



UNIVERSITATEA
PEDAGOGICĂ DE STAT
ION CREANGĂ
DIN CHIȘINĂU

ȘTIINȚĂ ȘI EDUCAȚIE: NOI ABORDĂRI ȘI PERSPECTIVE

MATERIALELE CONFERINȚEI ȘTIINȚIFICE INTERNAȚIONALE

21-22 martie 2024

Seria XXVI

Volumul 1

ȘTIINȚE SOCIALE ȘI COMPORTAMENTALE

Chișinău, 2024

Recomandat pentru publicare de către Senatul Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”
din Chișinău la ședința din 20.06.2024, Procesul-verbal nr. 14

ȘTIINȚĂ ȘI EDUCAȚIE: NOI ABORDĂRI ȘI PERSPECTIVE

MATERIALELE CONFERINȚEI ȘTIINȚIFICE INTERNAȚIONALE

Coordonare științifică:

Diana Antoci, prof. univ, dr. hab, prorector pentru cercetare

Silvia Chicu, conf. univ, dr., șef Secția managementul cercetării, dezvoltării și inovării

Colegiul de redacție:

Maria Vîrlan, conf. univ., dr., decan, Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie Specială

Gabriella Topor, conf. univ., dr., decan, Facultatea de Filologie și Istorie

Angela Solcan, conf. univ., dr., decan, Facultatea de Limbi și Literaturi Străine

Nina Garștea, conf. univ., dr., decan, Facultatea de Științe ale Educației

Ana Simac, prof. univ., dr., decan, Facultatea de Arte Plastice și Design

Andrei Braicov, conf. univ., dr., decan, Facultatea de Fizică, Matematică și Tehnologii
Informaționale

Nicolae Aluchi, conf. univ., dr., decan, Facultatea de Biologie și Chimie

Ion Mironov, conf. univ., dr., decan, Facultatea de Geografie

Ecaterina Scherlet, director, Biblioteca Științifică a UPS

Redactor: Tatiana Luchian

**RESPONSABILITATEA PENTRU CONȚINUTUL MATERIALELOR PUBLICATE
LE REVINE ÎN EXCLUSIVITATE AUTORILOR**

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

„Știință și educație: noi abordări și perspective”, conferință științifică internațională (26; 2024; Chișinău). Știință și educație: noi abordări și perspective: Materialele conferinței științifice internaționale, Seria 26, 21-22 martie 2024 / coordonare științifică: Diana Antoci, Silvia Chicu ; colegiul de redacție: Maria Vîrlan [et al.]. – Chișinău : [S. n.], 2024 (CEP UPSC) – . – ISBN 978-9975-46-943-2.

Vol. 1: Științe sociale și comportamentale. – 2024. – 400 p.: fig., tab. – Antetit.: Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău. – Texte : lb. rom., engl., rusă. – Rez.: lb. rom., engl. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art. – [100] ex. – ISBN 978-9975-46-944-9.

159.9:37(082)=135.1=111=161.1

Ș 85

© Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, 2024

Tipar executat la Centrul Editorial-Poligrafic al Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău,
str. Ion Creangă, nr. 1, MD-2069

COMITETUL ȘTIINȚIFIC AL CONFERINȚEI

- Alexandra BARBĂNEAGRĂ,** dr., conf. univ., rector al UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0003-4777-1550
- Diana ANTOCI,** dr. hab., prof. univ., prorector pentru cercetare, UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0002-7018-6651
- Vitaly KOTSUR,** dr., prof. univ., rector al Universității „Hryhorii Skovoroda” din Pereiaslav, Ucraina, ORCID: 0000-0001-6647-7678
- Norbert G. PIKUŁA,** dr. hab., prof. univ., director al Institutului de Management și Afaceri Sociale, Universitatea Comisiei Educației Naționale din Cracovia, Polonia, ORCID: 0000-0001-7862-6300
- Natalia TERENCEVA,** dr. hab., prof. univ., director al Institutului Științific de Medicină și Cercetare, Universitatea Națională a Mării Negre „Petro Mohyla”, Mykolaiv, Ucraina, ORCID: 0000-0002-3238-1608
- Mariela PAVALACHE-ILIE,** dr., prof. univ., Universitatea „Transilvania”, Brașov, România, ORCID: 0000-0001-6675-9915
- Marcel MÎNDRESCU,** dr. hab., conf. univ., Universitatea „Ștefan cel Mare” din Suceava, Asociația de Geografie Aplicată „Geoconcept”, România, ORCID: 0000-0003-2291-4877
- Anatoli MARTYNIUK,** dr., prof. univ., Universitatea „Hryhorii Skovoroda” din Pereiaslav, Ucraina, ORCID: 0000-0001-5236-5990
- Nelly ȚURCAN,** dr. hab., prof. univ., Universitatea de Stat din Moldova, Institutul de Dezvoltare a Societății Informaționale, ORCID: 0000-0001-8475-0770
- Serge BELLINI,** dr., conf. univ., Universitatea Sorbonne Nouvelle, Paris, Franța, ORCID: 0009-0000-9535-0676
- Ludmila URȘU,** dr., prof. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0003-1096-0665
- Adrian GHICOV,** dr. hab., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0009-0005-7369-2583
- Maria VÎRLAN,** dr., prof. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0001-6843-2609
- Angela SOLCAN,** dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0002-7906-145X
- Gabriella TOPOR,** dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0002-3530-3701
- Nina GARȘTEA,** dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0002-1926-6234
- Andrei BRAICOV,** dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0001-6416-2357
- Ion MIRONOV,** dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0009-0002-9063-7242
- Nicolae ALUCHI,** dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0003-1874-8474

CUPRINS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Laura VÎJE PARADIGME TEORETICE ALE ADAPTĂRII VIEȚII PSIHO-SOCIALE A ADOLESCENTULUI | 8 |
| Natalia BULAT ASPECTE ALE TULBURĂRILOR EMOȚIONALE LA PREADOLESCENȚI ȘI ADOLESCENȚI DIN INSTITUȚIILE REZIDENȚIALE | 14 |
| Maria PLEȘCA SINGURĂTATEA DIN PERSPECTIVA TERAPIEI EXISTENȚIALISTE | 21 |
| Elena LOSÎI EFICIENTIZAREA COMUNICĂRII ÎN CADRUL ECHIPELOR DE MUNCĂ | 28 |
| Alina PĂTRAȘCU (STATE) REZONANȚA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE ÎN PROFILUL SOCIO-EMOȚIONAL AL ADOLESCENȚILOR PROVENIȚI DIN FAMILII MONOPARENTALE | 36 |
| Igor RACU, Alesea POPOV DEZVOLTAREA PERSONALITĂȚII ELEVULUI MIC ÎN FUNCȚIE DE SITUAȚIA SOCIALĂ DE DEZVOLTARE..... | 52 |
| Tatiana ROȘCA, Alexandr DOROSEVICI PARTICULARITĂȚI PSIHLOGICE ALE STIGMEI PACIENȚILOR CU TULBURĂRI MINTALE | 62 |
| Maria POPESCU PSIHOTERAPIA INDIVIDUALĂ ȘI DE GRUP | 75 |
| Tatiana ROȘCA REFLECTAREA SIMBOLICĂ A TRAUMEI DE RĂZBOI LA COPII. ASPECTE PSIHLOGICE..... | 81 |
| Igor RACU, Adina DAN IMPACTUL STILULUI PARENTAL ȘI AL EVENIMENTELOR TRAUMATICE DIN COPILĂRIE ASUPRA DEZVOLTĂRII CREATIVITĂȚII LA ADOLESCENȚI | 94 |
| Lenuța OLARU CONSTANȚĂ ȘI VARIABILITATE ÎN PERSONALITATEA LUCRĂTORILOR DE POLIȚIE (studiu longitudinal)..... | 103 |
| Vica ANTON VALORILE ȘI MANAGEMENTUL ÎN CADRUL MINISTERULUI AFACERILOR INTERNE..... | 111 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Elena BUZA SIMPTOMATICA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE | 117 |
| Crenguța Elena PREDA O ANALIZĂ CALITATIVĂ A PERCEPȚIEI STUDENȚILOR ASUPRA CONCEPTULUI DE PERFORMANȚĂ ACADEMICĂ | 123 |
| Alexandru CAȘCAVAL INTERACȚIUNEA DINTRE INTELIGENȚA ARTIFICIALĂ, PERSONALITATE ȘI DEPENDENȚA TEHNOLOGICĂ | 131 |
| Igor RACU, Silvia SPĂTARU ROLUL SUPORTULUI SOCIAL IN REZILIENȚA LA STRES | 138 |
| Rodica BALAN STAREA DE BINE ȘI COMPORTAMENTUL ALIMENTAR..... | 149 |
| Igor RACU, Anca DRANGA (MORARU) STUDIUL PRIVIND IMPLICAREA MOTIVAȚIONALĂ ȘI REGLAREA EMOȚIONALĂ ÎN PROCESUL PERFORMANȚEI ACADEMICE | 156 |
| Valeri GANUZIN, Elena KOVALEVA РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ В СОЗДАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ-БЕЗОПАСНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ..... | 164 |
| Mărioara ARDELEAN FENOMENUL BULLYING: PERSPECTIVE TEORETICE EXPLICATIVE..... | 169 |
| Iulia RACU, Elena SOROCHIN STAREA DE BINE ȘI TRĂSĂTURILE DE PERSONALITATE LA ADULȚI | 174 |
| Daniel ANTOCI PERSONALITY TRAITS AS A PREDICTOR OF THE DECISION-MAKING PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF BEHAVIOURAL FINANCE | 178 |
| Alin Ionuț Cornel MOISE O ABORDARE PRIN PRISMA JOCULUI SOCIODRAMATIC ÎN RÂNDUL PĂRINȚILOR, PENTRU PREVENIREA CONSUMULUI DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE ÎN RÂNDUL ELEVILOR..... | 182 |
| Diana ANTOCI STAREA DE BINE ÎN CONTEXTE PSIHO-SOCIO-EDUCAȚIONALE | 188 |
| Viorelia LUNGU EDUCAȚIA COPILULUI PRIN VIOLENȚĂ: CONSECINȚE ȘI SOLUȚII | 194 |
| Tamara HOVORUN, Oksana KIKINEZHDI, Nataliya SAVELYUK GENDER TRANSFORMATION OF VIEWS FROM BABY BOOMERS TO GENERATION Z | 199 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Yaroslava VASYLKEVYCH, Oksana KIKINEZHDI, Nataliya SAVELYUK MANAGEMENT STYLE AS AN INTEGRATIVE CHARACTERISTIC OF THE ACTIVITY OF A COMPETITIVE MANAGER | 209 |
| Svitlana PUKHNO FEATURES OF THE FORMATION OF CONFLICTOLOGICAL CULTURE AMONG STUDENTS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS - FUTURE TEACHERS IN THE CONTEXT OF DISTANCE LEARNING | 216 |
| Victoria MAXIMCIUC FORMAREA COMPETENȚELOR PROFESIONALE DE SUSȚINERE A COPIILOR SUPRADOTAȚI..... | 221 |
| Lilia PAVLENKO DIMENSIUNEA DE GEN ÎN MANIFESTAREA COMPORTAMENTULUI SOCIAL LA ȘCOLARII MICI | 227 |
| Tatiana VASIAN EVALUAREA PRIN COOPERARE A COPILULUI ÎN CONTEXTUL EDUCAȚIEI INCLUZIVE | 235 |
| Adriana CIOBANU, Mihaela TĂNĂSOIU PARTICULARITĂȚILE DEZVOLTĂRII PSIHICE LA TINERII CU DIZABILITATE INTELECTUALĂ INSTITUȚIONALIZAȚI..... | 242 |
| Adriana CIOBANU, Aigul BICENCO СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В КОНТЕКСТЕ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ..... | 249 |
| Adriana CIOBANU, Gina GHEORGHIȚA ABORDĂRI MODERNE PRIVIND STIMULAREA LIMBAJULUI ȘI COMUNICĂRII SPECIFICE TULBURĂRII DIN SPECTRUL AUTIST | 255 |
| Adriana CIOBANU, Nina RUSU IMPLANTUL COHLEAR CEA MAI MODERNĂ ȘI EFICIENTĂ METODĂ DE PROTEZARE A PERSOANELOR CU DEFICIENȚE DE AUZ..... | 260 |
| Valentina OLĂRESCU, Delia CRISTESCU INTERVENȚII REALIZATE ÎN ȘCOALĂ PENTRU DEZVOLTAREA REZILIENȚEI ELEVILOR | 267 |
| Valentina OLĂRESCU PALIERELE INTERVENȚIEI LOGOPEDICE ÎN DISARTRIE | 275 |
| Valentina OLĂRESCU, Dorina PONOMARI ETIO-PATO-SIMPTOMATOLOGIA DISARTRIEI..... | 282 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Valentina OLĂRESCU, Diana Alina BUGANU INTERRELAȚIA DINTRE LIMBAJ ȘI NIVELUL DEZVOLTĂRII ANALIZORULUI MOTOR | 290 |
| Valentina OLĂRESCU CONCEPTUALIZĂRI TEORETICO-ȘTIINȚIFICE DESPRE DISARTRIE..... | 296 |
| Aurica BUZENCO, Olga MUNTEANU VALENȚA STĂRII DE BINE ÎN EDUCAȚIA PREȘCOLARILOR | 306 |
| Valentina MÎSLIȚCHI MANIFESTAREA ARDERII PROFESIONALE ÎN RÂNDUL TINERILOR | 311 |
| Dorina PONOMARI SPECIFICUL TULBURĂRIILOR FONETICO-FONEMATICE LA COPIII CU SINDROMUL DOWN | 316 |
| Daniela-Iulia STROESCU PROGRAME DE INTERVENȚIE PENTRU STIMULAREA COMUNICĂRII SPECIFICE PERSOANELOR CU TULBURĂRI DIN SPECTRUL AUTIST | 327 |
| Valentina STRATAN CULTURA ȘCOLII INCLUZIVE CA O VALOARE ASUMATĂ DE COMUNITATEA ȘCOLARĂ..... | 334 |
| Emilia LAPOȘINA SINDROMUL BURNOUT CA RISC OCUPAȚIONAL ASOCIAT CU ACTIVITĂȚILE ÎN ASISTENȚĂ SOCIALĂ | 349 |
| Ecaterina ZUBENSCHI, Florica Cristina NEDELCU, Oleg ABABII UNELE SECVENȚE DE PRACTICARE A KINETOTERAPIEI ÎN ANTICHITATE..... | 357 |
| Elena CRIȘAN, Valentina STRATAN UTILIZAREA SOFTWARE EDUCAȚIONAL LOGOPEDIX ÎN TERAPIA DISLALIEI | 368 |
| Violina STURZA ALTERNATIVE DE MEDIERE A CONFLICTELOR INTERPERSONALE LA ADOLESCENȚI..... | 374 |
| Mircea Tudor MAIORESCU, Aurelia GLAVAN GESTIONAREA PSIHOLAGICĂ A DIABETULUI ZAHARAT LA TINERI ADULȚI – CORELAREA CALITĂȚII VIEȚII CU STATUSUL AFECTIV | 386 |
| Ramona-Niculina JURCĂU, Ioana-Marieta JURCĂU, Aurelia GLAVAN RHODIOLA ROSEA, UN ADAPTOGEN UTIL ÎN OBOSEALĂ – DE LA CERCETARE LA PRACTICĂ..... | 394 |

SECȚIA 1
PSIHOLOGIA CONTEMPORANĂ: PROVOCĂRI ȘI PERSPECTIVE

**PARADIGME TEORETICE ALE ADAPTĂRII VIETȚII PSIHOSOCIALE
A ADOLESCENTULUI**

**THEORETICAL PARADIGMS OF ADAPTATION AN ADOLESCENT'S
PSYCHOSOCIAL LIFE**

Laura VÎJE, drd.,
Universitatea de Stat din Moldova
ORCID: 0009-0009-4406-9011
laura2020vije@gmail.com

Laura VIJE, PhD student,
State University of Moldova

CZU: 159.922.8

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p8-13

Abstract. The proposed article intends to bring before the readers a rather current theme in contemporary society, about the adaptation of the adolescent in psycho-social life. The adaptation of the individual depends on the concept of "attitude", which seems similar to the concept of social science, which implies a "state of mental and neural training, organized by experience", according to Allport. The attitude in psycho-social adaptation intervenes following the physical, mental and moral development of the young person in continuous ascent, but also following the social, economic and political changes in the country where the teenager lives. The main objective of the article is to show the individual's possibilities of adapting to society with the help of the hereditary dowry, strengthened by the adolescent's living environment. At the same time, the importance of the skills, talents, character traits of the young person, important characteristics in the formation of unique traits, with which he will be identified in society, will be followed in the article. The essential values of the individual will bring out the side of knowledge and psycho-social adaptation, in the form of mental adaptation.

Keywords: adaptation, adolescent.

Introducere

Adaptarea ca atitudine elementară a adolescentului este un subiect foarte important în integrarea socială, în starea de bine a individului, dar și în puterea sa de a răspunde în cele mai bune condiții la sistemul social, politic și moral, unde adolescentul crește și se dezvoltă.

Astfel, în acest articol vom analiza pe îndelete *legătura strânsă a vieții psihice cu viața socială*, cea care explică evenimentele din viața unui individ, dar și cea care pune obstacole în parcurgerea anilor vieții. Tocmai acest paradox asigură potențialul adolescentului de a reuși să caute resurse interne și voință intrinsecă spre a îmbina utilul vieții cu plăcutul. Dorința de integrare și adaptare socială face posibilă afirmarea vieții psihice în păstrarea sănătății mintale a individului, pe tot parcursul vieții, dar mai cu seamă în perioada preadolescentină, care își pune

amprenta vizibil în perioada adolescenței, unde sunt întrevăzute deja unele convingeri și idealuri, dar și formate unele scopuri, motive și chiar concepția despre lume și viață. Viața psihică asigură reușitele activităților pe care oamenii le desfășoară în spațiul public, integrându-se în comunitate, conformându-se regulilor, legislației și regulamentelor în vigoare.

Din articol vom mai afla *ce înseamnă adaptarea adolescentului* și care sunt cele mai generale definiții ale acesteia, împreună cu înțelegerea sensului în viața fiecărui om.

De asemenea, vom identifica câteva *forme directe ale adaptării*, plecând de la studiile deja publicate, dar vom aplica și un punct de vedere propriu asupra importanței cunoașterii formelor de adaptare, care pot aduce o dezvoltare firească a comportamentului omenesc în corelație directă cu precizările mediului.

În acest articol vom descoperi câteva *motive* ale dorinței adolescentului *de a se adapta psihosocial*, acestea devenind stimul direct în raportul cu spațiul social, căruia este nevoit să îi facă față, dar cu condiția de a-și satisface și propriile dorințe și necesități. Motivele adaptării psihosociale vin și ca recompensă, și ca feedback pentru posibilitățile reale oferite de cele două părți implicate.

Nu în ultimul rând, vom încerca să pătrundem în înțelegerea *importanței adaptării și integrării individului* în viața adolescentină, deoarece în această perioadă „furtunoasă”, acesta dorește să „sară peste” unele încercări mai grele ivite în viață. Astfel, de cele mai multe ori, adolescentul este nevoit să înțeleagă importanța cunoașterii mediului înconjurător, în vederea recuperării idealului propriu, prin creșterea stimei de sine, într-o integrare corespunzătoare dorințelor sale.

Definiția și caracteristicile adaptării

Termenul „adaptare” își are originea în Antichitate, când a fost confundat cu termenul de „atitudine”, care pare similar cu realitatea socială ca știință. Acest termen este adoptat de psihologul G. Allport, acesta reușind să-l introducă în clasificarea trăsăturilor de caracter ce influențează comportamentul și personalitatea omului în viața socială. După G. Allport adaptarea este considerată ca „predispoziție la răspuns”, fiecare individ reușind să evolueze conform răspunsului adaptat ca stimul receptat. Aceste trăsături dobândite le observă și Ch. Darwin, care consideră că „indivizii cu trăsături avantajoase au mai multe șanse de a se adapta și de a supraviețui” [3, p. 358].

În scrierile psihologilor germani, se indică faptul că atitudinea, ca și adaptare, este mai degrabă de ordin mintal, nu concret, datorită puterii de influență a minții asupra comportamentului, coordonat de o gândire în relație cu mediul înconjurător și cu societatea, care impune un astfel de comportament. Goldstein întărește ideea prin sintagma „atitudine față de posibil”, care aduce în prim-plan posibilitatea imaginativă a oricărui dintre noi, conform propriilor noastre dorințe, idealuri, convingeri.

Din mulțimea de idei despre atitudine în vederea adaptării, au fost selectate două poziții opuse privind adaptarea: ca rol opus dezvoltării sau, din contră, ca rol de reușită în dezvoltarea intelectuală și comportamentală. În acest sens, la bază stau trăsăturile transmise pe cale genetică, ele fiind materia primă pe care se pot baza toate celelalte trăsături de caracter, dobândite de-a lungul vieții, necesare unei integrări corespunzătoare. Este adusă în discuție și selecția naturală, prin care, în dorința de a reuși, individul ajunge la perfecțiune, cea care îl plasează într-o categorie superioară a oamenilor adaptați social.

În concluzie, o definiție concretă a adaptării, conform biologiei evoluționiste, ar fi „capacitatea unui organism de a se modifica în raport cu schimbările intervenite în condițiile sale de viață și prin care acesta devine mai apt de a îndeplini funcțiile sale” [9].

În ceea ce privește caracteristicile adaptării, putem avea ca punct de reper filosofia lui A. Huxley, care crede că evoluția omului ar fi fost inevitabilă, chiar și fără contribuțiile geneticii, situație care ar fi plasat omul în efectul actual din dorința proprie de a reuși, de a performa și de a se perfecționa, ceea ce implică progresul [3, p. 355-356]. O altă caracteristică a adaptării este că ea apare nu numai pentru a satisface nevoile omului, ci și pentru a etala avantajele lui [8, p. 95].

Formele adaptării

Mediul de trai se exprimă prin modul de a percepe realitatea subiectiv, la care individul este nevoit să adapteze propriul comportament. Cu alte cuvinte, termenul „mediu de trai” se referă la calitatea și nivelul general de bunăstare al unei persoane, familii, comunități sau chiar al unei națiuni. E. Alpay afirmă că „natura specifică a activităților ar putea să fie adaptată pentru a se potrivi grupei de vârstă în cauză” [2, p. 4], aceasta fiind cea mai importantă caracteristică a adaptării. Acest concept include o serie de factori, precum mediul înconjurător, care aprovizionează omul cu apă potabilă, aer respirabil, dar și alte aspecte ce pot influența sănătatea, însă putem vorbi și despre nivelul de bogăție al individului, care este aspect important al nivelului de trai. Mediul se mai confundă și cu accesul la serviciile care asigură sănătatea fizică și mintală, nivelul de dezvoltare economică, siguranța și securitatea, dar și accesul la cultură și recreere. Toate aceste aspecte ale mediului de trai influențează confortul, **puterea de adaptare și integrare** a adolescentului.

Există mai multe tipuri de adaptare la mediu, pe care oamenii le dezvoltă pentru a se adapta la condițiile și cerințele înconjurătoare.

Putem vorbi, în primul rând, despre *adaptarea fiziologică*, ca ajustare biologică a organismelor pentru a supraviețui și a se descurca într-un anumit mediu. N. Allen indică și relația strânsă dintre fizic și psihic, adolescența fiind „vârsta care a fost controlată în grupul analize pentru a examina asocierea independentă dintre stadiul pubertății și emoții” [1, p. 21]. De exemplu, oamenii cu pigment deschis al pielii s-au adaptat mult mai bine în clima temperată și s-au adaptat emoțional mult mai rapid la razele soarelui, aceasta având repercusiuni în relațiile interumane.

Un al doilea tip de adaptare, care are legătură cu primul, se concretizează în *adaptarea comportamentală*, ce constă în dezvoltarea conduitelor specifice pentru a face față cerințelor mediului. Aceste comportamente pot include căutarea de adăpost, căutarea de hrană sau evitarea pericolelor, așa cum susține E. Alpay: „Pentru elevii cu stimă de sine generală scăzută, care pot, de exemplu, să prezinte probleme comportamentale, beneficiile îmbunătățirii stimei de sine specifice sarcinii pot fi considerabile asupra valorii generale de sine” [2, p. 4].

Tot un tip de adaptare este și *adaptarea psihologică*, în care oamenii dezvoltă strategii psihologice, pentru a evita supraîncărcarea psihicului și pentru a evita stresul, dar și pentru a „sugera că adolescenții care se conformează normelor adecvate dezvoltării vor dovedi o mai bună adaptare psihologică comparativ cu adolescenții care se angajează într-un comportament non-normativ” [2, p. 4]. De exemplu, oamenii pot dezvolta strategii proprii pentru a gândi pozitiv și a dezvolta reziliență emoțională.

Nu în ultimul rând putem vorbi despre *adaptarea culturală* (tradiții, obiceiuri, religii și chiar metode de cultivare a culturilor agricole în funcție de condițiile climatice), pe care este bine să le înțelegem la fel, și nu „să se reacționeze în raport cu aluziile emoționale sau interpersonale” [5, p. 155]. Toate acestea se îmbină armonios cu *adaptarea tehnologică*, ce continuă să dezvolte tehnologii pentru a face față cerințelor mediului. De exemplu, sistemele de irigații pentru agricultură în zonele cu precipitații scăzute fac ca tuturilor să li se ofere aceeași șansă la trai. Prin urmare, aceste tipuri de adaptare sunt interconectate și deseori se suprapun.

Motivele adaptării

Există mai multe motive și avantaje pentru care organismele se adaptează la mediu. Pornind de la premisa că organismul a fost creat să îi fie bine și să fie sănătos, putem aminti despre *supraviețuirea* unui organism într-un anumit mediu de trai, anume a aceluia care are șanse mai mari de a supraviețui și de a se perpetua prin această adaptare. În acest context, Allen spunea: „Oamenii sunt o specie extrem de socială, ale cărei oportunități de supraviețuire și reproducere depind de modul în care se raportează la ceilalți și de modul în care alții se relaționează” [1, p. 195]. Supraviețuirea corelează cu *reproducerea*, astfel că organismele care și-au găsit mediul potrivit au mai multe șanse de a găsi parteneri de reproducere și de a-și crește cu succes progeniturile.

Adaptarea la mediu poate oferi un *avantaj competitiv* în cursa pentru resurse, cum ar fi hrană, apă și spațiu. Așa cum spunea Piaget, „copilul va adăuga la ideile sale spontane diverse definiții accidentale («a trăi» înseamnă a vorbi sau a fi cald, sau a avea sânge etc.). Dar toți copiii care au dat aceste definiții secundare au fost, de asemenea, în măsură să dea răspunsuri obișnuite, toate fiind pur și simplu juxtapuse împreună” [6, p. 195]. Organismele care sunt mai bine adaptate la mediu pot să-și depășească mai eficient rivalii și să își asigure accesul la resursele necesare.

Adaptarea la mediu nu înseamnă, mereu, doar găsirea unui mediu propice și supraviețuirea acolo pentru totdeauna – mediul înconjurător este dinamic și se schimbă constant. Prin *adaptarea la aceste schimbări* organismele pot supraviețui și pot continua să prospere în noi condiții. În acest caz, poate fi un proces esențial pentru supraviețuirea și evoluția organismelor vii, dar și a „dorinței de a face o impresie bună” [4, p. 271]. Aceasta le permite indivizilor să facă față condițiilor variate și să-și maximizeze șansele de succes în mediul lor specific.

Adaptarea la mediu poate permite organismelor să *utilizeze resursele* disponibile mai eficient și să economisească energie. Prin adaptarea comportamentelor adecvate, omul este capabil să minimizeze pierderile de energie și se pot maximiza beneficiile obținute din resursele disponibile.

Un alt motiv, poate cel mai important, este *protejarea împotriva prădătorilor* și a altor factori de mediu dăunători. Piaget, la fel, vorbește în cărțile sale despre „copilul care începe prin a efectua acțiuni care nu conțin niciun element magic, dar care, în contextul lor original, sunt pur și simplu acte obișnuite de protecție împotriva tâlharilor sau a altor persoane rele” [6, p. 156]. De asemenea, putem aduce în discuție și factorii economici, politici și religioși. Prin urmare, motivele pot ține loc și de avantaje valoroase în adaptarea și integrarea la mediul de trai.

Importanța adaptării

Adaptarea la mediu are o importanță fundamentală pentru supraviețuirea și evoluția oricărei specii, inclusiv a omului, mai cu seamă atunci când vorbim despre perioada adolescenței.

Tineretea timpurie este o perioadă crucială în dezvoltarea personalității, datorită unor obstacole de tranziție semnificative în dezvoltarea individuală.

Adaptarea la mediu este un *motor al evoluției biologice*. Organismele care dezvoltă trăsături și comportamente care le permit să se descurce mai bine în mediu au mai multe șanse să supraviețuiască și să se reproducă, transmițând caracteristicile adaptative urmașilor lor. „Astfel, chiar și atunci când un copil construiește o anumită noțiune pentru a corespunde unui cuvânt din limba adultă, această noțiune poate să fie în întregime a copilului, în sensul în care cuvântul a fost inițial la fel de neclar pentru inteligența sa cum ar putea fi un anumit fenomen fizic și, pentru a-l înțelege, a trebuit să-l deformeze și să-l asimileze în conformitate cu o structură mintală a lui” [7, p. 31].

Capacitatea de a se *adapta la schimbările mediului* este esențială pentru supraviețuirea unei specii. De aceea, în fața schimbărilor climatice globale și altor modificări ale mediului înconjurător, adaptarea devine esențială pentru supraviețuirea speciilor. Astfel, „zorii adolescenței precipită o serie de tulburări fiziologice, relaționale și schimbările de mediu, inclusiv modele din ce în ce mai complexe de sine și altele, formarea unei noi identități de sine, mai independente, formarea noilor identități ale grupurilor interrelaționale, preocupările legate de grupuri din interior și din afara grupurilor” [1, p. 203].

La fel de importanta este și *exploatarea resurselor* de-a lungul vieții, deoarece mediul este propice exploatării lor de către omul mereu în căutarea lucrului nou și de valoare pentru sine și pentru societatea în care trăiește. Astfel, este nevoie să își caute necesarul pentru supraviețuire. În acest sens, Allen afirmă că „adolescența poate provoca tinerilor disconfort interpersonal, emoțional în resurse cognitive sau prezintă adolescenților circumstanțe stresante, crescând astfel riscul de depresie, în special în rândul adolescenților cu resurse personale și familiale compromise” [1, p. 327]. De aceea, adolescentul este sfătuit să înțeleagă importanța satisfacerii exploatării resurselor.

Luând în calcul cele enumerate mai sus, individul se reproduce prin găsirea celui mai adecvat partener, alături de care să își poată forma o familie încheată, pe care să o respecte și să lase în urmă o specie puternică, valoroasă și benefică pentru societatea pe care o formează. Diversitatea formelor de viață, pe care le găsim pe planetă, au la bază adaptarea la mediu și integrarea benefică a organismelor.

Adaptarea în adolescență

Originile personalității au fost în centrul atenției încă din Antichitate, când Hipocrate (460-370 î.H.) a încercat să demonstreze diferențelor comportamentale dintre oameni, bazându-se pe toate laturile personalității, dar și pe decalajele de timp, cel mai important – în diferite perioade de dezvoltare a individului. S-a demonstrat că perioada adolescenței este cea mai tumultuoasă și originală în exprimarea comportamentului. Astfel, în lucrările sale, Darwin vorbește despre echilibrarea emoțiilor, necesară în adaptarea adolescentului la mediul de trai în concordanță cu necesitățile acestuia, specificând că „adaptarea nu e legată numai de necesitățile organismului animalului sau a plantei, ci în folosul omului” [3, p. 97].

Adolescenții „vor păstra, în general, prin formarea eredității, urme depline ale asemănărilor lor inițiale sau fundamentale” [3, p. 352], dar „adaptarea depinde de motivele de apărare” [3, p. 344], ceea ce duce adolescentul la adoptarea unor trăsături de caracter, care să-l ajute în formarea unică a personalității individuale.

Adaptarea psihologică a adolescenților se întrepătrunde cu adaptarea socială, care are ca obiectiv principal starea de bine și păstrarea sănătății mintale, dar și „transmiterea genelor generației următoare” [6, p. 358]. În lipsa acestei adaptări, în comportamentul adolescentului pot apărea reacții impulsive, ce pot duce până la violență, manifestarea schimbării orientării sexuale, gândirea negativă și chiar pierderea noțiunii timpului în fața aparatelor digitale. De aceea, cel mai important pentru tânăr este ca familia să fie aproape și să „capete o complexitate remarcabilă” [6, p. 18]. Adultul poate simți o anumită epuizare în perioada în care are în casă un adolescent, datorită faptului că înțelegerea comportamentului acestuia poate deveni greoaie și anevoioasă din cauza reacțiilor furtunoase. Familia are rolul cel mai important în influența creșterii stimei de sine, încrederii și a reușitelor adolescentului.

În lipsa protecției familiale și a dezinteresului acesteia, adolescenții pot suferi de stres intens, depresii, anxietăți. Astfel, conform Organizației Mondiale a Sănătății, 16% din bolile exprimate de tineri, reprezintă tulburări de personalitate împreună cu tulburările psihice, care apar chiar mai devreme de 14 ani [6, p. 102].

Concluzii

Adaptarea psihosocială poate fi interpretată la nivel psihic, fizic și spiritual. Aceasta are ca efecte fericirea, încrederea în sine, stima de sine ridicată, reușita, succesul, performanța. Adaptarea psihosocială la un mediu nou poate fi plină de motivație, curiozitate, acțiune, neîndemânare, dar și perseverență. Efectul principal al adaptării la mediu reprezintă sănătatea mintală, care este o componentă importantă a personalității adolescentului.

Bibliografie:

1. ALLEN, Nicholas, SHEEBER, Lisa B. *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders*. Cambridge University Press, 2008.
2. ALPAY, E. *Self-Concept and Self-Esteem in Children and Adolescents*, Department of Chemical Engineering and Chemical Technology, Imperial College of Science, Technology and Medicine, Prince Consort Road. London, SW7 2BY.
3. DARWIN, Charles. *Originea speciilor*. București: Editura Academiei Republicii Populare Române, 1957.
4. EYSENCK, H. A *Model for Personality*. Department of Psychology Institute of Psychiatry De Crespigny Park, Denmark Hill London SE5 8AF, England, 198121.
5. GOLEMAN, Daniel. *Inteligența emoțională*. București: Curtea Veche, 200126.
6. URRRA, Javier. *Adolescența*. București: Litera, 202233.
7. PIAGET, Jean. *The Child's Conception of the World*. International Library of Psychology Philosophy and Scientific Method, 192947.
8. WADDINGTON, C. *The nature of Life*. Londra: Biological Organization, 1961.
9. *Adaptare (biologie)*. [online] [cit 25.03.2024].
Disponibil: [https://ro.wikipedia.org/wiki/Adaptare_\(biologie\)](https://ro.wikipedia.org/wiki/Adaptare_(biologie)).

**ASPECTE ALE TULBURĂRILOR EMOȚIONALE LA PREADOLESCENȚI
ȘI ADOLESCENȚI DIN INSTITUȚIILE REZIDENȚIALE**

**ASPECTS OF EMOTIONAL DISORDERS AT PREADOLESCENTS
AND ADOLESCENTS FROM RESIDENTIAL INSTITUTIONS**

Natalia BULAT, psiholog, grad didactic I,
IPLT „Mihai Eminescu”, mun. Chișinău
ORCID: 0009 0005 2746 4977
natalinabulat@gmail.com

Natalia BULAT, psychologist, teaching degree I,
IPLT „Mihai Eminescu”

CZU: 159.922.7.8

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p14-20

Abstract. In this article, are analyzed the important aspects of the development of emotional disorders during preadolescence and adolescence. The social situation in residential institutions is characterized by a series of factors that lead to difficult emotional states, the failure of which leads to the emergence of emotional disorders in these age periods.

Keywords: emotional disorders, adolescents/pre-adolescents, residential institutions, the particularities of the affectivity of preadolescents and adolescents.

În formarea preadolescentului și adolescentului ca personalitate, un rol considerabil îl au manifestările afective. Omul nu poate exista izolat. Relațiile umane sunt influențate de mediul familial și social. Emoțiile sunt elemente care, în procesul de interacțiune, întăresc, distrug sau reorganizează relațiile. Afectivitatea se manifestă în procesul de interacțiune a oamenilor. Astfel, este firesc ca în studierea tulburărilor emoționale să ținem cont de mediul în care locuiește adolescentul și preadolescentul. Acest studiu trebuie să includă și cercetarea funcționării intelectului, a sferei motivaționale, emoționale, cât și studierea comportamentului în diferite situații. Interacțiunea dintre oameni ține de intelect, sentiment, model de comportament, care se manifestă atât în procesele cognitive, cât și în cele afective.

Informația prezentată este actuală, deoarece astăzi în societatea noastră sunt foarte mulți copii abandonati de părinți, a căror lipsă o compensează instituțiile rezidențiale. În articol este analizată vârsta preadolescenților și adolescenților, deoarece anume la această etapă de viață copiii au cea mai mare nevoie de sprijin afectiv. Lipsa părinților le provoacă stări afective dificile, a căror nerezolvare duce la apariția tulburărilor emoționale.

Situația socială a preadolescenților și adolescenților din instituțiile rezidențiale este caracterizată de contactele sociale reduse, o oarecare distanțare de problemele cotidianului și, ce e mai important, de lipsa modelelor de bază – parentale, care duce la dereglări ale afectivității. Cunoașterea particularităților afectivității preadolescenților și adolescenților din instituțiile rezidențiale poate servi drept ghid în organizarea serviciului psihologic pentru această categorie de persoane.

Perioadele de preadolescență și adolescență sunt dominate de o intensă creștere (puseu), de accentuare a dimorfismului sexual cu o largă gamă de rezonanță în dezvoltarea psihică și creșterea mare a sociabilității, mai ales pe orizontală [2].

Aceste etape sunt de conturare a individualității și începutului de stabilizare a personalității, în care organismul este supus unor importante transformări și acumulări cantitative, care marchează încheierea copilăriei și trecerea la maturitate, spre inserție și integrare în viața profesională și socială.

Din punct de vedere social, preadolescența pregătește inserția individului în mediul adult, datorită acumulării unui ansamblu de cunoaștere în domeniul cultural și social, ce vor permite adaptarea la viața de adult.

Transformările fizice și psihice deosebesc aceste stadii de celelalte, în special adolescența, făcând ca adolescentul să nu mai fie copil în înțelesul strict al cuvântului, dar nici adult. Particularitatea specifică acestei vârste de trecere constă în faptul că aceasta este psihologia unui „semicopil” sau „semiadult” [9, p. 52].

Astfel, adolescența este, prin natura ei, o vârstă a intervalului, este puntea între naivitatea plinar adaptabilă și maturitatea pe care obișnuim să o asimilăm echilibrului, științei drumului și alegerilor optime.

De aici apare și complexitatea acestui stadiu, adolescentul având un statut nedefinit, oscilând între comportamente impregnate de atitudini copilărești, cerințe de protecție, anxietatea specifică celor mici în fața situațiilor mai complexe și conduite noi, similare comportamentului adult, formate sub impulsul cerințelor interne de autonomie sau impuse de societatea vârstei. Această incertitudine este sprijinită și de cei din jur, care uneori îl tratează ca pe un copil, alături așteptând de la el să-și asume responsabilități mature.

De aici reiese, așa cum remarca și E. Erikson, trăsătura principală a adolescenței, și anume „căutarea reînnoită a identității de sine” [apud 1, p. 121]. Această căutare se poate solda cu reușite, tânărul dobândindu-și „identitatea psihosocială, sensul a ceea ce este el, înțelegând de unde vine și încotro se îndreaptă” [7, p. 75] sau, dimpotrivă, văzând o „difuziune a rolului (sentimentul de a nu ști ce este el, încotro merge, la ce se atașează)” [7, p. 80], aceste reușite fiind în funcție de interacțiunea socială a individului cu el însuși și cu mediul său.

Controversele teoretice s-au manifestat și în ceea ce privește conceptul de „criză a adolescenței”, unii afirmând existența acesteia, considerând că „izbucnește adesea cu brutalitate” [7, p. 63], alții considerând criza drept un fenomen rar, „un dezechilibru grav, o tulburare profundă a vieții psihice” [10, p. 8], aflându-se în această stare doar cei bolnavi fizic, mintal și moral, având la bază grave deficiențe ale unor familii și ale școlii.

Stările de conflict sau cele critice, de intensitate patologică nu fac parte din desfășurarea normală a adolescenței, însă se constată un fenomen generalizat de dezadaptare, dezorientare, de neliniște, cu manifestări care nu izbucnesc tot timpul la suprafață, desfășurându-se în interiorul individului. Acest fenomen, prin frământările pe care le determină, ce provin din incertitudinea poziției sale, de copil sau de adult, din încercarea de a-și defini o identitate, de a-și fixa un reper, poate fi încadrat în termenul de criză.

Pentru a ușura înțelegerea comportamentului adolescentului, a situației de „criză juvenilă” [apud 8, p. 98], putem lua în considerare o abordare din mai multe unghiuri a acestui stadiu, urmând modelul oferit de Jack Dunham și Ray Jons, care prezintă adolescența

din cinci perspective: constituțională, a crizei de identitate, modelul învățării sociale, a trebuințelor și a stresului.

Stările afective implică o apreciere, o atitudine pozitivă sau negativă, după cum obiectele realității favorizează sau contrazic necesitățile individului. Indiferența apare în lipsa oricărei stări afective, fiind, de fapt, o stare cu totul tranzitorie. De asemenea, o altă proprietate importantă a conduitelor emoționale este caracterul stenic sau astenic al acestora, care determină creșterea sau diminuarea energiei și activității umane. Stările afective implică o apreciere, o atitudine pozitivă sau negativă din partea preadolescentului și adolescentului.

Psihologia afectivității prezintă numeroase dificultăți, deoarece nu toți psihologii sunt de acord cu terminologia proceselor afective, fapt care i-a determinat pe unii să propună până și eliminarea termenului de emoție din psihologie [5, p. 106].

Astfel, în decursul timpului, psihologia afectivității a parcurs un drum sinuos, fiind desconsiderată (aspectul negativ al conștiinței, o modalitate accesorie-intelectualismul filosofic, neglijarea motivațiilor și consecințelor acestora de către psihologia experimentală etc.) sau privită ca un factor important al personalității [4, p. 132].

Există situații în care constatăm abateri de la situațiile normale ale afectivității, tulburări ale modului în care apar stările afective, ale modului cum se sting, ce urme lasă, ce intensitate au, cât de ușor obiectele, situațiile se încarcă de o semnificație emoțională. Analizând locul pe care îl ocupă afectivitatea la persoană, se poate afirma că acesta este fundamental.

Acolo unde nu există afectivitate, nu e posibil un contact psihic cu realitatea. Puntea de legătură între persoană și viață o stabilește afectivitatea. Reacțiile de apărare, de prudență sunt premisele afectivității complexe.

La persoană, fenomenele afective trebuie să aibă o pondere anumită, cu un echilibru între afectivitate și celelalte procese psihice.

În acest cadru, al personalității individului, emoțiile și sentimentele se organizează într-o anumită ordine, în stare normală, cerințele adaptative impunând o anumită ierarhie în care intervine rolul educației și semnificației.

Starea patologică duce la dezvoltarea inegală a acestora sau la nedezvoltarea lor completă (indivizii fac reacții emoționale uneori în anumite condiții), existând posibilitatea ca procesul patologic să disocieze laturile afective. În astfel de cazuri se constată modificări calitative și cantitative ale proceselor afective: tulburări ale sentimentelor și emoțiilor – anxietatea, irascibilitatea, fobia etc.

Preadolescentul se caracterizează printr-o emotivitate crescută. Afectele și emoțiile lui sunt mai intense decât ale micului școlar, față de colegi sau de alte persoane care au atitudini contrare opiniilor lor. Acesta se manifestă de multe ori violent, furtunos, dar își recapătă calm echilibrul tot atât de repede, atunci când s-a convins că la baza acestor atitudini nu stau intenții negative.

Această emotivitate crescută se datorează predominării procesului de excitație asupra celui de inhibiție, ca urmare a unei dezvoltări generale vertiginoase la această vârstă. Procesele de inhibiție fiind slabe, preadolescentul se manifestă prin acțiuni bruște, impulsive.

Această excesivitate emoțională debordează și în limbaj, puberul folosind frecvent superlative absolute: „a fost ceva nemaipomenit”, „era un tip extraordinar” etc. Acestuia îi

corespund stări de exaltare [8, p. 246]. Pe măsură ce adolescenții își îmbogățesc experiența, iar procesele de inhibiție devin mai puternice, ei își corectează mai bine manifestările afective.

Acestui plan afectiv intelectual lagat de lecții, i se adaugă un altul, latent, ce emană din starea de competiție ce se consumă în munca școlară și socială. Acestea din urmă sunt mai pregnante de opțiune și mai solicitate de atitudini. Ele provoacă anxietate, culpabilitate, frustrare etc.

Există numeroase subdominante ce condiționează emoțional relațiile cu profesorii și elevii, cu valorile umanității locale și universale. Acestea sunt sub dominanța de independență, cerința de rol și statut, de forță, de calm, de modernitate.

În relațiile cu părinții, stările afective acționează mai acut cu subdominanțele menționate, la o tensiune mai mare în pubertate, apoi cu temperare treptată în adolescență, când are loc o redeschidere spre spațiul familiei prin scăderea tensiunii de opoziție și culpabilitate.

Conflictele cu părinții sau moartea unuia dintre ei, severitatea excesivă sau motivele de ordin școlar (tratament prea aspru, nedreptate, blamare, izolare) sunt câteva aspecte frustrante care la această vârstă pot determina apariția unei neurastenii, exprimată prin instalarea oboselii în planul comportamental, scăderea randamentului în activitate, schimbarea atitudinii față de cei din jur și față de propria persoană, idei depresive, anxietate, iritabilitate, neliniște, hiperemotivitate, tulburări psihosomatice (dureri de cap, tulburări de somn etc).

Aceste tulburări, care tind spre latura psihopatologică a crizei adolescenței, dacă situația stresantă se reduce, sunt în mare parte reversibile, mai ales dacă intervine un ajutor specializat. De aici apare și marea nevoie de consiliere în cadrul școlilor, importantă fiind depistarea precoce a acestora și astfel evitarea cu succes a deznodămintelor negative.

Instituțiile de tipul celor rezidențiale constituie forma cea mai răspândită de ocrotire a copiilor cu probleme, lipsiți sau refuzați de familie, orfani, neglijați, defavorizați de familie, din cauza carențelor materiale și moral-educaționale, aceste instituții substituind familia pentru astfel de copii.

Printre obiectivele generale ale instituțiilor de ocrotire se numără:

- asigurarea climatului social-general ca înlocuitor al familiei (prin realizarea echilibrului bio-psiho-socio-cultural pentru dezvoltarea armonioasă a copilului);
- repararea efectelor traumatismelor psihosociale (prin tratament psihopedagogic individualizat, prin integrarea individului în colectivitate);
- satisfacerea trebuințelor de securitate afectivă (prevenirea sentimentului inutilității, anxietății etc.);
- menținerea și stoparea proceselor de retardare pentru menținerea unei stări de sănătate fizică și psihică.

Cu toate acestea, instituțiile de ocrotire încearcă să ofere copiilor tot ceea ce este necesar pentru o dezvoltare optimă și armonioasă, să ofere calificarea și socializarea indivizilor. Calificarea trebuie să fie nu doar pentru muncă și viață economică, ci și pentru confruntarea cu toate aspectele vieții.

Mediul educativ are o dublă funcție: pe de o parte, să creeze efecte și cerințe de cultură și civilizație, iar pe de altă parte, să satisfacă aceste cerințe de cultură și civilizație a

individului. Cele două funcții ale mediului educativ al individului se traduc printr-un proces unic, continuu, de adaptare la mediul denumit din ce în ce mai frecvent integrare.

Astfel, totalitatea acțiunilor de educare din instituțiile rezidențiale trebuie privite sub aspectul organizării și instruirii instituțiilor privind dezvoltarea psiho-motrică și integrarea socială a copiilor instituționalizați. Separarea copilului de familie atrage după sine pierderea securității materiale și spirituale, afective, producându-i un dezechilibru biopsihic.

Acest dezechilibru se încearcă să fie rezolvat prin situația socio-educatională din instituțiile de ocrotire, care trebuie să compenseze absența familiei, acestea acționând pe multiple planuri: material (condiții materiale de îngrijire), socio-afectiv, moral, educațional.

Aflat în situația de instituționalizare, copilul poate sau nu să-și accepte condiția. El se adaptează în diverse grade la regimul vieții școlare, având repercusiuni asupra performanțelor de învățare și asupra integrării socio-profesionale.

Problematica specifică procesului instructiv-educativ din instituțiile de ocrotire face de multe ori impracticabil „împrumutul” de procedee metodice caracteristice învățământului general ori special, deoarece cadrului didactic îi revine și rolul de părinte, de vreme ce instituția în care activează nu este doar cămin-școală sau internat, ci deopotrivă și casă-spațiu în care copilul în primul rând trăiește și crește și apoi învață și se instruește.

Criza de personalitate la copii și adolescenți constă într-o incapacitate temporară de adaptare la mediul social sau familial, obiectivă în relații și acțiuni preadecvate. Criza poate fi declanșată fie de anumite perioade de dezvoltare, care presupun schimbarea modelelor de acțiune (ex.: vârsta trecerii de la grădiniță la școală), fie de anumite incompatibilități specifice sau particulare care apar între subiect și mediul social sau familial.

Această situație de criză este situată la limita dintre normal și patologic sau, mai bine zis, pe plaja dintre normal și patologic, constituind un fenomen de neadaptare, reversibil în momentul de conștientizare a cauzelor și de găsire a soluțiilor. Prelungirea stării de criză, fie din cauza menținerii condițiilor, fie din cauza neidentificării unui comportament neadecvat, poate degenera în forme patologice ce țin de comportamentul deviant.

Atât mediul de proveniență a adolescenților și preadolescenților din instituțiile rezidențiale, cât și mediul din aceste unități organizate în sistem internat predispun acești copii la crize de personalitate. Majoritatea copiilor provin din familii disarmonice, de la care moștenesc (prin învățare) o conduită cu tendințe disarmonice în raport cu societatea. De aici apare și posibilitatea de a intra în conflict cu societatea și declanșarea unei crize de personalitate pe fondul incompatibilității cu mediul social. Alți copii provin din abandon familial și vin în unitățile de ocrotire cu o toleranță la frustrare foarte scăzută, care va amplifica exagerat situațiile de frustrare ulterioare și va duce la reacții inadecvate.

Instituționalizarea lasă amprente asupra personalității copilului. Mediul de viață din instituțiile rezidențiale de tip internat, prin organizare și funcționalitate, este total diferit de mediul familial, deosebirea esențială fiind de ordin psihoafectiv. Dacă într-o familie obișnuită relațiile se bazează pe afectivitate și pe respect, într-o astfel de instituție relațiile se bazează pe dominare și supunere. Relația de prietenie capătă altă semnificație, ea fiind, de fapt, o relație în care cel mai slab acceptă protecția unuia mai puternic în schimbul unor servicii sau bunuri materiale.

În ultima perioadă, asistența și intervenția în asigurarea protecției preadolescenților și adolescenților în Republica Moldova capătă ascensiuni. În vederea implementării

Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova, una din principalele acțiuni a fost „Reforma sistemului rezidențial de îngrijire a copilului”, ale cărei obiective au avut ca scop:

1. Reducerea continuă a numărului de copii aflați în îngrijire rezidențială.
2. Asigurarea reintegrării socio-educative calitative a copiilor dezinstituționalizați din sistemul rezidențial de îngrijire a copilului [3].

Conform datelor prezentate pentru anul 2023, autoritățile Republicii Moldova, cu suportul UNICEF, au reușit să asigure dezinstituționalizarea a 83% din cei 11 mii de copii care locuiau în 67 de instituții rezidențiale. O bună parte din acești copii s-au întors în familiile biologice sau au fost plasați în facilitățile de tip familial [6].

Adolescența este o realitate complexă, o perioadă plină de transformări, în care se împlinește maturizarea biologică și psihologică a copilului, puntea de legătură între stadiul copilăriei și al maturității.

Faptul că această manifestare de „criză” este prezentă la majoritatea adolescenților, chiar și la cei ce nu au suferit frustrări majore în perioada copilăriei, ne-a determinat să analizăm manifestările afective din acest stadiu la adolescenții din instituțiile rezidențiale, care pătrund în această perioadă deja marcați cu curenți profunde ale modului de reacție emoțională la stimulările mediului.

Analiza cazurilor ne sugerează că mediul instituțional poate influența dezvoltarea personalității adolescentului și prin schimbările periodice, dar adesea imprevizibile, care se produc în cursul vieții individului. În acest context, sunt prezentate câteva **recomandări** care pot contribui substanțial la asigurarea unui mediu sănătos în dezvoltarea sferei afective la preadolescenți și adolescenți.

Printre recomandări se numără reducerea numărului de copii care se află în detenție, prin aplicarea soluțiilor non-custodiale, elaborarea unui plan național de acțiuni pentru a reduce numărul de copii care se află în diverse situații de privare a libertății.

O altă recomandare este asigurarea unei cooperări interinstituționale între sistemele de protecție a copilului, educație, asistență socială, sănătate, justiție, forțele de ordine, precum și administrarea politicilor de migrație și refugiați. Este necesară și investirea unor resurse eficiente pentru a reduce inegalitățile și a sprijini familiile în rolul lor de a promova dezvoltarea fizică, mintală, spirituală și socială a copiilor, inclusiv a celor cu CES.

De asemenea, se recomandă să fie dezvoltat un sistem de justiție prietenos copiilor, asigurând instanțe speciale pentru aceștia, asistență juridică și resurse adecvate. Este necesar de a continua procesul de reformare a instituțiilor rezidențiale rămase încă active.

Ar fi recomandabilă o abordare comună de lucru în favoarea copiilor, prin care specialiștii să colaboreze între ei și să vorbească în aceiași termeni, este salutară existența unei memorii instituționale cu privire la serviciile oferite fiecărui caz în parte, cu actualizarea permanentă a situației.

Este bine să se investească suficient în serviciile de suport pentru familie, așa cum este serviciul de sprijin familial, precum și în programele de educație parentală și intervenție timpurie. Este general cunoscut că e mai bine să previi apariția problemei sau să intervii la o etapă precoce a ei, decât s-o tratezi când devine foarte gravă și, deseori, imposibil de a fi rezolvată în beneficiul real al copiilor.

Sunt binevenite și cursurile de pregătire a viitorilor părinți, iar acestea ar putea fi predate chiar în instituțiile de învățământ, fiind adaptate la cunoștințele tinerilor. Părinții ar putea beneficia și ei de traininguri de îmbunătățire a abilităților părintești.

Bibliografie:

1. ALLPORT, G. *Structura și dezvoltarea personalității*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1991. 133 p.
2. DEBESSE, M. *Etapele educației*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1981. 199 p.
3. HG [online]. Disponibil: https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/subiect-14-nu-659-mec-2023_0.pdf
4. MĂRGINEANU, N. *Psihologia persoanei*. București: Editura Științifică, 1998. 299 p.
5. PAVELCU, V. *Cunoașterea de sine și cunoașterea personalității*. București: Editura Didactică și Enciclopedică, 1982. 173 p.
6. Radio Chișinău [online]. Disponibil: <https://radiochisinau.md/autoritatile-au-dezinstitutionalizat-83prc-din-copiii-din-institutii-rezidentiale-cu-suportul-unicef---181597.htm>
7. ROUSSELET, J. *Adolescentul, acest necunoscut*. București: Editura Pedagogică 1969. 115 p.
8. ȘCHIOPU, U., VERZA, E. *Psihologia vârstelor*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1989. 289 p.
9. TEODORIU, St. *Dinamica proceselor psihice în adolescență*. București: IPAC, 1974. 250 p.
10. ZISULESCU, Șt. *Adolescența*. București: E.D.P., 1968. 228 p.

SINGURĂTATEA DIN PERSPECTIVA TERAPIEI EXISTENȚIALISTE

LONELINESS FROM THE PERSPECTIVE OF EXISTENTIALIST THERAPY

Maria PLEȘCA, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-9567-3723
plesca.maria@upsc.md

Maria PLESCA, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.9.016.4:304.44

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p21-27

Abstract. The article addresses the problem of loneliness from the perspective of existentialist therapy. The relevance of the study is due to the fact that loneliness is today one of the most widespread phenomena in modern society, characteristic of all age groups. Every person faces existential loneliness in difficult life situations (illness, death, crisis), and such situations are inevitably experienced in loneliness and require "a meeting with oneself". In experiencing existential loneliness the person gains a valuable experience for the awareness of their own humanity. The study shows that from the perspective of existentialist therapy, loneliness also has positive aspects. Moreover, the experience of loneliness is seen as a necessary factor in personal development when a person becomes aware of existential loneliness, uses loneliness as a necessary break to address himself, his inner world, as pleasant moments of self-communication and creativity. In conclusion, it is found that from the perspective of existentialist therapy, the experience of loneliness has a double role in personal development, on the one hand, it can hinder the development of personality, being a negative factor, and on the other hand, on the contrary, it can contribute to the development of personality, being its positive aspect.

Keywords: loneliness, existential therapy, existential problem, existential loneliness, personal development.

Singurătatea devine una dintre cele mai acute probleme ale secolului XXI. Deși este un fapt acceptat că o persoană este inseparabilă de societate și că este imposibil să o percepem izolată de ceilalți, numărul celor care se confruntă cu singurătatea crește în fiecare an. Conform datelor statistice, astăzi, peste 30% din populația adultă a lumii experimentează sentimentul singurătății [1].

Fenomenul este vast și studiat de pe pozițiile mai multor științe: psihologia, filosofia, sociologia și altele. Vastitatea fenomenului generează diferențe în ceea ce privește abordările teoretice pentru studierea și clasificarea acestuia. În același timp, în știința psihologică nu există o înțelegere unitară a naturii acestui fenomen. Singurătatea se caracterizează printr-un conținut destul de contradictoriu și, după cum se observă în majoritatea studiilor, este un fenomen insuficient studiat în știință. Lipsa unui concept unificat și disputele acute desfășurate de oamenii de știință și cercetători de mai multe decenii necesită o analiză teoretică și o sistematizare a abordărilor privind studiul problemei singurătății.

Conceptul de „singurătate” este complex și conține mai multe componente. Până în prezent, există mai multe abordări ale studiului factorilor fenomenului de singurătate. Fiecare dintre ele se bazează pe înțelegerea personalității, pe interacțiunea sa cu societatea, pe procesele psihologice profunde legate de adaptarea și conștiința de sine a individului. Singurătatea este

cercetată multiaspectual, dar cea mai complexă este abordarea psihologică a singurătății, care o tratează ca pe un proces complex.

În știința psihologică, singurătatea este percepută ca o problemă în care persoana cu dificultate face față existenței solitare [2]. Trăirea frecventă a sentimentului de singurătate la oameni este asociată cu întreruperea legăturilor sociale: divorț, izolare fizică sau întreruperea relațiilor cu o persoană apropiată. Fenomenul devine cel mai evident în adolescență și acompaniază persoana de-a lungul întregii sale vieți. În adolescență are loc formarea conștiinței de sine, care, sub formă emoțională și cognitivă, determină nu numai atitudinea față de realitate, ci poate afecta formarea anumitor trăsături și chiar dezvoltarea de ansamblu a personalității. În acest context, singurătatea este înțeleasă ca o experiență subiectivă internă.

Fenomenul singurătății a fost studiat pentru prima dată ca fenomen unic de E. Fromm, un susținător al abordărilor psihanalitice și psihodinamice, care credea că omul este o ființă socială și că singurătatea contrazice natura sa. El a afirmat că singurătatea poate fi o sursă de tulburări somatice și psihice [apud 4]. Psihologul Frieda Reichmann, în cercetările sale, a remarcat, de asemenea, că fundamentul tuturor bolilor psihice este pus în singurătatea persoanei [apud 4].

Școlile psihanalitice consideră că singurătatea este rezultatul agresivității, narcisismului, megalomaniei etc. [5]. S. Freud descrie, de asemenea, fenomenul ca rezultat al manifestării caracteristicilor de personalitate și al influenței proceselor inconștiente ale persoanei. În lucrările sale, autorul susține legătura dintre nevroză și singurătate, care se manifestă din cauza lipsei la om a satisfacției dorite. Nevroza este o mănăstire în care o persoană se izolează, dar nu se simte inaptă pentru viață. Acest proces el îl numește „evadarea” persoanei în nevroză [apud 6]. Spre deosebire de S. Freud, K. Horney consideră că mecanismele de apărare psihologică au ca scop depășirea conflictului dintre societate și individ [apud 6].

Într-un studiu realizat în 1938, G. Zilburg a identificat, de asemenea, o triadă de apărări. Autorul a identificat și triada care stă la baza fenomenului de singurătate: megalomania, narcisismul timpuriu și ostilitatea față de lumea înconjurătoare [apud 4]. Psihologul a studiat nu numai singurătatea, ci și solitudinea. În accepțiunea sa, aceste concepte sunt distincte unul de altul. El vedea starea de singurătate ca pe o stare de spirit temporară și normală, iar sentimentul de solitudine – ca pe un sentiment opresiv, copleșitor și de lungă durată. Concluzionând revizuirea termenilor psihodinamici și psihanalitici, este evident că cercetătorii văd fenomenul ca pe o stare patologică apărută în interiorul subiectiv al individului și îl raportează la caracteristicile personalității.

În continuare vom analiza cercetările adepților abordării fenomenologice. Susținătorii abordării fenomenologice au aderat, în principal, la ideea că singurătatea apare ca urmare a ruperii imaginilor ideale ale relațiilor interpersonale formate de idealurile fenomenologice din conștiința umană. Societatea definește idealurile fenomenologice, forțând subiectul să găsească un model de comunicare stabilit de ea pe care să-l urmeze. În cazul în care idealurile nu coincid cu sistemul de referință al persoanei, cu interesele și ideile sale despre comunicare, subiectul se va simți înstrăinat de societate, singur. Psihologii T. Johnson și W. Sadler, în studiul fenomenului de singurătate, au subliniat universalitatea acestuia. Unul dintre indicii semnificativi ai fenomenului de singurătate evidențiat de psihologi este imersiunea individului în sine însuși [apud 3]. La rândul său, K. Rogers a elaborat un model al singurătății centrat pe persoană. El a observat că decalajul dintre „eu”-ul ideal și cel „real” generează singurătatea. În opinia sa, singurătatea apare nu din cauza experienței din copilăria timpurie, ci din cauza factorilor situaționali imediați [apud 5].

R. Weiss, un susținător al direcției interacționiste, descrie singurătatea ca fiind aflarea unei persoane într-o stare de izolare socială și emoțională. „Singurătatea este cauzată nu de faptul că o persoană se găsește literalmente în izolare, ci de faptul că constată un deficit în conexiunea umană necesară sau într-un set de conexiuni. Singurătatea în toate circumstanțele apare ca o reacție la absența unui tip special de conexiune sau, mai precis, ca o reacție la absența propriilor așteptări de conexiuni viitoare” [apud 6, p. 267].

Reprezentanții direcției sociologice F. Slater și D. Risman au considerat că singurătatea este un indicator general, normativ și statistic care caracterizează societatea. Ei văd cauza singurătății nu în persoană, ci în influența diferitor factori externi (societate, mass-media etc.). D. Risman consideră că manifestarea sentimentului de singurătate are la bază: alienarea persoanei, restrângerea libertății și pierderea autonomiei personale. În consecință, adepții abordării sociologice au considerat că singurătatea este direct legată de influența factorilor externi, care contribuie la lipsa legăturilor sociale ale persoanei [apud 5].

În ceea ce-i privește pe susținătorii abordării cognitive, în care singurătatea este un construct al conștiinței [7], acest tip de experiență este caracteristic unui anumit tip de relații sociale la care personalitatea nu participă. E. Pepló a acordat atenție nu numai factorilor personali, ci și celor situaționali și a investigat relația dintre nivelul de experiență al persoanelor singure și înțelegerea de către acestea a cauzelor acesteia. În centrul acestei abordări se află modelul disonanței cognitive, definit ca o reacție la discrepanța dintre standardele interne ale unei persoane și legăturile sale sociale reale [apud 2]. Abordarea cognitivă consideră că sentimentul de singurătate apare atunci când un individ realizează discrepanța dintre nivelul atins și cel dorit de contacte sociale personale. Abordarea lui E. Pepló a cauzelor singurătății a fost destul de amplă: ea explorează atât factorii situaționali, cât și factorii caracterologici, care contribuie la apariția acesteia. J. Salome a aderat, de asemenea, la studiul fenomenului în contextul abordării cognitive. El credea că în procesul de trăire a singurătății o persoană are o serie de gânduri iraționale [6]. Rezumând analiza abordărilor cognitiv-comportamentale, este evident că acestea subliniază rolul cunoașterii de sine și al stimei de sine a individului ca factori ai singurătății.

Cacioppo J.T., care este interacționist, subliniază că impactul cumulat al aspectelor situaționale și personale este o reacție normală a unui individ căruia îi lipsesc legăturile umane necesare. Singurătatea, în toate circumstanțele, apare ca o reacție la lipsa unui tip special de conexiune sau, mai precis, o reacție la lipsa propriilor așteptări privind conexiunile viitoare [3]. Autorul a distins două tipuri de manifestare a singurătății: emoțională și socială, provocate de motive diferite. Singurătatea emoțională apare ca o consecință a lipsei unei legături apropiate, intime cu o anumită persoană și se manifestă printr-o serie de reacții precum anxietatea, dezolarea interioară și îngrijorarea. Singurătatea socială apare ca urmare a lipsei de comunicare cu prietenii, cu un cerc social dorit sau cu un sentiment de apartenență la o comunitate [3]. În consecință, susținătorii abordării sociologice au considerat că singurătatea este direct legată de influența factorilor externi, care contribuie la lipsa conexiunilor sociale.

Dacă abordările menționate mai sus consideră fenomenul singurătății din punctul de vedere al naturii sale subiective, abordarea existențială tratează capacitatea unui individ de a experimenta singurătatea ca pe o condiție prealabilă pentru formarea și dezvoltarea personalității. În procesul de formare a acesteia, un individ încearcă să își demonstreze unicitatea și sinele său.

Problema singurătății a devenit un subiect de interes maxim și a concentrat atenția psihologilor relativ recent. Singurătatea, inițial, a fost concepută ca un factor negativ, asociat cu absența sau întreruperea legăturilor cu alte persoane. Un număr mare de cercetări s-au concentrat

pe identificarea modului în care singurătatea în acest context afectează sănătatea fizică, psihologică și comportamentul unei persoane. Astfel, s-a demonstrat că singurătatea, înțeleasă ca o lipsă de relații umane, este asociată cu mortalitatea timpurie și cu o sănătate fizică mai precară, cu comportamente antisociale, de dependență și suicidale. Cu toate acestea, în unele studii se abordează problema experimentării diferite de către diferite persoane și nu întotdeauna a lipsei conexiunilor cu ceilalți [4, 5, 6, 7].

În același timp, practic fiecare persoană are nevoie de singurătate câteodată, ca o stare existențială specială. În plus, singurătatea este adesea o condiție prealabilă pentru realizarea potențialului creativ al unui individ. Principalele sarcini ale psihologiei de orientare existențială ar trebui considerate a fi acelea de a ajuta o persoană să își aleagă propria cale, unică și, în același timp, pozitivă de dezvoltare personală; să caute și să-și realizeze sensurile esențiale; să promoveze libertatea de alegere a vieții și responsabilitatea pentru aceste alegeri; să ajute la rezolvarea problemelor de relaționare atât cu lumea exterioară, cât și cu cea interioară.

Conform abordării existențiale, problema singurătății este una dintre cele mai importante probleme existențiale, având o serie de caracteristici, printre care universalitatea și cerința unui răspuns permanent. Universalitatea se manifestă prin faptul că problemele existențiale sunt prezente în viața fiecărei persoane, mai mult, o persoană nu le poate rezolva odată pentru totdeauna, ele necesită un răspuns permanent. Astfel, la diferite etape de vârstă sau sub influența anumitor evenimente din viață, o persoană se confruntă cu anumite probleme existențiale. Astfel, problema singurătății este una universală, pe care fiecare persoană o întâlnește în viața sa într-un fel sau altul, aceasta putând fi rezolvată în diferite moduri în diferite perioade ale vârstei.

Astfel, *scopul cercetării* noastre a fost acela de a studia percepția singurătății la adulții aflați în diferite stadii ale ontogenezei, precum și conturarea caracteristicilor experienței lor de singurătate.

Am avansat *ipoteza* precum că percepția singurătății și caracteristicile experienței de singurătate vor fi diferite în funcție de stadiul de maturitate: în stadiul de adult tardiv, persoanele pot fi caracterizate de o mai mare exprimare a dependenței de comunicare și de un nivel mai ridicat al experienței de singurătate decât în stadiul de adult mijlociu, singurătatea pozitivă, în opinia noastră, va fi mai mult exprimată la persoanele tinere.

Am avut un eșantion de 114 persoane. Respondenții care au participat la studiu au fost împărțiți în 2 grupe de vârstă: 25-45 de ani (vârsta adultă mijlocie) și 46-61 de ani (vârsta adultă târzie).

Cei chestionați au fost rugați să răspundă în scris la o serie de întrebări deschise, care ne-au permis să identificăm unele trăsături specifice ale percepției lor cu privire la singurătate, atitudinea față de aceasta, precum și unele caracteristici ale experienței acesteia. Următoarele întrebări din chestionar au fost incluse în prelucrarea rezultatelor privind aspectele enumerate:

1. Ce înseamnă singurătatea pentru dumneavoastră? (Această întrebare a permis relevarea ideilor respondenților despre singurătate și a atitudinii lor față de această condiție.)
2. Vă place să fiți singur? Ce simțiți? La ce vă gândiți? (Această întrebare a urmărit, în principal, să dezvăluie atitudinile respondenților față de singurătate, acele experiențe asociate cu singurătatea, precum și gândurile care pot apărea în singurătate.)
3. A fi singur și a te simți singur, în viziunea proprie, sunt același lucru? Ce atitudine aveți față de aceste două stări?
4. Acceptați ideea de a fi singur?

Analiza de conținut ne-a permis să identificăm trei tipuri de atitudini față de singurătate:

- 1) acceptarea singurătății;

2) respingerea singurătății;

3) emoții ambivalente: acceptarea și respingerea singurătății.

Astfel, am reușit să relevăm că majoritatea respondenților care au participat la studiu tind să evalueze pozitiv singurătatea. Așadar, 33,2% dintre respondenți au menționat că le place să se afle într-o stare de singurătate. Alți 32,7% dintre respondenți au raportat o atitudine ambivalentă față de singurătate. Adică, uneori acestor persoane le place să fie singure, alteori – nu, uneori singurătatea pentru ei este o necesitate, o stare dezirabilă, dar numai dacă această stare este temporară și nu prea îndelungată. Cu alte cuvinte, atitudinea față de singurătate în acest caz depinde de durata în care se află în starea de singurătate. În acest caz, singurătatea este în mai mare măsură considerată de către respondenți ca fiind singurătate, o oportunitate de a lua o pauză de la interacțiunea cu ceilalți, de a se relaxa și de a se reface. Atitudinea negativă față de singurătate a fost demonstrată de 19,6% dintre respondenți. Este demn de remarcat faptul că în rândul respondenților cu vârste cuprinse între 46 și 61 de ani, aproximativ 25% au demonstrat o atitudine negativă față de singurătate, în timp ce în grupul de respondenți cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani au fost aproximativ 14% de astfel de respondenți.

Au fost stabilite diferențe semnificative statistic ($p \leq 0,05$), dintre grupele de vârstă în ceea ce privește atitudinile negative față de singurătate, ceea ce poate indica, probabil, că la vârsta adultă târzie mai multe persoane decât la vârsta tânără au atitudini negative față de singurătate. Răspunzând la întrebarea „Ce înseamnă singurătatea pentru dumneavoastră?”, majoritatea respondenților din ambele grupuri au folosit afirmații pozitive cu privire la singurătate. Răspunsurile respondenților din cele două grupuri sunt asemănătoare. Cel mai frecvent răspuns în ambele grupuri de respondenți este atitudinea față de singurătate, aceasta fiind o oportunitate de a fi singur cu tine însuși.

În singurătate respondenții din ambele grupuri încep să se gândească la viitor, să facă planuri, să analizeze situația actuală în care se află, să se gândească la decizii. În starea de singurătate, adulții se odihnesc, capătă putere pentru interacțiunea ulterioară cu ceilalți, au tendința de a folosi timpul cu ei înșiși pentru a-și realiza activitățile preferate, hobby-uri, creativitate, precum și pentru autodezvoltare și autoperfecționare, autocunoaștere. Printre emoțiile și sentimentele cel mai des întâlnite în starea de singurătate se numără echilibrul, calmul, libertatea și confortul.

În ambele grupuri, efectul pozitiv al singurătății poate fi interpretat ca o anumită funcție de resursă – singurătatea, pe baza răspunsurilor respondenților, permite să se înțeleagă mai bine pe sine, să se relaxeze, să se gândească la propria viață, la strategiile de dezvoltare a acesteia, să se acordeze cu autodepășirea și creativitatea. Am remarcat faptul că subiecții tineri apreciază cu o frecvență mai mare aspectele pozitive ale singurătății, decât subiecții aflați la maturitate, ceea ce poate indica o atitudine mai pozitivă a respondenților cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani față de singurătate, o utilizare mai frecventă a singurătății ca resursă de analiză a situațiilor actuale de viață și a viitorului, ca timp pentru a visa și a face ceea ce le place, calm și echilibru. Analizând componenta cognitivă a percepției singurătății, a reieșit că pentru majoritatea respondenților „a fi singur” și „a te simți singur” nu sunt concepte identice. 84,6% dintre participanții la studiu au răspuns în acest fel. Și doar pentru 2,8% dintre respondenți conceptele de mai sus sunt identice. Alte 3,3% au oferit un răspuns incert în ceea ce privește corelația acestor întrebări.

După părerea noastră, datele privind atitudinea respondenților față de imposibilitatea de a fi singuri sunt interesante. În primul rând, trebuie să acordăm atenție faptului că, atunci când au răspuns la această întrebare, respondenții, de regulă, au diferențiat clar cele două noțiuni: „a

fi singur” și „a te simți singur”. Astfel, 89,3% dintre respondenți au menționat că nu-și imaginează viața fără posibilitatea de a fi singuri din când în când, deoarece, în caz contrar, acumulează oboseală din cauza interacțiunii constante cu alte persoane. Un om are nevoie de o oportunitate de a fi singur, are nevoie de odihnă, de spațiu personal. Respondenții au remarcat că fără oportunitatea de a fi singur viața ar fi incompletă, dificilă chiar. Acesta a fost răspunsul a 76,6% dintre respondenți. 3,3% au răspuns că oamenii se pot obișnui cu toate, astfel încât ar putea trăi fără posibilitatea de a fi singuri. Aproximativ 15 persoane, adică 7%, au răspuns că pur și simplu nu au înțeles întrebarea, astfel încât le este greu să răspundă.

Astfel, putem concluziona că adulții sunt în cea mai mare parte siguri că ar putea trăi fără posibilitatea de a fi singuri, dar le-ar fi extrem de dificil, practic imposibil, fără posibilitatea de a fi singuri din când în când, singuri cu gândurile, cu experiențele lor, de a lua o pauză de la socializare și vanitate.

Valorile medii pe scalele „experiența generală a singurătății” și „dependența de comunicare” obținute în grupul de respondenți cu vârste cuprinse între 46 și 61 de ani sunt ușor mai mari decât în grupul de respondenți cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani, ceea ce poate indica spre faptul că persoanele aflate la vârsta adultă tardivă sunt mai înclinate să experimenteze singurătatea și să aibă nevoie de comunicare cu alte persoane. După cum a arătat analiza comparativă a rezultatelor celor două grupuri folosind criteriul neparametric U-Mann-Whitney, respondenții din cele două grupe de vârstă diferă unul de celălalt în ceea ce privește dependența de comunicare ($p = 0,004$) și de singurătate pozitivă ($p = 0,046$). Astfel, respondenții aflați la vârsta adultă mijlocie au o atitudine mai calmă și mai tolerantă față de experiența singurătății, situațiile de singurătate și persoanele singure; ei sunt capabili să găsească o resursă în singurătate și să o folosească în mod creativ pentru autodescoperire și autodezvoltare decât respondenții din cel de-al doilea grup.

Caracterizând particularitățile experienței de singurătate a bărbaților și femeilor, se poate observa că bărbații cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani sunt mai puțin înclinați decât femeile de această vârstă să găsească o resursă în stare de singurătate ($p = 0,017$). Femeile cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani, dimpotrivă, au o atitudine mai relaxată față de singurătate și o văd ca pe o resursă de recuperare și de reflecție. La nivelul întregului eșantion, femeile demonstrează o atitudine mai pozitivă față de singurătate decât bărbații ($p = 0,015$).

Nu au existat diferențe între cele două grupe în ceea ce privește scalele de singurătate socială și emoțională.

Astfel, analiza a confirmat faptul că atât la respondenții din grupa de vârstă 25-45 de ani, cât și la respondenții din grupa 46-61 de ani, singurătatea este asociată și cu aspecte negative, și cu aspecte pozitive, ceea ce se corelează cu abordarea existențială din cadrul psihologiei, care consideră singurătatea nu doar de pe poziția aspectelor negative ale acesteia, ci și din punctul de vedere al resurselor, al caracteristicilor pozitive. Rezultatele au arătat că caracteristicile atribuite singurătății, fie pozitive, fie negative se află, în general, într-un singur câmp de valori. Cu toate acestea, am constatat că respondenții cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani se caracterizează printr-o viziune mai pozitivă a singurătății decât respondenții cu vârste cuprinse între 46 și 61 de ani. În plus, femeile, în general, sunt caracterizate de o viziune mai pozitivă asupra singurătății decât bărbații. Respondenții mai în vârstă pun un accent mai pronunțat pe aspectele negative ale singurătății, demonstrează o mai mare dependență de comunicare, au mai des o atitudine negativă față de singurătate, ceea ce, ni se pare, necesită un studiu suplimentar mai detaliat și poate fi datorat și particularităților perioadei de sfârșit de maturitate asociată cu schimbări în

interacțiunea socială. Diferențele obținute pot fi asociate cu faptul că singurătatea nu are doar un conținut personal, ci, într-o anumită măsură, este determinată și social.

În concluzie, putem afirma că rezultatele obținute pe parcursul studiului ne permit să afirmăm că percepțiile asupra singurătății și caracteristicile experienței singurătății sunt oarecum diferite în rândul adulților aflați în diferite stadii ale ontogenezei: în stadiul de adult târziu, oamenii au o dependență mai mare de comunicare și un nivel mai ridicat de experiență a singurătății decât în stadiul de adult mijlociu. Mai multe persoane la vârsta adultă târzie decât la vârsta adultă mijlocie au atitudini negative față de singurătate, ceea ce poate fi legat de schimbările care se observă în această perioadă de vârstă (copiii părăsesc casa părintească, părinții mor, este posibil divorțul de soț/soție etc.).

Persoanele mai tinere demonstrează o atitudine mai pozitivă față de singurătate, fapt care a fost relevat atât în urma analizei de conținut a răspunsurilor la întrebările deschise, cât și în cursul analizei rezultatelor.

Rezultatele obținute demonstrează eterogenitatea și caracterul multiaspectual al conceptului de singurătate, ele arată că singurătatea este trăită nu doar pe coordonatele spațiului și conectivității, ci și pe coordonatele nevoilor de descoperire de sine, autodezvoltare, creare de planuri și strategii de viață.

Abordarea existențială nu neagă faptul că conceptele de mai sus au o anumită logică proprie, dar, în același timp, aici persoana este văzută în primul rând ca un individ liber care se creează pe sine, este pe deplin responsabilă pentru acest proces și își realizează scopul în viață.

În general, abordarea existențială aduce știința psihologică la un nou nivel de idei despre om și dezvoltarea sa. Influența ei s-a răspândit la o varietate de științe al căror obiect de studiu este personalitatea umană; printre acestea, abordarea existențială oferă o bază metodologică pentru sistemele pedagogice indirecte, care sunt populare astăzi.

Bibliografie:

1. ANDRE, Ch., JOLLIEN, A., RICARD, M. *Întelepciunea: de la acceptare la zen. Sfaturi pentru viața de zi cu zi de la un călugăr, un filosof și un psihiatru*. București: Trei, 2022, pp. 58-63. ISBN 978-606-40-1339-2.
2. BRAȘOVEANU, M. *O singurătate destul de zgomotoasă*. București: Idea Design, 2023, pp. 208-211. ISBN 9786068265902.
3. CACIOPPO, J.T. *Singurătatea*. București: Vellant, 2018, pp. 245-247. ISBN 9786068642727.
4. HERTZ, N. *Secolul singurătății. O pledoarie pentru relațiile interumane*. București: Știința, 2021, pp. 48-50. ISBN 978-973-50-7275-9.
5. QUINODOZ, J.M. *Îmblânzirea singurătății. Angoasa de separare în psihanaliză*. București: Trei, 2021, pp. 200-206. ISBN 9786064010179.
6. SALOME, J. *Singurătatea în doi nu e pentru noi*. București: Curtea Veche, 2021, pp. 266-284. ISBN 9786064407672.
7. SPITZER, M. *Singurătatea. Boala nerecunoscută*. București: Humanitas, 2023, pp. 28-35. ISBN 978-973-50-7760-0.

EFICIENTIZAREA COMUNICĂRII ÎN CADRUL ECHIPELOR DE MUNCĂ

STREAMLINING COMMUNICATION WITHIN WORK TEAMS

Elena LOSÎI, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chişinău
ORCID: 0000-0002-5032-9993
losii.elena@upsc.md

Elena LOSII, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 316.628:331.101.3

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p28-35

Abstract. In the current context, the role of communication within work groups is essential. Assertive, cooperative, empathetic communication contributes to creating and maintaining employee well-being and satisfaction. When team members feel good, communicate and interact well, they are more motivated, engaged and able to deliver outstanding results. A team where members feel good and are satisfied with the work environment and interpersonal relationships will have satisfied, more productive and creative employees. The article presents the results of the implementation of a communication efficiency program within work teams, in which employees from an organization participated. The low scores obtained for the variables that reflect the defective type of communication served as their selection criterion (the emphasis was placed on the indifferent type). The results obtained after the implementation of the training program denote an improvement in communication between the members of the work team, an increase in the sense of belonging to the team, the development of healthy and cooperative working relationships at the workplace.

Keywords: team, communication, assertive communication, well-being, life satisfaction.

Performanța și succesul companiilor depinde, în mare parte, de calitatea relațiilor de comunicare între membrii echipelor de muncă. Mielu Zlate menționează că „pentru mediile și contextele organizaționale, ca, de altfel, pentru om și societate în general, comunicarea îndeplinește un rol excepțional. Ea este liantul care îi ține uniți pe membrii unui grup, asigurând coeziunea și consensul grupului; tot ea îi dezbină însă pe membrii grupului, conducând la disoluția lui. Comunicarea este veriga cea mai importantă a lanțului organizațional, de tăria sau slăbiciunea ei depinzând tăria sau slăbiciunea organizației” [10, p. 494].

În anii 70 și 80 ai secolului XX, cercetările în domeniul psihologiei organizaționale au început să acorde o atenție mai mare implicării angajaților în cadrul organizațiilor. Aceste studii au arătat că angajații mulțumiți și implicați sunt mai productivi și mai predispuși să rămână în organizație pe termen lung. Aspectele ce țin de comunicarea în cadrul organizațiilor sunt subiecte abordate pe larg în literatura de specialitate [8]. Studiul specificului comunicării organizaționale a constituit subiect de cercetare pentru numeroși cercetători din diferite țări, inclusiv și din Republica Moldova. Astfel, putem menționa studiile realizate de către cercetătorii autohtoni I. Racu, S. Briceag, M. Cojocaru-Boroșan, A. Potâng, A. Calancea ș.a. [1, 3, 4].

Comunicarea în grup nu poate fi, în nicio situație, unidirecțională: relația de grup se bazează pe valorizarea reciprocă de tip partenerial și se centrează pe maximizarea efectelor de

dezvoltare și optimizare la nivelul membrilor echipei. În acest sens, tranzacția, ca mod stabil de reglare satisfăcător atât pentru „sine” cât și pentru „celălalt”, care angajează valorile, credințele și expectațiile ambelor părți, induce efectul co-evolutiv al comunicării educaționale, ce devine, realmente, multidirecțională [4, p. 61]. Satisfacția în muncă este factorul cheie care conduce la recunoaștere, salariu așteptat, promovare și atingerea altor obiective, care duc la un sentiment de împlinire. M. Armstrong abordează satisfacția profesională în contrastare cu insatisfacția. Potrivit acestuia, satisfacția în muncă se referă la atributele și sentimentele pe care angajații le au față de munca lor [13, p. 82]. Astfel, atitudinile pozitive și favorabile față de locul de muncă generează satisfacție profesională, iar cele negative și nefavorabile conduc la insatisfacție.

Eficiența comunicării în cadrul organizației poate fi determinată de mai multe caracteristici. Astfel, Spector evidențiază câteva caracteristici importante ale comunicării și satisfacției profesionale [12]. În primul rând, organizațiile trebuie să fie ghidate de valorile umane. Astfel de organizații sunt orientate spre tratarea corectă și cu respect a angajaților. În astfel de cazuri, aprecierea comunicării și satisfacției profesionale poate servi drept un bun indicator al eficacității angajaților. Nivelul înalt al satisfacției profesionale și al comunicării eficiente poate fi un semnal al bunei stări emoționale și mintale a angajaților. În al doilea rând, comportamentul angajaților în funcție de nivelul de satisfacție profesională poate afecta atât buna funcționare a organizației, cât și activitățile acesteia. Astfel, se poate concluziona: comunicarea profesională eficientă poate avea ca rezultat un comportament pozitiv și viceversa, nemulțumirea față de colegi, angajator și față de muncă în general poate conduce la un comportament negativ al angajaților. În al treilea rând, comunicarea organizațională poate servi drept indicator ce caracterizează activitatea organizației. Prin evaluarea gradului de satisfacție profesională privind comunicarea în spațiul profesional pot fi stabilite mai multe niveluri de satisfacție a angajaților care activează în diferite subdiviziuni organizaționale. Acestea, la rândul lor, pot servi drept reper în ceea ce privește schimbările în subdiviziunile organizaționale, fapt ce ar conduce la creșterea performanței și a eficienței echipei de muncă.

Optimizarea comunicării organizaționale presupune atât îmbunătățire, cât și raționalizare sau economicitatea resurselor în implementarea celor mai relevante mecanisme pentru optimizarea stării de bine a angajaților. Comunicarea eficientă la locul de muncă poate duce la o creștere a stării de bine în cadrul echipei de muncă și, respectiv, poate contribui la o creștere a productivității și performanței individuale și colective. Când membrii echipei se simt bine, atunci ei sunt mai motivați, implicați și capabili să ofere rezultate remarcabile. O echipă în care membrii ei se simt bine și sunt mulțumiți de mediul de lucru și de relațiile interpersonale va avea angajați satisfăcuți, mai productivi și creativi.

Actualitatea și importanța stării de bine în cadrul echipelor se datorează impactului pozitiv pe care aceasta îl are asupra performanței, satisfacției angajaților, sănătății mintale și dezvoltării personale [12]. În contextul actual al mediului de lucru, acordarea atenției și investirea în starea de bine a membrilor echipei este esențială pentru obținerea rezultatelor dorite și pentru construirea unei culturi organizaționale sănătoase și prospere. Comunicarea eficientă, sprijinul reciproc și sentimentul de apartenență contribuie la un climat de lucru pozitiv și la creșterea colaborării și coeziunii în echipă, favorizează dezvoltarea relațiilor de lucru sănătoase și cooperante în cadrul echipei. Un mediu de lucru care promovează starea de bine poate ajuta la scăderea nivelului de stres și la îmbunătățirea sănătății mintale a membrilor echipei. Aceasta poate reduce absenteismul și fluctuația personalului și poate contribui la îmbunătățirea bunăstării

generale a angajaților. Starea de bine stimulează creativitatea și gândirea inovatoare în cadrul echipei. Membrii echipei care se simt bine sunt mai deschiși către noi idei, soluții și abordări și pot aduce contribuții valoroase în procesul de inovare și rezolvare a problemelor.

Comunicarea deschisă oferă un cadru propice pentru dezvoltarea personală și profesională a membrilor echipei. Prin sprijinirea creșterii și îmbunătățirii individuale, se poate contribui la formarea unei echipe de înaltă performanță și la creșterea satisfacției și împlinirii personale. Scopul optimizării comunicării în cadrul echipelor constă în îmbunătățirea bunăstării și calității vieții membrilor echipei, precum și în crearea unui mediu de lucru sănătos și productiv. Acesta implică eforturi și strategii menite să sprijine și să promoveze starea de bine a individului în contextul colectiv al echipei.

Noi ne-am propus să contribuim la ameliorarea comunicării în cadrul echipelor de muncă. Pentru realizarea acestui scop, am selectat 16 angajați (câte 8 în fiecare grup) din numărul total de 76. Drept criteriu de selecție a acestora a servit scorul mic obținut la variabilele ce reflectă starea de bine și tipul defectuos de comunicare (accentul a fost pus pe tipul indiferent). Cei 16 angajați au fost împărțiți în mod egal în 2 grupuri omogene – unul experimental (GE) și altul de control (GC). Componenta grupurilor în funcție de gen a fost identică – fiecare grup a fost constituit din 5 bărbați și 3 femei. Componenta de vârstă, a fost egală – cele 3 femei și 3 bărbați au vârsta cuprinsă între 28 și 35 de ani, alți 2 bărbați au peste 36 de ani. Este similară și componenta grupurilor în funcție de tipul dominant de comunicare (figura 1).

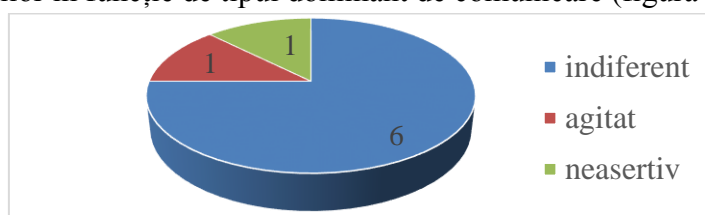


Figura 1. Componenta GC și GE în funcție de tipul dominant de comunicare

În ambele grupuri (și GC, și GE) au fost incluși 6 participanți (5 bărbați și 1 femeie) la care predomină tipul indiferent, 1 participant (femeie) la care predomină tipul agitat și 1 participant (femeie) la care predomină tipul neasertiv de comunicare.

Au fost aplicate următoarele teste psihologice: Chestionarul de evaluare a stării de bine Oxford (Oxford Happiness Inventory, OHI); Scala satisfacției de viață (Satisfaction With Life Scale, SWLS); Scala satisfacției temporale de viață (Temporal Satisfaction with Life Scale); Inventarul de autoevaluare pentru trening asertiv [3, 5].

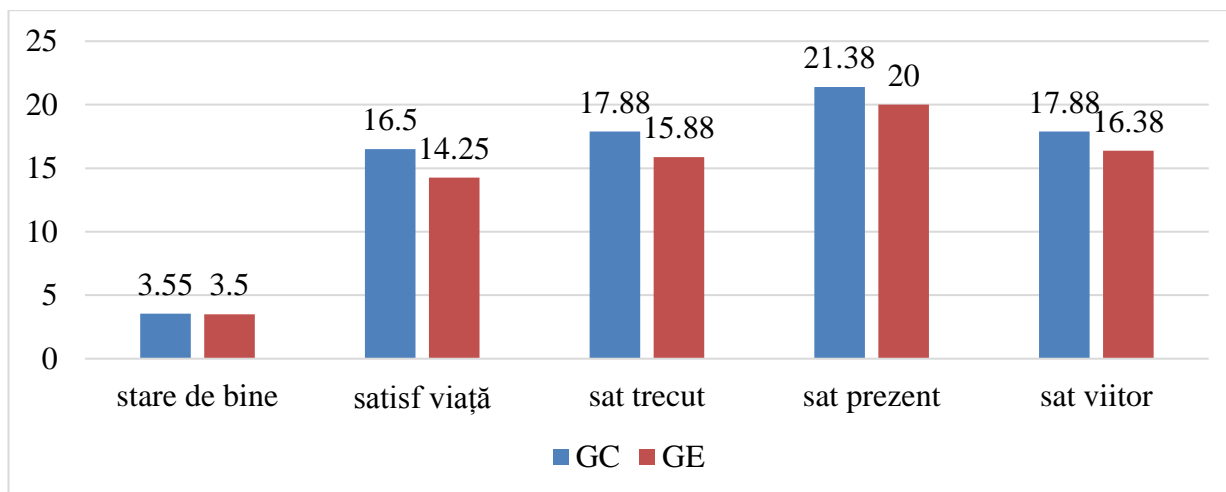


Figura 2. Valorile medii pe grupuri (GC și GE) ale variabilelor ce reflectă starea de bine, test

Datele din figura 2 indică asupra faptului că rezultatele participanților din cele 2 grupuri sunt relativ similare. Astfel, mediile variabilelor studiate în cele 2 grupuri sunt:

- la variabila „*stare de bine*”, media GC este 3,55, media GE este 3,5;
- la variabila „*satisfacție de viață*”, media GC este 16,5, media GE este 14,25;
- la variabila „*satisfacție de trecut*”, media GC este 17,88, media GE este 15,88;
- la variabila „*satisfacție de viață*”, media GC este 21,38, media GE este 20;
- la variabila „*satisfacție de viitor*”, media GC este 17,88, media GE este 16,38.

Cu toate că există mici diferențe în valorile medii pe variabile, totuși omogenitatea grupurilor a fost confirmată statistic (testul U Mann-Whitney pentru compararea a 2 eșantioane independente). La compararea rezultatelor participanților din cele 2 grupuri obținute la etapa de constatare nu au fost remarcate diferențe statistice semnificative, deoarece pragurile de semnificație sunt mai mari decât 0,38.

Programul elaborat s-a desfășurat în cadrul unei companii din or. Chișinău, în perioada februarie-aprilie 2023, unde au fost implicate 4 echipe. Principalele dimensiuni pe care au fost axate activitățile din acest program au fost: promovarea comunicării și colaborării eficiente, comunicarea asertivă, relațiile interpersonale colaborative, construirea unui raport de încredere și un climat de coaching pozitiv și colaborativ, sporirea coeziunii între membrii grupului, gestionarea eficientă a stresului etc. [1, 2, 6, 7, 9, 11].

Așa cum comunicarea și colaborarea eficiente sunt esențiale pentru construirea unei echipe puternice și pentru atingerea obiectivelor comune, scopul acesteia este să se promoveze un mediu de lucru în care membrii echipei să se simtă ascultați, implicați și înțeleși, să se faciliteze schimbul de idei și să se promoveze încrederea și respectul reciproc. Relațiile organizaționale au ca suport comunicarea interpersonală. Fiind un proces complex, comunicarea antrenează însă dincolo de latura structurală și alte aspecte ale existenței organizației: tehnice, economice, psihologice, educaționale și culturale.

La finele intervenției a fost realizată retestarea participanților din cele 2 grupuri: grup de control (GC) și grup experimental (GE). Rezultatele sunt prezentate în figurile 3, 4, 5 și 6.

Pentru început, vom analiza dinamica rezultatelor la participanții din grupul de control.

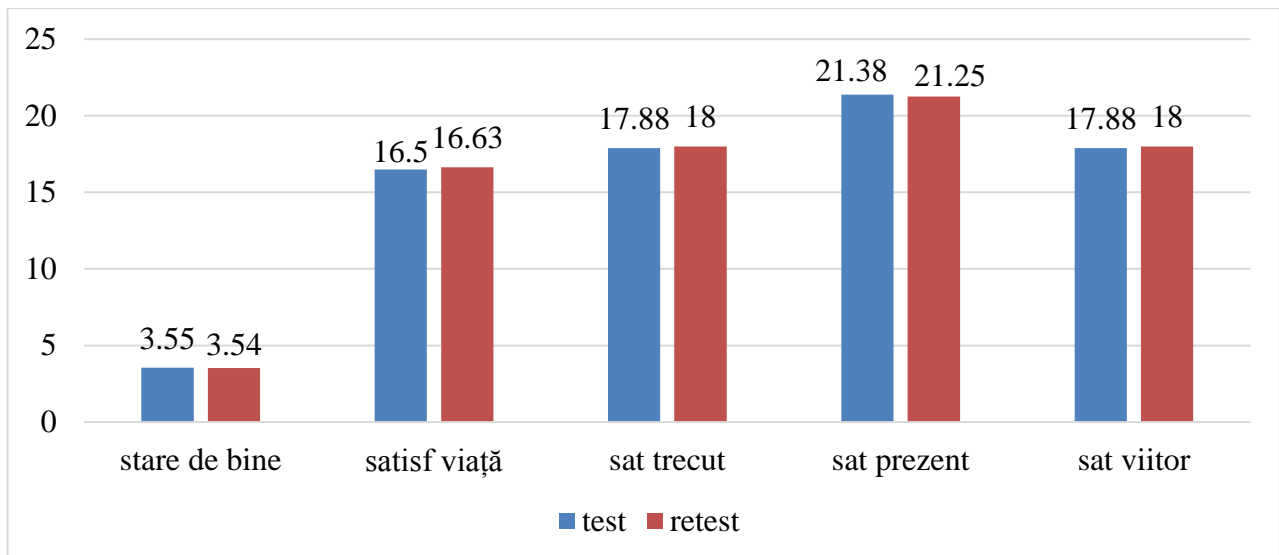


Figura 3. Valorile medii test și retest în grupul de control

Datele din figura 3 indică o creștere neconsiderabilă a mediilor retest în grupul de control la variabilele satisfacție de viață, satisfacție de trecut și satisfacție de viitor, totodată o scădere a mediilor la variabilele stare de bine și satisfacție de prezent. Totuși, analiza inferențială a datelor test și retest GC (testul Wilcoxon) a constatat că aceste diferențe sunt ne semnificative din punct de vedere statistic.

În continuare, vom urmări dinamica rezultatelor test și retest în grupul experimental.

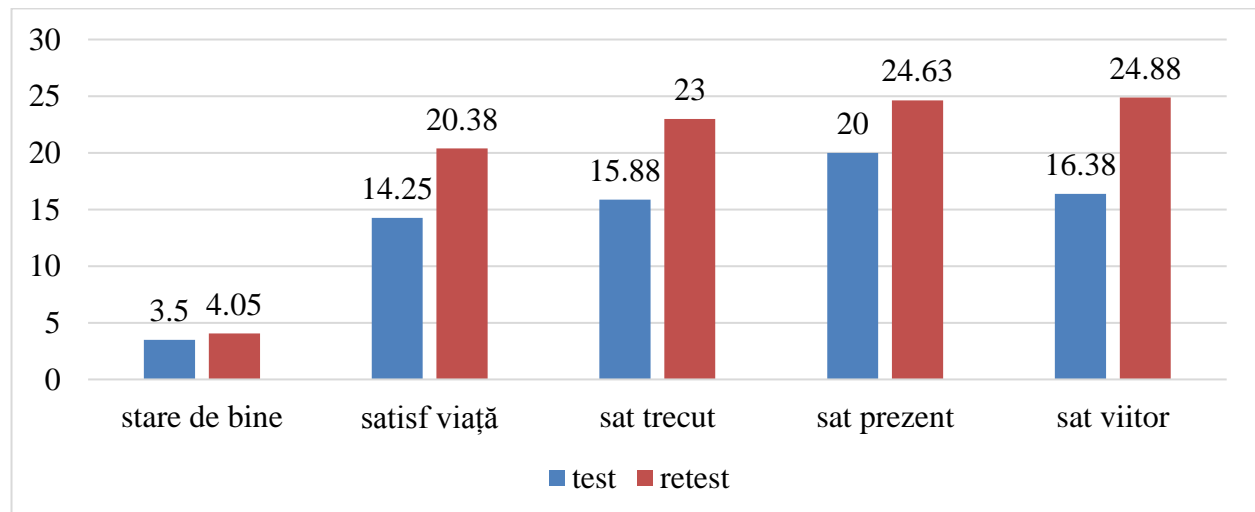


Figura 4. Valorile medii test și retest în grupul experimental

În grupul experimental remarcăm o creștere consistentă a mediilor la toate variabilele studiate, totuși compararea rezultatelor test și retest (testul Wilcoxon) în grupul experimental (GE) pune în evidență creșterea semnificativă din punct de vedere statistic doar la următoarele variabile:

- stare de bine ($Z = -2,38$ la $p = 0,017$),
- satisfacția de viață ($Z = -2,521$ la $p = 0,012$),
- satisfacția de prezent ($Z = -2,103$ la $p = 0,035$),

- satisfacția de viață ($Z = -2,033$ la $p = 0,042$).

