care ajută victima. Salvatorul se simte vinovat dacă nu sare pentru a ajuta victima. În timp ce acțiunile lui iau forma ajutorului, menține victima într-o poziție

de neputință ce îi oferă salvatorului un sentiment de superioritate. De multe ori se concentrează pe nevoile altora, ignorându-le pe ale lor. Salvatorul ia poziția „lasă-mă să te ajut!”

Triunghiul dramatic este menținut deoarece fiecărei persoane i se satisface o anumită nevoie psihologică prin rolul pe care îl joacă. Primul pas pentru a ieși din triunghi este recunoașterea rolului.

	Descriere	Este îndeplinit(ă)?	Două moduri de păstra/îndeplini ceea ce am nevoie/vreau/merit
Am nevoie...		DA/NU	
Doresc...		DA/NU	
Merit...		DA/NU	

Ședința 5

Obiective: înțelegerea furiei și a principiilor de siguranță

Această sesiune le ajută pe tinere să învețe și să practice principiile de siguranță în ceea ce privește limitele. Tinerele sunt învățați cum să facă diferența între limitele fizice și emoționale, cum să își stabilească propriile limite, cum să spună da sau nu când ceilalți vor să intre în limitele lor și cum să recunoască când încalcă limitele altora.

Exercițiul 5/1 - Ce formă are furia mea? Exercițiul s-a centrat pe lucrul cu furia ca trecere de la agresivitatea verbală și ostilitate la agresivitatea fizică. Se lucrează cu plastilină. Instructajul este ca participantele să frământa plastilina cu mâna nedominantă, gândindu-se la agresorul principal din viața lor, fără a modela ceva anume. Sunt invitate să se concentreze asupra gândurilor, imaginilor în legătură cu persoana care le-a făcut să se simtă furioase, învinovățite, înjosite. Apoi sunt invitate să modeleze plastilina, tot cu mâna nedominantă, dacă vor să se ajute cu mâna dominantă, pot să o facă. Când consideră că figurina e gata, este așezată jos.

Exercițiul se reia, de data asta cu indicația ca persoana la care se gândesc în timp ce lucrează platelina, tot cu mâna nedominantă, să fie cineva care le-a susținut, protejat. Când figura este gata, este așezată lângă cealaltă.

Ultima parte a exercițiului are indicația ca între cele două figurine să se creeze o legătură prin intermediul oricărui obiect pe care îl au la îndemână.

Managementul furiei. Fiecare participantă își realizează propria strategie de a face față sentimentelor de furie cu ajutorul unui ghidaj.

Exercițiul 5/2 - metaforă experiențială: Mama (Fii bună cu tine!) Sesiune privind practicarea bunătății de sine. Următoarele întrebări sunt oferite pentru a ghida persoana prin sentimentele individuale de bunătate. Pot fi folosite următoarele întrebări de încălzire: Care sunt lucrurile care îți plac la tine? Care sunt punctele tale forte? Care sunt unele lucruri pentru care ești recunoscător în viața ta? Ce apreciezi la tine? Când te gândești la ceva care te deranjează, ce ai putea spune ca să fii mai bună cu tine? Toate întrebările converg la un răspuns personal la întrebarea: Dacă mi-aș fi o mamă bună, cum aș fi și ce-aș face pentru mine?

Exercițiul 5/3 - Jocul simbolic de grup: Iertarea. Este un joc fără cuvinte, bazat pe comunicarea non-verbală. Grupul se împarte în perechi. Membrele fiecărei perechi stau spate în spate. Instrucțiunea este următoarea: *Stați spate în spate, fără a vă atinge. Închideți ochii și gândiți-vă la principalul agresor din viața voastră și gândiți-vă la ce i-ați spune dacă l-ați ierta (Pauză) La semnal, vă întoarceți cu fața și spuneți “Te iert” de câte ori simțiți nevoia, în același timp, până când începeți să simțiți cum sentimentele se transformă din furie în altceva. În momentul acela vă întoarceți iar cu spatele. Nu contează care se întoarce prima cu spatele, coechipiera se va întoarce și ea (pauză). Acum apropiați-vă, încercați să vă atingeți spate în spate și să vă strângeți mâinile (pauză) Gând sunteți gata, vă întoarceți și vă îmbrățișați.*

Ședința 6

Obiectiv: auto-reprogramarea scenariului de viață

Exercițiul 6/1. Metoda - Artgenograma. Este un travaliu de explorare transgenerațională. Sunt explorate conținuturile subtile ale inconștientului, reprezintă oportunitatea unui salt de cunoaștere cu scopul unei mai bune cunoașteri de sine, echilibrare emoțională și de comportament. Posibilitatea creșterii sentimentului de responsabilitate relațională.

Materiale necesare: natural (frunze, flori, pietre, semințe, scoici etc. pentru ființele vii) și artificiale (hârtie, vopsele, fotografiile, jucării, plastilină etc. pentru obiecte)

Instructaj: cu ajutorul materialelor pe care le aveți la dispoziție realizați un tablou care să reprezinte familia și strămoșii, cu materialele natural tot ce e viu și cu material artificiale obiectele.

Etapete de desfășurare se realizează conform principiilor, metodelor și tehnicilor Terapiei Unificatoare [Mitrofan, Iolanda]

1. Construcția artgenogramei pentru trei generații
2. identificare și analiză de dinamică personal, inter și trans-generațională
3. Reconstruire-resemnificare-integrare simbolică a blocajelor trans-generaționale
4. Auto-reprogramarea scenariului de viață prin restructurare.

Pentru fiecare participantă, travaliul va fi realizat conform principiilor Terapiei Unificării.

Exercițiul 6/2 - Metaforă experiențială: Ceilalți. Exercițiul privind practicarea umanității comune. Întrebările care subliniază că universalitatea suferinței sunt liniștitoare pentru mulți oameni. Știind că nu suntem singure în luptele noastre este uneori încurajator. Ne permite să înțelegem că nu suntem în mod inerent *defecte* și asta ne diminuează sentimentele de vină și rușine, care pot fi foarte dureroase și traumatizante pentru persoanele abuzate. Următoarele întrebări pot fi utile pentru creșterea sensului de umanitate comună: Există oameni buni, poate prieteni sau oameni pe care îi admiri în această lume care se află în situații similare? Simți că trebuie să fii vreodată peste medie pentru a te simți bine cu tine însuși? Care sunt avantajele de a fi la fel cu o mulțime de alți oameni? Ce i-ai putea spune cuiva care trecea prin ceea ce treci tu? Ce cuvinte înțelepte ai putea împărtăși? Ce cuvinte amabile i-ai putea spune?