Pe lângă faptul că s-a ameliorat starea de bine a participanților din GE, am mai constatat că s-a modificat și tipul dominant de comunicare (figura 5).

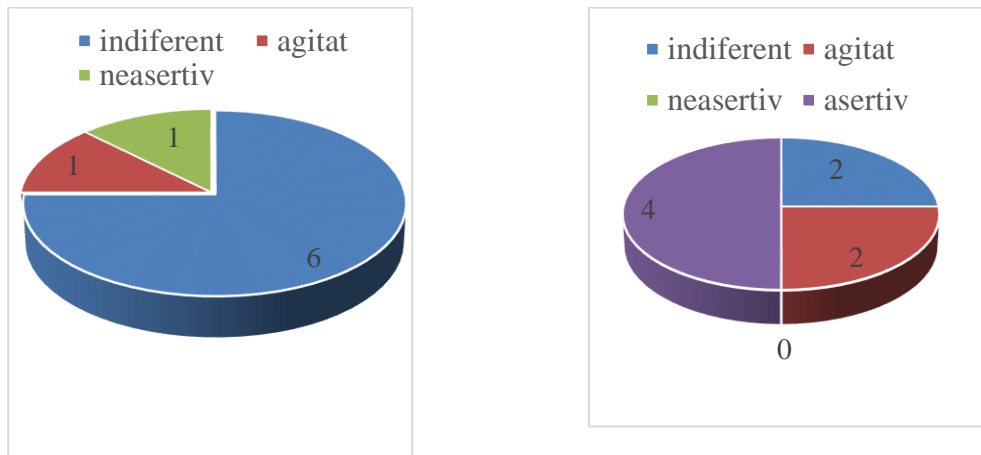


Figura 5. Tipuri de comunicare a participanților GE test și retest

Datele ilustrate în figura 5 indică asupra faptului că pe durata intervenției, participanții din grupul experimental (GE) au reușit să-și antreneze asertivitatea, astfel încât tipul asertiv de comunicare a devenit dominant pentru 4 participanți, iar numărul persoanelor cu tip indiferent de comunicare s-a redus de la 6 la 2.

Pentru a fi siguri de faptul că schimbările ce s-au produs în rezultatele participanților din grupul experimental se datorează anume intervenției psihologice bine gândite și organizate, și nu trecerii timpului, am comparat datele celor 2 grupuri (GC și GE) obținute în testarea repetată.

Mediile retest pentru cele 2 grupuri sunt prezentate în figura 6.

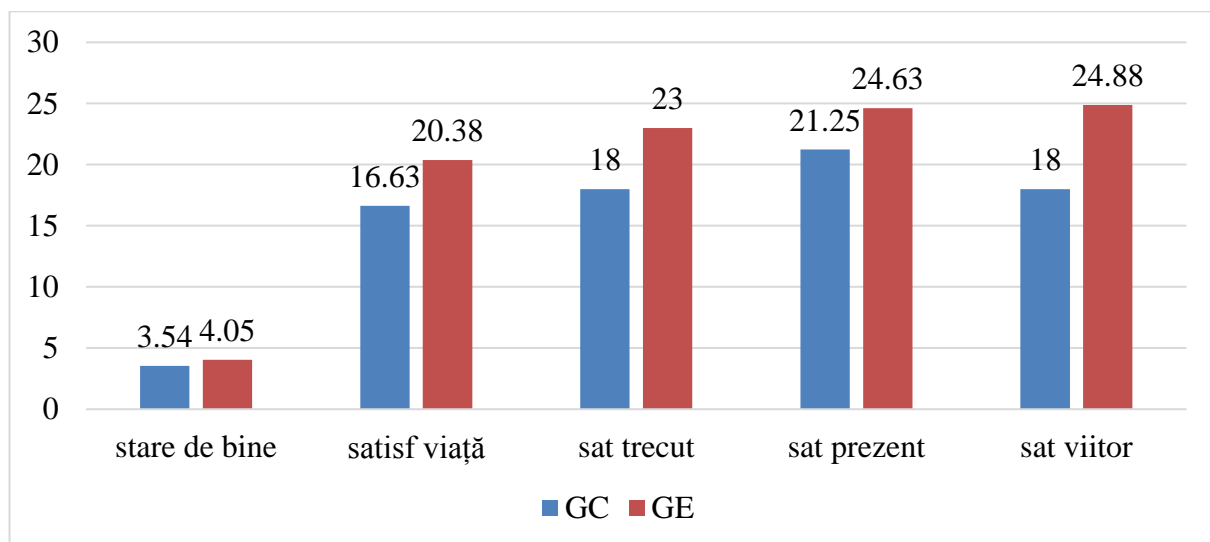


Figura 6. Valorile medii pe grupuri (GC și GE) ale variabilelor ce reflectă starea de bine, retest

Compararea rezultatelor (testul U Mann-Whitbey) obținute la testarea repetată a participanților din GC și GE a indicat următoarele diferențe semnificative din punct de vedere statistic:

- stare de bine ($U=9$, $N1=8$, $N2=8$, $p=0,016$), scorurile mai mari sunt în GE (media rangurilor 11, 38) decât în GC (media rangurilor 5,63);
- satisfacția de viață ($U=0,5$, $N1=8$, $N2=8$, $p=0,001$), scorurile mai mari sunt în GE (media rangurilor 12, 44) decât în GC (media rangurilor 4,56);
- satisfacția de prezent ($U=12$, $N1=8$, $N2=8$, $p=0,035$), scorurile mai mari sunt în GE (media rangurilor 11) decât în GC (media rangurilor 6).

Aceste rezultate obținute în urma aplicării programului de optimizare a comunicării în cadrul echipei de muncă confirmă ipoteza că în condiții special organizate putem facilita comunicarea asertivă în echipa de muncă și ameliora starea de bine a angajaților.

Optimizarea comunicării în cadrul echipelor de muncă constă în îmbunătățirea bunăstării și calității vieții membrilor echipei, precum și în crearea unui mediu de lucru sănătos și productiv. Acesta implică eforturi și strategii menite să sprijine și să promoveze starea de bine a individului în contextul colectiv al echipei. Misiunea generală a angajatorului este: îmbunătățirea relațiilor de comunicare între angajații săi, sporirea satisfacției și angajamentului, crearea unui mediu de lucru în care membrii echipei să se simtă mulțumiți, ascultați, înțeleși, împliniți și angajați în activitățile lor. Aceasta poate fi realizată prin promovarea unui climat de lucru pozitiv, stimularea relațiilor interpersonale sănătoase și oferirea de oportunități de dezvoltare și creștere personală. Așa cum stresul excesiv poate afecta starea de bine a membrilor echipei, iar reducerea stresului și promovarea echilibrului între viața personală și profesională decurg din gestionarea eficientă a sarcinilor și prin oferirea de sprijin și resurse adecvate, astfel poate fi redus stresul și îmbunătățită bunăstarea generală.

Coeziunea este un factor important în situațiile de criză, când echipa trebuie să facă față unor presiuni. Grupurile cu un grad înalt de coeziune sunt mai puternice și rezistă mai bine în situații de criză, deoarece reacționează în comun, sporind stima de sine a membrilor. Sporirea coeziunii echipei poate fi realizată prin recunoașterea și aprecierea contribuțiilor individuale ale fiecărui angajat, promovând astfel motivația, implicarea și satisfacția personală. De fapt, toate acestea contribuie într-un final la optimizarea stării de bine, la îmbunătățirea sănătății mintale și bunăstării generale a membrilor echipei. Aceasta poate include promovarea unui stil de viață sănătos, gestionarea echilibrată a energiei și încurajarea unei atitudini pozitive față de viață și munca desfășurată.

În tot procesul constituirii și pe tot timpul „vieții” unei echipe, trebuie luate în considerare aceste aspecte: mesajele trebuie să ajungă la membrii echipei, iar mesajul să fie accesibil pentru ei, trebuie ca, mai ales în construcția echipelor, să fie avute în vedere aspectele care țin de credibilitatea membrilor și mai ales a conducătorilor formali și, nu în ultimul rând, trebuie ca echipelor să li se ceară rezultate clare ale activității comune [4, p. 60].

Adeptii psihologiei pozitive au identificat caracteristicile care îi permit angajatului să-și dezvolte o carieră de succes, să se integreze armonios în comunitate și să se dezvolte. Acestea sunt: „responsabilitatea, grija, moderația, toleranța, altruismul, spiritul civic și etica profesională” [8, p. 292].

Comunicarea reprezintă un instrument deosebit de important în cadrul organizațiilor, care poate fi condiționat de o varietate de factori și poate să stimuleze anumite comportamente în vederea obținerii rezultatelor dorite. Comunicarea eficientă în cadrul organizațiilor presupune un mod accesibil și eficient de transmitere a informațiilor. Comunicarea este calea spre armonizarea cerințelor angajatorului cu acțiunile întreprinse de către angajații companiei. Astfel, strategia

stabilită la nivel de organizație va putea fi transmisă mai departe departamentelor, direcțiilor, secțiilor, care o vor traduce în acțiuni concrete. Doar prin existența unei comunicări eficiente, conducerea va reuși să transmită așteptările sale, iar membri implicați vor putea să ia măsurile necesare obținerii rezultatelor scontate. Astfel, eficiența activității unei organizații este produsul dintre competență profesională, motivație și comunicare. Doar prin existența unor cunoștințe temeinice și prin motivarea de a continua și de a îmbunătăți constant modul de lucru, de interacțiune se poate atinge performanța dorită. Membrii unei companii își petrec cea mai mare parte a timpului comunicând în diferite forme. De aceea, considerăm importantă modalitatea în care se realizează această comunicare și în care se pot ameliora eventualele dificultăți identificate. Posibilele practici de ameliorare a comunicării la locul de muncă sunt: managerii să ofere informații clare și să încurajeze membrii echipei să ofere feedback; comunicarea deschisă este esențială pentru succesul unei organizații; găsirea căilor optime de circulație a informației în spațiul profesional; promovarea unei comunicări asertive în cadrul echipei de muncă.

Bibliografie:

1. CALANCEA, A. *Trainingul de dezvoltare a competențelor afective*. Chișinău, 2012. 272 p. ISBN 978-9975-53-096-5.
2. COVEY, S.R. *Managementul timpului sau cum să ne stabilim prioritățile*. București: ALLFA, 2007. 183 p. ISBN 978-973-724-113-9.
3. LOSÎI, E., RACU, Iu. *Activitatea psihologului cu copiii și adulții*. Chișinău: CEP UPSC, 2018. 183 p. ISBN 978-9975-46-381-2.
4. LOSÎI, Elena. *Formarea și consolidarea echipelor de muncă: Suport de curs*. Chișinău: CEP UPSC, 2023. 126 p. ISBN 978-9975-46-797-1.
5. LOSÎI, Elena. *Psihodiagnostic organizațional, recrutare, selecție și evaluare profesională: Culegere de teste*. Chișinău: CEP UPSC, 2023. 193 p. ISBN 978-9975-46-810-7 (pdf).
6. MANES, S. *83 de jocuri psihologice pentru animarea grupurilor*. Iași: Polirom, 2008. ISBN 978-973-46-1213-0.
7. MUCCHIELLI, A. *Metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare (ediția a II-a)*. Iași: Polirom, 2015. ISBN 978-973-46-5208-2
8. SZENTAGOTAI-TĂTAR, A., DAVID, D. *Tratat de psihologie pozitivă*. Iași: Polirom, 2017. 339 p. ISBN 978-973-46-6234-0.
9. IONESCU, D. *Analiză și dezvoltare personală. Psihologia autodeterminării*. Iași: Polirom, 2020. 203 p. ISBN 978-9734681105.
10. ZLATE, M. *Tratat de psihologie organizațional-managerială*. Iași: Polirom, 2008. 568 p. ISBN 973-681-681-8.
11. HELLER, R. *Cum să motivăm echipa*. București: Rao, 2001. ISBN 973-8175-31-3.
12. IAFFALDANO, M.T. MUCHINSKY, P.M. Job satisfaction and job performance: A meta analysis. In: *Psychological Bulletin*. 1985, nr. 97, pp. 251-273.

REZONANȚA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE ÎN PROFILUL SOCIO-EMOȚIONAL AL ADOLESCENȚILOR PROVENIȚI DIN FAMILII MONOPARENTALE

THE RESONANCE OF THERAPEUTIC INTERVENTION IN THE SOCIO-EMOTIONAL PROFILE OF ADOLESCENTS COME FROM SINGLE-PARENT FAMILY

Alina PĂTRAȘCU (STATE), drd., România,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0000-5350-0699
patrascu.alina.ap@gmail.com

Alina PATRASCU (STATE), PhD student, România,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.922.8+159.942

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p36-51

Abstract. According to Thorndike, social intelligence is represented by the ability to understand and work with people (Cantor 2000) [4]. Other theorists at the time indexed social intelligence as sensitivity to social stimuli and cues, viewing it as a kind of insight into the disposition of others, as an X-ray of their temperaments and personalities (Strang 1933, Wedeck 1947, Wechsler 1958, apud Cantor, 2000) [4]. Currently, specialists define social intelligence as: "*the individual's fund of knowledge about the social world*" (Kihlstrom and Cantor 2000) [10]. Other researchers say that social intelligence would represent: "*...a person's ability to understand interpersonal situations and transactions and to use this understanding to help a person achieve a desired interpersonal outcome (...) social intelligence can be considered as cognitive anchor for social competence and is an important factor contributing to the success of social activities such as work and interpersonal relationships*" (Greenspan and Love, 1997) [9]. The common thrust of these definitions is that social intelligence is that knowledge or understanding that a person needs to function effectively and comfortably for himself and others in society. Specialists believe that social intelligence is not of purely cognitive origin, because it represents the ability to act wisely in human relationships, so it was proposed that it be defined rather by terms such as social knowledge and social facilitation (Goleman, 2006) [8]. Under the new umbrella of social knowledge we will find elements such as empathy (feeling like the other), but also non-verbal affective language, as for social facilitation, here we will discover the care of the individual towards the needs of others and his active behavior as a consequence of these need.

Keywords: social intelligence, emotional competences, emotional maturity, communication, adolescent, family, psychotherapeutic intervention.

Rezumat. Potrivit lui Thorndike, inteligența socială este reprezentată de capacitatea de a înțelege și de a lucra cu oamenii (Cantor 2000). Alți teoreticieni au indexat la vremea respectivă inteligența socială ca reprezentând sensibilitatea la stimuli și indicii sociale, privind-o ca pe un fel de introspecție în dispoziția celorlalți, ca pe o radiografiere a temperamentelor și personalităților acestora (Strang 1933, Wedeck 1947, Wechsler 1958, apud Cantor, 2000). În prezent, specialiștii definesc inteligența socială drept „fondul de cunoștințe al individului despre lumea socială” (Kihlstrom și Cantor 2000). Alți cercetători susțin că inteligența socială ar reprezenta o „ancoră cognitivă pentru competența socială și este un factor important care contribuie la succesul activităților sociale, cum ar fi munca și relațiile interpersonale” (Greenspan și Love, 1997). Ideea comună a acestor definiții este faptul că inteligența socială este acea cunoaștere sau înțelegere de care o persoană are nevoie pentru a activa în mod eficient și confortabil pentru sine și pentru ceilalți în societate. Specialiștii consideră că inteligența socială nu este

de origine pur cognitivă, deoarece aceasta reprezintă abilitatea de a acționa cu înțelepciune în cadrul relațiilor umane, astfel că s-a propus ca aceasta să fie definită mai degrabă prin termeni precum cunoaștere socială și facilitare socială (Goleman, 2006). Sub noua umbrelă a cunoașterii sociale vom regăsi elemente precum empatia (a simți ca celălalt), dar și limbajul afectiv non-verbal, cât despre facilitarea socială, aici vom descoperi grija individului față de nevoile celorlalți și comportamentul activ al acestuia ca o consecință a acestor nevoi. Programele de intervenție terapeutică ameliorează daunele psihologice create adolescenților din familii incomplete și pot contribui la dezvoltarea lor emoțională și socială, cu beneficii atât în planul bunăstării psihologice personale, cât și sociale, prin creșterea atitudinilor și comportamentelor prosociale.

Cuvinte-cheie: inteligență emoțională, stare de bine, adolescent, inteligență socială.

Social intelligence is represented by the ability to understand and work with people, the sensitivity to social stimuli and cues, "*the individual's fund of knowledge about the social world*" [8, pp. 359-379].

The common thrust is that social intelligence is that knowledge or understanding that a person needs to function effectively and feel comfortably with himself and others in society, "the ability to understand the feelings, thoughts, and behaviors of persons, including oneself, in interpersonal situations and to act appropriately upon that understanding" [15, p. 52].

Specialists believe that social intelligence is not of purely cognitive origin, because it represents "*the ability to act wisely in human relationships*" [25, p. 228], so it was proposed that it be defined rather by terms such as **social knowledge** and **social facilitation** [ibidem].

Under the new umbrella of **social knowledge** we will find elements such as empathy (feeling like the other), but also non-verbal affective language, as for **social facilitation**, here we will discover the care of the individual towards the needs of others and his active behavior as a consequence of these need.

Theoretical aspects of socio-emotional skills

Theoretical milestones in the conceptualization of socio-emotional skills:

1. Emotional competences represent those interpersonal skills such as social or intrapersonal skills such as awareness of one's own emotions and managing emotions [27, p. 4].
2. The ways in which the person expresses the management of emotions in life situations and professional situations, related to the workplace [21, p. 10].
3. The ability to identify, understand, express and control one's own and others' emotions [9, p. 827].
4. Socio-emotional competences involve the ability to continuously improve skills to effectively manage environmental challenges (Seal, Beauchamp, Miguel, Scott, Naumann, Dong and Galal, 2012) [19, p. 1].
5. Socio-emotional competences include the ability to self-motivate, persist in the face of impulses, control impulses, delay gratification, regulate one's own states, empathy and hope [24, p. 163].

Aspects of specialized research in social intelligence

The study of social intelligence has been conducted through several types of empirical approaches, such as **psychometric**, **ideographic**, and **implicit theories**.

Regarding the **psychometric approach**, proponents of this method believe that a person's psychological attributes can be identified, measured and compared, for them social intelligence represents a series of traits and abilities that the respective persons possess. Thorndike (1920)

noted that social intelligence *"requires human beings to respond to, time to adapt its responses, and face, voice, gesture, and mien as tools"* [25, p. 231]. Thus, individual performance on tasks related to social intelligence, such as judgment in social situations or recognizing the mental state of a speaker, can be measured, evaluated and compared.

Ideographic approach is supported by Cantor and Kihlstrom (1987, apud Kihlstrom and Cantor 2000), followed by Taylor (1990, idem), who try to understand the cognitive structures and processes that underlie human personality, how they are constructed and how in which they operate in people's lives, without raising the issue of measuring individual social intelligence according to psychometric norms and standards [2, pp. 359-379]. The implicit theoretical approach is a method promoted in some specialist studies that has focused on discovering what people mean by social intelligence by investigating the understanding of this concept.

The psychometric and ideographic approaches are in a relationship of complementarity, this conception identifying the cognitive and affective processes involved in social intelligence. In this way an attempt is made to explain how social intelligence is acquired and how it works. Here the psychometric approach has the role of evaluating the degree to which different representative elements are used and establishes which ones are part of the composition of social intelligence, as defined by the ideographic approach. A first conclusion that can be drawn from this is that social intelligence is different from academic intelligence. Researchers have found sufficient evidence to separate academic intelligence from behavioral efficiency. This evidence was also confirmed by other psychologists as Lee, Wong, Day, Maxwell and Thorpe, (2000) who captured aspects of social intelligence through personality questionnaires administered to a number of 169 students, who validated the multidimensional character of social and academic intelligence, which according to them represent two distinct domains [10, p. 539-553].

Social intelligence research is interested in the mechanisms used in interpersonal situations for balanced social functioning, such as types of memory, cognition, affective card, interpretive skills, and problem-solving skills.

Social-cognitive units are represented by a series of variables such as beliefs, desires, feelings, expectations, values and self-regulatory plans that can be activated in two situations: either as a response to the external situations in which a person is, or as a response to the internal stimuli that a person experiences, and the repeated use of these sets of variables can lead to the construction of stable personality traits.

Social psychologists Ross and Nisbett (1991) describes a conceptual triad that places situations, constructs and a tension system. Situations and constructions are at the base of the tripod and are related to cognitive and affective constructions, the third element of the triad being the tension system, a concept that refers to the idea that the psyche and individual behavior dynamically coexist in a field of forces. Therefore, in order to decipher a person's behavior, it is necessary to identify and know all these forces within the field in which that behavior is manifested.

Research in the field of social intelligence enables the understanding of the cognitive-affective processes that participate in the perception and interpretation of social situations. Also included in this framework are studies on how a number of elements shape and influence constructive processes, such as cultural norms, interpersonal dynamics and other factors representative of tension systems. Social knowledge is part of the set of knowledge that social

intelligence includes as material for study and investigation, including knowledge of cultural norms and ways of applying them in various situations.

Social intelligence, social competence and social incompetence

Social intelligence implies the same knowledge, skills and competences as social competence, with the difference that, in a socially intelligent person, knowledge is better integrated, deeper and more easily accessible, skills and abilities are more developed and more effectively used in social interactions of the individual. The result is therefore that social intelligence stands at a higher level than social skills, its achievement presupposing effort, time and becoming. Thus, social intelligence can be seen as a form of expertise.

This principle also applies to the dyad of academic intelligence and academic competence. Thus, if we say of someone that he possesses academic intelligence, that person is ascribed both the knowledge and the skills necessary to use that knowledge. In other words, academic intelligence does not only involve the possession of crystallized intelligence, as researchers call it, but also fluid intelligence, that is, the ability to think flexibly and creatively according to the situations that the person may encounter [10, pp. 539-553].

Academic competence involves certain limitations in the student's potential to to acquire knowledge and skills as well as to demonstrate fluid intelligence and processing skills. Thus, a person who is said to possess academic competence will possess sufficient theoretical knowledge as well as the necessary skills to use it, but only so much as to "get by". The performance level is there, it's adequate, but it doesn't excel at anything in particular. Academic intelligence implies, apart from a higher degree of knowledge of acquired content and better application skills, more **potential**.

Academic incompetence can be included. To say that someone is academically incompetent in a subject is actually to say that the person's performance is below the minimum of some standards, either because he or she has not properly mastered the content of the subject or because he or she lacks the skills necessary to put that knowledge into practice, even if it is not capable of solving new problems based on prior knowledge. The explanations for academic incompetence can be diverse, for example the person is not motivated enough or fails to reach an adequate level of understanding of some problems.

Social competence requires a division of functions, and we refer here to social participation and a person's role as a social observer. It can have an active social life by performing a multitude of social functions, by being involved in social situations and by the differentiation provided by its cognitions on the way it processes them. The position occupied by this person depends on a number of aspects of the social scene, for example if the person is not paying attention to what is happening around him (does not perform the function of an observer), either by observing what is happening around him, but does not interpret correctly (does not possess the skills necessary for adequate social perception) and thus is unable to provide concrete (and correct) social reactions. Other times it may happen that an individual is socially competent and has the necessary social knowledge base, but does not exhibit that fluid intelligence, that is, is not able to flexibly apply knowledge to new social situations encountered.

A person endowed with social intelligence is engaged in social life as a participant with an integrative role, as a result of the fact that he is capable of mental representations of social life starting from the foundations he owns and on the basis of which he acts. This type of person is most often able to decipher their peers accurately and possesses all the knowledge and norms

that underlie social interactions. They have the ability to easily achieve their goals and show the flexibility to apply their entire body of knowledge to any new social situation that may arise. Social intelligence is not a goal within everyone's reach, and achieving this attribute requires a lot of time and effort, as well as a very high degree of personal motivation.

The demarcation *between intelligence, competence, and social incompetence* is not as clear in real life as it appears in theoretical models. Often a person can be competent in one area of social life and incompetent in another. Moreover, the degree of competence can also differ depending on the social situation, things are not always identical. Competence and incompetence are most often a problem of gradualness, since social situations are not identical either. Beyond competence, a person can be considered to have social intelligence in a number of areas and be merely competent in others, and why not, downright incompetent in a few. However, once a person has acquired social intelligence, adjusting their level to other areas in which they are not so proficient should not be a problem.

Background and difficulties in defining social intelligence

As a discipline, social intelligence could for example be used to improve the field of artificial intelligence in an AI context such as robotics. In a second example, Hatch and Gardner I argue that the art of leading would be a sui-generis form of social intelligence specialized in recognizing the feelings of others and having the ability to make quick connections with them (which could be an explanation of charisma). According to these researchers, the components of social intelligence are:

- **Organizational skill**, an essential trait for any leader involved in initiating and coordinating the effort of group members. This talent is part of the mandatory props of individuals who carry out certain activities, such as directors, military commanders, business directors or captains of sports games: they must be able to organize and lead their groups - a talent that manifests itself from the earliest age, the child thus gifted will take over the leadership of the game and make decisions for each individual, becoming the leader of his group.
- **Negotiating solutions** requires a mediator's talent, dealing with the prevention of conflicts and their resolution on peaceful and fair principles. Individuals who excel in these skills can easily pursue careers in diplomacy, mediation, or negotiation. This talent also manifests itself from the earliest ages, the child thus gifted becoming a mediator for arguments on the playground.
- **Personal connections** refer to relating to others, being a skill based on empathy. People who possess this ability are good friends and good business partners. Children who can easily decipher facial expressions (and reproduce them!) are much more talented in this area compared to their peers who cannot do the same.
- **Social analysis** is the ability to discern what lies behind a person's feelings, motives, and concerns. People with this ability can become successful therapists, counselors, or even novelists or playwrights.

These skills are an integrated part of "interpersonal politics", being the necessary ingredients for social success, and, as I said, even charisma.

The first attempts to measure social intelligence were based on Thorndike's idea (Thorndike, 1920, apud Cantor, 2000), according to which intelligence would have three sides [2, pp. 359-379], related to:

- **Abstract intelligence**, given by the ability to understand and manipulate ideas,
- **Mechanical intelligence**, materialized by the ability to understand and manipulate concrete objects,
- **Social intelligence**, embodied by the ability to understand and manipulate people.

Moss and Hunt (Moss and Hunt, 1927, apud Cantor, 2000) defined social intelligence similarly as "*the ability to get along with others*" [2, p. 108].

Vernon (1993) offers the most comprehensive definition of the concept of social intelligence for that period: "*the individual's ability to get along with others, generally ease in society, knowledge of social matters, sensitivity to stimuli provided by other members of the group and also intuition temporary moods or personality traits that might explain them*" [28, p. 44].

Currently, although social intelligence is increasingly highlighted as an individual characteristic, the research undertaken has not been able to demonstrate its validity [23, pp. 313-319]. Difficulties and inconsistencies in the perception of the construct of social intelligence are particularly related to the different ways in which attempts are made to define this concept.

Researchers have agreed that social intelligence is a multidimensional construct, but there is still no well-founded, universally recognized definition. The many overlapping similarities contain the constructs called "emotional intelligence", "social competence", "practical intelligence" etc. [12, pp. 66-77].

The difference between the constructs is not clear and this contributes to the use of different terminologies in research, the most serious inconsistency being the emphasis on the behavioral as well as the cognitive components of social intelligence.

A number of authors believe that any social component should be qualified and categorized as social intelligence, while others use a narrow interpretation of social intelligence, and a third category considers social intelligence an element of adaptability in social performance. Also, some of these researchers tend to favor the psychometric approach, while others strongly believe in the personality theory that presents social intelligence.

Communication

Communication styles in conflict resolution

A common approach to communication takes into account individual conflict management styles. A frequent approach is that developed by the Thomas-Kilmann couple. As can be seen from fig. 1, the first axis denotes assertiveness and the other cooperation. According to these axes, 5 styles of communication/behavior in conflict situations are described.

Competitive/directive – people with this preference have a high level of assertiveness, but a low level of cooperation. They focus on their own agenda and are not too concerned about maintaining the relationship. These people tend to focus on exercising power.

Collaboration/cooperation – people who prefer this style have high levels of assertiveness and cooperativeness. They focus on their own agenda, but they also want to maintain the relationship. These people are probably the most attentive to achieving a "win-win" resolution to extinguish conflicts.

Accommodation/harmonization – those who prefer this style have high levels of cooperation, but low levels of self-confidence. They tend to focus more on the relationship than their own agenda. They are inclined to give in to each other's wishes in order to maintain the relationship.

Avoidance – in the face of conflict, some people are neither assertive nor cooperative. These people tend to withdraw or postpone attempts to resolve the conflict.

The compromise – those who prefer compromise have a moderate and balanced approach to both assertiveness (self-belief) and cooperation. They have some concerns about their own agenda, but also a serious concern about the relationship. Those with this style look for a moderating position and try to resolve the conflict relatively quickly. based on this position in a relatively quick way.



Figure 1. Conflict management

We cannot say that one style of conflict management is better than others, it depends a lot on the situation. But each of us adopts a certain style. That is why it is recommended that each of us train in dealing with styles that we do not prefer in order to be prepared for different situations.

The role of the family in the social-emotional development of adolescents

Children and adolescents seem to be more prone to problem behavior when they are raised by a single parent [3, pp. 3-8] [29, pp. 139-153]. Sieh (2012) define a single-parent family as a family in which one or more children live with one parent [22, pp. 384-397]. In 2007, the percentage of children living in single-parent families was estimated at 14% in European countries (Organization for Economic Cooperation and Development, 2014). Behavioral problems of children from single-parent families consist of lower school achievement, impaired social development (eg, problems getting along with parents, teachers or peers) and more delinquent behavior [11, pp. 75-82] [32, pp. 139-153]. According to Blum (2000) and Lipman (2002), children from single-parent families are also at increased risk of developing psychiatric problems, such as driving problems, depressive symptoms, anxiety, and suicidal thoughts or attempts [1, pp. 1879-1884] [11, pp. 75-82]. Furthermore, they are much more likely to smoke and present a greater risk of underage drinking and substance abuse [3, pp. 3-8] [13, pp. 876-893] [29, pp. 128-143]. Carlsund (2012) found that 15-year-olds from single-parent families were almost twice as likely to smoke, drink and have first intercourse earlier than teenagers from non-separated families [3, pp. 3-8]. Blum (2000) found similar results in these risk behaviors [1, pp. 1879-1884], although the differences between single parents and non-separated families appear to be as large compared to those found by Carlsund (2012) [3, pp. 3-8].

With an increasing number of single-parent families and an increased risk of problem behavior in children from single-parent families, it is important to investigate why children from single-parent families exhibit higher risk behavior. Identifying the mechanisms that lead to

increased problem behavior could help develop preventive measures. One possible mechanism that causes problem behavior is parent-child attachment [4, pp. 364-379]. To our knowledge, no studies have investigated whether children or adolescents from single-parent families have lower parent-child attachment quality than those from non-separated families. The purpose of this study is to identify risk factors for lower quality of parent-child attachment by investigating whether and to what extent family type influences parent-child attachment as experienced by adolescents.

Experimental research of the socio-emotional profile

The purpose of this research lies in the identification of the socio-emotional characteristics of adolescents from single-parent families.

The objectives of the ascertainment research are the following:

1. Identifying the particularities of socio-emotional skills
2. Identifying communication styles
3. Investigating self-concept.

In this experiment, we stated the following **general hypothesis**: the single-parent family environment can be a dysfunctional factor in the socio-emotional development of adolescents. The general hypothesis allowed the advancement of the following working hypotheses:

Hypothesis 1. We assume that adolescents from single-parent families register a lower level of development of socio-emotional skills than adolescents from single-parent families (ref. To self-management and influence on others).

Hypothesis 2. We estimate that adolescents from single-parent families differ in terms of socio-relational quality from adolescents from single-parent families.

Hypothesis 3. We hypothesize that the communication styles of adolescents from single-parent and complete families are different.

Research methodology. The experimental research was based on the theoretical study on the influence of the family structure on the development of the socio-emotional profile of adolescents.

The research variables are:

1. Emotional competences : self-management and influence on others
2. Communication styles.

In order to fulfill the proposed objectives, we have chosen a series of methods and techniques to examine the investigated variables as validly as possible:

Delaware Social-Emotional Competence Scale

The Delaware Social-Emotional Competency Scale (DSECS-S) (Mantz, 2018), the Social-Emotional Competency Scale composed of two specific factors 1. Self-Management and 2. Influence on Others. The total social-emotional competence score is significantly and positively correlated with students' cognitive, behavioral-emotional engagement. At the academic level, social-emotional competence correlated positively with academic achievement and negatively with suspensions/expulsions [14, pp. 137-157].

Thomas-Kilmann Communication Style Questionnaire

Conflict style inventories have been used since the 1960s, most of them based on the leadership grid developed by Robert R. Blake and Jane Mouton. In 1999, CPP, Inc (Mountain View, CA) acquired Xicom and is currently the sole international publisher and distributor of TKI. In this request, only a section of this inventory is used, the one available to the public on the publisher's website. TKI uses two axes called "self-confidence" and "cooperation". TKI

identifies five different conflict styles: Competing (assertive, uncooperative), Avoiding (unassertive, uncooperative), Accommodating (unassertive, cooperative), Collaborative (assertive, cooperative), and Compromise (intermediate assertiveness and cooperation).

Self Concept Scale

The Self-concept Scale is part of the APS-SF Test (Reynolds, 1998) [17, pp. 295-312], it includes nine items that evaluate the fundamental aspects of self-concept and self-esteem. The scale assesses two broad domains of self-concept: (a) feelings of worthlessness and self-denigration, and (b) physical and social self-concept and perception of evaluation by others. The Self-Concept items are designed so that high scores indicate a low level of self-esteem and self-concept.

Psychotherapeutic intervention and statistical-mathematical methods after therapy

The psychological intervention took place over 12 modules and had the following objectives:

- Development of social intelligence
- Emotional maturation

Training technique:

Cognitive-behavioral therapy (role play and psychodrama methods). The intervention program lasted for 6 months, each meeting lasting 2 hours.

For data analysis we use descriptive and inferential techniques, the IT processing being carried out with IBM SPSS Statistic 25 and Microsoft Excel Plus 2016 programs.

Comparative analysis of GE/retest and GC/retest. The U Mann-Whitney test shows us that the level of manifestation of **self-management** is significantly higher in adolescents who participated in the psychological intervention (GE) compared to those who did not participate in the intervention (GC).

Table 1. Means and Rank Sums for Self-Management and Dimensions, GE/retest and GC/retest Ranks

| | Group | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-----------------------------------------|--------------|-----------|-----------|--------------|
| MS total retest | GE | 12 | 16.38 | 196.50 |
| | GC | 12 | 8.63 | 103.50 |
| | Total | 24 | | |
| MS self-awareness retest | GE | 12 | 15.71 | 188.50 |
| | GC | 12 | 9.29 | 111.50 |
| | Total | 24 | | |
| MS self-tuning retest | GE | 12 | 10.92 | 131.00 |
| | GC | 12 | 14.08 | 169.00 |
| | Total | 24 | | |
| MS emotional self-control retest | GE | 12 | 15.54 | 186.50 |
| | GC | 12 | 9.46 | 113.50 |
| | Total | 24 | | |
| MS flexibility retest | GE | 12 | 16.46 | 197.50 |
| | GC | 12 | 8.54 | 102.50 |
| | Total | 24 | | |
| MS Motivation retest | GE | 12 | 14.50 | 174.00 |
| | GC | 12 | 10.50 | 126.00 |
| | Total | 24 | | |
| MS retest achievements | GE | 12 | 11.67 | 140.00 |

| | | | | |
|--------------------------|-------|----|-------|--------|
| | GC | 12 | 13.33 | 160.00 |
| | Total | 24 | | |
| MS good condition retest | GE | 12 | 14.29 | 171.50 |
| | GC | 12 | 10.71 | 128.50 |
| | Total | 24 | | |

Table 2. Mann-Whitney U-test for MS and dimensions, GE/retest and GC/retest
Test Statistics ^a

| | MS total retest | MS self-awareness retest | MS self-tuning retest | MS emotional self-control retest | MS flexibility retest | MS Motivation retest | MS retest achievements | MS good condition retest |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|--------------------------|
| Mann-Whitney U | 25,500 | 33,500 | 53,000 | 35,500 | 24,500 | 48,000 | 62,000 | 50,500 |
| Wilcoxon W | 103,500 | 111,500 | 131,000 | 113,500 | 102,500 | 126,000 | 140,000 | 128,500 |
| Z | -2,688 | -2,251 | -1,103 | -2,144 | -2,770 | -1,409 | -.584 | -1,254 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .007 | .024 | .270 | .032 | .006 | .159 | .559 | .210 |
| Exactly Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .006 ^b | .024 ^b | .291 ^b | .033 ^b | .005 ^b | .178 ^b | .590 ^b | .219 ^b |

a. Grouping Variable: Grup

b. Not corrected for ties

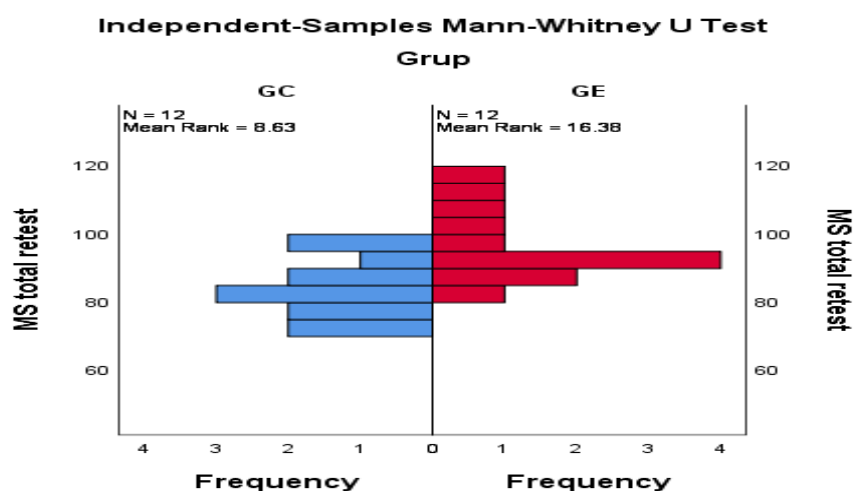


Figure 2. Histogram for Self Management, GE and GC (retest)

GE test/retest comparative analysis

The Wilcoxon test (difference of ranks for two paired samples) shows us that the level of manifestation of Self-Management is significantly higher in adolescents who participated in the psychological intervention compared to the initial stage ($Z=-3.065$, $p=0.002$).

Table 3. Mean ranks for Self-Management, GE test and retest

| | | Ranks | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| MS total retest - MS total test | Negative Ranks | 0^a | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 12^b | 6.50 | 78.00 |
| | Ties | 0^c | | |
| | Total | 12 | | |
| MS self-awareness retest - MS self-awareness test | Negative Ranks | 0^d | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 11^{a,m} | 6.00^{am} | 66.00 |
| | Ties | 1^f | | |
| | Total | 12 | | |
| MS self-tuning retest - MS self-tuning test | Negative Ranks | 0^g | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 10^{a,m} | 5.50 | 55.00 |
| | Ties | 2ⁱ | | |
| | Total | 12 | | |
| MS emotional self-control retest - MS emotional self-control test | Negative Ranks | 0^j | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 11^k | 6.00^{am} | 66.00 |
| | Ties | 1^l | | |
| | Total | 12 | | |
| MS flexibility retest - MS flexibility test | Negative Ranks | 1^{meter} | 1.50 | 1.50 |
| | Positive Ranks | 8ⁿ | 5.44 | 43.50 |
| | Ties | 3^o | | |
| | Total | 12 | | |
| MS Motivation retest - MS Motivation test | Negative Ranks | 0^p | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 10^{sq} | 5.50 | 55.00 |
| | Ties | 2^r | | |
| | Total | 12 | | |
| MS retest results - MS test results | Negative Ranks | 0^s | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 8^t | 4.50 | 36.00 |
| | Ties | 4^u | | |
| | Total | 12 | | |
| MS health status retest - MS health status test | Negative Ranks | 0^v | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 10^w | 5.50 | 55.00 |
| | Ties | 2^x | | |
| | Total | 12 | | |

Table 4. Wilcoxon test for Self-Management and components, GE test and retest

| Test Statistics ^a | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| | MS total retest - MS total test | MS self-awareness retest - MS self-awareness test | MS self-tuning retest - MS self-tuning test | MS emotional self-control retest - MS emotional self-control test | MS flexibility retest - MS flexibility test | MS Motivation retest - MS Motivation test | MS retest results - MS test results | MS health status retest - MS health status test |
| Z | -3.065 ^b | -2,956 ^b | -2,814 ^b | -2,956 ^b | -2,501 ^b | -2,823 ^b | -2,555 ^b | -2,823 ^b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .002 | .003 | .005 | .003 | .012 | .005 | .011 | .005 |

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

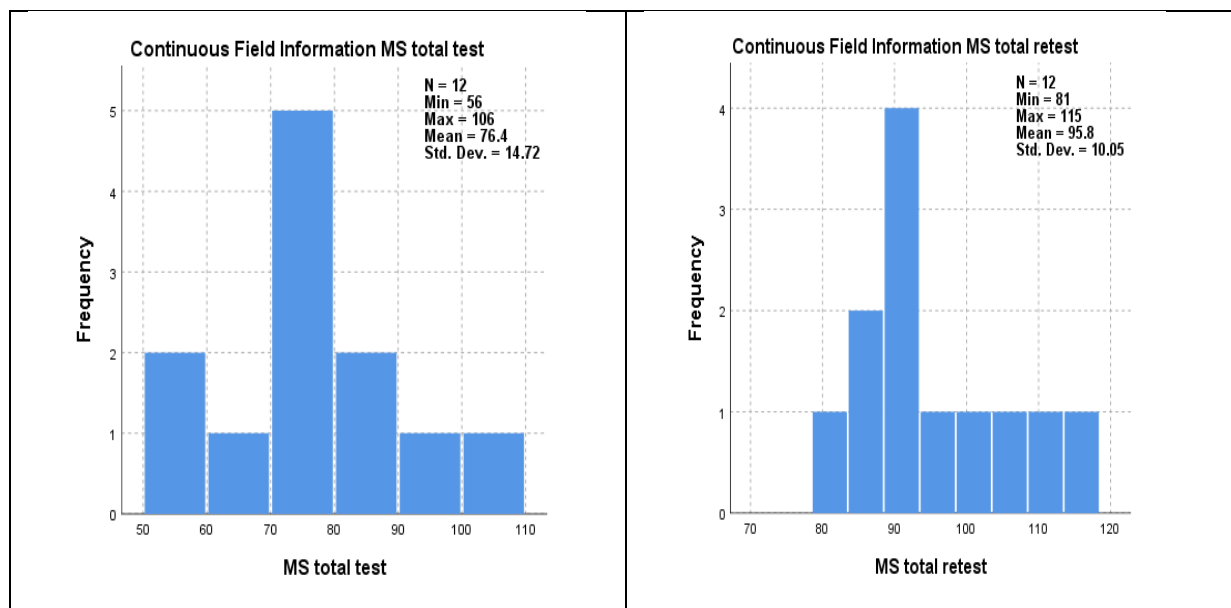


Figure 3. Histograms for Global Self-Management, GE test and retest

GC test/retest comparative analysis. The Wilcoxon test shows us non-significant differences for GC in the test and retest stages.

Emotional maturity

GE retest/GC retest comparative analysis

Emotional maturity was assessed with *the Friedman Scale*.

The Mann-Whitney U test shows us that the level of maturity is significantly higher among young people who participated in the psychological intervention (GE) compared to those who did not participate in the intervention (GC) (U=32, N1=12, N2=12 , p=0.019).

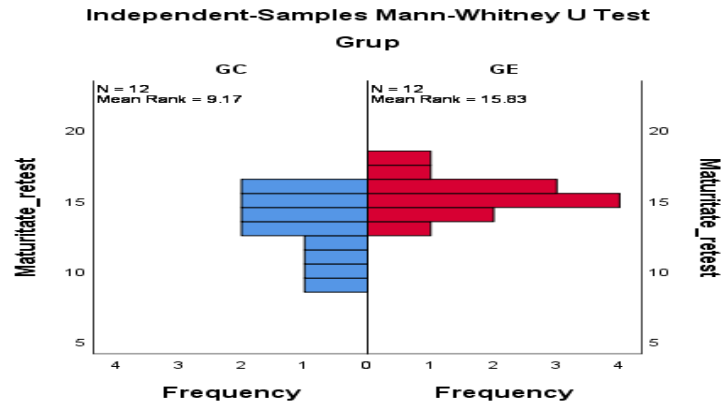


Figure 4. Histogram for Emotional Maturity, GE and GC retest

Comparative analysis GE/ test/retest

The Wilcoxon test (difference of ranks for two paired samples) shows us that the level of emotional maturity is significantly higher in young people who participated in the psychological intervention (GE/retest) compared to the initial stage (GE/test) ($Z=3.086$, $p= 0.002$).

**Table 6. Wilcoxon Test for Emotional Maturity, GE test-retest
Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test Summary**

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| Total N | 12 |
| Statistical Test | 78,000 |
| Standard Error | 12,639 |
| Standardized Test Statistics | 3,086 |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | 002 |

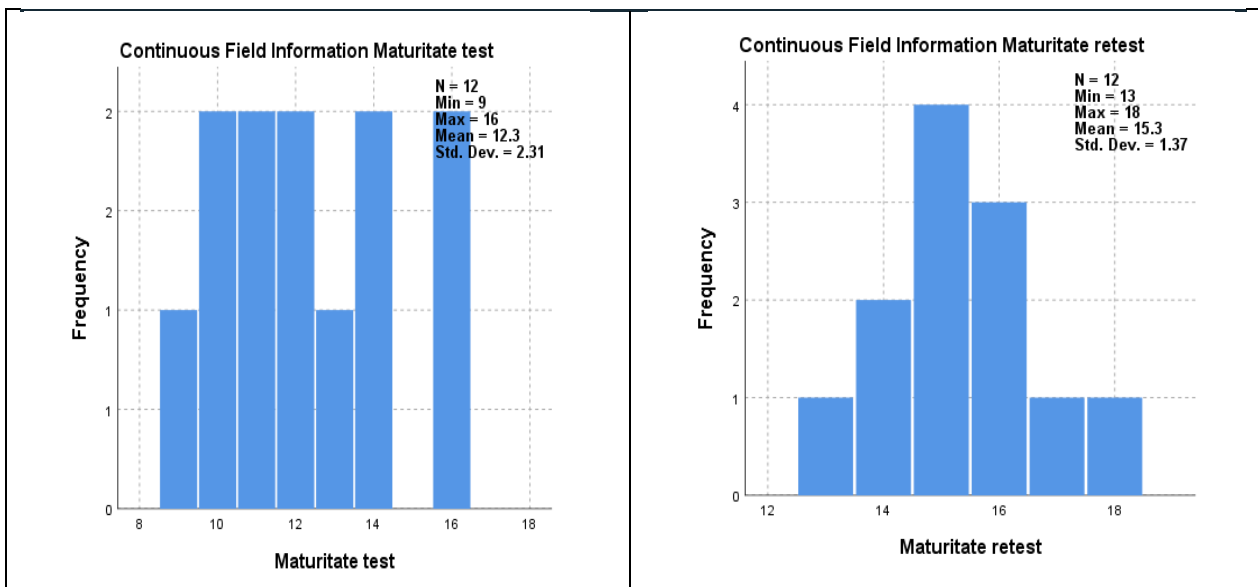


Figure 5. Histograms for Emotional Maturity, GE test and retest

GC test/retest comparative analysis

The Wilcoxon test shows us non-significant differences for GC in the test and retest stages.

Psychological well-being

Comparative analysis GE retest/ GC test

Well-being was investigated with the Psychological Wellbeing (PWB) Scale (Ryff et al., 2007; adapted from Ryff, 1989). The Mann-Whitney U test shows us significant differences between the scores of adolescents who participated in the intervention program and those who did not, on the 6 dimensions of psychological well-being:

Table 7. Wilcoxon Test for Psychological Well-Being GE retest/ GC test

| Test Statistics ^a | WB autonomy retest | WB environment mastery | WB personal growth | WB positive relationships retest | WB purpose in life | WB self-acceptance retest |
|----------------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------------|
| Mann-Whitney U | 26,000 | 24,000 | .000 | .500 | 3,000 | .000 |
| Wilcoxon W | 104,000 | 102,000 | 78,000 | 78,500 | 81,000 | 78,000 |
| Z | -2,685 | -2,812 | -4,172 | -4,150 | -4,000 | -4,175 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .007 | .005 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| Exactly Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .007 ^b | .005 ^b | .000 ^b | .000 ^b | .000 ^b | .000 ^b |

GE test/retest comparative analysis

The Wilcoxon test (difference of ranks for two paired samples) shows us that the manifestation levels of the Psychological Well-Being (WB) dimensions are significantly higher in the young people who participated in the psychological intervention.

Table 8. Wilcoxon Test for the Well-Being Scale (WB), GE/test and GE/retest

| Test Statistics ^a | WB autonomy | WB environmental mastery | WB personal growth | WB positive relations | WB purpose in life | WB self-acceptance |
|------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|
| Z | -3,165 ^b | -3,108 ^b | -3,069 ^b | -3,084 ^b | -3,070 ^b | -3,088 ^b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .003 | .001 | .000 | .002 | .000 | .002 |

GC test/retest

The Wilcoxon test shows us non-significant differences for GC in the test and retest stages.

Conclusions

After participating in the intervention program to facilitate the development of socio-emotional skills in adolescents from single-parent families, it was found that:

1. Improved the Furious Suffering component and increased Willingness and target-corrected Partnership, as a result of reducing the sense of frustration and injustice resulting from perceived hostile conditions.
2. Self-management strategies improved (self-awareness, emotional self-regulation, emotional self-control, flexibility, motivation, achievement, well-being).

3. Increased the level of manifestation of Social Intelligence (components such as empathy, energy, social skills, tolerance, persuasion, leadership, responsible decisions).
4. The level of emotional maturity has increased.
5. The perception of psychological well-being improved both globally and by increasing the feelings of personal Autonomy, Mastery of the environment and personal growth and self-acceptance, the perception of improved relationships, the awareness of a purpose in life despite adversities.

In conclusion, the functions of the family have moved from the instrumental-economic ones to the expressive-emotional ones, one of the most important functions of the family being the socialization of children; the family constitutes a socio-affective background for children (Iluț, 2004). Significant people in the child's life mediate the internalization of the social world. The social world appears to the child filtered through the social status and the axiological profile of significant persons.

Therapeutic intervention programs will ameliorate the psychological damage created for adolescents from incomplete families and can contribute to their emotional and social development, with benefits in terms of both personal and social psychological well-being by increasing prosocial attitudes and behaviors.

Bibliography:

1. BLUM, R.W., BEUHRING, T., SHEUW, M.L., BEARINGER, L.H., SIEVING, R.E., RESNICK, M.D. The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behavior. In: *American Journal of Public Health*. 2000, nr. 90, pp. 1879-1884. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.12.1879>
2. CANTOR, N., KINHLSTROM, J.F. Social Intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press., 2000, pp. 359-379. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511807947.017>
3. CARLSUND, A., ERIKSSON, U., LÖFSTEND, P., SELLSTRÖM, E. Risk behavior in Swedish adolescents: is shared physical custody after divorce a risk or protective factor? In: *European Journal of Public Health*. 2012, nr. 23, pp. 3-8. doi: 10.1093/eurpub/cks011
4. CARLSON, E.A., SAMPSON, M.C., SROUFE, L.A. Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. In: *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2003, nr. 5, pp. 364-379.
5. GOLEMAN, D. *Social intelligence: The new science of human relationships*. New York: Bantam Books. 81 THORNIKE, E.L. 1920, Intelligence and its use. In: *Harper's Magazine*. 2006, nr. 140, pp. 227-235.
6. GREENSPAN, S., LOVE, P.F. 1997, *Social intelligence and developmental disorder: Mental retardation, learning disabilities, and autism*, In WE MacLean (Ed.), *Ellis' handbook of mental deficiency: Psychological theory and research*, 3rd ed., pp. 311-342. Mahwah, NJ: Erlbaum.
7. ILUȚ, P., 2004, *Valori, atitudini și comportamente sociale*. Teme actuale de psihosociologie, Ed. Polirom, Iași.
8. KIHLSSTROM, JF, CANTOR, N., 2000, *Social Intelligence*. In: Sternberg, RJ (Ed.): *Handbook of Intelligence*, 2nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp. 359-379.
9. KOTSOU I, NELIS D, GRÉGOIRE J, MIKOLACZAK M., 2011, *Emotional plasticity: conditions and effects of improving emotional competence in adulthood*, *J Appl Psychol.*, p.827
10. LEE, J.-E., WONG, C.-M.T., DAY, J.D., MAXWELL, S.E., THORPE, P., 2000, *Social and academic intelligences: A multi-trait-multimethod study of their crystallized and fluid characteristics*. *Personality and Individual Differences*, 29(3), pp. 539-553.

11. LIPMAN, EL, BOYLE, MH, DOOLEY, MD, OFFORD, DR , 2002, *Child well-being in single-mother families*, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(1), pp. 75-82.
12. LUPTÁK, D., 2003, *Intelligence a intelligent behavior in context development of complex dynamic systems*. In: Ruisel, I. (Ed.): *Intelligence v different contexts*. (CD ROM) Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, pp. 66-77.
13. MANNING, WD, LAMB, KA , 2003, *Adolescent well-being in cohabiting, married, and single-parent families*, Journal of Marriage and Family, 65(4), pp. 876-893.
14. MANTZ, Lindsey, BEAR, George, YANG, Chunyan, HARRIS, Angela, 2018, *The Delaware Social-Emotional Competency Scale (DSECS-S): Evidence of Validity and Reliability*. Child Indicators Research, Springer;The International Society of Child Indicators (ISCI), vol. 11(1), pp. 137-157. DOI: 10.1007/s12187-016-9427-6
15. MARLOWE, H. A., 1986, *Social intelligence: Evidence for multidimensionality and construct independence*, Journal of Educational Psychology, 78(1), pp. 52-58.
16. OROSOVA, O., SARKOVA, M., MADARASOVA G.A., KATRENIKOVA, Z., 2004, *Socialna inteligencia, socialna competencia – definizione apcepaty v ich skrimeni*. Ceskoslovenska psychologie, 48, pp. 306-315.
17. REYNOLDS, W.M., MAZZA, J.J., 1998, *Reliability and validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with young adolescents*, Journal of School Psychology, 36, pp. 295-312. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0798>
18. ROSS, L., NISBETT, RE, 1991, McGraw-Hill series in social psychology, *The person and the situation: Perspectives of social psychology*, New York, NY, England: McGraw-Hill Book Company.
19. SEAL, BEAUCHAMP, MIGUEL, SCOTT, NAUMANN, DONG, GALAL, 2012, *Validation of a self-report instrument to assess social and emotional development*. Research in Higher Education Journal, 15, pp. 1-20.
20. SEAL, CRAIG, E., NAUMANN, 2010, *Social emotional development: a new model of student learning in higher education*, Research in Higher Education Journal. p. 10.
21. SEAL, C. R., ANDREWS-BROWN, A., 2010, *An integrative model of emotional intelligence: Emotional ability as a moderator of the mediated relationship of emotional quotient and emotional competence*, Organization Management Journal, 7(2), pp. 143-152.
22. SIEH, DS, MEIJER, AM, OORT, FJ, VISSER-MEILY, JMA, VAN der LEIJ, DAV, 2010, *Problem behavior in children with a chronically ill parent: A meta-analysis*, Clinical Child and Family Psychology Review, 3, pp. 384-397.
23. SILVERA, D., MARTINUSSEN, M., DAHL, T., 2001, *The Tomaso Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence*, Scandinavian Journal of Psychology, 42, pp. 313-319.
24. STEWART, MF, CHISHOLM, C, ALLEN, M., 2010, *Academic success of first year engineering students: Emotional intelligence a predictor?* Engineering Education 2010: Inspiring the Next Generation of Engineers, EE 2010, p.163
25. THORNDIKE, E. L., 1920, *Intelligence and its uses*, Harper's Monthly Magazine, 140, pp. 227-235.
26. VANASSCHE, S., SODERMANS, AK, MATTIJS, K., SWICEGOOD, G., 2014, *The effects of family type, family relationships and parental role models on delinquency and alcohol use among Flemish adolescents*, Journal of Child and Family Studies, 23, pp. 128-143. two: 10.1007/s10826-012-9699-5
27. VANDERVOORT, D., 2006, *The Importance of Emotional Intelligence in Higher Education*, Current psychology (New Brunswick, NJ). 25, p. 4.
28. VERNON, P.E. 1993, *Some characteristics of the good judge of personality*, Journal of Social Psychology, 4, pp. 5-42.
29. WEIHRAUCH, LW, SCHAFER, R., FRANZ, M., 2014, *Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: A randomized controlled trial*, Journal of Public Health, 22, pp. 139-153. two: 10.1007/s10389-013-0605-4

**DEZVOLTAREA PERSONALITĂȚII ELEVULUI MIC
ÎN FUNCȚIE DE SITUAȚIA SOCIALĂ DE DEZVOLTARE**

**THE DEVELOPMENT OF THE LITTLE STUDENT'S PERSONALITY
DEPENDING ON THE SOCIAL SITUATION OF DEVELOPMENT**

Igor RACU, dr. hab., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8143-4908
iracu64@yahoo.com

Alesea POPOV, master,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0005-0557-1421
rusalca.lesea@gmail.com

Igor RACU, Doctor Habilitatus, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Alesea POPOV, master,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.922.7

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p52-61

Abstract. This article presents the results of a theoretical-experimental constative study in which the development process of the small student's personality was studied according to the social development situation. We assumed that: different study environments (class with profile in arts (theatre), class without profile) influence personality traits in children of small school age; the different social climate of education (complete nuclear families, disadvantaged families) influences the development of the personality of young students, the personality of the young student in these different social situations of development differs according to the gender variable. The confirmatory experiment was carried out on a sample of 130 children aged between 8-10 years. The quantitative results obtained, the qualitative analysis, the statistical processing of the results allowed us to confirm the research hypotheses.

Keywords: personality, development, social development situation, study profile, psychological climate, primary school student.

De la Aristotel până în prezent, „psihologii au încercat să distingă personalitatea, aceasta fiind unul dintre cele mai studiate concepte ale psihologiei moderne” [1, p. 33], lansându-nun număr impresionant de opinii, teorii, convingeri și idei. Dezvoltarea personalității este o transformare continuă a individului și poate fi influențată de mulți factori, inclusiv experiențele personale, interacțiunile sociale și episoadele importante din viață. Din punct de vedere teoretic, dezvoltarea personalității a fost studiată de către diferiți savanți ai lumii, cercetători și experți în domeniu L.S. Vîgoțki, J. Piajet, Erik Erikson, S. Freud, G.W. Allport, H. Wallon, A. Binet, E. Verza, M. Zlate, Ig. Racu ș.a. Dezvoltarea personalității elevului mic se referă la modalitatea prin care copilul se formează și se dezvoltă ca individ, pe măsură ce crește și se

maturizează. Acest proces este influențat de mai mulți factori, inclusiv familie, mediu, experiențe, cultură și factori genetici și poate avea o continuitate pe tot parcursul vieții. În primii ani de viață, dezvoltarea personalității elevului mic are o influență mutuală din partea membrilor familiei și poate fi influențată și de interacțiunile cu mediul social. Prin imitație și feedbackul pozitiv oferit de adulți, copiii pot învăța conduite, valori și maniere. Experiențele pozitive sau negative, cum ar fi vigilența sau abandonul, pot avea, de asemenea, un impact major asupra dezvoltării personalității elevului mic.

În această perioadă, copiii de vârstă școlară mică încep a întâlni presiuni și probleme sociale și emoționale, cum ar fi comparația cu semenii, probleme cu colegii sau dificultăți legate de încrederea în sine. Prin întâlniri de consiliere sau prin practici pozitive, cum ar fi activități extracurriculare sau intervenții de grup, elevii mici pot învăța să gestioneze problemele apărute. În plus, micii școlari pot începe să își amplifice interese și pasiuni, cum ar fi sportul, arte sau științe, care pot participa la formarea personalității și la dezvoltarea abilităților. Ei pot învăța valori și atitudini prin participarea la activități sau prin feedbackul obținut de la membrii familiei și cadrele didactice. Mediul social în care se dezvoltă un elev poate avea un impact important asupra formării și dezvoltării personalității acestuia. Factorii sociali, cum ar fi familia, școala, comunitatea și cultura, pot influența modul în care un copil își construiește identitatea, își formează atitudini și valori, își dezvoltă abilitățile sociale și emoționale. Interacțiunile pozitive cu alți copii și adulți, modele pozitive de comportament și experiențe pozitive în școală și acasă pot ajuta la dezvoltarea unei personalități sigure și încrezătoare. Pe de altă parte, un mediu social mai puțin favorabil, caracterizat de conflicte familiale sau relații negative cu colegii sau învățătorii ș.a., poate avea un impact negativ asupra formării personalității elevului [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Scopul cercetării rezidă în cercetarea specificului de dezvoltare a personalității elevului mic în funcție de situația socială de dezvoltare.

Ipoteza generală: presupunem că elevii mici au diferențe în trăsăturile de personalitate, în funcție de situația socială de dezvoltare.

Ipoteza generală a dat posibilitatea să formulăm următoarele ipoteze de lucru.

Ipoteza 1: presupunem că mediile diferite de studii (clasă cu profil de arte (teatral), clasă fără profil) influențează trăsăturile de personalitate la copiii de vârstă școlară mică.

Ipoteza 2: presupunem că climatul social diferit de educație (familii nucleare incomplete, familii defavorizate) influențează asupra dezvoltării personalității elevilor mici.

Ipoteza 3: presupunem diferențe în personalitatea elevului mic în funcție de variabila de gen.

Eșantionul cercetării a fost: 130 de elevi din clasele a III-a și a IV-a cu vârsta cuprinsă între 8 și 10 ani.

Tabelul 1. Caracteristicile eșantionului

| № | | Clase cu profil teatral | | Clase fără profil | | Total |
|----|-------------|-------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------|
| | | Clasa a III-a „E” | Clasa a IV-a „E” | Clasa a III-a „B” | Clasa a IV-a „B” | |
| 1. | Fete | 19 | 17 | 10 | 17 | 63 |
| 2. | Băieți | 14 | 16 | 21 | 16 | 67 |
| 3. | Total copii | 33 | 33 | 31 | 33 | 130 |

| | | | | | | |
|----|-----------------------|----|----|----|----|----|
| 4. | Familii defavorizate | 16 | 10 | 12 | 17 | 55 |
| 5. | Cu mulți copii | 7 | 4 | 6 | 10 | 27 |
| 6. | Monoparentale | 4 | 1 | 0 | 4 | 9 |
| 7. | Temporar dezintegrate | 5 | 5 | 6 | 3 | 19 |
| 8. | Familii nucleare | 17 | 23 | 19 | 16 | 75 |

În experimentul de constatare au participat 130 de copii, dintre care 63 fete și 67 băieți, care au fost școlarizați în clase cu profil de arte (teatru), 66 copii, și, respectiv, în clase fără de profil, 64 de copii. În clasele cu profil teatral sunt 36 fete și 30 băieți, iar în clasele fără de profil avem 27 de fete și 37 de băieți.

Metodologia cercetării: au fost administrate cinci instrumente psihologice: Testul care măsoară inteligența emoțională la copii; Testul „SCARA” – Aprecierea stimei de sine; Diagnosticarea Autoaprecierii Stărilor Psihice (H. Eysenck); Ancheta pentru determinarea tipului de agresivitate la școlarii mici și Tehnica de studiere a stării de nervozitate și agresivitate la copiii de vârstă școlară mică.

Ipoteza de lucru 1: *presupunem că mediile diferite de studii (clasă cu profil de arte, clasă fără de profil) influențează asupra trăsăturilor de personalitate la copiii de vârstă școlară mică.*

Tabelul 2. Eșantionul în experimentul constatativ în funcție de profilul de studii

| Nr | Participanți | Clase cu profil de arte (teatru) | Clase fără de profil (l. străină) | Total |
|----|--------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| 1. | Fete | 36 (27,69 %) | 27 (20,77 %) | 63 (48,46 %) |
| 2. | Băieți | 30 (23,08 %) | 37 (28,46 %) | 67 (51,54 %) |
| 3. | Total | 66 (50,77 %) | 64 (49,23 %) | 130 (100 %) |

1. Identificarea gradului inteligenței emoționale la copiii de vârstă școlară mică în funcție de profilul de studii.

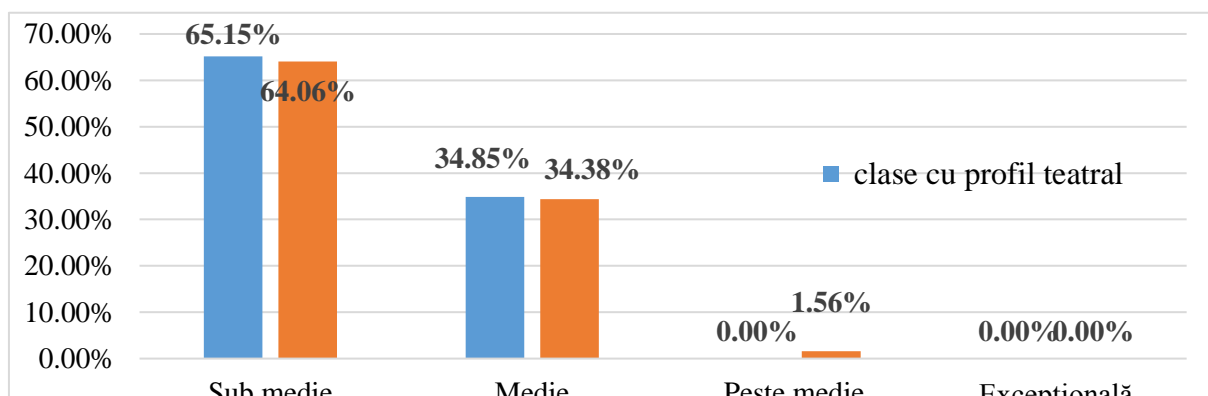


Figura 1. Rezultatele la Scala inteligenței emoționale în funcție de profilul de studii

Inteligența emoțională la copiii claselor III și IV este sub medie și medie, iar diferențe semnificative în funcție de variabila profil de studii nu sunt. Nivelul sub medie a fost constatat

la 43 (65,15%) de copii din clasele cu profil de arte și la 41 (64,06%) copii din clasele fără profil; copii cu inteligența emoțională medie 34,85% (23) din clase cu profil și 34,38% (22) din clase fără profil. Prelucrarea statistică a rezultatelor (t-Student) ne permite să constatăm lipsa diferențelor statistic semnificative ($t = -0,23108$, $p = 0,408812$) în funcție de variabila profil de studii la inteligența emoțională.

2. Studiul stimei de sine la copii de vârstă școlară mică în funcție de profilul de studii.

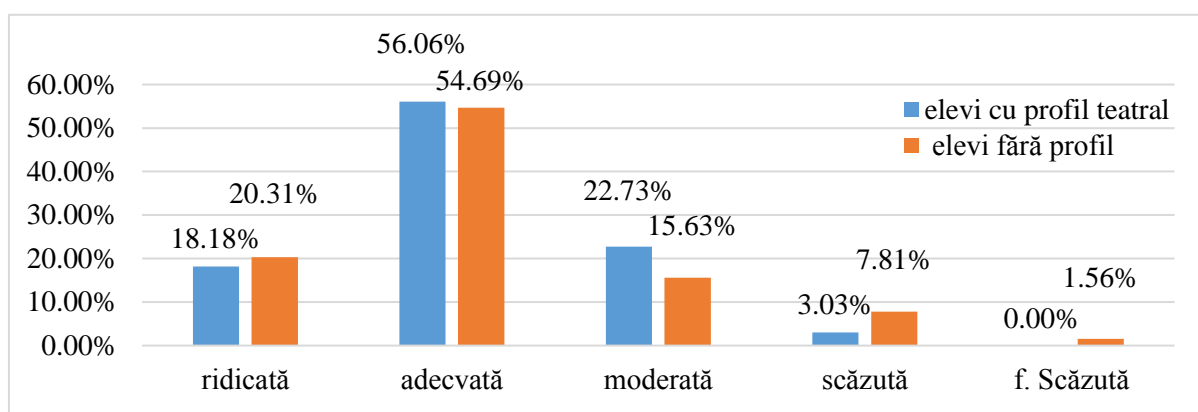


Figura 2. Distribuția rezultatelor la testul „Aprecierea stimei de sine”

Stima de sine la copii cu profil teatral este mai ridicată în comparație cu copiii din clasele fără profil: scorul ridicat la aprecierea stimei de sine este la 12 (18,18%) elevi cu profil teatral și la 13 (20,31%) copii fără profil; scorul adecvat la aprecierea stimei de sine se constată la 37 (56,06%) copii din clase cu profil teatral și 35 (54,69%) elevi din clase fără profil; 15 (22,73%) copii din clase cu profil teatral și 10 (15,63%) școlari din clase fără profil au manifestat stimă de sine moderată; aprecierea stimei de sine scăzută este la 2 (3,03%) elevi cu profil teatral și 5 (7,81%) copii din clase fără profil; iar aprecierea stimei de sine foarte scăzută se manifestă la 1 (1,56%) copil din clasă fără profil.

Rezultatele prelucrării statistice: $t = 0,04883$, $p = 0,480564$. Rezultatul nu este semnificativ la $p < 0,05$. Deci, nu sunt diferențe statistic semnificative în funcție de profilul de studii la aprecierea stimei de sine.

3. Diagnosticul Autoaprecierii Stărilor Psihice (H. Eysenck).

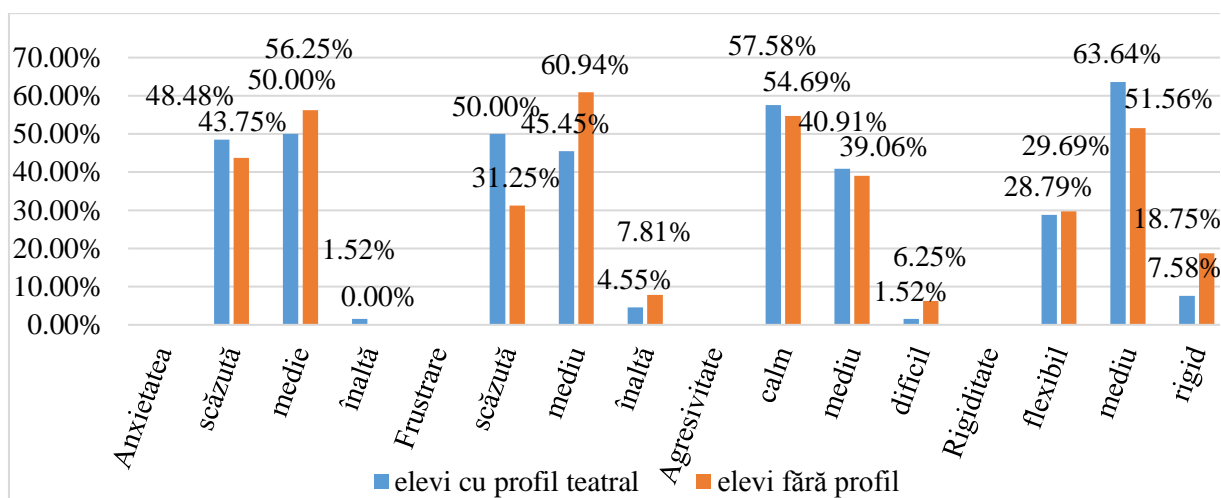


Figura 3. Distribuția rezultatelor la testul „Autoaprecierii stărilor psihice (H. Eysenck)”, variabila profilul de studii

Analizând datele, constatăm pentru *anxietate*: 48,48% (32) de copii din clase cu profil în arte și 43,75% (28) elevi fără profil au obținut nivel scăzut (anxietate ușoară). Cei mai mulți dintre elevi: 50,00% (33) cu profil în arte, respectiv 56,25% (36) școlari din clase fără profil au manifestat nivel mediu de anxietate; iar nivelul înalt de anxietate este constatat la 1,52% (1) copil din clasă cu profil în arte. La indicele *frustrare*: 50,00% (33) din copii cu profil și 31,25% (20) elevi din clase fără profil manifestă nivel redus de frustrare; 45,45% (30) din școlarii cu profil în arte și 60,94% (39) de elevi fără profil manifestă nivel moderat de frustrare; 4,55% (3) elevi cu profil și respectiv 7,81% (5) copii din clase fără profil au nivel ridicat de frustrare. La *agresivitate* am constatat: 57,58% (38) din școlari cu profil în arte și 54,69% (35) elevi fără profil prezintă nivel scăzut de agresivitate; 40,91% (27) copii din clase de profil în arte și respectiv 39,06% (25) copii din clase fără profil manifestă nivel mediu de agresivitate; 1,52% (1) din copii cu profil în arte și 6,25% (4) copii din clase fără profil manifestă nivel ridicat de agresivitate (sunt dificili). La scala *rigiditate*: 28,79% (19) din elevii cu profil teatral și 19 (29,69%) copii din clase fără profil prezintă un nivel scăzut de rigiditate; majoritatea copiilor 63,64% (42) din clase cu profil și 51,56% (33) din clase fără profil manifestă nivel mediu la rigiditate; 7,58% (5) din elevii cu profil în arte și 18,75% (12) școlari din clase fără profil au nivel înalt de rigiditate.

Rezultatele prelucrării statistice la testul „Autoaprecierii stărilor psihice” (H. Eysenck) sunt prezentate în tabelul ce urmează.

Tabelul 3. Rezultatele prelucrării statistice la testul „Autoaprecierii stărilor psihice”

| № | Indici | Valoarea t | Valoarea p | Semnificația rezultatului la $p < 0,05$ |
|----|--------------|------------|------------|-----------------------------------------|
| 1. | Anxietate | -0,84282 | 0,200451 | Rezultatul nu este semnificativ |
| 2. | Frustrare | -1,64106 | 0,05162 | Rezultatul nu este semnificativ |
| 3. | Agresivitate | -0,79829 | 0,213091 | Rezultatul nu este semnificativ |
| 4. | Rigiditate | -0,85181 | 0,197954 | Rezultatul nu este semnificativ |

Deci, nu au fost stabilite diferențe statistic semnificative în funcție de profilul de studii la autoaprecierea stărilor psihice potrivit indicilor de anxietate, frustrare, agresivitate și rigiditate.

4. Evaluarea agresivității.

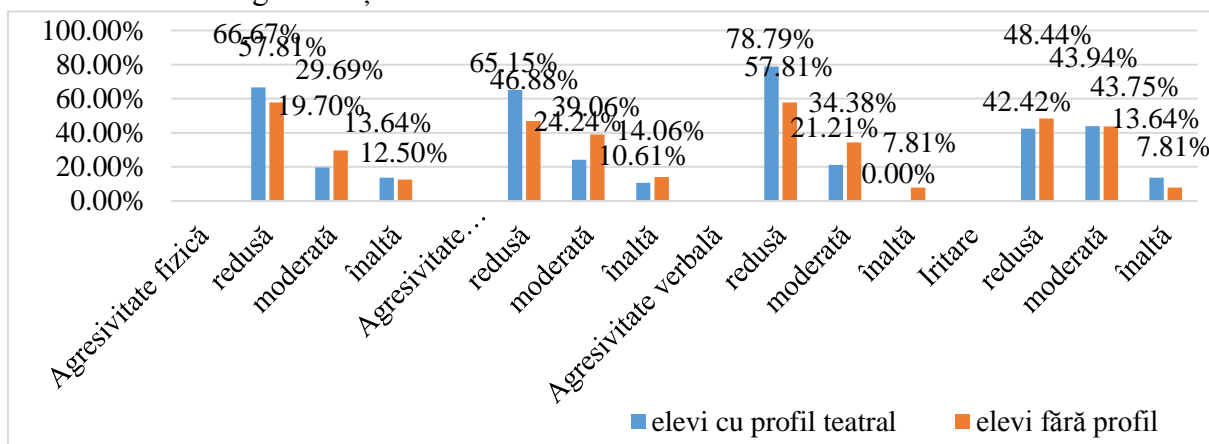


Figura 4. Distribuția rezultatelor la „Ancheta de determinare a tipului de agresivitate”, variabila profil de studii

Analizând datele, constatăm: *agresivitate fizică*: 66,67% (44) din copii din clase cu profil teatral și 57,81% (37) școlari din clase fără profil manifestă nivel scăzut; 19,70% (13) elevi cu profil în arte și 29,69% (19) școlari în clase fără profil manifestă nivel mediu de agresivitate fizică; nivelul înalt de agresivitate fizică a fost înregistrat la 13,64% (9) copii din clase cu profil teatral și 12,50% (8) copii fără de profil. La indicele *agresivitate indirectă*: 65,15% (43) din copii cu profil și 46,88% (30) elevi din clase fără profil manifestă nivel scăzut; 24,24% (16) din școlarii cu profil teatral și 39,06% (25) de elevi fără profil manifestă nivel moderat de agresivitate indirectă; 10,61% (7) din copii cu profil în arte și 14,06% (9) copii din clase fără profil manifestă nivel ridicat de agresivitate indirectă. *Agresivitatea verbală*: 78,79% (52) din școlari cu profil teatral și 57,81% (37) elevi fără profil prezintă nivel scăzut de agresivitate verbală; 21,21% (14) copii din clase de profil teatral și respectiv 34,38% (22) copii din clase fără profil au nivel mediu de agresivitate verbală; 7,81% (5) copii din clase fără profil manifestă nivel ridicat de agresivitate verbală. *Iritare*: 42,42% (28) din elevii cu profil în arte și 48,44% (31) școlari fără de profil prezintă nivel scăzut de iritare; 43,94% (29) copii din clase cu profil teatral și 43,75% (28) din clase fără de profil manifestă nivel mediu de iritare; 13,64% (9) din elevii cu profil în arte și 7,81% (5) școlari din clase fără profil au nivel înalt de iritare.

Rezultatele prelucrării statistice sunt prezentate mai jos.

Tabelul 4. Rezultatele prelucrării statistice „Ancheta de determinare a tipului de agresivitate”

| Nº | Indici | Valoarea t | Valoarea p | Semnificația rezultatului la $p < 0,05$ |
|----|-------------------------|------------|------------|-----------------------------------------|
| 1. | Agresivitatea fizică | -0,89466 | 0,186325 | Rezultatul nu este semnificativ |
| 2. | Agresivitatea indirectă | -1,69738 | 0,046027 | Rezultatul este semnificativ |

| | | | | |
|----|-----------------------|----------|----------|---------------------------------|
| 3. | Agresivitatea verbală | -2,89451 | 0,002233 | Rezultatul este semnificativ |
| 4. | Iritabilitate | 0,04614 | 0,481635 | Rezultatul nu este semnificativ |

Am constatat diferențe statistic semnificative în funcție de profilul de studii la agresivitate indirectă și agresivitate verbală.

5. Examinarea nivelului de manifestare a nervozității și agresivității la copii.

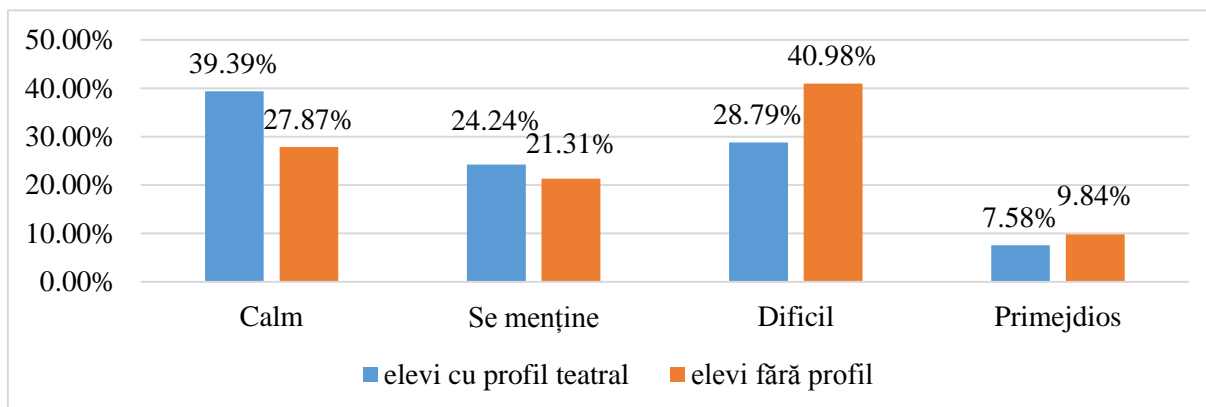


Figura 5. Distribuția rezultatelor la „Tehnica de Studiere a Stării de Nervozitate și Agresivitate”, variabila profil de studii

20,47% (26) elevi din clase cu profil de artă și 13,39% (17) școlari din clase fără profil sunt calmi; copiii care dau dovadă de o menținere a stărilor de nervozitate și agresivitate sunt 12,60% (16) din clase cu profil de arte și 10,24% (13) din clase fără profil; 14,96% (19) copii din clasele cu profil și 19,69% (25) școlari clase fără profil pot fi considerați destul de dificili. Copiii care necesită o consiliere psihologică și o atenție sporită sunt cei care au acumulat punctaj negativ la tehnica dată: 3,94% (5) copii din clase cu profil de arte și 4,72% (6) elevi din clase fără profil.

Rezultatele prelucrării statistice conform testului T-student: $t = 1,53043$, $p = 0,064218$. Rezultatul nu este semnificativ la $p < 0,05$. Deci, nu sunt diferențe statistic semnificative în funcție de profilul de studii la nervozitate și agresivitate.

Ipoteza de lucru 2: *presupunem că climatul social diferit de educație (familii nucleare complete, familii defavorizate) influențează asupra dezvoltării personalității elevilor mici.*

Pentru a verifica a doua ipoteză de lucru, am folosit scorurile de la toate testele aplicate.

1. Identificarea gradului inteligenței emoționale la copiii de vârstă școlară mică în funcție de specificul familial.

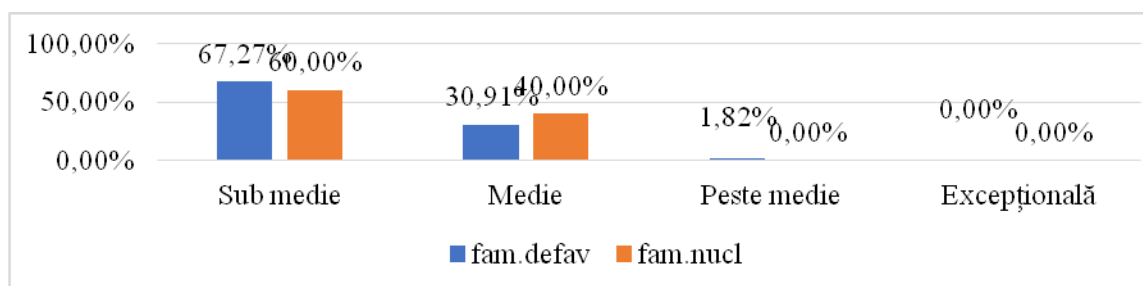


Figura 6. Scala inteligenței emoționale în funcție de variabila tipul familiei

Analiza statistică a rezultatelor ne permite să constatăm că $t = -0,4208$, $p = 0,337303$. Deci, nu sunt diferențe statistic semnificative în funcție de specificul familial la inteligența emoțională.

2. Aprecierea stimei de sine la copii de vârstă școlară mică în funcție de specificul familial.

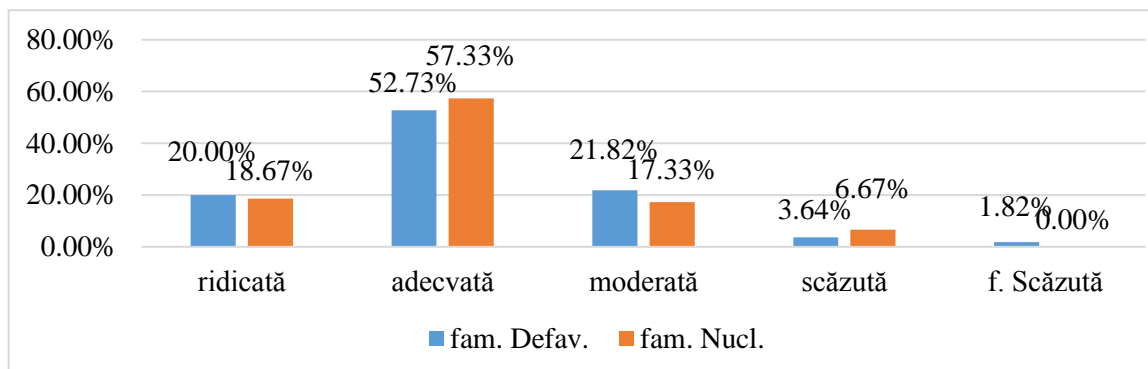


Figura 7. Distribuția rezultatelor la testul „Aprecierea stimei de sine”, variabila specificul familial

Rezultatul analizei statistice conform testului t-Student: $t = 0,11494$, $p = 0,454338$. Rezultatul nu este semnificativ la $p < 0,05$. Deci, nu sunt diferențe statistic semnificative în funcție de specificul familial la aprecierea stimei de sine.

3. Diagnosticarea Autoaprecierii Stărilor Psihice (H. Eysenck).

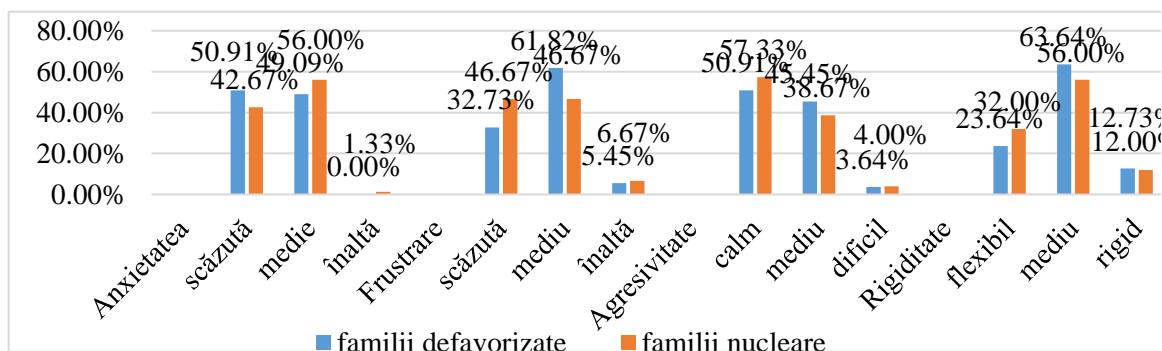


Figura 8. Distribuția rezultatelor la testul „Autoaprecierii stărilor psihice” (H. Eysenck), variabila specificul familial

Rezultatele conform testului t-Student pentru indicii la testul „Autoaprecierii stărilor psihice” (H. Eysenck): anxietate - $t = 1,42853$, $p = 0,07778$; frustrare - $t = -0,10536$, $p = 0,458127$; agresivitate - $t = 1,12126$, $p = 0,13213$; rigiditate - $t = 1,65779$, $p = 0,049904$.

În concluzie, diferențe statistic semnificative au fost constatate doar pentru rigiditate în funcție de variabila specificul familial.

4. Evaluarea agresivității și tipurile de manifestare ale ei la școlarii mici.

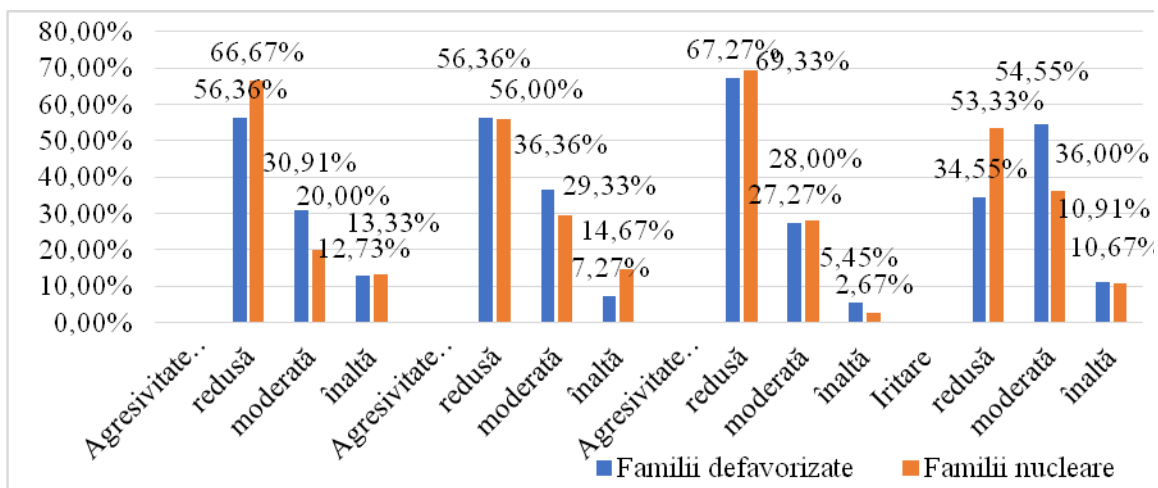


Figura 9. Distribuția rezultatelor „Ancheta de determinare a tipului de agresivitate”, variabila specificul familial

Rezultatele prelucrării statistice: agresivitate fizică – $t = 1,33812$, $p = 0,091614$; agresivitate indirectă – $t = 0,18403$, $p = 0,427142$; agresivitate verbală - $t = 1,12126$, $p = 0,13213$; iritabilitate – $t = 1,52378$, $p = 0,065005$. Deci, nu sunt diferențe statistic semnificative în funcție de specificul familial la determinarea tipului de agresivitate.

5. Examinarea nivelului de manifestare a nervozității și agresivității la copii.

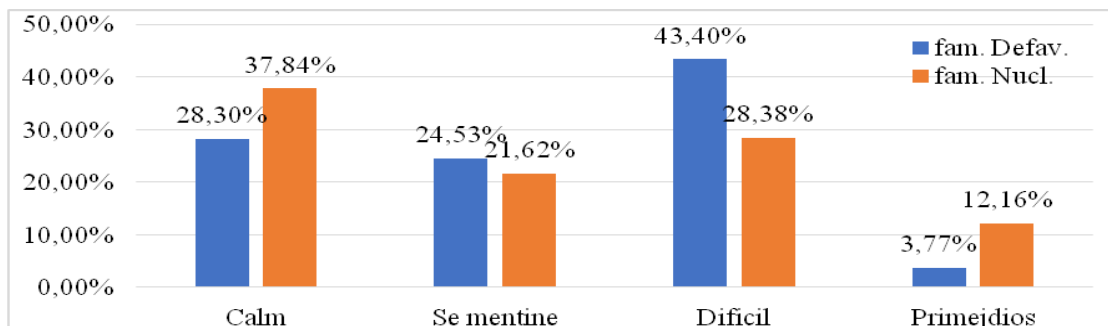


Figura 10. Distribuția rezultatelor „Tehnica de Studiere a Stării de Nervozitate și Agresivitate”, variabila specificul familial

Rezultatele prelucrării statistice: $t = 1,53043$, $p = 0,456386$. Rezultatul nu este semnificativ la $p < 0,05$. Deci, nu sunt diferențe statistic semnificative în funcție de specificul familial la determinarea stării de nervozitate și agresivitate.

Ipoteza de lucru 3: *Presupunem diferențe în personalitatea elevului mic în funcție de variabila gen.*

1. Inteligența emoțională. Analiza statistică a rezultatelor conform testului t-Student ne permite să menționăm că $t = 0,80412$, $p = 0,21141$. Rezultatul nu este semnificativ la $p < 0,05$. Deci, nu sunt diferențe statistic semnificative în funcție de variabila de gen la determinarea inteligenței emoționale.

2. Aprecierea stimei de sine la copiii de vârstă școlară mică în funcție de gen. Rezultatul analizei statistice conform testului t-student: $t = -3,24786$, $p = 0,000742$. Rezultatul este semnificativ la $p < 0,05$. Sunt diferențe statistic semnificative în funcție de variabila gen la determinarea stimei de sine.

3. Diagnosticarea autoaprecierii stărilor psihice (H. Eysenck).

Rezultatele prelucrării statistice ne-a permis să constatăm diferențe statistic semnificative doar la indicele agresivitate: $t = -2,563$, $p = 0,0057$. Evaluarea agresivității și tipurile de manifestare ale ei la școlarii mici.

4. Diagnosticul agresivității.

Rezultatele statistice conform testului t-Student pentru indicii la „Ancheta de determinare a tipului de agresivitate” ne permit să constatăm diferențe statistic semnificative la agresivitate fizică: $t = -3,2133$, $p = 0,0008$ și agresivitate indirectă: $t = -1,7494$, $p = 0,0413$.

5. Examinarea nivelului de manifestare a nervozității și agresivității la copii.

Rezultatele prelucrării statistice conform testului T-student: $t = 3,88638$, $p = 0,000082$. Rezultatul este semnificativ la $p < 0,05$. Constatăm diferențe statistic semnificative în funcție de variabila gen la tehnica de studiere a stării de nervozitate și agresivitate a copiilor.

Concluzii. Rezultatele experimentului constativ realizat ne permit să vorbim despre confirmarea parțială a ipotezei generale și a ipotezelor de lucru lansate.

Bibliografie:

1. ANIȚEI, M., CHRAIF M., BURTĂVERDE, V., MIHĂILĂ, T. *Tratat de psihologia personalității*. București: Trei, 2016. 467 p. ISBN 978-606-719-538-5.
2. LOSÎI, E. *Psihodiagnoza agresivității*. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2016. 135 p. ISBN 978-9975-46-269-3.
3. RACU, Igor. Formarea conștiinței de sine în diferite situații sociale de dezvoltare. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*. 2005, nr. 1, pp. 1-11. ISSN 1857-0224.
4. RACU, Ig., RACU, Iu. *Psihologia dezvoltării*. Manual (pentru uzul studenților). Chișinău: UPS, 2007. 257 p. ISBN 978-9975-921-26-8.
5. RACU, Igor. *Psihologia copilului*. Program de Formare Continuă în domeniul educației inclusive. Chișinău: Institutul de Formare Continuă, 2011. 172 p. ISBN 978-9975-9872-7-1.
6. RACU, Ig. Psihogeneza conștiinței de sine în diferite situații sociale de dezvoltare. În: *Prolegomene din istoria psihologiei în Republica Moldova. 4 mai 2018*, Iași, România. România, Iași: Pan Europe, 2018, pp. 19-39. ISBN 978-973-8483-84-2.
7. RACU, Ig., CAZAN, L. Dezvoltarea personalității școlarului mic educat în diferite medii sociale de viață. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*. 2018, nr. 4(53), pp. 25-40. ISSN 1857-0224.

**PARTICULARITĂȚI PSIHOLOGICE ALE STIGMATULUI PACIENȚILOR CU
TULBURĂRI MINTALE**

**PSYCHOLOGICAL PARTICULARS OF THE STIGMA OF PATIENTS WITH
MENTAL DISORDERS**

Tatiana ROȘCA, drd., asist. univ.,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
ORCID: 000-0003-4318-6610
tatianarosca37@gmail.com

Alexandr DOROSEVICI, drd.,
USMF „Nicolae Testemițanu”
ORCID: 0009-0004-0554-0409
adorosevici@gmail.com

Tatiana ROSCA, PhD student, University Assistant,
Free International University of Moldova

Alexandr DOROSEVICI, PhD student,
“Nicolae Testemițanu” SUMP

CZU: 159.964

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p62-74

Abstract. The deinstitutionalization process led to radical changes in psychiatric policies and clinical practice through community psychiatry. However, despite the closure of mental asylum units, the drastic reduction of beds in psychiatric institutions and the placement of psychiatric services within the community, marginalization, social exclusion and prejudice still remain the cause of new suffering for people affected by mental disorders. The main barriers to addressing people with mental health problems are the complexity of providing support, especially after the pandemic and the recent events related to the war, where there is a higher incidence of mental disorders in the population, which leads to a innovative view on mental illness.

Keywords: stigma, mental illness, suffering, psychosocial attitude, prejudice, mental health.

Introducere

Sănătatea mintală este o componentă esențială în definiția sănătății, deoarece permite individului să se autoîmplinească într-un context social. Datele demonstrează că persoanele care suferă de boli mintale sunt numeroase și foarte răspândite, astfel încât conform estimărilor internaționale se afirmă că numărul se va tripla în următorii 30 de ani.

Cuvântul *stigma*, de origine greacă, înseamnă *marcă, amprentă, semn distinctiv*. Este folosit în diverse domenii, dar preponderent de experții în sănătate mintală, care identifică cu acest termen discriminarea bazată pe prejudecăți față de bolnavii mintali. În consecință, pentru o persoană bolnavă mintal, a suferi de stigmatizare înseamnă a trăi în fiecare zi în excludere, respingere, rușine și singurătate.

Prejudecățile față de bolnavii mintali se dezvoltă în contexte în care informațiile sunt acceptate într-o manieră aparentă și superficială și, în consecință, duc la apariția prejudecăților

și marginalizare față de persoanele bolnave. La bază există o lipsă de recunoaștere a suferinței provenite din bolile psihice și o atribuire a dizabilității stabile față de aceste persoane, care dacă sunt considerate și tratate adecvat, și-ar putea recupera o parte din abilitățile sociale și intelectuale.

Rezultate și discuții

Multe dintre prejudecățile care stăpânesc astăzi bolile psihice și bolnavii afectați de tulburări mintale au fost stabilite și își au rădăcinile în secolele trecute. Încă din perioada Vechiului Testament, nebunia este înțeleasă ca pierderea rațiunii și este citată ca o pedeapsă divină. În Antichitate, se credea că bolile mintale se datorează unor cauze supranaturale. Societățile mai avansate asociau bolile mintale cu zeii (convulsiile erau considerate drept manifestări miraculoase ale acestora), pe când societățile mai primitive asociau bolile mintale cu demonii, ceea ce a dat naștere practicilor de exorcism. Prin urmare, modul și tipul de tratament la care erau supuși bolnavii mintal, de-a lungul istoriei, era strâns legat de concepția despre originea bolii în sine.

Mai târziu, la grecii antici, medicina era practică de către magicieni și vindecători, care reușeau să stabilească o relație de încredere cu bolnavii și îi supuneau la ritualuri de purificare, exorcizări și rugăciuni de curățare de demoni [5].

De-a lungul anilor, din Antichitatea clasică, viziunea asupra bolii mintale a evoluat către o latură mai naturalistă, care concepea creierul ca fiind cauza bolii. Astfel, Hipocrat vedea boala ca pe un dezechilibru al umorilor în corp (sânge, bila neagră, bila galbenă, flegmă), iar tratamentele se bazau, în mare parte, pe epurarea sângelui [apud 12]. În acest context, prima doctrină psihiatrică naturalistă este cea hipocratică, care are ca referință creierul și unde medicul își baza activitatea pe observarea și descrierea manifestărilor bolii, adoptând o viziune lipsită de intruziuni magice sau supranaturale.

În aceeași ordine de idei, Platon [apud 2] a propus o ipoteză idealistă, bazată pe distincția universului în două tărâmurile ontologice: unul în care se aplică legile fizicii și care aparține corpului și celălalt în care se aplică legile metafizice și care aparține sufletului. Această ipoteză ar sta la baza ideii că tulburările psihice sunt boli ale creierului sau ale sufletului. Ambele ipoteze pot fi atribuite conceptului de boală *naturalistă*, întrucât se consideră că psihicul și patologicul sunt fenomene naturale, având cauze de ordin rațional, deși cu diferențe substanțiale. Viziunea dualistă a lui Platon asupra bolilor psihice implică o entitate metafizică imaterială și o continuitate și iraționalitate, ambele legate de divinitate, ca caracteristică a perioadelor anterioare, în care unele manifestări ale tulburărilor mintale erau văzute ca efect al acțiunilor divinităților malefice sau al unor pedepse rezultate în urma unor transgresiuni. Pe de altă parte, tulburările psihice sunt considerate de Platon [apud 2] ca fiind și un dar, deoarece sunt o sursă de noi experiențe, care adaugă și aduc ceva nou omului. Un exemplu aparținând acestei categorii de tulburări este considerată nebunia profetică dăruită de Apollo, nebunia mistică a lui Dionisos, nebunia poetică a Muzelor și cea a iubirii Afroditei și a lui Eros. Potrivit unor autori, ambiguitatea conceptului despre boală, pentru a explica tulburările psihice, pot fi urmărite de interpretarea pe care diferite școli de gândire au atribuit-o acestui concept, punând accentul pe elemente precum: soma, psihic, minte și spirit [2].

În timpul perioadei medievale, gândirea privind bolile mintale avea un caracter pur religios. Aici, bolile mintale erau considerate ca fiind o manifestare și o posedare demonică a

forțelor rele. În acest sens, practicile de tortură și ardere pe rug erau utilizate pentru a pedepsi oamenii pentru păcatele lor.