Ședința 7

Obiectiv: identificarea calităților personale

Exercițiul 7/1. Metafora experiențială. Curcubeul. Instructaj: *Imaginați-vă că fiecare dintre voi e o rază dintr-un curcubeu. Ce culoare ați avea? Ce vă face să vă simțiți valoroase? Ce calități aveți? Care dintre calitățile voastre v-ar ajuta să treceți peste dificultăți? (pauză). Acum luați o coală de hartie și un creion în culoarea pe care v-ați văzut în curcubeu și scrieți acele calități (pauza).*

După ce și-au scris calitățile, runt rugate să împărtășească ce au scris pe hârtie. După fiecare participantă, colegile sunt încurajate să îi sugereze calități pe care le-au observat și care nu se regăsesc pe foaie. În felul acesta numărul calităților va crește semnificativ.

Exercițiul continuă cu următorul instructaj: *Citiți cu atenție la calitățile scrise pe foaie. Sunt toate ale voastre, fiți mândre de ele! De care aveți cea mai mare nevoie pentru a depăși dificultățile din viața voastră? Alegeți cinci, în ordinea importanței. Nu vă grăbiți, alegeți cu atenție și pe măsură ce vă decideți, scrieți-le pe verso. (pauză). Aveți fiecare o planșă cu o mână desenată. Scrieți pe fiecare deget câte o calitate dintre cele cinci.*

Exercițiul 7/2. SWOT și SOAR. În final, participantelor și se explică cum să-și realizeze analize personale de tip SWOT și SOAR

Analiza SWOT

Strengths Puncte tari	Weaknesses Puncte slabe	Opportunities Oportunități	Threats Amenințări

Analiza SOAR

Strengths Puncte tari	Weaknesses Puncte slabe	Aspirations Aspirații	Results Rezultate

Ședința 8

Obiectiv: înțelegerea a ceea ce este stima de sine și cum poate avea un nivel optim

Exercițiul 8/1. Rugăm grupul să definească ce înseamnă stimă de sine . Fiecare scrie propria definiție pentru sine. Apoi, folosind metoda „furtună de idei”, scriem toate răspunsurile pe flip-chart. Este important să avem o evidență a modului în care tinerele au definit stima de sine la începutul ședinței, pentru a compara cu definițiile făcute la sfârșit.

Exemple din ideile oferite în exercițiu:

- a nu-i judeca pe ceilalți;
- a fi sincer;
- încrederea în sine;
- raționament calm;
- acceptarea de sine;
- iubirea de sine;
- să nu-ți pese dacă alte persoane acționează sau par superioare;
- a nu fi materialist;
- a fi plăcut;
- a fi capabil de multe lucruri;
- siguranța de sine;
- capacitatea de a percepe dorințele, dorințele și nevoile altora;
- a avea credință în viitor;
- lipsa de teamă față de emoțiile cuiva;
- a fi inteligent;
- capacitatea de a face față vieții de zi cu zi;
- a fi iubit de ceilalți etc.

Este important să validăm opinia tuturor, chiar dacă unele definiții ale stimei de sine par departe de realitatea psihologică. Odată ce toate tinerele au contribuit cu opinia proprie, li se oferă definiții și explicații cu privire la stima de sine. Introducem pe scurt conceptele de valoare de sine, valorizare de sine, încredere și respect de sine și cerem tinerelor să se gândească mai mult la definițiile pe care le-au oferit ele.

Exercițiul 8/2. Folosind noua definiție a stimei de sine oferită de grup, îi adresăm grupului următoarele întrebări:

- Cât de mult simțiți că această definiție se potrivește cu modul în care simțiți în prezent despre dvs.?
- Credeți că aveți o stimă de sine sănătoasă?
- Care sunt lucrurile din viață la care simțiți că aveți dreptul?
- Ce simțiți că împiedică creșterea stimei de sine?

Exercițiul 8/3. Acest exercițiu este util pentru a ajuta femeile să înceapă să se gândească pozitiv la ele însele. Oferim grupului coli de hârtie goale și le rugăm să noteze două lucruri pozitive pe care le-au făcut în ultimele zile. Apoi le rugăm pe fiecare să explice grupului ce au făcut și de ce sunt lucruri bune.

Multe dintre femei găsesc aceste explicații ca fiind dificile, așa că putem oferi următoarele sugestii ca puncte de plecare:

- Ce lucruri pozitive ați făcut pentru alți oameni?
- Ce ai făcut pentru a te simți mai bine?

- Ce ai făcut pentru a câștiga mai mult control asupra vieții tale?

Ședința 9

Obiectiv: focusarea pe viitor și pe încrederea că tinerele pot face alegeri diferite

Întâlnirea se focusează pe viitor. Această sesiune oferă o oportunitate tinerelor de a începe să se gândească focusat la viitorul lor. Accentul este pus pe învățarea tinerelor să navigheze în fiecare zi, cu o mai bună înțelegere a modului în care viitorul lor este determinat de abilitățile lor de a se menține în siguranță, de a-și gestiona emoțiile, de a depăși pierderile pe care le-au experimentat și de a face alegeri care să le ajute viitorul lor dorit. Exercițiile arată tinerelor că au de ales în a-și crea viitorul și plantează semințele speranței pentru ceva diferit față de ceea ce au experimentat.

Exercițiul 9/1. Fiecare participantă va vorbi, pe rând, despre câte un drept din lista de mai jos. Fiecare va alege pe cel pe care îl consideră cel mai important. Discuția va fi condusă în așa fel încât să se ajungă la concluzia că toate drepturile sunt necesare în egală măsură și legitime.

Lista de drepturi personale

- Am dreptul să spun „nu”
- Am dreptul să nu fiu abuzată
- Am dreptul să-mi exprim furia
- Am dreptul să-mi schimb viața
- Am dreptul la libertate de frica abuzului
- Am dreptul de a solicita și aștepta asistență din partea poliției și a agenților de asistență socială
- Am dreptul să-mi doresc un model de comunicare mai bun pentru copiii mei
- Am dreptul să-mi cresc copiii în siguranță
- Am dreptul să fiu tratat ca un adult și cu respect
- Am dreptul să părăsesc mediul abuziv
- Am dreptul să fiu în siguranță
- Am dreptul la intimitate
- Am dreptul să-mi dezvolt talentele și abilitățile individuale
- Am dreptul să dau în judecată și să primesc protecție prin lege împotriva abuzatorilor mei
- Am dreptul să câștig și să-mi controlez propriile finanțe
- Am dreptul să iau propriile decizii despre propria mea viață
- Am dreptul să mă răzgândesc
- Am dreptul să fiu crezut și apreciat
- Am dreptul să fac greșeli
- Am dreptul să nu fiu perfectă
- Am dreptul să iubesc și să fiu iubită
- Am dreptul să mă pun pe primul loc
- Am dreptul să fiu eu

Exercițiul 9/2. Puncte interesante de discuție generală sunt:

- Cum sunt învățate fetele tinere să se comporte în sistemul educațional?
- Ce tipuri de locuri de muncă tind să facă femeile?
- Cum sunt primite femeile la locul de muncă?
- Cum ne raportăm ca părinți la nevoile copiilor noștri și în special la nevoile fiicelor noastre?

Exercițiul 9/3. Împărțim grupul în două subgrupuri și le oferim o foaie mare de hârtie. Rugăm un grup să discute despre rolurile de gen masculin și celălalt despre rolurile de gen

feminin. Cerem ambelor grupuri să noteze exemple de caracteristici stereotipe masculine și feminine, cum ar fi:

Masculin: dur, puternic, lipsit de emoții, motivat sexual, egoist, amuzant, logic, matematic, inteligent, rațional, sportiv, obsesiv, posesiv, furnizor / protector, violent, bețiv.

Feminin: blândă, moale, hrănitoare, grijulie, illogică, emoțională, isterică, modestă, credincioasă, modestă, dependentă, sedentară, maternă, virgin / curvă, drăguță, dulce.

Participantele se regroupează, se fixează foile pe perete și rugăm grupul să privească exemplele și să vadă cu ce caracteristici feminine se pot conecta. Întrebăm apoi la ce caracteristici masculine se raportează.

Punem următoarele întrebări:

- Este mai bine să ne referim la aceste caracteristici ca la niște trăsături umane?
- Este aceasta o reprezentare realistă și pozitivă a sexelor?
- Aceste norme au impact asupra tipurilor de locuri de muncă pe care le îndeplinesc femeile?
- Cum afectează aceste norme de gen femeile în modul în care acestea se văd pe ele însele și pe altele?

Ședința 10

Obiective:

- Identificarea nevoilor cuiva în cadrul unei relații.
- Alegerea modurilor de a comunica unui partener nevoile proprii
- Realism cu privire la așteptările partenoriale
- Identificarea aspectelor în legătură cu a fi singur.

Exercițiul 10/1. Începem o discuție despre dragoste: cerem participantelor să definească „dragostea adevărată”. Scriem răspunsurile lor pe flip-chart. Există un amestec de răspunsuri, dar evidențiem idei precum următoarele, pentru discuțiile suplimentare: doi devenind unul; găsirea unui suflet pereche; dragoste la prima vedere; găsirea unei jumătăți; senzație de întreg, complet.

Toate definițiile iubirii adevărate enumerate mai sus sunt văzute ca fiind romantice, totuși pot fi dăunătoare, deoarece implică faptul că oamenii sunt incompleți în mod esențial până când găsesc o altă persoană cu care să fuzioneze. Se Sugerează grupului că, dacă „doi devin unul, este probabil ca o personalitate să o domine pe cealaltă”. În loc de aceasta, întrebăm femeile ce părere au despre a descrie o relație nu ca o singură entitate, ci ca trei entități. În cadrul unei relații, există doi indivizi autonomi cu interese și credințe proprii, dar probabil similare, și apoi există a treia entitate, cuplul. Având o a treia entitate, indivizii nu trebuie să fie dominanți sau subordonați, deoarece există libertatea de a fi singuri. Acest „cuplu” nu este doar un concept; poate lua decizii sau poate avea idei care nu există la individul singular; de exemplu, este posibil ca persoanele separate să nu poată decide să cumpere o casă, dar în calitate de cuplu, această decizie poate fi luată. Important, această a treia entitate poate fi deteriorată și poate înceta să mai fie, dar, deși poate afecta persoanele, nu le distruge; disoluția unui „noi” nu împiedică niciun individ să fie el înșiși și să meargă mai departe, întotdeauna ca un întreg individual, și poate să creeze un alt „noi” cu altcineva în viitor.

Exercițiul 10/2. Rugați participantele să împărtășească grupului ceea ce le face (sau le-ar face) să se simtă iubite; de exemplu, afecțiunea fizică, sprijinul emoțional consistent, satisfacția sexuală etc. Selectați una dintre ideile sugerate de toate sau de majoritatea femeilor, o scriem pe flip-chart și puneți următoarele întrebări:

- De ce le face să se simtă iubite?
- Cred că așteptările și dorințele lor sunt realiste și corecte?
- Cum pot fi comunicate aceste nevoi și dorințe partenerilor lor?

La întrebările formulate în exercițiul de mai sus e destul de dificil de răspuns. Grupul are dificultăți în a-și articula nevoile în raport cu relațiile lor și găsesc ideea de a aborda și de a negocia aceste nevoi cu un partener ca fiind foarte descurajant. Cu toate acestea, este important

să ajutăm participantele la grup să înceapă identificarea propriilor nevoi, oricât de mici ar fi acestea.