De abia în secolul al XVII-lea, a fost inaugurat pentru prima dată un spațiu special destinat pacienților de boli mintale, și anume internarea în instituții medicale izolate, unde bolnavii supraviețuiau în condiții de izolare socială, maltratare și condiții igienice deplorabile. În timpul Revoluției Franceze, odată cu afirmarea drepturilor omului și a cetățeanului, aceste instituții au fost închise și, datorită lui Filip Pinol și a discipolului său, Esquirol, părintele psihiatriei, s-a produs o evoluție în tratamentul și conceptualizarea bolii mintale, care nu a mai fost considerată o expresie a unei posesiuni demonice, ci o consecință a factorilor de mediu sau ereditari [apud 12]. În 1860, francezul Benedict-Augustin Morel [apud 16, pp. 111-116] a prezentat teoria degenerării, potrivit căreia bolile mintale erau consecința unei degenerări ereditare ale cărei efecte erau nebunia, demența, idiotețenia și criminalitatea. În pofida tuturor schimbărilor în reprezentarea bolilor mintale, care s-au născut din dorința nobilă de a elibera persoanele care suferă de tulburări psihice din lanțurile lor și de a le reintegra în societate, totuși aceste centre de excludere socială erau percepute ca locuri destinate să reducă la tăcere pe cei care prezentau un mod diferit de a gândi, simți și un comportament diferit de al celorlalți și care reprezentau astfel o amenințare pentru societate.

Mai recent, E. Kraepelin [apud 9] a dezvoltat un model pozitivist al bolilor mintale care clasifică diferite tulburări în funcție de simptomele lor, identificând astfel psihoza maniaco-depresivă și demența timpurie. În 1911, Eugen Bleuler a înlocuit conceptul de „demență precoce” al lui Kraepelin [apud 17] cu cel de „schizofrenie”, reunind sub acest termen tulburările psihice care rezultă dintr-un proces de scindare a funcțiilor psihice și vorbind pentru prima dată despre posibilitatea unui prognostic privind vindecarea de anumite boli mintale. În secolul al XX-lea, asistența medicală a început să progreseze și să se profesionalizeze datorită activității de pionierat a asistentei medicale britanice Florence Nightingale [apud 10]. Pe parcursul celei de-a doua jumătăți a secolului XX, au apărut noi modele de asistență medicală. Dintre acestea, contribuția lui Hildegard Peplau [apud 4] pare demnă de menționat, fiind considerată mama îngrijirii medicale a pacienților din psihiatrie, valorificând relațiile interpersonale, punând accentul pe semnificația psihologică a bolii și, în același timp, subliniind influența personalității asistentei medicale asupra pacientului. În 1968, în Italia a avut loc o cotitură epocală datorită reformei legii privind „Providența pentru asistența psihiatrică”. Prin această lege s-a încercat pentru prima dată să se limiteze funcția de control și custodie și să se extindă în schimb funcția terapeutică [2]. Reforma aceasta prevedea posibilitatea spitalizării voluntare a persoanei bolnave pentru investigații și tratament, abolirea obligației de a interna definitiv pacientul, eliminarea modelului tradițional de instituție psihiatrică și interzicerea construirii spitalelor noi de psihiatrie. De asemenea, s-a pus accentul pe faptul că pacientul bolnav psihic are aceeași demnitate ca și pacienții care suferă de alte tipuri de boli. Legea prevedea, de asemenea, reconversia profesională a personalului de îngrijire, instituind astfel schimbarea abordării culturale și profesionale a personalului de asistență medicală. În cele din urmă, în 1978, legea a impus înlocuirea vechiului model de îngrijire medicală cu modelul teritorial [1].

În această conjunctură, devine esențială necesitatea înțelegerii genezei prejudecăților și atitudinilor psihosociale. Așadar, stigma este un fenomen socio-cultural care se dezvoltă în diverse domenii și derivă din cuvântul latin „stigma”, folosit în Grecia și Roma Antică pentru a

indica semnele făcute cu fierul incandescent sau tatuajele pe care sclavii și criminalii le purtau pentru a fi identificați și, în consecință, evitați, mai ales în locurile publice [7, pp. 33-42].

Cu toate acestea, termenul nu a avut întotdeauna o conotație negativă. În secolele următoare, în creștinism, termenul a fost folosit pentru a desemna semnele harului divin care se manifestau ca erupții pe pielea anumitor sfinți. De-a lungul timpului, înțelesul atribuit termenului s-a schimbat, și în prezent este definit ca fiind „o atribuire de calități negative unei persoane sau unui grup de persoane, îndreptată în special împotriva statutului și reputației sociale sau din punct de vedere psihofizic, rasial, etnic și religios”. Stigma se referă la un atribut discreditant și denigrator, care etichetează o persoană ca fiind inferioară față de restul societății și purtătoare a unui atribut, trăsătură sau comportament „inacceptabil din punct de vedere cultural”, ceea ce presupune un sentiment de inferioritate față de restul societății și duce la vinovăție, umilință și rușine pentru persoana căreia îi aparține [3]. Stigma indică un defect, o deficiență sau un handicap, fie în sens fizic, fie în sens social. Aceasta este, de asemenea, un construct eterogen care include atitudini, sentimente și convingeri negative, precum și comportamente influențate de mediul social și contextul cultural. Termenul a fost utilizat, de-a lungul secolelor, pentru a desemna caracteristicile personale, cum ar fi culoarea pielii, orientarea sexuală, religia și multe boli, în special HIV și bolile mintale [11].

Cu referire la aceste aspecte, E. Goffman [12] susține că fiecare persoană posedă atribute care îi aparțin și care o fac diferită de ceilalți. Potrivit acestui autor, fiecare societate categorisește indivizii în funcție de caracteristicile lor și le atribuie un tip de „identitate socială virtuală”, care conține atribute pur speculative, deoarece acestea nu pot fi comparabile cu realitatea. Atunci când una dintre aceste caracteristici duc la faptul ca un individ să fie „mai puțin dezirabil”, ne aflăm în fața unui atribut stigmatizant, care produce o discreditare sau un dezavantaj generalizat. În acest sens, Goffman [13] diferențiază trei tipuri de stigmatizare: cele care se referă la deformări fizice, cele care se referă la caracter și, în sfârșit, cele care se referă la identitatea de grup, de exemplu, la rasă, națiunea din care face parte persoana/grupul și religia. Tulburările psihice s-ar încadra, astfel, în cea de-a doua grupă, alături de dependența de droguri, alcoolism, homosexualitate, șomaj și sinucidere. Potrivit aceluiași autor, atunci când ne confruntăm cu un străin, extragem din înfățișarea acestuia elementele care ne permit să identificăm cărei categorii îi aparține. Astfel, a fost demonstrat că stereotipurile față de pacientul cu boli psihice tind să fie asociate cu pericolozitatea, responsabilitatea pentru boală, incapacitatea cauzată de boală și inteligența scăzută [12]. Stigmatizarea se manifestă prin intermediul a trei aspecte specifice comportamentului social: stereotipurile, prejudecățile și discriminarea. Inițial, o etichetă este atașată grupului care urmează să fie stigmatizat, inițiind astfel un proces care este dificil de inversat.

Acest lucru generează declarații eronate, pe care majoritatea societății le presupune că sunt adevărate, cu privire la un anumit grup social și care condiționează în mare măsură percepția și evaluarea caracteristicilor și comportamentului persoanelor aparținând grupului stigmatizat. Atunci când aceste stereotipuri sunt presupuse a fi adevărate, ele sunt în mod normal asociate cu emoții negative care declanșează prejudecăți sociale. Acestea din urmă se manifestă sub forma unor atitudini, măsurate de obicei în termeni de distanță socială și de comportament de respingere, care plasează membrii grupului stigmatizat într-o poziție dezavantajată, dând astfel naștere discriminării [10]. Societatea consideră că o persoană prezintă o boală mintală în funcție de patru variabile care generează reacțiile emoționale negative. Aceste variabile sunt: a)

identificarea simptomelor psihiatrice, cum ar fi, de exemplu, „comportamentul ciudat”; b) deficitul de abilități sociale, cum ar fi absența contactului vizual; c) așteptările sociale privind aspectul fizic, de exemplu, în ceea ce privește igiena personală și îmbrăcămintea; d) etichetele asociate cu persoanele cu afecțiuni psihiatrice, de exemplu, cea referitoare la pericolozitate [15, pp. 345-354].

Potrivit lui P.W. Corrigan [10], cei mai mulți oameni sunt speriați de simptomele bolii, de tulburările afective, comportamentul bizar, tulburări de vorbire și vorbitul cu voce tare. Corrigan [9] definește stereotipurile ca fiind concepte internalizate de-a lungul vieții, care se bazează, de obicei, pe idei negative. Potrivit autorului [10] însă, oamenii, fiind conștienți de aceste stereotipuri, nu sunt obligați să le însușească. În cazul în care totuși le acceptă, stereotipurile devin prejudecăți și, în acest fel, se produc emoții negative care duc la adoptarea unui comportament discriminatoriu. Formarea stigmatizării se dezvoltă în câteva etape:

- 1) etichetarea, produsă pe baza diferențelor față de ceea ce se consideră a fi „normal”;
- 2) stereotipurile, elaborate prin ignorarea tuturor caracteristicilor, cu excepția celor distinctive sau indezirabile;
- 3) crearea unei distincții între „noi” și „ei”, adică între ceea ce este considerat a fi acceptabil din punct de vedere social și persoanele care se abat de la această construcție;
- 4) pierderea statutului de subiect al persoanei stigmatizate, care este văzută ca fiind doar „persoană bolnavă” sau „toxicoman”.

Acest proces face din persoana stigmatizată un obiect de discriminare și excludere socială. Procesul cognitiv și emoțional pe care tocmai l-am descris, are repercusiuni importante asupra stării generale de sănătate a persoanei, deoarece toate acestea duc la simptome depresive, stimă de sine scăzută și autoeficacitate scăzută, care contribuie la întârzierea cererii de ajutor și tratament din partea pacienților [16].

În acest sens, teoria etichetării a sociologului T.J. Scheff [apud 6], care a luat naștere în 1966, postulează că toți oamenii, în cursul vieții lor, internalizează imagini stereotipice prin interacțiunea socială. Încă din copilărie, oamenii învață să folosească termeni precum „nebun”, pentru a se referi la persoanele cu tulburări mintale. Adesea, caracteristicile particulare ale acestor persoane sunt asociate cu comportamentul lor perturbat. Conform acestei teorii, mass-media joacă un rol important în propagarea prejudecăților împotriva acestor persoane, deoarece acestea sunt adesea asociate cu comportamente criminale și violente, uneori chiar nejustificate. Scheff [apud 6] consideră că boala mintală este o etichetă conferită indivizilor care prezintă un comportament care se abate de la așteptările sociale „normale”, iar cel afectat este considerat o „devianță”. Atunci când o persoană este etichetată ca fiind *bolnavă mintal*, aceasta primește, de obicei, o reticență din partea societății. De asemenea, autorul a postulat că faptul de a fi etichetat „bolnav mintal”, face ca persoana chiar să devină bolnavă psihic. Odată ce această idee a fost internalizată, subiectul trece printr-o modificare negativă a propriei concepții despre sine. În plus, individul conștientizează schimbarea așteptărilor sociale față de el ca persoană bolnavă. Tot potrivit acestui autor, spitalizarea întărește și mai mult acest rol social și îl obligă pe individ să și-l interiorizeze. Spitalizarea unei persoane pentru o tulburare mintală duce la etichetarea automată și publică ca fiind o persoană „ne bună” și, astfel, pacientul în cauză se vede forțat să devină membru al unui grup social deviant.

În acest caz, devine dificil pentru o persoană „deviantă” să revină la nivelul ei de funcționare anterioară, deoarece statutul de „pacient” provoacă evaluări discreditare din partea

propriei persoane și a celorlalți. Stigma pe care societatea o proiectează asupra acestei categorii este adesea internalizată și asimilată de către aceștia din urmă și generează un proces care este denumit „autostigmatizare”, adică un proces prin care persoana acceptă prejudecățile sociale și le integrează în propriul concept de sine. Corrigan [8] descrie acest fenomen ca fiind internalizarea stereotipurilor, atitudinilor și percepțiilor negative legate de un grup devalorizat din punct de vedere social. Potrivit autorului [8], acesta este modul în care unele stereotipuri negative asociate cu boala mintală, cum ar fi pericolozitatea sau incompetența, sunt încorporate în propria identitate. Acest proces de internalizare a stereotipurilor negative duce la o agravare a simptomelor și favorizează o slabă aderență terapeutică, deoarece aceste concepte sunt asumate de către persoană ca fiind adevărate, ducând astfel la acceptarea situațiilor de marginalizare și discriminare prin pierderea controlului asupra propriei persoane, precum și la pierderea sentimentului de încredere în posibilitatea de recuperare. O astfel de situație poate, prin urmare, să determine persoana bolnavă să renunțe la posibilitatea de a munci și de a duce o viață independentă, precum și la eșecul procesului de tratament și la devalorizarea propriului concept de sine [13].

Un interes deosebit în același context îl comportă termenul de „instituție totală”, ca fiind locul de reședință în care locuiesc persoanele îndepărtate de societate pentru o anumită perioadă de timp și care sunt nevoite să împartă spațiile, timpul și activitățile vieții lor într-un regim închis și administrativ. În 1955, Goffman [12] a decis să studieze experiențele subiective ale pacienților internați la „St. Elizabeth's” din Washington, o instituție de boli mintale cu 7 mii de paturi, cu scopul de a înțelege mai bine cum se dezvoltă viața socială a pacienților internați. Prin intermediul observației, Goffman [13] a postulat cinci tipuri de instituții totale:

- instituții înființate pentru a proteja persoanele considerate nepericuloase sau incapabile, cum ar fi azilurile de bătrâni, instituțiile pentru nevăzători și orfelinele;
- instituții destinate să protejeze persoanele care, pe lângă faptul că sunt considerate incapabile să aibă grijă de ele însele, reprezintă un pericol pentru comunitate, de exemplu, spitalele pentru bolnavi cu boli infecțioase, aziluri și spitale pentru leproși;
- centre înființate pentru a proteja comunitatea de persoanele care amenință în mod deliberat societatea, de exemplu, închisorile și lagărele de muncă;
- instituții de muncă, cum ar fi cazarmile și navele;
- organizații destinate pregătirii religioșilor, de exemplu, mănăstirile.

Potrivit lui Goffman [13], toate aspectele vieții persoanelor internate se desfășoară în contact cu un număr mare de oameni, în același loc și sub aceeași autoritate. Toți primesc același tratament din partea instituției, astfel încât viața cotidiană a acestor persoane se desfășoară într-un mediu planificat, cu o organizare impusă de sus și un set de reguli explicite, impuse și controlate de un grup de funcționari. Instituția totală elimină distincția dintre timp liber, muncă și odihnă, impunându-și propria cultură și schimbând comportamentul și personalitatea pacienților. Relația dintre angajații instituției și cea a pacienților este o relație asimetrică, în sensul că primii se simt superiori asupra celorlalți și își asumă o poziție de putere, în timp ce pacienții, care au contact redus cu lumea exterioară, se simt slabi și inferiori. Potrivit lui Goffman [13], instituția conferă, de asemenea, persoanei internate eticheta asociată instituției în care se află și din acest motiv se poate spune că mănăstirea transformă individul în călugăr, închisoarea în deținut și azilul în persoană bolnavă mintal. La intrarea în aceste centre, pacienții își aduc propriile concepții despre sine și o cultură fondată de-a lungul anilor socioculturală și familială.

De îndată ce individul intră în instituție, el este imediat deposedat de sprijinul pe care îl avea. Procesele birocratice necesare pentru intrarea în instituție, cum ar fi colectarea de date anamnestice și măsurarea greutatei și înălțimii, sunt menite să codifice și să unifice numărul mare de persoane internate în mod ordonat pentru a asigura buna funcționare a instituției. Goffman [12] descrie, în eseul său, o pierdere sistemică a identității de sine și numește acest proces „mortificare”. Principalele mecanisme ale „mortificării” sunt:

- privarea de rol: persoana își pierde rolul în societate devenind și asumându-și rolul de pacient, client și bolnav;
- programarea și degradarea propriei identități: persoana este adesea considerată ca fiind doar un număr în dosarele administrative de către instituție;
- deposedarea de obiecte personale: persoana este lipsită de obiectele sale personale care o identifică. De exemplu, faptul că trebuie să poarte tricoul pus la dispoziție de către spital;
- impunerea unor poziții degradante care sunt adesea justificate prin necesitatea de intervenții medicale sau de asistență medicală;
- expunerea contaminantă: aceasta are loc atunci când instituția asigură puțin sau deloc confidențialitatea activităților private ale persoanei, de exemplu, atunci când persoana este obligată să împartă o cameră cu altele. Un alt factor contaminant este acela al atitudinilor paternaliste din partea îngrijitorului, care, pierzându-și limbajul profesional, se adresează pacientului într-un mod „afectuos” cu termeni precum „draga mea/dragul meu” etc.;
- întreruperea relației obișnuite dintre individ și comportamentul său: aceasta se întâmplă atunci când regulile instituției nu permit individului să își desfășoare activitățile sale zilnice așa cum o făcea în trecut. De exemplu, a face o ceașcă de ceai la domiciliu are loc în mod natural și discret, în timp ce într-o instituție totală se află sub incidența regulilor organizatorice ale locului;
- restricții ale autodeterminării și autonomiei: devine dificil sau imposibil de a urmări propriile interese, de a face alegeri sau de a relaționa cu ceilalți în timp ce individul este în cadrul unei instituții totale. Această situație este legată de birocrăție și sistemul organizației, mai degrabă decât de dificultățile fizice sau psihice ale pacientului.

Instituțiile totale și modalitățile lor constrângătoare pot merge până la strivirea personalității pacientului spitalizat, standardizându-l, iar acest lucru face posibilă tratarea acestuia într-un mod de parcă nici nu ar fi existat. Această categorie depersonalizantă este definită ca fiind „cariera morală” a pacientului internat, care constă într-un lung parcurs de agresiune și de modificare a identității proprii, care își are originea chiar înainte de a fi spitalizat datorită intervenției unei serii de figuri sociale din jurul individului considerat „deviant”, care începe să interiorizeze progresiv rolul care i-a fost conferit. Pacienții, deși nu au încălcat nicio lege, se trezesc în cadrul unei instituții comparabile cu particularitățile organizatorice și cotidiene ale unei închisori. Acest model autoritar reprezintă binomul îngrijire-custodie, care zădărnicește orice posibilitate de alianță terapeutică.

După o lungă perioadă de aplicare a acestui model, mai tarziu se începe să se întrevadă o deschidere către un tratament holistic pentru care rutina spitalicească a început să se convertească la o logică relațională care vizează umanizarea îngrijirii. În acest sens, gestionarea patologiei necesită din partea sistemului de sănătate o mai mare flexibilitate care ia în considerare particularitățile fiecărui pacient.

În același context, cercetările privind stigma în rândul personalului de îngrijire medicală a determinat că există gânduri negative (stereotipuri) din partea personalului de îngrijire față de pacienții cu probleme de sănătate mintală. Conform acestor investigații [13], la baza comportamentului discriminatoriu ar fi cunoașterea inadecvată a bolii. În acest sens, un număr mare de asistenți medicali par să împărtășească cu populația generală anumite convingeri stereotipice despre tulburările psihice care au fost bazate pe reprezentări istorice eronate și favorizate de mass-media. Pacientul cu boli psihice este adesea văzut ca fiind periculos, imprevizibil, violent și bizar, iar aceste conceptualizări dau naștere, în mod evident, atitudinilor de teamă. De asemenea, s-a constatat că mulți asistenți medicali au declarat că nu au abilitățile necesare pentru a gestiona în siguranță și eficient simptomele comportamentale ale pacienților bolnavi mintal, subliniind lipsa de resurse. Cercetătorii afirmă că ostilitatea și învinovățirea sunt cele mai frecvente comportamente care apar în timpul îngrijirii. De fapt, mulți asistenți medicali sunt adesea convingși că bolile psihice sunt cauzate de factori personali, cum ar fi slăbiciunea morală, temperamentul, lipsa de voință, lenea, lipsa de disciplină sau autocontrol și adesea simptomele bolii sunt atribuite comportamentului bolnavului. La fel, rezultatele acestor investigații sugerează că vina pentru boală pare să fie deosebit de evidentă în special față de pacienții care comit acte de automutilare, întrucât asistenții experimentează o anumită ostilitate față de aceste persoane, deoarece percep îngrijirea oferită ca pe o risipă de resurse, menite să păstreze în schimb viața celor care doresc să moară [13].

Studiile arată, totodată, că există o fragmentare conceptuală care împarte îngrijirea medicală în „îngrijire fizică” și „îngrijire psihiatrică”, cu o clară devalorizare a componentei mentale și convingerea că acest aspect al îngrijirii „nu este treaba lor” [12]. Intervențiile coercitive, în special cele care reprimă drepturile utilizatorilor și care se pot manifesta prin spitalizări forțate sau prin utilizarea de tratamente fără ca pacientul să fie informat în mod adecvat pot fi clasificate drept comportament paternalist. Atitudinile coercitive se bazează pe următoarele stereotipuri:

1) *incompetența*: unii profesioniști cred că pacienții cu boli mintale, din cauza naturii diagnosticului lor, nu au abilități necesare pentru a lua decizii cu privire la tratamentul lor. Conform acestei concepții, pacientul nu ar fi capabil să aleagă ceea ce este cel mai bine pentru el/ea din cauza pierderii autodeterminării;

2) *periculozitatea*: persoanele sunt considerate potențial periculoase și, prin urmare, se consideră că ar trebui să se ia măsuri coercitive pentru a proteja pacientul și pe cei din jurul lui;

3) *devalorizarea*: unii profesioniști devalorizează incapacitatea pacientului de a lua decizii realiste cu privire la propria sănătate. Unii cercetători au arătat că există mulți profesioniști din domeniul sănătății care dețin opinii pesimiste cu privire la probabilitatea ca pacienții să se vindece și că acest lucru este resimțit de aceștia ca o formă de stigmatizare și barieră. Cercetările sugerează faptul că pesimismul profesioniștilor din domeniul sănătății față de prognosticul și tratamentul acestui utilizator este asociat cu sentimentul de neputință și de frustrare perceput în timpul procesului terapeutic, care îi determină să creadă că „ceea ce fac ei nu contează” [14]. Totodată, conform acestor cercetări, se pare că personalul medical care lucrează în domeniul sănătății mintale este stigmatizat de colegii care lucrează în domeniul îngrijirii somatice, precum și de populația generală și de mass-media. Adesea, asistenții medicali, dar și psihiatrii, își abandonează specialitatea, deoarece se simt lipsiți de respect din partea altor specialiști și simt că nu sunt suficient de bine văzuți de societate în general [5].

Mai mult decât atât, persoanelor afectate de maladii mintale le sunt puse și alte bariere care împiedică performanța adecvată în activitățile vieții de zi cu zi și le limitează participarea la viața socială, toate fiind bariere derivate din discriminare și prejudecăți.

În primul caz vorbim de o discriminare imaterială în care pacientul este victima absenței, de exemplu, a egalității de șanse în căutarea unui loc de muncă, a imposibilității de comunicare și de exprimare, în timp ce în al doilea caz, barierele derivă din comportamentele legate de prejudecăți care variază de la marginalizare la indiferență sau la excesul de atenție paternalistă. Dintr-un studiu care investighează experiențele personale ale pacienților care suferă de tulburări psihice aflați în medii diferite de îngrijire medicală a reieșit că, atunci când este vorba de boli mintale, pacienții declară adesea că se simt devalorizați, respinși și dezumanizați de mulți dintre profesioniștii din domeniul sănătății cu care intră în contact în timpul tratamentului [17]. Unii pacienți afirmă că se simt excluși din deciziile lor personale, primind amenințări subtile și fiind forțați să aștepte excesiv atunci când solicită ajutor, neprimind informații suficiente cu privire la afecțiunea lor sau la opțiunile de tratament. Ei afirmă că se simt tratați într-un mod paternalist sau umilitor, li se spune că nu se vor recupera niciodată și că sunt tratați cu un limbaj stigmatizant.

Persoanele cu o boală mintală care sunt expuse la stigmatizare pot adopta, în mod paradoxal, trei atitudini: a) internalizarea stigmatizării; b) raportarea faptului că el/ea nu suferă de o boală mintală; c) exprimarea indignării față de nedreptate.

Unii autori consideră că stigmatizarea internalizată sau autostigmatizarea scade stima de sine, eficacitatea și speranța persoanei, deteriorând calitatea vieții, precum și contribuind la un sentiment de neputință în atingerea obiectivelor proprii [3]. Prin urmare, libertatea de alegere și controlul pe care pacienții îl pot exercita asupra propriei vieți referitor la boala mintală, pot reduce barierele pe care acești pacienți le simt.

Și totuși, paradoxal, dar astăzi este încă foarte complicat să dăm o definiție comună a bolii mintale, deoarece nu există nici măcar o definiție univocă a sănătății. De asemenea, credem că este foarte dificil să categorisești o serie de experiențe subiective într-un concept specific, deoarece fiecare dintre noi are o reprezentare proprie și personală a ceea ce trăiește, întrucât toți oamenii, de-a lungul vieții, experimentează sentimente de anxietate, furie, îngrijorare, frică și iritare, care sunt considerate stări normale, atâta timp cât omul este capabil să le gestioneze și apoi să revină la un echilibru și la starea de bine. Disconfortul din viață este parte integrantă a existenței [10]. Cu toate acestea, atunci când persoana care se confruntă cu disconfortul nu este capabilă să își restabilească echilibrul, acesta este momentul în care situația riscă să devină o problemă de sănătate mintală. Disconfortul este, prin urmare, o stare de suferință legată de dificultăți de diferite tipuri care pot apărea în viața afectivă și relațională și se caracterizează prin: tensiune, frustrare, agresivitate sau tristețe, dar fără să existe un simptom specific de boală [17]. Pe de altă parte, tulburarea mintală este acea afecțiune care este experimentată de către individ atunci când acesta nu reușește să rezolve suferința provocată de disconfortul inițial, adică atunci când suferința prelungită și intensă este însoțită de simptome cum ar fi modificări ale gândirii și/sau ale comportamentului. În cazul în care această afecțiune nu este tratată la timp și în mod eficient, tulburarea poate deveni cronică, la fel ca și modificările mintale și comportamentale, care, în timp, pot deveni o boală care pune viața în pericol. Atunci când aceste tulburări nu beneficiază de tratamentul necesar, persoana este expusă riscului de marginalizare și de dizabilități, care pot interfera cu viața socială și profesională. În prezent, există tratamente eficiente pentru a atenua simptomele acestor tulburări psihice, dar, în același timp, pacienții nu

caută ajutor la timp din cauza experiențelor negative, a lipsei de informare, a lipsei de înțelegere a bolilor mintale, incertitudinea cu privire la modul și locul în care pot solicita ajutor, rușinea și teama de a fi etichetat drept „nebun”.

De aceea, necesitatea de a cataloga și de a ordona bolile în funcție de un criteriu științific este fundamentală în medicină și în psihologie, dar nu este recunoscută în mod univoc având în vedere complexitatea care caracterizează comportamentul uman [4]. Cele mai frecvente tulburări sunt: depresia, tulburarea bipolară, schizofrenia, psihozele, tulburările de personalitate și tulburările de dezvoltare, inclusiv autismul.

În acest sens, am ales să prezentăm o scurtă descriere a celor mai frecvente tulburări în rândul populației.

Depresia. Este o tulburare de dispoziție caracterizată prin tristețe, pierdere a interesului și a plăcerii, sentimentul de vinovăție, stimă de sine scăzută, probleme de somn și de apetit, astenie și dificultăți de concentrare. Din cauza simptomatologiei depresive, pacienții au adesea tendința să nu se îngrijească, au dificultăți de somn, de alimentație, suferă adesea de retragere socială, ceea ce le poate afecta relațiile sociale. Depresia poate fi cauzată de factori genetici, biologici, psihologici, de mediu și sociali și are diferite niveluri de severitate [12]. Se vorbește de depresie exogenă, atunci când aceasta apare în urma unui eveniment extern, sau endogenă, atunci când apare în absența unei situații care ar predispuce apariția ei. Evenimentele de viață stresante, pozitive sau negative, pot contribui la apariția simptomelor depresive la persoanele cele mai vulnerabile. Această vulnerabilitate individuală este o trăsătură multifactorială legată de diverse elemente, cum ar fi factorii genetici, cognitivi, afectivi, relaționali, de personalitate și prezența evenimentelor traumatice timpurii. Depresia este și un factor de risc în apariția altor boli prin intermediul unui stil de viață dăunător, cum ar fi sedentarismul și consumul de alcool sau fumatul. Depresia în combinație cu alte patologii fizice înrăutățește și mai mult calitatea vieții pacienților și este asociată cu creșterea cheltuielilor sociale și de sănătate [4]. Gestionarea depresiei de către profesioniști ar trebui să includă toate aspectele psihosociale, cum ar fi identificarea factorilor de stres și a problemelor financiare, recunoașterea dificultăților la locul de muncă, abuzul fizic sau mental. Este esențial să recunoaștem resursele pacientului pentru menținerea și reactivarea calității vieții. Stigmatizarea asociată depresiei constituie un obstacol în calea profesională, a socializării și este astfel o barieră în căutarea unei plan de tratament adecvat [2].

Tulburarea bipolară. Acest tip de tulburare se caracterizează, în general, prin episoade maniacale și depresive, care sunt separate de o fază în care starea de spirit rămâne normală. În cazul tulburării bipolare de tip I, pacientul prezintă episoade maniacale, în timp ce în tulburarea bipolară de tipul II prezintă simptome hipomaniacale. Principalele simptome ale fazei maniacale pot fi: creșterea stimei de sine, scăderea nevoii de somn, vorbărie crescută, fuga de idei, distragere a atenției, creșterea activității sau agitație psihomotorie, implicare excesivă în activități ludice care pot duce la consecințe dăunătoare [13]. Faza maniacală implică un tablou clinic care se prezintă cu o schimbare a modului de a acționa al persoanei atunci când este asimptomatică. Pe lângă terapia medicamentoasă, care presupune administrarea de stabilizatori ai dispoziției, se recomandă psihoterapia, în special cea comportamentală, cognitivă și psihanalitică. Unii autori susțin că stigmatizarea față de acest tip de pacienți este mai mică decât cea asociată schizofreniei, dar mai mare decât a tulburărilor anxioase. Ca și în cazul altor

tulburări psihice, stigmatizarea induce o stimă de sine scăzută și o participare redusă la viața socială, cu o scădere ulterioară a calității vieții [7].

Schizofrenia. Este o tulburare mintală caracterizată prin afectarea percepției realității, a capacității de judecată, precum și prin afectarea capacității de funcționare profesională și socială a persoanei. Această afectare se manifestă cu simptome cum ar fi iluzii persistente, halucinații, gândire și comportament dezorganizat, în timp ce simptomele negative includ: apatie, aplatizare afectivă, deficit de vorbire și productivitate, lipsă de atenție și afectarea funcționării sociale și profesionale. Persoanele cu schizofrenie pot auzi voci care, adesea, le insultă și le critică, voci care le pot vorbi direct sau care se pot certa între ele [4]. Pacienții încearcă adesea să dea o explicație acestor dispersii, ceea ce duce la apariția unor situații ciudate de credințe și iluzii. Simptomatologia schizofreniei poate limita pacientul în viața sa personală și profesională. Această tulburare este considerată una dintre cele mai grave afecțiuni, deoarece atrage după sine nu numai un handicap psihosocial pentru pacient, dar și o mare suferință pentru personalul de îngrijire. Această boală este supusă unor multiple prejudecăți din partea societății și poartă povara stigmatizării cu consecințe sociale inevitabile, precum și costuri ridicate pentru sistemul de sănătate. Pacienții cu schizofrenie sunt supuși unei discriminări până la reducerea accesului la tratament și la viața socială. Un alt fapt care trebuie luat în considerare este că 50% dintre pacienții schizofrenici încearcă să se sinucidă, iar 10-15% reușesc în intențiile lor. Tratamentul farmacologic și sprijinul psihoterapeutic s-a dovedit a fi util în atenuarea simptomatologiei și, în consecință, permite pacientului să ducă o viață productivă și integrată în societate. În ciuda acestui fapt, pacientul schizofrenic, în zilele noastre, întâmpină încă multe dificultăți în menținerea unui loc de muncă și a unei locuințe, pierzându-și consecvent autonomia.

Tulburări de personalitate. Personalitatea este definită ca un complex de caracteristici comportamentale și emoționale organizate astfel, încât să facă un anumit individ unic și diferit de toți ceilalți. Tulburările de personalitate sunt reprezentate de o experiență interioară și comportamentală, care se abate de la normele culturale ale individului. Acest mod dezadaptativ și inflexibil de a percepe, relaționa și gândi începe în adolescență și la începutul vieții adulte. Etiologia tulburărilor de personalitate este necunoscută, dar unii autori susțin importanța factorilor de mediu și genetici. Atunci când se vorbește despre tulburările de personalitate, se face referire la diferite caracteristici [14]:

Grupa A: tulburare schizoidă, schizotipală și paranoidă. Pacienții aparținând acestui grup au comportamente care sunt adesea percepute de ceilalți ca fiind excentrice și ciudate;

Tulburarea schizoidă: persoana preferă să trăiască retrasă și singură, are un interes scăzut pentru relațiile sociale și pare rece din punct de vedere emoțional;

Tulburarea schizotipală: se caracterizează prin disconfort acut în relațiile apropiate, excentricitate în gândire și vorbire;

Tulburarea paranoică: persoana are neîncredere și suspiciune față de alte persoane. Ea îi crede pe alții ca fiind răuvoitori, se supără rapid și are dificultăți în relațiile personale.

Grupa B: tulburare antisocială, borderline, narcisistă și histrionică. Persoanele cu aceste tulburări sunt percepute ca fiind amplificatoare, emoționale și imprevizibile.

Tulburarea antisocială: persoana cu această tulburare este lipsită de respect față de ceilalți, precum și față de autorități și legi. Ca urmare a încălcării normelor, el sau ea nu are remușcări și adesea justifică aceste acțiuni prin minciună;

Tulburarea histrionică: se caracterizează prin emotivitate excesivă și nevoia de a fi în centrul atenției, adesea emoțiile sale par superficiale, iar comportamentul este seducător;

Tulburarea narcisistă: se manifestă cu o stimă de sine hipertrofiată, pacientul are adesea un comportament vanitos, nu suportă criticile și caută atenția celorlalți fără a simți empatie pentru aceștia. Pacientul apare adesea ca fiind arogant și rece. Aceste persoane sunt incapabile să accepte schimbările fizice asociate cu îmbătrânirea naturală, ceea ce duce la episoade depresive de-a lungul anilor;

Tulburarea borderline: se caracterizează printr-o instabilitate a relațiilor interpersonale, a sentimentelor cronice de furie și goliciune și o impulsivitate marcantă. Adesea pacienții cu tulburare borderline fac adesea eforturi disperate pentru a evita să fie abandonate real sau imaginar. Unii pacienți pot merge atât de departe, încât să meargă la autoagresiune, se pot chiar sinucide.

Grupa C: tulburare evitantă, dependentă, obsesiv-compulsivă. Aceste persoane apar adesea anxioase sau temătoare.

Tulburarea evitantă: pacienții experimentează inadecvarea și hipersensibilitatea la judecățile negative;

Tulburarea dependentă: se comportă submisiv pentru a evita să fie singuri. Acești pacienți au o nevoie excesivă de a fi mereu îndrumați și îngrijiți;

Tulburarea obsesiv-compulsivă: această tulburare se caracterizează prin nevoia de control, ordine și perfecționism.

Tulburări de dezvoltare și autismul. Acestea sunt tulburări comportamentale și cognitive care apar în timpul copilăriei, dar care tind să fie persistente la vârsta adultă și sunt asociate cu dificultăți semnificative în dobândirea și în îndeplinirea unor funcții intelectuale, motorii, lingvistice sau sociale specifice. Dizabilitatea intelectuală se caracterizează prin afectarea funcționării cognitive și a comportamentului adaptativ, cu consecințe limitative asupra vieții de zi cu zi [12]. Tulburarea de spectru autist se caracterizează printr-un deficit în comunicarea și în interacțiunea socială. Persoana are interese repetitive și inflexibile care sunt atipice sau nu sunt adaptate vârstei și contextului sociocultural al individului. Autismul, în funcție de severitate, poate, într-o măsură mai mare sau mai mică, să afecteze viața personală, familială, socială, educațională și profesională. Familia joacă un rol fundamental în îngrijirea acestor pacienți, fiind capabilă să își recunoască emoțiile față de boală, precum și să înțeleagă care sunt elementele care permit o mai bună învățare a pacientului, care este indispensabil pentru a asigura o îngrijire de calitate.

Concluzii

Conștientizarea propriilor limitări și vigilența față de propriile prejudecăți este de o importanță fundamentală în abordarea persoanelor cu afecțiuni mintale, deoarece ne permite să înțelegem când acțiunile noastre pot dăuna în mod conștient sau inconștient. Medicii, psihologii, asistenții medicali au un rol fundamental în tratarea acestor persoane, care trebuie să fie unul profesional, dar mai presus de toate, etic și uman, asumându-și responsabilitatea în cadrul echipelor profesionale și multidisciplinare în a asigura o îngrijire de înaltă calitate, eficace și continuă. Prin promovarea sănătății, înțelegem acele acțiuni și intenții care au ca scop apărarea drepturilor pacienților, în special promovarea și păstrarea autonomiei și autodeterminării, a intereselor în baza principiului justiției sociale, unde ar fi dezirabilă protejarea bunăstării pacientului prin informarea acestuia cu privire la drepturile sale și la toate opțiunile de tratament,

împreună cu responsabilizarea lui pentru a participa activ la construirea parcursului său de tratament.

Bibliografie:

1. BJÖRKMAN, T. ș.a. Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. In: *National Library of Medicine*. 2008, nr. 22(2). New York. PMID: 18489686. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
2. BOYD, R. ș.a. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. In: *National Library of Medicine*. 2003, nr. 121(1). New York. PMID: 14572622. DOI: 10.1016/j.psychres.2003.08.008
3. BÜRLLI, C. ș.a. Santé psychique en Suisse, État des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé. Paris: OFSP, 2015.
4. CAMPO-ARIAS, A. ș.a. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. In: *Revista colombiana de psiquiatria*. 2015, nr. 44(4). Madrid: Elsevier. ISSN 0034-7450.
5. CAPUTO, N. M. ș.a. Narrative processing of entertainment media and mental illness stigma. In: *National Library of Medicine*. 2011, nr. 26(7). New York. PMID: 21516556. DOI: 10.1080/10410236.2011.560787.
6. CARPINIELLO, B. ș.a. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. In: *National Library of Medicine*. 2017, nr. 26(7). London. PMID: 28337154. PMCID: PMC5340774. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00035.
7. CASTRO, M. Estigma y Enfermedad Mental: Un Punto de Vista Historico-Social. In: *Revista de psiquiatria y salud mental Hermilio Valdizan*. 2005, nr. 6(1). New York, 2005, pp. 33-42.
8. CORRIGAN, P.W. How Stigma Interferes With Mental Health Care. In: *American Psychologist*. 2004, nr. 59(7) New York. DOI: 10.1037/0003-066X.59.7.614.
9. CORRIGAN, P.W. ș.a. The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. In: *National Library of Medicine*. 1999, nr. 38(1). London. PMID: 10427613. DOI: 10.1016/s0920-9964(98)00180-7.
10. CORRIGAN, P.W. ș.a. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. In: *National Library of Medicine*. 2014, nr. 15(2). New York. PMID: 26171956. DOI: 10.1177/1529100614531398.
11. EBRAHIMI, H. ș.a. Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. In: *National Library of Medicine*. 2012, nr. 17(7). New York. PMID: 23922602. PMCID: PMC3730459
12. GOFFMAN, E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. London: Anchor Books, 1961. ISBN-13: 978-0385000161.
13. GOFFMAN, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York, 1963. ISBN 9780671622442.
14. GOODMAN, B. Erving Goffman and the total institution. In: *National Library of Medicine*. 2013, nr. 33(2). London. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.09.012.
15. HAYWARD, P. ș.a. Stigma and mental illness: A review and critique. In: *Journal of Mental Health*. 1997, nr. 6(4). London, pp. 345-354. DOI: 10.1080/09638239718671.
16. KNAAK, S. ș.a. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. In: *National Library of Medicine*. 2017, nr. 30(2). London, pp. 111-116. PMCID: PMC5347358. DOI: 10.1177/0840470416679413.
17. LINK, B.G. ș.a. Stigma and its public health implications. In: *National Library of Medicine*. 2006, New York. PMID: 16473129. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68184-1.

PSIHOTERAPIA INDIVIDUALĂ ȘI DE GRUP

INDIVIDUAL AND GROUP PSYCHOTHERAPY

Maria POPESCU, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-5383-2121
popescu.maria@upsc.md

Maria POPESCU, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 615.851

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p75-80

Abstract. Psychotherapy comes to the aid of patients when they are in an existential difficulty. It is important to choose the right form of work for the patient in order to make the therapeutic process more efficient. Individual and group therapy aims to discover the spontaneous, authentic, creative human nature. Both types of psychotherapy do this, only that the individual one is of an existential, experiential nature, and the group one belongs to the interpersonal frame of reference. It is more effective to combine them, in the sense of exploring first, then analyzing and subsequently learning new behaviors. In relation to the therapist or the other participants in the therapy, the patient can ask the right questions, and the answers can turn into effective, functional life solutions. In the article I will describe these psychotherapeutic approaches and talk about the limits and advantages of individual and group psychotherapy. The individual or group approach depends on the individual, on his way of manifestation, on the goals he brings to the therapy.

Keywords: psychotherapy, patients, individual psychotherapy, group psychotherapy.

Psihoterapia vine în ajutorul pacienților atunci când ei se află într-o dificultate existențială sau de relaționare cu ceilalți. Ea oferă o cale spre autocunoaștere și redescoperire interioară. Astfel, cei care apelează la psihoterapeut își oferă șansa de a schimba felul în care simt, interpretează realitatea și interacționează cu ceilalți, de a recadra și a gestiona stări conflictuale, blocaje, frustrări, de a recurge la strategii noi, creative de dezvoltare personală, profesională și interpersonală.

Psihoterapia oferă un spațiu de întâlnire și regăsire interioară și, totodată, un spațiu de dialog verbal și nonverbal cu interiorul, cu inconștientul individual; un spațiu liber, lipsit de prejudecăți, în care toate problemele, ideile, emoțiile pacientului își găsesc dreptul la analiză, înțelegere, exprimare, acceptare și validare.

În relație cu terapeutul sau cu ceilalți participanți la terapie, pacientul își poate pune întrebările potrivite, iar răspunsurile se pot transforma în soluții de viață eficiente, funcționale.

Psihoterapia individuală presupune interacțiunea între pacient/client și terapeut în spațiul securizant al cabinetului de lucru, unde emoțiile și gândurile sunt exprimate fără teamă, prejudecăți, inhibiții, ținându-se cont de ritmul de conștientizare și introspecție al persoanei; cu un grad înalt de confidență și conținere.

Procesul psihoterapeutic se desfășoară în diadă: psihoterapeut – pacient/client. Această formă psihoterapeutică se regăsește în toate abordările conceptuale și metodologie ale psihoterapiei (psihodinamică, cognitiv-comportamentală, umanistă etc.) și reprezintă un proces complex în care interacționează varii factori: socioculturali, calitățile și competențele profesionale ale terapeutului, particularitățile individuale ale pacientului.

Caracteristicile psihoterapeutului care influențează procesul psihoterapeutic pot fi atât obiective: vârsta, sexul, particularitățile etnice, formarea profesională, tehnicile folosite și stilul psihoterapeutic, cât și subiective: particularitățile personale și cognitive, starea emoțională, valorile, relațiile, credințele, caracterul influenței sociale, așteptările, orientarea filosofico-terapeutică a specialistului etc.

Psihoterapia de grup se referă la întâlnirea, sub îndrumarea psihoterapeutului, a mai multor persoane ce împărtășesc experiențe, preocupări sau obiective comune. Aceștia aduc o mare varietate de experiențe, de reacții, pot fi suportivi sau critici, caută împreună soluții, constituind unii pentru alții un cadru de observație, oglindire și feedback.

Psihoterapia de grup, oricare ar fi ea (a familiei, constelații etc.), este orientată spre dinamica în grup, adică totalitatea interrelațiilor și interacțiunilor ce apar între membrii grupului, inclusiv psihoterapeutul. Sarcinile psihoterapiei de grup se bazează pe trei componente ale autoconștiinței: autoînțelegerea (aspectul cognitiv), atitudinea față de sine (aspectul emoțional) și autoreglarea (aspectul comportamental). Aceste trei aspecte sunt esențiale în stabilirea scopului psihoterapiei de grup – formarea autocunoașterii adecvate cu perspectiva extinderii ei în continuare.

Grupurile pot fi deschise sau închise ca fluctuație de participanți și omogene sau neomogene din punctul de vedere al diagnosticului. Abordarea terapiei individuale sau în grup ține de problema și obiectivul pacientului. S-ar putea să fie mai eficientă combinarea acestor tipuri de psihoterapie, în sensul explorării mai întâi a interiorului pacientului, ulterior învățând comportamente noi, funcționale.

Terapia individuală cât și cea de grup au menirea să descopere natura umană spontană, autentică, creativă. Ambele tipuri de psihoterapie fac acest lucru, doar că cea individuală este de natură existențială, experiențială, iar cea de grup ține de cadrul de referință interpersonală, aici sunt invitați cei disperați din cauza incapacității de a dezvolta și a menține relații interpersonale funcționale (Yalom).

Irvin Yalom, în cartea *Darul psihoterapiei*, își exprimă îngrijorarea cu referire la formarea noilor generații de psihoterapeuți, menționând că sistemul de sănătate actual este bazat pe principiile economiei de piață care impune modificarea radicală a tratamentului psihologic, iar „psihoterapia este obligată să se raționalizeze, să fie necostisitoare, de scurtă durată, superficială și nesubstanțială”. Autorul vorbește despre preocuparea lui față de terapia de grup și terapia existențială și recomandă un pluralism terapeutic în care intervențiile eficiente ar reprezenta rezultatul variilor abordări terapeutice. Sfaturile oferite de autor derivă din aceste două perspective psihoterapeutice: individuală și de grup. El face distincția între ele, afirmând că „cele două metode diferă nu doar prin format, ci și prin cadrul de referință fundamental pe care îl au”. Yalom spunea: „Când mă întâlnesc cu pacienții pentru terapia de grup, lucrez în cadrul de referință interpersonal și pornesc de la presupunerea că pacienții ajung la disperare din cauza incapacității de a dezvolta și a menține relații interpersonale. Însă când acționez în cadrul

de referință existențială, pornesc de la o presupunere foarte diferită: pacienții ajung la disperare ca urmare a confruntării cu realitățile crude ale condiției umane, cu «daturile» existenței».

Yalom definește psihoterapia existențială ca fiind o abordare terapeutică dinamică ce se concentrează asupra neliniștilor (moarte, singurătate, sensul vieții, libertate), care își au rădăcinile în existența omului. Obiectivele ambelor tipuri de psihoterapie sunt de a înlătura simptomele, de a alina durerea, de a facilita dezvoltarea personală, conștientizările, *insight*-urile și alte aspecte în dinamica personalității umane.

Cabinetul psihoterapeutului este un cadru optim care oferă confort și siguranță, facilitând deschiderea către un dialog verbal și nonverbal în limite strict confidentiale, în care psihoterapeutul și clientul co-creează relația terapeutică. Este important să alegem forma de lucru potrivită pacientului pentru a eficientiza procesul terapeutic.

Între terapia individuală și cea de grup există diferențe atât în ceea ce privește procesul terapeutic dezvoltat, cât și obiectivele stabilite. Acestea apar ca urmare a selecției care se face natural în momentul în care clientul vine în terapie pentru a fi vindecat de o maladie psihologică sau pentru a rezolva o problemă.

În terapia individuală, terapeutul lucrează împreună cu clientul pentru a înțelege „care e problema” (în termeni de: factori predispozanți, factori declanșatori, factori de menținere, factori de ameliorare etc.). Persoana își formează abilitatea de a lucra individual, urmează un plan de tratament sau de intervenție, continuă dezvoltarea personală prin teme de acasă între sesiunile de terapie și urmează un plan de menținere a rezultatelor obținute.

Din perspectiva lui André Moreau, terapia individuală se centrează pe boală și este astfel structurată pentru a înțelege față de lucrul în grup care, datorită modului de abordare diferit, duce la interacțiune și la a trăi experiențe, deci se axează pe viață.

În psihoterapia individuală se folosesc forme de comunicare specifice: conversația terapeutică, sugestia, persuasiunea, hipnoza, imageria ghidată, metafora sau exprimarea artistică etc. Unele din ele se folosesc atât în terapia individuală, cât și de grup. Alături de terapeut, pacientul învață să abordeze situațiile dificile, examinându-le din altă perspectivă, să înțeleagă cauzele problemei, să facă față emoțiilor dureroase. Specialistul este acolo pentru a-l asculta și conține, pentru a-i oferi puncte de vedere pe care pacientul nu le-a găsit ori nu le-a abordat, pentru a-l încuraja când le-a evitat, conștient sau nu.

Freud spunea: „Nevroza este bazată pe menținerea secretului”. Interdicția de a vorbi despre conflicte duce la izolare. Persoana devine tensionată, își creează mecanisme de apărare, își schimbă fizionomia, se crispează, i se strânge stomacul, se îmbolnăvește, pentru că-și reprimă sentimentele în loc să le exprime. În lucrul individual, terapeutul analizează ce se întâmplă cu pacientul, fiind centrat pe povestea acestuia, pe acțiunile sale și pe cauza comportamentelor sale. Aici este vorba mai mult de procese specifice psihanalizei. Terapeutul încurajează pacientul să povestească despre evenimente și trăiri din trecut și doar prin intervenții se vorbește despre ceea ce se petrece aici și acum, despre ce simte în corp, ce sentimentele are față de specialist sau caracteristicile pe care i le atribuie acestuia. În terapia individuală, există tendința de a merge la cauza lucrurilor (abordare psihanalitică), ceea ce ne aduce un plus pentru a trăi mai bine, pe când lucrul în grup dă răspunsuri la „cum să faci” ca să-ți rezolvi problema, să-ți atingi obiectivul. În această situație esențială este co-crearea spațiului, relația dintre terapeut și pacient, încrederea și conținerea. Spre exemplu, dr. Ken Evans, într-un workshop, a demonstrat o secvență din terapia individuală: adultul de acum este adus de terapeut în postura de a-și pune întrebări în privința

rolului pe care și l-a asumat ca și copil vizavi de părinții săi, în conflict permanent. Copilul de atunci devine curajos, are grijă de părinți, se maturizează foarte repede, dar devine foarte stresat. Nu are suficientă susținere ca să se simtă hrănit, se sensibilizează, apare frica, oboseala. Intervenția terapeutului întâlnește nevoia clientului: ca și reprezentant al tatălui său, își cere scuze că nu l-a văzut, că nu l-a ascultat și nu l-a înțeles, observă că este responsabil, apreciază că a depus un efort de a schimba ceva; copilul, care se simte inconfortabil dacă nu acționează, dacă înțelege părintele din copilăria sa, acum primește semnalul de retragere, pentru că misiunea lui a luat sfârșit: „Acum poți să te odihnești”.

André Moreau apreciază că oamenii participă la terapia de grup având ca obiectiv principal dezvoltarea personală pentru a găsi soluții sau a rezolva conflicte. Dacă boala există, reducerea ei este un obiectiv secundar. El face un joc de cuvinte, ilustrând acest lucru: „În engleză se spune «disease» pentru a desemna boala; «dis-ease» se poate traduce ca «îndispoziție». Creșterea personală aduce cu sine responsabilizare și o mai mare autonomie, ceea ce determină reducerea bolii. Experimentarea ajută pacientul să observe cum aduce în prezent conflictele din trecut și cum poate să se adapteze mai ușor și să aibă o relație mai bună cu membrii grupului”. Accentul este mai puțin pe nevroză și diagnostic, dar mai mult, în termeni, pe comportamente, reacții, sentimente, întâlnire, „jocuri distructive” etc.

Într-un grup de 10-12 persoane, fiecare participant ia contact aici și acum cu o părțică mică a societății, proiectează opinii diferite, primește reacții diverse, lucrează intens cu sentimente de simpatie sau ostilitate, poate avea *insight*-uri și conștientizări în urma feedbackului oferit de alte persoane. Participantul nu mai păstrează secretul, se focalizează pe ceea ce gândește și ce simte. Împărtășind celorlalți, devine conștient de ceea ce simte și se întâmplă în interiorul său atunci când se exprimă. Observă efectul pe care-l are asupra celuilalt, verificându-și supozițiile, transferurile, proiecțiile. Constată, ușurat, că lucrurile de care se teme nu i se întâmplă aici și acum. Anxietatea față de ceea ce s-ar putea întâmpla se diminuează. În cazul traumelor sau dependențelor, unii pacienți lucrează mai bine în grup, unde găsesc alte persoane cu aceleași experiențe, se deschid mai ușor și sunt mai motivați de faptul că alții au reușit. Terapia de grup este recomandată persoanelor cu dificultăți de comunicare sau relaționare, pentru ei fiind o problemă să-și facă prieteni sau să și-i păstreze; astfel ei au oportunitatea să-și dezvolte abilitățile interpersonale, inteligența socială. Realitatea grupului este mai apropiată de realitatea locului de muncă, a familiei, a școlii. Aici se pot contura și dezvolta mai multe relații în același timp.

Terapia de grup pornește de la premisa că grupul este mai mult decât suma părților. Orice membru al grupului dăruiește și primește în același timp, fiind co-creator și beneficiar al unui mediu sigur, confidențial, unde experimentează să aparțină, să se identifice cu alții, să învețe de la ei și, totodată, să afle cum e perceput de ceilalți. Participanții își dezvoltă înțelegerea și *insight*-ul, descoperă cauzele și efectele comportamentelor negative și disfuncționale, testează realitatea, învață noi comportamente și abilități de comunicare.

Irvin Yalom, în cartea *Teoria și practica psihoterapiei de grup*, susține că terapia de grup se bazează pe o relație interpersonală în care membrii grupului și terapeutul sunt văzuți ca doi tovarăși ai unei călătorii care are ca scop eliminarea progresivă a obstacolelor în calea dezvoltării personale. Yalom enumeră 11 factori terapeutici care sunt implicați în ameliorarea psihologică: inducerea speranței, universalitatea, informarea, altruismul, recapitularea corectivă a relațiilor din familia de origine, îmbunătățirea aptitudinilor de socializare, comportamentul limitativ,

învățarea interpersonală, coeziunea grupului, catharsisul și acceptarea unor adevăruri nu întotdeauna evidente (factori existențiali).

Un exercițiu de experimentare a sentimentelor, prezentat de André Moreau, este destinat terapiei fricii. În terapia individuală, pacientul lucrează cu terapeutul, pentru a vedea de cine sau de ce îi este frică și ce poate face pentru a reduce teama. În terapia de grup, A. Moreau regizează o scenă (utilizează un artificiu pentru a amplifica frica). Participanților li se cere să se plimbe lent prin cameră și să privească în ochi partenerii de grup. Apoi, li se spune să interacționeze între ei, aflându-se în una dintre următoarele trei poziții: fie nu vă este frică și ziceți: „Nu mi-e frică”, fie vă este frică și țipați: „Mi-e frică de tine”, fie vă este frică și cu cât vă este mai mult frică, vă apropiați de celălalt și îl atingeți. Jocul se desfășoară timp de zece minute, astfel încât fiecare să-i întâlnească pe rând pe toți participanții grupului. Se constată că frica este cel mai mult atenuată, fără să fi abordat vreodată cauza. Când experiența de a simți frica a fost trăită și s-a putut utiliza un exercițiu pentru a o modifica și, dacă se poate, chiar atenua, atunci e mai profitabil să vorbim despre cauză.

Un exercițiu pentru deschiderea și coeziunea grupului este acela în care participanții, plimbându-se lent pe trasee aleatorii, încep să-i privească la fel pe cei pe care îi întâlnesc în calea lor. În etapa următoare, se privesc și își zâmbesc. Deja se simte efectul unui pas înainte în dinamica grupului. În următoarele trei minute de plimbare, când se întâlnesc, devenind parteneri, participanții își strâng mâinile. Apoi, își rostesc prenumele. Strângându-și mâinile, își fac complimente reciproce, bazate pe ceea ce văd unul la celălalt. Fiecare simte afinități și simpatii, există și cazuri când cineva din membrii grupului se retrage, însă este un sentiment general de apartenență la grup.

O altă realitate adusă în grup o reprezintă ritualurile de trecere, care, așa cum spunea Mircea Eliade, marchează ciclurile vieții unei persoane și stabilesc diferențele esențiale între etape. Conform lui Arnold Van Gennep (1996), întâlnim „ritualuri preliminare”, „rituri prag” (liminare) și „ritualuri de agregare” (postliminare). Ele sunt expresia nevoii umane de a aparține (conform terapeutului gestaltist, Fritz Perls), iar ca formă de psihoterapie au nevoie de mediul suportiv și securizant al grupului, pentru a-și atinge scopul de a produce schimbări în conștiința celui pentru care se realizează acestea.

Un astfel de ritual ce permite oportunitatea de exprimare a furiei și a altor emoții reprimite este cel de trecere de la statutul de copil la cel de adult, prin eliminarea acelei părți negative pe care fiecare dintre noi a preluat-o de la părinții săi și o poartă inconștient în el, împiedicându-l să fie așa cum simte. Grupul formează un simbolic tunel al timpului, prin care pacientul trece, eliberându-se de emoțiile negative, prin exprimarea lor la intrarea în tunel și iertarea celor care l-au limitat, pe măsură ce se îndreaptă spre începutul unei noi existențe, libere de povara ce o purtase atâta timp. El face public un contract pentru noua viață, bucurându-se împreună cu membrii grupului care au trecut, de asemenea, prin acest ritual. După cum se observă, fără suportul grupului nu ar fi posibil acest instrument terapeutic.

În cazul terapiei numită *constelații*, persoana care lucrează își alege dintre membrii grupului un reprezentant cu care rezonază, apoi, în funcție de povestea vieții sale, alege reprezentanți pentru cei din familie, vii, morți sau nenăscuți. Este, alături de terapeut, creatorul unui scenariu ce cuprinde elemente din viața personală care reprezintă fapte și emoții puternice, poveri pe care le poartă cu sine. Terapeutul urmează un ritual conducându-și pacientul spre *insight*-uri și înțelegeri ale faptelor și persoanelor cu care a interacționat. Apoi are loc ritualul

propriu-zis, care constă din acceptare, iertare și ruperea legăturii pe care se baza sentimentul care îl împovăra pe client. Deloc de neglijat este etapa finală, în care pacientul mulțumește membrilor grupului care au personificat personajele din viața sa.

În grup apar diverse modalități de *coping*, pe baza cărora individul își creează propria strategie de management a situațiilor cu risc. În terapia de grup, fiecare participant găsește aspecte potrivite personalității și nevoilor sale. Poate că diferența de fond dintre terapia individuală și cea de grup este cea a modului de abordare a acesteia din urmă: a trăi, apoi a simți și a reflecta ulterior!

Din propria experiență, pot afirma că în formarea de bază în psihoterapia integrativă, am cunoscut pas cu pas dinamica grupului din care fac parte, efectul terapeutic al grupului. Este o experiență frumoasă, timp de un an de zile am învățat deschidere, încredere în sine și în ceilalți; iubire de sine și de ceilalți; am descoperit și am acceptat valoarea propriei persoane și valoarea celorlalți – ceea ce nu ar fi posibil de realizat în afara grupului. Îi admir și îi respect pe colegii mei care se oferă să lucreze în terapia de mijloc și care au curajul și asumarea pentru tot ce li se întâmplă în viață. Am învățat de la ei să vorbesc despre lucruri sensibile, deranjante din trecut, am plâns și am râs împreună. Am învățat că a fi vulnerabil înseamnă a fi puternic. Cu certitudine, urmează să învăț multe alte lucruri.

Abordarea individuală sau de grup ține de individ, de modul său de manifestare, de obiectivele pe care le aduce în terapie (dezvoltare personală, probleme relaționale, psiho-emoționale și de comportament, traume, dependențe, depresie etc.). Mai eficientă este combinarea acestor metode în sensul explorării mai întâi, apoi a analizei și a învățării ulterioare a noilor comportamente.

Bibliografie:

1. KENNETH, E., GILBERT, M. *Introducere în psihoterapia integrativă*. București: Liber Mundi, 2010.
2. HOLDEVICI, I. *Psihoterapia cognitiv-comportamentală*. București: Editura Științelor Medicale, 2005.
3. MOREAU, A. *Viața mea aici și acum*. București: Trei, 2005.
4. YALOM, I. *Darul psihoterapiei*. București: Vellant, 2022.
5. КАРВАРСАРСКИЙ, Б.Д. *Психотерапия*. Санкт-Петербург: Питер, 2000.

**REFLECTAREA SIMBOLICĂ A TRAUMEI DE RĂZBOILA COPII.
ASPECTE PSIHOLOGICE**

**SYMBOLIC REFLECTION OF WAR TRAUMA IN CHILDREN.
PSYCHOLOGICAL ASPECTS**

Tatiana ROȘCA, drd., asist. univ.,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
ORCID: 000-0003-4318-6610
tatianarosca37@gmail.com

Tatiana ROSCA, PhD student, University Assistant,
Free International University of Moldova

CZU: 159.922.7

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p81-93

Abstract. Today, more than ever, the theme of wars and conflicts has become even more present in our lives. The war in Ukraine, geographically closer to us, has had and continues to have various consequences on our daily lives, but especially on the children who are refugees from the war. Moreover, that this war is not the only one that still injures, kills and takes away the future of thousands of people. And if the daily tragic bulletins have a strong impact on the emotional state, then the reality of the war seen through the eyes of children, without filters, generates devastating psychological consequences. In this context, drawing for war-affected children represents a kind of window on their inner world, which allows them to express what they cannot verbalize with words. It provides clinical direction on the intensity of the traumatic experience, traceable to the symbolic representation of the event, the reworking of the past, and the child's ability to imagine a future.

Keywords: child, war trauma, psyche, traumatic effects, inner world, drawing, symbolic representation.

Introducere

Termenul *traumă* provine din greaca veche, de la cuvântul *traumatismos*, care înseamnă acțiunea de a răni și de la substantivul *traūma*, care înseamnă rană, pagubă sau dezastru, unde rădăcina *trō* se referă la verbul „a străpunge” [9]. Sensul etimologic al termenului se referă deci la o rană provocată prin *străpungere*, cu un „prejudiciu” și consecințe fizice și psihice. Acest concept a fost inventat de patologia chirurgicală pentru a desemna transmiterea unui șoc mecanic de către un agent fizic extern către o parte a corpului, provocând „o rană, o vânătăie, o leziune, o contuzie sau o lovitură” [4]. Transpus în psihologie, acesta și-a păstrat această conotație. Și deși există diferite abordări și conceptualizări în literatura de specialitate, există un acord comun în definirea traumei psihice ca „fiind transmiterea unui șoc brusc și violent, exercitat de către un agent extern asupra aparatului psihic, generând tulburări psihopatologice, care pot fi caracterizate ca fiind tranzitorii sau definitive” [1].

În domeniul studiilor cu privire la impactul războiului, o atenție deosebită se acordă efectelor traumatice pe care le lasă acesta asupra psihicului uman. Războaiele reprezintă un eveniment extrem de traumatic, deoarece amenință integritatea fizică și supraviețuirea individului, comportând o experiență de teroare și moarte imediată [10]. Este vorba despre

evenimente brutale, imediate, „extra-ordinare” și distructive, care depășesc apărările psihice ale individului și, în același timp, resursele întregii comunități afectate. Copiii expuși acestor evenimente devastatoare sunt considerați partea populației cea mai vulnerabilă [6], întrucât sunt în proces de dezvoltare și predispuși la răspunsuri dezadaptative și la tulburări psihiatrice, ca: stresul posttraumatic – SSPT; tulburările de anxietate și depresie; simptomele nespecifice legate de funcționarea socială.

Nucleul central al simptomatologiei posttraumatice este caracterizat de sindromul reactivării trecutului [8]: amintirile traumatiche sunt separate de conștiință și erup brusc și neașteptat în conștiința individului sub formă de coșmaruri, flashbackuri, halucinații și episoade de reactivare a evenimentului traumatic. Experiența traumatică se prezintă pentru aparatul psihic ca un fel de „corp străin”, o încurcătură de percepții și emoții, lipsite de formă și sens, pe care subiectul nu reușește să-l asimileze, nici să-l contextualizeze în interiorul propriei istorii de viață.

Material și metodă

În scopul evaluării traumei de război, a fost administrată „Metoda celor trei desene: înainte, în timpul și după”, concepută de Louis Crocq, în intervențiile sale cu copiii care au supraviețuit bombardamentelor din Liban în 1996 [2] și cu copiii victime ale războiului din Kosovo (1999) și care a dezvoltat un protocol de prelucrare a traumei copilăriei. În acest context, *desenul* a fost folosit în mod repetat ca instrument de diagnostic și terapeutic la copiii afectați de război, pentru că: a) reprezintă o hartă geografică a lumii interioare a copilului, capabilă să exprime problemele, originile și rezonanța lor asupra lumii lui interioare în manieră mult mai efectivă și mult mai rapidă decât cuvântul; b) natura bazată pe senzorial, ce permite accesul la conținuturile traumatiche prezente în memoria senzorială implicită; c) își asumă funcția de suport de sens și semnificație, capabil să descrie ceea ce constituie simptomul și de a exprima ceea ce nu se poate spune în cuvinte; d) reprezintă o modalitate comunicativă familiară copilului, care îi permite acestuia să exprime sentimente și emoții cu încărcături de anxietate și suferință și, prin urmare, dificile de comunicat, fără a afecta bunăstarea psihologică. Așadar, desenul își asumă funcția *de diagnostic*, întrucât permite evaluarea impactului evenimentului, cât și *funcția terapeutică*, ce permite să integreze experiența suferită în alte experiențe din trecut și să depășească fixarea evenimentului într-o găsi continuitate între prezent, trecut și viitor.

Instrumentul constă din 3 teste, care prevăd câte un desen și un interviu. Conținuturile celor trei desene răspund condiției: 1. Desenează-te pe tine, familia ta și casa ta înainte de război. 2. Desenează-te pe tine, familia ta și casa ta în timpul războiului. 3. Desenează-te pe tine, familia ta și casa ta în viitor, așa precum ți-o dorești. Interviul se finalizează cu explorarea desenului copilului, intervievatorul cerându-i copilului să-și descrie desenul. Procedura de administrare a avut loc în „camera de joacă”, în care au loc majoritatea activităților psihosociale, administrarea fiind individuală. Analiza a fost realizată luându-se în considerare desfășurarea dinamică a procesului, care a inclus comportamentul nonverbal și comentariile făcute de copil în timpul executării desenului, structura formală a desenului, indicatorii grafici tradiționali analizați în contextul studiilor și în literatura de specialitate, conținutul, elementele desenate și omise, imaginea lui corporală, reprezentarea grafică a personajelor.

Cercetarea fost realizată pe un lot de 4 copii de origine ucraineană, refugiați de război și găzduiți de un centru de asistență a refugiaților de război din orașul Chișinău, cu vârsta cuprinsă între 8 și 12 ani.

Rezultate și discuții

Studiul de caz 1

Kiril, preadolescent, 12 ani, are un caracter în general neliniștit și un comportament caracterizat prin hiperactivitate. Acest lucru însă nu compromite participarea la activitățile propuse de asistenți și este destul de colaborativ. Când este implicat în sarcini care îi stimulează creativitatea și imaginația (desene, lucru cu diferite materiale, construcții), este foarte angajat, demonstrând o capacitate remarcabilă de concentrare. În raport cu psihopedagogii și asistenții, uneori este imprevizibil, cu atitudini de dezinteres vădit, alteori, de provocare. La fel, când participă în mod voluntar la activități, își subliniază, deși în mod ironic, opoziția în a executa activitatea în sine la care se alătură. Familia lui e compusă din: tata, mama și fratele de 4 ani. Locuiește la centru cu mama, frățiorul și bunica pe linie paternă de la 6 aprilie 2022.

Descrierea testării

Când i se propune testul, se oferă de bunăvoie, având în vedere predispoziția lui pentru activitățile manuale, inclusiv pentru desen. Cu toate acestea, atunci când i-a fost explicată sarcina, Kiril devine reticent, dar până la urmă acceptă.

Primul desen este realizat cu creionul și e destul de definit. În ciuda explicației că desenul trebuie să-l reprezinte pe el, casa și familia sa, Kiril își concentrează atenția doar asupra elementului *casă*. Desenul înfățișează casa văzută din exterior. Kiril a început să deseneze casa, conturând la început peretele din stânga, completând cu marginile fațadei și acoperișul, pentru a ajunge apoi la peretele din dreapta. În acest moment, umple casa cu detalii: pe acoperiș desenează țiglele pătrate, o lampă de exterior, o fereastră și pavajul din fața ușii de la intrare. Pe fațadă, desenează o ușă care este, de fapt, intrarea în magazinul alimentar de unde cumpără produse familia sa. Lângă casă, în stânga, desenează o clădire vizibilă doar parțial, pe care schițează doar o ușă. Linia solului coincide cu partea inferioară a fațadei casei. Partea dreaptă a foii rămâne albă, aproape ca o indicație a unui spațiu care ar putea fi umplut. Kiril se desenează pe sine la urmă, doar la solicitarea examinatorului, care-l întreabă unde se poziționează împreună cu familia lui. La solicitare, se desenează pe sine foarte mic, în spatele unei ferestre. El refuză să-și deseneze familia. Apoi decide să nu coloreze desenul, pentru că nu vrea. *Desenul este inferior capacităților grafice și picturale ale subiectului.*

Al doilea desen este mai bogat în detalii și „trăit” cu o mai mare participare și angajament din partea băiatului, care decide să prezinte două puncte de vedere pe două foi din dimineața începerii războiului. Primul reprezintă scenariul pe care copilul l-a văzut de pe fereastră. Delimitează un spațiu pe ambele părți cu două linii verticale, pornind din stânga, care traversează foaia de sus în jos, trecând apoi la cel din dreapta, pe care îl desenează cu o lovitură mai incertă și care se oprește la mijloc cu o linie curbă. Explică că spațiile laterale sunt cele două pervazuri de la fereastra din camera lui și desenează scena pe care o vede în centru în acea dimineață. Începe prin a trasa linia solului pe care se află o mașină care merge fără să atingă pământul cu roțile din cauza vitezei pe care o are, scopul fiind să evadeze, se pare. Apoi trage două linii care pornesc de la sol spre ferestrele unde se înfățișează un bărbat, fugind și el. În cele din urmă, reprezintă prăbușirea unui horn de sus și alte dărâmături mai mici, care se împrăstie pe drum. Desenul îl face cu creionul simplu și trasează liniile mai hotărât decât în primul. În timp ce reprezintă scena, Kiril comentează totul, desenează, plângându-se că nu poate reproduce adecvat ceea ce are în minte. De fapt, abilitățile grafice ale lui Kiril sunt cu mult superioare celor arătate în aceste desene. El însuși își dă seama de acest lucru. Kiril cere să poată realiza un alt desen cu

aceeași tematică. În acest al doilea desen, apare și el. De această dată, dezvăluie toată drama experienței trăite în noaptea când a început războiul. Kiril începe prin a-și desena propriul pat, despre care precizează că este neîngrijit și cu pătura „aruncată acolo” tocmai din pricina grabei cu care s-a ridicat din pat, apoi biroul, pe care desenează calculatorul, tastatura și căștile. Aproape de birou reprezentarea continuă cu un covor, o noptieră pe două roți și, rezemat de el, televizorul. Pe fundal, copilul desenează ușa, un element determinant în memoria traumatică. La un moment dat, Kiril observă și exclamă că în desen „lipsește ceva”. Era de așteptat ca copilul să-și deseneze familia, așa cum i s-a cerut. În schimb, purcede la desenarea a două rafturi, pe care totuși le lasă goale, umplând spațiul de deasupra biroului și al televizorului. Numai la îndemnul examinatorului, Kiril, în cele din urmă, se desenează pe sine în timp ce bate cu pumnii în ușa blocată. În timpul realizării acestui desen, Kiril apare mai degrabă agitat: se mișcă continuu pe scaun și atinge în mod repetat, aproape compulsiv, orice este pe masă (ascuțitoare, radieră, creioane colorate, foi). Geometricitatea primului desen a fost înlocuită de linii ondulate, care par să exprime tensiunea pe care o simte băiatul și, în același timp, vibrațiile generate de împușcături și bubuituri. Nu își desenează familia pentru că, explică el, aceasta era deja afară, în timp ce el a ieșit ultimul, ajutat de pompieri, care l-au scos pe fereastră. Desenul nu este colorat.

Kiril refuză să execute *al treilea desen*, motivând că nu vrea pur și simplu.

Interpretare

Imaginarul băiatului în perioada de până la război este ocupat predominant de elementul acasă, pe care îl desenează în primul desen, ocupând cea mai mare parte a foii și pe care se concentrează cu mare atenție pe durata întregului proces. Casa găzduia, de asemenea, magazinul alimentar de unde cumpăra familia, a cărui ușă a desenat-o cu mare grijă. Prin urmare, pentru familia lui Kiril, imobilul a îndeplinit dublă funcție: de locuință și de activitate. Casa a avut pentru băiat o valoare semnificativă. Inițial, se pare că nu a adăugat personaje intenționat: în stânga a lăsat un spațiu lângă clădire. La întrebarea examinatorului unde se afla el și familia lui copilul a răspuns că în interior, limitându-se să deseneze o siluetă foarte stilizată a lui la fereastră. Pentru a transmite cel mai bine sentimentul de importanță și stabilitate pe care le-a acordat vechii sale case, a cerut o riglă, cu care a trasat pereții în linii geometrice. Deși desenul nu prezintă prea multe detalii, casa este redată, cu siguranță, în mod fidel. Reprezentarea casei din acest desen preia funcția simbolică de familie și de recipient de protecție. Clădirea dispare în desenul în care i s-a cerut casa reprezentată „în timpul” războiului. Alegerea băiatului de a face două desene este emblematică – desenele „în timpul războiului” au adoptat două perspective diferite, răspunzând nevoii urgente de a povesti cât mai detaliat posibil. Două sunt scenariile reprezentate de Kiril: imaginea de pe fereastra din camera lui, care dă spre stradă, și interiorul camerei. Prima scenă descrie ceea ce ochii lui au văzut din fereastra dormitorului său, imagini care sunt încă foarte vii în mintea copilului. Abia mai târziu, acesta pare să se desprindă de ele și să creeze o narațiune a celor întâmplate. Ambele scene sunt semnificative pentru copil și îmbogățite cu mult mai multe detalii decât în desenul anterior. Totodată, în desenul al doilea, se observă o implicare afectivă mai mare. Pe parcursul primelor semne de începere a războiului, Kiril a rămas închis în camera lui, unde s-a blocat ușa. De aceea, a trebuit să aștepte câteva ore până la sosirea pompierilor. Starea de închisoare reprezintă cel mai înalt nivel de pasivitate pentru o victimă. Iar în desen este puternic contrastul dintre dinamismul scenei din afara ferestrei și natura statică a celui de-al doilea desen, în care Kiril apare nu doar static, ci și „aplatizat” în fața ușii care nu se deschide. În cele două desene, așadar, copilul, se pare, a vrut să reprezinte ceea ce făcea toată lumea, nu

putea însă și el – să fugă. Ceea ce, în schimb, a fost nevoit să facă a fost să aștepte, în timp ce în percepția lui totul tremura înăuntrul încăperii. Pe părinții lui, despre care spune că erau afară, nu i-a reprezentat intenționat.

Drama acelei dimineți Kiril a trăit-o în totalitate singur. Unicul personaj pe care îl desenează, pe lângă el, este un străin care fuge. Povestea ambelor desene este structurată astfel: începe grafic pentru a reconstrui episodul inerent, adăugând multe detalii. În cele mai dureroase puncte, Kiril adoptă adesea tehnica minimalizării dramatismului situației, pentru a atenua încărcătura emoțională, prea puternică pentru a o stăpâni. Un alt truc pentru a elibera tensiunea acumulată sunt distragerile, care, la copil, se reduc la atingerea sau manevrarea altor obiecte. În ordinea de execuție a celor două desene și a elementelor prezente în al doilea desen emblematică este teama de a se apropia prea mult de experiența emoțională legată de acea noapte. Desenul văzut de la fereastra casei sale apare ca o treaptă intermediară pe care copilul trebuie să o treacă înainte de a descrie și, într-un fel, să o trăiască – camera sa, în care el era protagonistul. În ultimul desen, prezența uimitoare a detaliilor este pentru Kiril un expedient pentru amânarea pe cât e posibil a momentului în care să se deseneze pe sine. Cronologic s-a desenat ultimul și la îndemnul examinatorului, care, ascultând relatarea despre ce făcuse în acea noapte, l-a întrebat unde vrea el să se poziționeze în cadrul desenului. Prin urmare, copilul s-a desenat aproape aplatizat, în timp ce a trântit cu pumnii în masă. În ciuda poziției de la spate, a corectat desenul și și-a desenat și păr. Kiril părea vizibil obosit și nu a mai vrut să treacă la cel de-al treilea desen. Pare puțin motivat vorbind despre viitor: imaginea războiului încă a rămas în mintea lui, împiedicând proiecția în viitor, implicit reprezentarea unei noi case.

Studiul de caz 2

Bujale, fată de 9 ani, foarte plină de viață și deschisă. Participă cu mare plăcere la activitate și este colaborativă. Este echilibrată și se comportă adecvat situațiilor. Este un pic introvertită și uneori timidă. Nucleul familial este format dintr-o soră de 10 ani, de care este foarte atașată și care seamănă cu ea fizic, un frate de 5 ani, mama și tata. Familia este de etnie romă. Copiii, toți foarte vioi, se joacă în cea mai mare parte a zilei, inclusiv seara, și sunt puțin monitorizați de mama, ceea ce poate fi dedus și din îmbrăcămintea fetelor, care adesea poartă pentru mai multe zile aceleași haine, puțin îngrijite. Stilul parental poate fi caracterizat, într-o oarecare măsură, ca neglijent, agravat, probabil, și de un accident de muncă în care a fost victimă tatăl Bujalei în luna iulie, în urma căruia risca să nu mai rămână în viață. Totuși, în momentul în care i s-a administrat testul, tatăl era în afara oricărui pericol.

Descrierea testării

În primul desen, Bujale reprezintă inițial casa, începând din dreapta foii. Desenează mai întâi contururile zidurilor, a pereților, apoi cele ale acoperișului. Continuă cu ușa și zăbovește mult pe balcoanele și ferestrele mici. Apoi desenează o fântână aproape la fel de mare ca și casa, cu găleată și frânghia de care este legată. Bujale spune că într-o zi tatăl ei o coborâse în fântână în joacă, fapt de care s-a amuzat foarte tare. Spune apoi că fântâna era foarte adâncă, dar apa nu era bună de băut. Apoi trage linia solului deasupra puțului, adăugând soarele și doi nori pe cer. În cele din urmă, la cererea examinatorului, se desenează pe ea și familia ei, începând de la stânga spre dreapta în ordinea următoare: sora, ea, fratele mai mic, mama și tata. Toate figurile umane par adăugări de final pentru a satisface cererea examinatorului mai mult decât ca o nevoie expresivă a fetei. Sunt, de fapt, foarte stilizate și nu sunt poziționate în contact cu solul. Pe cer sunt cele două elemente contextuale: soarele și norii. Culoare acoperă tot desenul, chiar dacă

copilul adoptă un stil diferit de cel pe care îl folosește de obicei. Colorarea este destul de imprecisă, compusă din linii orizontale de culoare, care adesea ies din margini, în timp ce de obicei Bujale colorează, umplând fiecare spațiu alb și cu o întindere mai uniformă și mai accentuată. Desenatul se desfășoară, aparent, fără voință sau motivare.

Al doilea desen, în schimb, pare să o intereseze mai mult pe Bujale, pe care îl începe cu această propoziție: „Acum am să îți arăt ce s-a întâmplat în acea noapte”. De aici înainte, pe tot parcursul executării desenului, comentează, fără a fi nevoie de solicitări verbale sau non-verbale din partea examinatorului. Inițial, reprezintă pe două foi diferite situația imediată șocului războiului. În primul desen, realizat pentru a doua probă, Bujale reprezintă camera părinților de la etajul întâi. Începe prin a desena fereastra și norii care pot fi întrezăriți prin sticla de la geam, explicând că norii acoperă luna și că „noaptea era neagră...”. Continuă cu patul părinților, cu mama și tata. Apoi îl desenează lângă pat pe fratele mai mic, Bujal, explicând că stă în picioare, pentru că „nu vrea să se culce niciodată”. După aceea, desenează dulapul și televizorul, două cufere mici în prim-plan în fața patului. La urmă, desenează ușa. Al doilea desen care reprezintă dormitorul Bujalei și al surorii sale, la etajul doi, este realizat ca și primul. Singura diferență este candelabru de culoare galbenă, despre care Bujale a spus că e stins. Desenele sunt goale și esențiale, lipsite de perspectivă și tridimensionalitate. Obiectele și oamenii sunt reduși la linii și suprafețe. Culorile obiectelor sunt foarte superficiale și aplicate grăbit, în timp ce accentul este pus pe figurile umane. După ce a colorat toate obiectele, într-un desen și în celălalt, Bujale se ocupă de colorarea fundalului cu un creion negru, începând de la ferestre, unde a desenat deja un nor, despre care spune că a acoperit luna. În timp ce colorează fundalul, fetița explică că „noaptea a fost neagră”, propoziție care se repetă de mai multe ori, în timp ce umple cu „umbre negre”, așa cum spune ea, cele două desene. Bujale cere o a treia foaie, pe care desenează scena de fugă cu toata familia. Începe prin a trasa o linie din partea dreaptă a foii spre partea de sus, a propriului apartament, continuă cu o scară și termină cu intrarea în clădirea în care locuiește. Linia care reprezintă linia de sol, întretaie foaia pe jumătate. În acest moment, Bujale desenează ușa propriului apartament și calea de evacuare în dreapta. Apoi continuă cu o fereastră mare, localizată în centru. Pe scări, desenează o serie de personaje de sus în jos, care sunt mama, tatăl, Bujal, Arjeta și ea însăși. Atenție! Fetița se desenează de două ori, în cele două momente, înainte și după ce a căzut un bolovan care s-a prăbușit din tavan. Dându-și seama, după cum explică ea, că personajele sunt totuna, se hotărăște să scrie cu creionul numele. Continuă să deseneze fisurile pe perete și pe sticlă. În final, desenează în stânga ușa deschisă a clădirii din care se vede exteriorul: o mașină și oameni care fug. În acest moment, continuă să pună culoare, începând de la ușa din față, unicul element al desenului având culoare, acoperind tot ce a rămas cu negru. Vederea din exteriorul ușii de la intrare este colorată cu o nuanță mai aprinsă. Linia de pe scări, în mijlocul foii, indică separarea între cele de sus și dedesubt. Desenul este realizat mai sus de linie, cu culoare, în timp ce mai jos de linie rămâne alb.

În *desenul viitorului*, Bujale pune accent pe casă. A început cu zidurile și cu acoperișul și a continuat cu detaliile interioare, precum ferestrele și ușa fațadei, lampa exterioară atârnată de perete lateral al acoperișului, ferestrele și ușa. Apoi a desenat o fereastră triunghiulară pe acoperiș, un șemineu și fumul care iese afară. După ce a desenat casa, a reprezentat o umbrelă de plajă disproporționată, în analogie cu puțul desenului din primul test, însoțit și de narațiunea despre o experiență pozitivă, despre amânarea timpului și dorința de a se bronză la soare pe plajă. Desenul este completat cu un soare și doi nori, în corespundere cu primul desen. Începe să

coloreze mai întâi casa, apoi umbrela și, în final, gazonul, soarele și cerul. Culorile folosite sunt vii și dispăre negrul. Desenul, prin urmare, se limitează la elementul casa, pe care fetița îl identifică cu cea a bunicii ei din Andreevka. Timpul de afară este frumos, cerul senin, liniile casei sunt geometrice și transmit un sentiment de stabilitate și rezistență a clădirii. Bujalei îi place la centru, dar vrea să se întoarcă într-o casă adevărată și spune că nu se teme de război. Dorința pe care o exprimă fetița este ca noua ei casă să fie diferită de cea anterioară, mult mai frumoasă.

Interpretare

Primul desen conținea singurul element *casă*. Ulterior, la solicitarea examinatorului, copilul a adăugat cele două elemente cerute: ea și familia, dar acestea nu apar contextualizate în scenă și rămân poziționate pe fundal, deasupra liniei solului. Fântâna reprezintă o extensie a elementului *casă*, care aduce episoade în mintea fetei, petrecute cu bucurie și obiceiuri casnice. Casa, cu atributele sale, ocupă, prin urmare, cea mai mare parte a amintirilor din perioada „înainte de război”. Nucleul familial, deși nu reușește să se integreze în imaginea predominantă a memoriei, apare coeziv și zâmbitor. Elementele contextuale ale cerului albastru, cu soarele și norii, vor fi preluate și în desenul viitorului. Încă o dată casa își asumă funcția simbolică de reprezentare a sinelui și a familiei. Este tratată în detaliu și asociată cu narațiunea unui episod familial de bucurie împărtășită. Cele trei desene din timpul începutului războiului descriu noaptea declanșării acestui eveniment în două momente succesive și în trei scenarii diferite: dormitorul copilului, cel al părinților și scările clădirii. Nevoia de a povesti evenimentul în toată complexitatea lui e mare și emoționantă. Negrul începe de la fereastra prin care se întrezărește norul ce acoperise luna, după cum explică Bujale, și învăluie toate trei desene, lipsindu-le de distanțe și perspective. În al treilea desen, nuanța întunecată acoperă personajele familiei, făcându-le neidentificabile: singurul element care rămâne bine distinct este ușa casei, care reprezintă calea de scăpare. Declarația repetată de mai multe ori de Bujale „Noaptea a fost neagră, neagră, neagră” se referă la senzorialitatea vizuală percepută de fetiță noaptea, unde lumina a fost unul dintre primele lucruri care a dispărut. În același timp, întunericul este înfricoșător pentru copii. Unul dintre cele mai frecvente efecte post-război în rândul copiilor este frica de întuneric și nevoia de a dormi cu o ușoară lumină aprinsă. Amintirea începutului războiului este legată de două scene: începutul împușcăturilor și momentul de fugă. În ambele cazuri frica prezidează, dar în timp ce în primele două desene reușește să se „canalizeze simbolic” în întunericul care înconjoară elementele desenului, precum și în expresiile faciale (gura și ochii) personajelor, în cel de-al treilea desen atinge niveluri de intensitate, așa încât să își asume rolul de protagonist al desenului. Ambele secțiuni ale desenului o conțin. În partea superioară este reprezentată scena căderii bolovanilor peste Bujale în momentul când fugea pe scări: personajele devin oameni mici, pe când pietrele care o împiedică pe fetiță se transformă în bolovani uriași și treptele de pe care coboară familia sunt înalte, mai înalte decât oamenii. Tot în această secțiune a foii, frica este prezentă și în mașină, și în alți oameni, ce pot fi văzuți fugând din ușa clădirii. La stadiul de colorare, frica este redată de nuanța neagră, care acoperă membrii familiei și nu doar. Întunericul care învăluie scena întrezărită de la ușă e și mai negru. Dar o emoție mult mai puternică, teroarea, este închisă în albul părții inferioare a foii, sub linia de profil a scărilor: vidul, care este atât fizic, cât și psihic. Una dintre cele mai mari temeri răspândite printre copii este deschiderea pământului și căderea bruscă în golul total. Dar vidul este traumă psihică în sine, înțelesă ca ruperea aparatului psihic al subiectului, care generează un bloc de simbolizare, de

referințe care îi permit să fie înscris într-o reprezentare simbolică și, prin urmare, controlabilă [5]. Urma acestei terori este prezentă în spațiul alb. Proiecția în viitor este încă dificilă pentru fetiță, care nu își poate imagina o nouă casă, dar se limitează la înfățișarea casei bunicii. Urmează din nou elementul *umbrela*, care își asumă rolul de prelungire a casei, similar elementului *fântână*, oglindind o experiență plăcută: bronzarea pe plajă. Din desen putem citi sensul seninătății și al bucuriei, pe care fetița le vrea în viitor, când se va termina războiul. De asemenea, Bujale spune că i-ar plăcea să aibă o viitoare casă, diferită de cea anterioară, mult mai frumoasă. Prin urmare, chiar dacă imaginea casei noi nu este încă prezentă în imaginația fetiței, sunt vizibile clar impulsuri de optimism și de proiecții de fericire, semnale ale unei reacții de reziliență.

Studiul de caz 3

Olena, fată de 9 ani. Odată cu declanșarea războiului, a trăit o experiență foarte grea: a riscat să-și piardă viața, pentru că în urma bombardamentelor, pardoseala din camera ei s-a prăbușit și a rămas mult timp sub dărâmături până când pompierii au scos-o afară. A suferit leziuni la degetul mic de la mâna stângă și nu-l va mai putea îndoi. Olena are dificultăți în procesarea amintirilor traumatice, în special cu privire la casa pierdută. Acest element a fost prezent nu doar în timpul administrării testului, ci și în timpul altor activități cu asistenții de la centru. În săptămâna în care s-a lucrat pe tema casei părintești, fetița a decis să copieze desenul unui castel fermecat de pe o cutie de creioane colorate. Când i s-a cerut o explicație de ce a făcut-o, a explicat că aceasta este casa visurilor ei și că și-ar dori să trăiască acolo pentru totdeauna. În plus, în timpul activităților sportive, în special volei, nu prea acceptă mingea, preferând să se ferească de aceasta decât să ia parte la joc. Acest lucru se datorează parțial problemei la deget cauzate de bombardamente, dar în același timp, imaginea mingii care zboară către ea se asociază cu molozul căzut deasupra, care i-a produs Olenei trauma.

De menționat că în timpul desenului, fata demonstrează o abordare perfecționistă, concentrându-se prea mult asupra primelor schițe, ștergând și modificând ceea ce a desenat. Rămâne deci în mod constant în urmă cu executarea sarcinii și depășește regulat timpul pus la dispoziție. În plus, conștientă de această caracteristică a ei, se compară des cu alți prieteni și recunoaște că a rămas în urmă. Această experiență îi produce sentimentul de inadecvare, care o determină adesea să renunțe, afirmând că nu este capabilă. Uneori se poate automotiva, dar în cele mai multe cazuri are nevoie de sprijin și de ajutorul adulților pentru a termina sarcina.

Descrierea testării

Primul desen înfățișează casa înainte de explozie. Casa are o conotație de basm, tipică scenariilor pe care fetița adoră să le reprezinte. Este centrată pe foaie și, lipsind linia solului, pare că plutește în aer. Această impresie se datorează și unor linii care delimitează clădirea: în special, două linii diagonale ale acoperișului, liniile oalelor de pe acoperiș și liniile ce despart partea inferioară a scărilor care conduc spre casă. Olena este colaborativă și își desenează casa cu mult entuziasm, îmbogățind-o cu detalii și culori, în stilul ei și comentând orice element pe care îl desenează. Totuși, rezultatul final este mult inferior din punct de vedere formal și expresiv. În realizarea lucrării, Olena apare încordată, pentru că a înțeles că este un desen diferit față de ceea ce i s-a cerut și pare îngrijorată pentru reacția examinatorului.

Execuția celui *de-al doilea desen* este foarte obositoare. Olena răspunde imediat: „Nu-mi amintesc nimic”. Singura propunere care pare să producă unele rezultate este cererea de a încerca să povestească ce s-a întâmplat în noaptea cu explozia, mai ales că fata vorbește de bunăvoie, spontan despre ceea ce face. Relatarea destul de obositoare a nopții exploziei dezvăluie în

realitate faptul că Olena ține minte tot ce a trăit în acea noapte, în detaliu. Totuși, când i se atrage atenția asupra desenului, fata găsește motive de tot felul să n-o facă: simte că-i este foarte cald, este distrasă de zgomotele care vin din afara centrului și încearcă să spună că nu este în stare să deseneze casa „din interior” și din nou nu-și amintește. Până la urmă, cu mari ezitări, desenează un televizor, pe care imediat îl șterge, spunând că nu e potrivit și că televizorul era jos, în camera în care s-a prăbușit. Prin urmare, dacă rămânea și se uita la televizor, așa cum făcea de obicei, sigur putea muri. După această poveste spune că nu vrea să deseneze și întrerupe activitatea.

Al treilea desen nu este realizat, întrucât Olena spune că nu mai vrea să locuiască într-o casă și de aici încolo ar vrea să trăiască doar la centru. Unica casă în care i-ar plăcea să trăiască totuși este cea a rudelor din Ucraina.

Interpretare

Și în cazul Olenei, desenul „înainte de război” este limitat la casă. Dar liniile curbe, absența solului și culorile strălucitoare dau clădirii conotații imaginare din basme. Așa cum s-a văzut anterior, fetei îi vine greu să se conecteze la reprezentarea propriei case înainte de explozie. Desenul este realizat într-un timp îndelungat, întrucât nesiguranțele, anxietatea de performanță și frica de a nu satisface așteptările examinatorului par a fi accentuate.

Al doilea desen pare a fi și mai obositor pentru Olena, întrucât face să retrăiască evenimentul traumatic. Olena afișează clar semne de neliniște și exprimă un blocaj total: „Nu îmi amintesc nimic”, care a persistat, de asemenea, la diferite reformulări a sarcinii de către examinator. Ulterior, fetița a recurs la comportamente repetate de distragere a atenției prin reclamații diverse. În al treilea rând, Olena a spus că nu poate desena casa „din interior” și, abia la sfârșit, când examinatorul a invitat-o să se gândească la o scenă în detaliu din acea noapte, Olena a putut accesa câteva fragmente și să povestească evenimentul. În acest moment, a desenat în mijlocul foii televizorul, care a apărut și în poveste, dar pe care l-a șters imediat, pentru că, după ea, nu ieșise bine. Elementul *televizor* caracterizează impactul brutal cu realitatea morții. „Dacă rămâneam să privesc televizorul, așa cum îmi era obiceiul, aș fi murit”, spune micuța. Apoi declară că nu se simte mai mult în stare să continue și vrea să treacă la următorul desen.

Evenimentul acelei nopți s-a depus în aparatul psihic al fetei sub formă de material senzorial brut, care îi generează un blocaj expresiv aproape total. Fetița a manifestat numeroase episoade de retrăire a aceluși moment, cu o puternică componentă de activare fiziologică, legată de anumiți stimuli senzoriali auditivi și vizuali, cum ar fi zgomote puternice sau fenomene atmosferice (vânt, furtună). În plus, și comportamentele automate de refuz al manevrării mingii în jocul de volei sunt comportamente involuntare asociate cu retrăirea traumei. Prejudiciul la degetul mic nu a fost încă integrat de fetiță: la o minimă atingere generează o reacție disproporționată. Al treilea desen nu este realizat de Olena. Nici măcar verbal nu răspunde, afirmând că nu vrea mai mult să trăiască într-o casă, decât departe de locul unde a fost explozia – în Komarno. Prin dorința de a rămâne la centru, care simbolic pare să însemne înlocuirea viitorului, încă prea întunecat și amenințător pentru a fi reprezentat, fata denotă încredere în prezent, care, deși este precar, îi oferă mai multă certitudine.

Studiul de caz 4

Dmytro este un băiețel de 8 ani. Acum aproximativ un an, și-a pierdut tatăl din cauza unei boli grave, iar actualele persoane de referință sunt: mama sa, bunica pe linie maternă și unchiul (fratele mamei). Dmytro a fost foarte legat de tatăl său și a suferit mult din cauza pierderii lui. Până acum are dificultăți în a-și gestiona durerea: de fapt, dacă vreun copil îi zice ceva legat de

tatăl său, Dmytro explodează în manifestări de furie necontrolată (crize reale). Atunci când se întâmplă acest lucru, băiatul devine foarte violent și lovește furios cu orice îi cade sub mână. Se liniștește doar dacă este izolat de ceilalți, în singurătate.

Imediat după declanșarea războiului, Dmytro a locuit într-un cort, timp de două săptămâni, cu bunica și unchiul său, în timp ce mama lui a continuat să locuiască în casă, în ciuda reproșurilor membrilor familiei. Femeia respingea viața în cort și nu accepta ca fiul ei să locuiască acolo. Dmytro e foarte legat de mama sa. Unchiul băiatului își descrie sora ca fiind o femeie capricioasă, foarte nervoasă și fără răbdare, mai ales față de fiul său și deși îl iubește foarte mult, îi este greu să se descurce și să aibă grijă de el. Dmytro este un copil inteligent, cu multe calități: educat, sensibil, plin de viață, foarte afectuos, atât față de alți copii, cât și față de adulți. Uneori, este exagerat de anxios: de exemplu, dacă bunica nu-i răspunde la telefon, devine foarte îngrijorat și nu mai poate continua activitățile de la centru. În general, participă activ la toate activitățile propuse: este independent și autonom în activitățile individuale și colaborativ în cele de grup. Uneori, în activitățile de grup, se lasă influențat de ceilalți copii și devine mai greu de gestionat.

Descrierea testării

Dmytro a acceptat foarte repede propunerea de a desena. În general, este entuziasmat să facă ceva nou.

După ce i s-a spus despre condițiile *primului desen*, copilul părea îngrijorat pentru că interviewerul scrie în timp ce el desenează și din cauza privirii acestuia asupra desenului lui. După câteva minute de vigilență, se relaxează și reușește să se concentreze. Copilul a realizat desenul senin și bine dispus și este fericit să explice verbal unde și de ce a plasat elementele, astfel încât examinatorul a înțeles exact ce a vrut să spună. Pe parcursul executării, a continuat să comenteze cu grijă. Desenul este organizat spațial, așa încât ocupă toată foaia. Este bine centrat pe elementele fundamentale: casa este plasată în centru, iar familia, formată din Dmytro și mama, este desenată mai jos, în dreapta. Prima linie pe care o trage este verticală, corespunzătoare unui zid al casei sale. A doua linie trasată este cea a solului. Casa este primul element al desenului, aceasta reprezentând un dreptunghi mare alb, cu poartă de fier gri. Desenul înfățișează casa în care locuia Dmytro cu mama sa (stânga jos), colorată în gri și verde, cu o fereastră mare la centru (de la bucătărie), căreia îi desenează și perdele. Ilustrează și un șemineu, de unde iese fum, pe acoperiș – o antenă parabolică. Casa bunicii, care este situată la un etaj superior și la care se ajunge pe o scară, o reprezintă prin doua ferestre și o ușă de intrare. Dmytro nu colorează ușa, pentru că este albă. De fapt, susține: „Singura parte colorată este casa mea. Tot restul este alb!” Dmytro desenează cu creionul: preferă să deseneze spontan câteva linii foarte accentuate și adaugă: „Revizuiesc mereu totul! Se spune că trebuie să mergi o singură dată, dar mie îmi place să controlez!” Nu utilizează mult radiera. O folosește doar pentru a șterge jos, în dreapta, ușa de la intrare în casa mătușii, pe care începuse deja să o deseneze. Băiatul, după ștergerea acestui element, adaugă: „Mătușa e pe jumătate nebună! Dacă vede mama că am desenat și casa mătușii, se supără!”, hotărând, prin urmare, să nu o deseneze. După ce a finalizat desenul casei, Dmytro își desenează familia. Mai întâi se desenează pe el însuși și decide să se coloreze în galben, apoi o desenează pe mama, zâmbitoare și colorată. El spune că mama sa este foarte frumoasă și că are rochia ei preferată, dar lui nu îi place așa de mult și decide să o îmbrace în alt fel. În plus, băiatul adaugă: „Tati nu se potrivește!”, hotărând astfel să nu îl deseneze. Între el și mama lui, Dmytro desenează un stâlp, pe care însă decide să nu-l coloreze. Atât Dmytro cât

și mama lui, sunt desenați cu aderență perfectă la sol. În ansamblu, desenul prezintă o anumită proporție între elemente, chiar dacă lipsește tridimensionalitatea. Este destul de rar în elemente, dar are câteva detalii (probabil, semnificative pentru Dmytro).

Executarea celui *de-al doilea desen* se dovedește a fi foarte obositoare. Băiatul a stat foarte mult înainte de a începe să deseneze și au fost necesare cererile verbale din partea examinatorului. Chiar dacă i-au fost propuse forme diferite de a desena, Dmytro a continuat să aplice diferite strategii defensive, distrăgând atenția în toate felurile posibile (trecerea elicopterului, căldura, setea etc.). Băiatul a reușit să acceseze memoria doar când examinatorul l-a rugat să se concentreze pe o scenă din noaptea bombardamentelor. Astfel, băiatul începând să deseneze, a spus: „Eram cu bunicii! Mama nu era!” În noaptea bombardamentelor, Dmytro era în camera lui și, deși era foarte târziu, încă se juca cu mașinile. Deodată, „s-a auzit un zgomot asurzitor și peretele a început să crape”, spune el și imediat a intrat în cameră bunicul care a strigat la el să fugă. Dmytro povestește că s-a speriat foarte tare. Desenul l-a realizat pe o singură linie orizontală, pe o jumătate de foaie. Băiatul a desenat elementele de la stânga la dreapta: mai întâi patul lui, apoi pe sine, urmând fereastra și, în cele din urmă, bunicul care deschide ușa și strigă la el: „Vino!” Ultima linie pe care o trasează băiatul este cea a pământului, iar singurul element care aderă la pământ este el însuși, în timp ce patul, fereastra, ușa și bunicul par suspendați în aer. Băiatul termină, zicând: „Gata, am terminat!” Desenul a fost realizat în grabă. De mai multe ori, și-a manifestat dorința de a termina mai repede. De asemenea, arată mult mai sărac, discontinuu și fără prea multe detalii față de precedentul desen. În ceea ce privește utilizarea culorilor, băiatul se colorează pe sine în primul rând, fereastra, apoi pe bunicul său. Patul este lăsat alb.

În *al treilea desen* pare să se fi implicat cel mai mult. Băiatul își lasă jos creionul, ia o cariocă gri deschis și începe să deseneze cu aceasta. Prima linie pe care o trasează este cea a casei și, în timp ce desenează, comentează: „O să o fac din fier!” și începe de sus pe foaie: „Acestea sunt cuie”. În timp ce completează desenul, povestește despre un prieten al familiei sale care locuiește în Japonia și care are o casă care seamănă cu un buncher și că în cazul unui război, „casa nu este distrusă”. Al doilea element pe care Dmytro îl desenează este el însuși: „Mă desenez și pe mine din fier!”, ultima este desenată mama: „Și mama e din fier, cu o rochie frumoasă din fier!” În timp ce completează la imaginea mamei, comentează că, probabil, mamei ar putea să nu-i placă rochia, dar e bine așa, pentru că măcar „o să fie în siguranță”. Dmytro nu trasează linia solului și atât el, cât și mama lui par să fie suspendați. Singurul element care aderă la linia foi este cel al casei. Testul a fost realizat mai degrabă senin și Dmytro a arătat chiar și o anumită satisfacție că a găsit o soluție pentru a se salva pe sine și pe mama, ambii fiind reprezentați din fier.

Interpretare

În primul rând, trebuie remarcată importanța pe care băiatul o acordă de la început relației duale cu examinatorul: se asigură că se uită la el în timpul desenului, iar în timpul activității grafice de care se ocupă, oferă multe explicații precise și detaliate. Vulnerabilitatea de care dă dovadă din cauza pierderii tatălui său și a dramei războiului, îl face dependent de nevoia unui cadru de siguranță și de izolare. Desenele lui presupun, prin urmare, o „plecare și o întoarcere” în lumea interioară a copilului, caracterizată prin trăiri traumatice, spre lumea exterioară, care prin figura examinatorului, este gata să îi asculte povestea. Desenul „înainte de război” conține trei case: a lui, cea a bunicilor, cu care a trăit la început, și a mătușii. Trasarea liniilor decise și

drepte și ancorarea tuturor elementelor în pământ, îl conduc spre o amintire solidă a trecutului. Și personajele sunt bine ancorate în sol. Dmytro se desenează pe el, apoi pe mama, afirmând că tatăl nu este acolo. Dar prezența stâlpului dintre cele două figuri, pe care băiatul decide să nu-l coloreze (pentru că nu e viu), ar putea reprezenta simbolic figura tatălui, mereu prezentă în mintea lui Dmytro. Desenul „în timpul”, a fost executat de băiat anevoios, cu mult oboseală, arătând rezistență prin încercarea de a distrage atenția, plângându-se de foame, căldură etc., prelungite pe tot parcursul duratei celui de-al doilea proces. Prin urmare, proiectarea a fost finalizată în grabă și este încheiată cu exclamația extrem de eliberatoare a băiatului: „Gata, am terminat!” Rolul examinatorului în explorarea memoriei trecutului s-a dovedit fundamental chiar de la început, întrucât mecanismele de apărare ale băiatului îl împiedicau să iasă din „gaura neagră” generată de sciziunea traumatică. Așadar, reformularea sarcinii cu o mai mare contextualizare, adică cerându-i copilului să-și imagineze o anumită scenă din acea noapte, a condus la faptul că Dmytro a fost capabil să extrapoleze din amestecul de imagini senzațiile interne în momentul în care bunicul a venit în camera lui să-l strige. Totuși, desenul este sărac și esențial, limitat la acțiunea în desfășurare și complet lipsită de referințele emoționale la semnale percepute în urma bombardamentelor. Chipurile sunt inexpresive și desenul animat al bunicului său care îl cheamă conține doar cuvântul „Vino”, fără semne de punctuație care ar puncta starea lui emoțională. Pământul este ultima linie pe care o trasează, dar singurul element ancorat în pământ este el însuși. Verbal, singurul detaliu pe care îl adaugă în poveste este faptul că mama nu era acolo. Băiatul ajunge să exprime prin canalul verbal starea lui emoțională, identificând-o în spaima pe care a simțit-o când bunicul său a țipat la el „Vino” și teama că nu se va sfârși niciodată. Efectele traumei încă nu s-au sfârșit pentru Dmytro, sunt prezente în aparatul său psihic și își îndeplinesc rolul distructiv. Când i s-a cerut să se deseneze împreună cu familia și casa lui din viitor, Dmytro găsește o soluție „magică” la problemă: totul este desenat în fier, adică într-un mod în care nimic și nimeni nu i-ar putea distruge. Casa, primul element reprezentat, este desenată din fier, împânzită cu cuie, el – din fier, mama la fel, precizând prioritatea absolută: aceea de a fi în siguranță. Mama reprezintă un element fundamental de siguranță pentru băiat, absentă în momentul bombardamentului. Linia de sol lipsește, personajele fiind suspendate, aproape pentru a admite inconsecvența acestui lucru prin „gândurile magice”. Băiatului îi vine greu să se decupleze de la imaginile distructive ale războiului și să se proiecteze într-un viitor diferit, în care nu va mai exista „nevoia de fier” pentru a fi în siguranță.

Concluzii

Pentru copil, experiența traumatizantă este puternic caracterizată de experiențele de abandon, care decurg din observarea imposibilității părinților de a-i garanta siguranța și, în consecință, abandonarea imaginii parentale, a aceluia recipient de protecție. Copilul se găsește astfel singur în fața realității morții și experimentează pierderea totală a protecției interne și externe. Mecanismele de apărare, supraexcitarea emoțională și angoasa neprocesată, fixarea și discontinuitatea istoriei de viață și experiențele de abandon constituie principalele caracteristici ale traumei psihice la copil [3]. Aceleași componente au reieșit din desene și din analizele efectuate, plecând de la „testul celor 3 desene: înainte, în timpul și după”.

Prin urmare, instrumentul s-a dovedit a fi capabil să pună în scenă suferința traumatică, exprimându-l prin dispozitive grafice, narațiuni și comportamente nonverbale manifestate de copii în timpul testelor. Cu toate acestea, sunt necesare studii suplimentare pentru a confirma

rezultatele și pentru a valida testul, ca instrument clinic pentru detectarea traumei psihice.

Acesta este un parcurs de studiu de mare interes, întrucât ar permite adoptarea unui instrument care să ne permită depistarea impactului traumatic al experienței catastrofale trăite, chiar și în cazul „suferinței albe”, adică asimptomatice, care apare în totalul limitelor și apărărilor copilului [7]. Testul, de fapt, pleacă de la ceea ce copilul decide sau se simte pregătit să deseneze. În sfârșit, limbajul desenului constituie un canal expresiv preferințial, care permite copilului, pe de o parte, să intre în contact cu propria sa lume interioară, iar pe de altă parte, să îndeplinească o relație autentică de încredere cu adultul, indispensabilă pentru explorarea memoriei legate de eveniment și pentru construcția unei narațiuni semnificative a experienței.

Bibliografie:

1. ABRAHAM, A. *Les identifications de l'enfant à travers son dessin*. Paris: Privat, 1992. ISBN 2708918117.
2. CROCQ, L. *Traumatismes psychique. Prise en charge psychologique des victims*. Paris: Issy-les-Moulineaux, 2007. ISBN 9782294713811.
3. DE CLERCQ, M., LEBIGOT, F. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Elsevier-masson, 2001. EAN 9782294000218.
4. EISEN, M.L., GOODMAN, G.S. Trauma, memory and suggestibility in children. In: *National Library of medicine*. 1998, nr. 10(4). London. DOI: 10.1017/s0954579498001837.
5. GIACONIA, R.M. ș.a. Traumas and post-traumatic stress disorder in a community population of older adolescents. In: *National Library of medicine*. 1995, nr. 34(10). London. DOI: 10.1097/00004583-199510000-00023.
6. ROMANO, H. *Enfants maltraités: descriptions cliniques, évaluation et prise en charge*. Paris: Fabert Eds, 2009. EAN 9782849220740.
7. TERR, L. Children of Chowchilla: a study of psychic trauma. In: *The psychoanalytic study of the child*. 1979, nr. 34. New York. DOI: 10.1080/00797308.1979.11823018.
8. VILAMOT, B. Clinique de trauma chez l'enfant et l'adolescent. In: *Traumatismes psychiques*. Paris: Issy-Les-Moulineaux, 2007. DOI: 10.1016/B978-2-294-07144-7.50005-1.
9. WINNICOTT, D.W. *Sviluppo oggettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore, 1970. EAN 9788866773023.
10. ZUBER, A., SADLIER, K. L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. In: *L'aide-memoire de psychotraumatologie*. [online] Paris, 2013. [citată 24.02.24] Disponibil: <https://doi.org/10.3917/dunod.segui.2013.01.0046>.

**IMPACTUL STILULUI PARENTAL ȘI AL EVENIMENTELOR TRAUMATICE
DIN COPILĂRIE ASUPRA DEZVOLTĂRII CREATIVITĂȚII LA ADOLESCENȚI**

**THE IMPACT OF PARENTING STYLE AND TRAUMATIC EVENTS FROM
CHILDHOOD ON THE DEVELOPMENT OF CREATIVITY IN ADOLESCENTS**

Igor RACU, dr. hab., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8143-4908
iracu64@yahoo.com

Adina DAN, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0004-4719-8453
psihologadinadan@gmail.com

Igor RACU, Doctor Habilitatus, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

Adina DAN, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.95:37.018.1

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p94-102

Abstract. The development of creativity in adolescence is a complex process, influenced by a variety of factors, including family environment and life experiences. We aim to examine these issues and highlight their implications for adolescent development practice and research. This article investigates the influence of parenting style and childhood trauma on adolescent creativity. Through the analysis of empirical and theoretical research, it explores how these factors shape various aspects of creativity. A predominantly democratic parenting style was found to be associated with higher levels of originality and semantic abstraction ability. In contrast, traumatic childhood events can impair the ability to generate fluid ideas and elaborate creative content. This review highlights the importance of the family environment and early life experiences in shaping young people's creative abilities and suggests that empathetic and inclusive parental support can promote the development of creativity among adolescents.

Keywords: adolescence, creativity, trauma, parenting style.

Introducere

Creativitatea este o trăsătură complexă și multifactorială, care poate fi influențată de o varietate de factori, inclusiv mediul familial, stilul parental și experiențele de viață din copilărie [1, 3].

Stilul parental poate avea un impact profund asupra creativității copiilor [3]. Părinții care susțin curiozitatea, explorarea și independența copiilor lor creează un mediu propice pentru dezvoltarea creativității. Încurajarea copiilor în explorare îi ajută să-și dezvolte gândirea creativă și încrederea în propriile abilități. În contrast, părinții care pun accentul pe conformism și pe normele sociale pot inhiba creativitatea copiilor. Acest lucru poate avea un impact negativ asupra

dezvoltării lor pe termen lung și poate limita potențialul lor de a reuși într-o lume în continuă schimbare și inovatoare.

Prin urmare, este esențial ca părinții să fie conștienți de impactul pe care îl au asupra creativității copiilor lor și să încurajeze o abordare deschisă și empatică față de exprimarea ideilor și abilităților lor creative. Prin crearea unui mediu familial care să promoveze explorarea și experimentarea, părinții pot juca un rol crucial în susținerea dezvoltării creativității și a potențialului creativ al copiilor lor [1].

Prin susținerea curiozității, explorării și independenței, părinții pot contribui la dezvoltarea unei mentalități creative și a unei abordări inovatoare în viața copiilor lor, pregătindu-i pentru reușită într-o lume complexă și în continuă schimbare.

Creativitatea și starea emoțională sunt, de asemenea, strâns legate [4, p. 11]. Stările pozitive, cum ar fi fericirea și entuziasmul, pot stimula creativitatea, oferind o perspectivă mai deschisă și mai optimistă. Cu toate acestea, și stările negative, precum tristețea sau frustrarea, pot acționa ca surse de inspirație pentru creație și exprimare artistică [1, p. 120].

Există studii care au descoperit că o consecință *posttraumatică* este inducerea intensă a creativității. Creativitatea necesită imaginație, iar imaginația necesită percepția posibilității dincolo de parametrii convenționali. Forțele traumatiche schimbă perspectiva, sparg direct zidurile limitative ale preconcepției [2, 5].

Durerea nu este doar un loc pentru creativitate. În schimb, creativitatea este un loc pentru vindecare. Mulți cercetători sugerează că persoanele creative își canalizează experiențele negative în lucrări creative ca o modalitate de a face față. Creativitatea ajută mintea să înțeleagă lumea personală și exterioară în timpul procesului de reconstrucție. Ajută mintea să dea sens experienței, apoi să înțeleagă și să exprime noi moduri de a fi [2].

Trauma poate induce creativitatea, iar creativitatea induce o creștere posttraumatică. Ernest Hemingway este printre cei mulți care au îndurat traume ca rezultat al unei creativități intense. Pe măsură ce trecem prin viață, colectăm experiențe și cunoștințe, pe care le folosim pentru a dezvolta credințe adânc înrădăcinate despre noi înșine și despre lumea noastră. Întreaga noastră viață este construită pe acele credințe relative. Dar traumele de orice fel sunt perturbatoare din punct de vedere seismic. Acestea au puterea de a sparge întreaga structură a ceea ce știm că este viață. Ele resetează prioritățile, provoacă preconcepțiile și forțează orizonturi extinse în ceea ce este viața și ce este posibil [2].

Scopul cercetării este identificarea influenței stilului parental și a traumelor din copilărie asupra dezvoltării creativității adolescenților.

Astfel, în acest studiu, ne propunem să investigăm două aspecte importante ale dezvoltării creativității la adolescenți (N = 40, cu vârste între 14 și 17 ani): stilul parental și evenimentele traumatiche din copilărie.

Obiective și ipoteze. În corespundere cu scopul cercetării, au fost înaintate următoarele obiective: stabilirea diferențelor cu privire la nivelul creativității în funcție de stilul parental și stabilirea diferențelor cu privire la nivelul creativității în funcție de expunerea la evenimente traumatiche în copilărie.

S-a plecat de la presupunerea conform căreia stilul parental predominant democratic poate fi asociat cu niveluri mai ridicate ale creativității, în timp ce existența unui eveniment traumatic în copilărie poate influența anumite dimensiuni ale creativității.

Variabile și instrumente utilizate

Variabila dependentă a cercetării este creativitatea, iar variabile independente sunt stilul parental și evenimentele traumatice.

Pentru evaluarea variabilelor propuse (creativitate, stil parental și evenimente traumatice) s-au utilizat următoarele instrumente: testul Torrance pentru evaluarea creativității, Chestionarul privind stilurile parentale Robinson și Scala evenimentelor traumatice din copilărie Pennebaker.

Rezultatele obținute

Pentru confirmarea ipotezei 1, *presupunând că există o relație semnificativă între nivelul creativității și stilul parental predominant (permisiv, democratic, autoritar)*, s-a utilizat testul ANOVA – un test parametric, ca urmare a distribuției normale a scorurilor subscalelor creativității (fluiditate, originalitate, elaborare, abstractizare semantică și rezistență la închidere prematură).

Tabelul 1. Testul ANOVA – mediile dimensiunilor creativității în funcție de stilul parental

| | | N | Mean | Std. Deviation |
|-----------------------------------|------------|----|---------|----------------|
| Fluiditate | Permisiv | 14 | 15.6000 | 3.04959 |
| | Democratic | 15 | 15.1000 | 2.64365 |
| | Autoritar | 11 | 14.6000 | 2.40832 |
| | Total | 40 | 15.1000 | 2.57314 |
| Originalitate | Permisiv | 14 | 13.2000 | 1.78885 |
| | Democratic | 15 | 16.9000 | 2.42441 |
| | Autoritar | 11 | 15.6000 | 2.88097 |
| | Total | 40 | 15.6500 | 2.75824 |
| Elaborare | Permisiv | 14 | 15.2000 | 3.42053 |
| | Democratic | 15 | 17.3000 | 2.35938 |
| | Autoritar | 11 | 15.6000 | 2.96648 |
| | Total | 40 | 16.3500 | 2.81490 |
| Abstractizare semantică | Permisiv | 14 | 12.4000 | 2.96648 |
| | Democratic | 15 | 17.1000 | 3.24722 |
| | Autoritar | 11 | 12.8000 | 3.03315 |
| | Total | 40 | 14.8500 | 3.75955 |
| Rezistență la închidere prematură | Permisiv | 14 | 14.4000 | 2.30217 |
| | Democratic | 15 | 15.7000 | 3.05687 |
| | Autoritar | 11 | 17.0000 | 3.31662 |
| | Total | 40 | 15.7000 | 2.95760 |

Așa cum se poate observa din tabelul 1, diferențele cele mai mari de medii au fost pentru dimensiunea originalitate ($M = 16.90$) și dimensiunea abstractizare semantică a creativității ($M = 17.10$), media fiind mai mare pentru acei adolescenți care au avut parte de un stil parental democratic.

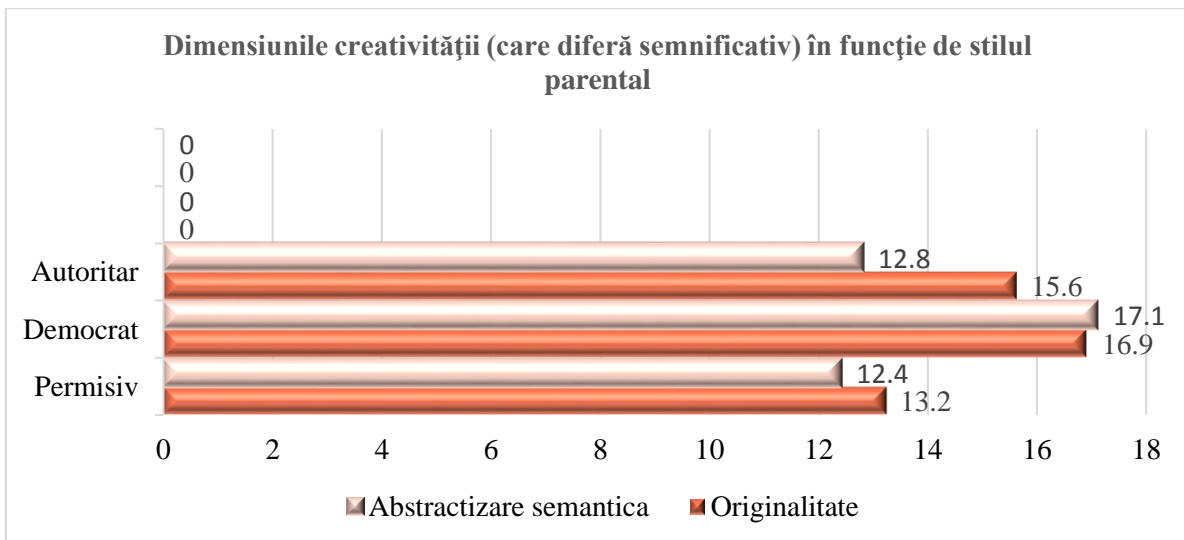


Figura 1. Dimensiunile creativității (care diferă semnificativ) în funcție de stilul parental

Aceste diferențe dintre medii sunt și semnificative din punct de vedere statistic, nivelul de semnificație al diferenței dintre medii pentru originalitate este egal cu 0.040, $p < 0.050$, ceea ce indică faptul că acei adolescenți care au avut parte de un stil parental democratic au un nivel crescut al originalității.

Nivelul de semnificație al diferenței dintre medii pentru abstractizare semantică este egal cu 0.018, $p < 0.050$, ceea ce indică faptul că adolescenții care au avut parte de un stil parental democratic au un nivel crescut al abstractizării semantice.

Interpretarea acestor rezultate statistice arată că există o corelație semnificativă între stilul parental democratic și nivelul crescut al originalității și abstractizării semantice în rândul adolescenților.

În primul rând, nivelul de semnificație pentru diferența dintre medii pentru originalitate este egal cu 0.040 ($F = 3.923$), cu un nivel de semnificație sub limita convențională de 0.050. Acest lucru indică faptul că există o asociere statistică între stilul parental democratic și un nivel crescut al originalității la adolescenți. Prin urmare, adolescenții care au experimentat un stil parental caracterizat prin susținere, încurajare și stimulare a autonomiei au demonstrat o capacitate mai mare de a genera idei originale și inovatoare.

În al doilea rând, nivelul de semnificație pentru diferența dintre medii pentru abstractizare semantică este egal cu 0.018 ($F = 5.177$), iar acest lucru este, de asemenea, sub nivelul de semnificație de 0.050. Aceasta indică spre faptul că adolescenții care au avut parte de un stil parental democratic au prezentat un nivel mai ridicat al capacității de a gândi abstract și de a realiza conexiuni semantice mai complexe. Acest rezultat sugerează că un mediu familial caracterizat prin încurajarea explorării și exprimării libere poate promova dezvoltarea abilităților de gândire abstractă și de abstractizare semantică în rândul adolescenților.

Tabelul 2. Testul ANOVA – dimensiunile creativității în funcție de stilul parental – nivelul de semnificație

| | | Sum of Squares | Mean Square | F | Sig. |
|-----------------------------------|----------------|----------------|-------------|-------|-------|
| Fluiditate | Between Groups | 2.500 | 1.250 | 0.172 | 0.843 |
| | Within Groups | 123.300 | 7.253 | | |
| | Total | 125.800 | | | |
| Originalitate | Between Groups | 45.650 | 22.825 | 3.923 | 0.040 |
| | Within Groups | 98.900 | 5.818 | | |
| | Total | 144.550 | | | |
| Elaborare | Between Groups | 18.450 | 9.225 | 1.187 | 0.329 |
| | Within Groups | 132.100 | 7.771 | | |
| | Total | 150.550 | | | |
| Abstractizare semantică | Between Groups | 101.650 | 50.825 | 5.177 | 0.018 |
| | Within Groups | 166.900 | 9.818 | | |
| | Total | 268.550 | | | |
| Rezistență la închidere prematură | Between Groups | 16.900 | 8.450 | 0.962 | 0.402 |
| | Within Groups | 149.300 | 8.782 | | |
| | Total | 166.200 | | | |

Pentru verificarea ipotezei 2, *presupunem că nivelul creativității la vârsta adolescenței diferă în funcție de existența unui eveniment traumatic în copilărie*, s-a utilizat testul ANOVA – un test parametric, ca urmare a distribuției normale a scorurilor subscalelor creativității (fluiditate, originalitate, elaborare, abstractizare semantică și rezistență la închidere prematură). Variabila evenimente traumatice este tot una categorială, la fel ca stilul parental.

Tabelul 3. Testul ANOVA – mediile dimensiunilor creativității în funcție de experiența traumatică

| | | Mean | Std. Deviation |
|-----------------------------------|-------------|---------|----------------|
| Fluiditate | sub medie | 16.0000 | 3.40588 |
| | medie | 14.8750 | 2.47487 |
| | peste medie | 14.5000 | 1.87083 |
| | Total | 15.1000 | 2.57314 |
| Originalitate | sub medie | 15.5000 | 3.27109 |
| | medie | 16.1250 | 2.35660 |
| | peste medie | 15.1667 | 3.12517 |
| | Total | 15.6500 | 2.75824 |
| Elaborare | sub medie | 18.8333 | 2.04124 |
| | medie | 15.7500 | 2.65922 |
| | peste medie | 14.6667 | 2.16025 |
| | Total | 16.3500 | 2.81490 |
| Abstractizare semantică | sub medie | 15.0000 | 4.97996 |
| | medie | 15.3750 | 4.06861 |
| | peste medie | 14.0000 | 2.09762 |
| | Total | 14.8500 | 3.75955 |
| Rezistență la închidere prematură | sub medie | 15.1667 | 3.12517 |
| | medie | 15.5000 | 2.82843 |
| | peste medie | 16.5000 | 3.33167 |
| | Total | 15.7000 | 2.95760 |

Constatăm că mediile sunt mai mari pentru două dimensiuni ale creativității: fluiditate și elaborare. Mediile sunt mai mari la aceste dimensiuni pentru adolescenții care au raportat un nivel de expunere la evenimente traumatice sub medie ($M = 16$ – pentru fluiditate, comparativ cu $M = 14.87$ și $M=14.50$; $M = 18.83$ – pentru elaborare, comparativ cu $M = 15.75$ și $M = 14.66$). Adolescenții care au raportat o expunere medie sau peste medie la experiențe traumatice au medii semnificativ mai scăzute la dimensiunile creativității *fluiditate* și *elaborare*.

Interpretarea acestor rezultate statistice arată că există diferențe semnificative între mediile dimensiunilor creativității: fluiditate și elaborare, în funcție de nivelul de expunere la evenimente traumatice.

Pentru dimensiunea fluidității creativității, adolescenții care au raportat un nivel sub medie de expunere la evenimente traumatice au avut o medie mai mare ($M = 16$) în comparație cu adolescenții care au raportat un nivel mediu ($M = 14.87$) sau peste medie ($M = 14.50$) de expunere la aceste evenimente. Acest lucru sugerează că adolescenții care au avut parte de o expunere redusă la traume în copilărie au manifestat o capacitate mai mare de a genera idei și soluții în cadrul activităților creative care implică fluiditate.

În ceea ce privește dimensiunea elaborării creativității, aceeași tendință se observă, unde adolescenții cu un nivel sub medie de expunere la traume au avut o medie mai mare ($M = 18.83$) comparativ cu cei cu expunere medie ($M = 15.75$) sau peste medie ($M = 14.66$). Acest lucru indică faptul că adolescenții care au avut parte de o expunere redusă la traume au prezentat o abilitate mai mare de a elabora și de a dezvolta idei creative într-un mod detaliat și complex.

Aceste diferențe de medii (pentru fluiditate și elaborare) sunt și semnificative, conform nivelurilor de semnificație generate de testul ANOVA. Valoarea F a testului ANOVA pentru *fluiditate* este egală cu 4.911, iar nivelul de semnificație este egal cu 0.021, $p < 0.050$. Valoarea F a testului ANOVA pentru *elaborare* este egală cu 4.052, iar nivelul de semnificație este egal cu 0.036, $p < 0.050$.

Tabelul 4. Testul ANOVA – dimensiunile creativității în funcție de stilul parental – nivelul de semnificație
ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------------------------|----------------|----------------|----|-------------|-------|-------|
| Fluiditate | Between Groups | 46.068 | 2 | 23.034 | 4.911 | 0.021 |
| | Within Groups | 79.732 | 17 | 4.690 | | |
| | Total | 125.800 | 19 | | | |
| Originalitate | Between Groups | 7.691 | 2 | 3.845 | 0.478 | 0.628 |
| | Within Groups | 136.859 | 17 | 8.051 | | |
| | Total | 144.550 | 19 | | | |
| Elaborare | Between Groups | 48.600 | 2 | 24.300 | 4.052 | 0.036 |
| | Within Groups | 101.950 | 17 | 5.997 | | |
| | Total | 150.550 | 19 | | | |
| Abstractizare semantică | Between Groups | 9.073 | 2 | 4.536 | 0.297 | 0.747 |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|---------|----|--------|-------|-------|
| | Within Groups | 259.477 | 17 | 15.263 | | |
| | Total | 268.550 | 19 | | | |
| Rezistență la închidere prematură | Between Groups | 6.468 | 2 | 3.234 | 0.344 | 0.714 |
| | Within Groups | 159.732 | 17 | 9.396 | | |
| | Total | 166.200 | 19 | | | |

Rezultatele statistice obținute indică că există diferențe semnificative între mediile dimensiunilor creativității, fluiditate și elaborare, în funcție de nivelul de expunere la evenimente traumatice.

Pentru dimensiunea fluidității creativității, valoarea F a testului ANOVA este de 4.911, iar nivelul de semnificație este de 0.021 ($p < 0.050$). Aceasta indică faptul că există o diferență semnificativă între mediile dimensiunii fluidității în funcție de nivelul de expunere la traume în copilărie. De asemenea, pentru dimensiunea elaborării creativității, valoarea F a testului ANOVA este de 4.052, iar nivelul de semnificație este de 0.036 ($p < 0.050$). Acest rezultat sugerează că există, de asemenea, o diferență semnificativă între mediile dimensiunii elaborării în funcție de nivelul de expunere la traume.

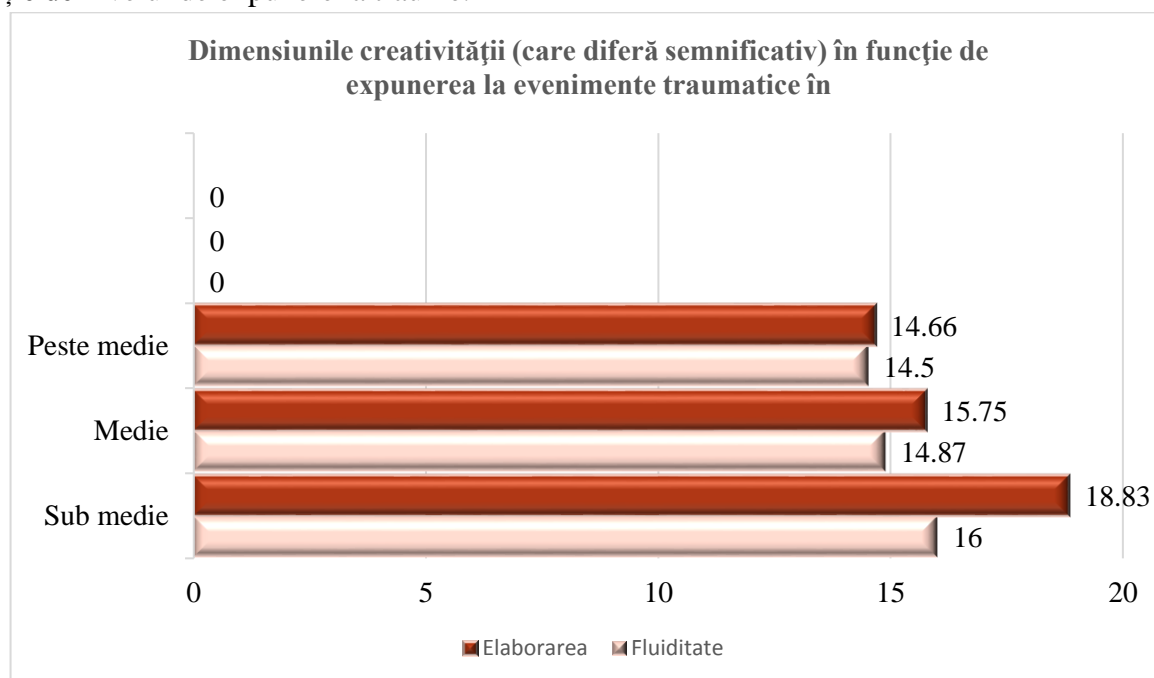


Figura 2. Dimensiunile creativității (care diferă semnificativ) în funcție de expunerea la evenimente traumatice în copilărie

Datele arată că expunerea la evenimente traumatice în copilărie are un impact semnificativ asupra dimensiunilor fluidității și elaborării creativității la adolescenți. Aceste constatări susțin ipoteza că experiențele traumatice pot influența negativ anumite aspecte ale creativității, precum capacitatea de a genera idei fluide și de a elabora conținutul creativ în mod detaliat și complex.

Discuții

Datele obținute pentru prima ipoteză, care verifică relația dintre creativitate și stilul parental, sunt semnificative din punct de vedere statistic și oferă o înțelegere mai profundă a relației dintre stilul parental și creativitatea adolescenților.

Nivelul de semnificație al diferenței dintre medii pentru originalitate și abstractizare semantică indică că adolescenții care au avut parte de un stil parental democratic au demonstrat un nivel crescut al acestor aspecte ale creativității. Acest lucru sugerează că un mediu familial care încurajează exprimarea liberă a ideilor, explorarea și gândirea abstractă poate promova dezvoltarea unor abilități creative mai avansate în rândul adolescenților.

Interpretarea acestor date arată că influența stilului parental asupra creativității nu este doar o simplă coincidență, ci reflectă impactul profund pe care mediul familial îl poate avea asupra dezvoltării cognitive și emoționale a adolescenților. Un stil parental care promovează autonomia, susținerea și încurajarea în fața explorării și a exprimării ideilor poate crea un cadru optim pentru dezvoltarea creativității în adolescență. Aceste constatări subliniază importanța mediului familial în sprijinirea și încurajarea abilităților creative ale adolescenților și evidențiază potențialul pe care îl au părinții de a influența pozitiv dezvoltarea lor pe termen lung. Prin conștientizarea și încurajarea unui stil parental care promovează creativitatea și gândirea liberă, părinții pot juca un rol esențial în pregătirea adolescenților pentru reușită și adaptare într-o societate în continuă schimbare și inovatoare.

Datele obținute pentru ipoteza doi, care evaluează relația dintre creativitate și traumă, sugerează că expunerea la evenimente traumatice în copilărie poate influența nivelul și aspectele diferite ale creativității la adolescenți.

În primul rând, se observă că adolescenții care au raportat un nivel de expunere la traume sub medie au prezentat rezultate mai mari în ceea ce privește fluiditatea și elaborarea creativității. Acest lucru indică faptul că cei care au avut o expunere mai redusă la evenimente traumatice au manifestat o capacitate mai mare de a genera idei variate și de a elabora conținutul creativ într-un mod detaliat și complex.

În al doilea rând, rezultatele testului ANOVA confirmă că diferențele de medii pentru fluiditate și elaborare sunt semnificative din punct de vedere statistic. Aceasta înseamnă că expunerea la traume în copilărie este asociată cu variații semnificative în nivelurile de fluiditate și elaborare a creativității la adolescenți.

Din punct de vedere psihologic, aceste constatări pot fi interpretate prin prisma modului în care traumele din copilărie pot afecta dezvoltarea cognitivă și emoțională a adolescenților. Este posibil ca adolescenții expuși la traume să fie mai puțin capabili să gândească liber și să genereze idei creative, deoarece traumele pot afecta funcționarea cognitivă și emoțională și pot induce stres și anxietate care să limiteze capacitatea de exprimare și explorare a ideilor.

Aceste date subliniază importanța identificării și gestionării traumelor din copilărie în promovarea dezvoltării creativității la adolescenți. Susținerea și intervenția timpurie în cazul adolescenților expuși la traume pot juca un rol crucial în facilitarea exprimării și explorării creativității și în promovarea unei adaptări sănătoase la dificultățile vieții.

Concluzii

Există diferențe semnificative în ceea ce privește stilul parental, originalitatea și abstractizarea semantică. Adolescenții ai căror părinți au un stil parental predominant democratic, au un nivel mai mare al originalității și al abstractizării semantice. Ipoteza 1 a fost confirmată.

Un eveniment traumatic de intensitate mai mare va influența dimensiunile creativității, și anume fluiditatea și elaborarea creativității. Ipoteza 2 a fost confirmată.

Creativitatea la vârsta adolescenței este influențată de stilul parental, dar și de experiențele traumatice din trecut.

Bibliografie:

1. BEGHETTO, R.A., CORAZZA, G.E. *Dynamic perspectives on creativity: New directions for theory, research, and practice in education*. Cham, Switzerland: Springer Press, 2019. 324 p. ISBN 978-3-319-99162-7.
2. LAGO, A. *The link between creativity and trauma* [online], New York, 2019. [citat 12.01.2024]. Disponibil: <https://amberlylago.com/the-link-between-creativity-trauma/>.
3. MEHRINEJAD, S.A., RAJABIMOGHADAM, S., TARSAFI, M. The Relationship between Parenting Styles and Creativity and the Predictability of Creativity by Parenting Styles. In: *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015. vol. 205, pp. 56-60. ISSN 1877-0428. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.014>.
4. ROCO, M., *Creativitate și inteligență emoțională*. Iași: Polirom, 2001. pp. 9-37. ISBN 973-683-654-1.
5. THOMPSON, P., JAQUE, P.V. Childhood Adversity and the Creative Experience in Adult Professional Performing Artists. In: *Frontiers in Psychology*, 2018. 9:111. PMID 29479329. PMCID PMC5812101. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00111.

CONSTANȚĂ ȘI VARIABILITATE ÎN PERSONALITATEA LUCRĂTORILOR DE POLIȚIE (studiu longitudinal)

CONSTANCY AND VARIABILITY IN THE PERSONALITY OF POLICE OFFICERS (longitudinal study)

Lenuța OLARU, ofițer psiholog,
Inspectoratul de Poliție al Județului Olt, România
ORCID: 0009-0007-2141-9088
olarulenuta59@gmail.com

Lenuța OLARU, psychologist officer,
Olt County Police Inspectorate, Romania

CZU: 159.923.2:351.74-051

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p103-110

Abstract. The study aims to measure the changes that occur in the policemen's personality over time. This study examines a sample of 24 police officers, measuring personality traits and irrational beliefs two years apart. The results capture significant changes in conscientiousness as a personality trait and irrational beliefs (low frustration tolerance, catastrophic thinking, and self-deprecation). So, after two years of activity, conscientiousness decreases and irrational beliefs increase.

Keywords: personality traits; police officers; conscientiousness; irrational beliefs.

Introducere

În ultimele două decenii, psihologia personalității a reintrat în atenția cercetătorilor, devenind un domeniu extrem de provocator și incitant [1]. Provocarea a fost însă să se demonstreze că acest domeniu de cercetare este folositor, că rezultatele au o importanță aplicativă majoră, că trăsăturile de personalitate influențează viața, sănătatea și succesul profesional al oamenilor. Astfel că multe din cercetările recente au demonstrat că trăsăturile de personalitate au legătură directă cu fiecare dintre aceste domenii [2, pp. 300-365; 6, pp. 401-421].

Cuvântul „personalitate” își are originea în latinescul „persona”, care se referă la masca de teatru purtată de actori, folosită pentru a-și ascunde identitatea.

Personalitatea reprezintă modalități unice de a gândi, simți și a se comporta, care diferențiază oamenii între ei. Aceasta este un cumul de factori biologici și sociali, constant de-a lungul vieții. Personalitatea determină comportamentele oamenilor, dar nu poate fi disociată de gânduri, sentimente sau interacțiuni [5, p. 510].

Conform teoriei lui Albert Ellis, problemele emoționale au la bază predispoziția oamenilor de a face evaluări absolutiste și rigide ale evenimentelor percepute. Aceste evaluări adesea implică exprimări precum „trebuie cu necesitate”, „este obligatoriu”, „este absolut necesar”. Pe baza acestor gânduri absolutiste se dezvoltă apoi un nucleu de credințe iraționale, inclusiv „convingeri catastrofice, toleranță scăzută la frustrare, depreciere și evaluare globală

negativă”. Aceste procese sunt strâns legate între ele, fiind considerate „fețe diferite ale aceleiași monede” [4].

Tendința spre patologie rezultă din tiparele de gândire absolutistă în ceea ce privește sinele, ceilalți și viața în general. Conform acestei teorii, atunci când o persoană adoptă un model de gândire absolutist și viața îi confirmă aceste așteptări iraționale, atunci acea persoană experimentează emoții pozitive. În schimb, atunci când condițiile de viață infirmă așteptările individului, pot apărea reacții emoționale negative, cum ar fi stările depresive, anxietatea, vinovăția sau agresivitatea.

Prin urmare, credințele iraționale reprezintă evaluări cognitive, rigide și personale, care induc emoții negative disfuncționale și care împiedică individul să-și atingă scopurile. În schimb, credințele raționale sunt convingeri personale care conduc la emoții funcționale, adaptative și nu împiedică individul să-și atingă scopurile.

Pe scurt, o credință irațională este caracterizată prin incorectitudine logică, incongruență cu realitatea obiectivă și împiedicarea atingerii scopurilor individului. În opoziție, credințele raționale se fundamentează pe realitatea empirică, facilitează realizarea obiectivelor personale și respectă principiile logice [3, pp. 5-28].

Ideile fundamentale ale acestei teorii sunt următoarele:

- Cognițiile sunt, în general, cele care determină emoțiile.
- Gândurile dezadaptative reprezintă cauza dezechilibrului emoțional; psihopatologia, în mare, fiind rezultatul disfuncționalității cognitive.
- Modificând credințele iraționale, vom controla emoțiile și vom reduce distresul.
- Convingerile iraționale și psihopatologia sunt influențate și de factori genetici și de mediu.
- Terapia comportamentală rațional-emoțională acordă o atenție deosebită prezentului, și mai puțin trecutului în producerea patologiei, considerând că modurile disfuncționale de a gândi provoacă și întrețin problemele psihice.
- Convingerile iraționale pot fi influențate și raționalizate, însă acest proces necesită voință și determinare din partea oamenilor [8, pp. 626-632].

Metodologia și obiectivele cercetării

Scopul acestui studiu este să evalueze modificările ce apar în personalitatea polițiștilor pe parcursul timpului.

Cercetarea își propune să compare rezultatele obținute, pe un eșantion de 24 de polițiști la o distanță de doi ani, la testele de personalitate aplicate cu ocazia evaluărilor psihologice periodice realizate.

Ipotezele cercetării

Ipotezele de la care am plecat în realizarea acestui studiu longitudinal sunt următoarele:

H1. Presupunem existența unor diferențe semnificative între rezultatele obținute de polițiști la evaluarea psihologică din anul 2021 și cea din anul 2023 în ceea ce privește trăsăturile de personalitate.

H2. Presupunem existența unor diferențe semnificative între rezultatele obținute de polițiști la evaluarea psihologică din anul 2021 și cea din anul 2023 în ceea ce privește credințele iraționale.

Metoda și studiul participanților

Studiul a presupus aplicarea probelor psihologice pe un grup de 24 de subiecți, cu vârste cuprinse între 24 și 32 de ani (cu o medie de vârstă de 27,96), angajați în Poliția Română. Dintre aceștia, 75% sunt de sex masculin și 25% de sex feminin.

Bateria de testare a fost aplicată cu ocazia evaluărilor psihologice periodice la nivelul unității, la o distanță de doi ani (acesta fiind intervalul stabilit ca fiind optim pentru structurile operative). Astfel, subiecții au fost testați în anul 2021 și retestați doi ani mai târziu, în anul 2023. Desigur că bateria de evaluare a cuprins instrumente multe, care au vizat aptitudinea de muncă și funcționalitatea la locul de muncă, dar studiul nostru va trata doar aspectele care țin de structura personalității, atitudini și credințe.

Tabelul 1. Clasificarea subiecților în funcție de gen

| | | Frecvența | Procent | Procent valid | Procent cumulativ |
|-------|----------|-----------|---------|---------------|-------------------|
| Valid | Masculin | 18 | 75,0 | 75,0 | 75,0 |
| | Feminin | 6 | 25,0 | 25,0 | 100,0 |
| | Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Tabelul 2. Clasificarea subiecților în funcție de vârstă

| | | |
|--------------|---------|--------------|
| N | Valid | 24 |
| | Missing | 0 |
| Media | | 27,96 |
| Minimum | | 24 |
| Maximum | | 32 |

Tabelul 3. Clasificarea subiecților după funcția ocupată

| | | Frecvența | Procent | Procent valid | Procent cumulativ |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|-------------------|
| Valid | Conducere | 2 | 8,3 | 8,3 | 8,3 |
| | Executie | 22 | 91,7 | 91,7 | 100,0 |
| | Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Tabelul 4. Clasificarea subiecților în funcție de vechimea în muncă

| | | |
|-------------|---------|-------------|
| N | Valid | 24 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 5,00 |
| Minimum | | 2 |
| Maximum | | 10 |

Instrumentele de cercetare

Bateria de evaluare utilizată a conținut teste psihologice din platforma electronică CAS++[7], astfel:

- **Five-Factor Personality Inventory** (Chestionarul FFPI) evaluează cei cinci suprafactori din modelul Big Five: Extraversiunea (E), Amabilitatea (A), Conștiinciozitatea (C), Stabilitatea emoțională (S) și Autonomia (D).
- **ABS II** evaluează convingerile iraționale și raționale descrise în teoria lui Albert Ellis. Scala este alcătuită din trei factori: procese cognitive (imperativul „trebuie”, depreciera și evaluarea globală, toleranță scăzută la frustrare, gândire catastrofică), arii de conținut (convingeri legate de aprobare, realizare și confort) și mod de frazare (irațional/rațional).

Rezultate

Rezultatele obținute la probele aplicate au fost prelucrate statistic cu ajutorul programului SPSS 16.0.

HI. Ipoteza 1 „Presupunem existența unor diferențe semnificative între rezultatele obținute de polițiști la evaluarea psihologică din anul 2021 și cea din anul 2023 în ceea ce privește trăsăturile de personalitate” a fost confirmată în parte de prelucrarea statistică a datelor.

Diferențe semnificative statistic au fost înregistrate la testul de personalitate doar în ceea ce privește dimensiunea „conștiinciozitate”. Analizând media rangurilor, observăm faptul că în anul 2021, cu ocazia primei evaluări psihologice periodice, polițiștii se declară mai conștiincioși. În schimb, la retestare, conștiinciozitatea scade, dar cresc ușor valorile la dimensiunile extraversie, amabilitate, stabilitate emoțională și autonomie.

Tabelul 5. Ranguri – dimensiuni personalitate – test/retest

| | Grup | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------|--------|----|-----------|--------------|
| Conștiinciozitate | test | 24 | 14,69 | 352,50 |
| | retest | 24 | 34,31 | 823,50 |
| | Total | 48 | | |
| Extraversie | test | 24 | 21,79 | 523,00 |
| | retest | 24 | 27,21 | 653,00 |
| | Total | 48 | | |
| Amabilitate | test | 24 | 22,50 | 540,00 |
| | retest | 24 | 26,50 | 636,00 |
| | Total | 48 | | |
| Stab. emot. | test | 24 | 21,67 | 520,00 |
| | retest | 24 | 27,33 | 656,00 |
| | Total | 48 | | |
| Autonomie | test | 24 | 23,00 | 552,00 |
| | retest | 24 | 26,00 | 624,00 |
| | Total | 48 | | |

Tabelul 6. Diferențe – dimensiuni personalitate

| | Conștiinciozitate | Extraversie | Amabilitate | Stab._emot. | Autonomie |
|------------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Mann-Whitney U | 52,500 | 223,000 | 240,000 | 220,000 | 252,000 |
| Wilcoxon W | 352,500 | 523,000 | 540,000 | 520,000 | 552,000 |
| Z | -4,879 | -1,342 | -,992 | -1,405 | -,745 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,000 | ,179 | ,321 | ,160 | ,456 |

a. Grouping Variable: Grup test/retest

Testul U Mann-Whitney a concluzionat că:

- scorurile la scala de conștiinciozitate sunt semnificativ mai mari la testarea inițială, decât la retestare (U=52,5, N1=24, N2=24, p two-tailed p=0,000).

H2. Și ipoteza 2 „Presupunem existența unor diferențe semnificative între rezultatele obținute de polițiști la evaluarea psihologică din anul 2021 și cea din anul 2023 în ceea ce privește credințele iraționale” a fost confirmată tot parțial la prelucrarea statistică a datelor.

Există diferențe semnificative statistic între rezultatele obținute de polițiști la testul de atitudini și convingeri iraționale. Analizând media rangurilor, observăm faptul că în anul 2021, cu ocazia primei evaluări periodice, polițiștii se declară mai puțin iraționali decât în anul 2023. În schimb, la retestare, iraționalitatea crește, scoruri mai mari înregistrându-se la trei din dimensiunile investigate (toleranță scăzută la frustrare, gândire catastrofică și autodeprecieri).

Tabelul 7. Ranguri – Atitudini și credințe iraționale – test/retest

| | Grup | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------|--------|----|-----------|--------------|
| ABSII | test | 24 | 32,58 | 782,00 |
| | retest | 24 | 16,42 | 394,00 |
| | Total | 48 | | |
| Trebuie | test | 24 | 28,10 | 674,50 |
| | retest | 24 | 20,90 | 501,50 |
| | Total | 48 | | |
| Tol. scăz. frustr. | test | 24 | 32,23 | 773,50 |
| | retest | 24 | 16,77 | 402,50 |
| | Total | 48 | | |
| Gand. catastrof. | test | 24 | 31,81 | 763,50 |
| | retest | 24 | 17,19 | 412,50 |
| | Total | 48 | | |
| Autodeprecieri | test | 24 | 32,62 | 783,00 |
| | retest | 24 | 16,38 | 393,00 |
| | Total | 48 | | |

Tabelul 8. Diferențe – iraționalitate

| | ABSII | Trebuie | Tol_scaz_frustr | Gand_catastrof | Autodepreciere |
|------------------------|---------|---------|-----------------|----------------|----------------|
| Mann-Whitney U | 94,000 | 201,500 | 102,500 | 112,500 | 93,000 |
| Wilcoxon W | 394,000 | 501,500 | 402,500 | 412,500 | 393,000 |
| Z | -4,002 | -1,786 | -3,828 | -3,624 | -4,027 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,000 | ,074 | ,000 | ,000 | ,000 |

a. Grouping Variable: Grup test/retest

Testul U Mann-Whitney a concluzionat că:

- scorurile la scala de iraționalitate (globală) sunt semnificativ mai mari la retestare, decât la testarea inițială (U=94,000, N1=24, N2=24, p two-tailed p=0,000);
- scorurile la subscala „toleranță scăzută la frustrare” sunt semnificativ mai mari la retestare, decât la testarea inițială (U=102,500, N1=24, N2=24, p two-tailed p=0,000);
- scorurile la subscala „gândire catastrofică” sunt semnificativ mai mari la retestare, decât la testarea inițială (U=112,500, N1=24, N2=24, p two-tailed p=0,000);
- scorurile la subscala „autodepreciere” sunt semnificativ mai mari la retestare, decât la testarea inițială (U=93,000, N1=24, N2=24, p two-tailed p=0,000).

Discuții și concluzii

Rezultatele obținute la evaluarea psihologică periodică realizată la o distanță de doi ani, utilizând aceeași baterie de testare, au fost următoarele:

Există diferențe semnificative statistic între rezultatele obținute de polițiști la testul de personalitate doar în ceea ce privește dimensiunea „conștiinciozitate”. În anul 2021, cu ocazia primei evaluări psihologice periodice, polițiștii se declară mai conștiincioși. În schimb, la retestare, conștiinciozitatea scade, dar cresc ușor valorile la dimensiunile extraversie, amabilitate, stabilitate emoțională și autonomie.

Există diferențe semnificative statistic între rezultatele obținute de polițiști la testul de atitudini și convingeri iraționale. În anul 2021, cu ocazia primei evaluări psihologice periodice, polițiștii se declară mai puțin iraționali decât în anul 2023. În schimb, la retestare, iraționalitatea crește, scoruri mai mari înregistrându-se la trei din dimensiunile investigate (trebuie, toleranță scăzută la frustrare, gândire catastrofică și autodepreciere).

Scăderea nivelului de conștiinciozitate la polițiști după doi ani de activitate poate fi atribuită mai multor factori.

- Oboseala și stresul: munca în domeniul poliției poate fi extrem de stresantă și epuizantă, iar după doi ani de activitate, unii polițiști ar putea simți o oboseală persistentă și ar putea fi expuși unor niveluri ridicate de stres, ceea ce poate afecta nivelul lor de conștiinciozitate.
- Experiența și rutina: odată ce polițiștii dobândesc mai multă experiență și devin mai familiarizați cu rutina zilnică a muncii lor, există riscul de a cădea într-un sentiment de monotonie sau de a deveni mai puțin atenți la detaliile mici din cauza familiarizării excesive.
- Lipsa de recunoaștere și satisfacție: dacă polițiștii nu primesc recunoașterea și satisfacția pe care o merită pentru munca lor sau dacă nu există o cultură organizațională care să încurajeze și să susțină angajații, aceasta ar putea contribui la scăderea nivelului lor de conștiinciozitate.

- Expunerea la aspecte negative ale societății: polițiștii sunt adesea expuși la aspecte negative ale societății, cum ar fi crimele, violența și suferința umană, ceea ce poate avea un impact asupra stării lor mintale și emoționale și poate duce la o scădere a nivelului de conștiinciozitate.
- Lipsa de suport și resurse: dacă polițiștii nu au acces la suportul și resursele necesare pentru a face față stresului și presiunii muncii lor, acest lucru ar putea contribui la scăderea nivelului lor de conștiinciozitate în timp.
- Lipsa de feedback pozitiv și de apreciere poate contribui la scăderea nivelului de conștiinciozitate.
- Probleme personale: polițiștii se confruntă uneori cu probleme personale și familiale care pot afecta starea lor mintală și emoțională. Stresul și preocupările personale pot interfera cu capacitatea lor de a fi concentrați și atenți la detaliile muncii lor.

Îmbunătățirea condițiilor de muncă, oferirea de suport mental și emoțional, recunoașterea eforturilor lor și menținerea unui echilibru între viața profesională și cea personală pot ajuta la contracararea acestor efecte și la menținerea nivelului de conștiinciozitate al polițiștilor.

Creșterea scorurilor la scala de atitudini și convingeri iraționale la polițiști după doi ani de activitate poate fi atribuită mai multor factori.

- Experiența în fața diverselor situații: pe măsură ce polițiștii lucrează și interacționează cu o varietate de situații și persoane, ei pot dezvolta anumite atitudini și convingeri iraționale ca o formă de coping sau pentru a face față situațiilor dificile și stresante.
- Expunerea la aspecte negative ale societății: polițiștii sunt adesea expuși la aspecte negative ale societății, cum ar fi crimele, violența și corupția. Această expunere poate alimenta dezvoltarea unor atitudini și convingeri iraționale, cum ar fi pesimismul, cinismul sau scepticismul excesiv.
- Lipsa de suport și resurse: dacă polițiștii nu au acces la suportul și resursele necesare pentru a face față stresului și presiunii muncii lor, acest lucru poate contribui la dezvoltarea unor atitudini și convingeri iraționale. Lipsa de suport poate duce la cinism, lipsă de încredere în sistem și o percepție distorsionată asupra realității.
- Cultură organizațională defectuoasă: o cultură organizațională care nu promovează valori precum integritatea, etica și respectul poate contribui la dezvoltarea unor atitudini și convingeri iraționale printre polițiști. Lipsa de exemple pozitive și de orientare morală din partea conducerii poate influența comportamentele și percepțiile angajaților.
- Efectul de grup: polițiștii pot fi influențați de atitudinile și convingerile colegilor lor și pot adopta sau internaliza anumite perspective sau comportamente, chiar dacă acestea pot fi iraționale sau negative.

Înțelegerea creșterii scorurilor la scala de atitudini și convingeri iraționale, precum toleranța scăzută la frustrare, gândirea catastrofică, autodeprecierea și imperativul „trebuie” (chiar dacă pentru această dimensiune nu se atinge pragul de semnificație statistică), în rândul polițiștilor după doi ani de activitate poate fi abordată astfel.

- Toleranța scăzută la frustrare: munca în domeniul poliției este adesea asociată cu situații de conflict, stres și imprevizibilitate. Polițiștii pot dezvolta o toleranță scăzută la frustrare din cauza expunerii constante la situații tensionate și dificile. Această lipsă de toleranță

poate duce la reacții exagerate în fața provocărilor și la dificultatea în gestionarea adecvată a emoțiilor în situații de conflict.

- Gândirea catastrofică: polițiștii sunt adesea expuși la riscuri și pericole iminente în exercitarea atribuțiilor lor. Această expunere constantă la amenințări poate alimenta gândirea catastrofică, în care polițiștii își pot imagina cele mai grave scenarii posibile și pot exagera pericolele potențiale. Gândirea catastrofică poate genera anxietate și stres suplimentar în timpul intervențiilor și poate afecta capacitatea lor de a lua decizii raționale și de a gestiona situațiile de criză.
- Autodeprecierea: confruntarea cu situații dificile și critice în exercitarea muncii lor poate conduce uneori la autodepreciere în rândul polițiștilor. Eșecurile percepute sau sentimentul că nu au reușit să atingă standardele lor sau ale altora pot duce la autodepreciere și la scăderea încrederii în propria lor competență și valoare.
- Imperativul „trebuie”: în mediul polițienesc, există adesea presiune și așteptări ridicate cu privire la performanță și rezultate. Polițiștii pot internaliza aceste așteptări și pot simți că „trebuie” să se comporte sau să acționeze într-un anumit fel pentru a fi considerați eficienți sau demni de respect. Această presiune autoimpusă de a satisface standardele sau așteptările poate genera stres suplimentar și poate alimenta atitudini iraționale.

Pentru a gestiona și contracara aceste atitudini și convingeri iraționale, este esențial să se ofere polițiștilor suport emoțional și psihologic, să li se ofere resurse pentru a face față stresului și să li se promoveze o cultură organizațională care încurajează comunicarea deschisă și gestionarea sănătoasă a emoțiilor. De asemenea, formarea continuă și dezvoltarea abilităților de gestionare a stresului pot fi benefice pentru a ajuta polițiștii să își gestioneze mai eficient emoțiile și să își îmbunătățească atitudinile și comportamentele în cadrul muncii lor.

Bibliografie:

1. ADLER, A. *The Individual Psychology of Alfred Adler*. H.L. Ansbacher and R.R. Ansbacher (Eds.). New York: Harper Torchbooks, 1956.
2. CASPI, A., SHINER, R.L. Personality development. In: Damon, W., Lerner, R., Eisenberg, N. *Handbook of child psychology*. 2006, Vol. 3, Social, emotional and personality development (6th ed.), New York: Wiley, pp. 300-365.
3. DIGIUSEPPE, R. The nature of irrational and rational beliefs – Progress in Rational Emotive Behavior Therapy. In: *Journal of Rational, Emotive and Cognitive Behavior Therapy*. 1996, nr. 14, pp. 5-28.
4. ELLIS, A., DRYDEN, W. *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. London: Springer Publishing Company, 1997.
5. MASLOW, A. Motivație și personalitate. București: Trei, 2008. 510 p.
6. OZER, D.J., BENET-MARTINEZ, V. Personality and the prediction of consequential outcomes. In: *Annual Review of Psychology*. 2006, nr. 57, pp. 401-421.
7. Platforma computerizată de evaluare psihologică (CAS++). Cod Produs: N / A Categori: Aptitudini cognitive, Consiliere și orientare profesională, Evaluare de personal, Evaluarea sănătății mintale, Recrutare și selecție de personal Etichete: Consiliere și orientare profesională, Evaluare de personal, Evaluarea psihologică a adulților, Evaluarea sănătății mintale, Recrutare și Selecție de personal.
8. WEINRACH, S.G. Nine experts describe the essence of Rational Emotive Therapy, while standing on one foot. In: *Journal of Counseling and Development*. 1996, nr. 74, pp. 626-632.

**VALORILE ȘI MANAGEMENTUL ÎN CADRUL
MINISTERULUI AFACERILOR INTERNE**

**VALUES AND MANAGEMENT IN THE FRAMEWORK
MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS**

Vica ANTON, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0007-6521-9758
antonvica84@gmail.com

Vica ANTON, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 354.31:005

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p111-116

Abstract. Particularly forceful institutions such as the Home Office often adopt a set of core values to distinguish themselves. The continued nurturing and maintenance of these values is essential to their growth and stability. Starting from the general to the particular, we realize that the values of every manager are as well very important in the progress of the institution and the productivity of the work of each individual employee. Awareness the significance and roles of different management values can afford to implement them more efficiently in the workplace and help obtain the career objectives. In this article, we ascertain what values are in management and treat their matter and roles within the Ministry of Internal Affairs.

Keywords: Ministry of Internal Affairs, values, institution, management, managers.

Introducere

În prezent, Ministerul Afacerilor Interne pune mare accent pe dezvoltarea viitorilor manageri, conștientizând cât de important este acest fapt în realizarea atribuțiilor de serviciu a fiecărui angajat în parte. De personalitatea managerului depinde în mare parte productivitatea muncii în cadrul subdiviziunii pe care o reprezintă, satisfacția în muncă și nu în ultimul rând rezultatele obținute pe linie de serviciu, care sunt direct proporționale cu satisfacția societății civile, siguranța acestora și îmbunătățirea imaginii Ministerului Afacerilor Interne în societate. Când specificăm despre dezvoltarea viitorilor manageri, ne referim inclusiv și la valorile pe care le dețin aceștia.

Valori generale

Valorile au fost studiate în diverse domenii, fără a se ajunge la o definiție și descriere unanimă. J. Van Deth și E. Scarborough (1994, apud Voicu, 2010) accentuează o cercetare din anii 1970 în care erau redate în jur de 4000 de publicații academice, fiind analizate 180 de definiții ale termenului „valoare”. Conform definiției din *Dicționarul de psihosociologie* (Iluț, 2003), valorile sunt „principii generale despre dezirabil, care orientează și organizează acțiunile și mentalitățile indivizilor, grupurilor și comunităților”. Valorile sunt gânduri încărcate afectiv despre obiecte, idei, comportamente etc., care ghidează comportamentul, dar nu este necesar să îl și impună (M. Rokeach, 1973, apud Huitt, 2004). După viziunea științelor neuronale, valorile sunt anumite procese care rezultă din conexiunea reprezentărilor cognitive ale noțiunilor,

obiectivelor și concesiunilor cu atitudinile emoționale (Thagard, 2013). Însă, cu toate că sunt identificate ca procese neurale, valorile pot fi obiective sau neobiective, în funcție de măsura în care se pliază la necesitățile omului (Thagard, 2013). J. van Deth și E. Scarborough (1994, apud Voicu, 2010) spun că valorile au componente de natură cognitivă (presupun identificarea alternativelor posibile), evaluativă (aprecierea acestor alternative în raport cu preferințele valorice preexistente) și afectivă (relaționarea emoțională cu fiecare dintre alternative). Valorile legate de muncă fac parte din mulțimea valorilor „stilului de viață” („lifestyle” values) (W. Patton, 2000, apud Bobek, Gore, 2004). S-a constatat că persoanele care au aceleași ocupații sau ocupații din aceeași categorie tind să aibă valori asemănătoare (Robbins și colab., 2008).

Valorile în managementul polițienesc

Valorile în management sunt linii directoare sau principii pe care managerii le folosesc pentru a lua decizii și a determina cursuri de acțiune. Instituțiile se pot referi la ele și ca valori de bază organizaționale. Aceste valori sunt adesea derivate din declarația de misiune sau planul strategic al instituției. Acestea pot varia de la a fi generale și incluzive, cum ar fi oferirea de servicii excelente pentru societatea civilă dacă e să ne referim la Ministerul Afacerilor Interne, până la a fi mai specifice și mai concentrate, cum ar fi oferirea unui mediu de lucru sigur. Conducerea sau managerii instituției impun aceste valori oferind îndrumare, dând un exemplu și încurajând membrii echipei care le urmează.

Valorile ajută instituția să-și definească scopul și misiunea, să construiască o cultură puternică și să dezvolte o forță de muncă coerentă. Oferind un cadru pentru luarea deciziilor și așteptările comportamentale, acestea îi ajută pe manageri să prioritizeze deciziile cheie și să dezvolte strategii pentru atingerea obiectivelor scontate. Valorile din cadrul Ministerului Afacerilor Interne ajută să transmită un mesaj clar cetățenilor și părților interesate. De asemenea, îi pot ajuta pe membrii echipei să-și dezvolte traseele de carieră și să-și atingă obiectivele profesionale.

Valorile sunt cele care ghidează o instituție și angajații săi. Instituțiile de aplicare a legii pot avea valori diferite în funcție de specificul lor de activitate.

Atunci când orice manager își asumă să preia o funcție de conducere în cadrul Ministerului Afacerilor Interne, este important să înțeleagă valorile de bază necesare subdiviziunii pe care o va conduce. Valorile nu se limitează doar la ceea ce instituția consideră că sunt valori de bază, ci includ și valorile personale și exterioare (Crank, 1997).

Suntem înclinați să avem valori care sunt împărtășite cu alți membri ai instituției. Valorile sunt importante pentru instituțiile de aplicare a legii și ar trebui să fie împărtășite și convenite de toți membrii. Aceste valori transmise sunt concentrate în întreaga instituție și devin parte din cultura acesteia. Interacțiunea profesională cu diverși constituenți și membri ai altor instituții, ai societății civile, subalternilor, necesită, de asemenea, ca managerii să își ia în considerare valorile.

Fiecare persoană va avea propriile sale interese și obiective, ce reflectă valorile care sunt importante pentru el la momentul respectiv. În conformitate cu *Codul de etică și deontologie al funcționarului public* cu statut special din cadrul Ministerului Afacerilor Interne, angajații instituției, mai ales conducătorii, vor opta pentru respectarea, transmiterea și implantarea în subalternii lor a valorilor morale și profesionale ca:

- 1) patriotismul – o obligație constituțională dincolo de convingerile politice, ideologice și religioase, dedicarea slujbelor și îndatoririlor, în ciuda tuturor adversităților;

- 2) datoria de serviciu – respectarea jurământului pentru îndeplinirea cu succes a atribuțiilor de serviciu;
- 3) onoarea și demnitatea – popularitatea de a fi eficient și productiv atât în cadrul colectivului, cât și în societate.

La nivel de conduită profesională, managerul cu statut special va pune accent pe:

- 1) legalitate – respectarea normelor legale;
- 2) umanism – prioritizarea cetățeanului prin acordarea serviciilor polițienești profesionale;
- 3) egalitate și nediscriminare – evitarea discriminărilor de orice tip: apartenență etnică, rasă, religie, opinie politică, vârstă, sex, statut social, limbă vorbită etc.;
- 4) imparțialitate – demonstrarea unui comportament obiectiv și neutru față de orice interes personal, economic, politic, religios;
- 5) transparență – asigurarea accesului tuturor cetățenilor la informațiile cu caracter public, respectând legislația în vigoare;
- 6) disponibilitate – acordarea suportului de orice tip la orice oră și redirecționarea la organele competente în cazul când anumite acțiuni nu țin de activitatea polițienească;
- 7) profesionalism, integritate profesională – respectarea întocmai a fișei postului a funcționarului public cu statut special și a legislației;
- 8) confidențialitate – respectarea anumitor principii de secretizare cu privire la informațiile pe care le vor divulga cetățenii;
- 9) respect – atitudinea umană, profesionistă față de societatea civilă, subalterni, superiori, față de țară;
- 10) loialitate – atașamentul față de instituția în care activează și față de cetățeni;
- 11) intoleranță la corupție – prevenirea, identificarea, pedepsirea tentativelor și a comportamentului de corupție;
- 12) prezumția de nevinovăție;
- 13) intoleranță la tortură, pedepse sau tratament inuman.

Scopul cercetării: stabilirea valorilor predominante la candidații ce pretind la funcții manageriale în cadrul Ministerului Afacerilor Interne.

Ipoteza cercetării: prezumăm existența diferențelor între valorile femeilor și bărbaților, candidați ce pretind la funcții manageriale în cadrul Ministerului Afacerilor Interne.

Obiectivele cercetării

1. Cercetarea literaturii de specialitate în vederea identificării rolului valorilor în cadrul instituției.
2. Psihodiagnosticul valorilor candidaților la funcții manageriale în cadrul Ministerului Afacerilor Interne.
3. Reliefaarea valorilor bărbaților și femeilor, candidați la funcții manageriale în cadrul Ministerului Afacerilor Interne.
4. Formularea concluziilor cercetării, elaborarea recomandărilor relevante și înaintarea acestora la adresa conducerii Ministerului Afacerilor Interne.

Metoda și studiul participanților

Cercetarea a folosit varianta redusă V21 a *Chestionarului de evaluare a valorilor*. Eșantionul a fost alcătuit din 70 de subiecți, cu vârste cuprinse între 30 și 45 de ani, pretendenți la funcții manageriale în cadrul Ministerului Afacerilor Interne. 57% dintre subiecți sunt de sex masculin și 43% de sex feminin.

Instrumentul de cercetare

Chestionarul de evaluare a valorilor conține 32 de fraze care reprezintă scurte descrieri ale unor persoane și urmărește evaluarea următoarelor valori:

- recunoaștere profesională (respectul celor din jur, competența în domeniul de activitate);
- autoritate (posibilitatea de a-i conduce pe alții, de a lua decizii și de a-și asuma responsabilitatea pentru munca sa și a celorlalți, capacitate de influență și dominanță asupra celor cu care lucrează);
- relații sociale (centrarea pe construirea, dezvoltarea și menținerea unor relații plăcute, necompetitive cu oamenii cu care intră în contact la școală, la locul de muncă sau în orice alt domeniu);
- autonomie (libertatea și diversitatea în acțiuni, puterea decizională și acționarea după propriile standarde);
- siguranță (căutarea și realizarea activităților cu final prevăzut, cunoașterea factorilor implicați, a acțiunilor următoare, a urmărilor);
- respectarea regulilor (organizarea și desfășurarea activităților conform unor reguli clar stabilite de către alții: familie, organizații, societate);
- provocare (căutarea activităților riscante, cu un nivel mare de complexitate a strategiilor de planificare, realizare și monitorizare).

Rezultate

Datele colectate au fost prelucrate statistic și denotă următoarea conotație:

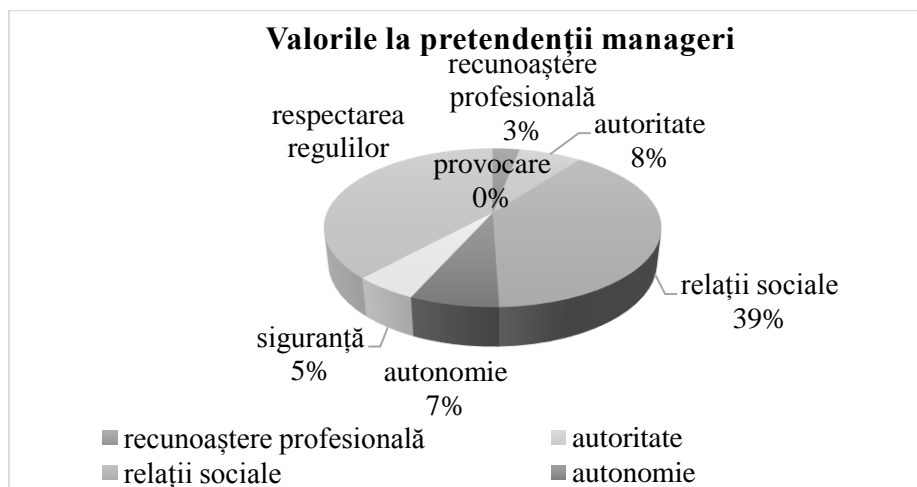


Figura 1. Rezultatele evaluării valorilor la candidații ce pretind la funcții manageriale în cadrul Ministerului Afacerilor Interne

Analizând rezultatele obținute, putem concluziona că candidații la funcții manageriale angajați ai Ministerului Afacerilor Interne dispun de o rată a procentajului semnificativă la valorile *relații sociale* – 39% și *respectarea regulilor* – 38%. Acest procentaj poate fi interpretat în felul următor: a activa în cadrul Ministerului Afacerilor Interne semnifică a fi în slujba cetățeanului și a deservi oameni, iar relațiile sociale sunt un proces indispensabil în activitatea polițienească dacă e să ne referim la valorile *relații sociale*. Totodată, instituția Ministerului Afacerilor Interne este un sistem ierarhic, iar respectarea regulilor este una dintre valorile semnificative ale fiecărui angajat. De remarcat faptul este că valorile *provocarea* – 0%,

autonomia - 7%, *siguranța* – 5%, *recunoașterea profesională* – 3% au un procentaj nesemnificativ, fiind destul de importante în activitatea managerială.

Deoarece profesia de polițist este una masculinizată, am considerat oportun să identificăm particularitățile de sex capabile să confere o notă distinctivă valorilor pe care le dețin candidații la funcții manageriale.

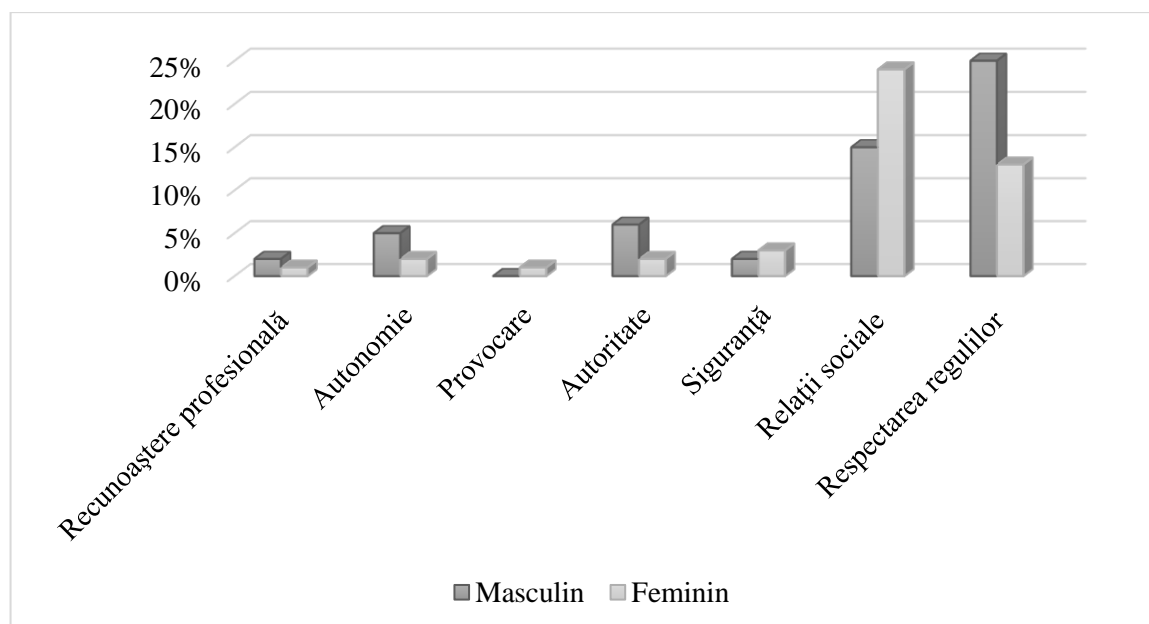


Figura 2. Rezultatele evaluărilor valorilor la candidații ce pretind la funcții manageriale în cadrul Ministerului Afacerilor Interne în funcție de sex

Rezultatele denotă că atât candidații de sex masculin, cât și cei de sex feminin au obținut rate nesemnificative ale valorilor: *Recunoaștere profesională* (2% bărbați, 1% femei), *Autonomie* (5% bărbați, 2% femei), *Provocare* (0% bărbați, 1% femei), *Autoritate* (6% bărbați, 2% femei), *Siguranță* (2% bărbați, 3% femei) și rate semnificative ale valorilor *Relații sociale* (15% bărbați, 24% femei), *Respectarea regulilor* (25% bărbați, 13% femei).

Deci, candidații la funcții manageriale de sex masculin au nivel mai înalt al valorilor *Respectarea regulilor*, iar candidații la funcții manageriale de sex feminin au nivel mai înalt al valorilor *Relații sociale*.

Concluzii

Ipoteza lansată la început de studiu a fost confirmată doar la unele valori ale candidaților ce pretind la funcții manageriale în cadrul Ministerului Afacerilor Interne. A fost demonstrat statistic că există diferențe în manifestarea valorilor în funcție de variabila sex. Analiza comparativă în funcție la această variabilă a demonstrat existența diferențelor statistice semnificative în manifestarea valorilor *Relații sociale* și *Respectarea regulilor* și nesemnificative ale valorilor *Recunoaștere profesională*, *Autonomie*, *Provocare*, *Autoritate*, *Siguranță* la viitorii manageri în cadrul Ministerului Afacerilor Interne.

Bibliografie:

1. CRANK, J.P. *Understanding Police Culture*. Anderson Publishing, Cincinnati, OH, 1997.
2. HUITT, W. *Values. Educational Psychology Interactive*. Valdosta, GA: Valdosta State University, 2004.
3. *Hotărârea Guvernului nr. 629 din 08-08-2017* cu privire la aprobarea Codului de etică și deontologie al funcționarului public cu statut special din cadrul Ministerului Afacerilor Interne.
4. ILUȚ, P. Valori. În: S. Chelcea, P. Iluț (coord). *Enciclopedie de psihosociologie*. București: Editura Economică, 2003.
5. MICLEA, M., CRIȘAN, M., NEDELCU, M., MANASRA, M., NEGRU, O., SAVU, M. *Cognitrom career planner. CCPonline, CCPintranet. Consilierea în carieră. Tehnici și metode pentru secolul XXI*. Cluj-Napoca: ASCR, 2013.
6. ROBBINS, S.P., JUDGE, T.A., STRETCH, R.T., BUHLER, P.M. *Instructor Manual: Essential of Organizational Behavior*. 2008.
7. THAGARD, P. *What are Values? Values are mind-brain processes that combine cognition and emotion*. 2013.
8. VOICU, B. Valorile și sociologia valorilor. În: L. Vlăsceanu (coord.). *Sociologie*. 2010, pp. 249-294.

SIMPTOMATICA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE

ANXIETY DISORDER SYMPTOMS

Elena BUZA, masterandă,
Universitatea de Studii Europene din Moldova
ORCID: 0009-0005-4549-9188
lena.buza@mail.ru

Elena BUZA, master student,
University of European Studies of Moldova

CZU: 159.942

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p117-122

Abstract. Anxiety disorders are common psychological conditions characterized by symptoms such as persistent restlessness, excessive fear, and avoidance reactions. These disorders have a significant impact on the individual's quality of life and can negatively affect social and professional functioning. The aim of this research is to examine the symptomatic aspects of anxiety disorders, highlighting their main symptoms and manifestations. Additionally, the impact of these disorders on the individual and methods of diagnosis and assessment will be explored.

Keywords: anxiety disorders, symptoms, manifestations, impact, diagnosis, assessment.

Introducere

O îngrijorare a secolului XXI, descris ca un secol al schimbărilor, și care creează o stare emoțională negativă [8, p. 76] este numărul mare de persoane care manifestă tulburări de anxietate.

Aceasta este una din cele mai frecvente tulburări psihice cu care se confruntă psihologii la etapa actuală, reprezentând, de asemenea, și principala cauză pentru care persoanele solicită ajutor în cadrul centrelor de sănătate mintală. Această tulburare e demonstrată de sondaje, în care se menționează că în timpul vieții, 29 % dintre oameni pot avea *simptomele* unei tulburări anxioase (atac de panică, fobie, anxietate generalizată, tulburare obsesiv-compulsivă, stres posttraumatic etc.) [2, p. 76].

Simptomaticele tulburărilor de anxietate poate varia în funcție de tipul și severitatea tulburării, iar înțelegerea acesteia este esențială pentru o diagnosticare diferențială corectă și intervenție adecvată. În acest articol, vom explora simptomele somatice, psihologice și cognitive ale anxietății, precum și impactul acestei tulburări în viața individului.

Sintetizând cele mai relevante definiții din literatura de specialitate e semnificativ să evidențiem că anxietatea este conturată de către Janet P. ca fiind o „teamă fără obiect” [3], iar în *Manualul de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale* (DSM-5) se subliniază faptul că anxietatea este simțită de către pacienți ca o frică nejustificată, o anticipare a unui pericol [1, p. 189].

Starea de anxietate poate fi considerată o reacție emoțională normală în viața de zi cu zi, cât și o stare patologică caracterizată prin neliniște psihomotorie și teamă nedeslușită fără obiect [7]. De menționat că dacă starea de anxietate se dezvoltă până la a se manifesta în tulburări de anxietate asociate cu afectarea funcțională ce provoacă suferință sau tulburări semnificative, devine excesivă, persistentă și perturbă activitățile zilnice sociale, profesionale ale individului, se transformă într-o anxietate „anormală”.

De aceea, este important de remarcat impactul enorm pe care îl au tulburările anxioase în viața individului. Tulburările de anxietate afectează starea de spirit și comportamentul uman, având repercusiuni asupra productivității la locul de muncă, ineficiență [12, p. 181] a vieții personale, dificultăți de interrelaționare cu ceilalți, performanță școlară scăzută [10, p. 246], afectarea gândirii, a învățării și pot produce chiar distorsionarea percepțiilor. Persoanele ce suferă de tulburări anxioase au puterea de concentrare, memoria asociativă și de evocare scăzute [15, p. 8].

Conform surselor bibliografice analizate, anxietatea este constituită întotdeauna din două componente: *fiziologică și psihologică* [15, p. 8], persoana fiind conștientă de existența ambelor [11, p. 8].

Pentru o înțelegere mai bună a anxietății e important să accentuăm că anxietatea poate fi experimentată sub diferite forme și de durată diferită, chiar de peste 6 luni, cum este în cazul tulburării de anxietate generalizată, iar atacurile de panică imprevizibile, repetate, care cresc rapid în intensitate, însoțite de simptome somatice și sau/cognitive sunt cunoscute ca tulburare de panică [1, p. 189].

În spectrul tulburărilor anxioase se încadrează atât afecțiunile în care anxietatea este simptom central, așa cum se întâlnește în tulburarea de panică și tulburarea de anxietate generalizată, cât și în situațiile în care anxietatea este secundară și apare ca urmare a unor modele de gândire și comportamente nepotrivite, precum tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările fobice [14].

În cadrul tulburărilor anxioase, se evidențiază stările de anxietate ca abateri anormale la diferiți factori de stres (tulburările de adaptare) sau ca reacții la evenimente traumatizante (tulburarea acută de stres și tulburarea de stres posttraumatic) [16].

Concluzionând, putem afirma că simptomatologia anxietății poate fi variată în ceea ce privește frecvența, durata, intensitatea și numărul, aceasta variind de la o persoană la alta cu propriile manifestări. Deși aproape fiecare persoană se poate confrunta cu anxietatea la un moment dat al vieții, majoritatea nu experimentează probleme de lungă durată asociate cu această condiție [16].

Din cele specificate e important să subliniem că orice tulburare anxioasă este diagnosticată doar dacă simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe sau medicament ori a unei afecțiuni medicale [1, p. 189].

Dintre simptomele psihologice ale tulburărilor de anxietate pot fi manifestate:

- frica și neliniștea până la iritabilitate și hipervigilență. Persoanele afectate de tulburări de anxietate pot avea sentimente de nesiguranță și teamă excesivă în fața evenimentelor sau situațiilor obișnuite [13]. Mai pot prezenta simptome de depresie, cum ar fi tristețea sau lipsa de plăcere în activități care în mod normal le-ar oferi plăcere. Aceste simptome psihologice pot cauza suferință semnificativă și pot afecta relațiile interpersonale și calitatea vieții.

Printre **simptomele somatice** ale tulburărilor de anxietate sunt incluse cele:

- **„Neurologice**, precum cefaleea, vertijul, paresteziile, amețea, sau presincopa, iluziile vizuale, încețoșarea vederii, hiperestezia;
- **Digestive**, precum durerea abdominală, greața, voma, diareea, indigestia, gura uscată, accelerările tranzitului intestinal, colicile” [14];
- **Respiratorii**, probleme de respirație (sau senzația de lipsă de aer sau sufocare), senzația de strângere în piept, respirația rapidă și senzația de „gât înțepenit” [11, p. 128];

- **Cardiace**, cum ar fi bătăile rapide ale inimii, tahicardia sau disconfortul toracic, durerea precordială, leșinul [15, p. 28];
- **Musculare**, care includ oboseala, tremurul, contracțiile musculare, slăbiciunile musculare, spasmele musculare, durerile dorsale [11, p. 28];
- **Cutanate**, precum transpirația sau mâncărimea;
- **Uro-genitale**, cum ar fi urinarea frecventă, durerea în timpul actului sexual sau disfuncția erectilă [14];
- **Vegetative**, cum ar fi gura uscată, aspectul palid al feței, roșeața la nivelul feței și al gâtului („în decolteu”), transpirația excesivă, bufeurile de căldură [5, p. 15].

Pe lângă simptomele somatice și psihologice reiterate mai sus, persoanele care suferă de tulburări anxioase pot prezenta și o gamă largă de *simptome cognitive*. Printre acestea se pot enumera: *preocuparea excesivă, gândurile negativiste și anticiparea evenimentelor negative*. Aceste persoane se pot confrunta deopotrivă și cu deficit de atenție și de concentrare, adesea mulți pacienți plângându-se de tulburări de memorie și o tendință de a exacerba pericolul din mediul înconjurător. Aceste simptome cognitive pot afecta capacitatea de luare a deciziilor în viața personală și angajarea în activitățile cotidiene.

Simptomatologia tulburărilor de anxietate variază în funcție de *tipul specific de anxietate* cu care se confruntă pacientul, însă există anumite *manifestări comune tuturor tulburărilor anxioase* [5]:

1. **reacții fizice** – de ex., transpirație, tremur, bătăi rapide de inimă, dificultăți de respirație, greață, leșin [13].
2. **gânduri disfuncționale** (constante) – de ex., „dacă o să vorbesc în fața publicului și o să greșesc, toată lumea o să mă creadă un inept” și din aceste motive multe persoane evită situațiile de discursuri publice din convingerea că nu sunt suficient de buni.
3. **comportament de evitare** – persoana anxioasă evită mai multe circumstanțe, de exemplu comportamentul în agorafobie (persoana evită locurile aglomerate, precum concerte, târguri ș.a.) și atacurile de panică (persoana evită orice situație ce i-ar putea induce un nou atac de panică).

Din cauza gândurilor negative, disfuncționale indicate anterior și a evaluării iraționale a situațiilor care provoacă anxietate, emoții negative foarte intense, reacții fizice puternice, persoana este prinsă într-un cerc vicios, din care îi este dificil să iasă [13].

De menționat că „recunoașterea simptomelor tulburării de anxietate la un pacient nu se traduce adesea într-un diagnostic de tulburare de anxietate” [4, p. 130].

Privitor la simptomatologia anxietății, J. Chihai remarcă: „Deși simptomele de anxietate sunt adesea identificate, există diferențe în ceea ce privește semnificativitatea clinică a acestor simptome, un exemplu ar fi anxietatea în contextul afecțiunilor medicale generale ce poate complica și mai mult diagnosticul în sensul că angajații din sistemul de sănătate pot stabili simptomatologia tulburărilor de anxietate (de exemplu, dificultăți de respirație), ca fiind legată de o problemă de sănătate” [4, p. 130].

Cu toate că *mulți oameni nu identifică anxietatea drept o problemă majoră*, ei totuși manifestă simultan mai multe simptome somatice, ceea ce face ca anxietatea să fie adesea subdiagnosticată și neglijată.

Manifestările pe care personalul medical ar trebui să le observe și să fie atent dacă suspectează prezența anxietății sunt [11, 15, p. 25]:

- absenteismul la locul de muncă [11, p. 25];
- frecvente vizite medicale pentru diverse simptome somatice;
- prezența simptomelor persistente și nespecifice de stres, cum ar fi iritabilitatea, dificultățile de concentrare sau tulburările de somn [11, p. 25];
- semne similare, precum hiperventilarea (sensibilitate crescută, senzație de amețală, senzație de constricție în piept);
- simptome fizice persistente, precum vertijul, ritmul cardiac accelerat și ritmul cardiac neregulat;
- cereri pentru eliberarea de rețete medicale pentru medicamente hipnotice/anxiolitice sau sedative [11, p. 25];
- „abuzul de alcool sau substanțe;
- simptomele depresive;
- evenimente traumatizante din viață;
- schimbări în funcționare, de ex., comportament de evitare” [11, p. 26].

Aceste manifestări indică la probabilitatea ca pacienții să se confrunte cu o stare emoțională dificilă, bine fiind ca personalul medical să investigheze mai amănunțit simptomele asociate anxietății. Dacă simptomele sunt evidente, este important să se exploreze aspecte precum frecvența cu care se întâmplă și cât de severe sunt stările de anxietate.

Din această perspectivă, poate fi utilizată o diversitate de instrumente de monitorizare pentru diagnostic, ca interviurile clinice [15] sau personalul medical poate redirecționa pacientul la psihologul clinic unde acesta va fi evaluat prin utilizarea unei game largi de **instrumente de evaluare** [15]:

- ✓ „Scala pentru Tulburare de Anxietate Generalizată;
- ✓ Scala Hamilton de evaluare a anxietății;
- ✓ Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger;
- ✓ Inventarul Beck de Anxietate;
- ✓ Scala de autoevaluare a anxietății a lui Zung” [11, p. 23];
- ✓ Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor [11, p. 23];
- ✓ Scala de anxietate a lui J. Taylor [8, p. 178] ș.a.

În vederea stabilirii unui plan terapeutic adecvat și pentru a elimina alte posibile tulburări sau probleme de sănătate, se utilizează aceste instrumente de diagnosticare a simptomelor și de identificare a tipului specific de tulburare de anxietate.

E important ca în diagnosticarea tulburărilor anxioase să se țină cont de câteva aspecte-cheie de diagnostic diferențial din perspectiva DSM-5, precum:

- *excluderea altor tulburări*, boli fizice sau psihiatrice, care ar putea explica simptomele prezentate de pacient. Este esențial să se exploreze o varietate de opțiuni pentru a putea stabili un diagnostic precis;
- *durata și dezvoltarea simptomelor*;
- *compararea simptomelor*, profesioniștii din domeniul sănătății mintale trebuie să compare simptomele pacientului cu criteriile de diagnostic specificate în DSM-5 pentru diferite tulburări mintale. Acest proces de comparare și eliminare ajută la identificarea diagnosticului corect;
- *istoricul clinic și evoluția simptomelor*, este prioritar să se ia în considerare istoricul clinic al pacientului și evoluția simptomelor în timp. Unele tulburări mintale pot

avea anumite modele de debut sau evoluție, iar aceste informații pot oferi indicii semnificative pentru diagnostic;

- „depistarea situațiilor cauzatoare de anxietate;
- comportamentul de evitare;
- utilizarea substanțelor interzise sau a medicamentelor;
- evenimentele traumatice;
- simptomele asociate în paralel (vertij, disconfort fizic, dificultăți de somn sau concentrare);
- comportamentul compulsiv;
- probleme de stres sau de serviciu;
- gândurile suicidale” [11, p. 24];
- evaluarea comorbidității (ex., stare de depresie, halucinații) în diagnosticul diferențial trebuie să se țină cont și de posibilitatea prezenței simultane a mai multor tulburări mintale. Acest aspect este important pentru a asigura un plan de intervenție și de tratament adecvat și comprehensiv;
- colaborarea interdisciplinară, diagnosticul diferențial implică colaborarea cu profesioniști din diferite domenii, cum ar fi psihiatria, psihologia, neurologia și medicina generală, pentru a obține o înțelegere completă a situației clinice a pacientului.

După cum deducem din cele relatate mai sus, anxietatea poate fi determinată de o combinație complexă de *factori genetici, biochimici, neurologici și psihosociali*. Antecedentele familiale de tulburări de anxietate, dezechilibrele chimice din creier, expunerea la traume sau stres cronic, precum și factorii de mediu și evenimentele de viață tensionate pot amplifica riscul apariției tulburărilor de anxietate. În plus, personalitatea individului, nivelul de reziliență și strategiile de coping pot avea un impact semnificativ în ceea ce privește susceptibilitatea și abordarea anxietății.

Material și metode. Pentru realizarea acestui articol, am cercetat și am analizat o gamă largă de surse bibliografice, literatură de specialitate, cărți și reviste specializate în domeniul psihologiei cu referire la tulburările de anxietate. Am selectat informații relevante și actualizate pentru a prezenta o abordare comprehensivă a simptomaticii tulburărilor de anxietate.

Concluzii. Tulburările de anxietate reprezintă afecțiuni psihologice frecvente, caracterizate de simptome și manifestări variate. Înțelegerea simptomaticii acestor tulburări este esențială pentru diagnosticarea și tratamentul eficient al acestora. Identificarea precoce a simptomelor și accesul la intervenția adecvată pot contribui la ameliorarea simptomelor și îmbunătățirea calității vieții persoanelor afectate. Combinația de terapie cognitiv-comportamentală, exerciții de relaxare musculară progresivă, de respirație, medicație și abordări de gestionare a stresului poate fi benefică în gestionarea anxietății. Cu o abordare integrată, care să cuprindă și intervenții psihologice, și farmacologice, anxietatea poate fi gestionată cu succes, permițând individului să ducă o viață satisfăcătoare și echilibrată. Deopotrivă, este importantă conștientizarea publicului larg cu privire la aceste tulburări, pentru a reduce stigmatizarea și pentru a promova un mod de viață sănătos, activ și un suport social cuvenit.

Bibliografie:

1. American psychiatric association. *Manual de diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (ediția a V)*. Callisto, 2016. ISBN 978-606-8043-14-2.
2. BUCUN, Nicolae, CREȚU, Crina Florica. The influence of physical activities on anxiety and self-image. In: *Univers pedagogic*. 2021, nr. 2(70), pp. 63-67. ISSN 1811-5470. DOI: <https://doi.org/10.52387/1811-5470.2021.2.11>.
3. CEMORTAN, S., PALADI, O. *Repere metodologice ale socializării copiilor de vârstă timpurie*. Chișinău: IȘE, 2015. 112 p. ISBN 978-9975-48-089-5.
4. CHIHAI, J. *Cum sunt oamenii afectați de evenimentele de criză în perioada de pandemie Covid 19*. Disponibil: http://sanatatemintala.md/images/documente/Covid_anx_depreie_2020.pdf.
5. CHIHAI, J. *Tulburări de anxietate – problema acută de sănătate mintală*. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/128-136_7.pdf.
6. *Depresie și anxietate* [citată 18.02.2024]. Disponibil: <https://www.doc.ro/totul-despre-depresie-si-anxietate/anxietatea-cauze-simptome-tratament>.
7. HOLDEVICI, I. *Psihoterapia anxietății*. București: Dual Tech, 2002. 400 p. ISBN 973- 85535-2-4.
8. LUNGU, V. *Psihodiagnostic. Ghid pentru studenți*. Chișinău: Universitatea de Stat din Tiraspol, 2014. 193 p. ISBN 978-9985-76-130-7.
9. LUNGU, V. Provocări ale societății din secolul XXI. In: *Acta et commentationes (Științe ale educației)*. 2021, nr. 2(24), pp. 76-82. ISSN 1857-0623. DOI: <https://doi.org/10.36120/2587-3636.v24i2.76-82>.
10. LUNGU, V. Sesiunea și stresul la studenți. In: *Materialele Conferinței Republicane a Cadrelor Didactice: Psihopedagogie și management educațional, 27-28 februarie 2021, Chișinău*. Chișinău, Republica Moldova: Tipografia Universității de Stat din Tiraspol, 2021, Vol. 5, pp. 246-251. ISBN 978-9975-76-322-6.
11. NACU, A., REVENCO, M., CUROCICHIN, G. ș.a. *Tulburările de anxietate. Protocol clinic national*. Chișinău, 2017. Disponibil: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/07/15439-PCN2027820Tulburari20de20anxietate20la20adult.pdf>
12. NÎCULIȚĂ, Ion, LUNGU, Viorelia. Impactul percepției nivelului de stres asupra satisfacției muncii la cadrele didactice din instituțiile preșcolare. In: *Educația în fața noilor provocări*, 5-6 noiembrie 2021, Chișinău. Chișinău: Universitatea de Stat din Tiraspol, 2021, Vol. 2, pp. 181-188. ISBN 978-9975-76-373-8.
13. *Tulburările de anxietate* [citată 18.02.2024]. Disponibil: <https://www.cnpac.md/ro/tulburarile-de-anxietate/>.
14. *Anxietate*. [citată 18.02.2024]. Disponibil: <https://ro.wikipedia.org/wiki/Anxietate>.
15. NACU, A., REVENCO, M., CUROCICHIN, G. ș.a. *Tulburările de anxietate. Protocol clinic national*. Chișinău, 2017. Disponibil: <https://srfloresti.md/wp-content/uploads/2021/01/PCN-278-Tulburari-de-anxietate-la-adult-1.pdf>.
16. *Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD)*. [citată 18.02.2024]. Disponibil: <https://spitalulvoila.ro/tulburarea-de-stres-posttraumatic-ptsd/>.

O ANALIZĂ CALITATIVĂ A PERCEPȚIEI STUDENȚILOR ASUPRA CONCEPTULUI DE PERFORMANȚĂ ACADEMICĂ

A QUALITATIVE ANALYSIS OF STUDENTS' PERCEPTIONS OF THE CONCEPT OF ACADEMIC PERFORMANCE

Crenguța Elena PREDA, drd., România,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-1950-4140
crenguta.oprea@yahoo.com

Crenguta Elena PREDA, PhD student, Romania,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU:378.042:159.9.07

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p123-130

Abstract. Academic performance is a topic of interest for students, universities, and all educational systems, for educational policies, teachers, or managers, representing the extent to which a student, a teacher, or an institution has achieved its short or long-term educational goals. Students' perspective on their academic success and achievement is a key component of their professional and personal future. In the present study, we aimed to gather students' perceptions of the concept of performance to provide a comprehensive picture of their academic experience. The study involved 57 people, 31 women (54.4%) and 26 men (45.6%), aged between 18 and 29 years ($M=21.93$; $SD=2.43$), students in different study programs, bachelor's or master's, at a Romanian university. Given the objective of the study, the research method selected is the grounded theory method. The study was conducted in two stages: the first stage consisted of a qualitative focus-group approach and the second stage consisted of a face-to-face interview with each participant. The results of the interviews allowed the identification of major interlinked themes of interest. The obtained results are discussed based on the specialized literature.

Keywords: analysis, perceptions, performance, academic achievement, students.

1. Introducere

Educația, în general, și rezultatele sale, în special, reprezintă o reală preocupare pentru orice societate dezvoltată. Succesul academic, reușita școlară și obținerea unei diplome universitare contribuie la modelarea viitorului individului și al comunității din care acesta face parte, astfel că performanța academică constituie un subiect de interes pentru studenți, universități și toate sistemele educaționale, pentru politicile educaționale, profesori sau manageri.

Deși nu s-a ajuns încă la un consens în ceea ce privește definiția conceptului, performanța academică reprezintă măsura în care un student, un profesor sau o instituție de învățământ și-a atins obiectivele educaționale pe termen scurt sau lung. De cele mai multe ori, sistemele educaționale definesc și stabilesc obiective cognitive care fie se aplică în mai multe domenii (gândirea critică, de exemplu), fie includ dobândirea cunoștințelor și înțelegerii într-un domeniu specific (matematică, istorie, științe etc.). Prin urmare, performanța academică „ar trebui să fie considerată un construct multifacțat care cuprinde diferite domenii de învățare” [23, p. 1].

Având în vedere faptul că sfera performanței academice este foarte largă, cuprinzând o mare varietate de rezultate educaționale, în practică definirea acesteia depinde de indicatorii

utilizați pentru a o măsura. Astfel, printre numeroasele criterii prin care este exprimată performanța academică, există indicatori foarte generali, cum ar fi cunoștințele procedurale și declarative dobândite în cadrul unui sistem educațional, criterii bazate în special pe curriculum, cum ar fi notele sau performanțele la un program educațional sau test de performanță școlară, precum și indicatori cumulativi ai realizărilor academice, cum ar fi diplomele și certificatele. Toate aceste criterii au în comun faptul că reprezintă măsura unor eforturi intelectuale, reflectând, astfel, mai mult sau mai puțin, capacitatea intelectuală a unui persoane [23].

Conceptul de performanță academică s-a aflat în centrul atenției nu doar al educației, ci și al psihologiei, astfel că, de-a lungul timpului, s-au dezvoltat diferite școli și perspective teoretice care au abordat conceptul, fiecare dintre ele oferind o viziune unică asupra sa. Fiecare dintre aceste teorii are o contribuție proprie în literatura dedicată performanței academice, evidențiind factori importanți implicați în proces, precum motivația, abilitățile de studiu, concentrarea, autoeficacitatea, interesul și influența socială.