Ședința 10

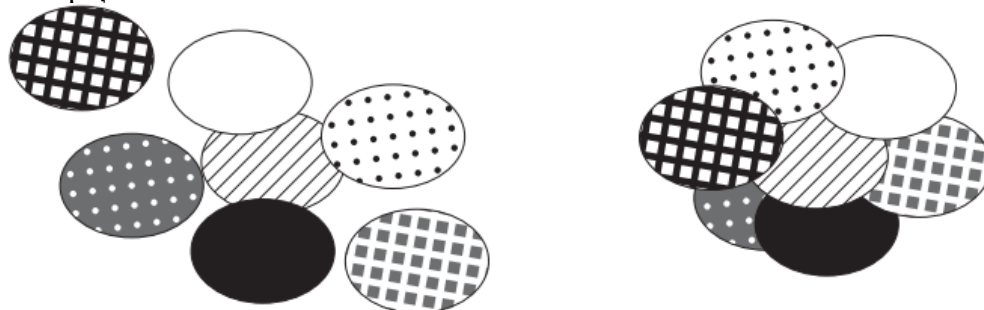
Obiective:

- Definirea conceptului de „limită”
- Identificarea situațiilor potențiale atunci când limitele sunt provocate
- Identificarea unor modalități pozitive de afirmare a limitelor
- Înțelegerea legăturii dintre lipsa unor limite clare, sănătoase și abuzurile domestice
- Realizarea importanței, dar și pericolele afirmării limitelor.

Este nevoie de două întâlniri pentru a lucra problematica limitelor. Multe subiecte sunt acoperite pe măsură ce trecem de la stabilirea limitelor la definițiile abuzului și începem să facem distincția între conflict și abuz. Aceasta este o sesiune esențială, deoarece lipsa limitelor este una dintre condițiile prealabile pentru abuz. Dezvoltarea unor limite sănătoase este fundamentală pentru a evita victimizarea cronică. Un mod de a privi granițele este de a cere grupului să încerce să definească ce înseamnă termenul „graniță/limită” pentru fiecare. Definițiile lor sunt foarte neclare și confuze, iar acesta este un mod bun de a testa nivelul de conștientizare în cadrul grupului. Grupului îi este prea dificil să definească în mod clar ce este o graniță/limită, am sugerat o definiție mai largă, de genul: *granițele sunt limite trasate de fiecare dintre noi pentru a ne defini separarea și identitatea, contribuind în același timp la susținerea drepturilor noastre de bază*. Explicăm importanța granițelor și modul în care acestea nu ar trebui ignorate, sunt esența a demnității, a respectului de sine, a simțului valorii, a identității - fiecărei persoane trebuie să îi fie respectată personalitatea pentru a se dezvolta și prospera ca ființă umană.

Exercițiul 10/1. Granițe personale [219]. Acest exercițiu vizual este util în explicarea limitelor.

Folosind discuri de hârtie diferit colorate sau modelate, rugăm o participantă să demonstreze starea actuală a limitelor din viața ei (a se vedea mai jos). Ea poate face acest lucru etichetând fiecare disc ca fiind o parte diferită din viața ei. De exemplu, ea este discul cu dungi, carourile pentru colegii de muncă, bulinele negre pentru copii, pătrățelele pentru prieteni, pete negre pentru părinți, discul alb pentru frați, discul negru pentru negru pentru partener / fost partener. Rugăm participanta să așeze discul care o reprezintă în mijloc și să îi aranjeze pe ceilalți în jurul ei pentru a reflecta modul în care se află limitele sale în prezent. Discurile apar ca în a doua figură; celelalte discuri sufocă sufocă discul dungat. Reașezăm discurile ca în prima figură și explicăm de ce acestea sunt limite mai sănătoase; permit discului cu dungi să aibă mai mult spațiu.



Odată ce conceptul de limite este mai clar, ne asigurăm că dăm exemple practice despre modul în care femeile pot începe să lucreze la atingerea unor limite sănătoase. Acestea ar putea include:

- înțelegerea drepturilor lor;
- creșterea stimei de sine;

- a fi în contact cu sentimentele și nevoile proprii și ale celor din jur;
- a decide unde să stabilească granițele pe baza drepturilor și nevoilor;
- dezvoltarea tehnicilor de asertivitate pentru a menține limitele la locul lor;
- înțelegerea tiparelor de control și învățarea de a da drumul controlului;
- dezvoltarea unor relații mature egale;
- dezvoltarea treptată a încrederii în sine și în ceilalți.

De asemenea, este important să se introducă ideea că este posibil să fie necesar să se plătească un preț pentru stabilirea unor limite clare. Participantele sunt încurajate să evalueze consecințele anumitor alegeri și să-și aleagă luptele foarte atent.

De asemenea, grupul este încurajat să facă strategii cu privire la rezultatul pe care doresc să îl obțină.

Sugerăm membrilor grupului că, dacă se gândesc să schimbe unele limite în viața lor, vor discuta inițial între ele, în cadrul grupului, pentru a obține un feedback înainte de a încerca.

Exercițiul 10/2. Participantele sunt rugate să ofere exemple în legătură cu limitele din viața lor așa cum au fost ele explicate în exercițiul anterior.

Ședința 11

Obiectiv: creșterea asertivității, diferența dintre agresivitate și asertivitate

Exercițiile care își propun creșterea asertivității generează, uneori, comentarii negative. Adesea, asertivitatea este identificată cu agresivitatea și, în consecință, poate fi considerată deosebit de negativă atunci când este manifestată de femei; imaginile *prostituatei, vrăjitoarei și cățelei* se hrănesc cu imaginea femeilor isterice, supărate, agresive, care sunt nebune și imprevizibile. Nu este surprinzător că femeile se pot teme să exploreze asertivitatea dacă cred că este asociată cu astfel de imagini. De asemenea, pot fi îngrijorate de faptul că, stabilind limite, pot pierde prieteni și rude. Este important să discutăm cum schimbarea comportamentului și restabilirea limitelor pot duce la conflicte și tensiuni în unele relații; dar cerând respect de sine și respectul celorlalți, se poate obține o mai bună înțelegere a celor care sunt prieteni adevărați și a celor care nu sunt. Dacă stabilirea unor limite pozitive duce la pierderea câtorva relații, ar putea fi în bine pe termen lung. Comportamentul asertiv nu este niciodată agresiv și este întotdeauna respectuos cu ceilalți. Grupul trebuie să definească asertivitatea spre deosebire de agresivitate și să realizeze cum a fi asertiv provine din respectul de sine și respectul față de ceilalți. Exercițiile presupun jocuri de rol cu situații reale prezentate de participante, iar grupul susține soluțiile posibile pentru schimbarea comportamentului.