Dincolo de caracteristicile individuale și de factorii implicați în performanța academică, studii recente au evidențiat rolul important pe care performanța academică îl are în rata abandonului sau retragerea studenților de la studii, pe de o parte, iar pe de altă parte menținerea lor în facultăți și continuarea studiilor superioare [1, 6, 11]. Astfel, remarcă specialiștii, pentru a reuși și a absolvi, este nevoie de performanță. În plus, există dovezi incontestabile că performanța academică corelează pozitiv cu oportunitatea ocupării unui loc de muncă și dezvoltarea unei cariere de succes, cu un venit superior, cu sănătatea și starea de bine și cu calitatea vieții, în general [8, 9, 19, 12, 21, 25]. Din această perspectivă, cercetătorii afirmă că percepția studenților asupra performanței academice este deosebit de importantă, ea contribuind la stabilirea obiectivelor pe care aceștia și le propun și la atingerea rezultatelor tangibile ale succesului, precum și la crearea planurilor de viață [15, 24]. Mai mult decât atât, studiile demonstrează o puternică corelație între percepția studenților asupra performanței și rezultatele lor academice [16, 22].

Practic, performanța academică are puterea de a modela viața și realizările studenților, ceea ce face ca, în proiectarea educației, ea să aibă un rol important. Cu toate acestea, majoritatea cercetărilor centrate pe studiul performanței academice se bazează pe definiții sau opinii și perspective ale acesteia oferite, mai degrabă, de cadre didactice, experți și „actori” implicați și interesați în procesul educațional și mai puțin pe percepția studenților referitoare la acest concept.

În acest context, studiul de față își propune să identifice opiniile studenților referitoare la conceptul de performanță academică, astfel încât să se poată răspunde la întrebarea: se poate contura o definiție a performanței academice din perspectiva studenților, care să poată oferi o imagine comprehensivă asupra experienței lor academice?

2. Obiectivul cercetării

Studiul de față și-a propus culegerea și analiza calitativă a percepțiilor populației-țintă referitoare la conceptul de performanță academică. În acest sens, etapele cercetării au fost:

- obținerea acordului instituțional pentru derularea studiului;
- apelul pentru participarea la studiu (informări în timpul pauzelor dintre cursuri, prin intermediul îndrumătorilor de an, prin intermediul studenților șefi de an);
- stabilirea criteriilor de includere a participanților (calitatea de student sau masterand, programe de studiu diferite, naționalitate, etnie, etc.), conform obiectivului general al studiului;

- stabilirea criteriilor de participare la studiu și a tehnicilor de eșantionare (nivel de studii diferit, anul de studiu diferit, naționalitate, etnie, domenii de studii diverse);
- obținerea consimțământului informat al participanților;
- stabilirea metodelor și tehnicilor de lucru, flexibile și adaptate obiectivului studiului;
- stabilirea temelor de discuție pentru focus-grup;
- elaborarea întrebărilor deschise care să permită extinderea explorării experienței personale a subiecților.

3. Metoda cercetării

În acord cu obiectivul studiului, metoda de cercetare utilizată a fost cea a teoriei fundamentate (empiric) (*grounded theory*) [7], care presupune ca cercetătorul să ia în studiu diferite cazuri ca întreguri indivizibile și în care variabilele interacționează unitar pentru a produce anumite răspunsuri [3].

Studiul de față s-a derulat în două etape:

1. Prima a constat în abordarea calitativă de tip focus-grup, care permite identificarea unor teme de interes pentru subiecți.

2. A doua a constat în derularea unui interviu față în față cu fiecare participant, pentru a putea colecta date suplimentare și complementare pentru tema studiului.

La studiu au participat 57 de persoane, 31 femei (54,4%) și 26 bărbați (45,6%), cu vârste cuprinse între 18 și 29 de ani ($M=21,93$; $SD=2,43$), studenți la diferite programe de studiu, licență sau masterat, din cadrul unei universități din România. Dintre aceștia, 48 urmează un program de licență, 17 subiecți (35,42%) – în domeniul inginerie și 31 dintre subiecți (64,58%) – în domeniul științelor umaniste. 9 (15,78%) dintre subiecți urmează un program de masterat. Toți subiecții sunt de naționalitate română. Participarea la studiu a fost voluntară, fără constrângeri și fără a fi oferite recompense de orice natură.

Pentru derularea focus-grupului, participanții au fost împărțiți în patru grupe, omogenitatea grupurilor fiind asigurată de criteriile de selecție a participanților. Focus-grupurile s-au derulat pe durata a patru săptămâni, după-amiază, unul pe săptămână. S-a urmărit organizarea grupului, echilibrul discuțiilor și participarea în mod egal a subiecților la aceste discuții. La începutul fiecărei sesiuni, autorul a descris obiectivul studiului. Au fost culese datele sociodemografice și consimțământul informat de la fiecare subiect în parte. Pentru a evita biasarea, obiectivul studiului a fost descris în termeni de „opinii” și „percepții” asupra performanței academice. În acord cu metodologia de organizare a focus-grupului, propusă de R.A. Krueger (1998), pentru culegerea percepțiilor subiective asupra performanței academice, explorarea deschisă a fost combinată cu răspunsul la unele întrebări prestabilite, ceea ce conferă caracterul semistructurat al focus-grupului [10]. Întrebările au fost: „Cum definiți performanța academică?”, „Care sunt, în opinia dumneavoastră, factorii care contribuie la performanța academică?”

Interviul față în față cu fiecare participant la studiu, desfășurat ulterior focus-grupului, permite investigatorului aprofundarea temelor de discuție. Abordarea inductivă și euristică permite participanților să exprime aspectele care contează cel mai mult pentru ei, precum și surprinderea discursului nonverbal. Interviul a durat între 30 și 60 de minute.

Au fost transcrise conținuturile discuțiilor și extrase temele. Analiza datelor obținute s-a făcut în acord cu metoda teoriei fundamentate: transcrierea temelor a fost citită și recită pentru a înțelege semnificația acestora (similarități și diferențe), identificarea și codificarea categoriilor,

sortarea datelor pentru a ne asigura că teoriile/conceptele sunt comune, notarea diferențelor. Codarea rezultatelor se face manual pentru a permite interpretarea cu mai multă acuratețe a datelor.

4. Rezultate și discuții

Pentru a surprinde percepțiile subiecților referitoare la performanța academică, prima întrebare a studiului a fost „Cum definiți performanța academică?” Astfel, ca urmare a analizei conținuturilor și a frecvenței acestora, au fost identificate o serie de teme, interconectate, subtemele și codurile acestora. În acest sens, au fost selectate cele mai sugestive opinii ale participanților. Rezultatele analizei sunt prezentate în tabelul 1:

Tabel 1. Definiția performanței academice

| Teme | Subteme | Cod | f |
|-------------------------|------------------|-------------------------------------|----|
| Aspecte sociale | Statutul social | Recunoaștere socială | 59 |
| | | Aprecierea profesorilor | 15 |
| | | Mai bun decât ceilalți | 14 |
| | | Obținerea unei diplome | 12 |
| Aspecte psihologice | Status emoțional | Satisfacție/Mulțumire/Stare de bine | 25 |
| | | Stimă de sine | 30 |
| | | Dezvoltare personală | 45 |
| Aspecte cognitive | Competențe | Cunoștințe | 48 |
| | | Înțelegere | 21 |
| | | Scopuri de realizare | 31 |
| Competențe profesionale | Carieră | Bun profesionist | 71 |
| | | Utilizarea cunoștințelor | 29 |

Majoritatea respondenților au afirmat că nu e ușor de definit performanța academică („performanța academică e mult mai complexă decât promovarea examenelor”; „performanța academică nu presupune doar obținerea unor note”; „performanța academică nu se rezumă la a absolvi o facultate”; „notele sunt importante, mai ales în acest mediu competitiv cum este învățământul universitar, însă ele nu sunt suficiente”; „...nu e vorba doar despre notele la examene”).

Pentru unii dintre participanți, performanța academică este asociată cu statutul social („să fiu apreciat de profesori și colegi”; „să îmi fie recunoscute meritele”; „să fiu cunoscut ca un student bun”; „să fiu respectat de colegi”; „a face performanță mă face să mă simt important”; „să mă deosebesc de ceilalți”). Pentru alți participanți, performanța academică surprinde aspectele psihologice („...îmi crește stima de sine”; „performanța îmi dă satisfacție”; „performanța îmi dă o stare de bine, sunt mândru de realizările mele”; „pentru mine, performanța academică reflectă interesul pe care îl acord dezvoltării personale”; „...sunt conștiincios”).

O serie de afirmații au fost grupate în categoria aspecte cognitive, întrucât performanța academică a fost definită în termeni de înțelegere („să înțeleg ce învăț nu doar teoretic, ci să și pot pune în practică noțiunile”), de cunoștințe („performanța academică presupune să ai cunoștințe solide în domeniul de studiu și nu numai”) și de scopuri de realizare („a face performanță îmi permite să-mi ating obiectivele”; „să simt că reușesc”).

Nu în ultimul rând, performanța academică a fost definită în termeni de competențe profesionale („...performanța...mi-a permis să fiu cooptat într-un program de internship într-o companie de prestigiu”; „performanța academică, cred eu, îmi permite să fiu un bun

profesionist”; „nu e suficientă diploma, e nevoie de cunoștințe, dacă vrei un job bun”; „performanța academică mă motivează să mă realizez pe plan profesional”). Desigur, au fost și opinii de genul „pentru mine performanța ar fi să termin facultatea”, „performanța înseamnă să obții note mari” sau „performanța înseamnă să obții bursă de merit”.

Rezultatele obținute sunt similare cu cele ale altor studii din literatura de specialitate. În opinia subiecților intervievați, performanța academică reprezintă nu doar rezultatul, ci și procesul prin care se ajunge la aceasta [2]. În plus, definirea performanței academice pune un accent deosebit pe dezvoltarea profesională.

Deși sistemul de învățământ din care fac parte se bazează în special pe note atunci când evaluează performanța, studenții o abordează din perspectiva aspectelor sociale, psihologice, cognitive și profesionale [20]. În acest sens, K.A.E. Enke și R. Ropers-Hullman (2010) au arătat că performanța a fost definită de către studenți ca fiind realizarea personală, orientarea spre scopuri și contribuția în societate [5]. Într-un alt studiu realizat de A.M. Dean (1998), studenții au definit performanța academică ca fiind capacitatea de a gândi critic și capacitatea de a aplica informațiile învățate la școală în situații din viața reală. De asemenea, performanța a fost explicată în termeni de „fericire, autocunoaștere și echilibrul în viață” [4, p. 54, 18].

Cea de-a doua întrebare a studiului a permis identificarea factorilor care contribuie la performanța academică. Tabelul 2 sintetizează analiza tematică derivată din transcrierile celor patru grupuri de discuții:

Tabel 2. Factorii care contribuie la performanța academică

| Teme | Subteme | Cod | f |
|--------------------|----------------------|-------------------------------|----------|
| Factori intrinseci | Motivația | Obiective/scopuri de învățare | 30 |
| | | Dorința de a învăța | 31 |
| | | Interes | 39 |
| | Abilități personale | Comunicare/Relaționare | 18 |
| | | Seriozitate | 47 |
| | | Determinarea | 16 |
| | | Managementul timpului | 19 |
| Factori extrinseci | Procesul educațional | Modul de predare | 31 |
| | | Organizarea cursurilor | 28 |
| | | Suportul profesorilor | 22 |
| | | Situația financiară | 19 |

Au fost identificate două teme de interes, respectiv, factori intrinseci și factori extrinseci, care definesc performanța academică. Temele sunt compuse din 3 subteme și 11 coduri. Factorii intrinseci sunt definiți de motivație și abilități personale, iar factorii extrinseci fac referire la procesul educațional și la aspectele financiare.

Motivația a fost descrisă în termeni de interes („trebuie să fii interesat de ceea ce faci, altfel nu merge”; „sunt interesată să știu cât mai multe în domeniul acesta”; „nu poți să arăți dezinteres și să faci performanță”; „nu știu ceva, caut, mă documentez, citesc mai mult...”), dorința de a învăța („de când mă știu, mi-a plăcut să învăț”, „îmi doresc să continui să învăț”) și obiectivele, scopurile de învățare („scopul meu în facultate este să învăț, asta mă energizează”). În ceea ce privește abilitățile personale, ele sunt compuse din abilități de comunicare și relaționare („nu faci performanță de unul singur”; „consider comunicarea importantă: să întrebi, să ceri răspunsuri la întrebări”; „să fiu performantă înseamnă să fiu activă, să comunic cu profesorii și cu colegii

mei”), seriozitate („seriozitatea este importantă, în opinia mea”), determinarea („vreau să termin facultatea și să mă angajez repede”; „odată ce am început ceva...”) și managementul timpului („învățatul este un job full-time”; „să faci performanță, cred eu, înseamnă să gestionezi bine timpul”; „să acord timp întregului volum de muncă”).

Pentru factorii extrinseci, responsabilitatea este atribuită profesorilor, respectiv modul de predare, organizarea cursurilor, suportul („contează foarte mult să înțeleg ce se predă”; „sunt cursuri care mă atrag, dar sunt și cursuri care nu-mi plac deloc”; „pentru mine important este feedbackul”; „îmi doresc să fiu încurajat mai mult”; „îmi place când sunt cooptat în proiecte cu profesorii mei”; „consider important să fiu parte a unei comunității care învață”). Nu în ultimul rând, situația financiară a fost considerată un factor important, deoarece mulți dintre studenți nu au un suport financiar din partea familiei, astfel că sunt nevoiți să aibă și un serviciu.

Factorii menționați de subiecții participanți la studiu sunt sintetizați de P.K. Murphy și P.A. Alexander (2000) ca fiind componente relevante ale motivației în context academic [17]. De asemenea, studii realizate pe cohorte de studenți au arătat că motivația pentru performanță este multifacțată, implicând componente diverse ale teoriilor motivației [13, 14].

5. Concluzii

Studiul de față a conturat o definiție a performanței academice din perspectiva studenților. Rezultatele analizei au relevat faptul că performanța academică este un concept complex, derulat pe un continuum între dezvoltarea personală și dezvoltarea profesională, dobândirea de cunoștințe și abilitățile personale fiind componente importante în conturarea viitorului lor ca profesioniști în domeniul în care studiază. Deși sunt conștienți de responsabilitatea care le revine în procesul educațional, consideră important suportul pentru a dezvolta competențele necesare. Percepțiile și opiniile studenților privind dezvoltarea și realizarea personală este esențială pentru starea lor de bine și pentru satisfacția vieții lor, precum și pentru modelarea și planificarea viitorului. Ne dorim ca acest studiu să contribuie la literatura de specialitate referitoare la crearea unui mediu educațional personalizat, care să răspundă nevoilor studenților privind performanța academică așa cum este văzută de ei.

Bibliografie:

1. AKPAN, J., NOTAR, C.E., BEARD, L. Learning and Retention or How learning and retention impact academic Success. In: *International Journal of Social Science and Business*. 2019, nr. 4(2), pp. 1-6. [citată 03.03.2024]. Disponibil: <https://ijssb.com/images/vol4.no.2/1.pdf>
2. CACHIA, M., LYNAM, S., STOCK, R. Academic success: Is it just about the grades? In: *Higher Education Pedagogies*. 2018, nr. 3(1), pp. 434-439. [citată 03.03.2024]. DOI:10.1080/23752696.2018.1462096
3. CUCU-CIUHAN, G. *Metode avansate de cercetare în psihologia clinică și psihoterapie. Note de curs*. Pitești: Universitatea din Pitești, 2017. 89 p.
4. DEAN, A.M. Defining and achieving university student success: Faculty and student perceptions. In: *Virginia Polytechnic Institute and State University, Master Thesis*. 1998. 102 p. [citată 13.03.2024]. Disponibil: <https://vtechworks.lib.vt.edu/server/api/core/bitstreams/6d40fed6-a5e9-4e61-84ca-2ea7badc182c/content>
5. ENKE, K.A.E., ROPERS-HUILMAN, R. Defining and achieving success: Perspectives from students at Catholic women’s colleges. In: *Higher Education in Review*. 2010, nr. 7, pp. 1-22. [citată 14.03.2024]. Disponibil: https://digitalcommons.csbsju.edu/admin_pubs/5/
6. FESTA-DREHER, D.V. The Academic success inventory for college students: an item response theory analysis. *The Florida State University, A Dissertation Thesis*. 2012, 160 p. [citată 03.03.2024]. Disponibil: <https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:182849/datastream/PDF/view>

7. GLASER, B.G., STRAUSS, A. *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Jersey: AldineTransaction, 1967. 284 p. ISBN 0-202-30260-1.
8. Högberg, B. Academic performance, performance culture, and mental health: an exploration of non-linear relationships using Swedish PISA data. In: *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2023, pp. 1-17. [citat 12.03.2024]. DOI: 10.1080/00313831.2023.2192752
9. HOLZER, J., BÜRGER, S., LÜFTENEGGER, M., SCHÖBER, B. Revealing associations between students' school-related well-being, achievement goals, and academic achievement. In: *Learning and Individual Differences*. 2022, Volume 95, pp. 102-140. [citat 3.03.2024]. Disponibil:
<https://doi.org/10.1016/j.lindif.2022.102140>
10. KRUEGER, R.A. *Developing Questions for Focus Groups*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. 107 p. ISBN 0-7619-0760.
11. LISCIANDRO, J.G. First-year university retention and academic performance of non-traditional students entering via an Australian pre-university enabling program. In: *Australian Journal of Adult Learning*. 2022, nr. 62(2), pp. 167-201. [citat 03.03.2024]. Disponibil:
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1347786.pdf>
12. MAIOLO, M.E., ZUFFO, R.G. CORTINI, M. Students' Academic Performance and Employability: A Study on Italian Undergraduates. *International Journal of Learning in Higher Education*, 2013, 19(4), pp. 49-60. [citat 3.03.2024]. Disponibil:
DOI:10.18848/1447-9494/CGP/v19i04/48669
13. MARTIN, A. Enhancing student motivation and engagement: The effects of a multidimensional intervention. In: *Contemporary Educational Psychology*. 2008, nr. 33, pp. 239-269. [citat 17.03.2024]. Disponibil:
https://www.researchgate.net/publication/281156130_Enhancing_student_motivation_and_engagement_The_effects_of_a_multidimensional_intervention
14. MARTIN, A. Exploring the effects of a youth enrichment program on academic motivation and engagement. In: *Social Psychology of Education*. 2005, nr. 8, pp. 179-206. [citat 17.03.2024]. Disponibil:
https://www.researchgate.net/publication/227221837_Exploring_the_effects_of_a_youth_enrichment_program_on_academic_motivation_and_engagement
15. MOELLER, A.K., THEILER, J.M., WU, C. Goal Setting and Student Achievement: A Longitudinal Study. In: *The Modern Language Journal*. 2012, 96:2, pp. 153-169. [citat 03.03.2024]. DOI: 10.1111/j.1540-4781.2011.01231.x
16. MULFORD, B., KENDALL, L., KENDALL, D. Administrative practice and high school students' perceptions of their school, teachers and performance. In: *Journal of Educational Administration*. 2004, 42(1), 78-97. [citat 11.03.2024]. Disponibil:
https://www.researchgate.net/publication/241786674_Administrative_practice_and_high_school_students_perceptions_of_their_school_teachers_and_performance
17. MURPHY, P.K., ALEXANDER, P.A. A Motivated Exploration of Motivation Terminology. In: *Contemporary Educational Psychology*. 2000, nr. 25, pp. 3-53. [citat 19.03.2024]. Disponibil:
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=e4a1a68bbe73491ca38637f6009b7037da27bd37>
18. PRITCHARD, M.E., WILSON, G.S. Using Emotional and Social Factors to Predict Student Success. In: *Journal of College Student Development*. 2003, nr. 44(1), pp. 18-28. [citat 19.03.2024]. Disponibil:
https://www.researchgate.net/publication/236804280_Using_Emotional_and_Social_Factors_to_Predict_Student_Success
19. REUTER, P.R., FORSTER, B.L. Student health behavior and academic performance. In: *PeerJ*, 2021, 9(11), e11107, pp. 1-20. [citat 03.03.2024]. DOI 10.7717/peerj.11107
20. SALTÜRK, A. A qualitative analysis on students' perception on the concept of academic achievement and the barriers. In: *Manisa Celal Bayar University Journal of the Faculty of Education*. 2021, nr. 9(1), pp. 49-67. [citat 20.03.2024]. Disponibil:
<https://doi.org/10.52826/mcbuefd.881820>
21. SHAW, S.R., GOMES, P., POLOTSKAIA, A., JANKOWSKA, A.M. The relationship between student health and academic performance: Implications for school psychologists. In: *School*

- Psychology International*. 2015, nr. 36(2), pp. 115-134. [citat 03.03.2024]. DOI:10.1177/0143034314565425
22. SILVERTHORN, N., DUBOIS, D.L., CROMBIE, G. Self-perceptions of ability and achievement across the high school transition: Investigation of a state-trait model. In: *The Journal of Experimental Education*. 2005, nr. 73(3), pp. 191-218. [citat 17.03.2024]. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/241740016_Self-Perceptions_of_Ability_and_Achievement_Across_the_High_School_Transition_Investigation_of_a_State-Trait_Model
 23. STEINMAYR, R., MEIßNER, A., WEIDINGER, A.F., WIRTHWEIN, L. Academic Achievement. In: *Oxford Bibliographies*. 2015, pp. 1-16. [citat 03.03.2024]. DOI: 10.1093/OBO/97801997568100108
 24. TRAVERS, C.J., MORISANO, D., LOCKE, E.A. Growth Goals and Academic Achievement. In: *British Journal of Educational Psychology*. 2014, nr. 85(2), pp. 1-31. [citat 03.03.2024]. DOI:10.1111/bjep.12059
 25. WATTS, T.W. Academic Achievement and Economic Attainment: Reexamining Associations Between Test Scores and Long-Run Earnings. In: *AERA Open*. 2020, Vol. 6, nr. 2, pp. 1-16. [citat 03.03.2024]. Disponibil: <https://doi.org/10.1177/2332858420928985>

INTERACȚIUNEA DINTRE INTELIGENȚA ARTIFICIALĂ, PERSONALITATE ȘI DEPENDENȚA TEHNOLOGICĂ

THE INTERACTION BETWEEN ARTIFICIAL INTELLIGENCE, PERSONALITY AND TECHNOLOGY ADDICTION

Alexandru CAȘCAVAL, doctorand,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0009-0735-8295
allexandru.cas@gmail.com

Alexandru CASCAVAL, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 004.8:159.019.4

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p131-137

Abstract. In the context of accelerating innovations in artificial intelligence, this article addresses the complexity of the relationships between artificial intelligence, personality, and technological dependency, highlighting how technological advances influence human behavioral and psychological dynamics. Exploring the intersection between technology and human personality traits, the paper emphasizes the potential of artificial intelligence to enrich and optimize various aspects of everyday life, but also the risks associated with increased reliance on digital solutions. The article discusses the need for an ethical approach in the development and implementation of artificial intelligence, with a focus on promoting human well-being and respecting humanistic principles. Furthermore, the influence of personality on interactions with digital technologies is explored, as well as how technological dependency can reshape individual behavior and identity. The conclusion emphasizes the importance of digital literacy and robust regulatory frameworks to ensure a harmonious coexistence between humanity and technological innovations, promoting a future in which technology serves as a tool for improving the quality of life, without undermining the essence of humanity.

Keywords: artificial intelligence, AI, personality, technological dependency.

Introducere

Inteligența artificială (AI) reprezintă o forță motrică esențială în era digitală, remodelând nu doar tehnologia și inovația, dar și dinamica socială și individuală. În acest context, interacțiunea dintre AI, personalitate și dependența tehnologică devine un subiect de studiu, având implicații profunde asupra structurilor psihosociale umane. În acest articol ne-am propus să explorăm și să analizăm în profunzime modul în care AI influențează și este influențată de personalitate și dependența tehnologică, evidențiind transformările emergente în peisajul uman. Pornind de la analiza profundă efectuată de Graham și colaboratorii săi în 2019, care a inițiat discuțiile privind beneficiile și posibilele riscuri ale AI în domeniul sănătății mintale, în acest studiu ne propunem să explorăm mai detaliat impactul AI asupra societății și a individului. Cercetarea acestora a arătat cum AI poate juca un rol crucial în detectarea timpurie și tratamentul afecțiunilor psihice, subliniind în același timp necesitatea unui cadru etic riguros în utilizarea tehnologiei respective [5]. În 2023, Salvi și Singh au oferit o perspectivă amplă asupra modului în care AI afectează diferite aspecte ale vieții cotidiene, de la sănătate și educație până la industrie și divertisment. Lucrearea lor subliniază potențialul enorm al AI de a îmbunătăți eficiența și

accesibilitatea în aceste domenii, dar atrage atenția și asupra provocărilor etice și a riscurilor pentru drepturile omului [18]. Pe baza propunerii inovatoare a lui Jeste și a echipei sale din 2020, care introduce conceptul de înțelepciune artificială (artificial wisdom) ca următorul pas în evoluția AI, acest studiu încearcă să pună în lumină necesitatea ca tehnologia să fie ghidată de principii umaniste. Ei argumentează că, pentru a maximiza beneficiile AI pentru societate, trebuie să ne concentrăm nu doar pe creșterea capacităților sale tehnice, ci și pe cultivarea unei abordări care pune în centrul atenției bunăstarea umană și respectul pentru valorile etice [7]. Prin urmare, acest articol își propune să aducă o contribuție semnificativă la discuția actuală despre rolul și locul AI în societate, analizând cum inovațiile din acest domeniu redefinesc interacțiunile umane și impactul lor asupra personalității și comportamentului.

Inteligența artificială și dependența tehnologică

Integrarea profundă a inteligenței artificiale (AI) în structura cotidianului a deschis noi orizonturi în evoluția tehnologică, personalizând și eficientizând în mod semnificativ interacțiunile umane cu dispozitivele digitale. Această incursiune a AI în viața de zi cu zi, deși vine cu beneficii incontestabile, a adus în prim-plan și o serie de preocupări, printre care se numără și creșterea dependenței tehnologice. Acest fenomen, caracterizat prin utilizarea excesivă și compulsivă a tehnologiei, care interferează negativ cu funcționarea cotidiană, a devenit un subiect de interes major în cercetarea psihologică și tehnologică. Dependența tehnologică, asemănătoare din punct de vedere comportamental și neurobiologic cu tulburările de consum de substanțe, este alimentată de mai multe mecanisme psihologice fundamentale. Printre acestea, mecanismul de întărire dopaminergic, descris în lucrările lui Volkow și colab. în 2011, joacă un rol esențial, întrucât activitățile tehnologice stimulează eliberarea de dopamină, creând un ciclu de recompensare și întărire comportamentală [21]. În plus, nevoia de conexiune socială, un factor exploatat exhaustiv de platformele de socializare conform studiilor realizate de Ryan, Chester, Reece și Xenos în 2014, împreună cu tendința de escapism, identificată de Kardefelt-Winther în 2014, contribuie la creșterea susceptibilității individului la dependența de medii digitale [17, 8]. Inteligența artificială, prin algoritmi săi avansați de personalizare și sistemele de învățare automată, amplifică aceste tendințe, creând un mediu digital extrem de captivant și potențial adictiv. În 2015, Bozdog și van den Hoven subliniază cum algoritmi AI prelucrează date masive pentru a personaliza experiența utilizatorului, încurajând un angajament prelungit și repetitiv [2]. Sistemele de învățare prin întărire optimizează conținutul pentru a maximiza răspunsul și interacțiunea utilizatorului, contribuind astfel la ciclurile de dependență. Influența AI asupra autoregulării și controlului impulsurilor este profundă, provocând modificări neurocognitive care pot diminua capacitatea individului de a se abține de la utilizarea tehnologiei. Studiile efectuate de Kühn și Gallinat în 2014 evidențiază scăderea activității în cortexul prefrontal, esențial pentru autocontrol, în timp ce He și colab., în 2017, au demonstrat cum expunerea prelungită la tehnologie poate induce modificări în căile neuronale similare cu cele observate în dependența de substanțe [9, 6]. Pentru a contracara potențialul adictiv al AI, este necesară o abordare multidisciplinară, implicând atât măsuri regulatorii, cât și inițiative de conștientizare și educație. Montag, Wegmann, Sariyska, Demetrovics și Brand, în 2021, au argumentat în favoarea implementării unor cadre de reglementare care să limiteze utilizarea algoritmilor adictivi, în timp ce în 2018, Floridi și colab. pledau pentru un design AI etic, centrat pe bunăstarea utilizatorului [12, 4]. În același timp, Livingstone și Helsper, în 2010, au subliniat importanța alfabetizării

digitale în dezvoltarea unui comportament tehnologic responsabil [10]. Prin urmare, în timp ce AI continuă să modeleze lumea în care trăim, este esențial să ne adresăm cu prudență și responsabilitate provocărilor pe care le aduce, cu scopul de a echilibra inovația cu bunăstarea și sănătatea psihologică a societății.

Trăsături de personalitate și dependența tehnologică

Interacțiunea complexă dintre trăsăturile de personalitate ale individului și tendința sa către dependența tehnologică constituie un domeniu de interes în creștere în cadrul cercetării psihologice contemporane. Definind personalitatea ca un amalgam de caracteristici emoționale, comportamentale și cognitive ce oferă un model relativ stabil al modului în care persoanele interacționează cu lumea înconjurătoare, ne focusăm atenția asupra influenței pe care trăsăturile specifice de personalitate le au asupra dezvoltării și susținerii dependenței de tehnologie. Diverse studii au relevat legături între anumite trăsături de personalitate și o predispoziție către dependența tehnologică. În studiul său din 2002, Caplan a arătat că persoanele cu tendințe neurotice, adică acele persoane care experimentează frecvent emoții negative precum anxietatea și depresia, sunt predispuse să recurgă la utilizarea intensivă a tehnologiei, acest comportament servind drept un mecanism de evadare din fața presiunilor vieții cotidiene [3]. Pe de altă parte, deși extraversiunea este frecvent văzută ca un scut împotriva formelor de dependență, se poate ca, în mediul rețelelor sociale, să faciliteze un consum excesiv datorită unei nevoi crescute de interacțiune și conectivitate socială, observație făcută de Andreassen și colab. în 2013. Montag și colab. săi au evidențiat în 2015 că persoanele cu un grad ridicat de deschidere către experiențe sunt adesea în căutare de diversitate și noutate, apelând la mijloace tehnologice pentru satisfacerea acestei nevoi, ceea ce poate duce la un comportament compulsiv în explorarea internetului sau jocurilor video. Agreabilitatea, exprimată prin complianță și evitarea conflictelor, poate, de asemenea, să crească susceptibilitatea unor utilizatori la influențele sociale online, cum ar fi presiunea exercitată de grup în rețelele sociale [1]. În final, o conștiinciozitate scăzută, asociată cu planificare slabă și impulsivitate, poate contribui la dificultăți în gestionarea eficientă a timpului petrecut online, așa cum au constatat Turel și Serenko în 2012 [20]. Mecanismele psihologice care mediază relația dintre trăsăturile de personalitate și dependența tehnologică sunt variate și complexe. Reglarea emoțională, de exemplu, este un factor cheie, persoanele cu niveluri ridicate de neuroticism folosind tehnologia ca formă de autoreglarea emoțiilor negative, așa cum a discutat Kardefelt-Winther în 2014 [8]. Căutarea de senzații noi motivează extravertiții și persoanele deschise către experiențe să se angajeze în comportamente online riscante sau excesive, în timp ce o autoeficacitate scăzută asociată cu conștiinciozitatea slabă poate duce la utilizarea necontrolată a tehnologiei, cum a subliniat Bandura în 1997. Identificarea trăsăturilor de personalitate care favorizează dezvoltarea dependenței tehnologice oferă perspective valoroase pentru conceperea de intervenții psihologice personalizate. Astfel, se pot dezvolta programe de prevenire și tratament care să vizeze nevoile specifice ale diferitelor tipuri de personalitate, oferind soluții adaptate pentru îmbunătățirea reglării emoționale, dezvoltarea de strategii de coping eficiente sau promovarea relațiilor și activităților în viața reală.

Inteligența artificială și trăsăturile de personalitate

Inteligența artificială (AI) și trăsăturile de personalitate constituie un teren de cercetare în continuă expansiune, abordând modul în care caracteristicile individuale influențează și sunt modelate de avansurile tehnologice. Park și Woo, în 2022, au descoperit că trăsăturile de personalitate, definite prin modelul Big Five, au un impact semnificativ asupra percepțiilor

privind AI [15]. Extraversiunea, de exemplu, este asociată cu emoții negative și o percepție scăzută a funcționalității AI, pe când agreabilitatea generează atât emoții pozitive, cât și negative față de AI. Persoanele cu un grad înalt de conștiinciozitate prezintă mai puține emoții negative și consideră AI extrem de funcțională, deși cu o capacitate scăzută de socializare. Neuroticismul este corelat cu emoții negative și o înaltă socialitate percepută a AI, în timp ce deschiderea este legată de recunoașterea funcționalității AI. Pe parcursul explorării rolului rețelelor neuronale artificiale în analiza trăsăturilor de personalitate, Remaida și colaboratorii săi, în 2020, au evidențiat progresele și provocările din acest domeniu, subliniind potențialul și limitările prezentate de această abordare în modelarea eficientă a trăsăturilor de personalitate [16]. Yurasov, în 2022, a aruncat lumină asupra dificultăților de a dezvolta sisteme AI care să emuleze aspecte umane complexe precum creativitatea și autoconștientizarea. Studiul său evidențiază necesitatea unei abordări atente în crearea de AI care să reflecte conștiința și trăsăturile de personalitate umană [22]. În 2020, Pan și colaboratorii săi au ilustrat cum avansurile în AI și analiza datelor au permis dezvoltarea interacțiunilor om-computer adaptabile la diferențele individuale și trăsăturile de personalitate. Cercetarea lor subliniază importanța modelării personalității în crearea de sisteme inteligente capabile să ofere experiențe îmbunătățite prin înțelegerea și adaptarea la trăsăturile umane [14]. Studiul realizat de Tas și Kamasak în 2019 demonstrează abilitatea algoritmilor de învățare automată și a rețelelor neuronale artificiale de a prezice trăsăturile de personalitate Big Five din imagini video cu o acuratețe impresionantă [19]. Această metodologie deschide noi orizonturi pentru evaluarea automată a personalității prin analiza comportamentului și stărilor emoționale capturate în videoclipuri. În cele din urmă, Matthews și colaboratorii săi, în 2021, anticipează transformări semnificative în existența umană datorate progreselor în domeniul AI, roboților și sistemelor autonome. Ei propun o evoluție a modelelor de personalitate care să includă dimensiuni adaptate erei digitale, precum încrederea în autonomie și antropomorfismul tehnologiei, marcând o direcție vitală pentru cercetarea viitoare în domeniu [11].

Interacțiunea între inteligența artificială, personalitate și dependența tehnologică

În contextul evoluției rapide a inteligenței artificiale (AI), înțelegerea profunzimii relației dintre AI, personalitate și dependența tehnologică devine crucială pentru navigarea interacțiunii complexe a acestor elemente. Inteligența artificială a revoluționat nu doar peisajele tehnologice, ci și a influențat semnificativ comportamentul uman și tiparele psihologice, servind atât ca modelator al trăsăturilor de personalitate, cât și ca facilitator al dependenței tehnologice. Această dublă influență necesită o abordare multidisciplinară pentru a înțelege pe deplin amploarea și implicațiile sale. Cercetările în domeniul psihologiei personalității sugerează că diferențele individuale mediază semnificativ interacțiunea cu tehnologiile digitale. Trăsăturile Big Five precum deschidere, conștiinciozitate, extraversiune, agreabilitate și neuroticism oferă o perspectivă prin care angajamentul cu platformele conduse de AI poate fi înțeles. De exemplu, indivizii cu niveluri ridicate de deschidere pot avea o tendință mai mare de a explora aplicații diverse ale AI, căutând noutatea și stimularea intelectuală, în timp ce persoanele cu niveluri ridicate de neuroticism se pot întoarce la tehnologie ca mecanism de coping, favorizând în mod neintenționat o dependență de interacțiunile digitale pentru reglarea emoțională. Rolul AI în exacerbarea dependenței tehnologice este deosebit de proeminent în contextul rețelelor sociale și al jocurilor online. Aceste platforme, alimentate de algoritmi sofisticăți, sunt proiectate pentru

a optimiza angajamentul utilizatorului prin livrarea de conținut personalizat, exploatănd vulnerabilitățile psihologice pentru a asigura utilizarea prelungită. Buclele de feedback determinate de dopamină generate de interacțiunile cu sistemele de AI imită căile neurobiologice implicate în dependența de substanțe, evidențiind potențialul adictiv al tehnologiei. Abordarea provocărilor etice ridicate de influența omniprezentă a AI necesită un efort semnificativ din partea factorilor de decizie, tehnologiilor și comunității științifice. Stabilirea unor cadre de reglementare care prioritizează bunăstarea utilizatorului și confidențialitatea datelor, alături de promovarea alfabetizării digitale, sunt pași critici către atenuarea riscurilor AI și dependenței tehnologice. Mai mult, dezvoltarea sistemelor de AI care încorporează principii etice și valori umaniste – subliniind empatia, echitatea și transparența – poate deschide calea către tehnologie care îmbunătățește, în loc să submineze, bunăstarea umană. Pe măsură ce avansăm într-un viitor tot mai digitalizat, relația simbiotică dintre AI, personalitate și dependența tehnologică va continua să evolueze. Prin înțelegerea cuprinzătoare a acestei triade și angajamentul către o conducere etică, societatea poate valorifica beneficiile AI, protejându-se, în același timp, împotriva potențialului său de a întări dependența și de a eroda țesătura conexiunii umane. Căutarea echilibrului în era digitală, prin urmare, constă în recunoașterea puterii transformatoare a AI și a capacității sale de a reflecta și remodela condiția umană. Această integrare conceptuală urmărește să ofere un context academic mai larg discuției, subliniind complexitatea navigării viitorului AI și impactul său asupra psihicului uman și structurilor societale.

Concluzii

Explorarea sinergiei dintre inteligența artificială (AI), trăsăturile de personalitate și dependența tehnologică a dezvăluit o panoramă complexă, ce subliniază modul în care tehnologia contemporană remodelează fundamentul experienței umane. Prin împletirea descoperirilor semnificative și a provocărilor emergente, discuția a evidențiat dualitatea rolului AI: pe de o parte, un catalizator al progresului și eficienței, pe de altă parte, un factor de risc pentru sănătatea psihologică și autonomia individuală. Reflectând asupra încadrării AI în contextul îngrijirii sănătății mintale, este ilustrată capacitatea sa de a transforma numeroase domenii ale vieții cotidiene. Totodată, inițiativa de a propune conceptul de înțelepciune artificială subliniază o trecere paradigmatică esențială: recunoașterea că AI nu ar trebui să se limiteze la optimizare tehnologică, ci ar trebui să fie ancorată în principii umaniste, cu accent pe promovarea binelui comun. Această analiză a evidențiat, de asemenea, cum dependența tehnologică, amplificată de algoritmi avansați de AI, constituie un domeniu de preocupare majoră, accentuând impactul profund asupra psihicului și comportamentului uman. Interacțiunea dintre AI și trăsăturile de personalitate, explorată prin studii relevante, oferă înțelegeri valoroase despre modalitățile prin care tehnologia poate influența și modela identitatea individuală. În încheiere, în acest articol se subliniază necesitatea unei abordări echilibrate și etice în integrarea AI în societate. Este imperativ să navigăm cu discernământ provocările aduse de aceste tehnologii avansate, cultivând în același timp o alfabetizare digitală robustă, stabilind cadre de reglementare care prioritizează protecția și bunăstarea utilizatorului, și promovând dezvoltarea de sisteme de AI aliniate la valori etice și umaniste. Angajamentul față de aspectele etice și valorificarea beneficiilor pot facilita o coexistență armonioasă între om și tehnologie, consolidând un viitor în care inovația susține înflorirea umană și îmbogățește țesătura socială. Prin această perspectivă

integrativă, putem aspira la un orizont în care tehnologia, îmbătrânită cu înțelepciune și responsabilitate, servește drept punte către o societate mai conectată, conștientă și împlinită.

Bibliografie:

1. ANDREASSEN, Cecilie Schou et al. The relationships between behavioral addictions and the five-factor model of personality. In: *Journal of Behavioral Addictions*. Iunie 2013, Vol. 2, nr. 2, pp.90-99. DOI 10.1556/JBA.2.2013.003.
2. BOZDAG, Engin, HOVEN, Jeroen van den. Breaking the Filter Bubble: Democracy and Design. In: *Ethics and Information Technology*. Springer Verlag, 2015, Vol. 17, nr. 4, pp. 249-265. DOI 10.1007/s10676-015-9380-y.
3. CAPLAN, Scott. Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*. Septembrie 2002, Vol. 18, pp. 553-575. DOI 10.1016/S0747-5632(02)00004-3.
4. FLORIDI, Luciano et al. AI4People-An Ethical Framework for a Good AI Society: Opportunities, Risks, Principles, and Recommendations. *Minds and Machines*. 2018, Vol. 28, nr. 4, pp. 689-707. DOI 10.1007/s11023-018-9482-5.
5. GRAHAM, Sarah et al. Artificial Intelligence for Mental Health and Mental Illnesses: an Overview. *Current Psychiatry Reports*. 2019, Vol. 21, nr. 11, p. 116. DOI 10.1007/s11920-019-1094-0.
6. HE, Qinghua, TUREL, Ofir și BECHARA, Antoine. Brain anatomy alterations associated with Social Networking Site (SNS) addiction. *Scientific Reports*. Martie 2017, Vol. 7, p. 45064. DOI 10.1038/srep45064.
7. JESTE, Dilip V. et al. Beyond artificial intelligence: exploring artificial wisdom. *International Psychogeriatrics*. 2020, Vol. 32, nr. 8, pp. 993-1001. DOI 10.1017/S1041610220000927.
8. KARDEFELT-WINTHER, Daniel. A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior*. Netherlands : Elsevier Science, 2014, Vol. 31, pp. 351-354. DOI 10.1016/j.chb.2013.10.059.
9. KÜHN, Simone și GALLINAT, Jürgen. Brain structure and functional connectivity associated with pornography consumption: the brain on porn. *JAMA psychiatry*. 2014, Vol. 71, nr. 7, pp. 827-834. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2014.93.
10. LIVINGSTONE, Sonia și HELSPER, Ellen. Balancing opportunities and risks in teenagers' use of the internet: The role of online skills and internet self-efficacy. *New Media & Society*. US : Sage Publications, 2010, Vol. 12, nr. 2, pp. 309-329. DOI 10.1177/1461444809342697.
11. MATTHEWS, Gerald et al. Evolution and revolution: Personality research for the coming world of robots, artificial intelligence, and autonomous systems. *Personality and Individual Differences*. Martie 2020, Vol. 169, p. 109969. DOI 10.1016/j.paid.2020.109969.
12. MONTAG, Christian et al. How to overcome taxonomical problems in the study of Internet use disorders and what to do with „smartphone addiction”? *Journal of Behavioral Addictions*. Ianuarie 2021, Vol. 9, nr. 4, pp. 908-914. DOI 10.1556/2006.8.2019.59.
13. MONTAG, Christian et al. Smartphone usage in the 21st century: who is active on WhatsApp?. *BMC Research Notes*. August 2015, Vol. 8, nr. 1, p. 331. DOI 10.1186/s13104-015-1280-z.
14. PAN, Shimei et al. Special Issue on Data-Driven Personality Modeling for Intelligent Human-Computer Interaction. *ACM Transactions on Interactive Intelligent Systems*. Noiembrie 2020, Vol. 10, p. 1–3. DOI 10.1145/3402522.
15. PARK, Jiyoun și WOO, Sang Eun. Who Likes Artificial Intelligence? Personality Predictors of Attitudes toward Artificial Intelligence. *The Journal of Psychology*. 2022, Vol. 156, nr. 1, p. 68–94. DOI 10.1080/00223980.2021.2012109.
16. REMAIDA, Ahmed et al. Personality traits analysis using Artificial Neural Networks: A Literature Survey. 1 aprilie 2020, p. 1–6. DOI 10.1109/IRASET48871.2020.9092076.
17. RYAN, Tracii et al. The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*. Septembrie 2014, Vol. 3, nr. 3, p. 133–148. DOI 10.1556/JBA.3.2014.016.
18. SALVI, Reena și SINGH, Dr. Rashmi. Artificial Intelligence and Human Society. *International Journal of Social Science and Human Research*. Septembrie 2023, Vol. 6. DOI 10.47191/ijsshr/v6-i9-13.

19. TAS, Ertan și KAMASAK, Mustafa. Prediction Of Personality Traits From Videos By Using Machine Learning Algorithms. 1 septembrie 2019, p. 778–782. DOI 10.1109/UBMK.2019.8907179.
20. TUREL, Ofir și SERENKO, Alexander. The benefits and dangers of enjoyment with social networking websites. European Journal of Information Systems. Februarie 2012, Vol. 21. DOI 10.1057/ejis.2012.1.
21. VOLKOW, Nora D., BALER, Ruben D. și GOLDSTEIN, Rita Z. Addiction: pulling at the neural threads of social behaviors. Neuron. Februarie 2011, Vol. 69, nr. 4, p. 599–602. DOI 10.1016/j.neuron.2011.01.027.
22. YURASOV, Andrey. Artificial Consciousness and Artificial Personality. Artificial societies. Ianuarie 2022, Vol. 17. DOI 10.18254/S207751800023593-1.

ROLUL SUPORTULUI SOCIAL IN REZILIENȚA LA STRES

THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT IN BUILDING STRESS RESILIENCE

Igor RACU, dr. hab., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8143-4908
iracu64@yahoo.com

Silvia SPĂȚARU, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0003-5468-126X
spatarusilvia@yahoo.com

Igor RACU, Doctor Habilitatus, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Silvia SPATARU, PhD student, Doctoral School of Psychology
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.942.52

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p138-148

Abstract. Human existence is conditioned by exposure to multiple environmental events and interactions with other people, as well as personal or professional challenges, from which various stress factors result. Suffered traumas, going through difficult periods or getting involved with troublesome problems, we can lead to maladaptive psychosomatic and psychobehavioral reactions, which are inevitable and natural. At the same time, such experiences awaken a combative side of the personality, born from the need to adapt, survive and return to normal - an ability called resilience. By developing awareness and building resilience, the individual acquires a valuable resource for psycho-emotional and functional recovery. This helps in psychosomatic healing and increasing the quality of life. One of the key components of resilience, mentioned in various specialist studies, is social support.

This article brings into focus the complex relationship between social support and individual resilience in the face of adversity.

Keywords: resilience, stress, social support.

Stresul – condiție a manifestării rezilienței

Stresul, conform dicționarului APA (2015) reprezintă „răspunsul fiziologic sau psihologic la stresori interni sau externi” [1, p. 1036]. Stresul provoacă schimbări care se produc în aproape tot corpul și influențează atât starea afectivă, cât și comportamentul omului. Prin *stresor* se înțelege prezența unor condiții, forțe, evenimente perturbatoare, numite și factori de stres. Dacă stresul este foarte intens și de lungă durată, se poate vorbi de sindromul general de adaptare [1].

Stresul se împarte în două categorii, în funcție de efectele pe care le are asupra individului: *eustres* și *distres*. Distresul reprezintă răspunsul negativ la stres, suferință sau pierderi, amenințări percepute [1, p. 325]. În opoziție cu acesta, eustresul este o formă benefică de stres, fiind asociat cu evenimente pozitive și poate contribui la stimularea motivației, creșterea performanțelor individuale și crearea stării generale de bine (Smith, 2023) [8, 13]. Lazarus și

Folkman (1984) au prezentat stresul ca pe o tranzacție condiționată de răspunsul la un stimul care amenință persoane. Autorii, în urma a mai multor cercetări, au ajuns la concluzia că stresul este un construct complex și implică nu doar o reacție afectivă, ci și variabile emoționale, cognitive și motivaționale [3, 8, 13].

Medicul Hans Selye (1976) a definit stresul ca fiind un răspuns obligatoriu al organismului uman față de diferite evenimente pe plan extern și a studiat efectele pozitive și negative produse de stres. Selye susține că formele ușoare de stres și pe durată scurtă sunt benefice, de exemplu, în domeniul profesional [20].

Stresul este trăit ca o stare de tensiune emoțională și fizică, provenită fie de la o situație obiectivă, fie de la un gând alarmant sau o stare emoțională intensă de furie, frică, nervozitate și reprezintă modul de răspuns al organismului la aceste provocări.

Factorii stresori sunt diferiți de la o persoană la alta, având efecte la nivel:

- *psihic*: teamă, nervozitate, încordare, furie, vinovăție, dezorientare, blocaj etc.;
- *fizic/fiziologic*: stimularea secreției de adrenalină, plâns, tremur, transpirație, bâlbâială, catatonie, respirație alertă, intensificarea bătăilor inimii etc.
- *comportamental*: fumat excesiv, consum de alcool, medicamente, substanțe psihoactive, agresivitate, izolare etc.
- *cognitive*: ruminare, blamare, gânduri automate, ideeație suicidară, catastrofare, căutare de soluții etc.

Manifestările fizice și psihice ale corpului uman ca răspuns la stres nu sunt o amenințare directă la sănătatea organismului, însă sunt predispozanți pentru apariția sau agravarea unor boli cardiovasculare, afecțiuni digestive, astm, alergii, migrene, depresie, diabet [21].

Putem înțelege stresul drept o stare de tensiune fizică și psihică, cauzată de o situație obiectivă, un gând alarmant, o emoție puternică precum furie, frustrare, frică și care reprezintă modul de răspuns al organismului la aceste provocări. Cauza stresului poate fi un cataclism, o tragedie personală, precum pierderea cuiva drag, o situație de amenințare sau de risc. Totodată, evenimentul trebuie să fie suficient de puternic și/sau persistent în timp, încât să afecteze funcționalitatea individului și să condiționeze apariția unor comportamente dezadaptative. Reziliența apare și în situațiile caracterizate de imprevizibil și incertitudine, atunci când nu se știe când sau dacă factorul stresant va dispărea.

Acceptând că reziliența reprezintă capacitatea generală de adaptare a indivizilor la stres și reieșind din natura factorilor stresanți, pot fi diferențiate câteva tipuri de reziliență, fiecare dintre acestea influențând în anumit fel capacitatea unei persoane de a face față stresului: *psihologică, emoțională, fizică și comunitară*. Ultimul grup se referă nu doar la comunitate, ci și la familie, ca o resursă socială esențială în cultivarea rezilienței [3].

Delimitări conceptuale ale rezilienței

Reziliența este un atribut psihologic important în confruntările vieții. În realitatea secolului XXI, caracterizată prin schimbările climaterice evidente, progresul tehnologic accelerat, lupta acerbă a națiunilor pentru putere, reziliența devine un factor protectiv important al personalității, fiind asociat cu răspunsul fiziologic și psihologic sănătos la stres. Majoritatea studiilor sugerează faptul că reziliența este relevantă doar în relație cu un element sau eveniment ce cauzează dezechilibru psihocomportamental.

Cuvântul *reziliență* provine de la *resilire*, verb latin care înseamnă *a da înapoi, a se retrage*. Potrivit Asociației Americane de Psihologie (APA), reziliența este totodată procesul și

rezultatul reușit de „adaptare la experiențe de viață dificile sau provocatoare, la cerințele externe și interne”. Reziliența este înțeleasă drept capacitatea indivizilor de a se adapta sau de a depăși adversitatea, „prin flexibilitate mentală, emoțională și comportamentală” [1, p. 910]. A fi rezilient nu înseamnă că individul nu se poate confrunta cu suferință emoțională, stres sau durere, dar el poate gestiona mai bine adversitatea. O persoană rezilientă înțelege că emoțiile greu de suportat și adversitatea nu sunt de lungă durată și își poate valorifica resursele interioare pentru a-și regla emoțiile și a face față situației.

Potrivit APA, factorii-cheie care contribuie la dezvoltarea rezilienței personale sunt:

- Modul în care individul percepe mediul exterior și interacționează cu lumea;
- Disponibilitatea și calitatea resurselor sociale ale persoanei;
- Strategiile specifice de coping pe care le aplică persoana [1].

Una dintre cele mai complexe definiții este dată de Mitchell (2013, pp. 4-5), care explică reziliența drept „un proces continuu și repetitiv, al cărui scop este de a proteja un sistem dat și de a permite acestuia să abordeze schimbările intervenite”. Pentru a-și îndeplini scopul, reziliența presupune activarea caracteristicilor relevante, deja existente în sistemul afectat („*programarea existentă*”), pentru care individul aplică strategii de management al riscului. Totodată, declanșarea procesului de refacere a sistemului valorifică un set de capacități („*adaptare, absorbție, transformare*”) care au rol de consolidare a rezilienței însăși [15].

Astfel, reziliența poate fi analizată ca *proces, aptitudine și rezultat*. Ca proces, reziliența reprezintă revenirea individului la funcționarea normală, după confruntarea severă cu un factor major de stres, prin accesarea factorilor de protecție. Reziliența ca aptitudine definește capacitatea unui individ de a se adapta în mod corespunzător la evenimentele și schimbările stresante. Reziliența ca rezultat aduce în prim-plan efectul benefic și pozitiv care rezultă din existența și trecerea prin evenimente stresante [2, 13]. Dr. Amit Sood, profesor de medicină la Mayo Clinic College of Medicine și fondatorul programului „Resilient Option”, afirmă că reziliența este abilitatea omului de a face față recesiunilor vieții și implică nu doar reușita de a-și reveni, ci și de a crește, în pofida adversității. Sood identifică cinci principii fundamentale ale rezilienței: *recunoștință, compasiune, acceptare, sens, iertare* [3, 12].

Termenul de **reziliență** a fost adus în limbajul psihologilor de cercetătorul Emmy E. Werner în 1973. Omul de știință a realizat un studiu longitudinal pe copiii hawaiieni din medii socio-economice defavorizate, cu părinți care sufereau de boli mintale sau alcoolism. Psihologul Werner a constatat că în adolescență, două treimi dintre copii au prezentat comportamente dezadaptative și distructive, inclusiv consum de substanțe. În schimb, o treime dintre copii au făcut alte alegeri și au avut comportamente sănătoase pentru a se proteja de emoțiile negative și de factorii de stres la care au fost expuși. Werner a descris copiii din al doilea grup ca fiind rezilienți, menționând că aceștia au folosit procese mintale benefice și au practicat comportamente adaptative [3, 17].

Alte studii din anii 70 ai secolului XX s-au concentrat pe cazurile atipice de schizofrenie. Cercetătorii au observat persoane care au reușit să ducă o viață relativ productivă în ciuda diagnosticului psihiatric și au obținut rezultate pozitive în pofida suferinței sau a condiției psihice nefavorabile. Acest lucru a condus la căutarea factorilor de protecție care au făcut diferența între persoanele cu adaptare pozitivă și mai puțin adaptate (Luthar, Cicchetti și Becker, 2000). Anthony (1974) a etichetat acești indivizi ca fiind „invulnerabili”, termen care ulterior a fost

înlocuit cu cel de „rezilient”, pentru a nu se înțelege că evitarea riscurilor era absolută și imuabilă (Luthar, Cicchetti și Becker, 2000, p. 544) [12].

Anumite studii s-au concentrat pe identificarea caracteristicilor indivizilor, în special tineri, care au reușit să se dezvolte în ciuda faptului că au trăit în circumstanțe familiale dificile, cum ar fi boala mintală, alcoolismul sau lipsa de educație a părinților, sărăcia, certurile maritale (Rutter 1989; Garmezi, 1991, Werner, 1989) [3, 8, 9, 16].

Rutter (1989) și Garmezi (1991) au identificat caracteristicile asociate cu reziliența și au pus în lumină importanța *abilităților cognitive*, care permit multe alte *abilități sociale* mult mai eficiente, care generează un bogat repertoriu de strategii de coping necesar pentru dificultățile probabile în viitor [9]. Succesul în modul de adaptare poate duce ulterior la un sentiment mai puternic de *autoeficiență și stimă de sine* (Bandura, 1982). S-a demonstrat că persoanele reziliente folosesc modele eficiente și active de *rezolvare a problemelor* (Polk, 1997) și *stiluri de evaluare adaptive* în ceea ce privește copingul ca mecanism de adaptare (Lazarus și Folkman, 1984) Astfel, *copingul rezilient* permite o adaptare pozitivă în ciuda unor circumstanțe extrem de stresante (Sinclair și Wallston, 2004) [3, 8].

Studiile rezilienței (Luthar și colab, 2000) au relevat că pentru unii indivizi factorii de protecție din mediul înconjurător sunt o componentă majoră, care duce la rezultate reziliente, iar capacitatea indivizilor de a accesa aceste suporturi externe poate fi suficientă pentru a atinge o funcționare pozitivă [9, 12]. Alții însă sunt rezilienți în mod inerent și nu au nevoie de factori de protecție pentru a realiza adaptări pozitive în urma unui eveniment cu risc ridicat (Boyce și Ellis, 2005). Alți cercetători (Rutter, 2013) relevă importanța interacțiunii dintre individ și mediu în manifestarea rezilienței, cu accent pe aspectul stilului de adaptare și contribuția acestuia la reziliență [16, 19].

Rutter (2013) a explicat că deși bazele rezilienței se pun în copilărie, ea poate fi încurajată și la vârsta adultă, prin intermediul unor *puncte de cotitură esențiale*. Astfel de puncte de cotitură pot fi evenimente de viață de genul: debutul unei relații maritale de sprijin, furnizarea de oportunități în educație, înrolarea în armată a persoanelor dezavantajate social. În studiile sale, cercetătorul constată că evenimentele de cotitură au condus la o schimbare semnificativă în relațiile colegiale, statutul socioeconomic, încrederea în viitor și în potențialul general de evoluție. Schimbările produse în viața indivizilor le-au oferit posibilitatea de a crea „o discontinuitate cu trecutul, care elimină opțiunile dezavantajoase din trecut și oferă noi opțiuni de schimbare constructivă” [19, p. 479]. Astfel, se confirmă ipoteza că cei care s-au confruntat cu evenimente negative în copilărie este posibil să dezvolte o reziliență crescută ulterior [16, 18].

Ken Ginsburg (2011), medic pediatru din Philadelphia, urmărind evoluția copiilor între 18 luni și 18 ani, a dezvoltat *Modelul rezilienței cu cei 7C* pentru a-i ajuta pe copii și adolescenți să-și dezvolte abilitățile necesare ca să se adapteze mai ușor la intemperiiile vieții, să aibă o sănătate mintală mai bună și să fie mai fericiți. Modelul se axează pe două puncte fundamentale: modul în care copiii se ridică la nivelul așteptărilor sale și nevoia lor de a primi sprijin din partea adulților. Cei „7C” includ: *competență, confidență, contribuție, conexiune, caracter, coping, control*. Împreună, aceste șapte elementele construiesc o personalitate flexibilă, puternică și adaptată [17].

Componentele rezilienței

Reziliența este definită diferit de cercetătorii psihologi, care pot avea o definiție de lucru (sau multe), în timp ce profesioniștii care lucrează direct cu oamenii adesea o văd diferit. Nu

există un singur set de componente ale rezilienței unanim acceptat, dar studiile din domeniul psihologiei pozitive (Courtney, Ackerman, 2017) au condus către acest set de caracteristici și factori ce poate constitui un ghid util [18]:

1. *optimismul* – oferă mai multe șanse de a rămâne pozitivi și a crede în reușită, chiar și în confruntarea cu obstacole aparent de netrecut;

2. *altruismul* – ajutându-i pe alții, individul tinde să-și sporească autoeficacitatea și să-și diminueze stresul;

3. *morală* – o busolă morală puternică înseamnă un set de convingeri stabile despre bine și rău, care cresc șansele de a lua decizii favorabile și de a-și reveni mai ușor după greutăți;

4. *credița și spiritualitatea* – de multe ori s-au dovedit a fi factori esențiali în creșterea capacității de supraviețuire, depășirea provocărilor, consolidarea puterii și înțelepciunii;

5. *umorul* – oamenii care au un simț sănătos al umorului și sunt capabili să râdă de propria nenorocire sunt în avantaj atunci când vine vorba de revenire, din motive evidente!

6. *modelul de rol* – nu este o cerință crucială, dar prezența unui model de urmat și dorința de a-l imita stimulează potențialul de creștere și eficiență personală;

7. *asistența socială* – suportul social și crearea unor rețele puternice de sprijin social asigură o mult mai bună pregătire pentru revenirea după o pierdere sau o dezamăgire;

8. *înfruntarea fricii* – mai mult decât o caracteristică, este mai degrabă tendința de a acționa, de a-și părăsi zona de confort, a-și depăși limitele și a evolua;

9. *sensul sau scopul în viață* – scade probabilitatea de a renunța la luptă, crește mult șansele de refacere după eșec sau dezamăgire;

10. *antrenamentul* – reziliența individuală poate fi oarecum stabilă și permanentă, dar există oricând loc de îmbunătățire.

Aceste componente ale rezilienței (Staroverky, 2012) nu sunt prezente în egală măsură și în fiecare situație sau la fiecare persoană, dar un cumul de cât mai multe dintre ele formează o bază bună pentru înțelegerea naturii și a aplicabilității rezilienței [18].

Teoria rezilienței pune accentul pe *reziliența comună* și cea *individuală*. Adversitățile pot avea impact colectiv (dezastre naturale, pandemii, războaie, acte de terorism) sau pot avea forma unor crize personale (traumele din copilărie, probleme supărătoare, divorț, separare, moartea persoanelor dragi, pierderea locului de muncă, instabilitate financiară, abuz, boală). Evenimentele neașteptate și greu de gestionat, deseori, duc la apariția unor simptome somatice, reacții emoționale disfuncționale și abordări psihocomportamentale dezadaptative, ceea ce este firesc. Totodată, persoanele reziliente pot rămâne calme și își pot reveni după o pierdere majoră, un eșec sau un eveniment traumatic. Însă aceleași persoane pot reacționa diferit în fața adversităților de natură diferită, de unde rezultă că reziliența este o trăsătură dinamică, nu fixă sau constantă [10].

Suportul social – factor extern esențial în dezvoltarea rezilienței

Reziliența poate fi antrenată individual sau poate fi dobândită de la părinți, din comunitate, societate și mediul în care ne dezvoltăm. În literatura de specialitate, una dintre temele majore cu privire la factorii externi care pot influența dezvoltarea rezilienței este cea a suportului social.

Sprijinul social poate lua forma unor relații pozitive cu colegii, familia, îngrijitorii, mentorii, soții sau alte persoane semnificative, animalele de companie, mediile academice, organizațiile religioase, comunitățile de cartier sau pur și simplu sentimentul de apartenență la

un grup. Suportul social și-a dovedit valoarea de la începuturile societății – evoluția omenirii a pornit de la empatie și grijă față de semenii în neputință (descoperirea scheletului uman cu semne ale șoldului fracturat și vindecat).

Kasl și colaboratorii fac primele cercetări asupra relației dintre stres, boală și procesele psihosociale (Baban, 1992, p. 110). Kasl pune în circulație, în 1976, termenul de *suport social*. El definește suportul social ca sistem de relații interpersonale caracterizate prin sentimentul de acceptare și iubire, de stimă și apreciere, de apartenență la o rețea de comunicare și obligații mutuale, de ajutor emoțional și concret în perioade de criză. Rolul suportului social pentru evoluția individului în sănătate și în boală decurge din rezultatele unor cercetări care scot în evidență asocieri relevante între boli somatice și/sau mintale și variabile precum statutul social și marital, izolarea socială, apartenența la minoritate, mobilizarea sau migrația geografică [3, 10].

În mai multe studii se accentuează faptul că persoanele care au avut experiențe dramatice, dar care au beneficiat de diverse tipuri de sprijin extern au avut mai multe șanse de a realiza adaptări pozitive decât cei care nu le-au avut (Wright și colab., 2005; DuMont și colab., 2007; McClure și colab., 2008; Kia-Keating și colab., 2010; Simpson, 2010; Edmond și colab., 2006; Jaffee și colab., 2007). Cu toate că suportul social poate fi util pentru toate persoanele, capacitatea de a accesa acest sprijin a fost în mod specific avantajoasă pentru cei care se confruntă cu un nivel ridicat de adversitate (Masten și colab., 2009) [7, 9, 11, 14].

Tipul de atașament emoțional se formează de timpuriu, începând de la relația pruncului cu îngrijitorul primar, care de cele mai multe ori este mama și care îi oferă sentimentul de securitate (Bowlby, 1969). Datorită contactului fizic și emoțional al bebelușului cu persoanele adulte, se structurează cunoașterea de sine și stima de sine. Mai târziu, la maturitate, individul învață să construiască relații afective securizante și de durată. Aceste constructe primare stau la baza sănătății mintale solide și a capacității de integrare socială favorabilă, pe când deficitul de sănătate mintală a individului condiționează insuficiența relaționării sociale. Ca răspuns, calitatea factoriilor sociali influențează starea generală de sănătate și longevitate [16].

Studiile care vizează suportul social iau în considerare efectele acestuia asupra stărilor de stres și a capacității de coping a individului. Suportul social, spre deosebire de alte resurse externe, poate fi considerat ca sprijin esențial în consolidarea comunității în provocarea de a rezista la stres, deoarece este bazat pe reciprocitate, pe un schimb de ajutor și resurse între participanți. Totodată, este utilă diferențierea suportului perceput ca fiind *disponibil* și a suportului *primit* de facto. Primul este prospectiv, în timp ce al doilea – mai curând retrospectiv. Activarea suportului social disponibil diminuează stresul și devine în sine un mecanism de coping (Gove, 1972; Gove, 1978) [4].

Felul în care cineva percepe nevoia de a fi ajutat de alte persoane, în care solicită suportul celorlalți, în acceptă și îl valorifică la nivel personal, diferă de la o persoană la alta, de la o comunitate la alta. Factori importanți în manifestarea atitudinii în raport cu suportul social pot fi: evenimentele de viață și agenții patogeni, diferențe de sex și de vârstă, statusul marital sau social. Cercetătorii au constatat că o mare parte dintre femeile leagă prietenii mai apropiate de-a lungul vieții față de bărbați, altfel spus, își creează rețele sociale mai sudate și mai extinse. În plus, femeile furnizează mai mult suport social celor din jurul său, atât femeilor, cât și bărbaților, și primesc în schimb mai mult ajutor [4]. Este firesc să existe astfel de diferențe, explicate prin particularitățile socio-emoționale și diferențele dintre sexe în exprimarea afectivă. Persoanele izolate social sunt expuse în mai mare măsură riscului de morbiditate, față de persoanele integrate

social, care primesc în mod uzual mai mult suport de la ceilalți. Reușita în integrarea socială sau deficiența acesteia poate fi o determinantă semnificativă în instalarea bolii, în evoluția acesteia și în recuperarea de după boală [9].

Kaplan definește suportul social drept relația de atașament între diferite persoane sau între individ și grup, care conduce la îmbunătățirea competenței de adaptare în situații de stres. Cobb susține că suportul social este informația care îi determină pe oameni să creadă că sunt iubiți, stimați, valorizați și că aparțin unei rețele de comunicare și obligații mutuale. Wills spune că suportul social este percepția sau experiența de a fi iubit, valorizat, stimat și sentimentul apartenenței la un mediu social de asistență și obligații mutuale. Cu alte cuvinte, suportul social este suma resurselor furnizate individului de ceilalți: bunuri, sfaturi, informații utile și susținere afectivă. Este bine să diferențiem componenta structurală (cantitativ) de cea funcțională (calitativ) ale suportului social oferit/primit [2].

Reziliența psihologică este o abilitate valoroasă care servește la adaptarea persoanelor la noile condiții de viață și provocări, contribuind la depășirea greutăților, schimbarea pozitivă, transformarea benefică. Considerată o cale de dezvoltare, reziliența poate fi folosită de individ pentru a-și reconstrui identitatea. Un studiu amplu despre reziliență, sub coordonarea lui Șerban Ionescu (2013), permite identificarea unor caracteristici esențiale care susțin reconstruirea identității personale prin intermediul sprijinului educativ și psihosocial [8].

Obiectivul principal al suportului în cultivarea rezilienței este de a alimenta dorința de schimbare a subiectului și de a-i permite să exploreze, să descopere, să implementeze și să eficientizeze propriile strategii. Suportul oferit presupune acceptarea independenței în alegerea subiectului de a produce schimbarea. Cel care ajută va permite subiectului aflat în dificultate să se manifeste într-o formă liberă și acceptabilă în diverse planuri: exprimarea tuturor emoțiilor, controlul asupra propriului program, evitarea etichetării, oferirea unor alternative de acțiune, ca persoana în cauză să nu se simtă în niciun fel constrânsă sau judecată. Relația de ajutor se va ghida după aceste patru caracteristici esențiale, încurajând libertatea de inițiativă și creativitatea, care va conduce către schimbare și va considera întotdeauna posibilă evoluția pozitivă a subiectului [8, p. 65].

Printre multiplele definiții și modele ale suportului social, Tardy (1985, apud Demaray și Malecki, 2002) a elaborat un **model cu cinci laturi ale suportului social** [6]:

1. *direcția* – suportul social este primit sau oferit;
2. *disponibilitatea* – comportamentele suportive sunt doar disponibile sau sunt efectiv adoptate și utilizate;
3. *descrierea sau evaluarea* – modul în care persoana poate să descrie și să evalueze suportul perceput;
4. *conținutul suportului* – emoțional, instrumental, informațional și/sau evaluativ;
5. *rețeaua sau resursele* – efectivele rețelei de suport.

Cercetătorii Demaray și Malecki (2002) au definit suportul social drept o sumă a percepțiilor individuale despre suportul general sau comportamentele suportive specifice ale persoanelor din rețeaua socială personală, care le pot amplifica funcționarea sau le pot diminua efectul advers al experiențelor negative. Suportul social reprezintă percepția unei persoane despre măsura în care indivizii din cadrul rețelelor sale sociale sunt disponibili și îi oferă sprijin [6].

Mai multe studii au vizat elementele de mediu care contribuie la o mai mare reziliență și la o mai bună adaptare a indivizilor, cu un accent deosebit pe suportul social. În cadrul cercetărilor privind reziliența, termenul de *resurse compensatorii* se referă la factorii care prezic rezultate pozitive la toate nivelurile de risc, în timp ce factorii de protecție sunt în mod specific favorabili pentru cei care se confruntă cu un nivel ridicat de experiențe negative (Masten și colab., 2009) [14]. De exemplu, prezența unor sisteme puternice de sprijin social este favorabilă pentru toți indivizii. Totodată, s-a constatat că aceste sisteme sunt cu atât mai utile în adaptarea pozitivă a adulților care au suferit traume timpurii (DuMont, Widom și Czaja, 2007) [7].

Boris Cyrulnik subliniază importanța *sprijinului social*, a persoanelor din jurul celui traumatizat, care stimulează procesul rezilienței. Aceste persoane sunt numite „*tutori de reziliență*” și pot fi căutați atât în interiorul familiei, atunci când agresiunea vine din exteriorul familiei, dar și în exteriorul familiei, în situațiile în care agresiunea vine din interiorul familiei. Astfel, aceștia pot fi rude, profesori, vecini, colegi, prieteni ori alte organizații sau instituții religioase, culturale, medicale. „*Tutorii de reziliență*” sunt cei care oferă sprijin persoanei traumatizate, o legătură emoțională bună, un atașament securizant, ajută la găsirea unui sens al experienței traumatizante. Cu alte cuvinte, oferă înțelegere, conținere și semnificație (Cyrulnik, 2005) [5].

În literatura de specialitate, suportul social este identificat ca având trei dimensiuni:

- *suport emoțional* (empatie, interes pentru persoana în nevoie, imagine pozitivă despre persoana care solicită sprijin, ceea ce o face pe aceasta să se simtă competentă și valorizată);
- *suport centrat pe acțiune sau instrumental* (asistență directă);
- *suport informațional* (sfaturi, opinii asupra acțiunilor receptorului de suport).

Caracteristicile familiei pot fi de o importanță vitală în prezicerea rezilienței pe termen lung în rândul persoanelor care au experimentat traume timpurii [21]. În timp ce, pe de-o parte, conflictul familial și negativismul părinților pot amplifica impactul experiențelor negative din copilărie, pe de altă parte, coeziunea, stabilitatea și funcționarea pozitivă a familiei pot reduce suferința psihologică prin sporirea stimei de sine a indivizilor și promovarea sentimentului de competență (McClure și colab., 2008).

Studiile au arătat că percepția *sprijinului din partea soțului sau a partenerului* conduce la mai puține simptome de depresie și este asociată în mod semnificativ cu niveluri mai ridicate de sănătate fizică constatată la persoanele care au experimentat evenimente traumatice timpurii (Wright, Fopma-Loy și Fischer, 2005) [21]. În anul 2007, DuMont și colaboratorii au coroborat această constatare într-un studiu care a arătat că cei care au avut experiențe negative în copilărie, dar care au un partener sau un soț/soție care îi sprijină au înregistrat scoruri la capacitatea de reziliență de două ori mai mari decât cei care nu au avut această relație de sprijin [7]. De asemenea, s-a constatat că debutul rolurilor de mentorat sau de îngrijire în relațiile cu alte persoane vulnerabile, cum ar fi copiii sau animalele de companie, a fost deosebit de valoros în reconstruirea încrederii relaționale și a rezilienței, în special la bărbații care s-au confruntat cu abuzuri timpurii (Kia-Keating, Sorsoli, Grossman, 2010) [11].

Sentimentul de acceptare și credința de apartenență la un grup poate contribui pozitiv la capacitatea de reziliență (Simpson, 2010). De asemenea, influența pozitivă a colegilor, convingerile religioase și educația academică s-au dovedit a fi foarte utile (Edmond, Auslander, Elze și Bowland, 2006). Pe de altă parte, s-a constatat că sentimentul de coeziune cu cei din

vecinătate și simțul comunității au un efect mult mai mic asupra adaptării celor care au suferit traume timpurii (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Thomas și Taylor, 2007) [11].

Exercițiu de dezvoltare a rezilienței prin conștientizarea suportului social

Pregătirea. Ocupă o poziție confortabilă. Respiră de câteva ori mai intens, apoi găsește ritmul potrivit de inspirație și expirație, concentrându-ți atenția către interior. Dacă vrei, poți să închizi ochii.

Amintește-ți o situație din viața ta, din copilărie, din adolescență, din tinerețe sau poate mai recentă, în care te-ai simțit necăjit, stresat, dărâmat, lipsit de speranță și în care ai fost nevoit să găsești soluții la problema creată.

Ascultă-ți corpul și mintea: ce senzații ai în corp în momentul în care îți amintești de cele întâmplate? Ce trăiri afective identifice – emoții, sentimente? Ce gânduri îți trec prin minte vizavi de situația amintită? Doar observă și consemnează.

Orientează-ți acum atenția către oamenii care te-au însoțit sau au fost martori ai aceluia eveniment din viața ta. Întreabă-te:

- Cine ți-a fost alături în acele momente grele?
- Cine te-a sfătuit, te-a sprijinit, ți-a oferit ajutor?
- Către cine te-ai adresat să te sprijine sau ai fi vrut să te adresezi?
- Cine ți-a lipsit atunci și/sau cui îi simți lipsa acum?
- În ce fel ai fost ajutat și cât de mult a contat asta pentru tine atunci și acum?
- A fost ajutorul primit suficient și potrivit?
- Ce nevoie ai mai fi avut atunci? Dar acum?
- Cum ai procedat? Ce te-a motivat cel mai mult să mergi mai departe?
- Ce altceva te-ar fi putut susține să depășești mai ușor situația, să îți revii?
- Pe cine ai ajutat tu în situații asemănătoare? Cum te-a făcut asta să te simți?
- Ce resurse interioare ai identificat care te-au ajutat?
- Ce calități și aptitudini noi ai învățat, dobândit, dezvoltat, întărit în urma acelei experiențe nefavorabile? Cum te-a schimbat această experiență?
- Cui ai vrea să-i mulțumești?

Orientează-ți din nou atenția către interior. Gândește-te că ai supraviețuit! Ești aici și acum. Ai depășit problema, necazul, atât de bine cât ai putut. Ai fost îndrumat, ajutat, sprijinit de alte persoane. Ai accesat resurse interioare și exterioare, ți-ai dezvoltat abilități noi.

Ce senzații ai în corp? Ce gânduri și emoții? Ce s-a schimbat?

Exprimă recunoștință către persoanele/grupurile de suport care te-au ajutat. Exprimă recunoștință către divinitate. Exprimă recunoștință către sine, știind că acum ești mai puternic, mai flexibil, mai motivat, mai descurcăreț, adică mai REZILIENT! Felicitări!

În concluzie, antrenamentul rezilienței poate fi util în gestionarea situațiilor acute de stres, contracararea efectelor nocive imediate și reducerea consecințelor negative de durată legate de stresul personal sau ocupațional. Expunerea la dezastre, traume sau probleme psihologice supărătoare, duce în mod firesc la o reacție de durere fizică și psihică, la o serie de emoții tulburătoare, la dezamăgire, spulberarea speranțelor, renunțarea la obiective. Cu toate acestea, astfel de experiențe nu sunt doar o parte inevitabilă a vieții, ci sunt necesare pentru creștere și dezvoltare personală și societală. Tocmai nevoia de a se confrunța cu probleme existențiale

dificile și de a depăși greutățile vieții oferă individului șansa de a-și construi reziliența și a o consolida cu fiecare ocazie.

Inițiativa de a depăși stresul poate genera o atitudine sănătoasă față de provocările cotidiene și un mod de abordare productiv a dificultăților, dezamăgirilor, traumelor. Elaborarea obiectivelor clare și realiste asigură o mai bună autoevaluare și acceptare de sine și un confort sporit în interacțiunea cu alte persoane. Antrenamentul rezilienței pornește de la înțelegerea factorilor determinanți și poate servi drept resursă esențială nu doar pentru gestionarea stresului și recuperarea eficientă, ci și ca o treaptă spre creștere și dezvoltare personală, spre evoluție și prosperitate. În acest scop, pot fi practicate unele exerciții bazate științific și, totodată, captivante, care ar potența abilitatea de a face față în mod eficient circumstanțelor dificile și ar oferi instrumente utile de îmbunătățire a rezilienței personale și comunitare.

Bibliografie:

1. *American Psychological Association dictionary of psychology* (G. R. VANDENBOS, Ed.; 2nd ed.). American Psychological Association (APA), 2015. 1222 p. ISBN 1433819449.
2. ARNOLD, M., MEARNS, R., OSHIMA, K., PRASAD, V. *Climate and Disaster Resilience: The Role for Community-Driven Development*. Washington DC: Social Development Department. World Bank. 2014. Disponibil: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/898881468182364910/pdf/850070WP0CDD0C0Box382145B000PUBLIC0.pdf>
3. BABAN, Adriana, *Stres și personalitate*. Cluj: Presa Universitară Clujeană, 1992. 232 p. ISBN 9739354351.
4. Curs *Psihologia Sănătății*, Lect. Dr. HENDREȘ Daniela, Universitatea „Al. I. Cuza”, Iași, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației. Disponibil: <https://www.scribd.com/doc/291778927/Curs-Psihologia-Sanatatiei-2015-2016-Daniela-Muntele-Hendres-UAIC>
5. CYRULNIK, Boris. *Preface de Pourtois, Culture et bientraitance*, De Boeck Universite, 2005. ISBN 2804148866.
6. DEMARAY, M. K., ȘI MALECKI, C. K., *Critical levels of perceived social support associated with student adjustment*. *School Psychology Quarterly*, (2002). 17(3), 213-241.
7. DuMONT, K. A., WIDOM, C. S., și CZAJA, S. J. *Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics*. *Child Abuse și Neglect*, 2007, nr. 31(3), pp. 255-274.
8. IONESCU, S. *Tratat de reziliență asistată*. Ed. TREI, 2013. ISBN 9789737077370, 516 p.
9. FLETCHER, David, *Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts and Theory*; P. A. GOODING, *Psychological resilience in young and older adults*. Disponibil pe https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/8063/1/221275_PubSub2839_Sarkar.pdf
10. HOBFOLL, S. E. *Expanding the Science of Resilience: Conserving Resources in the Aid of Adaptation*, in *Psychol Inq*. 2015; 26(2): 174–180. doi: 10.1080/1047840X.2015.1002377. PMID: 27069335. Disponibil pe: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4826077>
11. KIA-KEATING, M., SORSOLI, L., ȘI GROSSMAN, F. K. (2010). Relational challenges and recovery processes in male survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 666-683.
12. LUTHAR, S. S., CICHETTI, D., și BECKER, B. (2000). *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*. *Child Development*, 71(3), 543–562.
13. *Managementul stresului profesional*. Coord.: LIȚĂ Ș., ANDREESCU A. Ed. a II-a, rev. – București: Editura Ministerului Administrației și Internelor, 2006. ISBN (10) 9737450124; ISBN (13) 9789737450128
14. MASTEN, A. S., CUTULI, J. J., HERBERS, J. E., ȘI REED, M-G. J. (2009). *Resilience in development*. In LOPEZ, S. J. și SNYDER, C. R. (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology: Second Edition* (117-131). Oxford: Oxford University Press.

15. MITCHELL, Andrew. *Risk and resilience: from good idea to good practice*. În *OECD Development Co-operation Working Papers*, 2013, No.13. Disponibil pe: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5k3ttg4cxcbp-en.pdf?expires=1711570618&id=id&accname=guest&checksum=8B54953155F3DE4B5080E3CA2620E537>
16. PETROVA-DIMITROVA, Nelly. *Introducere in reziliență*. Trad. MOROȘAN R.V., Cluj-Napoca: Sofia. 2017. 52 p. Disponibil pe: <https://fonpc.ro/wp-content/uploads/2021/11/Introducere-in-Rezilienta.pdf>
17. Professional site: *Fostering Resilience*. Disponibil: <https://www.fosteringresilience.com/about.php>
18. *Resilience & Coping (Reziliență și adaptare)* publicat la 6 Apr 2023 in *How to Measure Resilience With These 8 Scales* (positivepsychology.com) 13 Jul 2017 by COURTNEY, E., ACKERMAN, M.A., Revizuit științific de SAIMA Latif, Ph.D.
19. RUTTER, M. *Resilience: Some Conceptual Consideration*. În: *Journal of adolescent health*. 1993, vol. 14, nr. 8, p. 626-631. Disponibil pe: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/1054139X9390196V>
20. SELYE, Hans. *The stress of life*, Rev. McGraw Hill, 1978, ISBN 0070562121, 544 p.

STAREA DE BINE ȘI COMPORTAMENTUL ALIMENTAR

WELLBEING AND EATING BEHAVIOR

Rodica BALAN, doctorandă,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0002-3431-1870
balan.rodica@upsc.md

Rodica BALAN, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.9:613.2

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p149-155

Abstract. Well-being and eating behavior are intricately interconnected. A balanced and healthy diet can improve well-being by providing essential nutrients for physical and mental health. On the other hand, pathological eating behaviors can negatively affect well-being. In many individuals, eating behavior also has a strong emotional dimension, with eating being used as a coping mechanism rather than a source of nutrition and energy. Finally, healthy eating behavior can contribute to improved well-being, while positive well-being can facilitate healthier food choices.

Keywords: well-being, healthy eating behavior, pathological eating behavior, mental health.

În lumina progresului continuu în domeniul sănătății și al psihologiei, relația dintre starea de bine și comportamentul alimentar a devenit un subiect de cercetare tot mai pertinent și complex. Într-o eră marcată de diversitatea opțiunilor alimentare și de influențele sociale și culturale în creștere, înțelegerea modului în care aceste două aspecte ale vieții noastre se intersectează și se influențează reciproc este esențială pentru promovarea sănătății generale și a bunăstării individuale. În acest context, cercetările recente au pus în lumină o serie de aspecte-cheie. De la modul în care factorii emoționali precum stresul și anxietatea pot influența alegerile noastre alimentare, până la importanța practicilor de *mindful* în gestionarea comportamentului alimentar, literatura de specialitate oferă o gamă bogată de perspective și abordări. În plus, investigațiile din domeniul psihologiei au evidențiat legături semnificative între starea de bine mintală și comportamentele alimentare adoptate de indivizi.

Prin urmare, în acest articol ne propunem să oferim o analiză detaliată și informații actuale referitoare la relația complexă dintre starea de bine și comportamentul alimentar. Vom explora atât aspectele psihologice și emoționale ale acestor fenomene, cât și influențele sociale care modelează alegerile noastre alimentare și percepțiile noastre asupra sănătății și bunăstării generale. În lumina acestor cercetări, ne propunem să contribuim la o înțelegere mai profundă a acestui domeniu vital al sănătății umane.

Starea de bine, un concept central în domeniul psihologiei și al sănătății mintale, este definit și înțeles în moduri variate de către diferiți cercetători și teoreticieni. Carol Ryff o descrie ca fiind o stare de funcționare psihologică optimă și dezvoltare personală, caracterizată de autopercepție pozitivă, relații pozitive cu alții și sentimentul de creștere și realizare personală. Corey Keyes conceptualizează starea de bine ca pe o stare de sănătate mintală completă,

cuprinzând atât absența tulburărilor de sănătate mintală, cât și prezența emoțiilor și funcționării psihologice pozitive [8].

Pe de altă parte, Diener, Suh și Oishi (1999) definesc starea de bine ca fiind o evaluare subiectivă a vieții, incluzând atât starea de satisfacție față de viață, cât și emoțiile pozitive trăite de o persoană [2]. Ryan (2008) adaugă dimensiunile de autenticitate, creștere personală și satisfacție, subliniind importanța satisfacerii nevoilor intrinseci ale individului, cum ar fi autonomia, competența și legăturile sociale [7]. Seligman și Csikszentmihalyi (2000) aduc în discuție conceptul de flux sau fericire autentică, evidențiind momentele în care o persoană este complet absorbită și implicată în activități care sunt în concordanță cu abilitățile și valorile sale. Aceste definiții variate ilustrează complexitatea și diversitatea conceptului de „stare de bine”, evidențiind modurile diferite în care poate fi înțeleasă și măsurată în cadrul cercetării și practicii clinice [9].

Concluzionăm că starea de bine reprezintă o experiență subiectivă de sănătate și fericire, care include o combinație a aspectelor fizice, mintale, emoționale și sociale ale bunăstării individului. Ea reflectă satisfacția și echilibrul perceput în viața de zi cu zi, împreună cu abilitatea de a face față provocărilor și de a experimenta emoții pozitive în contextul interacțiunilor sociale, al realizărilor personale și al satisfacției generale în viață. Starea de bine este mai mult decât doar absența bolii sau a stresului, ci este o experiență complexă și subiectivă care implică multiple aspecte ale vieții individului. Ea poate varia în funcție de factori precum mediul social, cultural și personal, iar înțelegerea și promovarea stării de bine sunt obiective importante în domeniul sănătății mintale și al psihologiei.

Conform lui Birch și Fisher (1998), *comportamentul alimentar* poate fi definit ca totalitatea actelor și practicilor individuale legate de selecția, achiziția, prepararea, consumul și gestionarea alimentelor și băuturilor [1]. Această definiție subliniază natura vastă a comportamentului alimentar și importanța tuturor aspectelor sale în cadrul interacțiunii umane cu alimentele. Pe de altă parte, Herman și Polivy (1980) îl definesc ca „ansamblul activităților și gândurilor care influențează alegerea, cantitatea și modul de consum al alimentelor”. Această definiție evidențiază aspectele cognitive și comportamentale ale conduitei alimentare și rolul lor în modelarea obiceiurilor alimentare individuale [4].

Hetherington (1996) contribuie la înțelegerea conceptului de comportament alimentar prin definirea lui ca toate aspectele asociate cu modul în care indivizii interacționează cu alimentele, inclusiv apetitul, preferințele, selecția, consumul și atitudinile față de mâncare [5]. Această perspectivă extinsă evidențiază variabilitatea și complexitatea comportamentului alimentar în funcție de factori individuali și contextuali. De asemenea, Rozin (1990) îl descrie ca modul în care indivizii experimentează, interacționează și reacționează la alimente în diferite contexte, incluzând aspecte precum gustul, textura, aspectul și asocierea lor cu anumite emoții sau evenimente [6]. Această definiție pune accentul pe aspectele experiențiale și psihologice ale comportamentului alimentar și influențele sale asupra percepției și experienței individuale. În fine, conform lui Wardle (1987), comportamentul alimentar poate fi înțeles ca toate aspectele legate de interacțiunea individului cu alimentele și băuturile, incluzând alegerile alimentare, cantitatea consumată, frecvența meselor, influențele sociale și emoționale și percepțiile despre alimentație și greutate corporală [10]. Această definiție amplă acoperă diversele dimensiuni și influențe asupra comportamentului alimentar și relevanța sa în contextul sănătății și bunăstării individului.

În concluzie, definițiile multiple și variate ale comportamentului alimentar reflectă complexitatea și diversitatea acestui domeniu de studiu. De la selecția și achiziția alimentelor până la interacțiunile cognitive, emoționale și sociale asociate cu consumul alimentar, comportamentul alimentar acoperă o gamă largă de activități și influențe. Autori precum Birch și Fisher, Herman și Polivy, Hetherington, Rozin și Wardle au contribuit fiecare la înțelegerea subtilităților și dimensiunilor comportamentului alimentar, subliniind importanța atât a aspectelor practice, cât și a celor psihologice și sociale ale relației noastre cu alimentele.

Prin sintetizarea acestor definiții, putem recunoaște că comportamentul alimentar este mai mult decât o simplă acțiune fizică de consum. Este un proces complex și dinamic influențat de o varietate de factori, inclusiv preferințele individuale, emoțiile, obiceiurile culturale, influențele sociale și experiențele personale. Înțelegerea acestor aspecte ne poate ajuta să dezvoltăm strategii mai eficiente pentru promovarea unui comportament alimentar sănătos și a unei relații pozitive și echilibrate cu alimentele în cadrul societății contemporane.

Comportamentul alimentar este influențat de o varietate de factori și se dezvoltă pe parcursul întregii vieți, începând de la primele experiențe cu hrana în copilărie și continuând pe tot parcursul vieții adulte. Dezvoltarea comportamentului alimentar este influențată de mai mulți factori, inclusiv aspecte genetice, mediul familial și social, experiențele personale, educația nutrițională și presiunile culturale. În primii ani de viață, bebelușii își dezvoltă preferințele și obiceiurile alimentare inițiale. Această perioadă este crucială pentru formarea gustului și a preferințelor alimentare. Experiențele timpurii cu alimentația, inclusiv alăptarea sau hrănirea cu biberonul, influențează preferințele și alegerile alimentare ulterioare. În timpul copilăriei, copiii încep să-și formeze propriile preferințe alimentare și să învețe despre importanța unei alimentații echilibrate. Mediul familial, obiceiurile alimentare ale părinților și expunerea la diferite tipuri de alimente au un impact semnificativ asupra dezvoltării comportamentului alimentar al copilului. În adolescență, comportamentul alimentar poate fi influențat de o varietate de factori, inclusiv presiunea de a se conforma la standardele de frumusețe sau de a se potrivi într-un anumit grup social. Adolescenții pot experimenta cu diferite diete și stiluri alimentare, iar alegerile lor pot fi influențate și de factori precum publicitatea și media. În timpul vieții de adult tânăr, comportamentul alimentar poate fi afectat de diversele responsabilități și presiuni ale vieții moderne, cum ar fi cariera, viața de familie și stresul zilnic. Mulți adulți tineri își încep propria gospodărie și sunt responsabili pentru cumpărarea și pregătirea propriilor mese, ceea ce poate influența alegerile lor alimentare. Pe măsură ce oamenii îmbătrânesc, obiceiurile și preferințele alimentare pot evolua odată cu schimbările de sănătate, stilul de viață și circumstanțele personale. În acest stadiu, mulți adulți își îndreaptă atenția către o alimentație mai echilibrată și adoptă strategii pentru a-și menține sau îmbunătăți sănătatea. De-a lungul întregii vieți, educația nutrițională și conștientizarea asupra alimentației sănătoase pot juca un rol important în formarea unui comportament alimentar pozitiv și echilibrat. Este esențial să recunoaștem că comportamentul alimentar este dinamic și poate fi influențat de o varietate de factori, iar abordările individualizate și personalizate pot fi utile în promovarea unui raport sănătos cu mâncarea.

Distingem câteva tipuri de comportament alimentar. În cele ce urmează le vom enumera și vom analiza modul în care acestea se manifestă [10].

- *Comportamentul alimentar sănătos* este caracteristic persoanelor care fac alegeri alimentare echilibrate, bogate în nutrienți și variate. Acestea își planifică și își pregătesc

mesele în avans, evitând alimentele procesate și consumând regulat fructe, legume, cereale integrale, proteine slabe și grăsimi sănătoase.

- *Comportamentul alimentar compulsiv* se caracterizează prin consumul excesiv de alimente, adesea fără a exista o senzație reală de foame. Persoanele cu comportament alimentar compulsiv pot simți o lipsă de control în timpul episoadelor de alimentație și pot avea dificultăți în a-și opri consumul.
- *Comportamentul alimentar restrictiv* este propriu persoanelor care își limitează sever consumul de alimente, deseori în încercarea de a controla greutatea sau de a corespunde anumitor standarde de frumusețe. Aceste persoane pot exclude uneori grupuri întregi de alimente din dieta lor, ceea ce poate duce la deficiențe nutriționale și alte probleme de sănătate.
- *Comportamentul alimentar emoțional* este caracteristic persoanelor ce recurg la mâncare pentru a face față emoțiilor negative sau pentru a gestiona stresul, anxietatea sau plictiseala. Acestea pot consuma excesiv alimente bogate în calorii și grăsimi, adesea fără a simți o adevărată senzație de foame.
- *Comportamentul alimentar compulsiv excesiv* se manifestă prin consumul compulsiv a cantităților mari de alimente într-un interval scurt de timp, chiar și atunci când nu există o senzație reală de foame. Persoanele pot simți o lipsă de control în timpul episoadelor de alimentație și pot avea dificultăți în a-și opri consumul.

Relația dintre starea de bine și comportamentul alimentar este un subiect de interes constant în cercetarea din domeniul sănătății mintale și al nutriției. Comportamentul alimentar este influențat de o varietate de factori, inclusiv de emoțiile și starea de bine a individului. În acest context, multiple cercetările au încercat să exploreze legăturile complexe dintre starea de bine și tipurile diferite de comportament alimentar, cu scopul de a înțelege mai bine cum aceste aspecte se influențează reciproc.

Studiile recente au evidențiat că starea de bine poate avea un impact semnificativ asupra tipului de comportament alimentar adoptat de indivizi. De exemplu, studiul realizat de Wong, Lee și Tan (2023) a fost conceput pentru a examina relația dintre starea de bine și obiceiurile alimentare ale indivizilor [11]. Cercetarea a implicat un eșantion de 1000 de participanți și a folosit metode robuste pentru a evalua nivelul de satisfacție în viață și modelele alimentare ale subiecților. Prin analiza datelor colectate, cercetătorii au identificat corelațiile dintre nivelul de satisfacție în viață și modelele alimentare ale participanților. Rezultatele studiului au arătat că există o asociere semnificativă între nivelurile mai ridicate de satisfacție în viață și un comportament alimentar mai sănătos. Indivizii care au raportat niveluri mai mari de satisfacție în viață au avut tendința de a consuma mai multe fructe, legume și alimente bogate în fibre, în timp ce au limitat consumul de alimente procesate și bogate în zahăr și grăsimi. În concluzie, studiul realizat de Wong, Lee și Tan (2023) a evidențiat o corelație semnificativă între starea de bine și obiceiurile alimentare ale indivizilor, subliniind importanța promovării unui nivel optim de satisfacție în viață pentru adoptarea unui comportament alimentar sănătos [11].

În anul 2016, Gutiérrez-Díaz I., Sánchez-López M., Salcedo-Aguilar F. et al. au publicat un studiu în cadrul căruia au investigat asocierea dintre starea de bine psihologică și obiceiurile alimentare ale adolescenților din Europa [3]. Studiul a relevat o asociere semnificativă între starea de bine psihologică și alegerile alimentare ale adolescenților, constatând că adolescenții cu niveluri mai ridicate de starea de bine psihologică adoptă în general obiceiuri alimentare mai

sănătoase, incluzând consumul crescut de fructe, legume și alimente bogate în nutrienți. Acești adolescenți au prezentat, de asemenea, o dietă mai echilibrată și un consum redus de alimente nesănătoase. De asemenea, s-a constatat că aspectele pozitive ale stării de bine, precum satisfacția în viață și nivelurile scăzute de stres și anxietate, au fost asociate cu alegeri alimentare mai sănătoase. În contrast, nivelurile mai ridicate de stres și anxietate au fost corelate cu comportamente alimentare mai puțin sănătoase, precum consumul sporit de alimente procesate și fast-food [3]. Aceste constatări sugerează că promovarea unei stări de bine psihologice pozitive în rândul adolescenților ar putea fi benefică pentru îmbunătățirea obiceiurilor lor alimentare și promovarea unui stil de viață sănătos. Adolescenții care se bucură de o stare de bine psihologică mai bună pot fi mai motivați să facă alegeri alimentare mai sănătoase, ceea ce ar putea avea un impact pozitiv asupra sănătății lor generale și a prevenirii unor probleme de sănătate legate de nutriție, cum ar fi obezitatea și bolile cardiovasculare. Totuși, este important să recunoaștem că există mulți factori care pot influența alegerile alimentare ale adolescenților, iar starea de bine psihologică este doar unul dintre acești factori. Aspecte precum accesul la alimente sănătoase, educația nutrițională, influențele sociale și mediul familial joacă, de asemenea, roluri importante în modelarea comportamentului alimentar al adolescenților. În lumina acestor descoperiri, implicațiile practice ale studiului sunt semnificative. Educația și intervențiile care vizează îmbunătățirea stării de bine psihologice a adolescenților ar putea fi integrate în programele de sănătate școlară și comunitară pentru a promova alegerile alimentare sănătoase și pentru a încuraja un stil de viață activ și echilibrat [3]. De asemenea, este esențial să se acorde atenție factorilor structurali și socioeconomici care pot influența accesul adolescenților la alimente sănătoase și să se dezvolte politici și programe care să faciliteze un mediu alimentar sănătos și accesibil pentru toți tinerii.

Comportamentul alimentar, la rândul lui, poate avea un impact semnificativ asupra stării de bine, iar fiecare tip de comportament alimentar poate influența starea de bine în moduri diferite. Comportamentul alimentar sănătos este asociat cu alegeri echilibrate și nutritive, contribuind la îmbunătățirea stării generale de sănătate și la creșterea nivelului de energie. Consumul regulat de alimente bogate în nutrienți esențiali poate spori sănătatea fizică și mintală și poate reduce riscul apariției unor afecțiuni precum obezitatea și bolile de inimă, contribuind astfel la o stare de bine generală. Pe de altă parte, comportamentul alimentar compulsiv poate genera sentimente de vinovăție, rușine și anxietate în legătură cu alimentația și poate duce la creșterea în greutate și la dezvoltarea unor probleme de sănătate, afectând astfel starea de bine fizică și mintală. Comportamentul alimentar restricționat poate induce stări de oboseală, slăbiciune și lipsă de energie din cauza deficitului de nutrienți și poate genera anxietate și stres, afectând negativ starea de bine mintală. Mâncatul emoțional poate oferi alinare temporară pentru stres și anxietate, dar poate duce ulterior la sentimente de vinovăție și regret. Consumul excesiv de alimente bogate în calorii și grăsimi poate afecta starea de bine fizică și poate crea disconfort și insatisfacție cu propria imagine corporală. În fine, comportamentul alimentar compulsiv excesiv poate genera sentimente de lipsă de control și vinovăție, iar consumul compulsiv de alimente poate duce la creșterea în greutate și la apariția unor probleme de sănătate, afectând astfel starea de bine generală. În cele din urmă, un comportament alimentar echilibrat și sănătos poate contribui la o stare de bine fizică și mintală mai bună, în timp ce comportamentele alimentare disfuncționale pot avea un impact negativ asupra sănătății și stării de bine [4, 11].

În același timp, starea de bine, caracterizată de un sentiment general de satisfacție și fericire în viață, poate juca un rol protector împotriva dezvoltării tulburărilor de comportament alimentar. Persoanele care experimentează niveluri ridicate de stare de bine sunt mai susceptibile să adopte un comportament alimentar sănătos și echilibrat, care poate reduce riscul de apariție a tulburărilor alimentare. Pe de altă parte, tulburările de comportament alimentar, cum ar fi anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburarea de alimentație compulsivă, pot avea un impact semnificativ asupra stării de bine a individului. Aceste tulburări sunt adesea asociate cu sentimente de anxietate, depresie, stres și stigmatizare, care pot afecta negativ funcționarea generală și calitatea vieții. De exemplu, persoanele cu anorexie nervoasă pot experimenta o scădere drastică a stării de bine, datorită efectelor fiziologice și psihologice ale înfometării și controlului excesiv asupra alimentației. Relația dintre starea de bine și tulburările de comportament alimentar este bidirecțională și complexă, reflectând interacțiunile subtile dintre factorii emoționali, psihologici și comportamentali. Tulburările de comportament alimentar pot contribui la scăderea stării de bine prin inducerea sentimentelor de vinovăție, rușine și autodevalorizare, în timp ce o stare de bine precară poate amplifica simptomele și severitatea tulburărilor de alimentație prin creșterea vulnerabilității la comportamente alimentare disfuncționale [3, 4].

În încheiere, putem afirma că există o strânsă legătură între starea de bine și comportamentul alimentar. Modul în care ne hrănim poate influența nu doar sănătatea fizică, ci și starea mintală și emoțională. Adoptarea unui comportament alimentar sănătos poate contribui la îmbunătățirea stării noastre generale de bine, oferindu-ne energia și nutriții de care avem nevoie pentru a funcționa la capacitate maximă. Pe de altă parte, comportamentele alimentare disfuncționale pot avea un impact negativ asupra stării noastre de bine, generând sentimente de vinovăție, stres și anxietate sau chiar contribuind la apariția unor probleme de sănătate fizică. Este esențial să înțelegem că relația dintre starea de bine și comportamentul alimentar este complexă și influențată de o varietate de factori, inclusiv aspecte genetice, sociale, culturale și psihologice. Prin urmare, abordarea acestor aspecte ar trebui să fie holistică și individualizată, adaptată nevoilor și circumstanțelor fiecărei persoane în parte. Prin informarea și educarea publicului în ceea ce privește importanța unei alimentații sănătoase și impactul pe care acesta îl poate avea asupra stării de bine, putem contribui la creșterea calității vieții și la promovarea unei societăți mai sănătoase și mai fericite în ansamblu.

Bibliografie:

1. BIRCH, L.L., FISHER, J.O. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*. 1998, 101(Supplement 2), pp. 539-549. ISSN 1098-4275. (IF: 8.7).
2. DIENER, E., SUH, E. M., OISHI, S. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999, 125(2), pp. 276-302. ISSN 0033-2909. (IF: 22.4).
3. GUTIÉRREZ-DÍAZ, I., SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. et al. Psychological well-being and dietary habits among adolescents in Europe: Results from the HELENA study. *Appetite*. 2016, 105, pp. 180-188. ISSN 0195-6663. (IF: 5.016).
4. HERMAN, C.P., POLIVY, J. Restrained eating. Obesity: Psychological and psychosocial aspects. *The American Journal of Medicine*. 1980, pp. 208-225. ISSN 0002-9343. (IF: 5.9).
5. HETHERINGTON, M.M. The psychology of food choice. In: T. F. Heath, J. L. Williams & R. H. Williams (Eds.), *Food choice, acceptance and consumption*. New York: Springer. 1996, pp. 3-31. ISBN 978-0-7514-0192-9.
6. ROZIN, P. The role of affect in food selection: Some possible determinants. *Appetite*. 1990, 15(3), pp. 193-204. ISSN 0195-6663. (IF: 5.016).

7. RYAN, R.M., DECI, E.L. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*. 2008, 49(3), pp. 182-185. ISSN 0708-5591. (IF: 4.6).
8. RYFF, C., KEYES, C. Happiness is Everything, or is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989, Vol. 57, no. 6, pp. 1069-1081. ISSN 0022-3514 (IF: 7.6).
9. SELIGMAN, M.E., CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. 2000, 55(1), pp. 5-14. ISSN 0003-066X. (IF: 16.4).
10. WARDLE, J. Eating style: A validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 1987, 31(2), pp. 161-169. ISSN 0022-3999. (IF: 4.62).
11. WONG, K., LEE, S., TAN, L. Life satisfaction and dietary habits: A longitudinal study. *Journal of Health Psychology*. 2023, 20(2), pp. 78-92. ISSN 1359-1053. (IF: 3.2).

STUDIUL PRIVIND IMPLICAREA MOTIVAȚIONALĂ ȘI REGLAREA EMOȚIONALĂ ÎN PROCESUL PERFORMANȚEI ACADEMICE

THE STUDY ON MOTIVATION INVOLVEMENT AND EMOTIONAL REGULATION IN THE PROCESS OF ACADEMIC PERFORMANCE

Igor RACU, dr. hab., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8143-4908
iracu64@yahoo.com

Anca DRANGA (MORARU), drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0003-2653-9250

Igor RACU, Doctor Habilitatus, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Anca DRANGA (MORARU), PhD student, Romania
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.942

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p156-163

Abstract. The present research explores the influence of motivational involvement and emotional regulation on academic performance. Using an empirical approach, it was investigated whether intrinsic motivation is associated with high academic performance and whether high academic performance is correlated with an increased level of recalculation – as a dimension of emotional regulation. We started from the hypothesis according to which intrinsic motivation will determine a more authentic and stable anchoring in the study; a second assumption was that a high level of emotional regulation will allow the student to cope with stressful periods during studies, obtaining a higher academic performance. The results of the analysis indicate that students with higher intrinsic motivation did indeed perform better academically ($p = 0.0001$, $p < 0.01$), thus supporting the initial hypothesis. Moreover, it was found that a higher academic performance is associated ($p = 0.000$, $p < 0.01$) with an increased level of emotional regulation (significantly higher scores for recalculation and significantly lower scores for suppression), also confirming that of second hypothesis. These findings emphasize the importance of intrinsic motivation and emotional regulation in the academic context and its relevance to the overall well-being of students. The implications of these results are discussed in the research.

Keywords: motivational involvement, emotional regulation, recalculation, suppression, academic performance, students.

Introducere

Motivația academică reprezintă forța internă care îi determină pe studenți să își stabilească obiective academice, să își direcționeze eforturile și să își mențină angajamentul în activitățile de învățare și realizare școlară. Este un aspect esențial al comportamentului studenților și influențează în mod semnificativ rezultatele lor academice și succesul în educație [5].

Motivația academică îi determină pe studenți să se concentreze și să își dirijeze atenția și eforturile către activitățile academice relevante pentru atingerea obiectivelor lor de învățare și performanță. Studenții motivați academic sunt mai predispuși să depună eforturi suplimentare și

să facă față dificultăților și eșecurilor într-un mod constructiv, căutând soluții și strategii alternative pentru a-și atinge obiectivele academice.

Motivația academică este asociată cu un nivel mai mare de angajament și implicare în procesul de învățare și în activitățile academice, ceea ce poate duce la o înțelegere mai profundă și la asimilarea mai eficientă a cunoștințelor [5].

Studentii motivați academic sunt capabili să își gestioneze și să își monitorizeze comportamentul și performanța în mod autonom, folosind feedbackul și reflectând asupra progresului lor pentru a-și îmbunătăți continuu performanța.

Factorii care influențează motivația academică pot include aspecte personale (cum ar fi interesele, valorile și credințele individuale), factori de mediu (cum ar fi suportul social) și caracteristicile specifice ale sarcinilor academice sau ale procesului de învățare în sine.

Reglarea emoțională se referă la capacitatea individului de a-și recunoaște, înțelege și gestiona propriile emoții într-un mod adecvat și eficient. Aceasta implică capacitatea de a regla intensitatea emoțiilor, de a-și exprima emoțiile în mod constructiv și de a face față stresului și provocărilor cu reziliență și adaptabilitate [7].

Relația dintre reglarea emoțională și performanța academică a fost subiectul a numeroase studii și cercetări care au investigat modul de influență a abilităților de reglare emoțională asupra succesului școlar și a rezultatelor academice ale studenților[4].

Capacitatea de a regla emoțiile negative, cum ar fi stresul și anxietatea, poate avea un impact semnificativ asupra performanței academice. Studiile au arătat că studenții care au abilități solide de reglare emoțională sunt mai puțin afectați de stresul academic și au o probabilitate mai mare de a face față provocărilor școlare fără a fi copleșiți de anxietate sau frică [1].

Reglarea emoțională poate influența și capacitatea studenților de a se concentra și de a-și menține atenția asupra sarcinilor academice. Studenții care sunt capabili să își regleze emoțiile și să gestioneze distragerile emoționale sunt mai predispuși să aibă performanțe academice mai bune și să obțină rezultate mai consistente în cadrul activităților de învățare [4].

Abilitățile de reglare emoțională pot influența, de asemenea, calitatea relațiilor sociale și interacțiunile studenților în mediul academic. Studenții care sunt capabili să își gestioneze emoțiile în mod constructiv sunt mai predispuși să dezvolte relații sănătoase cu colegii și profesorii și să beneficieze de sprijinul social și emoțional în timpul procesului de învățare [2].

Cercetări realizate [3] evidențiază importanța reglării emoționale în contextul academic și sugerează că abilitățile de reglare emoțională pot fi predictorii semnificativi ai succesului școlar și ai performanței academice. În consecință, dezvoltarea și promovarea abilităților de reglare emoțională în rândul studenților ar putea fi un aspect important al intervențiilor destinate îmbunătățirii performanței academice și a bunăstării lor generale în mediul academic.

Performanța academică se referă la cunoștințele și abilitățile pe care un individ le dobândește prin instruire directă și formală. Aceasta poate fi cuantificată prin intermediul notelor pe care studenții, de exemplu, le obțin pentru fiecare disciplină studiată, iar o medie semestrială sau generală ne poate ajuta să avem o imagine clară asupra performanței academice a acestora.

În cercetarea realizată de Vasiliu [6] s-a observat că există asocieri pozitive semnificative între performanța academică și factorii de personalitate din teoria social-cognitivă. Asocierile au fost în general moderate, iar puterea statistică – medie, ceea ce a condus la concluzia că efectul obținut este puțin probabil să fi apărut din întâmplare și pare a fi destul de important din punct de vedere practic. Așa cum era de așteptat, cea mai puternică asociere a fost între performanța

academică și factorul autoeficacitate. Acesta a fost considerat, conform studiilor anterioare, ca cel mai bun predictor pentru performanță. În acest caz, concluzia ar fi că motivația poate determina un nivel al performanței, fie că este de natură intrinsecă sau extrinsecă. Strategiile adoptate pentru obținerea performanței, mai mult sau mai puțin independente, pot duce la rezultate similare [6].

Motivația academică este un factor crucial în determinarea performanței școlare și a succesului academic al studenților. Înțelegerea motivelor care stau la baza angajamentului și a efortului în contextul academic poate oferi *insight*-uri importante în ceea ce privește strategiile de învățare și succesul în educație. Un aspect particular al motivației academice este motivația intrinsecă, care se referă la dorința internă de a învăța și de a-și atinge obiectivele personale în domeniul academic [5].

Studiile anterioare au demonstrat că motivația intrinsecă este asociată cu o serie de rezultate pozitive în ceea ce privește performanța academică, precum și cu un angajament mai mare față de învățare și realizare. Cu toate acestea, există încă aspecte neclare în legătură cu natura și direcția acestei relații și cu felul în care motivația intrinsecă poate influența satisfacția generală a individului în raport cu viața [5].

Prin urmare, acest studiu explorează influența implicării motivaționale și a reglării emoționale asupra performanței academice. Utilizând o abordare empirică, s-a investigat dacă motivația intrinsecă este asociată cu o performanță academică mare și dacă performanța academică mare este corelată cu un nivel crescut al recalculării – ca dimensiune a reglării emoționale. În lumina acestor obiective, vom explora diverse aspecte ale motivației intrinseci și ale reglării emoționale, vom examina modul în care acestea pot influența rezultatele academice ale studenților. Prin aceste investigații, sperăm să contribuim la înțelegerea mai profundă a relației complexe dintre motivația intrinsecă, performanța academică și reglarea emoțională, oferind astfel perspective importante pentru dezvoltarea practicilor educaționale și a intervențiilor destinate sprijinirii succesului academic și a bunăstării studenților.

Scop și obiective

Scopul cercetării este explorarea influenței implicării motivaționale și a reglării emoționale asupra performanței academice, utilizând o abordare empirică.

Metodologia

Studiul s-a realizat pe un eșantion alcătuit din 60 de subiecți, studenți la Facultatea de Psihologie, anul I, II și III de studiu. Repartiția în funcție de gen a fost una inegală (42 femei, 28 bărbați).

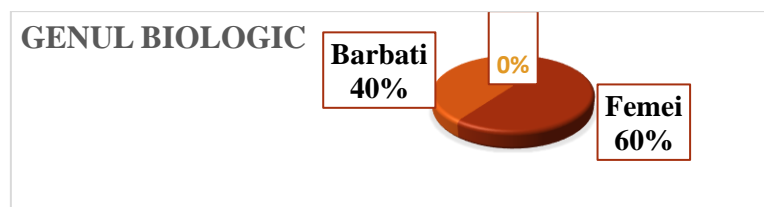


Figura 1. Genul biologic al subiecților participanți la cercetare

Pentru evaluarea performanței academice s-au luat în calcul notele, respectiv, mediile ultimului semestru încheiat, pentru implicarea motivațională s-a utilizat *Chestionarul de implicare motivațională* (IM), iar pentru reglarea emoțională s-a utilizat *Chestionarul reglării emoționale* a lui Gross și John.

Rezultate obținute

Plecând de la prezumpția că există o relație între performanța academică și implicarea motivațională, s-au realizat analizele statistice care să verifice aceste date.

Așa cum ne spune și Chestionarul IM, există 4 dimensiuni sau indicatori ai motivației, și anume: *recunoașterea* și *recompensa* – indicatori ai motivației extrinseci și *plăcerea* și *provocarea* – indicatori ai motivației intrinseci.

S-a observat că mediile (semestriale) care indică performanța academică sunt mai mari în rândul studenților care au o motivație predominant intrinsecă, deci scoruri mai mari pentru dimensiunea *plăcere* și *provocare*; iar studenții care au o motivație predominant extrinsecă, scoruri mai mari pentru *recunoaștere* și *recompensă*, au o performanță academică mai scăzută (medii semestriale mai mici).

Corelația Spearman (neparametrică, conform distribuției anormale a variabilelor) dintre *performanța academică* și *recunoaștere* este egală cu -0.720^{**} , la un nivel de semnificație egal cu 0.0001 , $p < 0.010$. Corelația negativă indică o asociere semnificativă din punct de vedere statistic între performanța academică mare și scorurile mici ale *recunoașterii*, care este un indicator al motivației extrinseci.

Corelația Spearman dintre *performanța academică* și *recompensă* este egală cu -0.793^{**} , la un nivel de semnificație egal cu 0.0001 , $p < 0.010$. Corelația negativă indică o asociere semnificativă din punct de vedere statistic între performanța academică mare și scorurile mici ale *recompensei*, care este un indicator al motivației extrinseci.

Coefficientul de corelație Spearman al relației dintre *performanța academică* și *plăcere* este egală cu 0.744^{**} , la un nivel de semnificație egal cu 0.0001 , $p < 0.01$. Corelația pozitivă indică o asociere semnificativă din punct de vedere statistic între performanța academică mare și scorurile mari ale *plăcerii*, care este un indicator al motivației intrinseci.

Coefficientul de corelație Spearman al relației dintre *performanța academică* și *provocare* este egală cu 0.763^{**} , la un nivel de semnificație egal cu 0.0001 , $p < 0.010$. Corelația pozitivă indică o asociere semnificativă din punct de vedere statistic între performanța academică mare și scorurile mari ale *provocării*, care este un indicator al motivației intrinseci.

Tabelul 1. Corelațiile Spearman dintre cele patru dimensiuni ale implicării motivaționale și performanța academică

| | | Performanta academica |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Performanță academică | Correlation Coefficient | 1.000 |
| | Sig. (2-tailed) | . |
| | N | 60 |
| Recunoaștere | Correlation Coefficient | -0.720^{**} |
| | Sig. (2-tailed) | 0.000 |
| | N | 60 |
| Spearman's rho Recompensă | Correlation Coefficient | -0.793^{**} |
| | Sig. (2-tailed) | 0.000 |
| | N | 60 |
| Plăcere | Correlation Coefficient | 0.744^{**} |
| | Sig. (2-tailed) | 0.000 |
| | N | 60 |
| Provocare | Correlation Coefficient | 0.763^{**} |
| | Sig. (2-tailed) | 0.000 |
| | N | 60 |

Datele statistice oferă informații semnificative cu privire la relația dintre motivația extrinsecă și intrinsecă și performanța academică a studenților.

Corelația negativă semnificativă între performanța academică și recunoașterea ($r = -0.720$, $p < 0.010$) și recompensă ($r = -0.793$, $p < 0.010$) indică faptul că studenții cu scoruri mai mari în dimensiunile recunoașterii și recompensei, care sunt indicatori ai motivației extrinseci, au tendința de a obține performanțe academice mai scăzute. Acest lucru sugerează că o motivație predominant extrinsecă poate fi asociată cu o atitudine mai puțin angajată față de învățare și cu rezultate academice mai slabe.

Pe de altă parte, corelațiile pozitive semnificative între performanța academică și plăcere ($r = 0.744$, $p < 0.010$) și provocare ($r = 0.763$, $p < 0.010$) indică că studenții cu scoruri mai mari în aceste dimensiuni, care sunt indicatori ai motivației intrinseci, au tendința de a obține performanțe academice mai bune. Acest lucru sugerează că o motivație predominant intrinsecă poate fi asociată cu o abordare mai implicată și mai motivată față de învățare, ceea ce conduce la rezultate academice mai bune.

Aceste constatări subliniază importanța motivației intrinseci în promovarea succesului academic. Când studenții sunt motivați de *plăcerea* și *provocarea* aduse de învățarea în sine, ei sunt mai predispuși să fie implicați și să depună eforturi suplimentare pentru a-și atinge obiectivele academice. În schimb, o motivație predominant extrinsecă, bazată pe recunoaștere și recompense externe, poate avea tendința de a submina interesul și angajamentul studenților în procesul de învățare, conducând la performanțe academice mai slabe.

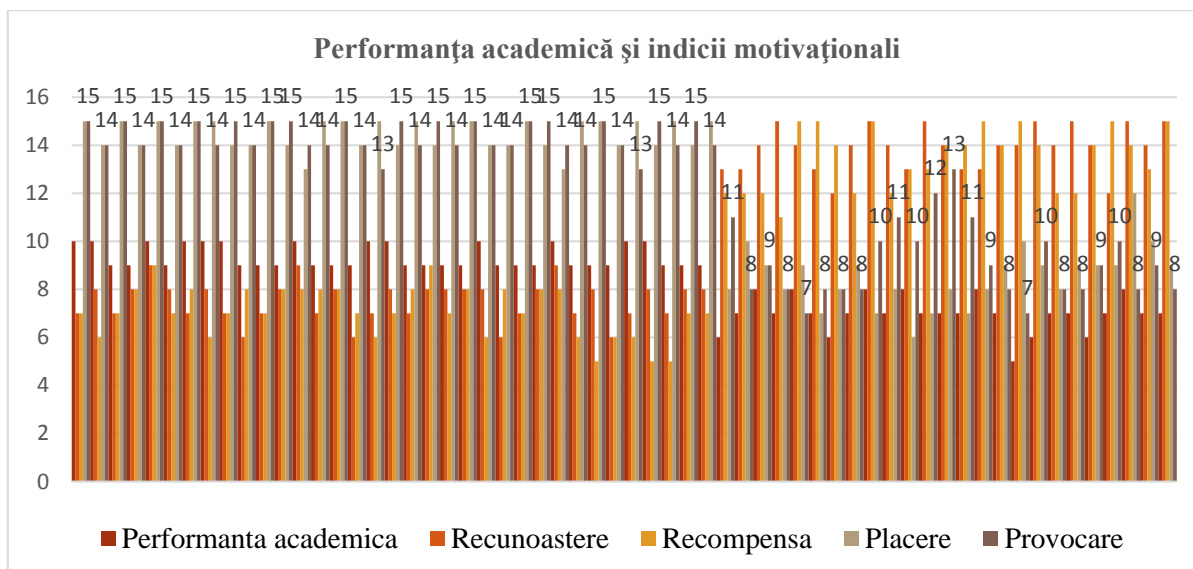


Figura 2. Graficul relației dintre performanța academică și indicii motivaționali

Promovarea și susținerea motivației intrinseci ar putea fi o strategie eficientă în îmbunătățirea performanței academice și a succesului școlar al studenților.

Plecând de la presupunerea că există o relație între performanța academică și reglarea emoțională, s-a observat că mediile performanței academice sunt mai mari în rândul studenților care au o capacitate mai dezvoltată de reglare emoțională. Astfel, studenții cu performanțe academice mai mari au o mai bună capacitate de recalculare, iar nivelul supresiei este mai redus.

Tabelul 2. Corelațiile Spearman dintre performanța academică și cele două dimensiuni ale reglării emoționale – recalcularea și supresia

| | | Performanța academică | Recalculare | Supresie | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-------------|----------|----------|
| Spearman's rho | Performanța academică | Correlation Coefficient | 1.000 | 0.724** | -0.789** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | 0.000 | 0.000 |
| | | N | 60 | 60 | 60 |
| | Recalculare | Correlation Coefficient | 0.724** | 1.000 | -0.803** |
| | | Sig. (2-tailed) | 0.000 | . | 0.000 |
| | | N | 60 | 60 | 60 |
| | Supresie | Correlation Coefficient | -0.789** | -0.803** | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0.000 | 0.000 | . |
| | | N | 60 | 60 | 60 |

**** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Coeficientul de corelație Spearman dintre *performanța academică* și *recalculare* este egal cu 0.724**, $p = 0.0001$, $p < 0.01$. Corelația este una pozitivă, ceea ce dovedește o asociere între scorurile mari ale performanței și *scorurile mari ale recalculării*.

Coeficientul de corelație Spearman negativ și semnificativ între *performanța academică* și *supresie* egal cu -0.789**, $p = 0.0001$, $p < 0.01$ indică o asociere puternică între aceste două variabile. Această corelație sugerează că studenții care obțin scoruri mai mari în performanța lor academică au, de asemenea, tendința de a avea *scoruri mai mici pentru supresie*.

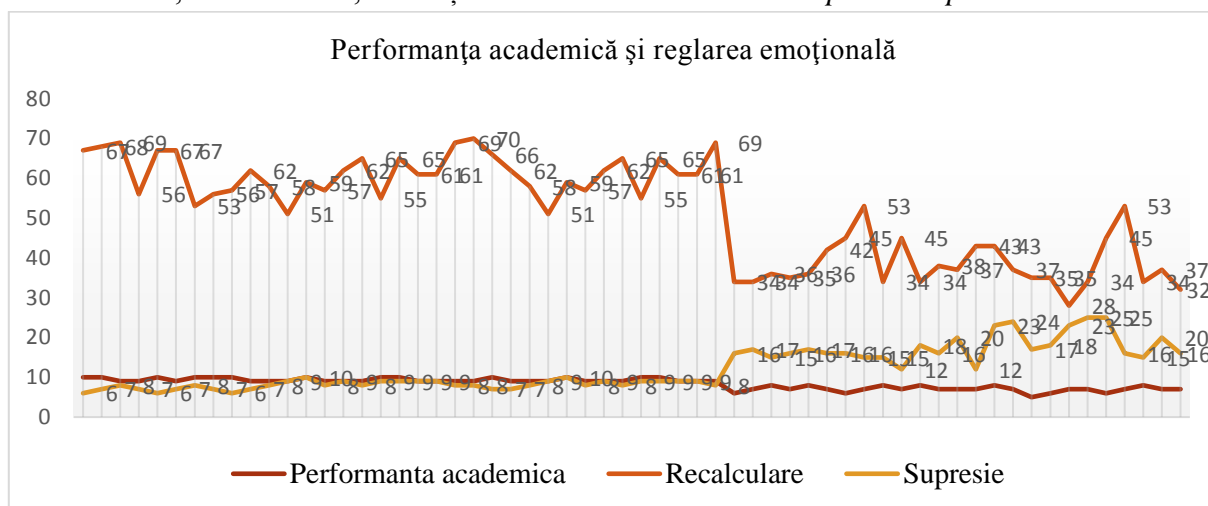


Figura 3. Performanța academică și reglarea emoțională (recalculare și supresie)

Din figura 3 observăm faptul că mediilor mari, mai apropiate de 10, ale performanței acedemice le corespund scorurile mici ale supresiei și scorurile mari ale recalculării.

Recalcularea, ca dimensiune a reglării emoționale, se referă la capacitatea individului de a-și reevalua și reinterpretă emoțiile și experiențele într-un mod pozitiv și adaptabil. Acest proces implică identificarea și modificarea gândurilor și percepțiilor negative sau autodepreciative, care pot afecta starea de spirit și performanța academică. Supresia emoțiilor, ca dimensiune a reglării emoționale, se referă la tendința individului de a reprima sau de a inhiba exprimarea emoțiilor.

Acest lucru poate include evitarea sau ascunderea emoțiilor negative sau dificile, în special în situații sociale sau academice.

Datele indică spre faptul că studenții care sunt capabili să își regleze emoțiile în mod eficient și să facă față provocărilor academice au tendința de a obține performanțe academice mai bune. Acest lucru sugerează că propria capacitate de a recalcula emoțiile și de a adopta o perspectivă optimistă și constructivă poate fi un factor important în promovarea succesului academic și în gestionarea stresului și anxietății legate de învățare.

În concluzie, rezultatele arată că recalcularea emoțiilor reprezintă un aspect important al reglării emoționale în contextul academic și este asociată cu o performanță academică mai bună. Promovarea abilităților de recalculare și dezvoltarea unei perspective pozitive și adaptabile ar putea fi strategii eficiente în sprijinirea succesului academic al studenților.

Pe de altă parte, suprimarea excesivă a emoțiilor poate afecta negativ procesul de învățare și performanța academică. Faptul că există o asociere negativă semnificativă între performanța academică și supresia emoțiilor sugerează că această abordare poate fi dăunătoare și ar putea submina succesul academic al studenților.

Rezultatele semnaleză că propria capacitate de a gestiona și exprima emoțiile într-un mod sănătos și constructiv poate fi un aspect important al reglării emoționale în contextul academic și este asociată cu o performanță academică mai bună.

Concluzii

Studenții cu o motivație predominant intrinsecă, evidențiată prin scoruri mai mari în dimensiunile plăcere și provocare, au înregistrat performanțe academice mai bune, exprimate prin medii semestriale mai mari. Aceasta sugerează că interesul și angajamentul natural față de învățare și realizările personale pot fi factori-cheie în obținerea succesului academic.

În contrast, studenții cu o motivație predominant extrinsecă, reflectată prin scoruri mai mari pentru recunoaștere și recompensă, au prezentat performanțe academice mai slabe, exprimate prin medii semestriale mai mici.

S-a observat și o asociere pozitivă și semnificativă între performanța academică și recalculare. Studenții care obțin scoruri mai mari în performanța lor academică au, de asemenea, scoruri mai mari pentru recalculare. Acest rezultat dezvăluie capacitatea de a reevalua și reinterpretă emoțiile într-un mod pozitiv și adaptabil, care poate fi asociată cu succesul academic.

De asemenea, există o asociere negativă și semnificativă între performanța academică și supresie. Studenții care obțin scoruri mai mari în performanța lor academică au scoruri mai mici pentru supresie. Acest rezultat denotă că aptitudinea de a reprima sau inhiba expresia emoțiilor poate fi asociată cu performanțe academice mai scăzute.

Împreună, aceste concluzii susțin ideea că implicarea motivațională și reglarea emoțională sunt factori importanți în determinarea succesului academic. O motivație intrinsecă susține buna performanță academică, iar capacitatea de a recalcula emoțiile într-un mod adaptabil și de a face față emoțiilor fără a le reprima poate contribui, de asemenea, la succesul academic al studenților.

Bibliografie:

1. BRACKETT, M.A., KATULAK, N.A. Emotional Intelligence in the Classroom: Skill-Based Training for Teachers and Students. In J. Ciarrochi & J. D. Mayer (Eds.), *Applying emotional intelligence: A practitioner's guide* (pp. 1–27). Psychology Press. 2007. ISBN 9781315782935.
2. DAVIS, S.K. et al. Emotion regulation in the classroom: Conceptualization, implications, and research directions. *Emotion Review*. 2018. 10(3), 1–14. DOI:10.1007/s10964-022-01678-2.
3. DWECK, C.S. *Mindset: The new psychology of success*. Ballantine Books. 2006, 320 p. ISBN 978-0345472328.
4. LINNENBRINK-GARCIA, L. et al. Measuring situational interest in academic domains. *Educational and Psychological Measurement*. 2010. 70, 647-671. <https://doi.org/10.1177/0013164409355699>.
5. PINTRICH, P. R., SCHUNK, D. H. *Motivation in education: Theory, research, and applications*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Merrill Prentice Hall. 2002. 433 p. ISBN 9780132281553.
6. VASILIU, D. Relații între factorii de personalitate din teoria social-cognitivă și performanța academică. In: *Tendințe moderne în psihologia practică*. Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2017, pp. 107-117. ISBN 978-9975-46-370-6.
7. ZIMMERMAN, B.J. (2000). *Attaining self-regulation: A social cognitive perspective*. Handbook of self-regulation, Academic Press, 2000. pp. 13-39. ISBN 9780121098902.

**РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ В СОЗДАНИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИ-БЕЗОПАСНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ**

**DEVELOPMENT OF PEDAGOGICAL COMPETENCIES IN CREATING
A PSYCHOLOGICALLY SAFE EDUCATIONAL ENVIRONMENT**

**DEZVOLTAREA COMPETENȚELOR PEDAGOGICE ÎN CREAREA UNUI MEDIU
EDUCAȚIONAL SIGUR DIN PUNCT DE VEDERE PSIHOLGIC**

Valeri GANUZIN, dr.,

Institutul de Educație Postuniversitară, Yaroslavl, Rusia

ORCID: 0000-0002-7436-6182

Elena KOVALEVA, dr., conf. univ.,

UPS „Ion Creangă” din Chișinău

ORCID: 0000-0002-2657-1296

covaliova.elena@upsc.md

Valeri GANUZIN, PhD,

Institute of Postgraduate Education, Yaroslavl, Russia

Elena KOVALEVA, PhD, Associate Professor,

“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 373.091:159.9

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p164-168

Abstract. The creation of a psychological and pedagogical environment is an important aspect of a teacher's activity. Psychological safety is closely related to the conditions for the development of children's personality. The competence of a teacher should include the ability to create and maintain conditions for the psychological safety of the children. Communication and personality traits of the teacher are factors ensuring the psychological safety of the educational environment. The components of the psychological safety of the educational environment are the humanistic orientation of the school, the psychological climate, the socio-psychological structure of the teaching staff, and the psychological organization of the conditions for the transfer of knowledge.

Keywords: pedagogical competencies, psychological safety of the educational environment, humanistic orientation, psychological climate.

Rezumat. Crearea unui mediu psihologic și pedagogic este un aspect important al activității unui profesor. Siguranța psihologică este strâns legată de condițiile de dezvoltare a personalității copiilor. Competența unui profesor ar trebui să includă capacitatea de a crea și menține condiții pentru siguranța psihologică a copiilor. Comunicarea și trăsăturile de personalitate ale profesorului sunt factori care garantează siguranța psihologică a mediului educațional. Componentele securității psihologice a mediului educațional sunt orientarea umanistă a școlii, climatul psihologic, structura socio-psihologică a corpului didactic, organizarea psihologică a condițiilor de transfer de cunoștințe.

Cuvinte-cheie: competențe pedagogice, siguranță psihologică a mediului educațional, orientare umanistă, climat psihologic.

В настоящее время под профессиональной компетентностью педагога принято понимать интегральную характеристику деловых и личностных качеств, отражающую

уровень знаний, умений и навыков, опыта, достаточных для осуществления педагогической деятельности, которая связана с принятием решений в различных профессиональных ситуациях. Концепция психологической безопасности образовательной среды – это система взглядов на обеспечение безопасности участников от угроз позитивному развитию и психическому здоровью в процессе педагогического взаимодействия. Целью образования на современном этапе общественной жизни является формирование личности, способной к самоактуализации. Образовательные учреждения должны создавать стабильные условия для процесса развития детей, обеспечивать его устойчивость, безопасность, сопротивляемость негативным воздействиям социальной среды.

Безопасность – это состояние защищенности (человека и среды), а также способность отражать неблагоприятные внешние и внутренние воздействия. Л.С. Выготский указывает на важность роли социальной среды непосредственно её влияния на развитие школьников. Социальная среда является прямым источником генезиса всех специфических зарождающихся человеческих свойств личности, приобретаемых ребенком, как источник социального развития ребенка, которое возникает в процессе реального взаимодействия идеальных и имеющихся форм [1]. П.А. Кисляков представляет среду как сложившуюся полиструктурную систему прямых и косвенных воспитательно-обучающих воздействий, реализующих явно или неявно представленные педагогические установки учителей, характеризующие сами цели, методы, задачи, средства и формы образовательного процесса в определенной школе [4]. В.И. Панов выделил эко-психологический подход к пониманию образовательной среды: под образовательной средой понимается система педагогических и психологических условий и влияний, которые создают возможности для раскрытия личного потенциала, интересов и способностей развивающейся личности учащихся в соответствии с природными задатками и требованиями возрастной социализации [5].

Ребенок может развиваться только в среде с определенными параметрами, один из самых существенных – безопасность. Безопасность - это свойство системы, включающей в себя потенциальные угрозы для них. Она обеспечивается стабильностью, устойчивостью, стойкостью и использованием ею следующих методов: уклонение, защита либо уничтожение источников опасности, угроз и вызовов. Под устойчивостью подразумевается способность нормально функционировать при изменениях среды. Стабильность – совокупность устойчивостей к длительно действующим возмущающим факторам. Стойкость – способность системы сохранять функционирование в условиях целенаправленного противодействия. Образовательные учреждения, представляя собой социальный институт, образуют систему обеспечения психологической безопасности. С точки зрения человеческого фактора психологическая безопасность рассматривается: как повышение уровня индивидуальной защищенности человека путем формирования механизмов организации более безопасного поведения. Угрозой психологической безопасности является отсутствие у учащихся образовательной среды удовлетворенности основными характеристиками процесса взаимодействия, так как именно в этом процессе содержатся возможности и условия, обеспечивающие личностное развитие. Эмпирическими проявлениями безопасности являются: эмоциональный комфорт, возможность высказать свою точку зрения; уважительное отношение к себе; сохранение

личного достоинства; возможность обратиться за помощью, учет личных проблем и затруднений; внимание к просьбам и предложениям; помощь в выборе собственного решения. Важным условием, придающим образовательной среде развивающий характер, является ее психологическая безопасность. Психологическую безопасность образовательной среды необходимо обеспечить. Обеспечение психологической безопасности образовательной среды и, как следствие, охрана и поддержание психического здоровья учащихся должно быть приоритетным направлением деятельности педагогов [2]. Единое образовательное пространство создается за счет компетентности педагогов, направленной на сохранение и укрепление физического, психического, социального здоровья школьников [3]. Безопасность реализуется в системе мер, направленных на предотвращение угроз для позитивного, устойчивого развития личности детей. В психологическом смысле – это взаимодействие педагога с детьми, сопровождающее психологической безопасностью образовательной среды. С точки зрения человеческого фактора психологическая безопасность рассматривается как профессионализм педагога, безопасность в деловой коммуникации и учет психологической сущности угроз.

Основными компонентами профессиональной компетентности педагога являются:

- социально-правовая компетентность – знания и умения в области взаимодействия с общественными институтами и людьми, а также владение приемами профессионального общения и поведения;
- персональная компетентность – способность к постоянному профессиональному росту и повышению квалификации, а также реализации себя в профессиональном труде;
- специальная компетентность – подготовленность к самостоятельному выполнению конкретных видов деятельности, умение решать типовые профессиональные задачи и оценивать результаты своего труда, способность самостоятельно приобретать новые знания и умения по специальности;
- экстремальная компетентность – способность действовать во внезапно усложнившихся условиях, нарушениях технологических процессов.

Профессиональная компетентность определяет качество деятельности педагога. Компетентность подразумевает знания, особого рода предметные навыки, способы мышления, а также понимание ответственности за свои действия.

Компетентность как решение профессиональных проблем основана на жизненном опыте педагога, его ценностях, склонностях и способностях. Профессиональная компетентность характеризуется постоянным стремлением к совершенствованию, приобретению все новых знаний и умений, обогащению деятельности. Компетентность подразумевает и включает, помимо «готовых» знаний и опыта осуществления известных способов деятельности, опыт творческой деятельности и эмоционально-ценностных отношений. Именно усвоение этих элементов позволяет педагогу не только соответствовать в современным требованиям к образованию в качестве профессионала, но и быть в состоянии изменить существующую реальность, оптимально воздействовать на личность ребенка. Для психологической безопасности образовательной среды существуют угрозы. Основной угрозой во взаимодействии участников образовательной среды является получение психологической травмы, в результате которой наносится

ущерб позитивному развитию и психическому здоровью, удовлетворению основных потребностей, т. е. возникает препятствие на пути самоактуализации учащихся. Основной источник психотравмы – психологическое насилие в процессе взаимодействия.

Таким образом компетентность педагога - это уровень готовности осуществлять практические задачи на новом уровне, который обеспечивает безопасную среду для учащихся, их личностное развитие. Наиболее значимыми из видов профессиональной компетенции в этом отношении можно считать социально-психологическую и психолого-педагогическую компетенции. Владение педагогом базовыми психолого-педагогическими знаниями и умениями, обуславливающими успешность решения широкого круга воспитательных и образовательных задач, умение реализовать индивидуальные способы взаимодействия с детьми способствуют обеспечению безопасности образовательной среды для учащихся. Эти виды компетентности можно рассматривать как способность эффективно взаимодействовать с субъектами образовательного процесса в системе межличностных отношений, как умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно определять личностные особенности и эмоциональное состояние других людей, выбирать адекватные способы обращения с ними и реализовывать эти способы в процессе взаимодействия. Психологически безопасными можно считать такие межличностные отношения, которые вызывают у учащихся чувство принадлежности (референтной значимости среды), убеждают ребенка, что он пребывает вне опасности, т.е. в отсутствии вышечисленных угроз, укрепляют психическое здоровье. Компетентность педагога, способствующая созданию безопасной образовательной среды для развития личности ребенка, предусматривает:

- способность педагога к индивидуализации образовательных воздействий, умений различать индивидуальные черты личности ребенка и в соответствии с ними изменять процесс взаимодействия (например, при модификации коррекционно-развивающих программ);
- эмпатия как способность к сочувствию, сопереживанию к детским переживаниям, к пониманию состояния детей, как готовность оказать им посильную помощь (предполагает определение возможных путей выхода из фрустрирующей ситуации);
- способность к саморегуляции, как умение педагога управлять собственным эмоциональным состоянием и мобилизовывать психические функции;
- рефлексия как способность осознавать собственные потребности и мотивы педагогической деятельности, анализировать свои мысли, чувства и поступки, как способность к самопознанию и самоактуализации;
- толерантность как стрессоустойчивость, как отсутствие или ослабленное реагирование на неблагоприятные факторы образовательной среды (проявляется в выдержке, самообладании).

Особое значение в развитии педагогической компетентности приобретает *эмпатия* - умение поставить себя на место ученика, понять цель, мотивы его деятельности, а значит и его самого. Это умение связано с личностной компетенцией в профессиональной деятельности, оно поможет учителю лучше ориентироваться в педагогических ситуациях, понимать ученика. *Рефлексия* – это способ анализа своих действий и введение быстрых поправок в учебный процесс. Рефлексия – это свойство психики отражать свои

собственные состояния, отношения, переживания, управлять личностными ценностями. Отрефлексировать – это значит «пропустить через свой внутренний мир», «оценить». Рефлексия – это способность взглянуть на себя со стороны, проанализировать свои действия и поступки, оценить уровень безопасности для учащихся организуемого воздействия. Особенно актуально в педагогической деятельности владение умениями саморегуляции. *Саморегуляция* – это не только умение регулировать деятельность, она включает также представления о нормах взаимоотношений с другими людьми, регуляцию своего эмоционального состояния. В саморегуляции самостоятельно поставленные цели и их достижение переводят регуляцию педагогической деятельности в осознанную саморегуляцию. Саморегуляцию можно считать проявлением регулятивной функции самосознания. Саморегуляция педагога способствует созданию условий для благополучия и безопасности детей в образовательном пространстве.

Ригидность мышления, авторитарность в отношениях, тревожность затрудняют реализацию педагогической деятельности, ее развитие. Такие личностные свойства, как уверенность, инициативность, настойчивость также влияют на весь процесс педагогического взаимодействия. Эти качества связаны с волевыми характеристиками личности педагога. Свойствами воли является инициативность, настойчивость, которая способствует целеустремленности, достижению цели в самых сложных педагогических ситуациях, способности гибко и адекватно реагировать в них.

В безопасной среде, создаваемой педагогом посредством повышения своей компетентности, вырастает здоровая личность, которая принимает решения, проявляет активность для благополучия себя и окружающих, т. е. фактически безопасная среда – та, которая сохраняет, поддерживает и развивает психическое здоровье и психологическое благополучие ее участников.

Библиография:

1. ВЫГОТСКИЙ Л.С. *Психология развития человека*. М.: Смысл; Эксмо, 2005, 1136 с. ISBN 5-699-13728-9.
2. ГАНУЗИН В.М., КОВАЛЕВА Е.А. Анализ психотравмирующих факторов образовательной среды (научный обзор) In: *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2022. № 1, с. 5-11. EDN XRVRES.
3. ЗИМНЯЯ И. А. *Педагогическая психология*. Учебник для вузов. Изд. второе, доп., испр. и перераб. М.: Издательская корпорация «Логос», 2000. 384 с. ISBN 5-88439-097-1.
4. КИСЛЯКОВ, П.А. *Безопасность образовательной среды. Социальная безопасность: учебное пособие для вузов*. 2-е изд., испр. и доп. Москва: Юрайт, 2024. 156 с. ISBN 978-5-534-11818-6.
5. ПАНОВ, В.И. *Психодидактика образовательных систем: теория и практика*. СПб.: Питер, 2007. 352 с. ISBN 978-5-91180-152-6.
6. *Психологическая безопасность личности*. А.И. ДОНЦОВ, Ю.П. ЗИНЧЕНКО, О.Ю. ЗОТОВА, Е.Б. ПЕРЕЛЫГИНА. Учебник и практикум для вузов. Москва: Юрайт, 2024. 222 с. ISBN 978-5-534-09996-6.

FENOMENUL BULLYING: PERSPECTIVE TEORETICE EXPLICATIVE

THE BULLYING PHENOMENON: THEORETICAL APPROACHES

Mărioara ARDELEAN, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0008-1481-6648
ardelean_marioara@yahoo.com

Mărioara ARDELEAN, PhD student,
„Ion Creangă” SPU of Chisinau

CZU: 316.613.43

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p169-173

Abstract. The bullying phenomenon is annually bringing prejudice to the emotional and physical wellbeing of millions of people worldwide, leaving behind hard-to-heal trauma. Although it is considered an antisocial behaviour equally acknowledged and condemned by the public opinion, recent statistics outline an increasing rate of incidence, fact that reiterates the importance of accurately pinpointing the contexts which allow the emergence of this phenomenon and, obviously, of identifying the optimal methods of intervention. This article captures, in summary, the main explanatory theories that complete the information picture (the corpus of information), uniting the individual and the systemic perspectives.

Keywords: bullying, teenagers, theoretical approaches, mental health.

BULLYING este un concept teoretic ce stârnește și la ora actuală interesul cercetătorilor și practicienilor datorită ratei ridicate de apariție, în special în mediul școlar, în ciuda eforturilor dedicate sensibilizării elevilor cu privire la efectele negative declanșate de un astfel de comportament. Dan Olweus, nume de referință în literatura de specialitate, definește conceptul ca fiind acțiunea negativă prin care un agresor provoacă în mod intenționat o stare de disconfort fizic sau psihic unei victime care are dificultăți în a se apăra [4].

Violența școlară reprezintă o încălcare gravă a unor drepturi fundamentale ale copilului, precum cel la educație, sănătate și bunăstare. Atât timp cât elevii se confruntă cu diferite forme de agresivitate manifestate în mediul școlar, nu putem vorbi de educație de calitate. Acest fenomen se manifestă atât sub forma unor acțiuni singulare, cât și sub forma intimidărilor permanente, înjosirilor și a hărțuirii sistematice. În cel de-al doilea caz vorbim despre *bullying*. Cuvântul nu are o traducere exactă în limba română, însă poate fi asociat cu termenii de intimidare, terorizare, brutalizare [1].

Bullyingul are caracter universal. El poate fi întâlnit peste tot în lume, indiferent de gen, vârstă, rasă, etnie sau statut socioeconomic. Se deosebește de alte forme de agresiune prin următoarele caracteristici specifice: (1) intenția agresorului de a-și răni ținta; (2) caracterul repetitiv; (3) dezechilibrul de putere dintre actorii implicați. Bullyingul trebuie înțeles ca fenomen de grup care se petrece într-un context social și care implică tranzații între cei implicați și mediul în care se află. Înțelegem astfel că:

- (1) Victima este aleasă pentru un anumit motiv.
- (2) Bullyingul nu este un act aleatoriu de agresiune față de victimă, ci o acțiune intenționată inițiată de agresor.

(3) Între agresor și victimă se activează un proces dinamic de interacțiuni ce întreține comportamentul de hărțuire.

(4) Procesul este menținut și întreținut de contextul social în care se petrece hărțuirea.

Fenomenul de bullying reprezintă, înainte de toate, o problemă de sănătate publică, cu adevărat serioasă pentru copiii și adolescenții de pretutindeni. În contextul unor transformări accelerate în planurile dezvoltării fizice și psihice, preadolescența este una dintre cele mai vulnerabile și predispuse vârste la influența factorilor nocivi. Anxietatea, trăsătură afectivă vagă și difuză de neliniște și îngrijorare fără o cauză anume, poate înregistra valori ridicate ce influențează negativ funcționarea individului, inclusiv sub aspect școlar [5]. Mai mult, studiile focalizate pe explorarea variabilelor relevante în raport cu asumarea statutului de agresor subliniază rolul mediator al furiei și al problemelor de externalizare în apariția acestui tip de comportament antisocial [2], ceea ce denotă că agresorul, la rândul lui, este predispus să dezvolte o serie de simptome specifice.

Rezultatele a numeroase studii au evidențiat o corelație puternică între experiența bullyingului și riscul de a dezvolta probleme de sănătate mintală pe termen lung, atât la agresori, cât și la victime. Conform analizei situației privind sănătatea mintală din România, la nivelul anului 2021, cea mai frecvent întâlnită tulburare psihiatrică a copilăriei și adolescenței este tulburarea depresivă majoră, care, din păcate, rămâne adesea nediagnosticată și netratată din cauza variației simptomelor privind criteriile de diagnostic ale adulților [7, 8]. Mai mult, ancheta realizată de specialiștii organizației „Salvați Copiii” România relevă faptul că în anul școlar 2021-2022, prin comparație cu anul școlar anterior, au fost înregistrate 10.971 de situații de bullying, față de 7.715, ceea ce indică o creștere alarmantă a numărului de cazuri [9, 10].

Bullyingul predispune agresorii, victimele și martorii la dezvoltarea unor probleme de sănătate mintală de intensitate și gravitate diferită. Punerea în practică în mod sistematic a unui astfel de comportament reflectă aspecte influențate pe de o parte de caracteristici individuale, pe de altă parte de factori sistemici. Pentru a putea preveni sau reduce apariția acestui fenomen la nivelul școlii, este esențial să înțelegem pentru început cum anume se produce. Miza studierii aprofundate a acestei teme de actualitate o reprezintă necesitatea de a preveni apariția unor probleme de sănătate psihică în rândul școlarii.

Literatura de specialitate oferă numeroase repere teoretice care ne pot ajuta să pătrundem în lumea bullyingului ca să-i cunoaștem dinamica [6]. Aceste repere sunt grupate în două categorii: modele explicative ce pun bullyingul în relație cu factori individuali, respectiv modele explicative ce evidențiază caracterul sistemic al fenomenului. Deși fiecare dintre teorii are o perspectivă unică, niciuna nu reușește să explice exhaustiv modul în care se produce bullyingul, iar din acest motiv, se recomandă integrarea elementelor-cheie din mai multe perspective atunci când analizăm o situație particulară.

Perspectiva sistemică: influența mediului și a educației asupra bullyingului

a. Teoria socio-ecologică

Urie Bronfenbrenner, fondator al acestui model, susține că pentru a putea înțelege corect procesul de dezvoltare umană trebuie să luăm în considerare întregul sistem ecologic în care individul crește, inclusiv sub aspect biologic și genetic. Așadar, comportamentul individual este modelat de o serie de interacțiuni între diferite sisteme ilustrate în figura de mai jos. Bullyingul este un fenomen complex provocat nu doar de caracteristicile tipice ale agresorului și victimei,

ci și de interacțiunile dintre caracteristicile familiilor, școlilor, colegilor și comunității din care aceștia fac parte.

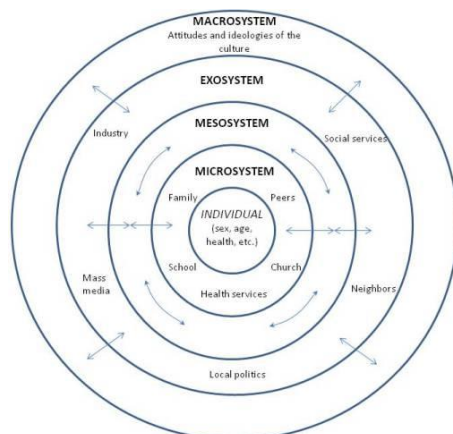


Figura 1. Structura modelului socio-ecologic

Așa cum procesul de dezvoltare umană este într-o permanentă schimbare sub influența factorilor surprinși în figura de mai sus, bullyingul rămâne un comportament determinat, la rândul lui, de o serie de factori contextuali. El poate fi mediat, de exemplu, de modelul parental care tolerează astfel de comportamente atunci când se întâmplă. Pe de altă parte, membrii grupului de apartenență sau referință care devin martori ai unui astfel de comportament contribuie la perpetuarea lui prin atitudini diferite adoptate față de agresor, respectiv, victimă.

b. Teoria sistemelor familiale

Această perspectivă teoretică, dezvoltată de M. Bowen, avansează ideea că modul de comportare al copiilor și adolescenților este determinat de tipurile de relații intrafamiliale, de influențele reciproce ce pot fi observate în acest microsistem, dar și de dinamica relațiilor dintre membrii familiei. Pattern-urile comportamentale specifice familiei sunt bidirecționale și funcționează intercondiționându-se. În acest context, comportamentul agresiv este rezultatul interacțiunilor specifice sistemului familial mai degrabă decât expresia vreunei psihopatologii individuale.

H.J. Thomas, J.P. Connor și J.G. Scott arată că acei copii și adolescenți care au experimentat fenomenul bullying în relația cu frații și surorile prezintă un risc mai mare de a adopta astfel de comportamente în relația cu colegii. De asemenea, există numeroase dovezi care susțin că relațiile disfuncționale și comportamentul dezadaptativ din familie corelează cu gradul de implicare a copiilor în comportamente de tip bullying [6].

c. Teoria socializării în grup

Grupurile de covârșnici joacă un rol esențial în modelarea comportamentului indivizilor. O atenție sporită trebuie acordată contextului social în care se petrece un episod de bullying, întrucât acesta este un proces de grup în care sunt implicate mai multe personaje: pe de o parte, actorii principali în rolurile de agresor și victimă, respectiv spectatorii, numiți în acest caz „martori”, implicați sau neimplicați, după caz. De reacțiile acestora din urmă depinde în foarte mare măsură cât de des se va repeta un astfel de comportament de hărțuire. Cum acești martori sunt prezenți în majoritatea situațiilor de bullying, agresorul alege să repună în practică acest comportament, simțindu-se astfel încurajat și susținut implicit sau explicit de către aceștia. Se pare că tinerii sunt atrași de ceilalți colegi care practică la rândul lor astfel de comportamente, ceea ce determină în realitate creșterea frecvenței de apariție a fenomenului. Mai mult, membrii

unui astfel de grup au tendința de a crede, simți și se comporta în acord cu normele de grup percepute, ceea ce crește aderența la standardele de grup privind comportamentele acceptate, chiar dacă acestea sunt nepotrivite. Conform teoriei identității sociale, indivizii sunt motivați să obțină și să mențină o identitate de sine pozitivă, iar acest lucru poate fi dobândit prin câștigarea statutului de membru într-un grup de referință considerat a fi superior altuia. Cu cât gradul de identificare cu un astfel de grup este mai mare, cu atât crește mai mult riscul de a pune în practică comportamente ostile față de outsideri. Această perspectivă teoretică oferă oportunitatea unor intervenții psihologice atât la nivelul individului, cât și la nivelul grupului.

Perspectiva individuală: influența caracteristicilor individuale asupra bullyingului

a. Teoria dezvoltării psihopatologice

Primele teorii explicative ale bullyingului vedeau fenomenul ca fiind fie o manifestare a stilului insecurizant de atașament, fie ca un comportament învățat prin observare și modelare. Teoria dezvoltării psihopatologice susține că un comportament agresiv este un comportament dezadaptativ apărut ca răspuns la factori stresori din mediu ce conduc spre apariția unor disfuncții în dezvoltare. Teoriile învățării sociale sugerează faptul că interacțiunile sociale agresive cu covârșnicii își au rădăcinile în dinamica disfuncțională a familiilor de origine. Utilizarea agresivității devine astfel un răspuns învățat de a face față unor relații tensionate sau abuzive.

b. Genetica ne oferă o altă perspectivă asupra fenomenului de bullying. Studiile axate pe caracteristicile ereditare asociate cu fenomenul bullying arată că la copii, factorii genetici explică 70% din varianța riscului de a fi implicat în calitate de victimă, respectiv 60% din varianța riscului de a repeta astfel de experiențe. Mai mult, unele trăsături de personalitate, cum ar fi impulsivitatea, corelează cu o rată mai ridicată de implicare în bullying. Aceste rezultate nu indică limitări în ceea ce privește posibilitatea de a modela aceste tipare comportamentale, ci mai degrabă ne ajută să identificăm caracteristici individuale cu care putem lucra pentru a dezvolta proiecte de intervenție eficiente.

c. Teoria controlului resurselor

Susținătorii acestui model teoretic explică comportamentul agresiv ca având rol adaptativ. Acesta are două funcții: *reactivă* (comportament activat ca răspuns la o situație periculoasă), respectiv *proactivă* (comportament intenționat asociat cu nevoia de a obține un statut superior într-un grup, ceea ce permite accesul mai rapid la resurse și controlul celorlalți). Controlul resurselor se referă la abilitatea de a accesa în mod eficient resurse sociale, informaționale sau materiale cu scopul de a satisface nevoia de dominare socială. În acest context, bullyingul poate fi înțeles ca un comportament motivat de dorința de a obține o poziție socială ridicată în grupul de referință. Din perspectivă evoluționistă, bullyingul facilitează accesul la parteneri mai viguroși și mai sănătoși.

d. Teoria socio-cognitivă a fost utilizată la început pentru a înțelege mecanismele proactive, respectiv reactive ale agresivității. Un individ apelează la comportamente agresive atunci când consideră că este o metodă eficientă de a obține un rezultat dorit.

Observăm astfel că agresivitatea este dublată în plan mental de trei elemente cognitive: (1) *auto-eficiența* – încrederea în abilitatea personală de a utiliza agresiunea; (2) *așteptările privind rezultatul* – credința că adoptând un comportament agresiv se va obține un rezultat pozitiv; (3) *valorizarea rezultatului vizat*. Pe de altă parte, agresorii pot utiliza o serie de strategii socio-cognitive pentru a reduce intensitatea vinovăției și rușinii resimțite și pentru a justifica un astfel de comportament imoral (ex., plasarea responsabilității pe umerii altei persoane, minimalizarea efectelor declanșate de hărțuire, ignorarea sau subestimarea consecințelor negative, învinovățirea victimei pentru declanșarea comportamentului). O altă idee importantă

este aceea că între moralitate și bullying există o corelație negativă, așadar eventuale programe de intervenție gândite în sensul dezvoltării emoționale și a abilităților de relaționare socială și-ar putea dovedi eficiența.

Până la urmă, atât perspectiva focalizată pe caracteristicile individului, cât și cea focalizată pe caracteristicile sistemelor din care acesta face parte, oferă informații utile în înțelegerea fenomenului bullying sub aspectul factorilor care îl determină, mențin sau atenuează, însă niciuna dintre ele nu îl poate explica exhaustiv, de aceea, considerăm utilă analiza amănunțită a fiecărui comportament de hărțuire ținând cont de toate ipotezele discutate. În contextul în care statisticile prezintă o incidență crescută de apariție a acestui fenomen, în special în mediul școlar, subliniem încă o dată vulnerabilitatea implicită a vârstelor de dezvoltare care favorizează apariția unor probleme de sănătate mintală la copiii și adolescenții expuși la factori cu impact nociv asupra dezvoltării socioemoționale. Astfel, reținem faptul că, de exemplu, deși anxietatea este considerată ca fiind o problemă acută a vremurilor în care trăim, totuși la preadolescenți, ea se manifestă mai pregnant [3]. Evident, experimentarea rolului de victimă a fenomenului bullying, nu face decât să accentueze și mai mult aceste stări invalidante pentru funcționarea optimă.

De cunoașterea aprofundată a acestor aspecte teoretice depinde calitatea intervențiilor educaționale, întrucât constatăm necesitatea unei abordări exhaustive care să ne ghideze eficient în explorarea și combaterea fenomenului. Mai mult, documentarea permanentă pe acest subiect ne deschide noi orizonturi în descoperirea celor mai eficiente metode de combatere a fenomenului și a efectelor devastatoare pe care le produce.

Bibliografie:

1. ARDELEAN, Mărioara. Fenomenul bullying în rândul adolescenților: delimitări conceptuale și caracteristici. În: *Revista conferinței internaționale „Spațiu de cercetare educațional: realități și perspective de îmbunătățire a calității educației”*, 30.11.2023, Comrat, 2023.
2. IONESCU, A., ȘIPOȘ, R., MUNTEANU, O., LINTA, A., BALAN, R., DOBREAN A., PREDESCU, E. Rolul furiei și al problemelor de externalizare în asocierea dintre iritabilitate și implicarea în bullying ca agresor. *Journal for Neurology & Psychiatry of Child & Adolescent in Romania*. 2021, nr. 27(4), p. 53. ISSN 2068-8040.
3. LOSÎI, E., RACU, Iu. Anxietatea școlară la preadolescenți. In: *Psihologie, revista științifico-practică*. 2011, nr. 3, pp. 3-7. ISSN 1857-2502.
4. OLWEUS, D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden: Blackwell Publishing, 1993, p. 140.
5. RACU, Iu. Anxietatea școlară. In: *Probleme actuale ale științelor umanistice*. Analele șt. ale doc. și comp. 2008, V. 7. P. II., pp. 378-386.
6. THOMAS, H.J., CONNOR, J.P. & SCOTT, J.G. (2017). Why do children and adolescents bully their peers? A critical review of key theoretical frameworks. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017. Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1462-1>

Surse web:

7. <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-evaluare-si-promovare-a-starii-de-sanatate-cnepss/starea-de-sanatate/boli-netransmisibile/sanatate-mintala/>
8. <https://insp.gov.ro/download/analiza-de-situatie-2021-pdf/>
9. https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2023-11/numarul-cazurilor-de-bullying-din-scoli-a-crescut-cu-aproape-o-treime_1.pdf
10. <https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2023-11/studiu-pest-un-sfert-dintre-copii-au-fost-agresori-jumatate-spun-ca-au-fost-victime-ale-bullying-ului.pdf>

STAREA DE BINE ȘI TRĂSĂTURILE DE PERSONALITATE LA ADULȚI ¹

THE WELLBEING AND PERSONALITY TRAITS AT ADULTS

Iulia RACU, dr. hab., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-9096-7121
racu.iulia@upsc.md

Elena SOROCHIN, master,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-7109-998X

Iulia RACU, Doctor Habilitatus, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Elena SOROCHIN, master,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.923.2

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p174-177

Abstract. The article contains the results of an experimental research of well-being, gender difference in well-being manifestation and relationship between well-being and personality traits at adults. The sample of research was formed from 80 adults aged 21 – 76 years old. In order to investigate well-being and personality traits on all adults we applied: The Oxford Happiness Questionnaire, Freiburg Personality Inventory. As results we established that all the adults have a moderate (87,50%) and high level (12,50%) of well-being. For the adults with high level of well-being the defining elements are: a good health, a high level of life-satisfaction and harmonious, assertive and efficient relationship with others. A higher level of well-being is characteristic to the women. For adults with high level of well-being are particular the following personality traits: calm character, emotional stability, sincerity, sociability and extraversion.

Keywords: well-being, gender difference, personality traits, adulthood.

În științele contemporane, în special în psihologia pozitivă, un concept recent apărut este starea de bine. Aceasta cuprinde o bună și echilibrată funcționare a individului în varii sfere: biologică, psihică, emoțională, socială și sufletească. Starea de bine înglobează realizarea de sine atât în domeniul personal, cât și în cel profesional, mulțumirea de propria viață, un sentiment de prețuire de sine, încadrarea în viața comunității și a societății, precum și un set de valori armonioase [1]. Domeniul biologic cuprinde nivelul sănătății. Prezența sănătății ne vorbește despre un nivel favorabil al stării de bine. Dimensiunea psihică a stării de bine include împlinirile atinse și o evoluție permanentă a propriilor capacități. Componenta emoțională a stării de bine presupune un management eficient al trăirilor și experiențelor emoționale, un nivel înalt de

¹ Articolul este elaborat în cadrul subproiectului „Mecanisme psihologice de promovare a stării de bine în sistemul educațional”, MPPSSE 040112.

reziliență și o capacitate dezvoltată de a face față adversităților. Compartimentul social al stării de bine reprezintă o funcționare armonioasă, activă și asertivă a individului cu ceilalți. În plus, vom menționa aici și manifestarea comportamentului prosocial. Nu ne putem imagina starea de bine fără sistemul valorilor ființei umane ce trebuie să fie în concordanță cu comportamentele și atitudinile acestuia [1].

În cercetările ce vin să fundamenteze starea de bine sunt evidențiate: componentele acesteia, caracteristicile de personalitate ce se regăsesc la un individ cu nivel ridicat al stării de bine, particularitățile sferei de bine la copii și adulți, precum și specificul stării de bine la angajații din diferite profesii și domenii [1, 2, 3, 4, 5].

În concordanță cu cele expuse, am lansat un scop pentru demersul experimental: *investigarea stării de bine la adulți, precum și stabilirea caracteristicilor de personalitate la adulții cu nivel ridicat al stării de bine* [4]. A fost posibil să evaluăm starea de bine și caracteristicile de personalitate la adulți prin selectarea unui lot de 80 de subiecți între 21 și 76 de ani (41 bărbați și 39 femei). Starea de bine și caracteristicile de personalitate la adulți au fost examinate prin administrarea: Inventarului de măsurare a stării de bine Oxford și a Inventarului de personalitate Freiburg (forma HB) [4].

Inventarul de măsurare a stării de bine Oxford evidențiază trei niveluri ale stării de bine: redus, moderat și ridicat. Adulții din lotul experimental demonstrează nivel moderat și ridicat al stării de bine (tabelul 1).

Tabelul 1. Rezultate pentru nivelul moderat și nivelul ridicat al stării de bine la adulți

| Adulți | Niveluri | |
|--------|----------|---------|
| | Moderat | ridicat |
| | 87,50% | 12,50% |

Frecvențele din tabelul de mai sus iau forma următoarei distribuții: cei mai mulți dintre adulți au nivel moderat al stării de bine, în timp ce un număr foarte mic din adulți dau dovadă de nivel ridicat al stării de bine (12,50%). Adulții cu nivel ridicat al stării de bine se caracterizează prin nivel satisfăcător al sănătății, satisfacție de viață, relații sociale calitative etc. [2, 3, 4].

Studiul stării de bine la adulți a fost orientat și spre stabilirea diferențelor conform dimensiunii de gen. Astfel, rezultatele pentru nivelul moderat și nivelul ridicat al stării de bine sunt înfățișate în tabelul 2.

| Niveluri | | | |
|----------|--------|---------|--------|
| moderat | | Ridicat | |
| Bărbați | Femei | Bărbați | Femei |
| 85,30% | 89,70% | 14,70% | 10,30% |

Conform frecvențelor din tabelul 2 vom menționa că nivelul moderat al stării de bine este mai proeminent la femei (89,70%), spre deosebire de bărbați (85,30%), iar în cazul nivelului ridicat al stării de bine vom puncta că frecvența cea mai mare este caracteristică bărbaților (14,70%) comparativ cu femeile (10,30%) [2, 3, 4].

Statistic, conform testului T-Student se evidențiază diferențe semnificative pentru starea de bine între rezultatele bărbaților și cele ale femeilor (T=3,3, M bărbați: 104,39, M femei:

111,9), cu rezultate mai mari în rândul femeilor. În concordanță cu cele expuse, vom menționa că femeile se caracterizează prin nivel mai ridicat al stării de bine [2, 3, 4].

Caracteristicile de personalitate la adulții cu diferite niveluri ale stării de bine (moderat și ridicat) (Inventarul de personalitate Freiburg, forma HB) sunt ilustrate în figura 1.

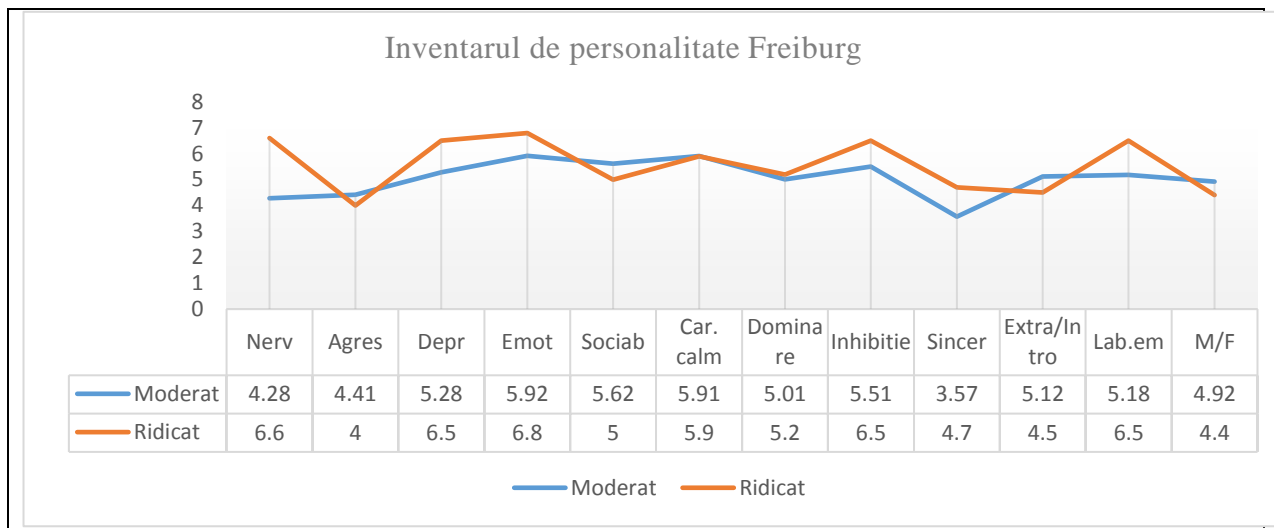


Figura 1. Mediile pentru trăsăturile de personalitate la adulții cu diferite niveluri ale stării de bine

Adulții cu nivel ridicat al stării de bine prezintă următoarele valori pentru caracteristicile de personalitate: nervozitate (4,28 u.m.), agresivitate (4,41 u.m.), depresie (5,28 u.m.), emotivitate (5,92 u.m.), sociabilitate (5,62 u.m.), caracter calm (5,91 u.m.), dominare (5,01 u.m.), inhibiție (5,51 u.m.), sinceritate (3,57 u.m.), extraversiune – introversiune (5,12 u.m.), labilitate emoțională (5,18 u.m.) și masculinitate – feminitate (4,92 u.m.). Cele mai accentuate trăsături la acești adulți sunt: *emotivitatea, caracterul calm, sociabilitatea, depresia, labilitatea emoțională, extraversiunea-introversiunea*. La adulții cu nivel ridicat al stării de bine, mediile pentru câteva caracteristici de personalitate sunt asemănătoare cu cele ale adulților cu nivel moderat al stării de bine: agresivitate (4 u.m.), sociabilitate (5 u.m.), caracter calm (5,9 u.m.), dominare (5, 2 u.m.), extraversiune – introversiune (4,5 u.m.), masculinitate – feminitate (4,4 u.m.). Pentru adulții cu nivel ridicat al stării de bine, mediile la următoarele caracteristici de personalitate sunt mai mari: nervozitate (6,6 u.m.), depresie (6,5 u.m.), emotivitate (6,8 u.m.), inhibiție (6,5 u.m.), sinceritate (4,7 u.m.) și labilitate emoțională (6,5 u.m.). [2, 3, 4].

În continuare, ne-am propus să studiem relațiile între starea de bine și caracteristicile de personalitate la adulți, calculând coeficientul de corelație Pearson. Coeficienții de corelație și pragurile de semnificație pot fi vizualizate în tabelul 3.

Tabelul 3. Corelațiile între starea de bine și caracteristicile de personalitate

| Variabile | Coeficient r | Prag de semnificație p |
|-------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| <i>Starea de bine / Caracter calm</i> | r=0,2595 | p≤0,01 |
| <i>Starea de bine / Sinceritate</i> | r=0,2223 | p≤0,01 |
| <i>Starea de bine / Emotivitate</i> | r=0,2327 | p≤0,01 |
| <i>Starea de bine / Sociabilitate</i> | r= -0,3452 | p≤0,01 |
| <i>Starea de bine / Extraversiune – introversiune</i> | r= 0,2602 | p≤0,01 |

Coeficienții de corelație și pragurile de semnificații din tabelul 3 ne permit să constatăm că între starea de bine și caracteristicile de personalitate identificăm cinci corelații semnificative (4 pozitive și 1 negativă), după cum urmează: între starea de bine și caracter calm ($r=0,2595$, $p\leq 0,01$), între starea de bine și sinceritate ($r=0,2223$, $p\leq 0,01$), între starea de bine și emotivitate ($r=0,2327$, $p\leq 0,01$), între starea de bine și sociabilitate ($r=-0,3452$, $p\leq 0,01$) și între starea de bine și extraversiune ($r= 0,2602$, $p\leq 0,01$) [4].

Corelațiile stabilite evidențiază că adulții cu nivel ridicat al stării de bine prezintă următoarele caracteristici de personalitate: sunt liniștiți, calmi, echilibrați, deschiși, au capacitatea de a-și controla reacțiile în situații stresante. Au abilitatea de a se bucura de împliniri, chiar și în circumstanțele când nu reușesc să își ducă la bun sfârșit proiectele sau sarcinile. Le place să interacționeze cu cei din jur, sunt sociabili, înțelegători și manifestă comportament prosocial. De asemenea, pentru ei este propriu: spontaneitatea, optimismul, energia, voia bună, flexibilitatea în gândire și dorința de cunoaștere. Agreabilitatea, deschiderea cu valențe pentru integrare în grupuri sunt elemente definitorii ale personalității adulților cu nivel ridicat al stării de bine [3, 4].

În concordanță cu demersul experimental al stării de bine și a caracteristicilor de personalitate la adulți, vom constata că adulții din lotul nostru demonstrează preponderent nivel moderat al stării de bine (87,50%). Un număr mic de adulți se caracterizează prin nivel ridicat al stării de bine (12,50%). Definitorii pentru adulții cu nivel ridicat al stării de bine sunt următoarele caracteristici: o stare bună de sănătate, capacitate de adaptare la schimbări, relații fericite și armonioase cu cei din jur, apartenență la grup, scopuri și obiective realiste și realizabile, o stimă de sine ridicată și adecvată. Conform dimensiunii de gen, femeile dau dovadă de un nivel mai ridicat al stării de bine.

Starea de bine la adulți este asociată cu următoarele caracteristici de personalitate: caracter calm, sinceritate, emotivitate, sociabilitate și extraversiune – introversiune.

Bibliografie:

1. COJOCEA, M., PETCU, I., MILĂȘAN, A. *Starea de bine a profesorilor și elevilor: resurse, impact și idei practice*. București: Edumi.ro. 391 p. ISBN 978-9733-034588-9.
2. RACU, Iu., DAMASCHIN, C. Starea de bine la adolescenți. In: *Acta et Commentationes Science of Education*. 2023, nr. 31, pp. 147-156. ISSN 1857-0623.
3. RACU, Iu., MELNICIUC, G. Bunăstarea psiho-emoțională a adolescenților în contextul noilor realități. In: *Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*. 2021, nr. 1 (62), pp. 121-129. ISSN 1857-0224.
4. RACU, Iu., SOROCHIN, E. Corelatele psihologice ale stării de bine. In: *Învățământul superior: tradiții, valori, perspective*. Materialele conferinței științifice internaționale. Chișinău: CEP UPS „Ion Creangă”, 2023, pp. 167-173. ISBN 978-9975-46-816-9.
5. SZENTAGOTAI-TĂTAR, A., DANIEL, D. *Tratat de psihologie pozitivă*. Iași: Polirom, 2017. 339 p. ISBN 978-973-46-6234-0.

PERSONALITY TRAITS AS A PREDICTOR OF THE DECISION-MAKING PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF BEHAVIOURAL FINANCE

TRĂSĂTURILE DE PERSONALITATE CA PREDICTOR AL PROCESULUI DE LUARE A DECIZIILOR DIN PERSPECTIVA FINANTELOR COMPORTAMENTALE

Daniel ANTOCI, student,
Universitatea Europeană Viadrina, Frankfurt (Oder), Germania
ORCID: 0009-0001-6854-136X
dantoci2003@gmail.com

Daniel ANTOCI, student,
Viadrina European University, Frankfurt (Oder), Germany

CZU: 159.923

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p178-181

Rezumat. Studiul trăsăturilor de personalitate ca predictor al procesului de luare a deciziilor legate de finanțe este un domeniu actual de cercetare în societatea contemporană. Din cauza crizelor globale care au apărut în ultimele două decenii, este deosebit de important să tratăm eficient sau chiar să prezicem răspunsurile viitoare din perspectiva factorilor umani, pentru a amortiza eventualele impacturi negative sau chiar a le evita în general. Cercetarea trăsăturilor de personalitate poate fi utilă pentru a rezuma, prezice și explica comportamentul unui individ, mai ales în contextul economico-financiar. Această lucrare își propune să identifice care sunt trăsăturile de personalitate dominante în procesul de luare a deciziilor în sfera economică și să analizeze modul în care acestea determină alegerile umane din perspectiva abordării finanțelor comportamentale și a versiunii interacționiste a teoriei trăsăturilor în contextul economiei comportamentale.

Cuvinte-cheie: Trăsături de personalitate, finanțe comportamentale, proces de luare a deciziilor, economia comportamentală.

Introduction

The study of personality traits as a predictor of finance-related decision-making process is a current area of research in the contemporary society (Atif Sattar, Toseef & Fahad Sattar, 2020). Due to the global crises that arose during the last couple of decades, it is particularly important to efficiently deal with or even predict the upcoming responses from the perspective of the human factors, in order to cushion any potential negative impacts or even avoid them at all. The recent 2 events that marked the beginning of the 2nd decade of the 21st century are the SARS-CoV-2 pandemic and the war in Ukraine. These events caused immense disruptions in the world economies that have been poorly managed from both Economic and Financial perspectives by most governments that were experienced not only by the average human being, but also by key decision makers. Additionally, it cannot be ignored that the personality traits have been influenced as well, by the change of the priorities in both individual, economic, and social dimensions. A crucial determining component in the administrative and individual decision-making processes is the human factor, “an action that has been done but that was not intended by the actor; not desired by a set of rules or an external observer; or that led the task or system outside its acceptable limits” (Senders & Moray, 2020), which generally was the main cause of the further deepening of the damaging outcomes of the above-mentioned events (Atif

Sattar et al., 2020). As a result, the human factor is directly influenced by the personality traits which are a responsible for the shape of the impulse response. By better understanding and analysing the interaction between personality traits and the decision-making process, one can better predict a person's behaviour. The issue of the role of personality traits in financial decision-making is addressed at international scientific conferences ("CESifo Area Conference on Behavioral Economics 2023," 2024), is the object of the scientific researches carried out in the European research programs (European Finance Association 2023, 2023), etc. This article aims to identify what are the dominant personality traits in the decision-making process in the economic sphere and intends to analyse how they determine human choices from the perspective of behavioural finance.

Discussions

In psychology, decision-making is regarded as the cognitive process resulting in the selection of a belief or a course of action among several possible alternative options. It could be either rational or irrational (Simon, 1977). Poor decision making may be characterised by indecisiveness which is linked to fear of making mistakes according to Frost and Shows (Frost & Shows, 1993). Obviously, a decision could be influenced by the cultural background of the person making it. One example could be the way in which Western countries dealt with the economic consequences caused by Covid 19 pandemic. However, some East-Asian countries (e. g. Singapore), manifested quite different decision-making approaches in terms of fiscal and monetary policies, that helped them avert the destructing economic consequences experienced by the Western countries. This approach can be explained by the existing cultural variations in personality traits between East-Asia and West, which are influenced by a different emphasis on certain personality traits that these both cultures have (Funder, 2016, pp. 481-483).

The American Psychological Association asserts the personality trait as "a relatively stable, consistent, and enduring internal characteristic that is inferred from a pattern of behaviors, attitudes, feelings, and habits in the individual. The study of personality traits can be useful in summarizing, predicting, and explaining an individual's conduct" ("APA Dictionary of Psychology," 2023). Consequently, by studying personality traits placed under different economic contexts it is possible to better streamline, forecast and prevent possible harmful consequences caused by the human factor in the decision-making process from the perspective of the behavioural finance.

Personality traits such as risk aversion or risk-seeking behavior can profoundly influence an individual's willingness to take on financial risks. Risk-averse individuals may prefer safer investment options, even if they offer lower returns, while risk-seeking individuals may be more inclined to pursue higher-risk investments in pursuit of greater rewards. Personality assessments can help advisors tailor investment strategies that align with their clients' risk preferences.

Loss aversion, a concept popularized by behavioral economists like Daniel Kahneman and Amos Tversky (Tversky & Kahneman, 1992), refers to the tendency for individuals to strongly prefer avoiding losses over acquiring equivalent gains. People with high levels of loss aversion may be more inclined to hold onto losing investments in the hope of avoiding realizing losses, even when it may be more rational to cut their losses and move on. This behavior can lead to a reluctance to sell investments at a loss, resulting in a phenomenon known as the "disposition effect".

Impulsive individuals may be more susceptible to making snap decisions without fully considering the long-term consequences. In the context of investing, this can manifest as chasing trends, reacting hastily to market fluctuations, or making emotional investment decisions driven

by short-term market noise rather than fundamental analysis. Developing strategies to mitigate impulsivity, such as implementing predetermined investment plans or utilizing automated investment tools, can help impulsive investors avoid detrimental financial decisions.

Personality traits can also influence emotional biases that impact decision-making, such as anchoring bias, confirmation bias, and herd mentality. These biases can lead individuals to rely on irrelevant information, seek out confirming evidence, or follow the crowd without conducting proper due diligence. Recognizing and addressing these biases through education, self-awareness, and cognitive strategies can help investors make more rational and informed financial decisions.

Such trait as overconfidence can lead individuals to overestimate their abilities and underestimate risks, potentially resulting in poor investment decisions. Overconfident investors may trade excessively, engage in speculative investing, or fail to adequately diversify their portfolios. Financial advisors must be aware of their clients' levels of overconfidence and provide guidance to help them make more rational decisions.

Behavioural finance suggests that psychological factors and biases impact how investors and financial professionals make decisions. These influences and biases are believed to be responsible for various market anomalies, including significant fluctuations in stock prices. (Hayes, 2003).

The decision-making by the personality is closely related to the affective, cognitive, and sensitivity spheres of the personality. This fact is highlighted in C. Jung's Theory (Jung, 1969, cited by Ryckman, 2008). Jung proposed four functions to describe how individuals interact with the world: sensing, thinking, feeling, and intuiting. Sensing involves experiencing phenomena firsthand, without employing reasoning or evaluation. Thinking then allows us to comprehend events using logic and rationality, providing meaning to our experiences. Feeling involves evaluating events, determining their goodness or acceptability. Lastly, intuiting comes into play when faced with unfamiliar situations, relying on gut feelings in the absence of established facts (Progoff, 1953, p. 100, cited by Ryckman, 2008). Extraversion can result in positive outcomes when it prompts individuals to make wise decisions, such as seeking assistance when needed. Conversely, it may lead to negative consequences when individuals act imprudently, such as blindly accepting every authority's statement to gain.

Research methods and sources

Theoretical – scientific documentation, systematization, theoretical modelling; *analytical and synthetic* – interpretation of theoretical scientific sources and experimental data; *empirical* – observational methods, questioning and testing methods (instruments: 16PF Test by Cattell, Frost indecision test); *mathematics and statistics* (Bravais-Pearson test, t-Student test).

The research will implicate a sample of 50 participants from various backgrounds, that will be evaluated by a personality traits test, in order to identify their main and secondary personality traits and their certainty in the decision-making process. Subsequently, the test participants will be involved in solving financially related case studies simultaneously being exposed to different stimuli similar to those experienced in the real-life financial sphere, case studies involving financial dilemmas, budgeting, investment choices, or other major financial decisions, which will cause different psychological conditions in the manifestation of personality's traits in order to assess their level of financial knowledge and riskiness. The case studies will initially start with minor financial decisions such as taking a loan, or purchasing a car, and gradually will progress in difficulty, size, and importance of the outcome, eventually

ending at nation-wide decision problems, similar to those done by the key decision makers. As a result, the potential perceived consequences (by the subject) will increase from the minor ones, up to the major ones relating to the macroeconomic and even global scale. In the last part of research, the collected information will be analysed, interpreted, and conclusions will be drawn. In this step, different statistical methods (t-Student) will be used to find distinct characteristics, correlations and patterns of the acquired data. The obtained results will be disseminated through communications at scientific events, the publication of scientific papers and the organization of training seminars.

Conclusion

The results of that research project will prove the important role the human factor plays in the decision-making process from the perspective of behavioural finance. The gathered data will tell us which of the personality traits bring the most leverage into the financial decision-making processes, helping individuals improve their “traits inventory” in order to facilitate the development of the “advantageous” personality traits for their financial benefit. Additionally, knowing the characteristic dominant personality traits of the key decision makers such as the world leaders, ministers, board of directors’ members etc. will help us predict and eventually prevent any negative effect caused by their policies and choices. Additionally, the collected data will help us better understand how we do financial decisions by being simultaneously exposed to different life related stimuli which will cause psychological responses such as stress, anxiety or depression.

Even though other studies have tackled similar problems, however, they focused only on a limited scale of individual investors in the decision-making process from the financial behaviour perspective, without looking at the bigger picture. (Lai, 2019; Szakadátová, 2023) The findings made by this study cannot be considered and interpreted as being definitive. Further research on this topic is required as this study cannot be considered as conclusive. A larger number of subjects and other case studies performed under certain conditions that could isolate specific personality traits for a more profound study, would improve and add new information and date to the one brought by this paper.

Bibliography:

1. APA Dictionary of Psychology (2023, November 15). Retrieved from <https://dictionary.apa.org/personality-trait>
2. Atif Sattar, M., Toseef, M., Fahad Sattar, M. (2020). Behavioral Finance Biases in Investment Decision Making. *International Journal of Accounting, Finance and Risk Management*, 5(2), 69. <https://doi.org/10.11648/j.ijafm.20200502.11>
3. CESifo Area Conference on Behavioral Economics 2023 (2024, January 16). Retrieved from <https://www.cesifo.org/en/behavioral-economics2023>
4. European Finance Association 2023 (2023, December 14). 2023 European Finance Association Annual Meeting. Retrieved from <https://efa2023.efa-meetings.org/>
5. Frost, R.O., Shows, D.L. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 31(7), 683–692. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90121-A](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90121-A)
6. Funder, D.C. (2016). *The personality puzzle* (Seventh edition). New York, London: W.W. Norton & Company.
7. Hayes, A. (2003, November 19). Behavioral Finance: Biases, Emotions and Financial Behavior. *Investopedia*. Retrieved from <https://www.investopedia.com/terms/b/behavioralfinance.asp>
8. Lai, C. -P. (2019). Personality Traits and Stock Investment of Individuals. *Sustainability*, 11(19), 5474. <https://doi.org/10.3390/su11195474>

**O ABORDARE PRIN PRISMA JOCULUI SOCIODRAMATIC ÎN RÂNDUL
PĂRINȚILOR PENTRU PREVENIREA CONSUMULUI DE SUBSTANȚE
PSIHOACTIVE ÎN RÂNDUL ELEVILOR**

**AN APPROACH THROUGH THE PRISM OF SOCIODRAMATIC PLAY AMONG
PARENTS, TO PREVENT THE CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE
SUBSTANCES AMONG STUDENTS**

Alin Ionuț Cornel MOISE, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0004-7948-9466
moisealin3@yahoo.com

Alin Ionuț Cornel MOISE, PhD student,
SPU ”Ion Creanga” of Chisinau

CZU: 37.018.262

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p182-187

Abstract. A game was used as part of a substance use prevention lesson in a session with parents of 12th grade students. The game was used through the lens of Jacob Levi Moreno's sociodrama. This game was created and applied to parents of 12th graders. The parents of the 12th grade students interacted and were made to play individually, create, and play in a small group of 2 people called the family, later the group grew to reach the level called the neighborhood, and finally in a larger group called in the community, the consumption of psychoactive substances among their own children was discussed as a general theme. The theoretical part was not discussed, and the students' parents were left to discuss during the game what they knew, and to work in teams to come up with the solutions they considered to the issue that was discussed. Afterwards, the played aspects were brought up. This lesson in the meeting with the parents was the first of the meetings with this group of parents.

Keywords: sociodrama, drug prevention lesson for parents, psychoactive substances, psychodrama.

Explicarea din punct de vedere introductiv și teoretic a lecției

În cadrul acestei lucrări, am prezentat o lecție din cadrul unei ședințe cu părinții care va face parte din cadrul unui viitor program de profilaxie a consumului de substanțe pihioactive ce se va dori creat. Această lecție face referire la programul specific pentru părinții care au un copil/adolescent cu un comportament adictiv de substanțe psihoactive. S-au creat imagini prin desene pentru a se respecta identitatea părinților care au participat la lecție. Imaginile redau jocul sociodramatic și dinamica ședinței.

Lecția a fost susținută în fața părinților unor elevi din clasa a 12-a fără a se menționa despre substanțele psihoactive și pur și simplu lăsând de la nivel individual până la nivel de grup să se aducă informațiile despre subiectul substanțelor psihoactive pe care lecția o avea ca obiectiv.

Acest tip de lecție susținută a fost de o abordare centrată pe grupul de părinți și pe nevoile sale de cunoaștere, folosind în același timp și cunoștințele lor prezente și actuale, fără a se interveni în această primă lecție cu denumiri de substanțe psihoactive și cu efectele lor asupra organismului uman.

Prin sociodramă [1, p. 274], se poate extrage din planul mintal al fiecărei persoane și expune ulterior în realitate cunoștințele despre un subiect anume în maniera unui joc. Înaintând prin această tehnică, se ajunge de la fiecare persoană din grup la grupul în sine, de unde pot fi descoperite cunoștințele pe care le deține grupul despre subiectul adus în discuție și, în același timp, se pot afla și soluțiile care sunt necesare pentru acel grup. Sociodrama folosită pentru activitatea cu părinții este parte a psihodramei lui Jacob Levi Moreno [2, p. 16].

Această lecție din cadrul ședinței are și scopul de a continua întâlnirile cu părinții și de a veni cu lecții de sprijin în folosul grupului respectiv de părinți, întrucât fiecare grup are nevoile sale.

Vorbim de un tip de lecție sau program de profilaxie a consumului de substanțe psihoactive centrat pe grupul de părinți pentru a îndeplini nevoile fiecăruia dintre ei. Metodologia a fost împărțită pe 3 etape, la fel cum este și metodologia de lucru cu elevi sau profesori, fiecare etapă având parte de un specific și un rol anume în cadrul lecției. Etapa a 2-a vine cu 4 pași de implementare.

Metodologie

În cadrul unei ședințe cu părinții unor elevi dintr-o clasă de a 12-a, a fost susținută o lecție de prevenire a consumului de substanțe psihoactive. Au fost prezenți 24 de părinți, iar pentru aceștia a fost prima ședință care a decurs sub forma unei lecții de prevenire a consumului de substanțe psihoactive.

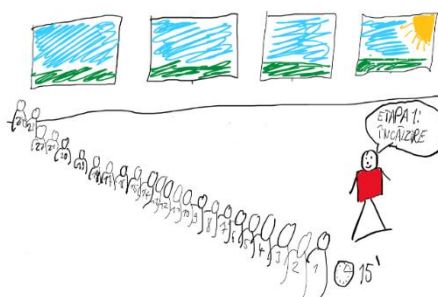
Ca metodă, a fost folosită sociodrama, adaptată specificului lecției. Prezentarea cu urarea de bun-venit a durat 3 min.

Etapa 1: Încălzirea

S-a format un spațiu în care să se poată realiza deplasarea și, pentru acest aspect, a fost necesar să se mute scaunele și băncile la perete, activitate care a durat 5 minute.

După ce acestea au fost mutate, s-a trecut la o încălzire mintală, folosindu-se sociometria [3, p. 71], etapă care a durat 10 minute. Încălzirea mintală a avut ca rol pregătirea părinților pentru cele ce aveau să urmeze în cadrul ședințelor.

Prin sociometrie, părinții au fost puși să se așeze într-o linie dreaptă, pe diagonală, pentru a avea loc în clasă, în ordine crescătoare, în funcție de vârsta fiecăruia, ulterior, în funcție de ziua lunii în care s-au născut, apoi în funcție de luna preferată a anului. De fiecare dată, după ce s-au așezat conform celor solicitate, fiecare părinte a fost întrebat ca să răspundă ce vârstă are fiecare, ziua lunii în care s-a născut, luna preferată a anului.



Imaginea 1. Sociometrie (imagine creată personal cu scopul de a reda cât se poate de exact activitatea din cadrul lecției)

Etapa 2. Pasul 2.1: Plimbarea cu mine

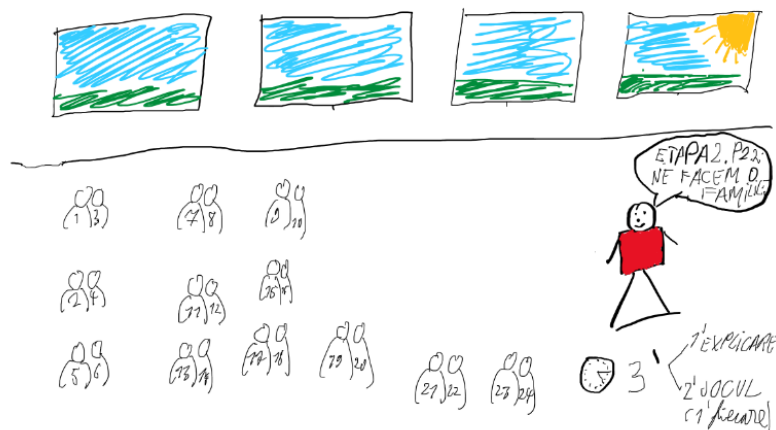
La această etapă, a fost dată sarcina de lucru pentru jocul sociodramatic: cum am interiorizat sau ce am simțit în legătură cu toate situațiile pe care le-am auzit/văzut în legătură cu substanțele psihoactive. Această sarcină de lucru trebuia realizată de fiecare părinte în parte în timp ce se plimbau prin sala de clasă, ținând mâna dreaptă pe piept lângă inimă, fără să vorbească cu ceilalți părinți. Acest pas a durat 4 minute, dintre care 1 minut a fost explicată sarcina. Cele menționate au fost ilustrate în imaginea 2.



Imaginea 2. Plimbarea cu mine (imagine creată personal cu scopul de a reda cât se poate de exact activitatea din cadrul lecției)

Etapa 2. Pasul 2.2: Ne facem o familie

În următorul pas din etapa 2, s-a dat sarcina de lucru pentru jocul sociodramatic: să se aleagă un coleg și să se discute cu el, cum au interiorizat sau ce au simțit în legătură cu toate situațiile pe care le-au auzit/văzut în legătură cu substanțele psihoactive. Această sarcină de lucru trebuia realizată în pereche în timp ce fiecare stătea față în față. Cei 24 de părinți s-au grupat în 12 grupe. Durata acestui pas a fost de 3 minute, din care 1 minut a durat explicarea noii sarcini. Fiecare părinte din grupul creat a avut la dispoziție 1 minut, după cum reiese și din imaginea 3.

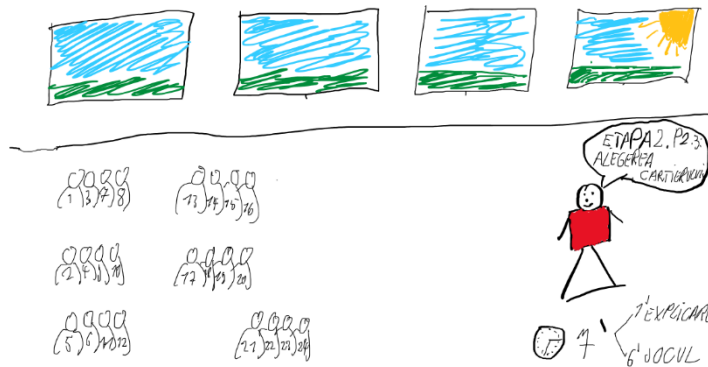


Imaginea 3. Ne facem o familie (imagine creată personal cu scopul de a reda cât se poate de exact activitatea din cadrul lecției)

Etapa 2. Pasul 2.3: Alegerea cartierului

Pasul 3 al jocului sociodramatic a presupus ca fiecare grup creat să-și aleagă un alt grup (formând un cartier) și să discute între ei cum au interiorizat sau ce au simțit în legătură cu toate situațiile pe care le-au auzit/văzut în legătură cu substanțele psihoactive.

Această sarcină de lucru trebuia realizată în timp ce stăteau față în față. La final, fiecare grup trebuia să-și aleagă un nume pentru cartierul său. Din cele 12 grupe create inițial, acum s-au constituit 6 grupe (semnificând 6 cartiere). Părinții au avut la dispoziție 7 minute, dintre care 1 minut a durat explicarea sarcinii.



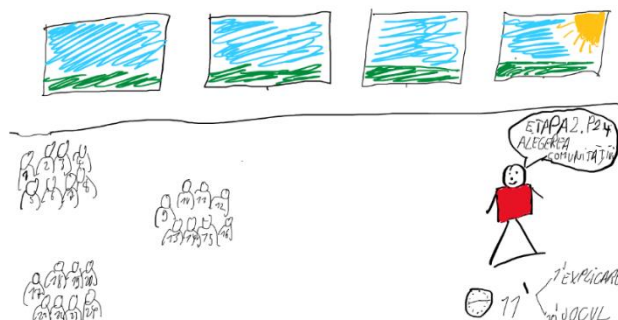
Imaginea 4. Alegerea cartierului (imagine creată personal cu scopul de a reda cât se poate de exact activitatea din cadrul lecției)

Etapa 2. Pasul 2.4: Alegerea comunității

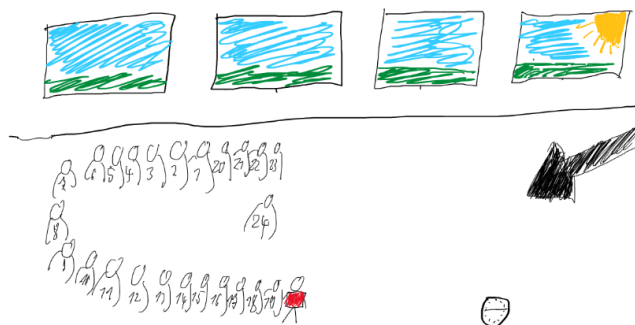
Ultimul pas din etapa a 2-a a presupus ca fiecare grup creat să-și aleagă un alt grup (formând o comunitate) și să discute între ei cum au interiorizat sau ce au simțit în legătură cu toate situațiile pe care le-au auzit/văzut în legătură cu substanțele psihoactive.

Această sarcină de lucru a necesitat să fie realizată în cadrul grupului creat în timp ce stăteau față în față, și la final fiecare grup trebuia să-și aleagă un nume pentru comunitate, ulterior să așeze pe o foaie mare de flipchart ce au ales să discute în cadrul clasei, ce soluții au găsit la această problemă și să aleagă un lider care să împărtășească cu celelalte comunități cele discutate în cadrul grupului.

Din cele 6 grupe, s-au creat 3. Acest pas a avut ca durată 11 minute, din care 1 minut a fost folosit pentru explicarea sarcinii.



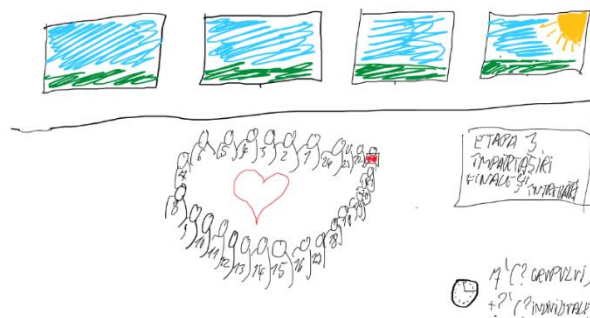
Imaginea 5. Alegerea comunității (imagine creată personal cu scopul de a reda cât se poate de exact activitatea din cadrul lecției)



Imaginea 6. Prezentarea fiecărei comunități (imagine creată personal cu scopul de a reda cât se poate de exact activitatea din cadrul lecției)

Etapa 3: Împărtășiri finale și întrebări

Ultima etapă a jocului sociodramatic aplicat în cadrul ședinței cu părinții s-a derulat prin împărtășiri finale și întrebări din partea părinților, cu o durată de 7 minute. A mai fost lăsat un timp pentru părinții care doreau să adreseze întrebări individuale, nu în cadrul grupului.



Imaginea 7. Împărtășiri finale și întrebări (imagine creată personal cu scopul de a reda cât se poate de exact activitatea din cadrul lecției)

Concluzii

Prin această lucrare nu ne-am dorit să aducem în discuție rezultatele cercetării, pentru că această lecție este una de tip pilot, iar atenția a fost focalizată pe alte aspecte. Cercetarea și analiza acestora se va face pe baza programului de profilaxie care va fi format. Acest program dedicat părinților care au un copil/adolescent consumator se adresează tot copiilor/adolescenților, doar că prin părinți.

În activitatea cu consumatorii de substanțe psihoactive, aceasta trebuie dusă la un nivel diferit, întrucât nu este necesară doar intervenția psihologică asupra acestuia, ci a întregului sistem din care face parte acesta sau cât se poate cuprinde din el.

După această ședință, părinții au fost foarte mulțumiți și nu s-au așteptat ca lecția să implice o astfel de abordare, ei fiind obișnuiți doar cu abordarea de tip tradițional. Fiecare părinte a putut să fie auzit datorită jocului sociodramatic aplicat. Totodată, prin acest joc s-au putut observa cunoștințele despre substanțele psihoactive și despre efectul acestora asupra organismului și ulterior se poate interveni în următoarele întâlniri specifice nevoilor lor.

La urmă, aceștia pot să deprindă abilități necesare de a discuta acasă cu copilul și de a putea fi alături de el într-o altă manieră. Jocul sociodramatic a avut și rolul de a omogeniza grupul de părinți.

Soluțiile din cadrul lecției au fost generate de grupul de părinți prin implicarea fiecăruia în parte. Prin jocul sociodramatic, s-a putut extrage și să se observe cunoștințele părintelui vizavi de subiectul discutat și cum internalizează el acest subiect, cum discută cu familia lui această problemă, cum pune problema în cartierul său și apoi cum aduce toate aceste aspecte în cadrul comunității, totodată, cum găsește comunitatea soluția la această problemă. S-a putut observa și cum acționează părinții care au fost aleși ca lideri.

Acest tip de lecție face parte din cadrul mai multor lecții care vor urma pentru crearea de programe pentru copii/adolescenți cu comportamente adictive examinate în cadrul tezei de doctorat. Acest program urmărește autenticitatea individului, a grupului consumator, cât și a sistemului din care acesta face parte.

Bibliografie:

1. Anne Ancelin Schützenberger, *Psihodrama*, Editura Philobia, București, 2020, 360 p. ISBN 978-606-8560-98-4.
2. Marcia Karp, Paul Holmes, Kate Bradshaw Tavon, *The Handbook of Psychodrama*, Editura Routledge, Londra și New York, 2005 , 332 p. ISBN 0-203-97776-9.
3. Marineau, F. Réne, *Jacob Levy Moreno 1889-1974: Father of psychodrama, sociometry, and group psychotherapy*, Editura Tavistock/Routledge, Londra și New York, 1989, 215 p. ISBN 0-415-04383-2.