Exercițiul 11/1. Se prezintă următoarea situație: Dana îl invită pe Florin la o petrecere organizată spontan, din scurt, la ea acasă. Invitația este extrem de scurtă, iar Florin și-a petrecut toată săptămâna așteptând cu nerăbdare o seară pe care să o petreacă cu prietenii săi apropiați, acasă la el, la o bere și un meci. Florin îi telefonează Danei, spunând: „S-ar putea să fie o nebunie, dar aș prefera, cred, să stau acasă. Mi-ar plăcea cu adevărat să merg, dar cred că voi rămâne acasă, dacă nu te superi...”

Răspunsul lui Florin este lung și plin de îndoială. Oferă spațiu pentru Dana să creadă că Francis ar vrea, totuși, să vină. În prezent, ea este ocupată cu planificarea petrecerii, așa că nu aude reticența lui. Ea insistă și Florin se simte nesigur de el însuși - este evident că îi este frică să nu rănească sentimentele Danei. Florin ajunge să meargă la petrecere și se simte mizerabil și agitat pentru restul serii. Își petrece noaptea visând seara cu prietenii... când Dana îl întrebă de ce nu se distrează el răbufnește.

Ar fi fost în favoarea lui Florin dacă ar fi spus simplu: „Nu, Dana, nu pot participa la petrecere în această seară”? El îi datorează neapărat Danei o scuză sau o explicație?. Ce ar reduce stresul și, prin urmare, eventualele expresii nesănătoase de furie?

Exercițiul 11/2. Compararea comportamentului asertiv cu comportamentul asertiv.

Asertivitate	Agresivitate
Vă exprimați nevoile, dorințele și	Vă exprimați sentimentele și nevoile

sentimentele fără a încălca drepturile altora. Ești cinstită, sinceră și directă.	în detrimentul celorlalți. Încălcați drepturile altora și încercați să dominați.
De ce trebuie să fim asertivi?	De ce suntem agresivi?
Pentru a stabili limite. Pentru a solicita și a obține respect de la ceilalți. Pentru a-ți păstra stima de sine și sentimentul de putere personală. Pentru a crea relații oneste, sănătoase.	Ești furioasă și vrei să-ți atingi obiectivul. Nu te interesează sentimentele altor persoane.
Ce obții?	Ce obții?
Câștigi respect și te simți mândră și îți controlezi viața. Alegi oamenii care te susțin dintre cei care îți respectă limitele. Înveți să te protejezi de abuz.	Te simți în continuare furioasă, vinovată și flămândă de control. Ești abuzivă față de ceilalți și poți deveni violentă. Ajungi să distrugi relațiile.

Exercițiul 11/3. Se ia lista cu drepturi de la Sedința 9. Participantele își vor alege, pe rând, un drept și se va adresa grupului revendicând respectarea aceluia drept. Participantele vor observa: contactul vizual, expresia facială, postura, gesturile.

La terminarea exercițiului se discută despre importanța limbajului corpului în comunicarea asertivă, cu demonstrație din partea facilitatorului. *Atunci când se utilizează limbajul corporal asertiv, încrederea este esențială. Transmiterea încrederii le permite celorlalți să știe că ceea ce comunică înseamnă ceva pentru tine și că este cel mai probabil demn de timpul lor. Următoarele sunt câteva modalități de a manifesta încredere și de a comunica fizic în mod asertiv:*

Stabiliți un contact vizual. Acest lucru reafirmă importanța a ceea ce spuneți și că vă adresați interlocutorului.

Păstrați o expresie facială neutră, dacă nu una pozitivă. Acest lucru va face mai puțin probabil ca cineva să se simtă ofensat. Încercați să reduceți orice tensiune a feței, la rândul său, aceasta va reduce probabilitatea de a vă încrunta.

Țineți pieptul deschis și corpul relaxat. Mențineți o postură dreaptă sau neutră, asigurându-vă că umerii sunt relaxați, nu prăbușiți sau trași înainte. Brațele încrucișate închid pieptul. Lucrați la deschiderea pieptului și la menținerea capului ridicat.

Păstrați gesturile mici, fluide și relaxate. Încercați să evitați gesturile dominante ale mâinilor care ar putea fi intimidante.

Rămâneți la nivel cu ceilaltă persoană. Dacă ceilaltă persoană stă în picioare, asigurați-vă că stați în picioare. Dacă ceilaltă persoană stă, așezați-vă. Acest lucru îi pune pe toți pe poziții egale.

Sedința 12

Obiective:

- Recapitularea a ceea ce a fost învățat în cadrul programului
- Conștientizarea punctelor forte individuale.
- Anticiparea noilor începuturi
- Conturarea unui scop în viață și a unei strategii de îndeplinire

Începem sesiunea ca de fiecare dată, recapitulând ultima ședință și rezumând pe scurt ceea ce va fi discutat în această sesiune finală. Întrebăm membrele grupului despre ecoul le caree l-a avut sesiunea trecută.

Grupul devine un mediu sigur în care se experimentează noi tipare de comportament. Pentru multe femei, este prima dată când ascultă și sunt ascultate de alte femei și împărtășesc experiențe similare. Acest lucru ameliorează sentimentele lor de izolare și creează legături puternice între ele. Din acest motiv, este important să abordăm problema închiderii programului la începutul sesiunilor de grup și să recunoaștem că încheierea grupului poate fi dificilă. Cu toate acestea, până în acest moment, membrele grupului vor fi pregătite. Am sugerat ca fiecare tânără să aducă un cadou, în stilul Moș Craciun Secret.

Putem planifica o cină specială sau o petrecere pentru ultima sesiune. Am putea sugera, de asemenea, ca fiecare femeie să aducă un cadou grupului.

Acesta este momentul pentru a sublinia cât de mult s-a realizat. Grupul a fost un mod ideal de a testa noi abilități, dar după aceea, trebuie să devină parte a vieții de zi cu zi; adică, asertivitatea trebuie să devină modalitatea obișnuită de a trata problemele.