SECȚIA 2
ABORDĂRI ALE PSIHOPEDEGOGIEI ȘI PSIHOPEDEGOGIEI SPECIALE
ÎN EDUCAȚIA MODERNĂ

STAREA DE BINE ÎN CONTEXTE PSIHO-SOCIO-EDUCAȚIONALE

WELLBEING IN PSYCHO-SOCIO-EDUCATIONAL CONTEXTS

Diana ANTOCI, dr. hab., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-7018-6651
antoci.diana@upsc.md

Diana ANTOCI, Doctor Habilitatus, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 37.015.3

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p188-193

Abstract. Wellbeing in psycho-socio-educational contexts represents an important direction for investigation and intervention, crossing psychology, sociology and the educational sphere. This concept transcends disciplinary boundaries, having significant implications for mental health, social relationships, and school performance. Essentially, wellbeing reflects a personality's balance and satisfaction in multiple aspects of life. The scientific approaches within psychology and the field of education highlight various structural components of wellbeing, among them we highlight: the feeling of being happy, self-acceptance, control over the environment, the capacity for autonomy, positive relationships with others, the purpose and the meaning of life. These components are key elements for understanding and promoting wellbeing in educational contexts. In a psycho-socio-educational setting, wellbeing can be shaped by various factors, including: the quality of interpersonal relationships, the support of the social environment, cultural values, school climate, convictions, socio-emotional abilities etc. Educational interventions and programs focused on improving wellbeing can help increase resilience, reduce stress and promote a positive atmosphere within educational environment. Understanding and addressing wellbeing in psycho-socio-educational contexts is an essential direction for optimizing the educational experience and for the harmonious development of the personality.

Keywords: wellbeing, social environment, structural components, affective sphere, behaviors.

Introducere

Formarea, dezvoltarea ființei umane se produce în diverse contexte socio-culturale într-o anumită perioadă istorică care, la fel, introduce anumite determinante în destinul fiecărei personalități. Atingerea anumitor înălțimi în creșterea personală, în succesul profesional, dezvoltarea carierei, relațiilor interpersonale ține și de dimensiunea intrapersonală, care este importantă pentru fiecare subiect și se prezintă prin starea de bine, care indică asupra echilibrului nostru psihologic dependent, în mare măsură, de aspecte sociale, economice, politice etc. Studiul stării de bine în contexte psiho-socio-educative este extrem de actual și important pentru perioada contemporană plină de fluxul rapid de schimbări, cerințe, inovații. Această direcție de cercetare și intervenție în psihologie, educație, sociologie este esențială, deoarece abordează aspecte complexe și interconexe ale vieții umane.

Rezultatele obținute în urma studiului stării de bine din perspectiva psiho-socio-educatională vor asigura o înțelegere mai profundă cu referire la influențele sociale, educaționale și psihologice asupra sănătății mintale, stării de bine psihologice, bunăstării fiziologice și, prin urmare, a celei materiale [1]. Acest concept transcende limitele disciplinare și oferă o perspectivă integrativă asupra sănătății mintale, a relațiilor sociale și succeselor profesionale și personale inclusiv. O abordare psiho-socio-educatională a stării de bine deschide noi oportunități în identificarea nu doar a factorilor de protecție, securitate, dar și a riscurilor asociate cu sănătatea mintală și starea de bine în rândul copiilor, adolescenților și adulților în mediul educațional și social, fapt ce contribuie la identificarea sau elaborarea unor noi strategii, intervenții eficiente pentru asigurarea și promovarea stării de bine în fața provocărilor vieții contemporane.

Starea de bine reflectă echilibrul și satisfacția personalității în multiple aspecte ale vieții, inclusiv în relațiile interpersonale, realizarea personală, dezvoltarea profesională, starea de sănătate mintală și fizică, fiind crucială pentru proiectarea stilului de viață din perspectiva echilibrului, fericirii și împlinirii cu impact nemijlocit asupra celorlalți subiecți și a comunității. Starea de bine este fundamentală pentru progresul ființei umane și a societății, susținută și promovată în educație.

Analiza studiilor științifice despre wellbeing

„Starea de bine” sau „wellbeing-ul”, concepte utilizate în cazul nostru ca sinonime, au devenit actuale, frecvent abordate și cercetate în ultimele două decenii atât la nivel național, cât și internațional: diverse proiecte inițiate de cadrele didactice prin intermediul platformei e-Twinning; obiectul de cercetare abordat în cadrul tezelor la masterat, doctorat; conținuturile tematice publicate în diverse reviste științifice la subiectul de Social Welfare in Interdisciplinary Approach etc.

Constatăm interesul cercetătorilor din mai multe țări față de acest concept. Strukova A.S., Polivanova K.N. (2023) [6] au inițiat propria investigație a *wellbeing*-ului din perspectivă istorică și a teoriilor moderne. Prin prisma istorică, cercetătoarele au constatat că wellbeing-ul poate fi atins în cazul depășirii dificultăților apărute în perioada educației, plină de pedepse și exigențe. Analiza ideilor umaniste i-a permis să evidențieze considerațiile despre necesitatea dezvoltării binelui în plan intern prin renunțarea la dorințe, conștientizarea, acceptarea realității și recunoștința, smerenia, ascultarea celor în vârstă. Din perspectiva unor religii, starea de bine este percepută în mare parte ca prosperitate materială (păgânism), pentru a avea starea de bine mai întâi este necesar să se treacă prin suferințe (creștinism) etc. Autoarele au constatat că pe parcursul anilor interpretările și semnificația wellbeing-ului se schimba: reformele, descoperirile științifice au ridicat nivelul de viață, starea de bine a devenit un obiectiv specific pentru sfera politică, economică, socială, psihoterapeutică etc.

Teoriile hedoniste explică wellbeing-ul prin găsirea echilibrului dintre plăcerea și disconfortul trăit de ființa umană. În urma cercetărilor realizate de M. Carmona-Halty, M. Salanova, S. Llorens, W.B. Schaufeli [2], s-a constatat importanța emoțiilor pozitive în procesul educațional: starea de bine se asociază cu rezultatele bune în învățare, afectivitatea pozitivă contribuie la diminuarea absenței și eșecului școlar.

Studiul realizat de M. Laakso, Å. Fagerlund, A.-K. Pesonen, P. Lahti-Nuuttila, R.A.O. Figueiredo, C. Karlsson, J.G. Eriksson [5] s-a axat pe cercetarea legăturii dintre nivelul emoțiilor pozitive și anumite trăsături și abilități psihologice. Principalele concluzii ale acestui studiu

indică faptul că persoanele care experimentează un nivel ridicat de emoții pozitive tind să aibă și niveluri mai ridicate de optimism (au o viziune pozitivă asupra vieții și așteptări optimiste privind viitorul), sociabilitate crescută (sunt mai deschiși și mai dornici să interacționeze cu ceilalți, ceea ce le permite să formeze și să mențină relații sociale puternice), încredere în sine (au o autoevaluare pozitivă și se simt capabili să își atingă obiectivele și să facă față provocărilor), capacitatea de a autoregla învățarea (sunt mai buni la gestionarea propriului proces de învățare, ceea ce înseamnă că pot să își planifice, monitorizeze și ajusteze strategiile de învățare pentru a obține rezultate mai bune). Aceste corelații sugerează că promovarea emoțiilor pozitive poate avea efecte benefice nu doar asupra stării de bine generale, ci și asupra dezvoltării personale și profesionale, integrării și adaptării sociale etc.

J. van der Kaap-Deeder, M. Vansteenkiste, B. Soenens și E. Mabbe [7] au desfășurat studiul privind importanța relațiilor sociale dintre mame, cadre didactice și frați privind suportul autonom zilnic, controlul și nevoile psihologice de bază și starea de bine a copiilor. Rezultatele obținute indică la (a) importanța mamelor, a profesorilor și a fraților în bunăstarea zilnică a copiilor de vârstă școlară mică; (b) relevanța investigării proceselor zilnice de susținere a autonomiei și control psihologic în relațiile cu diferite funcții de dezvoltare; (c) diferențierea între o cale strălucitoare (adică sprijin pentru autonomie – satisfacție nevoie – stare de bine) și mai sumbră (adică control psihologic – nevoie de frustrare – boală) în socializare.

E. Govorova, I. Benítez, J. Muñiz [4] au constatat existența diferitor moduri de definire și măsurare a stării de bine, dar nici dimensiunile, nici relațiile dintre componentele structurale nu au fost descrise clar. Prin urmare, cercetătorii au realizat un studiu în care au analizat modul de interacțiune a elementelor stării de bine și au determinat particularitățile ce sunt influențate de factorii școlari. În investigație a fost analizată o rețea pe baza datelor din evaluarea internațională „Programme for International Student Assessment” (PISA), 2018. Rezultatele au demonstrat că variabilele cognitive, psihologice și sociale ale stării de bine formează un construct solid al stării de bine generale în contextul educațional în care rezistența elevilor și teama de eșec împreună cu sentimentul lor de apartenență joacă un rol central. Deși, în viziunea cercetătorilor [4], influența factorilor școlari (cum ar fi climatul școlar și practicile didactice) asupra stării de bine a elevilor este în general scăzută, entuziasmul și sprijinul pentru predare promovează climatul școlar pozitiv, care este esențial în reducerea bullyingului.

Considerăm că și climatul psihologic este un concept foarte vast și flexibil după conținut, care variază în funcție de factorii externi și interni. Din perspectiva sistemului de învățământ, acesta constituie ansamblul de corelații dintre scopurile, așteptările/proiecțiile actorilor educaționali și dominantele implicate de dispoziții și emoții, performanțe, relații interpersonale, background educațional și de experiențe, atitudini, valori, contexte situaționale etc. care variază după intensitate, volum, frecvență, deschidere etc. Fiecare subiect, în conformitate cu „stofa” personalității sale, deliberează „pozitivitatea” climatului psihologic existent sau creat.

Astfel, constatăm: climatul psihologic pozitiv contribuie la conturarea stării de bine, fiind un factor oscilator după importanță și percepție. Fiecare dintre noi cunoaște climatul psihologic pozitiv necesar pentru creșterea satisfacției și a performanței, reducerea stresului și a conflictelor, îmbunătățirea relațiilor interpersonale. În acest caz, un astfel de mediu favorizează dezvoltarea personală și profesională, precum și sănătatea mintală a tuturor membrilor implicați.

În baza cadrului pentru analiza stării de bine a elevilor din 2015, PISA a descris constructul în funcție de cinci domenii [apud 4]: (1) *starea de bine cognitivă*, care include

variabile legate de cunoștințele și abilitățile elevilor pentru rezolvarea problemelor de zi cu zi; (2) *starea de bine psihologică*, care include percepțiile elevilor despre propria lor viață, angajamentul lor cu școala și planurile lor pentru viitor; (3) *starea de bine fizică*, care se referă la sănătatea elevilor și la obiceiurile acestora legate de sport și alimentație; (4) *starea de bine socială*, care evaluează modul în care elevii își percep relațiile în interiorul și în afara școlii; (5) *starea de bine materială*, care se referă la resursele disponibile pentru satisfacerea nevoilor elevilor. Ediția ulterioară a PISA, din 2018, a inclus unele modificări în definiția stării de bine. Aceste ediții au stat la baza elaborării Modelului de Well-being (E. Govorova, I. Benítez, J. Muñiz), care cuprinde dimensiunea socială, psihologică și cognitive, fiind interpretate în figura 1.

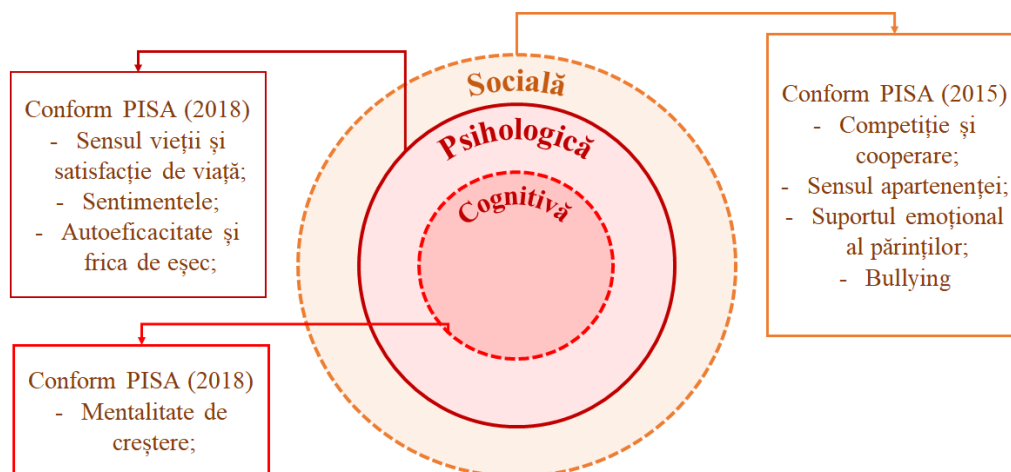


Figura 1. Modelul stării de bine bazat pe edițiile PISA din 2015 și 2018 (după E. Govorova, I. Benítez, J. Muñiz)

Modelul conceput (figura 1) include trei dimensiuni ale stării de bine: dimensiunea socială, așa cum este definită în PISA din 2015 și dimensiunile psihologice și cognitive, așa cum sunt definite în PISA din 2018. În dimensiunea psihologică, satisfacția vieții, sensul vieții și sentimentele sunt folosite ca indici pentru măsurarea stării de bine subiective [4]. Aceste variabile evaluează percepția generală a satisfacției vieții și sentimentul sensului vieții, precum și emoțiile și dispozițiile. Autoeficacitatea și teama de eșec informează despre percepțiile elevilor referitor la propriile abilități generale de a face față circumstanțelor dificile [4]. Dimensiunea cognitivă se concentrează pe mentalitatea de creștere, care evaluează măsura în care subiectul își percepe abilitățile și inteligența ca variabile care pot fi dezvoltate [4]. În cele din urmă, dimensiunea socială reflectă percepțiile subiecților față de nivelul de cooperare și competitivitate din școli, precum și acceptarea socială și nivelurile de agresiune.

Un alt studiu realizat de J. van der Kaap-Deeder, M. Vansteenkiste, B. Soenens și E. Mabbe (2017) [7] s-a axat pe clarificarea rolului părinților, al cadrelor didactice și al fraților în sprijinul copiilor pentru autonomie și controlul psihologic, toți având asocieri unice cu rezultatele copilului. Cercetătorii au presupus că există o variație zilnică substanțială în ceea ce privește gradul în care copiii experimentează aceste trei surse, susținând autonomia sau controlul. Studiul s-a bazat pe Teoria Autodeterminării (Self-Determination Theory) lui Deci & Ryan (2000) [apud 7] despre motivația umană și socializare, conform căreia presupusa stare de bine provenită din sprijinul autonomiei percepute poate fi explicată prin satisfacerea nevoilor psihologice bazale ale copiilor privind autonomia, competența și relația.

Studiul desfășurat de J. van der Kaap-Deeder et al. (2017) a demonstrat că fluctuațiile zilnice în sprijinul autonomiei și controlul psihologic prin trei surse sociale importante (părinții, cadrele didactice și frații) sunt legate de schimbările în fluctuațiile zilnice ale stării de bine și stării de boală, de suferință („ill-being”) a copiilor prin modificările satisfacției zilnice și a frustrării psihologice ale copiilor. Constatările făcute au desemnat: (a) importanța părinților, a cadrelor didactice și a fraților întru starea de bine zilnică a copiilor de vârstă școlară mică; (b) relevanța investigării proceselor zilnice de suport autonom și control psihologic în relațiile cu diferite funcții de dezvoltare; (c) diferențierea dintre o cale luminoasă (adică, sprijin pentru autonomie – satisfacția nevoii – starea de bine) și una întunecată (adică, control psihologic – frustrare – boală) în socializare [7].

În interviul realizat cu psihologul clinician Ed Dunkelblau [3] a fost menționat faptul că atât părinții, cât și școala sunt responsabili pentru adaptarea la noile circumstanțe și subliniată importanța dezvoltării unor competențe care să-i ajute pe copiii de azi să se descurce în viitor fără a neglija partea academică. Psihologul a remarcat că oricare „părinte dorește ca copilul său să fie sănătos, fericit și de succes” [3]. În cazul în care considerăm sistemul educațional ca o principală oportunitate de a susține copiii în atingerea acestor perspective, este necesar să pregătim instituțiile de învățământ, cadrele didactice și administratorii pentru a oferi mediul potrivit și a dezvolta competențele corespunzătoare.

Concluzii

Conform rezultatelor studiului realizat, putem afirma că accentul central în asigurarea stării de bine trebuie pus pe relațiile stabilite între copil-cadrul didactic, copil-copil, copil-părinte, care poate fi asigurat prin intermediul timpului acordat, atitudinilor manifestate și al particularităților comunicării, empatiei, susținerii, deschiderii.

Asigurarea stării de bine se produce prin dezvoltarea continuă la copii a competențelor de bază necesare pentru a supraviețui, care se formează în temeiul implicării active în cadrul matematicii, scrisului, cititului, științelor, istoriei. Pentru a avea succes, copiii trebuie să învețe să construiască relații prin permanentă socializare în diverse medii, să gestioneze conflictele și emoțiile în orice contexte, să fie bine informați, să-și argumenteze punctele de vedere, să ia decizii, să-și descopere pasiunile. Este importantă cultivarea curiozității și a unui scepticism sănătos.

Asigurarea wellbeing-ului în procesul educațional se realizează prin imparțiala cunoaștere a subiecților, prin manifestarea atitudinilor corespunzătoare, prin implicarea cantitativă și calitativă, prin dăruirea de sine și includerea unui egocentrism sănătos. Astfel, constatăm că wellbeing-ul este o unitate psiho-socio-educațională existentă în toate contextele, a cărei asigurare facilitează formarea unei personalități competente, de succes și fericite. Starea de bine instaurată în interiorul personalității garantează starea de bine și în exteriorul acesteia.

Bibliografie:

1. ANTOCI, D., MÎSLIȚCHI, V. Ensuring the well-being of teaching staff in the contemporary education ecosystem. In: Сучасна освіта: стратегії та технології навчання молоді і дорослих: зб. наук. пр. (XI Міжнародної науково-практичної конференції, 7-8 березня 2024 року, Переяслав, Україна.). Переяслав, 2024. pp. 15-31.
2. CARMONA-HALTY, M., SALANOVA, M., LLORENS, S., SCHAUFELI, W.B. Linking positive emotions and academic performance: The mediated role of academic psychological

- capital and academic engagement In: *Current psychology*. 2021. Vol. 40. P. 2938-2947. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00227-8>
3. „Copiii învață mai bine atunci când se simt bine”. Interviu cu Ed Dunkelblau, expert american în inteligență emoțională / Ramona Loznianu. In: Republica, 2024-05-22 08:22:00. Disponibil: <https://republica.ro/zcopiii-invata-mai-bine-atunci-cand-se-simt-bine-interviu-cu-ed-dunkelblau-expert-american-in-inteligenta>
 4. GOVOROVA, E., BENÍTEZ, I., MUÑIZ, J. Predicting Student Well-Being: Network Analysis Based on PISA 2018. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 4014. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114014>
 5. LAAKSO, M., FAGERLUND, Å., PESONEN, A.-K., LAHTI-NUUTILA, P., FIGUEIREDO, R.A.O., KARLSSON, C., ERIKSSON, J.G.. Flourishing students: The efficacy of an extensive positive education program on adolescents' positive and negative affect. In: *International Journal of Applied Positive Psychology*. 2021. Vol. 6. P. 253-276. <https://doi.org/10.1007/s41042-020-00048-2>
 6. STRUKOVA A.S., POLIVANOVA K.N. Well-Being in Education: Modern Theories, Historical Context, Empirical Studies. In: *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Journal of Modern Foreign Psychology*, 2023. Vol. 12, no. 3, pp. 137-148. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2023120313> (In Russ.) https://www.researchgate.net/publication/375040145_Well-Being_in_Education_Modern_Theories_Historical_Context_Empirical_Studies [accessed April 07 2024].
 7. Van Der KAAP-DEEDER, J., VANSTEENKISTE, M., SOENENS, B., MABBE, E. Children's Daily Well-Being: The Role of Mothers', Teachers', and Siblings' Autonomy: Support and Psychological Control. In: *Developmental Psychology*. 2017. Vol. 53. No 2. pp. 237-251. <https://doi.org/10.1037/dev0000218>

EDUCAȚIA COPILULUI PRIN VIOLENȚĂ: CONSECINȚE ȘI SOLUȚII

CHILD EDUCATION THROUGH VIOLENCE: CONSEQUENCES AND SOLUTIONS

Viorelia LUNGU, dr., conf. univ.,
Universitatea Tehnică a Moldovei
ORCID: 0000-0003-3951-7683
lviorelia@mail.ru

Viorelia LUNGU, PhD, Associate Professor,
Technical University of Moldova

CZU: 37.018.1:343.62

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p194-198

Abstract. Although there are a lot of studies about violence, we are in a position to encounter this kind of behavior more and more often, from the family to the school. The situation becomes complicated, considering that many parents, who were educated through violence, try to educate the child through punishment, threats or even blows. This model is one that has negative effects for the child's development, from the perspective that it endangers both the child's present and his future, being visible effects from a physical and mental perspective. That is why there is a need for awareness that the child's behavior can be changed through control, connection and competence. Thus, to become better we must learn, initially to change our behavior, if we want our children to exhibit the desired behavior, then learn to educate the child to have a safe and desirable future. Through violence we only educate violence.

Keyword: education, aggression, violence, connection.

Educația are un rol important într-o societate în continuă schimbare [6, p. 56], de aceea considerăm că este esențială semnificația termenului „educație” pentru societatea contemporană, care reprezintă „cultură, care cuprinde nu numai trecutul și prezentul, dar *se extinde și în viitor*” [10, p. 18]. Astfel, educația a devenit un factor crucial pentru supraviețuirea omului, atunci când ritmul accelerat al schimbărilor are un impact esențial asupra umanului. Astfel, „în realizarea eficientă a procesului educațional prezent, este necesar să determinăm unde am ajuns realmente” [6, p. 57].

Din analiza politicilor educaționale, a politicilor general naționale, observăm o tendință accentuată în a stabili factori, condiții ale violenței în diferite contexte: în familie [14], în școală [8, p. 258-262], bullyingul în școală [12], violența comunitară etc. Situația dată scoate în evidență că, în general, violența se dezvoltă, de multe ori, în familie, iar cauzele sunt diverse: fie că unii părinți au avut ca modele părinți agresivi, fie că în anturajul de colegi, prieteni, rude a fost prezentă frecvent violența, fie că emisiunile, știrile etc. propagă frecvent un mesaj violent.

După cum menționează N. Mihăilescu și P. Lungu, „violența în literatura anglo-saxonă de specialitate este explicată ca: agresie, agresivitate, mobbing, bullying” [9, p. 44]. Sunt termeni foarte des utilizați în politicile educaționale, dar și în procesul educațional, cu proiectarea diverselor acțiuni de orientare a personalității spre diminuarea acestei forme de comportament.

Agresivitatea este definită de dicționarul explicativ ca „o caracteristică a acelor forme de comportament orientate în sens distructiv, în vederea producerii unor daune, fie ele materiale, morale psihologice sau mixte” [11; 7, p. 103]. Agresivitatea mai este descrisă ca „orice formă de

conduită orientată către obiecte, persoane sau către sine, este un comportament verbal sau acțional ofensiv orientat spre umilirea, minimalizarea sau chiar suprimarea fizică a celorlalți, spre distrugerea unor obiecte investite cu semnificații sociale sau contra propriei persoane. Din perspectiva scopului urmărit, agresivitatea este orientată atât spre producerea „unui rău”, în direcția demonstrării „puterii agresorului”, cât și asupra sinelui [7, p. 103].

Deși violența este o temă cercetată din diverse unghiuri, totuși aceasta este întâlnită foarte des atât acasă, în stradă, cât și la grădiniță sau școală. Deseori vedem părinți care își educă copiii prin violență fizică sau psihică (folosirea frecventă a expresiilor de genul „nu te mai iau cu mine, nu te mai iubesc” etc.).

Părintele deseori utilizează pedeapsa, amenințarea, refuzul de a comunica cu copilul mic din cauza că acesta din urmă nu ascultă sau face gafe. Scopul acestor acțiuni, deși aparent este de a educa copilul totuși, la nivel inconștient este să provoace frica, deoarece aceasta doare tare. Persistă convingerea că pentru a scăpa de un comportament inadecvat, copilul trebuie să sufere, deși în realitate sau ulterior înțelegem că putem schimba lucrurile fără a suferi.

Este important să conștientizăm că violența amenință nu doar prezentul copilului, ci și viitorul acestuia, atât din perspectivă fizică, cât și psihică. „Acestea afectează sănătatea fizică și mintală a copiilor, le compromit capacitatea de a învăța și a socializa și le subminează dezvoltarea ca adulți funcționali și părinți buni mai târziu în viață” [1]. Sau după cum este menționat în diverse cercetări, „atunci când copiii experimentează o anumită formă de violență, li se asociază, totodată, un risc mai mare de a fi vulnerabili în fața altor forme de abuz. Această situație este cunoscută sub numele de „polivictimizare”. Consecințele negative ale violenței sunt cumulative, ceea ce înseamnă că există mai multe efecte negative ce rezultă din polivictimizare” [2].

Mai mult, studiul menționat evidențiază consecințele grave ale violenței, începând de la moarte, vătămări corporale, boli fizice, la probleme de dezvoltare cognitivă cu accent pe incompetența lingvistică, sindromul stresului posttraumatic, probleme de sănătate mintală (tulburare de anxietate, depresie, tulburări de nutriție, suicidul), performanțe academice mai reduse, probleme comportamentale etc., din perspectiva în care copiii abuzați prezintă un risc mai mare de alcoolism, abuz de substanțe toxice și de implicare în activități sexuale [2].

Aceste consecințe trebuie să ne facă să reflectăm la comportamentul nostru atât ca părinți, cât și în calitate de pedagogi. Pentru a conștientiza situația dată, este nevoie să ne punem întrebarea: dacă tu, ca adult, te simți confuz în urma faptului că nu ai reușit să realizezi un lucru sau altul, ai remedia situația mai ușor? Nu, pentru că ai avea blocaje emoționale, ai putea avea frecvente patterne în minte, iar noi transmitem acest model copiilor noștri. Cu toate acestea, noi continuăm să transmitem modelul negativ, deși observăm că această situație nu duce la diminuarea problemei, ci se perpetuează același comportament. În subconștientul nostru, avem ideea că pedepsim, certăm sau lovim copilul din dorința de a dezvolta, de a educa oameni echilibrați, pozitivi și oameni de succes.

Deși pare o contradicție ca prin violență să educi un copil cu așteptări pozitive, totuși aceasta este o realitate des întâlnită în practică. Se cunoaște că „eficiența actului educativ reprezintă rezultatul interacțiunii tuturor factorilor și condițiilor ce participă la desfășurarea lui” [5, p. 400], de aceea pedagogului îi revine indirect sarcina de a educa părintele cum să educe copilul fără violență, utilizând eficient competența de comunicare” [3, p. 60].

Este o situație care necesită a fi analizată și conștientizată. Întrebarea examinată în continuare este următoarea: este posibil a obține rezultatul pozitiv prin acțiuni negative?

În esență, sunt două teorii care descriu comportamentul părinților în relația cu copiii.

De exemplu, Teoria lui B.I. Skinner (comportamentul respondent/operant) [13] sau altfel spus „băt sau bomboană”, prezintă faptul că pedeapsa sau recompensa are consecințe de durată asupra copilului și respectiv asupra relației, deoarece pedeapsa conduce la frică. Când copiii cresc mari, frica nu mai funcționează, copilul știe acest lucru și respectiv sfidează.

Deși avem acces la diverse informații, fiind prinși într-un ritm accelerat de dezvoltare din diverse perspective, ghidați de inovații, constatăm totuși că în sensul utilizării metodelor de pedepsire, acestea au rămas aceleași, preponderent bazate pe violență, exact cum era cu 150 de ani în urmă.

Ca soluție avem teoria autodeterminării a lui Richard Ryan și Eduard, care afirmă că reglarea comportamentului se poate realiza fie în mod autonom (prin autoreglare, autoorganizare), fie în mod controlat, din exterior (bazat pe forme de organizare externă) [4, p. 2]. Altfel spus, comportamentul copilului poate fi modificat prin control, conectare și competență. Nu este nevoie de frică pentru a schimba comportamentul inadecvat al copilului (obraznicia, neascultarea etc.), pentru că acestea sunt simptome, respectiv ele nu rezolvă problema de bază. Trebuie elucidată cauza.

Când ne referim la conectare, aceasta ține de nevoia de a fi iubit necondiționat, nevoia de a aparține, de a dărui și a primi. Dacă copilul are o dorință și apelează, iar tu nu-i acorzi suportul necesar, atunci copilul apelează la comportament negativist pentru a obține atenția adulților. Și aici se cere competența părintelui, apelul la nevoia de învățare, nevoia de a crește și nevoia de a ne dezvolta.

Cu cât mai multe întrebări avem din partea celor mici, cu atât mai mult obosim, iar lipsa răspunsurilor provoacă copilului neîncrederea (nu pot, ulterior sunt un ratat/ă), deși el/ea are nevoie să ia decizii, să facă alegeri, să fie sursa propriilor acțiuni.

Copiii cu nevoia de autosatisfacere au tendința de a îndeplini singuri sarcinile puse în fața lor, iar ceilalți sunt calificați cu un comportament numit încăpățânat. Astfel, copilul refuză să asculte – mecanism învățat în scopul de a dobândi acea autonomie.

Conștientizarea duce către răspunsul la întrebarea: cum pot fi soluționate aceste nevoi?

Astfel, există diverse metode care îi fac pe copii să asculte de părinți:

- diminuarea refuzurilor,
- câștigarea încrederii,
- manifestarea respectului față de copil,
- planificarea în avans – tehnică.

Dacă copiii sunt pedepsiți, atunci părinții nu planifică viitorul, ci trăiesc în prezent (ex.: peste 10 min. plecăm afară; peste 15 min. închidem televizorul; mai ai 30 min. ca să mergem la somn etc.). În cazul când sunt aplicate aceste exemple, copilul nu mai refuză, pentru că, indirect, ia parte la luarea deciziei.

Dacă îi spui adevărul („Te va dura la dentist.”), el va avea încredere și când îi vei spune: „Dacă nu te speli pe dinți, vei avea carii”. Copilul te va crede, chiar dacă știe că-l va dura, dar va accepta, pentru că trebuie. Iar în situația când urmează să avem oaspeți, copiii vor simți respect, deoarece așteptările clare previn comportamentele negative, refuzurile etc.

O altă strategie recomandată vizează planificarea bugetului, evidențiază cheltuielile împreună cu copilul. Aceasta va conduce la diminuarea timpului ineficient, pierdut, discuții

continui atunci când copilul vede ceva în vitrina unui magazin sau când merge la cumpărături etc.

Atunci când maturul țipă la copil, el se sperie (hormonul numit cortizon se eliberează și în momentul când este simțită frica, cortexul se blochează, rezultând lipsa siguranței de sine), însă așteaptă să fie îmbrățișat sau o altă manifestare de empatie („nu prea vrei să dormi, văd că ești plin de energie, dar trebuie să dormim, pentru ca creierul nostru să se odihnească, dacă vrem să fim sănătoși, iar mâine putem continua joaca noastră, trebuie să dormi”).

Dacă ne axăm doar pe empatie, ne plasăm în zona permisivității, de aceea este nevoie de echilibru. În loc de a fi părinți autoritari sau dimpotrivă, permisivi, urmează să propunem unele reguli.

- Stabilește regula și oferă opțiuni.
- Menționează regulile stabilite.
- Oferă două variante.
- Încheie cu „tu alegi”.

Exemple de adresări față de copil:

„Jucăria altui copil o înapoiezi tu sau eu? Tu alegi.”

„Faci singur tema sau vii să te ajut eu? Sau faci o întrerupere și ulterior continui?”

„Timpul de privit la televizor a expirat, îl închizi singur sau o fac eu?”

„Jucăriile trebuie să le strângem până la somn, le strângi singur sau ai nevoie de ajutor, ce alegi?”

În concluzie, pentru a deveni mai buni, trebuie să învățăm, să ne schimbăm comportamentul, dacă vrem ca și copiii noștri să manifeste comportamentul dorit. Prin violență nu educăm decât violență.

Recomandarea de bază în urma celor studiate rezidă în alimentarea celor trei nevoi psihologice de bază ale copilului: atenția, iubirea necondiționată, nevoia de apartenență.

Bibliografie:

1. Combaterea violenței împotriva copiilor. *Fiecare copil are dreptul să fie protejat împotriva violenței* [online] Program UNICEF Moldova. [citat 23.02.2024]. Disponibil: <https://www.unicef.org/moldova/ce-facem/protec%C5%A3ia-copilului/combaterea-violen%C5%A3ei-%C3%AEmpotriva-copiilor>
2. CREȚU, A. Consecințele violenței împotriva copiilor (Rezumat ChildHub) [citat 23.02.2024]. Disponibil: <https://childhub.org/ro/biblioteca-online-protectia-copilului/consecintele-violentei-impotriva-copiilor-rezumat-childhub>
3. GOLUBIȚCHI, S., LUNGU, V. Competența de comunicare în contextul comunicării didactice. In: *Orientări axiologice ale constructivismului în educația modernă: Conferință științifico-practică cu participare internațională*, 31 ianuarie-1 februarie 2020, Chișinău. Chișinău: Universitatea de Stat din Tiraspol, 2020, pp. 60-65. ISBN 978-9975-76-299-1.
4. IONESCU, D. Teza de doctorat. Rezumat. 2017. https://www.psih.uaic.ro/wp-content/uploads/activ/III_doctorat/teze/2017-09-21_Ionescu/Ionescu_Daniela-rezumat_teza.pdf
5. LUNGU, V., LÎSOV, D. Managementul activității educaționale – factor important în asigurarea calității. In: *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences*, Ed. 11, 3-4 decembrie 2020, Chișinău. Chișinău: "Print-Caro" SRL, 2021, Ediția 11, pp. 399-410. ISBN 978-9975-3471-4-3.
6. LUNGU, V. Educația între prezent și viitor. In: *Învățământ superior: tradiții, valori, perspective*, Ed. 1, 27-28 septembrie 2019, Chișinău. Chișinău: Universitatea de Stat din Tiraspol, 2019, Vol. 1, pp. 56-60. ISBN 978-9975-76-285-4.

7. LUNGU, V. Tehnici de diminuare a agresivității la adolescent. In: *Formarea initiala si continua a psihologilor in domeniul protectiei copilului fata de violenta*, Ed. 1, 26 octombrie 2018, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2018, pp. 101-109.
8. MATRAN, T. Formele violenței școlare – abordări teoretice. In: *Asistența psihosocială în contextul noilor realități pe timp de pandemie*, 16 aprilie 2021, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2021, pp. 258-262. ISBN 978-9975-46-545-8.
9. MIHĂILESCU, N., LUNGU, P. Agresivitatea și violența în mediul școlar – problemă a secolului XXI. Prevenire și combatere. In: *Analele Științifice ale Universității de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul*, 2013, nr. 9, pp. 44-52. ISSN 1875-2170.
10. SABĂU, I., POPA BERCE, C., FLORESCU, M.C., LAURIAN, S. (coord.). Competențe predictibile ale dascălului din perspectiva viitorului. In: *Simpozion Național de comunicări științifice*, 8-9 Aprilie, 2005, Ed. Universității din Oradea, 2006, p. 447. ISBN 973-759-060-0.
11. SECRIERU (SAMSON), L. Agresivitatea și formele de manifestare la elevi. In: *Educația incluzivă: dimensiuni, provocări, soluții*, Ed. 4, 19 octombrie 2018, Bălți. Bălți: Tipografia din Bălți, 2018, Ediția 4, pp. 297-302. ISBN 978-9975-3276-1-9.
12. SOROCEAN, M., VASIAN, T. Strategii de prevenire a bullyingului în școală. In: *Probleme și soluții în știința contemporană*, 7 aprilie 2023, Chișinău. Chișinău: CEP UPSC, 2023, pp. 135-141. ISBN 978-9975-46-798-8.
13. Teoria lui B.F. Skinner [online] [citată 23.02.2024]. Disponibil: <https://dokumen.tips/documents/teoria-lui-skinner.html>
14. Violența în familie în Republica Moldova. Practică judiciară și acte normative naționale și europene. Chișinău, 2014. Disponibil: <https://www.osce.org/files/f/documents/7/0/121520.pdf>

GENDER TRANSFORMATION OF VIEWS FROM BABY BOOMERS TO GENERATION Z

TRANSFORMAREA DE GEN A VIZIUNILOR DE LA BABY BOOMERS LA GENERAȚIA Z

Tamara HOVORUN, PhD, Associate Professor,
Law School O.P. Jindal Global University
ORCID: 0000-0003-1520-9766
thovorun@jgu.edu.in

Oksana KIKINEZHDI, PhD, Professor,
Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University
ORCID: 0000-0002-9240-279X
okiki77777@gmail.com

Nataliya SAVELYUK, PhD, Professor,
Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University
ORCID: 0000-0001-5246-9677
nsavelyuk@ukr.net

CZU: 159.922.2:305

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p199-208

Abstract. The purpose of the study was to identify the common and distinct dominant (concepts) of two major generations based on egalitarian and traditional gender ideology – representatives of Baby Boomers (women and men born in 1946-1964) and representatives of Generation Z – students (girls and boys born in 1996-2010). The methodological basis of the first stage of the psychosocial study was built upon the ideas of psychological differences between generations, which were presented in the book «Generations» published by American scholars Neil Howe and William Strauss. The authors argue that individuals within a single generation (men and women) are united by common values, gender-role behavior, including skills, competencies, and etiquette, along with gender differentiation. We also relied on contemporary research in gender psychology, particularly regarding the influence of traditional paradigm pressure of femininity and masculinity concepts dominating throughout the lives of the Baby Boomer generation and its disruption by the current research in gender psychology on androgyny productivity and the interchangeability of gender roles in all spheres of private and social life. Specifically, it was the feminist ideas and gender balance that started to be assimilated by the younger generations, particularly the so-called digital Generation Z. Generation Z is characterized by the daily use of the Internet, YouTube, mobile phones, SMS, and MP3 players, which allowed to describe them as the digital generation. It is known that the nature of equitable, fair gender attitudes determines the democratic development of modern society and gender equality policy in all spheres of human existence, especially regarding women in the 21st century. We were interested in how deeply gender equality ideas have penetrated into each of the different spheres of human activity – education, upbringing, professional aspirations and career development, political and ideological views, and even fashion in the representations of the two generations – older adults and younger adults according to Erickson's age classification of developmental stages. Our pilot study revealed significant differences between the two gender mentalities – traditional for the majority of baby boomer generations, especially for women, and

quite liberal, egalitarian for Generation Z, especially female students. Baby Boomers adhere to ideals and a real assessment of any public events to a strict bipolar distribution of gender roles and consider the technological information boom the main negative factor that has defined the cognitive dissonance of youth with the traditional gender scripts of many generations of adults throughout their lives. For them, the lack of a bipolar distribution of family and social roles is unacceptable. The traditional bipolar roles of men and women are characterized by emotional and cognitive support, while the interchangeable gender life roles, especially in entrepreneurial ambitions and new views on life are considered derivatives of the influence of mass media, which propagates peculiar romantic same-sex relationships, pop culture of money, a new perception of global events. Hence, the fascination of youth with new technologies, artificial intelligence, new visions of gender and sexuality. Baby Boomers consider the strict bipolar distribution of gender roles a revolutionary order of organizing family and social life, and the technological boom as a destructive factor that undermined the centuries-old roots of society organization, including distrust toward the experience of the older generation with their traditional gender scripts throughout life.

Keywords: gender attitudes, generations, Baby Boomer, Generation Z.

UN Secretary-General António Guterres once said that it would take at least another 300 years to achieve gender equality in the world. . . . But looking at the psychological development of gender conscious of a new generation one may do not accept even more short period for radical transformation mass gender progressive consciousness. As all authors of the article are working with the university students we had decided to look more precisely at the youth gender erudition and dominative views on changing the traditional gender issues dominated at the society.

When planning our research, we wanted to prove that there is a great gap in gender psychology in views and behavior among young generations and older people, generation of their grandparents. Another scientific idea was grounded on the persuasion that the distance between traditional and gender psychology distance can be significantly accelerated by our common efforts to promote gender studies through mass media by enlightening especially aging generations, by promoting better gender knowledge of women studies through feminine pedagogy education.

As a matter of fact, the war situation in Ukraine and the appearance of refugees of older and younger generations abroad, their common settlements (students and their grandparents altogether in academics) made it possible to conduct some discussions concerning different gender issues and to record them, especially during some “psychological fighting and accusation the opposite side” of bipolar vision of gender issues. The below-presented material was gathered and recorded while conducting some sessions, preparing some collages dedicated to some gender matters, and organizing some focus groups on some urgent gender topics. So, the first task of the research through the dialogs, discussions, and opposition’s of some focus groups was to identify the content of the social gender knowledge which are presented in mass media and is oriented on gender enlightenment of men and women of new and old generations. The main attention was paid to the ways of identifying and understanding actual gender matters as progressive or regressive (for example, gender equality or inequality in payment between men and women for the same job activity) in the life span of two generations younger and older.

The second purpose of the study was to identify the common and different visions of two major generations of egalitarian and traditional gender ideology – representatives of Baby Boomers (women and men born in 1946-1964) and representatives of Generation Z – students (girls and boys born in 1996-2010). For that purpose, we used a heuristic technique of gender

content which activated the focus groups discussions while accepting the proposed innovations to change gender prescriptions or rejecting so-called gender innovations. Mostly student focus groups consisted of mixed 5-7 boys and girls and sometimes only from one sex belonging. Focus groups of retired persons mostly had gender mix characters with a prevalence of women. We should especially note that nobody from our teachers team, either Ukrainian or Polish have expected such interest to discussions of gender matters which we had observed with later understanding that interests to gender behavior had served a kind of psychological defense mechanisms protecting from negative traumatized events in the war.

The methodological basis of the first stage of the psychosocial study was built upon the ideas of psychological differences between generations, which were presented in the book «Generations» published by American scholars Neil Howe and William Strauss [12]. The authors argue that individuals within a single generation (men and women) are united by common values, and gender-role behavior, including skills, competencies, and etiquette, along with gender differentiation. We also relied on contemporary research in gender psychology, particularly regarding the influence of traditional paradigm pressure of femininity and masculinity concepts dominating throughout the lives of the Baby Boomer generation and its disruption by the current research in gender psychology on androgyny productivity and the interchangeability of gender roles in all spheres of private and social life. Specifically, it was the feminist ideas and gender balance that started to be assimilated by the younger generations, particularly the so-called digital Generation Z. Generation Z is characterized by the daily use of the Internet, YouTube, mobile phones, SMS, and MP3 players, which allowed to describe them as the digital generation [10; 14].

It is known that the nature of equitable, fair gender attitudes determines the democratic development of modern society and gender equality policy in all spheres of human existence, especially regarding women in the 21st century. We were interested in how deeply gender equality ideas have penetrated into each of the different spheres of human activity – education, upbringing, professional aspirations and career development, political and ideological views, and even fashion in the representations of the two generations – older adults and younger adults according to Erickson's age classification of developmental stages. The first part of our study was devoted to understanding by young and older generations the basic domains that had been used by UNO for the estimation of gender equality or inequality in general for all the countries so called general gender jurisdiction. We asked the members of two age groups to identify the most important gender issues by answering such questions as: What are the key evidence (indicators) for female and male equal rights and opportunities? We had proposed to get equated with the main categories of the Gender Index of Equality (or Gap Index): longevity of men and women in a country; Statistical symmetry of indicators in social functioning of men and women; Equal emotional well-being of men's and women's population; Equal social activity of men and women; Non existing glass ceiling effect; Depending of personality career development only on professional demands not on sex belonging; Promoting equal rights and opportunities for both genders. We should say that neither the old group generation nor the young generation did not pay attention to the main indicator of seeing x well-being function as statistical symmetry [1; 2; 6].

The other problem question was to identify the main domains of gender symmetry measurement and characterize their importance for manhood and womanhood, either young or old. It appears that younger generations are more educated in the life and social spheres, which

include The Gender Equality Index. Students during the prolonged discussions but had managed to identify six of these domains as work, money, knowledge, time, power, and health. Money: inequalities in financial resources and the economic situation of women and men. gaps in earnings and income, as well as the risk of poverty and income distribution. Students, without any hesitations, successfully commented on the accent of gender discrimination in the level of pension representatives by “weak gender” have been engaged in professions with more low salary as nursing, teaching, service, etc. While higher money (pensions) for their work profession had received male emirates because of more financially prestigious job activities in their working age period.

When the students were talking about education and knowledge, there was a dominant idea that their generation is lucky as there is no limit for boys and girls to enroll in certain fields of study, no restrictions on the education of girls in police, computer, military and naval. That is, the fields of education, security, and defense sectors have become accessible to women, and their percentage there is growing every year. The older generation estimated with criticism radical changes in mass consciousness concerning the availability of all gender similar professions. They with more skeptical attitudes perceived availability for to work women in police or in naval forces with arguments such profession may negatively influence reproductive women’s health. Ruther small quantity of men students skeptically estimated the real data that almost 40% percent of young men are working in Scandinavian kindergartens as nurses and feel happy in a such job position. These students oppose their accusation as affiliation to their gender stereotypes [5; 8; 9].

Gender individual happiness had been as well the subject of group discussions: who are more happy men or women in their retirement period was addressed to older people and students – why according to a lot of psychological youth studies, girls are less happy in comparison to their male peers? The results of the discussions also have been connected with the problem of gender inequality in housekeeping for men and women in the retirement group, where women calculated the nonpayment hours for the household and lacked possibilities for the rest for women in comparison to husbands. For young generations, the problem of unhappiness has been discussed in the dimension of more attention to women’s bodies and appearance as factors that may determine as lower self-esteem in growing up or with eating disorders as a reaction to dissatisfaction by the own concept of the self.

The main cognitive dissonance in understanding and interpretation of gender issues determined the question for two focus groups of listeners: Why is the concept of violence situated separately and not connected with the main in the UNO list of the main domains for estimation of gender equality? The focus group of youngsters tried to persuade the opposition of older generation that in times of their youth years the gender equality was considered atavism and not an understandable concept. That is why gender violence toward women was widely spread at home or in the working place as sexual harassment. That is why until now in Equality Index still remains that violence concept for the younger generation it is really past perfect times. The point of view of the older generation was based on arguments that still, until now time family violence is widely spread, especially under the alcohol influence and a lot of money the states direct for creation services for victims of domestic violence and gender-based violence. And as well the war had caused the enlarging the people with of those with PTSD (post-traumatic stress disorder)

and other mental disorders increased. And a person transferred all this to his family. That is why indicator violence is important as for women as for men.

Our pilot study revealed significant differences between the two gender mentalities – traditional for the majority of baby boomer generations, especially for women, and quite liberal, egalitarian for Generation Z, especially female students. Baby Boomers adhere to ideals and a real assessment of any public events to a strict bipolar distribution of gender roles and consider the technological information boom the main negative factor that has defined the cognitive dissonance of youth with the traditional gender scripts of many generations of adults throughout their lives. For them, the lack of a bipolar distribution of family and social roles is unacceptable. The traditional bipolar roles of men and women are characterized by emotional and cognitive support, while the interchangeable gender life roles, especially in entrepreneurial ambitions and new views on life, are considered derivatives of the influence of mass media, which propagates peculiar romantic same-sex relationships, pop culture of money, a new perception of global events. Hence, the fascination of youth with new technologies, artificial intelligence, new visions of gender and sexuality. Baby Boomers consider the strict bipolar distribution of gender roles a revolutionary order of organizing family and social life, and the technological boom as a destructive factor that undermined the centuries-old roots of society organization, including distrust toward the experience of the older generation with their traditional gender scripts throughout life.

We conducted our conversations with grandparents and their grandchildren in Poland (based on dormitories for displaced persons from Ukraine) and partially in Polish higher education institutions with students, teachers, or staff (service personnel) in the form of personal interviews and in face-to-face pairs (older and younger, or she is the grandmother and he is the grandson); overall, in the form of small and medium focus groups, gathered either in the educational institution or in the dormitory in recreation rooms by personal individual invitations and phone messages. The content line of questions for discussion for students and elderly people was printed and distributed for discussions or individual oral responses in advance. In most cases, the discussion of the same questions took place separately among the young and the elderly with an outspoken illumination of the opposite side's position, and the dominant thoughts and attitudes were sometimes voted on to support or reject the expressed position.

Our preliminary research found significant differences between the two gender mentalities from the very beginning – traditional for most “baby boomer” generations, especially for women, and quite liberal egalitarian for Generation Z, especially female students. Generation Z is characterized by everyday use of the Internet, YouTube, mobile phones, SMS, and MP3 players... and the rejection of bipolar distribution of social roles with emotional and cognitive support, interchangeable gender life roles and concepts – in entrepreneurial ambitions, new progressive views on everything – from information to romantic relationships.

The gap in gender attitudes of the two generations is particularly vivid in the vision of gender principles of the family institution's functioning. According to students of both male and female genders, Cohabitation is one of the proofs of trust and equality between the sexes, based on mutual respect and gratitude, the individual's aspiration for partnership, which is free from stamps in the passport and prescribed marital duties. Generation Z sees cohabitation as proof of personal maturity, heterosexual reverence, and celebration of the highest levels of informal partnership. Cohabitation as an informal institution is based on the equality of two gender

concepts of Self, which share the main value ideas of higher education, manifestation and revelation of one's psychological potential, closeness based on a conscious evaluation of the available professional and educational potential. These arguments were used by young couples during discussions "for" and "against" unofficial marriage. In responses to critical remarks of the older generation: "Which gender will be in a more dangerous situation in case of pregnancy?" the overwhelming majority of young women did not operate with the category "women - may find themselves" or the vulnerable psyche of a girl, unlike similar arguments of the "baby boomers" generation. The focus of Generation Z was always on the concept of "We, as a couple," and "She" and "He" were always used in the speech of the older generation during their criticism of "modern forms of intimacy" and "romance," especially by elderly women. Arguments from Generation Z girls in focus groups, "let's take an unexpected (unwanted) pregnancy seriously," included humorous "I'll wear a wedding dress every day, even in the kitchen," as well as reasoned possibilities of a woman – "we earn big money for a nanny". Or other answers that emphasized the strong limits of the modern young woman, who, together with an informal husband, will manage and not lose their sense of dignity.

Our comparative study in the field of generational psychology was also focused on identifying gender similarities and differences in perceptions of the character of desired or necessary professional work and issues in labor activity and career development of young specialists, especially women. The main motivation for choosing a profession with a higher degree of university education among young women was related to expectations from work – both intrinsic and extrinsic satisfaction from work. Typically, the future possibility of a high salary and various external benefits played an important role in women's motivation to work, especially for those with preschool-aged children. Similar arguments of external motivation to work were approved by half of the surveyed girls, whereas arguments such as "mom, grandmother will help" were practically disapproved of, instead, the emphasis was on the fact that the salary must cover all necessary expenses for caring for young children including hired nannies. In mixed-gender groups of students, there were no gender differences in the arguments about the importance of earnings for independently solving the problems of a young family and work.

In contrast to the youth, women of the baby boomer generation, in arguing their reasons for a woman choosing a profession and workplace (mostly based on their own life example or life experience), emphasized the importance of a woman's satisfaction not by her internal aspects such as self-actualization or career growth, but by external factors such as flexibility of working hours, choosing a workplace close to family home and school for children, etc. Generation Z young women mostly ignored this factor.

Moreover, the preference for the factor of high pay and career growth was the main basic argument for excluding traditional bipolar gender roles in household management. That is if, for baby boomer women, the evaluation of the traditional woman's role of a wife, mother, and housewife was closely related to high homemaker craftsmanship (cooking food at least to delight the family with unexpected delicacies, etc.), for Generation Z girls, similar arguments were met with great skepticism and even sarcasm, implying that a variety of individual and family needs should be provided by respective culinary specialists for money, as available social services instead of additionally exhausting women with more work.

The ideal gender role of a homemaker was a priority gender role for the mother, wife, grandmother, and sometimes grandfather for the baby boomer generation, and absolutely not important for future family roles for both genders of Generation Z. Moreover, in discussing marriage and young family issues, about 30-40% of student focus group participants and 0% from the older generation criticized the old gender tradition of waiting and receiving a marriage proposal from their male partners in the case of heterosexual love. This is quite a high percentage of Generation Z believed that the decision to create a family through marriage should come from both genders simultaneously as part of a joint discussion. A low percentage of girls (about 20%) believe that giving an engagement ring is necessary, and up to 20% consider it discrimination against boys who give a ring without receiving a gift in return. Support for giving an engagement ring was argued with the fact of informing close ones (relatives and friends) about future plans.

Full consensus from almost 100% of both genders of Generation Z showed support for the European practice of receiving partial parental leave for young parents (for both her and him) who are caring for a newborn child and can stay on this leave regardless of the parent's genders if necessary and logical for the family functioning. This will also be financially productive for a young couple where the mother is a single parent. Therefore, the greatest cognitive gender dissonance we observed was between the digital generation (Generation Z) and the so-called “digitally blind” older generation, which was at the time of the survey at the age of grandchildren's grandparents.

Only a small percentage of young women believe that there is a tendency for highly educated, upper-middle-class women to be full-time mothers for small children. Even after graduating from a prestigious college and with high-earning husbands, whose salaries could allow them to choose. On the question of the possibility of parental leave for child care, these girls expressed arguments that men are more competent in male-dominated professions and women in female-dominated professions, where less money is paid.

Innovative research in gender psychology and sociology has emerged under the influence of feminist movements, providing important empirical data that has become a part of the discipline of gender psychology as a science of the mechanisms of gender socialization, assimilation of gender stereotypes, and practices of gender behavior in traditional and egalitarian relationships. Gender Display – The concept of gender display was introduced into the academic discourse by Erving Goffman. It refers to the culturally determined and socially conditioned diversity of gender expressions at the level of interpersonal communication; it is a primary mechanism for creating gender during face-to-face interactions. Interpersonal communication in any given situation is always accompanied by the process of categorization by sex. The very possibility of categorizing an individual by sex is the foundation of communicative trust. People are assigned a gender based on various information that adheres to conventional rules. Name, appearance, voice timbre, language patterns, movements, and styles of expressing emotions – all these multiple expressions constitute a gender display, allowing the identification of the interlocutor as either male or female [11; 13; 15].

Typical programs of gender psychology deal with the acquisition of gender identity and its dysphoria, sexually typical mental disorders, universalization of sexual reactions, and statistical distribution of sexual orientations in the population, etc. These and other psychological concepts, such as different types of sexism and their use in the mass consciousness, serve as an important factor in monitoring public statements of politicians on the democratization of gender

principles of politics and ideology. In turn, new gender disciplines have emerged in higher education institutions, such as women's studies, men's studies, sociology of gender, gender education of children of different ages, etc. However, has this spread of gender scientific knowledge affected the mass gender culture, reduced the role of gender stereotypes in the policies of countries, or at least shifted the gender consciousness of the younger generation of students? Has the practice of eroticizing the female body as an indirect object of consumerist harassment or the masculinization of male psychology through the imposition of male body muscles as a necessary condition for achieving authenticity of male identity disappeared from the content of mass media advertising? Far from it, gender psychological realities exist on their own in the departments of psychology and gender studies, but students-psychologists, lawyers, or future businessmen take them only for credits and do not follow them in life as progressive guidelines for gender behavior. That is, there is a significant gap between the latest or already classical knowledge of gender psychology and its implementation in the real life of young people and adults or even women's movements [3; 4; 7].

What should be the way of transforming psychological, sociological or political gender postulates into mass psychology? Only through testing at the individual or group level in the process of pedagogical training. It is no coincidence that feminist pedagogy as education, training and upbringing emerged simultaneously with various gender innovations. Feminist pedagogy, which is developing in educational theories in different parts of the world, can effectively promote the work of various gender studies, not only psychological, but also from different disciplines – sociology, medicine, and even gender pharmacology.

This is the only way to simultaneously reproduce the content of classical gender postulates and their practical significance for the sake of positive social and personal changes. That is, this form of education simultaneously popularizes gender knowledge and shows the usefulness of its implementation in the practice of life not as an abstract theory but as a challenge to outdated practices. It is not for nothing that feminist pedagogy is sometimes called “radical,” “critical,” “pedagogy of resistance,” and even “troubling education.”

For example, in many departments of psychology and women's studies at universities, feminist pedagogy has developed a focus on what to teach and, above all, how to teach. The motivation of feminist pedagogy is to promote the content of the gender idea, and its implementation in the lives of young people for the sake of shifts in traditional gender consciousness. That is why feminist educators emphasize the relationship between education and social transformation, which classical gender psychology is not able to provide.

A good illustration of this pattern is the widely practiced experience of teaching students to study different types of gender behavior and identify their own type according to the popular Sandra Bem's test. Theoretical knowledge on the topic introduces students to the existence of such classical varieties as androgynous (based on both high rates of typically female and male qualities, as well as separately or masculine, or feminine, or indistinct). In psychology, the type of androgynous behavior is glorified as the most effective, universal for men and women who have the greatest ability to adapt to different life circumstances, unlike other types of gender behavior. Does working with the test motivate students to work on themselves, to reflect on their own ability to show more flexibility in their own behavior, activating, for example, a lack of masculinity or vice versa femininity? What is a student to do if, according to the declared psychological knowledge, only up to 30% of students of both sexes fall into the group of the

most productive androgynous individuals? And if he or she has a different type of gender behavior? According to feminist pedagogy, the only way out is a radical change in the paradigm of student-teacher didactic interaction. That is, within the framework of gender psychology, the declared knowledge is not focused on its application in practice, only in theory. Such knowledge is not aimed at developing flexibility, adapting student's gender behavior to different life circumstances and, therefore, is not a learning task. That is, psychological knowledge of gender is required from students at the level of reproducing its definition, and not as an approbation of action, influence on real behavior. It is feminist studies that can activate the issue of the meaning of gender knowledge, activate situationally relevant individual experience, problem-oriented teaching methods, and the exchange of experience through dialogue.

Feminist pedagogies focus on activating the subjectivity of the student in the system of subject-subject learning, as opposed to the subject-object interaction of teacher and student in education, practicing instead of dogmatic illustrations such as “proven,” “established” that is, the use of heuristic, problem-based learning methods in didactics in the form of case studies or focus groups, mini-discussions, testing design ideas for changing the use of gender in real life practice. That is, without rejecting the explanatory and illustrative method of teaching to understand the essence of the issue and its reproduction, the main focus of feminist pedagogy remains on a personally oriented gender paradigm, regardless of the student's gender.

It is based on the principles that personal decisions can be made only in the process of self-development. That is why the dominant principles of the practice include the introduction of personal stories, pluralism of discussions, rejection of the only correct answer and recipe, education for critical consciousness, pluralism of discourse, search for the most rational individual models of behavior and attitudes, problem-oriented rather than recipe-ready answers, reproductive knowledge for compromise of bipolar views, giving value to the individual point of view, giving “the right to vote” to everyone without exception.

Activation of the subjective point of view, and respect for the diversity of individual experience viewed through the prism of gender becomes the basis for understanding the basis of theories of social equality and justice, regardless of whether the student is androgynous or not always productive feminine or masculine gender behavior.

The use of gender knowledge from various scientific disciplines in the process of feminist pedagogy, the subject-subject approach to knowledge transfer and its formation by moving from mentoring to partnership, inclusive audience involvement, interactivity, cooperation, contextuality and dialogue education in respect of multiculturalism is the only way to real social change in the gender consciousness of young people.

Bibliography:

1. ALI, N., FARUQUI, A. To Study the Conflict between Three Generations of Men and Women. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*. 2022. 16(2).
2. BOLLAND, E., LOPES, C. *Generations and Work*. New York: Martin's Press LLC, 2014.
3. HELGESON, V. *The Psychology of Gender* (4th ed.). Carnegie Mellon University, 2012.
4. HOFSTEDE, G. *Femininity and masculinity: Prohibited dimensions in national cultures*. SAGE Publications, 1998.
5. HOVORUN, T., KAUR, K., RYK, H., LOMAK, O., KIKINEZHDI, O. Positive psychology as a counterweight to youth economic deprivation. E3S Web of Conferences. Volume 280, 04004, 2021: *Second International Conference on Sustainable Futures: Environmental, Technological,*

- Social and Economic Matters* (ICSF 2021) (Kryvyi Rih, Ukraine, May 19-21, 2021). DOI: <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202128004004>
6. HUTCHISON, B., LEIGH, K. T., WAGNER, H. H. Young adulthood: Emotional and social development. In: CAPUZZI, D., STAUFFER, M. D. (Eds.). *Human growth and development across the lifespan: Applications for counselors*. John Wiley & Sons Inc, 2016.
 7. HYDE, J. S. *Half the Human Experience: The Psychology of Women*. Wisconsin-Madison: D.C Heath and Company, 1994.
 8. KIKINEZHDI O. M. , ZHYRSKA H. Ya. , CHIP R. S., VASYLKEVYCH Y. Z., HOVORUN T. V. Psychology of the Gender-Equitable Environment: Research of Problems. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*. 2020, 8 (3). pp. 538–547. <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2020.08.03.31>.
 9. LEONOVA, I. M., KIZ, O. B., DOBROVOLSKA, N. A., CHYZHYK, K. O., HOVORUN, T. V. Cognitive Models of Loneliness in Women in Early and Middle Adulthood. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2021, Volume 12, Issue 4, pp. 107-138. <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/241>
 10. LEARY, M. *Self-presentation: Impression Management and Interpersonal Behavior*. Brown & Benchmark Publishers, 1996.
 11. NGUYEN, N. T. H. Are Millennials Different? A Time-Lag Study of Federal Millennial and Generation X Employees' Affective Commitment. *Public Personnel Management*. 2023, 52(2), pp. 143–169.
 12. *The Generation Myth: How to Improve Intergenerational Relationships in the Workplace*. New York, NY: Business Expert Press, LLC, 2019.
 13. VANDERBECK, R. M., WORTH, N. (Eds.). *Intergenerational Space*. London, New York: Routledge, 2015.
 14. WEST, C., ZIMMERMAN, D. H. Doing Gender. *Gender and Society*. 1987, 1(2), pp. 125-151.
 15. WOOD, D. et al. Emerging Adulthood as a Critical Stage in the Life Course. In: HALFON, N.; FORREST, C.; LERNER, R.; FAUSTMAN, E. eds. *Handbook of Life Course Health Development*. Springer, Cham, 2018.

MANAGEMENT STYLE AS AN INTEGRATIVE CHARACTERISTIC OF THE ACTIVITY OF A COMPETITIVE MANAGER

STILUL MANAGERIAL – O CARACTERISTICĂ INTEGRATOARE A ACTIVITĂȚII UNUI MANAGER COMPETITIV

Yaroslava VASYLKEVYCH, PhD, Associate Professor,
Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav, Ukraine
ORCID: 0000-0002-5946-3005
v.yaroslava15@gmail.com

Oksana KIKINEZHDI, PhD, Professor,
Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University, Ukraine
ORCID: 0000-0002-9240-279X
okiki77777@gmail.com

Nataliya SAVELYUK, PhD, Professor,
Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University, Ukraine
ORCID: 0000-0001-5246-9677
nsavelyuk@ukr.net

CZU: 005.3

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p209-215

Abstract. Management over the decades has been and remains one of the most acute and relevant problems in both the theory and practical activities of organizations. Particularly important for practice is the study of the effectiveness of managerial activities based on defined criteria, indicating the competitiveness of the individual and the community. In the empirical research, whose results are considered, R. Blake and J. Mouton's test was used to determine the dominant management style according to the "managerial grid" model. This model is developed within the behavioral approach to studying leadership styles. Scientists distinguish "orientation towards people" and "orientation towards work". According to the research results, the closest proximity was observed in the diagnosed managers to the style 5.5 – "Middle-of-the-road management," which reflects situations in which managers show an equally moderate interest in both employees and production. The obtained indicators (6,4/6,6) also testify to a tendency of managerial behavior of respondents to approach the ideal style (9.9) – "Team", which always leads to successful management of the organization. Based on the study results, it was concluded that the effectiveness and competitiveness of the manager depend greatly on the leadership style. Moreover, the best results are achieved by combining styles.

Keywords: management, management styles, "managerial grid" model, middle-of-the-road and team management.

The study of the management process is a relatively new direction of scientific research, and the definition of this concept is constantly evolving. The management process in an organization is studied at three levels: personality, management style, and the suitability of the management style to the situation. On this basis, criteria for the success of managers' work are proposed.

Management is the interaction between the leader and the group members who influence each other and jointly strive for substantial changes and achieve results that reflect common goals.

According to a common stereotype, the leader is different from the rest of the people he stands over. In reality, the qualities required for an effective manager are identical to the qualities required for effective subordinates [2].

Real subordinates know how to think independently, performing their assigned tasks with energy and enthusiasm. They are devoted to something beyond their personal interests and are able to stand up for their beliefs. They are not the kind of people who always nod in agreement and blindly follow the leader. Sometimes a person can be both an effective leader and an effective subordinate, skillfully playing one role or another depending on the situation. Ideally, management is evenly distributed between the leader and the group, with each person striving to increase their level of responsibility.

The study of managerial activity and leadership styles was initiated in the work of K. Lewin [5], which had a more ideological than functional direction. Following Lewin's work, a broad study of the problem of leadership styles and leadership began in the 1950s-1960s within the "human relations" approach. It is associated with the stages of development of management theory and organizations, dominant "models of man" and reflects their methodological provisions, merits and limitations.

Three main approaches to studying leadership styles are currently distinguished: 1) from the perspective of personal qualities (the best leaders possess a certain stable set of qualities), which has historically been one of the first in explaining management and remained fundamental for a long time (J. Gordon, G. Yukl, D. Hebert and L. Von Rosenstiel) [9, 4], 2) behavioral (the main criterion for classifying leadership styles or behavioral styles is not the personal qualities of the leader, but his manner of behavior towards subordinates, there is a certain optimal style) (K. Levin, R. Blake and J. Mouton, R. Likert) [5, 1], 3) situational (the choice of style, its success, and appropriateness are influenced by the situation in which the leader finds himself) (R. Tannenbaum and W. Schmidt, F. Fiedler, V. Vroom and P. Yetton). The situational approach includes analyzing the needs, personal qualities of subordinates, the nature of tasks, requirements, and environmental influences [7, 3].

Modern management theories primarily describe the changes made by managers. At the beginning of the 21st century, special importance is given to methods of implementing changes that allow adaptation to environmental conditions. Understanding the world as "dynamic, constantly changing, risky, and complex" creates new management concepts [2, 4]. From this point of view, creating conditions for change is a key aspect of management. The most challenging task for management is the rapid transformations of the surrounding world, which require the manifestation of creativity as a resource for adaptation in a politically and economically unstable environment [8]. Today's reality dictates the refusal to attempt to maintain stability in favor of change and crisis management.

Taking into account the combined issues of leadership style and the effectiveness of the leader's activities based on an analysis of literature sources, it is possible to identify the main features of managerial activity. They are determined, on the one hand, by objective conditions and on the other by subjective ones, actualized due to the non-identical personalities of people involved in joint activity.

Thus, the following psychological features of managerial activity that distinguish it from others can be singled out: 1) a wide range of simultaneously performed types of activity, which take place at different levels of management hierarchy; 2) high responsibility – for oneself, for performers, for work results; 3) non-algorithmic, creative nature of activity, implemented in conditions of deficit of various resources, in often contradictory changing environment; 4) pronounced prognostic nature of the tasks to be solved; 5) high role of communicative functions; 7) high mental stress and so on.

In the opinion of many experts, the effectiveness of leadership style is a dynamic characteristic determined by a manager's own qualities (or intrasubjective resources), as well as the characteristics of his subordinates (or intersubjective resources), and the conditions of work – the complexity of production tasks, the measure of administrative power (or extrasubjective resources) [3].

In summarizing, it may be noted that leadership styles are still a subject that requires further scientific study. Even after more than half a century of successive study of leadership styles, not all key issues of their genesis and functioning remain controversial.

R. Blake and J. Mouton propose a two-dimensional model. According to them, the "leadership grid" has two axes – the degree of consideration of production interests and the degree of consideration of human interests. Accordingly, the following styles are identified: *club management* (scrupulous attention to satisfying human needs leads to a comfortable and friendly atmosphere and work rhythm in the organization); *impoverished management* (applying a minimum of effort to achieve the necessary production results is sufficient to maintain membership in the organization); *power-oriented management* (production efficiency depends on creating working conditions where human aspects are present to a minimum); *organizational management* (good organizational management can be achieved by balancing the need to achieve production results and maintaining a satisfactory level of morale); team management (according to the authors of the concept, reflects the optimum and most effective style in which production successes are due to people dedicated to their work, interdependence between employees is maintained by focusing on common organizational goals, which leads to building relationships based on trust and respect) [1, 2, 4, 6].

Summarizing the concept of essential manifestations of management style, as revealed by authoritative experts, two independent basic factors that determine the stylistic behavior of a manager can be identified: 1) production activity technologies ("tasks," subject environment, i.e. objective resources) and 2) relationships and interactions with staff ("relations," "subjects," i.e. resources of interpersonal interactions of people).

Within the space of the two identified factors, managers act as subjects of object activity and as subjects of social relationships. Usually, styles described by researchers are localized in the space of two factors as limited, relatively closed, and self-sufficient systems. The effectiveness of different styles is determined by a greater or lesser representation in the perception of the subject and in his style of the set of conditions, requirements, laws of one of the two spheres – object (subject, production-technological) and subject (interpersonal). According to the professional worldview of the manager, certain resources are available to him.

Managers who are oriented towards employees focus on the needs of subordinates, demonstrating two qualities in doing so: they support positive interaction and strive to minimize conflicts. The employee-oriented leadership style corresponds to the concept of "attentiveness".

In contrast to the first type, the task-oriented manager directs the activities of subordinates, aiming to increase efficiency, reduce costs, and establish a workflow schedule. This type is associated with two qualities: a desire to achieve goals and optimization of employee activity. Behavior that is task-oriented is close to the category "initiating behavior".

Two types of behavior are contrasting to each other. Therefore, a manager who shows certain behavioral characteristics is attributed either a people-oriented or a task-oriented behavior style, but never both together. Another important consideration is that subordinates who support their manager often exhibit behaviors themselves associated with a desire to achieve goals, optimizing activities, constructive interaction, and minimizing conflicts, contributing to improved performance. Furthermore, the behavior of a manager not only influences the employees but is also influenced by situational factors.

Employee orientation: a type of manager behavior that involves focusing on the needs of employees and demonstrating two qualities: supporting positive interaction and striving to minimize conflicts.

Work orientation: a type of manager behavior that directs the activities of subordinates to increase efficiency, reduce costs, and establish a work schedule. This type is associated with two qualities: the desire to achieve goals and optimizing the activity of employees.

The "management style grid" model, developed in the 1960s by R. Blake and J. Mouton, underlies the test for assessing management style [6]. The authors distinguish between "people-orientation and work orientation": on the one hand, managers should accelerate the transformation of goals and the execution of tasks, and on the other – take into account the desires and suggestions of employees.

R. Blake and J. Mouton evaluated managers on a nine-point scale after conducting a week-long seminar based on two criteria: attention to people and attention to production. Grouped along two axes, the ratings reflect five main management styles, as shown in Figure 1.

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|------------|
| Staff orientation | 9 | 1,9 | | | | | | | | 9,9 |
| | 8 | | | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | 5,5 | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | |
| | 1 | 1,1 | | | | | | | | 9,1 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Task orientation | | | | | | | | | | |

Figure 1. R. Blake and J. Mouton's Management Grid

Team management (9,9) is often considered the most effective style, and is recommended for use because it allows team members to work together to perform tasks.

Country club management (1,9) is observed in cases where the manager pays more attention to people than to work results.

Authority-compliance management (9,1) occurs when operational efficiency is the dominant orientation.

Middle-of-the-road management (5,5) reflects situations in which managers show an equally moderate interest in both employees and production.

Impoverished management (1,1) means the absence of leadership philosophy. Managers do not show interest in either employees or production.

The drawback of the Behavioral Theory approach is the absence of situation variables into account. Important variables are – coworkers, tasks or functional areas of managers. Therefore, people with a high performance orientation prefer a task-oriented management style. However, with new and complex tasks, a people-oriented management style proves to be more effective.

In our research, the R. Blake and J. Mouton test was used to determine the management style according to the “management style grid” model. The results of the investigation are presented in Figure 2.

The total scores from the test were plotted on a chart, marking the point with the score indicative of people-orientation (6.64) on the vertical axis, and the point with the score indicative of task-orientation (6.43) on the horizontal axis. Then, two lines were drawn from each point so that they intersect. The intersecting area is the measure of the leadership style (the cell marked in green).

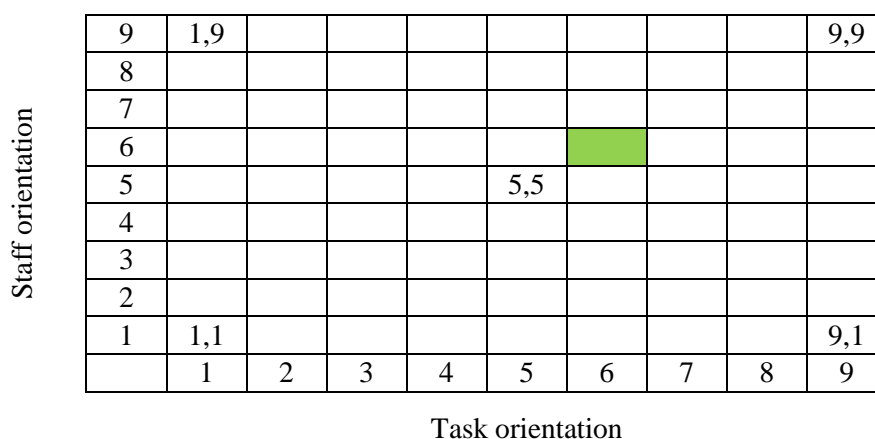


Figure 2. Indicators for Blake-Mouton Grid "Management Styles Grid"

Based on the test results, the task-orientation score (6.43) is almost indistinguishable from the people-orientation score (6.64). As can be seen from the leadership styles grid, the result obtained in the study is closest to style 5.5 – *Centrist Management*. It reflects situations in which managers demonstrate an equally moderate interest in both employees and production.

It should be noted that the obtained indicators significantly exceed the parameters of the Centrist management (5.5) and show a trend of managerial behavior approaching the ideal style – (9.9) Team. The team management is characterized by a high interest in both cooperation and tasks. It is considered a universal style that consistently leads to successful management of the organization.

It should be emphasized that individual indicators of the task orientation of the studied leaders are in the range from min=4 to max=9 on a nine-point scale. Out of them, 69.23% showed a clearly expressed task orientation (7-9 points), and moderately – 30.77%. No marginal task orientation was identified in the studied sample.

Individual indicators of staff orientation are in the range from min=3 to max=9. A pronounced orientation towards relationships in the study sample was found in 26.92%, moderate orientation – in 65.38% of managers, slight staff orientation – in 7.69% of the surveyed.

The leadership style with a dominance of task orientation over staff orientation was found in 38.46% of managers. The leadership style with a dominance of staff orientation was identified in only 3.85% of managers.

These characteristics are very important in the behavior of managers. People-orientation and task-orientation represent fundamental aspects of human behavior, on which the success of the organization depends. It should be noted that these characteristics were identified in the process of field research of real managers. And if different studies produce similar results, one can assume that they reflect fundamental features of leadership styles. In a recent review of scientific works conducted over the last 50 years, people-orientation and task-orientation are defined as the main categories of manager behavior. Interest in tasks and interest in people are demonstrated by managers at various levels. And although these are not the only forms of behaviour, they are the most significant.

An important practical question is whether managers can combine task-orientation and people-orientation, and if so, how they manage to do it. The managerial grid shows that a combination is possible. This is confirmed by the results of our research. A leadership style characterized by significant task-orientation and significant people-orientation was demonstrated by 19.23% of the managers studied. A leadership style with moderate interest in both employees and production was demonstrated by 23.07% of managers. A leadership style with insignificant task-orientation and insignificant people-orientation was not found in the sample studied.

Although a leader may predominantly exhibit one characteristic, it is established that the most effective leaders are considerably oriented towards both people and tasks. That is, leaders of this type can alter their behavior depending on the situation. However, both leadership styles can be observed simultaneously. A task-oriented leader sets challenging tasks for subordinates and then simply puts pressure on them. In contrast, a people-oriented leader seeks improvement by establishing constructive relationships with subordinates. A leader who is significantly oriented towards both people and tasks will combine both styles in most situations.

Such a "compatible" style is recognized as more universal rather than situational. Universal style means that behavior is effective in all situations, and situational means that it is only effective in some. Research points to a certain degree of universality of behavior oriented towards both people and tasks. In other words, the style of a leader oriented to people more satisfies employees and creates fewer interpersonal problems in the most diverse situations. And task orientation in many cases leads to high productivity.

People can mimic the behavior of a leader. It is believed that a leader who is simultaneously oriented towards people and tasks is the most effective, as they are capable of meeting the needs of employees and production requirements. Although this type of leadership is not the only one, researchers are convinced that it allows to achieve success in a variety of situations.

The advantage of behavior theory models lies in their practical use in the field of training. At the beginning of the training, through questionnaires, leaders assess their personal managerial character traits. During the training, they adjust their managerial behavior to the ideal style – 9.9 team-oriented.

Conclusions. Within the theories of behavior, it is predicted that successful leaders exhibit certain forms of behavior. Many studies have been conducted in which attempts were made to identify these forms. Leaders who are focused on their subordinates concentrate attention on the needs of those under their management, exhibiting two qualities: they foster positive interaction and seek to minimize conflicts. Relations are very important for modern organizations, so many companies seek to find leaders capable of establishing constructive interaction among employees. In contrast to the first type, a work-oriented manager directs the activities of subordinates, aiming to increase efficiency, reduce costs, and establish a work schedule. This type is associated with two qualities: striving to achieve goals and optimizing the activities of employees.

Summarizing the concept of the essential manifestations of management style, we can determine the recommendations for practical use of behavioural components of management styles: to become a true leader, one should show interest in both tasks and people. People-oriented approach helps to avoid many personnel problems, while task-oriented approach contributes to the increase in productivity. The use of both forms of behaviour in different situations will help to become a successful manager.

Bibliography:

1. BLAKE, R. R., MOUTON, J. S. *The managerial grid*. Houston: Gulf Publishing Co., 1964. 340 p.
2. DAFT, R. L. *The leadership experience*. South Western, a Thomson Learning Company, 2005. 681 p.
3. FIEDLER, F. A. *Theory of leadership of effectiveness*. New York : McGraw-Hill, 1967. 308 p.
4. GEBERT, D., ROSENSTIEL, von L. *Organisation Psychologie. Person und Organisation*. Stuttgart : Kohlhammer, 2002. 598 p.
5. LEWIN, K. Field Theory and Experiment in Social Psychology: Concepts and Methods. *American Journal on Sociology*. 1939, vol. 44, pp. 868–896.
6. RODLER, C., KIRCHLER, E. *Management in Organizations* / Translated from German. Kharkiv: Humanitarian Center, 2003. 128 p.
7. TANNENBAUM, R., SCBMIDT, W. How to choose a leadership pattern. *Harvard business review*. 1973, 51, pp. 162-180.
8. VASYLKEVYCH, Y. Z., LOMAK, O. M., ZOZULIA, I. M., KOCHEREVA, D. V., KIKINEZHDI, O. M. Creativity as a Resource of Adaptation in a Politically and Economically Unstable Environment. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*. 2020, 8 (4), pp. 710–718. <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2020.08.04.14>
9. YUKL, G., GORDON, A., TABER, T. A Hierarchical Taxonomy of Leadership Behavior: Integrating a Half Century of Behavior Research. *Journal of Leadership and Organizational Studies*. 2002, vol. 9, no. 1, pp. 15-32.

FEATURES OF THE FORMATION OF CONFLICTOLOGICAL CULTURE AMONG STUDENTS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS - FUTURE TEACHERS IN THE CONTEXT OF DISTANCE LEARNING

CARACTERISTICI ALE FORMĂRII CULTURII CONFLICTOLOGICE ÎN RÂNDUL STUDENȚILOR INSTITUȚIILOR DE ÎNVĂȚĂMÂNT SUPERIOR – VIITORI PROFESORI – ÎN CONTEXTUL ÎNVĂȚĂMÂNTULUI LA DISTANȚĂ

Svitlana PUKHNO, PhD, Associate Professor,
Sumy State Pedagogical University "A.S. Makarenko", Ukraine
ORCID: 0000-0001-9862-5145

CZU: 378.064

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p216-220

Abstract. The article presents an analysis of such concepts as “conflictological culture”, “teacher’s conflictological culture”, “communicative competence”, “conflictological competence”. The features of the formation of a conflictological culture of future teachers - students of a higher educational institution in the conditions of distance learning are presented. The components of conflictological competence of students of a higher educational institution are analyzed as parts of professional self-realization of the personality. It is presented that the formation of a conflictological culture of future teachers depends on the organization of the educational process in a higher educational institution in the conditions of students’ distance learning. Effective methods of distance learning for the formation of components of conflictological culture of future teachers are analyzed.

Keywords: conflictological culture, conflictological culture of the teacher, communicative competence, conflictological competence.

Introduction. Conflictological competence, as a component of the teacher’s conflictological culture, ensures effective interaction with all participants in the educational process. The conflictological culture of a specialist contains formed components of communicative and conflictological competences. The latter consists in predicting the conflict situation, rational behavior during the conflict, and understanding the consequences. The study of the problems of the process of formation of conflictological competence, as a conflictological culture of future teachers – students of higher education, especially in the conditions of distance learning, does not lose its relevance.

Research analysis. The study of the problems of forming a conflictological culture of future specialists is presented in the studies of T. R. Branitska, O.V. Hrechanovska, T. Dziuba, M. I. Kabachynskyi, V. Kovalchuk, O. H. Kaverin, M. I. Kliap, I. V. Kozych, N. O. Korostelin, N. V. Pidbutska, B. Savchuk and many others.

In modern studies, such a concept as “conflictological culture of an individual” and such a concept as “conflictological culture of a specialist” are distinguished. The first is a characteristic of the presence of competencies in a person to predict and resolve conflicts, the second concept is related to the specified competencies during professional activity. This is the result of the study of social psychology, conflictology and the acquired skills of using them in

practice by students of higher education institutions [2, pp. 300-303]. In addition, according to the researches of N. V. Pidbutska and O. V. Hrechanovska, the above is also evidence of the ability to adapt in a conflict-prone environment.

According to the researches of T. R. Bronytska, the conflictological culture of a specialist should be understood as the multifaceted quality characteristics of an individual, which is based on humanistic values, contains the components of communicative culture, conflictological literacy, motivation, competence in conflict management, a constructive conflictological perspective, and is a personal potential that is enriched by life by experience.

According to N. V. Samosonova's research, the conflictological culture of a specialist contains the following components: theoretical knowledge (conflictological literacy) and the ability to implement them in practice (conflictological competence). Conflictological competence includes perceptive, communicative, interpersonal and managerial competence [9, p. 20].

The ability to diagnose conflict and predict consequences – conflictological preparedness is the ability of a specialist to diagnose a conflict situation and predict consequences, the ability to manage conflicts in a professional environment. The specialist's conflictological preparedness involves assessing one's own capabilities to overcome potential difficulties during conflict resolution in order to achieve the set goal. Conflictological preparedness provides a regulatory function during conflict interaction. The most rational choice of strategy for behavior in conflict, management of emotions, constructive interaction are indicators of this preparedness.

The unity of all components, according to T. R. Bronytska, forms conflictological competence and, accordingly, the culture of a specialist. The criteria and indicators of the formation of the conflictological culture of future specialists include personal-active, motivational-value, content-cognitive, emotional-volitional, communicative-behavioral, reflective [1, pp. 237-238].

The personal-active criterion reflects the level of conflictological knowledge. Also, according to this criterion, the student's level of awareness of conflict in professional activity is determined. This criterion reflects the student's desire for professional self-realization, independent work on the development of the components of conflictological culture, awareness of the peculiarities of one's own individuality, creative activity. Personality characteristics according to this criterion are humanism, independence, ability to work, perseverance, willingness to accept responsibility for one's own actions, sociability, objectivity of self-evaluation.

The motivational-value criterion characterizes a person's system of knowledge about social values, norms of ethics and morality, and professional values. According to this criterion, the peculiarities of human motivation, the need for educational and professional activities, the awareness of the understanding of the assimilation of knowledge, the formation of professional skills for the implementation of future professional activities are determined.

Indicators of the motivational-value criterion are the presence of a goal for the formation of a conflictological culture, motivational readiness for intellectual development, readiness for a constructive conflictological position.

The content-cognitive criterion is manifested in the awareness of the need for knowledge about the nature of conflicts, characterizes the knowledge system of conflictology, skills and abilities in managing professional conflicts. The indicators of this criterion are knowledge about

the psychology of relations between people and methods of their regulation; a set of knowledge about the culture of thinking; intellectual features of future specialists; an active position in the analysis of conflicts; focus on real actions in the conflict.

The emotional-volitional criterion is manifested in the totality of knowledge about emotions and methods of self-regulation; characterizes volitional activity and features of social behavior. Indicators of this criterion are stress resistance, perseverance, purposefulness, conscious attitude to the emotional states of opponents, display of friendship and optimism.

The communicative-behavioral criterion is manifested in the possession of communicative culture, in particular, the possession of “active listening” techniques. Indicators of this criterion are personal characteristics and professionally important qualities of future specialists – tolerance, communicativeness, orientation towards cooperation, diplomacy, ability to manage one’s own behavior in conflict conditions, social adaptability. The reflexive criterion reflects knowledge of professional responsibility, awareness of the need to form components of conflict culture. The indicator is the development of reflection during conflict interaction [1, p. 239].

The formation of conflictological competence of students of higher education – future teachers depends on:

- study of psychological disciplines in an educational institution;
- organization and holding of seminars, round tables, scientific conferences on conflictological topics by the institution;
- the work of the “Psychological Service” of the institution of higher education and the organization of educational and preventive measures;
- organizing the work of curators of academic groups and the administration of the educational institution;
- peculiarities of adaptation to study and the group of students of a higher education institution.

The formation of conflictological competence of students of pedagogical specialties is a very relevant topic of scientific research today. The distance learning of students of higher education institutions – future teachers – is carried out thanks to the creation of a distance education platform, the organization of the optimal ratio of classroom and independent work, the organization of online interaction of participants in the educational process – conducting lectures and practical classes, consultations. The goal of distance education is to ensure students’ access to the educational resources of a higher education institution. This form of education is necessary during military operations on the territory of Ukraine. Distance learning involves a large amount of independent work time for students.

The difficulties of distance learning students are related to the need for self-regulation and organization of self-education, the lack of real communication during classes, and technical problems. The organization of education requires technical support, a sufficient level of modern computer technologies mastery, self-organization of students’ lives. The advantages of distance learning are that students can independently adjust their workload, develop self-organization skills, have free access to educational resources and opportunities for additional self-education.

Those interested in distance learning are students who are distant from the educational institution, military personnel, citizens of foreign countries, people with special educational needs, students who combine work and study, students who wish to obtain several specialties,

students of general secondary education institutions who want to prepare for admission to institution of higher education [6, p. 193].

The advantages of distance learning are the implementation of continuous education; access to electronic libraries, classes of various lecturers, the possibility of interaction with foreign teachers of educational institutions, internships, professional development [5, p. 303].

According to the research presented in the work of L.P. Londar, the most common forms of interaction between the participants of the educational process in the conditions of distance learning were communication through phone calls, messengers such as WhatsApp, Viber, email correspondence, interaction in Google Meet, Zoom, Skype. Distance learning platforms were created in educational institutions. Learning outcomes were evaluated based on independent written works of students, online testing of subjects, recordings of audio responses of education seekers to the tasks of the educational process [4, pp. 39-40].

While studying the discipline “Psychology”, students Sumy State Pedagogical University named after of A.S. Makarenko, future teachers, study the components of social psychology. The study of the structure of the conflict, dynamics, strategies of behavior in the conflict, and the consequences of various types of conflicts are subject to special analysis. It is very important to study the methods of conflict regulation, the mechanisms of their resolution, the possibilities of forecasting and prevention. According to E.N. Bohdanov and V.H. Zazykyn, the necessity of the modern world is for a specialist in professional activity to have knowledge of conflict studies [9, pp. 20-21].

In the process of distance learning, lectures and practical classes are held in the mode of Internet conferences. During the practical classes, there is a discussion of tasks on conflictology, solving psychological problems on conflictology topics. During practical classes, future teachers are offered psychodiagnostic methods, based on the results of which young people determine indicators of personal qualities. Thus, students master the skills of personal psychodiagnostics. In the future, the research results can be the material for self-analysis and opportunities for further psychological correction. According to the results of T. Dziuba’s research, conflictological competence is in a critical analysis of personal capabilities [ibidem]. Also, while studying the discipline, students perform independent work on researching the problems of conflictology. During classes in a distance format, it is effective to organize work in problem groups for the purpose of studying models of conflict situations, role-playing games for playing different strategies of behavior in conflicts and discursive discussion of results, forecasting consequences. Heuristic conversation, “brainstorming”, and project-based learning technologies are effective. Thus, students get opportunities for practical use of the acquired knowledge, which contributes to the formation of professional qualities of future specialists [3, pp. 43-46].

Effective methods of formation of communicative and conflictological competence are social-psychological trainings. Participation in trainings contributes to the development of social perception mechanisms (reflection, empathy), emotional self-regulation, organizational and communication skills. The organization and conduct of conflictological trainings contribute to the formation of constructive interaction skills, active listening skills, understanding of behavioral strategies of participants in conflict interaction, forecasting the progress and consequences of conflict interaction.

Conclusions and prospects for further research. The formation of components of the conflictological culture of students of higher education in the conditions of distance learning has

its own specificity. Effective methods are conducting debates, “brainstorming”, trainings, project activities. Students of higher education - future teachers should be offered analysis of problem situations, professional conflict problems, and psychodiagnostic work. The student can self-diagnose the formation of the components of conflictological culture during the pedagogic practice, which takes place in the 4th year. Conflictological competence of students – future teachers is a necessary condition for professional and personal self-realization of young people.

Bibliography:

1. Branitska T.R. Kryterii ta pokaznyky sformovanosti konfliktolohichnoi kultury maibutnikh fakhivtsiv sotsionomichnykh profesii. Suchasni informatsiini tekhnolohii ta innovatsiini metodyky navchannia v pidhotovtsi fakhivtsiv: metodolohiia, teoriia, dosvid, problemy. 2018. Vypusk 52. S. 235-239.
2. Kabachynskiy M. I., Zhuk O. S. Konfliktolohichna kultura yak umova profesiinoi uspishnosti suchasnoho fakhivtsia sfery obsluhovuvannia. Visnyk Khmelnytskoho natsionalnoho universytetu. 2010. № 6. T. 4. S. 300-303.
3. Lemak T. V. Osoblyvosti formuvannia konfliktolohichnoi kompetentnosti studentiv-psykholohiv na fakulteti pidhotovky ofitseriv zapasu. Konfliktolohichna ekspertyza: teoriia ta metodyka. XV Mizhnar. nauk.-prakt. konf. Kyiv. 2016. S. 43-46.
4. Londar L. P. Shchodo zabezpechennia dystantsiinoho navchannia v Ukraini v umovakh viiny. Osvita Ukrainy v umovakh voiennoho stanu: upravlinnia, tsyvrovizatsiia, yevrointehratsiini aspekty: zbirnyk tez dopovidei IV Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii (naukove elektronne vydannia), 25 zhovt. 2022 r. Kyiv: DNU «Instytut osvithoi analityky». 2022. S. 36-40.
5. Lutaienko, O.M. Formuvannia profesiinoi kompetentnosti maibutnikh uchyteliv v umovakh suchasnoi osvity: teoretychni aspekty. URL: http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/2304/1/O_Lutayenko_GL.pdf
6. Mukhina L. Struktura konfliktolohichnoi kompetentnosti maibutnoho vchytelia. Naukovyi visnyk MNU imeni V. O. Sukhomlynskoho. Psykholohichni nauky. 2016. № 1 (16). S. 142-146.
7. Samoliuk, N., Shvets, M. (2013). Aktualnist i problemnist dystantsiinoho navchannia. Nova pedahohichna dumka. 2013. № 1.1. S. 193.
8. Pidbutska N. Pedahohichni umovy formuvannia konfliktolohichnoi kultury maibutnoho inzhenera-mashynobudivnyka: avtoreferat dysertatsii na zdobuttia naukovoho stupenia kandydata pedahohichnykh nauk: 13.00.04./Pidbutska Nini Viktorivna. Vinnytsia, 2008. 22 s.
9. Fil S.S. Vyznachennia, zmist ta struktura konfliktolohichnoi kompetentnosti studentiv – maibutnikh fakhivtsiv sotsionomichnykh profesii. Naukovi zapysky NaUKMA. Pedahohichni, psykholohichni nauky ta sotsialna robota. 2011. T. 123. S. 20-24.

FORMAREA COMPETENȚELOR PROFESIONALE DE SUSȚINERE A COPIILOR SUPRADOTAȚI

PROFESSIONAL SKILLS TRAINING TO SUPPORT GIFTED CHILDREN

Victoria MAXIMCIUC, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-7331-9133
maximciuc.victoria@upsc.md

Victoria MAXIMCIUC, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.54

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p221-226

Abstract. The problem of training pedagogical staff to work with special children has always presented a real challenge for the system of higher pedagogical education. This is due to several factors: constant reforming of the education system and constant search for a more perfect model; negative impact of the socio-economic crisis; lack of effective interaction between higher education institutions and pre-university education system. It should be noted that in the specialized literature there are few sources on the psychopedagogy of gifted children and especially the study of the problem of training for working with gifted children. The purpose of this study is to study the psychological readiness of students to work with gifted children. Objectives of the study: study of special literature; development of evaluation of the psychopedagogical model of readiness of third-year students specialty special psychopedagogy to work with gifted children; analysis and interpretation of the results and presentation of recommendations.

Keyword: child, gifted, teachers, training, educational process.

Dezvoltarea social-economică a oricărei țări civilizate implică în mod inevitabil elaborarea unui sistem de educație pentru persoanele creative. Astăzi, datorită implementării generale a educației incluzive în Republica Moldova, problema educației copiilor supradotați devine din ce în ce mai actuală. Acest lucru se datorează mai multor factori: imposibilitatea totală de a deschide centre sau școli speciale pentru această categorie de copii, din cauza unor politici educaționale nechibzuite; lipsa constantă de fonduri; schimbările în valorile societății; o anumită ignorare și transferul acestei probleme pe umerii părinților. Analiza cadrului legislativ al politicii educaționale din Republica Moldova a relevat absența oricărei legi care să susțină educația sau sprijinul psihologic și pedagogic specializat. Conform programului de dezvoltare a educației incluzive pentru anii 2024-2027, copiii supradotați intră în categoria copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES). Politica educațională a ministerului de profil din țara noastră este reprezentată de organizarea de olimpiade la diferite niveluri. Potrivit datelor oficiale, 3500 de copii participă anual la olimpiadele naționale [2, p 1].

Experiența internațională arată că educația de calitate a copiilor supradotați este condiționată de trei factori: creșterea prestigiului profesiei de dascăl, îmbunătățirea calității pregătirii elevilor pentru muncă creativă și soluții non-standard; abordarea individuală a fiecărui elev, pornind de la clasele primare.

Analiza literaturii de specialitate a diferitor școli științifice arată că copiii supradotați ar trebui să studieze conform unui program special: C. Chiciuc [1, p. 27], P.I. Mujdabaeva, A.N. Sevcenco [6, p. 156]; T.V. Alexandrovici [7, p. 84], J.Koifnam [4, p. 231], Salem Obaid Alelyani [5, p. 124]. O serie de alte studii evidențiază particularitățile de dezvoltare a sferei cognitive și a calităților de personalitate, dintre care unele pot duce la probleme de învățare și la încălcarea interacțiunii interpersonale în grupul de colegi și de către profesori: T.V. Alexandrovici [7, p. 84], Salem Obaid Alelyani [5, p. 124].

Este important de menționat că pregătirea cadrelor didactice pentru lucrul cu copiii supradotați se bazează, în principal, pe dezvoltarea abilităților profesionale. Cu toate acestea, există numeroase studii orientate spre analiza calităților psihologice și profesionale ale cadrelor didactice din diferite școli științifice, T.V. Alexandrovici [7, p. 84], M.L. Stănescu [3, p. 108], dar toate aceste lucrări nu sunt vizate și nu au caracter direcționat.

Prin urmare, problema de cercetare se reduce la următoarele contradicții:

- necesitatea sistemului educațional modern de a îmbunătăți calitatea muncii profesorilor cu copiii supradotați și lipsa unei liste acceptate de calități importante, inclusiv a pregătirii psihologice;

- absența unui model dezvoltat de pregătire psihologică a cadrelor didactice pentru lucrul cu copiii supradotați, adoptat la nivelul sistemului de învățământ;

- unilateralitatea pregătirii personalului doar din punctul de vedere al studierii disciplinelor psihopedagogice și ignorarea definitivă prin prisma învățământului pedagogic superior special a formării pregătirii psihologice a studenților pentru lucrul cu copiii supradotați.

Scopul cercetării: studierea pregătirii psihologice (componentele structurale) a studenților pentru lucrul cu copiii supradotați.

Obiectivele studiului:

1. cercetarea literaturii specializate și clarificarea conceptului de „pregătire psihologică”;
2. identificarea componentelor structurale ale pregătirii psihologice pentru studenți;
3. elaborarea unui model de evaluare a pregătirii psihologice a studenților;
4. aplicarea modelului de diagnosticare;
5. analiza și interpretarea rezultatelor;
6. formularea unor concluzii și recomandări.

Ipoteza cercetării: presupunem că procesul de formare a viitorilor studenți ai Universității Pedagogice va avea succes dacă va fi studiată starea principalelor componente structurale ale pregătirii psihologice la viitorii specialiști.

Grupul experimental: eșantionul cercetării a fost format din studenții anului II, specialitatea Psihopedagogie specială, 11 persoane.

Modelul psihologic de evaluare a pregătirii psihologice a studenților a constat din următoarele componente principale: blocul motivational – Chestionarul pentru profesori „Conștientizarea alegerii sistemului pedagogic” (M.I. Luchianova) și un test pentru a determina aptitudinea unui profesor de a lucra cu copiii supradotați (D.B. Bogoiavlenskaia, A.V. Brușlinschi); blocul creativ – Chestionarul „Determinarea activității creative a personalității” (M.M. Kașapov, O.N. Rachitscaia); blocul de competențe de comunicare și abilități de organizare – Metodologia „Evaluarea tendințelor de comunicare și organizare” (B.A. Fedorișina); blocul personal – stimă de sine adecvată, „eu” pozitiv – Metodologia „Diagnosticarea nivelului de empatie policomunicativă” (I.M. Iusupov).

Analiza și interpretarea rezultatelor

Blocul motivațional

Prezentăm rezultatele obținute la chestionarul pentru profesori „Conștiința alegerii sistemului pedagogic” (M.I. Luchianova). Rezultatele obținute sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1. Rezultate cantitative privind aplicarea chestionarului pentru profesori „Conștientizarea alegerii sistemului pedagogic” (M.I. Luchianova)

| Grup de studenți | Scor ridicat (13-26 puncte) | Scor scăzut (1-13 puncte) |
|-------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 11 studenți (100%) | 7 studenți (63%) | 4 studenți (37%) |

Analiza rezultatelor obținute în urma aplicării chestionarului pentru profesori „Conștiința alegerii sistemului pedagogic” (M.I. Luchianova) a arătat că majoritatea studenților, 7 studenți (63%), au obținut un scor ridicat. Acest lucru indică faptul că sunt susținători ai paradigmei centrate pe persoană și că se străduiesc să implementeze învățarea prin dezvoltare în activitatea cu copiii supradotați. Al doilea grup a relevat o evaluare scăzută de către 4 studenți (37%). Acest lucru indică sprijinul pentru modelul tradițional de predare, iar copiii supradotați sunt doar un obiect de influență.

Prezentăm rezultatele referitoare la predispoziția studenților de a lucra cu copiii supradotați, folosind un test de determinare a aptitudinii unui profesor de a lucra cu copiii supradotați (13-26 puncte) (după D.B. Bogoiavlenskaia, A.V. Brușlinschi). Rezultatele obținute sunt indicate în tabelul 2.

Tabelul 2. Rezultate cantitative privind aplicarea testului pentru determinarea înclinației profesorului de a lucra cu copiii supradotați (după D.B. Bogoiavlenskaia, A.V. Brușlinschi)

| Grup de studenți | Nivel ridicat | Nivel mediu | Nivel scăzut |
|-------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 11 studenți (100%) | 4 studenți (37%) | 5 studenți (46%) | 2 studenți (17%) |

Astfel, o parte dintre studenți, 4 persoane (37%), au prezentat un nivel ridicat de pregătire psihologică pentru lucrul cu copiii supradotați. Aceasta înseamnă că studenții posedă aptitudini și posibilități de a lucra cu copiii supradotați, dar au nevoie de formarea unor capacități suplimentare de autocontrol al proceselor cognitive. La 5 studenți (46%) a fost identificat un nivel mediu, având o înclinație de a lucra cu copiii supradotați, aceștia contribuie la stimularea potențialului creativ la această categorie de copii. Doar 2 studenți (17%) au un nivel scăzut de înclinație, deci nu manifestă un interes deosebit.