În încheiere, acordăm fiecărei participante timp să împărtășească ceea ce a câștigat de la grup. Subliniem cum ocazia tristă a încheierii grupului este cu adevărat un nou început, permițându-le să ducă experiența cu un pas mai departe în viața de zi cu zi. De asemenea, nu există niciun motiv pentru care prietenii care s-au dezvoltat în timpul grupului ar trebui să se încheie. Tinerele pot păstra legătura și grupul este încurajat să se reîntâlnească și după încheierea programului structurat.

Exercițiul 12/1. Este bine ca tinerele să aibă ceva material de la grup, așa că se personalizează obiecte. Fiecare participant este întrebată care sunt punctele sale forte. Sunt scrise pe obiect. Se pot folosi carduri, cărți, căni de cafea etc.

Se alocă un timp pentru orice întrebări legate în mod specific de această sesiune finală.

Evaluarea finală. Este important ca - pe lângă fișele de evaluare săptămânale - fiecare tânără să completeze o fișă de evaluare finală. Explicăm importanța evaluării și oferim tinerelor șansa de a exprima anonim.

Chiar dacă această sesiune este mai puțin structurată decât restul și are o natură mai socială, este totuși important să avem închidere finală. Mulțumiți femeilor pentru participarea la curs și vorbiți puțin despre modul în care am găsit experiența de grup, evidențiind toate aspectele pozitive. Rugăm fiecare femeie, la rândul său, să spună care ar fi cel mai important aspect al programului. Explicăm că suntem disponibili pentru asistență individuală în următoarele câteva săptămâni și putem, de asemenea, să îndrumăm tinerele femei către alte agenții, cursuri sau servicii. Rugăm participantele să completeze formularul de evaluare finală.

ANEXA 5. Fișă de evaluare pe parcurs

1. Cât de util ți-a fost programul până acum? (Vă rugăm să încercuiți)

Foarte util / Destul de util / Satisfăcător / Nu foarte util / Deloc util

2. Ce părți din program le găsiți cele mai utile și de ce?

.....
.....
.....

3. Ce părți din program le găsiți cel mai puțin utile și de ce?

.....
.....
.....
.....

4. Este ceva ce ați dori ca facilitatorii să facă într-un mod diferit?

.....
.....
.....
.....

5. Comparativ cu modul în care te simțeai înainte de începerea programului, cum te simți acum?

Semnificativ mai bine / Puțin mai bine / La fel / Un pic mai rău / Semnificativ mai rău

6. De ce crezi că te simți așa?

.....
.....
.....

7. Aveți idei despre cum să îmbunătățiți programul?

.....

8. Alte comentarii:

.....
.....

ANEXA 6. Fișă de evaluare finală

1. În general, cum ați evalua experiența dvs. cu grupul de asistență? (Vă rugăm să încercuiți)

Excelentă / Foarte bună / Bună / Satisfăcătoare / Slabă / Foarte slabă

2. Comparativ cu modul în care te simțeai înainte de începerea cursului, cum te simți acum?

Semnificativ mai bine / Puțin mai bine / La fel / Un pic mai rău / Semnificativ mai rău

3. De ce crezi că este așa?

.....

4. Cât de util a fost programul pentru dvs.?

Foarte util / Destul de util / Satisfăcător / Nu foarte util / Deloc util

5. Ce aspecte ale cursului v-au fost deosebit de utile și de ce?

6. Ce aspecte ale cursului ți-au fost deosebit de dificile și de ce?

.....

7. Credeți că participarea la program v-a schimbat în vreun fel perspectiva?

.....

8. Vă rugăm să evaluați facilitatorul în funcție de următoarele criterii:

Facilitator	Da, foarte	Moderat	Nu, deloc
Abordabil, disponibil			
Cunoștințe despre abuzurile domestice			
Influență pozitivă în stabilirea grupului			
Sensibil la nevoile fiecărei persoane			
Non-judecător față de toți membrii			
Competent în managementul grupului			

9. Aveți alte comentarii despre facilitator? DA NU

.....

10. Vă rugăm să indicați cât de mulțumită ați fost de cantitatea de informații oferite cu privire la următoarele aspecte discutate pe parcursul programului:

Subiect	Prea mult	Adecvat	Insuficient
Drepturi de bază			
Definiția abuzului			
Abuz fizic			
Abuz sexual			
Abus psihologic			
Abuz financiar			
A ieși dintr-o relație abuzivă			
Copii			
Limite			
Sentimente: furie, durere, frică și vinovăție			
Nevoi/trebuințe			
Asertivitate			
Figuri autoritare			
Relații sănătoase			
Noi începuturi			

11. Mai există ceva care credeți că ar trebui inclus în program? Dacă da, ce subiecte? DA NU

.....

12. Simțiți că părerile și contribuțiile dvs. la grup au fost ascultate și respectate? DA NU

Vă rog, explicați:

.....

13. Ați recomanda acest program altcuiva dacă ar fi experimentat/experimentează abuzuri domestice? DA NU

Vă rugăm să explicați de ce da / de ce nu:

.....

14. Aveți sugestii cu privire la modul în care grupul poate fi îmbunătățit?

.....

15. Alte comentarii:

.....

ANEXA 7. SOLICITARE FORMARE GRUP DE LUCRU / PREZENTAREA ȘI DESCRIEREA PROGRAMULUI DE DEZVOLTARE PERSONALĂ

Stimată

Vă scriu în legătură cu grupul de suport care îl facilitez - SAD (Stop Abuzului Domestic).

SAD este organizat special pentru supraviețuitoarele abuzurilor domestice și se bazează pe ideea că femeile care lucrează împreună într-un mediu sigur, prietenos și fără judecată își pot schimba viața în bine. Din punct de vedere formal, este un grup psiho-educativ structurat 12 întâlniri a câte patru ore, bilunar.

Cele trei obiective principale ale grupului de sprijin sunt:

- schimbarea tiparelor de comportament învățate de femei în cadrul relațiilor abuzive;
- creșterea gradului de conștientizare a drepturilor fundamentale ale femeilor;
- construirea stimei de sine, autodeterminării și puterii personale.

Abuzul domestic include violența fizică, sexuală, psihologică sau financiară care are loc în cadrul unei relații intime sau de tip familial și formează un model de constrângere și de controlul al comportamentului. Una din patru femei, indiferent de etnie, religie, clasă, vârstă, orientare sexuală, dizabilitate sau stil de viață, vor experimenta abuzuri domestice în timpul vieții lor.

Femeile victime ale abuzului domestic au uneori puterea și beneficiază din interacțiunea cu persoane care au experiențe similare. Grupul nostru sporește înțelegerea femeilor cu privire la dinamica relațiilor abuzive prin activități comune, împărtășind experiențele lor cu alte femei, iar sentimentele de rușine, vinovăție și singurătate ale acestora se diminuează. Cu toate aceste beneficii, pentru ca grupul să funcționeze eficient, participarea trebuie să fie o alegere autonomă. Cele care doresc să facă parte din grup participă la evaluarea riscurilor pentru a vedea dacă se află într-un stadiu de viață potrivit cu acest program și dacă pot participa în siguranță.

Vă stau la dispoziție pentru informații suplimentare.

Cu cele mai bune urări,

Ana Maria Crășmaru

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, Ana Maria Crâșmaru, declar pe propria răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Ana Maria Crâșmaru

Semnătura

Data

CURRICULUM VITAE



Informații personale	
Nume/ Prenume	CRĂȘMARU ANA- MARIA
Adresă	Jud. Bacău, com. Mărgineni, sat Podiș, str. Chirilești, nr. 18
Telefon	0740 119 250
E-mail	anarebc@yahoo.com
Naționalitate	Română
Data nașterii	30.01.1981
Date de contact de serviciu (adresă, telefon, e-mail):	Jud. Bacău, oraș Bacău, Bulevardul Unirii, nr 24 0740 119 250 anarebc@yahoo.com
Experiența profesională	
Perioada	2005- prezent
Funcția	<ul style="list-style-type: none">• psiholog cu drept de liberă practică, `Cabinet Individual de Psihologie Crășmaru Ana Maria`, Nr Înregistrare 1 BC 117/2006
	2012- prezent
	<ul style="list-style-type: none">• Manager GTL Medical Clinic, Bacău, România• Management organizațional și spitalicesc
Activități și responsabilități principale. Competențe	<ul style="list-style-type: none">- Testări și evaluări psihologice în domeniul : psihologiei muncii și organizaționale, psihologiei transporturilor, securității naționale,- consiliere și psihoterapie experiențială a copilului, cuplului si familiei,- psihologie clinică
Tipul activității sau sectorul de activitate	<ul style="list-style-type: none">• Activități psihologice• Activități management organizatoric/ medical /spitalicesc
Educație și formare	2017 Formare profesională expert clinician (Instanța judecătorească)
Perioada	2012 – prezent

Diploma obținută	studii doctorale, specialitatea: 511.02. Psihologia dezvoltării și psihologia educațională, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
Numele și tipul instituției de învățământ	Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
Perioada	2004 - 2006
Diploma obținută	Diplomă de master
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Master „Evaluarea Psihologică și Psihoterapiei recuperatorii”
Numele și tipul instituției de învățământ	Facultatea de Psihologie, Asistență Socială și Sociologie - Universitatea „Petre Andrei”, Iași
Perioada	1999 - 2003
Diploma obținută	Diplomă de licență
Competențe profesionale dobândite	Specializarea Psihologie
Numele și tipul instituției de învățământ	Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București
Perioada	1995 – 1999
Competențe profesionale dobândite	Diplomă de bacalaureat
Numele și tipul instituției de învățământ	Liceul Teoretic „Gheorghe Vrânceanu” – Profil Filologie, Bacău

**Aptitudini și
competențe
personale**

Limba
maternă

Româna

Limba
străină
cunoscută

Engleză, franceză

Autoevaluare

nr crt	ÎNȚELEGERE	VORBIRE	SCRIERE	
	Ascultare	Participare la conversație/ Discurs oral	Exprimare scrisă	
Limba engleză C2	AVANSAT Utilizator experimentat	AVANSAT Utilizator experimentat	AVANSAT Utilizator experimentat	
Limba franceză B2	MEDIU Utilizator independent	MEDIU Utilizator independent	MEDIU Utilizator independent	

**Permis
de conducere
Informații
suplimentare**

Da

Cursuri, atestate, formări:

- 2002-2003 - Certificate in Advanced English - Cambridge
- 2002 – curs și atestat Inspector Resurse Umane
- 2001-2002 - modul de Psihoterapii Scurte, Colaborative si Centrate pe Soluție
- 2004-2010 - Dezvoltare personală, abilitare și formare în Psihoterapie Experiențială, Transgenerațională și Terapia Unificării - Institutul SPER, București
- 2006 - formare cu prof. Marc Alain Descamps în Psihoterapii Transpersonale , Timișoara.
- 2010- 2012 - Formare în psihologie clinica - Institutul SPER, București
- Psiholog cu drept de liberă practică, Colegiul Psihologilor din România:
- ✓ Psihologia muncii și organizațională-treapta– specialist
- ✓ Psihologie clinică- treapta – autonom
- ✓ Psihoterapie- treapta – autonom
- ✓ Psihologia transporturilor- treapta- specialist
- ✓ Psihologia aplicată în domeniul securității naționale- treapta- specialist

Afilieri, apartenență la societăți/asociații științifice naționale și internaționale:

- Membră a Colegiului Psihologilor din România
- Reprezentant al Convenției Naționale CPR
- Psiholog, membru al Comisiei de Psihologia Muncii- Filiala Bacău, CPR
- Membră a Asociației Psihologilor din Transporturi
- Membră a Societății Române de Psihoterapie Experientială din România – SPER
- Membră a Asociației Române de Psihologie Transpersonală

Experiență, participări:

- Participare ca formator (trainer) la Programul “Învață să schimbi lumea”, Program de Educație Civica P&G , în colaborare cu Ministerul Educației, clasa a VII-a – școli din Bucuresti, 2002.
- Participare la **Seminarul** „Factorul Uman din transporturi și aderarea la Uniunea Europeană - Rolul și sarcinile psihologilor din transporturi, Eforie Nord, 2006
- Participare la Conferința Internațională „Centenarul Psihologiei la Universitatea din București”, 2006
- Participare la Psihomil IV – **Simpozionul Militar de Psihologie Aplicata**, București, 2007
- Participare **workshopul** „Adaptarea particularităților actului de evaluare psihologică din transporturi la cerințele Uniunii Europene” ,Brasov, 2007
- Participare la **Seminarul** cu participare internațională „Actualitati în psihoterapie”, Bacau, 2008
- Participarea Conferința Națională de Psihologie Umanistă Transpersonală ,Bucuresti, 2008
- Participare **Conferinta Națională a Psihologilor din Transporturi**, „Actualitate și prioritate în Psihologia Româneasca Aplicată” , Neptun, 2008
- Participare la **Seminarul** „Evaluarea Schimbării în Psihoterapie” , Bacău, 2009,
- 2008 - prezent : implementare în grădinițe din Bacău (prin Cabinetul Individual de Psihologie Merlușca Crâșmaru Ana Maria) a Programului de dezvoltare personală “Hai să ne cunoaștem” , avizat de Inspectoratul Școlar Bacău, program în derulare și în București.
- Participare la **Conferința Națională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare**, București, 2010
- Participare la **Conferința Națională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare**, București, 2011
- Participare la **Conferinta Internațională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare**, „Parteneriat terapeutic, unificare și interdisciplinaritate”, Bucuresti, 2012
- Participare la **workshopul** intitulat „Pornografia- o noua dependență?”, lector univ. Laurențiu Mitrofan, Ph.D., Asistent profesor Sorina Dumitrache, Ph.D., în cadrul Conferinței Internaționale de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare, București, 2012.
- Participare la **Conferința Internațională „Psychology and the Realities of the Contemporary World – PSIWORLD”**, București, 2012

- Participare la **workshopul internațional** intitulat „Validation of testing batteries, testing criterion, validity and neural networks” – Lect. Univ. Dr. Mihaela Chraif, Alexandru Vochiță, Prof. Univ. Dr. Mihai Aniței, Gernot Schuhfried, în cadrul Conferinței Internaționale „Psychology and the Realities of the Contemporary World – PSIWORLD”, București, 2012
- Participare, în cadrul Conferinței Internaționale Internaționale „Psychology and the Realities of the Contemporary World – PSIWORLD”, la primul **Simpozion Internațional** „Traffic Psychology and Human Resources (ISTPHR)”, București, 2012.
- Participare, în cadrul Conferinței Internaționale Internaționale „Psychology and the Realities of the Contemporary World – PSIWORLD” - „First International Symposium on Traffic Psychology and Human Resources (ISTPHR)” la **masa rotundă** intitulată „Opportunities in psychological testing assessment centers” - Lect. Univ. Dr. Mihaela Chraif, Alexandru Vochiță, Prof. Univ. Dr. Mihai Aniței, București, 2012.
- Participare, în cadrul Conferinței Internaționale Internaționale „Psychology and the Realities of the Contemporary World – PSIWORLD” - „First International Symposium on Traffic Psychology and Human Resources (ISTPHR)”, la **Simpozionul** „Work psychology in Romania” – Lect. Univ. Dr. Mihaela Chraif, Prof. Univ. Dr. Mihai Aniței, București, 2012.
- Participare ca audient la lucrările **Conferinței Naționale de Psihologie Experimentală Aplicată – EAPSI**, București, 2012
- Participare, în cadrul Conferinței Naționale de Psihologie Experimentală Aplicată - EAPSI 2012, la **workshopul** intitulat „Analiza datelor- software și resurse în cercetarea psihologică”, București, 2012
- Participare, în cadrul Conferinței Naționale de Psihologie Experimentală Aplicată - EAPSI 2012, la **Simpozionul Internațional** „Traffic psychology approaches in Romania and European Union’s countries”, București, 2012.
- Participare, în cadrul Conferinței Naționale de Psihologie Experimentală Aplicată - EAPSI 2012, la **workshopul** intitulat „Modele experimentale în cercetarea psihologică”, București, 2012.
- Participare, în cadrul Conferinței Naționale de Psihologie Experimentală Aplicată - EAPSI 2012, la **workshopul** intitulat „Metodologia testării psihologice la șoferii amatori”, București, 2012.
- Participare, în cadrul Conferinței Naționale de Psihologie Experimentală Aplicată - EAPSI 2012, la **workshopul internațional** intitulat „Studii corssculturale privind datele, normele și eșantionarea subiecților în testarea șoferilor amatori”; București, 2012.
- Participare, în cadrul Conferinței Naționale de Psihologie Experimentală Aplicată - EAPSI 2012, la **workshopul internațional** intitulat „Item response theory in adaptative abilities psychological test”, București, 2012.
- Participare, în cadrul Conferinței Naționale de Psihologie Experimentală Aplicată - EAPSI 2012, la **workshopul** intitulat „Prelucrarea bazelor de date în cercetarea psihologică”, București, 2012.

**Lucrări
științifice
științifico-
metodice
publicate**

și

- Participare la **Conferința Internațională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare** „Interconexiuni creative în psihoterapie, psihologie clinică, educație și optimizare umana”, București, 2013.
- Participare, în cadrul Conferinței Internaționale de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare, la **workshopul** intitulat „Elemente de psihosomatică și psihoterapia holistic –integrativă în redobândirea stării de bine”, lector univ. Teodor Vasile, Ph.D., București, 2013.
- Participare, în cadrul Conferinței Internaționale de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare, la **workshopul** intitulat „Configurațiile darului și datoriei în contextual familial”, lector univ. asoc. Alin-Sebastian GODEANU, Ph.D. , București, 2013.
- Participare, în cadrul Conferinței Internaționale de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare, la **workshopul** intitulat „Mesajele apei. Rolul lor în relația cu noi înșine și cu ceilalți”, prof. univ. asociat Carmen-Maria Mecu, Ph.D, București, 2013
- Participare la **workshopul** de CONSTELAȚII FAMILIALE „Vindecare prin Adevăr, Iubire și Ordine”, psih. Ion Bucur, Iași, 2013.
- Participări la diverse **Seminarii, Conferințe**- România și Republica Moldova - 2014 – prezent
- 7 articole în reviste de specialitate și 3 articole în culegeri științifice.