Blocul creativ

Am studiat abilitățile creative, folosind chestionarul „Determinarea activității creative a personalității” (M.M. Kașapov, O.N. Rakitskaia). Rezultatele cercetării sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 3. Rezultate cantitative privind aplicarea chestionarului „Determinarea activității creative a personalității” (M.M. Kașapov, O.N. Rakitskaia)

| Grup de studenți | Nivel ridicat | Nivel mediu | Nivel scăzut |
|-------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 11 studenți (100%) | 4 studenți (36%) | 7 studenți (64%) | 0 |

Conform datelor obținute, majoritatea reprezentanților acestui eșantion au prezentat un nivel mediu de manifestare a creativității la 7 (64%) elevi, un nivel scăzut nu a fost constatat.

Personalitatea active, cu adevărat creative, a fost relevată la 4 (36%) studenți. Adică, acestea sunt persoane care se străduiesc să schimbe fundamentele tradiționale, dau dovadă de inițiativă, tind să atingă excelența și independența.

Blocul competențelor comunicaționale și de organizare

Studiul abilităților de comunicare și de organizare a fost realizat cu ajutorul metodologiei „Evaluarea aptitudinilor de comunicare și de organizare” de B.A. Fedorișin. În tabelele 4 și 5 prezentăm particularitățile abilităților comunicative și organizatorice ale studenților în lucrul cu copiii supradotați.

Tabelul 4. Rezultate cantitative privind aplicarea metodologiei „Evaluarea aptitudinilor de comunicare și organizare” (B.A. Fedorișin) (evaluarea competențelor de comunicare)

| Indicatorul | Numărul de studenți (%) | Nota | Nivelul |
|-------------|-------------------------|------|----------------|
| 0,10-0,45 | 3 (27%) | 1 | scăzut |
| 0,46-0,55 | 3 (27%) | 2 | sub medie |
| 0,56-0,65 | 4 (36%) | 3 | medie |
| 0,66-0,75 | 0 | 4 | mare |
| 0,76-1 | 1 (10%) | 5 | foarte ridicat |

Analiza rezultatelor obținute în tabelul 5 arată insuficiența aptitudinilor de comunicare la viitorii profesori. Doar un singur student (10%) a prezentat un nivel foarte ridicat de aptitudini de comunicare, ceea ce poate conduce la revitalizare în întreprinderea obișnuită. În rest, de nivel mediu de aptitudini comunicative au dat dovadă 4 studenți (36%), nivel scăzut – 3 studenți (27%) și sub nivelul mediu – 3 studenți (27%). Rezultatele indică prezența reticenței, se simt constrânși în echipă, nu-și pot apăra părerea, supraviețuiesc greu jignirilor. Prin urmare, este necesar să se dezvolte și să se îmbunătățească aptitudinile comunicative.

Tabelul 5. Rezultate cantitative privind aplicarea metodologiei „Evaluarea aptitudinilor de comunicare și organizare” (B.A. Fedorișin) (evaluarea competențelor organizaționale)

| Indicatorul | Numărul de studenți (%) | Nota | Nivelul |
|-------------|-------------------------|------|----------------|
| 0,20-0,55 | 6 (55%) | 1 | scăzut |
| 0,56-0,65 | 1 (10%) | 2 | sub medie |
| 0,66-0,70 | 1 (10%) | 3 | medie |
| 0,71-0,80 | 2 (15%) | 4 | mare |
| 0,81-1 | 1 (10%) | 5 | foarte ridicat |

Analiza rezultatelor din tabelul 5 a relevat că doar 10% (1 student) dintre respondenți au un nivel foarte ridicat de aptitudini organizatorice, iar 15% (2 studenți) au un nivel ridicat, adică aceștia se pot orienta în situații dificile, să fie cu inițiativă, să ia decizii de unii singuri, să caute ei înșiși diverse activități pentru a-și manifesta aptitudinile organizatorice. Pentru majoritatea, 6 studenți (55%), s-a constatat un nivel scăzut de dezvoltare a aptitudinilor organizatorice. Acestor persoane, de obicei, le lipsește inițiativa, ele evită să ia decizii în multe forme de activitate. Prin urmare, pentru majoritatea respondenților, este necesară formarea aptitudinilor organizatorice.

Blocul autoidentității

Diagnosticarea stimei de sine adecvate, a unui „eu” pozitiv, am realizat-o cu ajutorul metodologiei „Diagnosticarea nivelului de empatie policomunicativă” (I.M. Iusupov). Rezultatele obținute le-am prezentat în tabelul 6.

Tabelul 6. Rezultate cantitative privind aplicarea metodologiei „Diagnosticarea nivelului de empatie policomunicativă” (I.M. Iusupov)

| Grup de studenți | Nivel foarte ridicat | Nivel ridicat | Nivel mediu | Nivel scăzut | Nivel foarte scăzut | Au refuzat |
|-------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|
| 11 (100%) | 0 | 2 (18%) | 6 (55%) | 0 | 0 | 3 (27%) |

Rezultatele obținute în tabelul 6 au arătat că majoritatea studenților chestionați (55%) au un nivel normal sau mediu de empatie. Această categorie de persoane au tendința să-i judece pe ceilalți doar după acțiunile lor, încearcă să îi înțeleagă pe ceilalți, dar în cazul manifestării puternice a sentimentelor nu dau dovadă de suficientă răbdare, nu pot prevedea suficient de bine evoluția relațiilor ulterioare cu oamenii, nu există o dezlănțuire a sentimentelor. Pentru a lucra cu copiii supradotați, simțul empatiei necesită un nivel mai ridicat. 2 elevi (18%) au prezentat un nivel ridicat de empatie, sunt mai calzi din punct de vedere emoțional, evită conflictele și încearcă să facă întotdeauna compromisuri, tolerează în mod normal criticile la adresa lor, lucrează mai mult cu oamenii și au nevoie de aprobare, dar nu sunt întotdeauna exacti și minuțioși în munca lor.

Concluzii

1. Formarea personalului pentru lucrul cu copiii supradotați este o problemă importantă în sistemul de învățământ superior, atât din punct de vedere al pregătirii profesionale, cât și psihologice.
2. Nu există un singur specialist care să poată lucra cu copiii supradotați, chiar și atunci când posedă calități profesionale excelente, adesea lipsesc caracteristicile special formate în pregătirea psihologică.
3. În sistemul de învățământ superior este necesar să se gândească și să se elaboreze un curriculum privind formarea calităților de pregătire psihologică pentru a lucra nu numai cu copiii supradotați, ci și cu alte grupuri de copii cu cerințe educaționale speciale.
4. Analiza teoretică a literaturii de specialitate a relevat faptul că există anumite studii consacrate pregătirii psihologice a cadrelor didactice în lucrul cu copiii supradotați, dar acestea sunt nesistematizate.
5. Scopul cercetării a fost studierea pregătirii psihologice, respectiv a componentelor structurale ale acesteia, a elevilor pentru lucrul cu copiii supradotați.
6. A fost elaborat un model de diagnostic pentru evaluarea componentelor structurale ale pregătirii psihologice.
7. Analiza rezultatelor obținute a relevat: există tendințe de motivare pentru a lucra cu copiii supradotați și de susținere a predării dezvoltării netradiționale, un nivel mediu de dezvoltare a creativității, o dezvoltare insuficientă a aptitudinilor comunicative și organizatorice și un nivel mediu de empatie.
8. Ipoteza studiului se confirmă.

Recomandări pentru sistemul de învățământ superior

- La începutul cursului să se evalueze starea de pregătire psihologică a studenților pentru a lucra cu copiii supradotați și așteptările studenților înșiși de la cursul „Psihopedagogia persoanelor cu supradotare”.
- Să fie creată o bază de date a cadrelor didactice care lucrează cu copiii supradotați, să fie elaborate programe educaționale individuale și literatură specială.
- Să se dezvolte parteneriate educaționale cu liceele în care studiază copiii supradotați, să fie încurajate asistarea la cursuri și participarea la diverse activități extracurriculare.
- Să se conștientizeze necesitatea unei munci constante asupra propriei persoane, citind literatură specială și de ficțiune.
- Să se realizeze lecții practice în sălile de clasă cu utilizarea jocurilor de afaceri, să se inițieze discuții privind schimbul de experiență de lucru cu copiii supradotați.
- Să se creeze sarcini pentru copiii supradotați la diferite niveluri până la învățământul universitar.

Bibliografie:

1. CHICIUC, C. Aspectele ale identificării elevilor supradotați. In: *Univers pedagogic*, 2020, nr. 3 (67), pp. 26-32. ISSN 18115470.
2. *Formarea competențelor profesionale de susținere a copiilor supradotați*. [citată 12.03. 2024]. Disponibil: <https://moldova.europalibera.org/>
3. STĂNESCU, M.L. *Instuirea diferențiată a elevilor supradotați*. Iași: Polirom, 2002. 216 p. ISBN 973-683-800-5.
4. KOIFNAM, J. Special Education for Gifted Children. In: *US-China Education Review*, 2022, Nov.-Dec., Vol 12, nr. 6, pp. 231-237. <http://dx.doi.org/10.17265/2161-623X/2022.06.003>
5. SALEM OBAID ALELYANI. Special Educational Need of the Gifted and Talented Students in Saudi Arabia: A Review Paper. In: *International Journal of Educational Research Review*, 2021, nr. 6 (2), pp. 124-133. ISSN 2458-9322. <https://doi.org/10.24331/ijere.854926>
6. МУЖДАБАЕВА, П.И., ШЕВЧЕНКО, А.Н. Основные методы и формы работы с одарёнными детьми. In: *Педагогические инновации в работе с одарёнными детьми: традиции и перспективы*. Симферополь: Издательство: Индивидуальный предприниматель Корниенко Андрей Анатольевич, 2021, с. 156-161. ISBN 978-5-6046168-0-2.
7. Организация работы с одарёнными детьми. Электронный учебно-методический комплекс. Сост. Т.В. АЛЕКСАНДРОВИЧ. Брест: БрГУ, 2018. 204 с. [citată 15.03. 2024]. Disponibil: <https://lib.brsu.by/sites/default/files/books>.

DIMENSIUNEA DE GEN ÎN MANIFESTAREA COMPORTAMENTULUI SOCIAL LA ȘCOLARII MICI

GENDER DIMENSION IN THE MANIFESTATION OF SOCIAL BEHAVIOR IN LITTLE SCHOOL CHILDREN

Lilia PAVLENKO, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0003-1707-9045
pavlenko_lilia@mail.ru

Lilia PAVLENKO, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 373.3.064:305

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p227-234

Abstract. Due to the social and economic changes, the interest of researching the social behaviour remains to be in progress. The society requests flexible, outgoing people who are able to solve constructively all the difficulties. In this article are presented the results of an investigation, which had the purpose to identify the role of gender factor on the manifestation of social behaviour at primary school pupils. The experiment consisted from three classical stages: observation, training and the control. At the observation stage, was used the Questionnaire which determines the pupil's social competences (by G.M. Bepalova, O.Yu. Chmyr, N.M. Formago) and the Observational Method. The obtained results emphasized both gender similarities and differences for the researched indicators. The formative program focused on the formation of social skills, such as cooperation under stressed situations, of assimilation adhering to the group rules, of empathy manifestation, compassion in the group, enterprise, etc. The obtained differences after the validation of the program, proved its efficiency, and the proposed recommendations can be useful for the specialists of this field in order to facilitate the formation of social behaviour.

Keywords: social behavior, young school children, gender dimension.

Interesul pentru studiul comportamentului social îl întâlnim în lucrările mai multor autori: sociologi, biologi, psihologi, începând cu Gustave le Bon (*Psihologia mulțimilor*, 1895), care pune bazele teoriei despre comportamentul colectiv și piatra de temelie în explicarea comportamentului social. Autorul explică cu ajutorul *legii uniformizării acțiunilor* că în cadrul mulțimilor „personalitatea conștientă se transformă într-un «suflet colectiv» cu caracteristici specifice, supunându-se unor norme de grup și perzându-și individualitatea, ignorând propriile sisteme de valori” [2].

Cu o viziune diferită asupra explicării comportamentului social vine Herbert Blumer (1900 – 1972), autorul teoriei reacțiilor circulare, care vorbește despre contagiunea comportamentală comparativ cu cea mintală a lui Gustave le Bon. Autorul face distincție între mulțime și mișcările sociale, aduce câteva clasificări ale mulțimilor, subestimează rolul liderului de grup.

În același context, o nouă perspectivă asupra comportamentului social este propusă de Ralph Turner (*Comportamentul colectiv*, 1957) prin *Teoria emergenței normei* – între

comportamentul de grup și cel colectiv există o continuitate dată de normă. Rolul colectivului, al normelor de grup sunt definatorii în formarea comportamentului social.

În anul 1962, James Devies, cu ajutorul *Teoriei convergenței*, susține că normele stau la baza comportamentului social, altfel inegalitatea dintre indivizi poate duce la conflicte, frustrare, apoi agresiune.

Mai târziu, în anul 1994, apare lucrarea lui Serge Moscovici *Psihologia socială sau mașina de fabricat zei*, în care autorul evidențiază rolul liderului în comportamentul social.

După cum vedem, autorii numiți încearcă să explice că societatea, mulțimile, grupurile de indivizi urmăresc în comportamentul social relaționarea în cadrul grupului și rolul liderului.

Pe lângă autorii enumerați, alte studii referitor la comportamentul social au fost realizate de cercetătorii: P. Iluț, S. Moscovici, S. Chelcea, P.P. Neveanu, A. Bandura etc. [1, 2, 3, 4].

În esență, comportamentul social include acțiuni ale indivizilor într-un grup, care modelează într-un anumit fel interesele altor persoane, ale grupurilor din care fac parte, interesele întregii societăți, cu alte cuvinte, comportamentul social este interacțiunea dintre indivizi în societate, manifestată în acțiunile și relațiile lor și care, de obicei, corespund acțiunilor acceptabile din cadrul grupului din care face parte individul. Respectiv, comportamentul social este comportamentul persoanei, acceptat sau nu de alte persoane, fie pozitiv, fie negativ. Astfel, se diferențiază comportamente *prosociale* (consecințe sociale pozitive asupra altor persoane, de exemplu, comportamentul de ajutorare, altruismul) și *antisociale* (efecte negative asupra celorlalți, de exemplu, comportamentul agresiv).

Interesul pentru subiectul dat sporește și mai mult în contextul cercetării acestuia la diferite vârste, în special, la vârsta micii școlarități, subiect reflectat în lucrarea de față. Anume în această perioadă, elevul își extinde cercul de comunicare, de interacțiune cu cei de o vârstă, cu alți adulți. De felul cum elevul mic socializează în mediul școlar depinde includerea lui în socium, calitatea relațiilor cu cei din jur.

În parte, ne-am referit la rolul factorului de gen, pe care îl considerăm unul valoric în modelarea relațiilor în cadrul grupurilor. Abordarea comportamentului social în grupurile școlare din perspectiva genderului ajută în construirea relațiilor, păstrând individualitatea de gen a fiecărui copil, minimalizând influența stereotipurilor de gen, realizând diferențiat procesul educațional etc.

În continuare vom prezenta rezultatele unui studiu experimental al cărui scop a vizat cercetarea manifestării comportamentului social la școlarii mici în funcție de factorul de gen. La investigație au participat 60 de elevi ai claselor a IV-a, cu vârsta cuprinsă între 10 și 11 ani, dintre care 33 băieți și 27 fete.

Metodele de cercetare aplicate au inclus:

1. Chestionarul pentru determinarea competențelor sociale la elevi (G.M. Bespalova, O.Yu. Chmyr, N.M. Formago), în baza căruia au fost selectate 7 criterii (41 de afirmații) cu referire la caracteristicile comportamentului social.
2. Metoda observării, care a avut drept scop constatarea comportamentului social după patru niveluri cu anumiți indicatori incluși în *Fișa de observare*.

Rezultatele obținute la ambele metode sunt prezentate în continuare. Astfel, în figura 1 avem rezultatele la Chestionarul pentru determinarea competențelor sociale la elevi (G.M. Bespalova, O.Yu. Chmyr, N.M. Formago) pentru băieți.

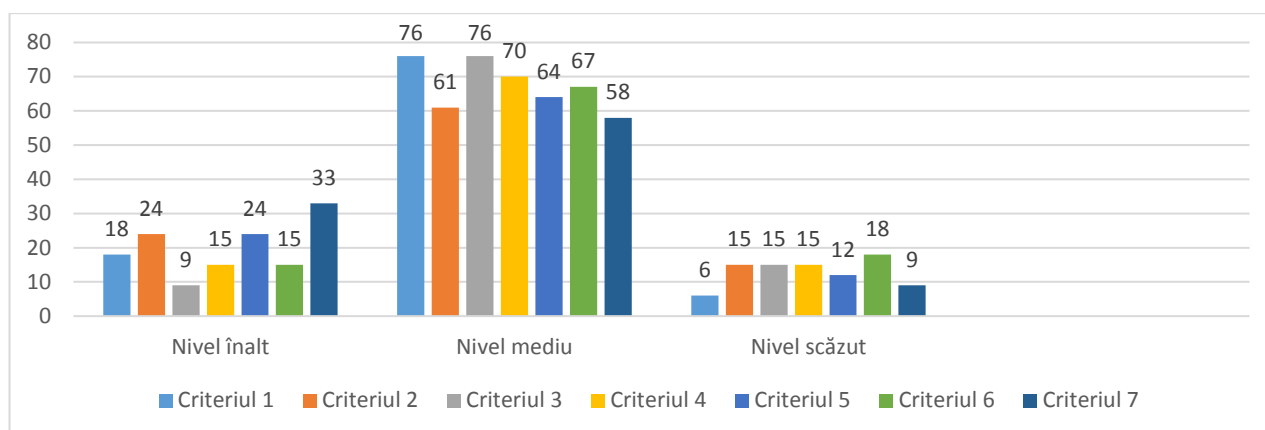


Figura 1. Rezultatele obținute la Chestionarul pentru determinarea competențelor sociale (G.M. Bepalova, O.Yu. Chmyr, N.M. Formago) la băieți

Unde: 1. acceptarea „normelor sociale” ale unei anumite societăți; 2. conștientizarea necesității de a extinde cunoștințe-abilități sociale pentru a atinge un nivel ridicat de adaptabilitate; 3. înțelegerea și evaluarea adecvată, corelarea condițiilor sociale specifice și a capacităților acestora de a obține rezultatul dorit; 4. capacitatea (dorința) de a-și actualiza experiența personală în raport cu o anumită situație socială; 5. identificarea și selectarea modalităților posibile și a celor mai eficiente forme de activitate, a opțiunilor de comportament; 6. disponibilitatea de a accepta responsabilitatea personală pentru alegerea propriului comportament într-o situație de interacțiune socială; 7. toleranța.

După cum observăm din figura 1, majoritatea datelor înregistrate pentru băieți prevalează la nivelul mediu cu tendință spre nivel înalt și cele mai scăzute date sunt înregistrate la nivelul scăzut. La nivelul mediu, cele mai proeminente date sunt la criteriul 1 (acceptarea „normelor sociale”...) și 3 (înțelegerea și evaluarea adecvată...). La nivel înalt se evidențiază în comportament manifestarea toleranței la băieți (33%).

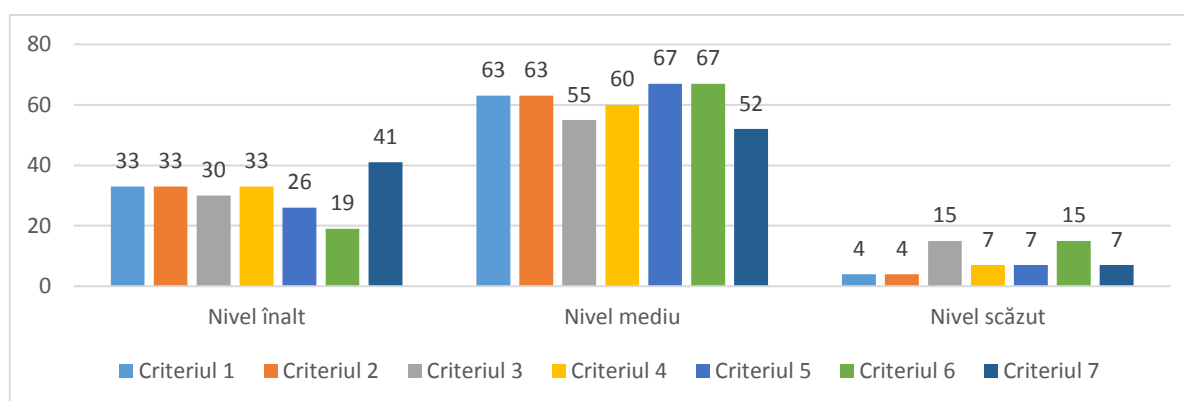


Figura 2. Rezultatele obținute la Chestionarul pentru determinarea competențelor sociale (G.M. Bepalova, O.Yu. Chmyr, N.M. Formago) la fete

Unde: 1. acceptarea „normelor sociale” ale unei anumite societăți; 2. conștientizarea necesității de a extinde cunoștințe-abilități sociale pentru a atinge un nivel ridicat de adaptabilitate; 3. înțelegerea și evaluarea adecvată, corelarea condițiilor sociale specifice și a capacităților acestora de a obține rezultatul dorit în această situație; 4. capacitatea (dorința) de a-și actualiza experiența personală în raport cu o anumită situație socială; 5. identificarea și selectarea modalităților posibile și a celor mai eficiente moduri de activitate, a opțiunilor de comportament; 6. disponibilitatea de a accepta responsabilitatea personală pentru alegerea propriului comportament într-o situație de interacțiune socială; 7. toleranța.

Tendențe asemănătoare se observă și în comportamentul fetelor: prevalează nivelul mediu cu tendință pronunțată spre nivel înalt doar cu unele diferențe în date și, ca și în cazul băieților, în comportament prevalează toleranța, fapt ce poate fi observat în figura 2.

Totodată, se observă și unele diferențe, și anume: comparativ cu băieții, la 30% dintre fete se atestă un nivel mai înalt la astfel de caracteristici precum *înțelegerea și evaluarea adecvată...* (criteriul 3) comparativ cu băieții (doar 9 %) și *capacitatea (dorința) de a-și actualiza experiența personală în raport cu o anumită situație socială* (criteriul 4) – 33% dintre fete față de 15% dintre băieți.

Dacă analizăm datele înregistrate la nivelul scăzut, observăm că băieții (18%) cel mai puțin sunt dispuși să accepte responsabilitatea personală pentru alegerea propriului comportament într-o situație de interacțiune socială (vezi criteriul 6). Fetele, la fel, mai puțin reușesc la acest criteriu (15%) și tot 15% dintre ele întâlnesc dificultăți în *înțelegerea și evaluarea adecvată* a capacităților de a obține rezultatul dorit în această situație (criteriul 3).

Rezultatele obținute la metoda observației au inclus date la patru niveluri de observare, cu mai mulți indicatori, pe care le regăsim în tabelul 1.

Tabelul 1. Rezultatele obținute la metoda observației în funcție de factorul de gen

| Niveluri/indicatori ai comportamentului social | Băieți -33 | | | | Fete - 27 | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|------------------|-----------|---------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | În mare măsură (3p) | Măsură medie (2p) | Măsură mică (1p) | Deloc (0) | În mare măsură (3p) | Măsură medie (2p) | Măsură mică (1p) | Deloc (0) |
| Nivel cognitiv - afectiv | | | | | | | | |
| <i>inițiativa de a comunica cu ceilalți</i> | 27% | 36% | 27% | 9% | 44% | 41% | 15% | - |
| <i>perceperea emoțiilor, stărilor celorlalți</i> | 24% | 36% | 24% | 15% | 33% | 33% | 11% | 22% |
| <i>manifestarea afecțiunii față de ceilalți</i> | 24% | 30% | 30% | 15% | 48% | 37% | 15% | |
| Nivel intențional | | | | | | | | |
| <i>Tendința de a comunica în grup cu cei de o vârstă</i> | 61% | 30% | 9% | - | 63% | 26% | 11% | |
| Intenția de a alege un tip de comportament în situație de conflict | | | | | | | | |
| <i>acomodare</i> | 21% | 49 | 21% | 9% | 30% | 30% | 30% | 11% |
| <i>evitare</i> | 30% | 9% | 30% | 30% | 41% | 30% | 26% | 7% |
| <i>cooperare</i> | 42% | 24% | 21% | 42% | 33% | 30% | 19% | 19% |
| <i>conflict</i> | 27% | 30% | 15% | 27% | 19% | 22% | 7% | 52% |
| Nivel comportamental | | | | | | | | |
| <i>manifestă inițiativă</i> | 36% | 24% | 18% | 21% | 37% | 37% | 11% | 15% |
| <i>respectă regulile de grup</i> | 39% | 27% | 27% | 6% | 59% | 30% | 11% | - |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <i>manifestă compasiune, amabilitate în relație cu cel de o vârstă</i> | 58% | 21% | 18% | 3% | 64% | 15% | 7% | - |
| <i>Ține cont de interesele altora</i> | 24% | 27% | 27% | 21% | 26% | 33% | 15% | 26% |
| Integrarea în grup | | | | | | | | |
| <i>cooperare cu ceilalți în rezolvarea unor sarcini comune sau în desfășurarea unui joc</i> | 30% | 30% | 24% | 15% | 26% | 44% | 22% | 7% |
| <i>înțelegerea și respectarea regulilor asociate unui context social</i> | 58% | 21% | 18% | 3% | 81% | 15% | 4% | - |

Observăm din tabelul dat, la nivelul cognitiv-afectiv, unele diferențe: pentru fete, datele sunt mai semnificative la nivelul înalt, pentru băieți, la nivelul mediu; la *nivelul intențional* se observă aceleași tendințe pentru ambele sexe, doar cu diferențe în date. Astfel, fetele reușesc într-o măsură mai mare la indicatorii *tendința de a comunica în grup cu cei de o vârstă și evitare*, băieții, la *acomodare, cooperare și conflict*. Băieții reușesc la majoritatea celorlalți indicatori ai nivelului intențional, deținând întâietatea, adică ei mai puțin întâlnesc dificultăți la *tendința de a comunica, de a se acomoda și a coopera în cadrul situațiilor tensionate*. La acest nivel sunt atestate date și la lipsa unor manifestări, de exemplu, în alegerea modalităților de comportament în situații de conflict subiecții mai puțin folosesc *evitarea*, o parte considerabilă dintre ei nu cooperează în situațiile tensionate. Aparte merită evidențiat că aproximativ fiecare al 3-lea – al 4-lea elev nu dorește să provoace conflicte în situațiile tensionate.

Dacă privim datele pentru nivelul scăzut, găsim că doar 22% dintre fete nu percep deloc emoțiile și stările celorlalți, comparativ cu băieții care la toți indicatorii acestui criteriu înscriu rezultate. Deci, la nivelul cognitiv-afectiv, fetele atestă mai multe caracteristici ale comportamentului social decât băieții.

La *nivel intențional*, subiecții, indiferent de factorul de gen, au înregistrat un nivel înalt pentru *tendința de a comunica în grup cu cei de o vârstă* (63% dintre fete și 61% dintre băieți). În *intenția de a alege un tip de comportament în situația de conflict*, observăm că cei mai mulți dintre băieți (49%) se acomodează într-o măsură medie situației de conflict față de datele diferite obținute pentru fete, care într-o măsură mai mare în comportament aleg *evitarea* în astfel de situații (41% dintre fete) față de băieți (30%). 42% dintre fete, într-o măsură mare, optează pentru cooperare în situații conflictuale, comparativ cu băieții. 42% dintre băieți, într-o măsură mare, au optat pentru această strategie și tot 42% dintre ei nu o folosesc deloc. Strategia de a provoca conflicte în situații tensionate este aleasă într-o măsură medie de 30% dintre băieți față de 22% dintre fete, 27% dintre băieți o aleg într-o măsură mare față de 19% dintre fete și deloc nu optează pentru conflict 27% dintre băieți și 52% dintre fete.

Analizând rezultatele obținute la indicatorii *nivelului comportamental*, observăm din tabel că fetele, în măsură mare sau medie, manifestă inițiativă în comportament, respectă regulile de grup, manifestă compasiune, țin cont de interesele altora, comparativ cu băieții.

Și la nivelul *integrarea în grup* de la indicatorul *cooperarea cu ceilalți în rezolvarea unor sarcini comune sau în desfășurarea unui joc*, rezultatele obținute s-au situat la nivel mediu pentru ambele genuri, iar cele pentru indicatorul *înțelegerea și respectarea regulilor asociate unui context social* subiecții le manifestă într-o măsură mare cu date mai înalte pentru fete.

Cercetarea caracteristicilor comportamentului social la elevii de vârstă școlară mică în funcție de factorul de gen a dovedit atât asemănări, cât și deosebiri, fapt ce ne-a condus spre formularea următoarelor *concluzii*.

- La vârsta școlară mica, atât fetele, cât și băieții denotă un nivel mediu de dezvoltare a caracteristicilor comportamentului social investigat.
- Rezultatele obținute la majoritatea indicatorilor testați s-au dovedit a fi semnificative din perspectiva factorului de gen.
- În formarea competențelor sociale care stau la baza comportamentului social se va axa pe principiile individualității și a diferențierii de gen.

În continuare, a fost elaborat și implementat un program formativ, alcătuit din 10 activități, în vederea formării abilităților sociale la copii de vârstă școlară mică. Copiii au fost implicați în diverse activități, care au cuprins o gamă largă de obiective: să asimileze o serie de cunoștințe esențiale despre disciplinarea propriului comportament; să formeze deprinderi, abilități de rezolvare și cooperare în cadrul situațiilor de conflict; să devină mai siguri și încrezători în relații; să asimileze și să respecte regulile de grup, de manifestare a compasiunii, a inițiativei etc. În urma realizării programului elaborat, a fost desfășurată etapa de control (figurile 3 și 4).

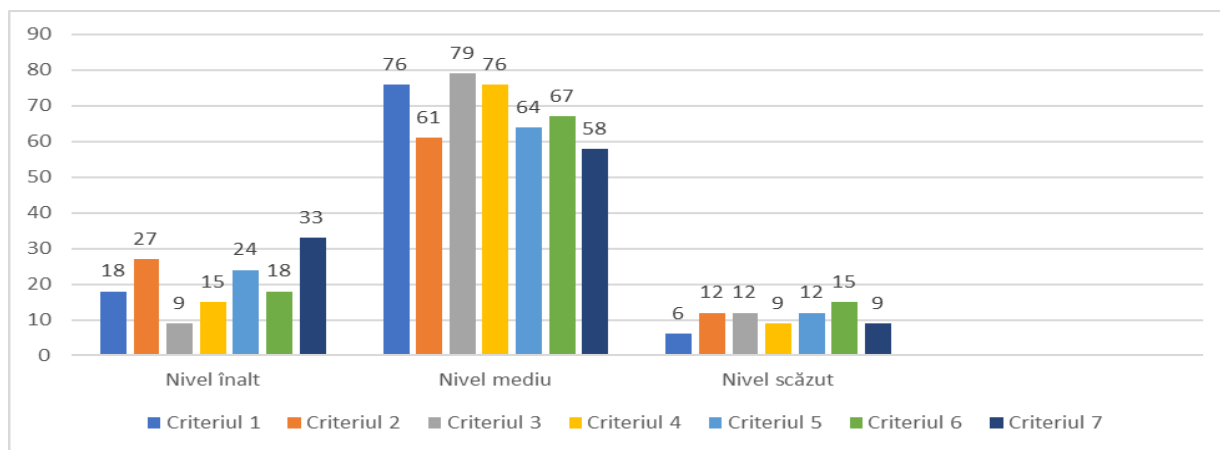


Figura 3. Rezultatele obținute la Chestionarul pentru determinarea competențelor sociale (G.M. Bespalova, O.Yu. Chmyr, N.M. Formago) pentru băieți (etapa de control)

În figura următoare se pot vizualiza rezultatele obținute în rândul fetelor.

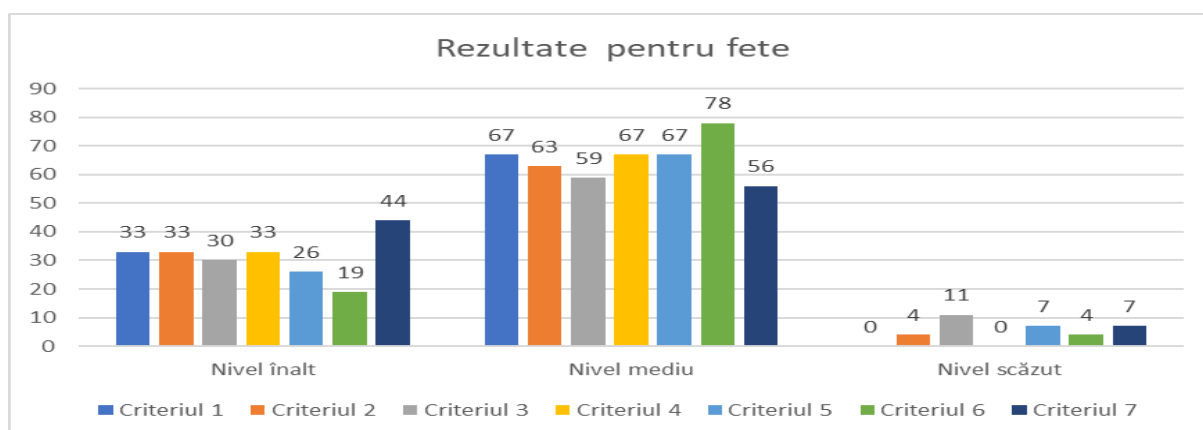


Figura 4. Rezultatele obținute la Chestionarul pentru determinarea competențelor sociale (G.M. Bepalova, O.Yu. Chmyr, N.M. Formago) pentru fete (etapa de control)

Unde: 1. acceptarea „normelor sociale” ale unei anumite societăți; 2. conștientizarea necesității de a extinde cunoștințe-abilități sociale pentru a atinge un nivel ridicat de adaptabilitate; 3. înțelegerea și evaluarea adecvată, corelarea condițiilor sociale specifice și a capacităților acestora de a obține rezultatul dorit în această situație; 4. capacitatea (dorința) de a-și actualiza experiența personală în raport cu o anumită situație socială; 5. identificarea și selectarea modalităților posibile și a celor mai eficiente moduri de activitate, a opțiunilor de comportament. 6. Disponibilitatea de a accepta responsabilitatea personală pentru alegerea propriului comportament într-o situație de interacțiune socială; 7. toleranța.

Analiza comparativă a rezultatelor obținute la etapa de constatare și control în linii mari arată că nivelul de dezvoltare a caracteristicilor comportamentului social la vârsta școlară mică rămâne a fi mediu atât la fete, cât și la băieți, unele date crescând din contul nivelului scăzut. La fel, se observă o creștere modestă a datelor obținute la nivelul înalt, în parte, pentru manifestarea toleranței unul față de altul. Constatările denotă că la fete schimbările sunt mai puțin pronunțate decât la băieți.

Drept sinteză, programul formativ a avut efecte pozitive asupra îmbunătățirii unor caracteristici ale comportamentului subiecților. Totodată, rezultatele obținute la etapa de control au dovedit că astfel de activități e bine să fie desfășurate permanent, elevii să fie implicați în diverse programe formative, activități de joc, pentru o mai bună cunoaștere de sine și a colegilor de clasă, care încep să dobândească mai multă importanță; pentru sporirea nivelului de încredere în sine; de formare a capacităților de autoreglare a propriilor emoții; de cunoaștere a varii modalități de comportament în situații de conflict și alegerea acelor optime; de responsabilizare în alegerea comportamentului propriu în diverse situații sociale etc.

Unele *recomandări* pentru cadrele didactice, psihologi școlari, părinți, în procesul educational, în cadrul familiei, ar contribui la facilitarea formării unui comportament prosocial la micii școlari.

- Școlarii mici să fie implicați permanent în programe de dezvoltare a abilităților sociale, de interacțiune pozitivă în cadrul grupului.
- Să fie valorificate punctele forte ale copilului.
- În cadrul relațiilor elev-elev, elev-adult, să se manifeste o atitudine empatică.
- Să se ofere suficientă autonomie și inițiativă copilului spre a-și dezvolta abilitatea de a face față singur dificultăților.

- În cadrul familiei, în luarea deciziilor, să fie implicat și copilul, pentru a învăța să-și asume responsabilități, să acumuleze experiență.
- Comunicarea dintre părinți să fie una pozitivă, bazată pe stimă și înțelegere etc.

Bibliografie:

1. CHELCEA, S. Comportamentul prosocial. In: *Psihologie socială – aspecte contemporane*. Iași: Polirom, 1996 (coord. A. Neculau). ISBN 973-9248-07-1.
2. CHELCEA, S. *Memorie sociala si identitate națională*. Bucuresti: Editura I.N.I., 1998.
3. CHELCEA, S., DUDUCIUC, A. *Psihologie socială studiul interacțiunilor umane*. București, 2013. 340 p. ISBN 978-973-711-455-6.
4. ILUȚ, P. *Valori, atitudini și comportamente sociale*. Iași: Polirom, 2004. 256 p. ISBN 973-681-763-6.
5. MOSCOVICI, S. (coord.) *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*. Iași: Polirom, 1998. 256 p. ISBN 973-683-071-3.
6. PAVLENKO, L. Caracteristici practice comparative ale activității sociale la preșcolari și școlarii mici. In: *Creșterea impactului cercetării și dezvoltarea capacității de inovare*. Materialele conf. șt. cu participare internațională consacrată aniversării a 65-a a USM, 21-22.09.11. Vol. II: Științe sociale. Chișinău: CEP USM, 2011, pp. 206-208.
7. PAVLENKO, L. Dinamica componentei comportamentale a competenței sociale la vârstele: preșcolară, școlară mică și preadolescentă. In: *Psihologie*. 2014, nr. 3-4, pp. 13-23. ISSN 1857-2502. (Cat. C).

EVALUAREA PRIN COOPERARE A COPILULUI ÎN CONTEXTUL EDUCAȚIEI INCLUZIVE

COOPERATIVE ASSESMENT OF THE CHILD IN THE CONTEXT OF INCLUSIVE EDUCATION

Tatiana VASIAN, dr., lect. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0002-0869-7669
vasian.tatiana@upsc.md

Tatiana VASIAN, PhD, University Lecturer,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.091

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p235-241

Abstract. In the context of implementing inclusive education, in order to find the best form of education for children with SEN and programs to support their development in the most optimal way, the problem which arises is that of identifying and evaluating special educational requirements as precisely as possible. The range of special educational needs is vast and includes, in addition to the category of disability itself, other important components, which often turn into barriers for children's learning and participation. This finding indicates the need for a complex approach to the child's development, with the collection, within the intra-school multidisciplinary Commission, of information provided by various sources, such as the child with SEN himself, his family, the teaching staff involved, the administration of the institution, representatives of community services - all to carry out as precise of an assessment as possible of the acquisitions that a child has, to establish his needs in areas of development and to design a common intervention action plan. The strategy of evaluation through the child with SEN's cooperation at the level of the educational institution offers an effective tool for planning and carrying out common actions in order to facilitate the educational inclusion of children in this institution.

Keywords: child with special educational needs, inclusion, evaluation through cooperation, intervention.

Calitatea realizării educației incluzive reprezintă un indicator semnificativ de exprimare a calității și eficienței funcționării și dezvoltării sistemului de educație [2]. Experiența ultimilor ani de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova denotă existența mai multor practici pozitive practicate în instituțiile de învățământ din țară, precum și un șir de dificultăți. Acestea vizează, în primul rând, accesul copiilor cu CES la educație, în special, pentru copiii cu dizabilități severe, dar și asigurarea calității educației, atâta timp cât înregistrăm lacune în prestarea serviciilor de suport conforme nevoilor individuale ale copiilor incluși [2, p 2].

Eficiența programelor de incluziune educațională a copiilor cu CES depinde de mai mulți factori:

- existența unui personal calificat, atât la nivel managerial, cât și didactic, care să-și cunoască și să-și realizeze rolurile și atribuțiile;
- asigurarea unui mediu educațional, inclusiv fizic, accesibil și prietenos;
- centrarea pe copil și necesitățile lui, ceea ce presupune, în primul rând, evaluarea complexă a situației copilului, incluzând toate domeniile de dezvoltare în scopul determinării cât mai timpurii a potențialului și necesităților copilului;
- colaborarea cu familia copilului [5].

Acestea sunt câteva dintre momentele determinante pentru conceperea și prestarea unor programe de incluziune eficiente, bazate pe individualizarea învățării, cu suport special adecvat.

În acest studiu ne propunem să abordăm evaluarea dezvoltării copilului în scopul stabilirii nevoilor ce urmează să fie examinate în planificarea intervenției, ambele urmând să fie realizate prin cooperare. Evaluarea copilului prin cooperare în contextul educației incluzive, pe larg utilizată în țările europene, precum Elveția, Germania, Austria, a demonstrat un vădit avantaj: reușita implicării mai multor părți în procesul de evaluare și soluționare a problemelor ce apar în incluziunea unui copil cu CES. Filosofia acestei abordări vine din simpla idee: odată ce problema determinată nu vizează doar instituția în care este înscris copilul evaluat, și interesul de a lichida/reduce barierele apărute trebuie să fie unul comun. La rezolvarea situației/problemei pot coopera mai mulți actanți, atât din instituție (cadrele didactice implicate, echipa managerială, structurile și serviciile de suport existente), cât și din afara ei (familia, reprezentanți ai serviciilor comunitare). În așa mod, deciziile privind implicațiile în sprijinul evoluției copilului sunt luate de comun acord și nu de o singură persoană/instituție. Doar așa poate fi susținută educația copiilor cu CES și/sau dizabilități, prin dezvoltarea unui parteneriat dintre cadrele didactice, specialiști, familie și comunitate. Transferul competențelor de la un partener la altul va contribui la consolidarea eforturilor pentru o incluziune educațională și socială mai eficientă.

În continuare prezentăm o modalitate de evaluare și planificare a intervenției bazate pe cooperare, adică pe implicarea de facto a tuturor părților vizate, și care asigură funcționalitatea unor acțiuni în echipă, pentru consolidarea unui model incluziv eficient.

Pentru început, vom răspunde la întrebarea: ce reprezintă modelul evaluării și planificării intervenției prin cooperare? Este o strategie de lucru comună în vederea evaluării copilului, stabilirii nevoilor lui pe anumite domenii de dezvoltare, în scopul proiectării unui demers de intervenție comun, care ar facilita satisfacerea acestor nevoi. Acțiunile în scopul evaluării și intervenției bazate pe cooperare se înscriu în atribuțiile de facto ale comisiei multidisciplinare intrașcolare ce-și desfășoară activitatea în fiecare instituție de învățământ din țară [3, 4]. La această evaluare este recomandat să participe cadrele didactice care lucrează cu copilul și-l cunosc foarte bine, inclusiv cadrul didactic de sprijin, părinții lui, specialiștii ce acordă servicii de sprijin, specialiștii din cadrul serviciilor comunitare, specialiștii Serviciului raional/municipal de Asistență Psihopedagogică. Prezența propriu-zisă a copilului nu este obligatorie, ci dictată de situație.

Aplicarea procedurii de evaluare bazată pe cooperare se recomandă a fi realizată atunci când copilul întâmpină dificultăți la școală, necesare fiind discutarea și analiza în detaliu a mai multor momente: Ce se întâmplă? Ce dificultăți întâmpină copilul și de ce sunt cauzate acestea? Ce poate face fiecare persoană implicată pentru depășirea situației? Care sunt punctele forte pe care se poate baza intervenția? Ce urmează să realizeze fiecare specialist vizat în procesul de intervenție?

De asemenea, această strategie de evaluare se aplică și atunci când elevul beneficiază deja de sprijin suplimentar și este nevoie să se evalueze dacă au fost îndeplinite obiectivele stabilite anterior, dacă mai e nevoie de sprijin în continuare și care ar fi intervențiile necesare.

Procedura de realizare a evaluării și planificării intervenției prin cooperare se realizează în cadrul unei ședințe extinse, cu participarea părților vizate, atât din instituție, cât și din afară, după cum s-a mai subliniat. Aceasta se rezumă la: pregătirea întrunirii în scop de evaluare și

completarea formularului evaluativ; identificarea domeniilor-problemă în baza demersului evaluativ; elaborarea unui plan de acțiuni pentru reducerea dificultăților determinate.

În cadrul pregătirii ședinței de evaluare, de obicei, unul dintre cadrele didactice, membru al Comisiei Multidisciplinare Intrașcolare, care inițiază procedura de evaluare, pregătește ședința, pe care o va prezida. În acest scop, sunt transmise invitațiile de participare tuturor persoanelor vizate, împreună cu un formular de evaluare a situației copilului, pentru a fi completat până la ședință. Formularul conține itemi pe diverse domenii de dezvoltare, în baza cărora copilul vizat este evaluat de către fiecare participant la ședință. Pentru fiecare domeniu de dezvoltare prezentat în formular se acordă un anumit punctaj, de la 1 la 5. Rezultatele obținute prin completarea formularului de evaluare de către fiecare participant vor fi confruntate între ele. Acest formular ajută la identificarea subiectelor relevante pentru examinarea în cadrul întrunirii.

La întâlnirea propriu-zisă a tuturor părților implicate pe caz, se confruntă formularele de evaluare completate și se identifică domeniile problematice. Problematice sau dificile sunt considerate domeniile în care toate sau mai multe persoane din cele ce au realizat evaluarea dezvoltării copilului au oferit un punctaj minim la unul dintre domeniile examinate. De exemplu, toți participanții au evaluat domeniul de autoîngrijire și cel al relațiilor interpersonale cu câte un punct, acesta reprezentând punctajul minim din cel posibil de oferit. De asemenea, problematice sunt considerate domeniile în care există divergențe de opinii: unul și același domeniu cotate cu punctaj maxim și minim concomitent de către diferiți evaluatori. Situația respectivă exprimă viziuni diferite asupra cazului și urmează să fie clarificate. Într-un final, se decide asupra a două domenii mai dificile din cele evaluate, care necesită intervenție imediată și care se analizează în detaliu pentru a încerca clarificarea cauzelor dificultăților întâlnite aici.

La ultima etapă se caută răspunsul la întrebarea: ce se poate face pentru îmbunătățirea situației, mai cu seamă pentru domeniile de dezvoltare determinate a fi prioritare? Răspunsul la această întrebare va determina acțiunile ce vor constitui planul de lucru pentru conturarea sprijinului individualizat pentru copilul evaluat.

Realizarea planului va cuprinde:

- stabilirea punctelor forte pentru fiecare dintre cele două domenii selectate și a dificultăților care marchează domeniile respective;
- formularea a câte două obiective pentru fiecare domeniu de dezvoltare selectat, la care se vrea să se ajungă după o perioadă concretă de timp;
- determinarea responsabilităților concrete întru realizarea obiectivelor propuse.

Se indică acțiunile concrete ce vor fi realizate pentru atingerea scopului respectiv. Se nominalizează persoanele ce vor realiza acțiuni (dirigintele clasei, cadrul didactic de sprijin, mama când este cu copilul acasă etc.). La fel, se notează perioada de realizare, frecvența acțiunilor indicate.

După ce s-au notat obiectivele ce trebuie realizate în echipă și măsurile care trebuie luate în acest sens, toți participanții semnează acest proces-verbal, consemnând acordul și angajamentul de a participa la realizarea planului. Se fixează și perioada când urmează să fie reevaluată situația și gradul de realizare a planului de acțiuni.

Pentru o mai bună vizualizare a eficienței aplicării strategiei de evaluare și proiectare a intervenției prin cooperare, propunem un plan de intervenție realizat într-un studiu de caz, cu utilizarea strategiei descrise.

Studiu de caz

Tudor are 12 ani și studiază în clasa a 5-a a unui gimnaziu dintr-o localitate rurală. Provine dintr-o familie completă, de etnie romă, care se ocupă de vânzări-cumpărări, situația financiară fiind una bună. Relațiile dintre membrii familiei sunt satisfăcătoare, deși atât copiii, cât și părinții folosesc frecvent cuvinte necenzurate. Locuiesc într-o casă închiriată, condițiile de trai fiind satisfăcătoare.

Copilul se află la evidența medicului neurolog, fiind diagnosticat cu retard mintal moderat. De mic a frecventat grădinița, apoi a mers la școală, unde i-a fost stabilită categoria CES, el urmând să studieze în baza unui plan educațional individualizat.

Tudor prezintă performanțe școlare slabe în raport cu vârsta sa. Primii doi ani practic nu a frecventat școala, dar nici aceasta nu a întreprins careva măsuri pentru a-l aduce alături pe copil. Cauza invocată de școală era incompetența cadrelor didactice implicate în a construi demersul didactic cu acest elev. După mai multe intervenții din partea autorităților, s-a urmărit frecventarea parțială, cu mărirea treptată a timpului de aflare în clasă. La moment, băiatul frecventează școala, dar manifestă o motivație slabă pentru învățare, dificultăți de adaptare școlară, relaționare defectuoasă cu cei din jur. Creează situații tensionate în clasă, motiv pentru care a băgat frica în toți, utilizează forța fizică și cuvintele necenzurate pentru a speria colegii. Este și bine făcut din punct de vedere fizic.

Reușitele lui școlare se rezumă la a citi pe silabe, a transcrie, a scrie sub dictare cuvinte simple, a face calcule orale simple. Dacă este încurajat, poate lucra un pic mai mult la realizarea sarcinii, dar nu pentru mult timp. Studiază în baza curriculumului modificat la majoritatea disciplinelor.

Părinții tolerează comportamentele neadecvate ale copilului, încurajând agresivitatea. Când se discută cu ei despre cauzele conflictelor în care este implicat Tudor, aceștia nu-i percep vina. Tudor și-a creat un cerc de prieteni cu comportamente similare, deviate chiar.

Planul de intervenție bazat pe cooperare

Din multitudinea de probleme contuare, s-a optat pentru abordarea a două domenii de dezvoltare, care la momentul evaluării au înregistrat cele mai serioase lacune: domeniul de învățare generală și domeniul relațiilor interpersonale. Comportamentele ce caracterizează primul domeniu au vizat următoarele.

Tabelul 1. Domeniul de dezvoltare evaluat: nivelul general de învățare

| Comportamente observate | Mediul în care se manifestă |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Citește pe silabe, transcrie, scrie sub dictare cuvinte simple. | Cadrele didactice spun că nu știu cum să implice băiatul în activitatea de învățare, cum să-l integreze în colectivul de elevi. |
| Are un vocabular slab dezvoltat. | |
| Lucrează la o sarcină puțin timp; manifestă nevoia de a fi motivat continuu pentru a se menține concentrat la sarcina de lucru. | |
| Studiază în baza planului educațional individualizat, cu curriculum modificat la majoritatea disciplinelor. | |
| Prezintă o motivație slabă de învățare. | |
| Absentează frecvent, fără motiv, înregistrând multiple lacune la majoritatea disciplinelor. | |

Pentru cel de-al doilea domeniu stabilit ca fiind lacunar comportamentele sunt prezentate în tabelul 2.

Tabelul 2. Domeniul de dezvoltare evaluat: relații interpersonale

| Comportamente observate | Mediul în care se manifestă |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Băiatul se află în relații tensionate cu colegii, cadrele didactice. | Părinții percep situația copilului la școală ca pe una ordinară, nu înțeleg de ce copilul lor este învinuit de atâtea rele. |
| Manifestă agresivitate, utilizează forța fizică, cuvintele necenzurate. | |
| Face parte dintr-o gașcă de prieteni ce prezintă comportamente deviante. | Membrii familiei utilizează un vocabular necenzurat. |

La fel, un subiect important de discuție a vizat proveniența băiatului, și anume faptul că face parte dintr-o familie de romi, pentru care studiile nu prezintă o valoare, motiv pentru care este dificil să-l pui pe copil să învețe.

Analiza dificultăților identificate a determinat stabilirea unor obiective de promovare pe domeniile de dezvoltare examinate și diverse acțiuni pentru atingerea acestora. Astfel, pentru domeniul învățării generale, obiectivele au vizat următoarele comportamente proiectate:

- băiatul cunoaște ceea ce-i place să facă (interesele) și are cel puțin o activitate preferată (pentru sporirea motivației învățării);
- băiatul are plan educațional individualizat, cu sarcini axate pe interesele sale (de exemplu: i se oferă probleme matematice ce reflectă domeniul afacerii părinților în care poate fi implicat copilul (vânzare-cumpărare).

Pentru domeniul dezvoltării relațiilor interpersonale, obiectivele au fost formulate astfel:

- băiatul respectă regimul școlar (devine responsabil de frecventarea școlii);
- are un coleg de clasă cu care comunică, având și activități comune (realizează o activitate, frecventează un cerc, merg împreună de la școală spre casă etc.).

În scopul atingerii obiectivelor stabilite, au fost elaborate acțiuni pentru 4 luni.

 Tabelul 3. Plan de acțiuni în atingerea obiectivelor pentru domeniul învățării generale

| Ce | Cine | Cum |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Băiatul cunoaște ceea ce-i place să facă (interesele) și are cel puțin o activitate preferată (pentru sporirea motivației învățării): - se identifică domeniile de interes ale copilului (cel puțin unul) prin discuții, analize, probe psihologice, care vor sta în continuare la baza demersului de orientare vocațională; - se determină care ar fi activitățile pe care ar dori să le realizeze sau să participe în comun cu colegii sau adulții la realizarea lor; - băiatul realizează activitatea selectată cel puțin o dată pe săptămână (în funcție de tipul activității), care valorifică interesul stabilit și reflectă necesitățile copilului. | Dirigintele și psihologul instituției Cadrul didactic de sprijin | În viitor se pot planifica și evaluări pentru orientarea vocațională a băiatului Ședințe individuale |
| Băiatul are plan educațional individualizat, cu sarcini axate pe interesele sale: - după ce au fost analizate și identificate interesele copilului, se elaborează planul individualizat în baza lor, cel puțin, la disciplinele de bază; - se adaptează sarcinile pe potriiva capacităților copilului (fișe individuale de lucru, materiale de suport) și a | Comisia multidisciplinară intrașcolară (CMI) | Ședințe de lucru în cadrul CMI, cu participarea părintelui |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| intereselor sale (sarcini practice care se referă la domeniile de activitate interesante pentru copil); - se realizează activități didactice la Centrul de Resurse pentru Educația incluzivă pentru a sprijini învățarea băiatului, în conformitate cu obiectivele din planul educațional. | Cadrul didactic de sprijin | Activități individuale |
| | Cadrul didactic de sprijin | |

Acțiunile ce au vizat obiectivele pentru dezvoltarea domeniului relațiilor interpersonale sunt prezentate în tabelul 4.

Tabelul 4. Plan de acțiuni pentru atingerea obiectivelor în domeniul relațiilor interpersonale

| Ce | Cine | Cum |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Băiatul respectă regimul școlar (devine responsabil de frecventarea școlii): - se discută cu copilul și se stabilește un regim orientativ al zilei; - se stabilesc regulile clasei, generale pentru toată colectivitatea de copii, dar care se adresează și comportamentelor pe care intenționăm să le schimbăm la Tudor (de exemplu, regula <i>Ne adresăm cu cuvinte frumoase unul altuia sau pe nume</i> (pentru a depăși situația utilizării vocabularului necenzurat, a poreclelor); - se discută cu părinții pentru ca acasă să se continue respectarea aceluiași reguli, regim. | Dirigintele clasei, cadrul didactic de sprijin | Discuții individuale |
| | Dirigintele clasei cu sprijinul psihologului școlii | Ședințe cu clasa (de exemplu, orele de dirigiență) |
| | Dirigintele clasei | Ședințe cu părinții |
| Are un coleg de clasă cu care comunică, au activități comune: - se pot realiza mai multe acțiuni pentru a determina relațiile din cadrul colectivului de copii, potențialii colegi care ar fi mai aproape de Tudor după interese, simpatii etc. (sociograma, discuții); - se discută cu copilul pentru a identifica colegul de clasă pentru a se capacita interacțiunea cu el; - se identifică domeniile de interes comun, activitățile care pot fi realizate împreună; - se stabilește un orar orientativ al activităților în care vor fi implicați copiii (un anumit cerc pe interese (sportiv, de exemplu) din centrul comunitar; participarea împreună cu colegul la activitățile din Centrul de Resurse din școală. | Dirigintele și psihologul instituției | Discuții cu clasa, copilul |
| | Cadrul didactic de sprijin | Discuții individuale |
| | | Discuții cu ambii copii |
| | | Activități comune |

În concluzie, menționăm că dialogul și participarea tuturor părților interesate este un principiu fundamental al educației. La nivelul lucrului direct cu copilul, la fel, este imperioasă nevoia respectării principiului dialogului și al participării. Specialiștii din educație și, implicit, din educația incluzivă, trebuie să promoveze practici educaționale bazate pe comunicarea și consultarea cu părinții, cu specialiști din servicii de suport, inclusiv din comunitate, iar când este posibil, și cu copiii [1]. În astfel de cazuri, în principal, este vorba despre crearea de situații de învățare/dezvoltare, relații și experiențe de zi cu zi și încurajarea participării tuturor. Dialogul asigură implicarea echipei administrative (CMI), pe de o parte, și a personalului implicat, a familiei, pe de altă parte, în procesul de luare a deciziilor privind organizarea procesului educațional incluziv. În același timp, o astfel de abordare a evaluării și intervenției, bazată pe cooperare, acordă instituțiilor și personalului încrederea de a dezvolta programe și procese

contextuale pentru a răspunde, în cel mai calitativ și adecvat mod, cerințelor și intereselor copiilor și familiilor.

Bibliografie:

1. BOOTH, T., AINSCOW, M. *Indexul Incluziunii: dezvoltarea procesului de învățare și dezvoltare în școli*. Chișinău: Pro-Mapex, 2019. 200 p. ISBN 978-9975-3366-0-4.
2. *HG 950 din 06.12.2023. Programul de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2024-2027*. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=141025&lang=ro
3. *Metodologia de evaluare a dezvoltării copilului. Ordin ME nr. 99 din 26 februarie 2015*. https://mecc.gov.md/sites/default/files/ordin_me_nr_99_26_02_2015.pdf
4. *Regulamentul-cadru al Comisiei multidisciplinare intrașcolare din instituția de învățământ primar, secundar, ciclul I și II. Ordinul MEC nr. 683 din 03 iunie 2019*. https://mecc.gov.md/sites/default/files/anexa_la_nr_683_din_03.06.2019.pdf
5. VASIAN, T. Parteneriatul cu familia în reușita educației incluzive timpurie. In: *Conferința republicană a cadrelor didactice: 26-27 februarie 2022, UST. Volumul 4: Învățământul preșcolar. Învățământul primar*. Min. Educației și Cercet. al Rep. Moldova, Univ. de Stat din Tiraspol, 2022, pp. 107-113. ISBN 978-9975-76-386-8.

**PARTICULARITĂȚILE DEZVOLTĂRII PSIHICE LA TINERII CU DIZABILITATE
INTELECTUALĂ INSTITUȚIONALIZAȚI**

**THE PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT IN
INSTITUTIONALIZED YOUNG PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES**

Adriana CIOBANU, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0003-3836-3651
ciobanu.adriana@upsc.md

Mihaela TĂNĂSOIU, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0007-2929-6828
psiholog.mihaela.tanasoiu@gmail.com

Adriana CIOBANU, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Mihaela TANASOIU, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.4

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p242-248

Abstract. This article examines the unique aspects of psychological development in youth with intellectual disabilities who are institutionalized. Drawing on existing literature and empirical research, it investigates the multifaceted challenges and opportunities that characterize the developmental trajectory of this population. Through a synthesis of theoretical research and empirical findings, the paper provides insights into the interaction between institutionalization and psychological development, highlighting the importance of personalized interventions and support systems to promote positive outcomes in this vulnerable demographic, such as institutionalized youth with intellectual disabilities. The literature on psychological development in youth with intellectual disabilities emphasizes the importance of environmental factors, such as institutionalization, in shaping their cognitive, emotional, and social development. The specific disorders of the development process in people with disabilities are manifested in different aspects of the personality structure, each deficiency presenting a series of disorders, more or less accentuated, which especially affect mental functions and processes, such as psychomotricity, language, mechanisms conscious regulation and self-control.

Keywords: intellectual disability, institutionalized youth, mental development, personalized intervention.

Traectoria de dezvoltare a tinerilor cu dizabilități intelectuale care sunt instituționalizați prezintă o interacțiune complexă între factorii de mediu, sociali și individuali [4]. Mediul instituțional reduce capacitatea unei persoane de a-și controla mediul înconjurător, făcând dificilă evitarea stimulilor stresanți, ca urmare, mediul lor de îngrijire poate deveni o sursă potențială de stres [9, 18]. De exemplu, relocarea în instituții de plasament în afara zonei lor cunoscute, din cauza problemelor comportamentale, poate amplifica nivelurile de stres și poate împiedica oportunitățile de schimb de informații, perturbând rețelele de suport care implică familia, prietenii și serviciile [5]. Dezvoltarea psihologică implică evaluarea diferiților factori

psihosociali în diferite faze ale dezvoltării [24]. Acești factori includ relația individului cu propriul corp, interacțiunea cu îngrijitorii și colegii, manipularea obiectelor, diferențierea afectivă, comunicarea verbală, anxietatea, permanența obiectului, experiența de sine și reglarea agresiunii [14]. Dezvoltarea psihologică este strâns legată de abilitățile cognitive și sociale și este influențată de emoții și relațiile de atașament [25]. Ea continuă pe parcursul copilăriei, adolescenței și în viața adultă, cu schimbări neurocomportamentale care joacă un rol în motivație, emoție și competență socială [13].

În ciuda progreselor în înțelegerea dizabilităților intelectuale și a îngrijirii instituționale, există o lipsă de cercetare care să se concentreze în mod specific pe dezvoltarea psihologică a acestei populații în cadrul instituțiilor. Acest articol își propune să acopere această lacună prin explorarea particularităților dezvoltării psihologice în rândul tinerilor cu dizabilități intelectuale instituționalizate, evidențiind dinamica subtilă care influențează dezvoltarea și bunăstarea lor.

Literatura despre dezvoltarea psihologică la tinerii cu dizabilități intelectuale subliniază importanța factorilor de mediu, cum ar fi instituționalizarea, în modelarea dezvoltării lor cognitive, emoționale și sociale. Tulburările specifice ale procesului de dezvoltare la persoanele cu dizabilități se manifestă în diferite aspecte ale structurii personalității, fiecare deficiență prezentând o serie de tulburări mai mult sau mai puțin accentuate, care afectează în special funcțiile și procesele psihice, cum ar fi psihomotricitatea, limbajul, mecanismele de reglare conștientă și autocontrolul [23].

În perioada tinereții, persoana se confruntă cu o serie de transformări importante, precum propria identitate, perspectivele sale de viitor, preocupările în ceea ce privește cariera și întemeierea unei familii. Odată cu experiența în diverse roluri ocupaționale, sociale și sexuale, tânărul începe să își contureze propria identitate. Este esențial de remarcat că dezvoltarea psihosocială este un proces individual, influențat de o gamă variată de factori, inclusiv genetici, educaționali, sociali, culturali și de experiențele de viață ale fiecăruia.

Perioada tinereții este una semnificativă în existența fiecărui individ, reprezentând o etapă de tranziție cu provocări psihice și sociale. Erikson a situat tinerețea între etapele adolescenței, caracterizate de criza identității, și etapa adultului, marcată de criza intimității versus criza izolării [21]. Șchiopu și Verza (1997) au descris intervalul de vârstă 18-25 de ani ca fiind o „adolescență prelungită”, urmată de perioada adultului tânăr (25-34 de ani), care este definită de evenimente semnificative precum căsătoria, adaptarea la rolurile adulte, activitatea sexuală și creșterea copiilor [22]. Gould descrie procesul de creștere personală în termeni de eliberare de constrângeri interne care restricționează opțiunile și dezvoltarea viitoare. În viziunea lui, trecerea spre maturitate traversează stadii ale vieții adulte cum ar fi „separarea de părinți” (16-22 de ani) și „integrarea în lumea adulților” (22-28 de ani). Aceste faze ilustrează parcursul de dezvoltare al unui tânăr, indicând o serie de schimbări succesive care duc spre viața adultă [11]. Mitrofan și Ciupercă susțin că identitatea se formează prin adoptarea și îndeplinirea unor noi roluri, care se bazează pe aspecte fizice, psihosexuale, vocaționale și moral-spirituale, ce consolidează și conturează personalitatea individului [16]. Un rol important în dezvoltarea armonioasă a tinerilor o constituie și socializarea, pentru că îi ajută să pună în practică abilitățile personale în relație cu ceilalți.

Nurmi explică procesul de socializare și dezvoltare a tinerilor printr-un set de trei mecanisme esențiale [17]:

1. adaptarea la schimbările mediului și influențele socio-culturale, care marchează maturizarea;
2. alegerea mediilor de dezvoltare și a direcțiilor viitoare, ce implică factori psihologici precum obiectivele personale și procesul decizional;
3. reglarea obiectivelor și planurilor pe baza feedbackului din experiențe și tranziții de rol.

Aceste procese sunt strâns legate de motivația individului și se reflectă în obiectivele personale, care variază în funcție de etapa vieții și contextul sociocultural. În acest context, obiectivele personale au o importanță crucială în direcționarea dezvoltării individuale și sunt ajustate în raport cu schimbările și provocările vieții [20]. Perioada de tranziție de la dependență la independență implică progresul în multiple sfere, inclusiv dragostea și cariera, și este caracterizată de alegeri de viață referitoare la parteneriate și familie [1].

Mediul instituțional joacă un rol crucial în formarea dezvoltării psihologice a tinerilor cu dizabilități intelectuale. Acesta poate facilita sau împiedica interacțiunile lor sociale, stimularea cognitivă și starea lor de bine emoțională [17]. Calitatea relațiilor cu îngrijitorii, colegii și membrii personalului influențează semnificativ sentimentul lor de securitate, modelele de atașament și dezvoltarea abilităților sociale. În plus, normele și rutinele instituționale pot afecta autonomia lor, exprimarea de sine și capacitatea de luare a deciziilor, impactând funcționarea lor psihologică generală. În mediile instituționalizate, adesea lipsește atenția primită în mod individual și sprijinul necesar pentru a promova o dezvoltare psihologică optimă, conducând la un risc crescut de rezultate maladaptive, inclusiv retragere socială, tulburări emoționale și stagnare cognitivă [4]. Mediul instituționalizat poate consolida în mod inadvertent stereotipurile negative și stigmatizarea, afectând conceptul de sine și formarea identității acestor tineri. De asemenea, etichetarea comportamentului ca fiind provocator poartă conotații negative și poate afecta diferite aspecte ale vieții, inclusiv calitatea vieții, sănătatea mintală și fizică și relațiile interpersonale [3].

Atunci când comportamentul este etichetat drept problematic sau provocator, indivizii pot fi percepuți doar ca agresori, iar intervențiile pot viza mai mult pedepsirea decât terapia, conducând la practici precum izolarea, restricțiile [9, 18], relocarea în alte zone [5] și administrarea de medicamente. Medicamentele antipsihotice sunt administrate frecvent persoanelor cu dizabilități intelectuale [6], adesea în mod controversat pentru gestionarea comportamentului, chiar și atunci când nu s-a identificat niciun diagnostic subiacent, cum ar fi stresul posttraumatic, și cu dovezi limitate care ar susține eficacitatea clinică sau eficiența costurilor [19, 10]. În plus, medicația psihiatrică poate avea efecte adverse [15], iar utilizarea acesteia poate duce la întâzieri în aplicarea tratamentelor potențial eficiente [12]. Factori precum autonomia limitată, izolarea socială și accesul restricționat la resurse complică și mai mult parcursul lor de dezvoltare. Cu toate acestea, studiile indică un potențial de reziliență și adaptare pozitivă în rândul tinerilor cu dizabilități intelectuale instituționalizați atunci când au parte de intervenții personalizate și acces la relații de sprijin [8].

În ciuda provocărilor asociate cu instituționalizarea, tinerii cu dizabilități intelectuale demonstrează o reziliență și capacități adaptive remarcabile. Factori individuali precum abilitățile cognitive, trăsăturile de personalitate și strategiile de adaptare joacă un rol crucial în medierea dezvoltării lor psihologice [7]. Relațiile pozitive cu îngrijitorii de sprijin, accesul la oportunități educaționale și recreative și participarea la intervenții terapeutice pot îmbunătăți reziliența lor și pot promova rezultate psihologice pozitive [2].

Strategiile de intervenție eficiente sunt esențiale pentru abordarea nevoilor psihologice ale tinerilor instituționalizați cu dizabilități intelectuale. Aceste strategii ar trebui să fie personalizate pentru a corespunde provocărilor și a întări punctele lor forte de dezvoltare. Abordările multidisciplinare, incluzând consilierea psihologică, terapia comportamentală și antrenamentul abilităților sociale, pot sprijini reglarea emoțională, integrarea socială și funcționarea adaptativă. În plus, eforturile de promovare a autonomiei, autodeterminării și includerii comunitare sunt cruciale pentru îmbunătățirea stării lor de bine și a calității vieții.

E.G. Carr definește suportul comportamental pozitiv ca un cadru pentru medii sociale eficiente, evidențiind importanța contextului în care se manifestă comportamentul. Persoanele cu dizabilități sunt expuse prea des la medii care favorizează comportamente periculoase din cauza unor condiții inadecvate. Suportul comportamental a depășit accentul inițial pe reducerea comportamentelor nedorite și a evoluat către o poziție captivantă și provocatoare de construire a suporturilor ample necesare pentru succesul stilului de viață, integrând variabile comportamentale, sociale și culturale pentru a promova și susține comportamentele pozitive [8]. Autorul propune diverse strategii de intervenție pentru persoanele cu dizabilități intelectuale:

- suport comportamental pozitiv, care se concentrează pe identificarea și promovarea comportamentelor pozitive, oferind alternative pozitive pentru comportamentele problematice și utilizând recompense și întăriri pentru a consolida comportamentele dorite;
- antrenamentul în comunicare funcțională (Functional Communication Training – FCT), care se concentrează pe învățarea și promovarea formelor alternative de comunicare pentru a înlocui comportamentele problematice;
- utilizarea poveștilor sociale pentru a învăța abilități sociale și comportamente adecvate poate fi eficientă în reducerea comportamentelor problematice și în creșterea comportamentelor adecvate;
- terapia integrării senzoriale: pentru persoanele cu dificultăți de procesare senzorială, terapia integrării senzoriale poate ajuta la reglarea intrărilor senzoriale și la reducerea comportamentelor autovătămătoare [8].

M. Buljevac propune strategii de intervenție în vederea evitării efectelor negative asociate instituționalizării persoanelor cu dizabilități intelectuale, precum:

- dezinstituționalizarea și integrarea lor în comunitate, promovarea de programe și servicii care să faciliteze tranziția persoanelor cu dizabilități intelectuale din instituții în comunitate, oferindu-le sprijin și resurse necesare pentru a trăi independent sau în medii rezidențiale comunitare;
- servicii personalizate: dezvoltarea de servicii individualizate și adaptate nevoilor specifice ale fiecărei persoane cu dizabilități intelectuale, pentru a le asigura o îngrijire adecvată și sprijin în funcție de capacitățile și dorințele acestora;
- incluziune socială: promovarea participării active a persoanelor cu dizabilități intelectuale în comunitate prin facilitarea accesului la educație, locuri de muncă, activități recreative și sociale, pentru a le oferi oportunități de integrare și dezvoltare personală;
- respectarea drepturilor și autonomiei: asigurarea respectării drepturilor persoanelor cu dizabilități intelectuale, inclusiv dreptul la libertate, autonomie, luarea deciziilor și participarea la viața comunității pentru a le oferi posibilitatea de a-și exprima voința și de a-și gestiona propria viață [2].

S.G. Doubros descrie strategii de intervenție bazate pe terapia comportamentală:

- condiționarea verbală: utilizarea repetată și sistematică a condiționării verbale pentru a modifica comportamentul nonverbal al adolescenților; prin schimbarea limbajului și a comunicării, se poate influența comportamentul acestora;
- specificarea comportamentului de modificat: prin observație și rapoarte detaliate, se pot identifica comportamentele problematice care necesită intervenție;
- examinarea istoricului social și de dezvoltare: analiza informațiilor din trecutul social și de dezvoltare a adolescenților pentru a identifica indicii relevante pentru comportamentul prezent;
- recompensarea comportamentului responsabil: terapeutul poate arăta disponibilitatea de a asculta adolescenții doar atunci când aceștia manifestă comportamente responsabile în sesiunile de terapie;
- crearea unui mediu consecvent de recompensare socială: este important să se asigure un mediu instituțional consecvent care să ofere recompense sociale imediate pentru îmbunătățirile emoționale realizate în timpul terapiei;
- coordonarea programului terapeutic cu alte domenii de formare: informarea și coordonarea cu alte domenii de formare pentru a asigura coerența și eficacitatea intervenției [7].

Dezvoltarea psihologică a tinerilor instituționalizați cu dizabilități intelectuale este influențată de o interacțiune complexă a factorilor de mediu, sociali și individuali. Înțelegerea particularităților călătoriei lor de dezvoltare este esențială pentru proiectarea unor strategii de intervenție eficiente, care să promoveze starea lor de bine și dezvoltarea optimă. Prin abordarea nevoilor și punctelor lor forte unice, părțile interesate pot crea medii de sprijin, care să încurajeze reziliența, puterea și implicarea semnificativă a tinerilor instituționalizați cu dizabilități intelectuale.

În concluzie, în acest articol se subliniază importanța recunoașterii și abordării nevoilor unice ale tinerilor cu dizabilități intelectuale instituționalizați în promovarea dezvoltării psihologice pozitive. Prin recunoașterea interacțiunii complexe între factorii de mediu, sociali și individuali, părțile interesate pot implementa intervenții eficiente și strategii de sprijin pentru a îmbunătăți bunăstarea și calitatea vieții acestei populații vulnerabile. Eforturile de cercetare viitoare ar trebui îndreptate spre explorarea dinamicii intricate a dezvoltării psihologice în mediile instituționalizate, cu accent pe informarea practicilor și politicilor bazate pe dovezi care prioritizează nevoile holistice ale tinerilor cu dizabilități intelectuale.

Bibliografie:

1. ARNETT, J.J. *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 978-0199929382.
2. BULJEVAC, M. *The institutionalization of people with intellectual disabilities: What have we learned from history?* Revija Za Socijalnu Politiku. 2012, 19. 255-272. 10.3935/rsp.v19i3.1066. ISSN 1845-6014.
3. CARR, E.G., HORNER, R.H., TURNBULL, A.P., MARQUIS, J.G., MCLAUGHLIN, D. M., MCATEE, M.L., SMITH, C.E., RYAN, K.A., RUEF, M.B., DOOLABH, A., BRADDOCK, D. E. *Positive Behavior Support for People with Developmental Disabilities: A Research Synthesis*, American Association on Mental Retardation, 1999, ISBN 0-940898-60-8.
4. CHARUVASTRA, A., CLOITRE, M. *Social bonds and posttraumatic stress disorder*. Annual Review of Psychology, 2008; 59:301–28. ISBN 0066-4308/08/0203-0301.

5. CHINN, D., HALL, I., ALI, A., HASSELL, H., PATKAS, I. *Psychiatric in-patients away from home: accounts by people with intellectual disabilities in specialist hospitals outside their home localities*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2011; 24(1):50–60. ISSN 1360-2322.
6. DEB, S., UNWIN, G., DEB, T. *Characteristics and the trajectory of psychotropic medication use in general and antipsychotics in particular among adults with an intellectual disability who exhibit aggressive behaviour*. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2014;59(1):11–25. PMID: 24450426.
7. DOUBROS, S.G. *Behavior therapy with high level, institutionalized, retarded adolescents*. *Except Child*. 1966 Dec;33(4):229-33. PMID: 5975567.
8. DUNLAP, G., CARR, E. G. *Positive Behavior Support and Developmental Disabilities A Summary and Analysis of Research*. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities*, The Guilford Press. 2007, (pp. 469–482). ISBN-13: 978-1-59385-485-0.
9. GASKIN, CJ., MCVILLY, KR., MCGILLIVRAY, KA. *Initiatives to reduce the use of seclusion and restraints on people with developmental disabilities: a systematic review and quantitative synthesis*. *Research in Developmental Disabilities Journal*, 2013; 34(11):3946–61. PMID: 24025440.
10. GLOVER, G., BERNARD, S., BRANFORD, D., HOLLAND, A., STRYDOM, A. *Use of medication for challenging behaviour in people with intellectual disability*. *The British Journal of Psychiatry*. 2014; 205(1):6–7. ISSN: <https://www.tandfonline.com/loi/umid20>
11. GOULD, R. L. *Transformations: Growth and change in adult life*. Editura Simon & Schuster. 1978.
12. HELLENBACH, M., BROWN, M., KARATZIAS, T., ROBINSON, R. *Psychological interventions for women with intellectual disabilities and forensic care needs: a systematic review of the literature*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2014. ISBN 0671225219, 9780671225216.
13. KEENAN, T. *Negative affect predicts performance on an object permanence task*. *Developmental Science*, 2002, 5, 65–71. ISSN 1363-755X, 1467-7687.
14. LA MALFA, G., LASSI, S., BERTELLI, M., ALBERTINI, G., DOSEN, A. *Emotional development and adaptive abilities in adults with intellectual disability. A correlation study between the Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS)*. *Research in Developmental Disabilities*. 2009, 4 (1), pp. 1406-1412. PMID: 19640678. DOI: 10.1016/j.ridd.2009.06.008
15. MATSON, J.L., MAHAN, S. *Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability*. *Research in Developmental Disabilities*. 2010;31(6):1570–6. PMID: 20580203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.05.005>
16. MITROFAN, I., CIUPERCĂ, C. *Psihologia vieții de cuplu*. SPER; 2002. ISBN 978-973-8383-45-6.
17. NURMI, J. E. *Socialization and self-development: Channeling, selection, adjustment, and reflection*. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), 2004, *Handbook of adolescent psychology* (p. 85–124). New York: John Wiley ISBNs 0-471-20948-1.
18. PATERSON, B., MCINTOSH, I., WILKINSON, D., MCCOMISH, SMITH, I. *Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer?* *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2013;20(3):228–35. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01918.x
19. ROMEO, R., KNAPP, M., TYRER, P., CRAWFORD, M., OLIVER-AFRICANO, P. *The treatment of challenging behaviour in intellectual disabilities: costeffectiveness analysis*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2009;53(7):633–43. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2009.01180.x
20. SALMELA-ARO, K., AUNOLA, K., NURMI, J. E. *Personal Goals During Emerging Adulthood*. *Journal of Adolescent Research*, 2007, Volume 22 Number 6, 690-715 DOI: <https://doi.org/10.1177/0743558407303978>
21. SION, G. *Psihologia dezvoltării*. Editura Funației România de Măine, 2014, București. ISBN 978-606-37-0481-9.
22. ȘCHIOPU, U., VERZA, E. *Psihologia vârstelor. Editura Didactică și Pedagogică*, 1997, Ed. a 3-a, București. ISBN 9733057983.

23. STANCLIFFE, R. J., ABERY, B. H., & SMITH, J. *Personal control and the ecology of community living settings: Beyond living-unit size and type*. *American Journal on Mental Retardation*, 105(5), 431-454. 2000 PMID: 11958198. DOI: 10.1352/0895-8017(2000)105<0431:PCATEO>2.0.CO;2
24. VANDEVELDE, S., MORISSE, F., DOŠEN, A., POPPE, L., JONCKHEERE, B., VAN HOVE, G., MAES, B., VAN LOON, J., & CLAES, C. *The scale for emotional development-revised (SED-R) for persons with intellectual disabilities and mental health problems: development, description, and reliability*. *International Journal of Developmental Disabilities*, 2016, 62:1, 11-23. DOI: <https://doi.org/10.1179/2047387714Y.0000000062>. ISSN 2047-3869.
25. WATERS, E., & CUMMINGS, E. M. *A secure base from which to explore close relationships*. *Child Development*, 2000, 71, 164–172. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00130>. ISSN: ISSN 0009-3920.

**СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ
РЕЧИ В КОНТЕКСТЕ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ**

**SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CHILDREN WITH SPEECH
DISORDERS IN THE CONTEXT OF PERSONAL DEVELOPMENT**

**SISTEMUL DE ASISTENȚĂ PSIHOLAGICĂ A COPIILOR
CU TULBURĂRI DE VORBIRE ÎN CONTEXTUL DEZVOLTĂRII PERSONALE**

Adriana CIOBANU, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0003-3836-3651
ciobanu.adriana@upsc.md

Aigul BICENCO, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-6075-0909
aygully@gmail.com

Adriana CIOBANU, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Aigul BICENCO, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.36

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p249-254

Abstract. The article discusses the main provisions underlying the development of a program for psychological correction of disorders of personal development of children with severe forms of speech pathology. Theoretical ideas about the role of speech in the development of personality are synthesized with the actual results of empirical research. The emotional development of children with speech impairments lags behind their peers. They recognize and understand emotions much worse, and it is more difficult for them to differentiate emotional states. Preschoolers with speech disorders have difficulties in adequate self-esteem. The volitional activity of children with severe speech disorders lags significantly behind the activity of children with normal speech and is formed much more slowly in the former. The development of a system of psychological support for children with speech disorders in the context of personal development should first of all be based on a theoretical and methodological basis and actual difficulties in personality development registered in children. The program contains a set of practical classes whose main goal is speech and personal development. Classes include gaming technologies, social stories, problem situations, trainings, the task of which is to develop self-awareness, emotional-volitional, motivational spheres and speech. The program is designed for preschoolers 5-6 years old with severe speech impairments and is implemented in individual and group formats.

Keywords: children with severe forms of speech pathology, psychological correction program, personality formation, speech and personal development.

Система коррекционного образования на современном этапе сталкивается с серьезными вызовами и не всегда справляется с комплексным решением существующих

проблем. Как правило, речевые проблемы в детской популяции являются наиболее видными и кажутся первостепенными, а нарушения психической деятельности уходят на второй-третий план и не кажутся столь значимыми. Однако, следует понимать, что каким бы по тяжести не было речевое нарушение, перед специалистом находится ребенок, с набором личностно-психологических качеств, препятствующих эффективной логопедической коррекции. Результаты логопедического воздействия будут зависеть не только от профессионализма педагога, но и от психологического состояния ребенка: его мотивационной зрелости, стабильности психоэмоционального фона, способности к волевой саморегуляции, адекватности поведения, оценочной деятельности и т.п.

Разработка системы психологической поддержки детей с речевыми нарушениями в контексте личностного развития, в первую очередь должна базироваться на теоретико-методологической основе и фактических трудностях в становлении личности, регистрируемых у детей [2].

Ранее, в теоретических исследованиях, нами были обнаружено, что роль отведенная речи в становлении, познании и развитии личности довольно значима. Во-первых, речь выполняет роль инструмента познания и анализа личности (З. Фрейд, А. Адлер, Ж. Лакан), во-вторых, речь, в определенной степени является поведенческой реакцией (Дж. Уотсон, Б. Скиннер) и в-третьих, речь способствует формированию самосознания (Д. Мид, Г. Олпорт, Б.Г. Ананьев, В.Н. Мясищев) [12].

Таким образом, в системе психологической помощи первое положение отражает диагностический компонент, второе и третье положение – коррекционно-развивающий (Рисунок 1).

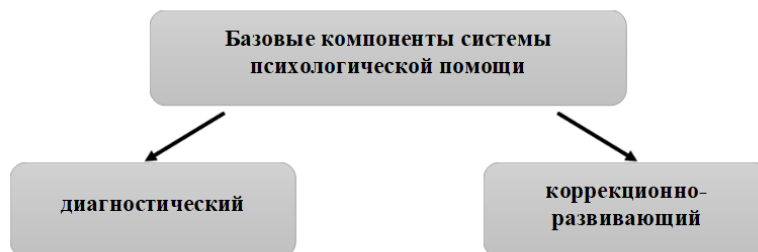


Рисунок 1. Компоненты системы психологической помощи детям с нарушениями речи

Диагностический компонент системы реализуется посредством экспериментального психологического исследования, так как содержание коррекционно-развивающей работы будет зависеть исключительно от выявленных трудностей. В нашем эмпирическом исследовании приняли участие 119 дошкольников с тяжелыми нарушениями речи и с нормальным речевым развитием в возрасте 5-7 лет. Результаты психологического исследования показали следующее.

Эмоциональное развитие детей с нарушениями речи протекает с отставанием от сверстников. Они значительно хуже опознают и понимают эмоции, им труднее дифференцировать эмоциональные состояния. Неспособность использовать вербальные средства для описания эмоциональных состояний, приводит к попытке их изобразить мимически. Дети с нарушениями речи подвержены тревоге, они беспокойны, суетливы и скованы.

Дошкольники с речевыми нарушениями имеют трудности в адекватной самооценке. Часть детей с тяжелыми нарушениями речи ее занижают, другая часть - неадекватно завышают, что отличает их от сверстников с нормальным речевым развитием. Дети с неадекватно завышенной самооценкой часто демонстрируют проблемы самосознания и осознания себя в системе отношений и времени. Они затрудняются в представлении себя в будущем. Им труднее осознавать процессы, которые еще не произошли и являются несколько абстрактными.

Волевая активность детей с грубыми речевыми нарушениями значительно отстает от активности детей с нормальной речью и формируется у первых значительно медленнее. Для этих детей свойственна низкая произвольность, отвлекаемость, истощаемость, потеря цели, утомляемость. У детей с нарушенной речью задерживается формирование учебно-познавательного мотива. К школьному возрасту у них по-прежнему доминирует игровой мотив.

Психологические исследования других авторов (С.М. Валявко, 2006, И.В. Ковязина, 2010, Е.Г. Карасева, 2012) также констатируют специфические нарушения личностного развития дошкольников, однако в нашем исследовании обнаруживается корреляционная связь между структурными единицами личности и состоянием речевой функции.

Коррекционно-развивающий компонент реализует содержательную часть системы психологической помощи, которая включает поведенческий аспект и аспект развития самосознания. По мнению С.Л. Рубинштейна [10], поведение включает комплекс сознательных действий или поступков. Таким образом, оба аспекта коррекционно-развивающего компонента должны реализовываться неразрывно.

Выявленные нарушения развития личности детей с тяжелыми формами речевой патологии в ходе экспериментального исследования позволили определить направления психологического вмешательства: эмоциональная, мотивационная, волевая сфера и самосознание. Однако, учитывая факты выявленных нарушений речевого развития у испытуемых и взаимозависимость состояний речевой функции и сфер личности, то реализация коррекционно-психологических мероприятий должна осуществляться комплексно, то есть речевое и личностное развитие должно происходить неразрывно (Рисунок 2).



Рисунок 2. Схема взаимосвязи речевого и личностного развития у детей с речевыми нарушениями

По мнению Т.Н. Волковской [4], в структуре психологического сопровождения детей с нарушениями речи определяются два аспекта, определяющие его результативность: содержание психологической и логопедической деятельности.

Основной формой коррекционной работы выступают комбинированные психокоррекционные занятия, сущность которых сводится к интеграции логопедических и психологических задач, направленных на повышение мотивации, развитие коммуникации, развитие и коррекцию нарушений эмоционально-волевой и познавательной сферы.

Современные национальные исследования в области логопсихологии также свидетельствуют о необходимости и эффективности такой стратегии (D. Popomari, 2019; D.A. Buganu, 2021, O. Nascatrean, 2022).

Базируясь на имеющихся теоретических и эмпирических данных, определяется необходимость целенаправленной, специально организованной системы психологического сопровождения личностного развития детей тяжелыми формами речевых нарушений. В соответствии с требованиями к составлению психокоррекционных программ, сформулированными А.А. Осиповой [9], определим их содержание (Таблица 1).

Таблица 1. Содержание требований к разработке системы психологической помощи

| Требование | Содержание |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Возраст и категория детей | старшие дошкольники 5-6 лет, с тяжелыми формами речевых нарушений. |
| Цель | развитие, коррекция и гармонизация личности детей с тяжелыми нарушениями речи |
| Задачи | <ul style="list-style-type: none"> - коррекция и развитие языковой компетентности, речевых умений и навыков; - коррекция и развитие состояния эмоциональной сферы, снижение уровня тревожности, развитие способности к оценке эмоциональных состояний; - коррекция и развитие мотивационной сферы, мотивации к обучению, преодолению трудностей в обучении; - коррекция и развитие волевой сферы, целенаправленной деятельности, саморегуляции, социально-приемлемого поведения; - коррекция и развитие самосознания, способности к адекватной самооценке, оценке результатов своей деятельности и поведения. |
| Формы работы | групповая, индивидуальная |
| Технологии, методики и приемы | <ul style="list-style-type: none"> - коррекционно-развивающие технологии; - игровые технологии; - личностно-ориентированные технологии; - психогимнастика; - проблемные ситуации; - социальные истории; - тренинги и т.д. |
| Сроки реализации | 18 недель |
| Частота | 2 фронтальных занятия в неделю и 1 индивидуальное раз в 2 недели |
| Продолжительность | 20-25 минут |

Содержание психологической коррекции реализуется посредством технологий, методов и приемов работы. Приведем основные аргументы в пользу выбора следующих.

Коррекционно-развивающие технологии являются базовыми в системе психологической помощи детям с нарушениями развития, в том числе речевого, и направлены на исправление отклонений в психическом развитии ребенка. Как метод психологического вмешательства, указывает И.И. Мамайчук [7], коррекция направлена

на оптимизацию развития психических процессов и функций и гармонизацию развития личностных свойств.

Являясь ведущим видом деятельности дошкольника, *игровые технологии* обладают широким потенциалом коррекционного воздействия. О.Н. Истратова [6] пишет, что в игровой роли у ребенка формируется децентрация – способность к анализу ситуаций с разных позиций, развитию когнитивных и социальных навыков, выделению новых возможностей решения проблемных ситуаций.

Личностно-ориентированные технологии, являются ядерными в системе современной модели гуманистического образования и обеспечивают условия развития личности ребенка, творчества и самоактуализации, а личность ребенка является центральной [1].

Учитывая трудности вербализации у детей с тяжелыми нарушениями речи, использование речевых операций может вызывать трудности, что в свою очередь вполне может приводить к повышению эмоционального напряжения. М.И. Чистякова [11] приводит аргументы в пользу использования *психогимнастики*, как эффективной невербальной техники коррекции и профилактики нарушений эмоционального развития, снятию психического напряжения.

А.М. Матюшкин [8] определяет мощный потенциал *проблемных ситуаций* в интеллектуализации образовательного процесса. Развитие и формирование личности не происходит автономно, оно неразрывно связано с обучением, так как именно в нем происходит становление личности.

Широко применяемый в развитии социальных навыков у детей с аутизмом метод *социальных историй*, разработанный К. Грей [5], демонстрирует четкую структуру, организацию и реализацию. Адаптация метода для работы с детьми открывает возможность проектировать физически, социально и эмоционально безопасные истории, формирующие модели поведения в социально значимых ситуациях, в общении и взаимодействии с окружающими.

Формирование социально приемлемых и адекватных форм поведения в трудных, проблемных ситуациях успешно реализуется посредством *тренингов*. По мнению Г.В. Бурменской [3], поведенческий тренинг успешно применяется в коррекционной работе и способствует переходу от игровых к реальным жизненным ситуациям.

Рассмотрим на примере содержания занятия по развитию эмоциональной сферы на тему стыда, как могут быть параллельно реализованы задачи развития личности и речи с помощью технологий и методов психологической коррекции (Таблица 2).

Таблица 2. Анализ содержания занятия по развитию эмоциональной сферы

| Содержание занятия | Реализуемая задача | Используемая технология |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1. Постановка проблемы. Детям зачитывается рассказ «Варенье» содержание которого обозначает проблему возникшего чувства стыда затем следует беседа по содержанию рассказа | Развитие речи | Коррекционно-развивающие технологии |
| 2. Выделение главных признаков эмоции стыда | Развитие речи и эмоциональной сферы | Коррекционно-развивающие технологии Психогимнастика |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 3. Изображение эмоции с помощью игры на липучках и включение раздражителя (выставление конфет) и ориентировка на выполнение требования их не трогать | Развитие эмоциональной и волевой сферы | Игровые технологии Тренинг |
| 4. Обсуждение ситуаций, вызывающих чувство стыда. Постановка ситуаций вызывающих эмпатию и оценочные действия | Развитие речи, эмоциональной сферы и самосознания | Проблемные ситуации Социальные истории |
| 5. Дискуссия о нормах поведения. Стимуляция социально-приемлемых форм поведения | Развитие мотивационной сферы | Коррекционно-развивающие технологии |

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что интеграция логопедических и психологических задач в системе психологической помощи детям с нарушениями речи является необходимостью. Принцип комплексности в коррекции дизонтогенеза является одним из важнейших положений специальной психологии, который должен реализовываться во всех направлениях развития. Психические функции и личность ребенка не развиваются автономно, они взаимообусловлены и взаимозависимы. Сепаративный характер психологического вмешательства без учета и состояния других психологических особенностей личности будет попыткой механистического воздействия и не отражает современные принципы образования.

Библиография:

1. АТЕМАСКИНА, Ю. В., БОГОСЛАВЕЦ, Л. Г. *Современные педагогические технологии в ДОУ*. СПб.: Детство-Пресс, 2011. 112 с. ISBN 978-5-89814-683-2.
2. БОЛОТОВА, А.К. *Прикладная психология. Основы консультативной психологии*. М.: Юрайт, 2016. 375 с. ISBN 978-5-9916-7769-1.
3. БУРМЕНСКАЯ, Г. В. *Возрастно-психологический подход в консультирование детей и подростков*. Московский психолого-социальный институт, 2007. 480 с. ISBN 5-7695-0652-0.
4. ВОЛКОВСКАЯ, Т.Н. *Система психологической помощи детям с недостатками речи*. Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. докт. психол. наук. Москва, 2012. 48 с.
5. ГРЕЙ, К. *Социальные Истории: Инновационная методика для развития социальной компетентности у детей с аутизмом*. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018. 432 с. ISBN 978-5-91743-080-5.
6. ИСТРАТОВА, О.Н. *Справочник по групповой психокоррекции*. Ростов н/Д : Феникс, 2008. 443 с. ISBN 978-5-222-13699-7.
7. МАМАЙЧУК, И. И. *Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии*. СПб.: Речь, 2006. 400 с. ISBN 5-9268-0166-4.
8. МАТЮШКИН, А. М. *Психология мышления. Мышление как разрешение проблемных ситуаций*. М.: КДУ, 2009. 190 с. ISBN 978-5-98227-553-0.
9. ОСИПОВА, А.А. *Общая психокоррекция*. М.: СФЕРА, 2008. 512 с. ISBN 5-89144-100-4, 978-5-8914-4702-8
10. РУБИНШТЕЙН, С. Л., *Основы общей психологии*. СПб.: Питер, 2002, 720 с. ISBN 5-314-00016-4.
11. ЧИСТЯКОВА, М. И. *Психогимнастика*. М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. 160 с. ISBN 5-09-006683-3.
12. ЧОБАНУ, А., БЫЧЕНКО, А. Теоретический анализ научных исследований по проблеме изучения личности дошкольников с речевыми нарушениями. *Проблемы социальных наук и модернизация образования*. 2022, 24 (1), с. 97-104. ISBN 978-9975-46-651-6; 978-9975-46-652. doi.org/10.46728/c.v1.25-03-2022.p97-104.

**FORMAREA IMAGINII DE SINE LA ELEVII CU DIZABILITATE VIZUALĂ
DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ MICĂ**

**SELF-IMAGE FORMATION IN VISUALLY DISABLED STUDENTS OF EARLY
SCHOOL AGE**

Adriana CIOBANU, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0003-3836-3651
ciobanu.adriana@upsc.md

Liudmila IAGUȘEVSKI, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0004-7860-7221
iagusevskiliudmila@gmail.com

Adriana CIOBANU, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Liudmila IAGUȘEVSKI, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.352

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p255-259

Abstract. The problem of self-image development in young students with visual impairment is one of the major challenges of special psychology and psychopedagogy. Self-image or "how we see ourselves" is defined by how we perceive our own physical, emotional, cognitive, social and spiritual characteristics that shape and reinforce the dimensions of our self. Self-image is associated with confidence, respect and self-esteem. It is particularly important that, starting from the age of 7, up to the age of 10, the child creates a positive self-image that will last a lifetime, based on the assessments made by parents, teachers and classmates. Visual impairment is a social disadvantage resulting from the loss or limitation of a person's chances, the impossibility to take part in the life of the community at the same level as other members.

Keywords: self-image, young students, visual impairment, confidence, respect, self-esteem.

Imaginea de sine este o caracteristică a autopercepției care depinde de valoarea pe care și-o asumă fiecare individ. Este totalitatea ideilor unei persoane despre sine ca individ, membru al societății, care se influențează nu numai pe sine, ci și pe cei din jurul său.

Comportamentul copilului depinde de cât de bine este dezvoltată imaginea sa de sine. Copilul cu imaginea de sine pozitivă este încrezut în sine și deține resursele interioare necesare percepției și depășirii adecvate a obstacolelor și atingerii obiectivelor. Copilul cu imaginea de sine negativă, este neîncrezut în forțele proprii, fără motivație, ceea ce generează comportamente de evitare. Scopul părinților și al cadrelor didactice este să dezvolte la copii o percepție cât mai adecvată, o convingere realistă referitor la propria persoană.

La vârsta școlară mică copilul, în mod firesc, își creează o imagine pozitivă despre sine, care se va menține toată viața, bazată pe aprecierile făcute de părinți, învățători și colegii de

clasă. Imaginea de sine este influențată încă din prima copilărie de părinți, mediul educațional, mediul social în care se dezvoltă, conflictul între generații, apartenența la diferite grupuri sociale cu care o persoana comunică de-a lungul vieții sale [12]. Viața copilului de 6-7 ani se schimbă radical, în primul rând, pentru că se modifică poziția lui socială: preșcolarul devine elev. Noua situație socială și activitatea de învățare pun în fața fostului preșcolar sarcini foarte mari. După E. Verza, „școala și ambianța școlară reprezintă pentru copil o nouă colectivitate care adesea îl umple de neliniște, schimbarea modului de viață, noul regim de activitate pricinuiesc multe griji și necazuri micului școlar” [4, p. 119].

Elevul mic tot mai des trebuie să facă ceea ce trebuie, și nu ceea ce dorește. Toate aceste cerințe vin în contradicție cu capacitățile și posibilitățile copilului. Igor Racu consideră că anume aceste contradicții sunt foarte importante – ele devin forța motrică a dezvoltării psihice și a formării personalității elevului mic [8]. Școala primară se caracterizează prin faptul că în perioada aceasta, în structura personalității școlarului mic se formează, treptat, concepția despre lume și convingerile morale. Cunoștințele copiilor de vârstă școlară mică despre obiecte și fenomenele din jur devin mai vaste, mai profunde, capătă caracter științific.

Formarea personalității elevului mic se manifestă nu numai prin apariția noilor necesități, ci și prin modificarea esenței celor vechi. Necesitatea de a avea noi impresii se transformă în necesități cognitive, în curiozitate, care formează personalitatea elevului mic, deoarece ea devine o particularitate constantă și un motiv foarte puternic al comportamentului lui și al activității de învățare.

Analizând caracteristicile formării imaginii de sine în rândul școlărilor mici, este important de remarcat legătura cu încrederea, respectul și stima de sine. Încrederea în sine se formează în timp și depinde de succesele noastre. Stima de sine se formează în copilărie și reprezintă percepția propriei însemnătăți, valori și capacități.

Încrederea în forțele proprii este direct proporțională cu imaginea de sine și stima de sine pozitivă. M. Miclea, în lucrarea sa *Consiliere și orientare*, consideră că „imaginea de sine” sau felul „cum ne vedem” este definit de modul în care ne percepem propriile noastre caracteristici fizice, emoționale, cognitive, sociale și spiritual, care conturează și întăresc dimensiunile eului nostru [6, p. 28].

În opinia autoarei A. Băban, se pot diferenția mai multe componente ale imaginii de sine a Eului. Eul (sinele) real sau Eul actual reprezintă modul în care persoana își percepe propriile caracteristici fizice (imaginea corporală și identificarea sexuală), cognitive (gândirea și operarea mintală cu informațiile despre lume), emoționale (afecte, sentimente, emoții), sociale (modul de autopercepere) și spirituale la un moment dat. Eul (sinele) ideal se referă la situația în care persoana își imaginează mintal ceea ce ar dori să fie, dar își dă seamă că nu are resursele pentru a deveni. Eul (sinele) viitor se reflectă atunci când persoana își percepe potențialul de dezvoltare personală și se proiectează în viitor [2, pp. 66-67].

Deci, putem conchide că Eul este educat prin diverși factori ai socializării individului: familia, școala, mediul social și influențele culturale, și nu este o structură omogenă.

În lucrarea de față vom aborda particularitățile de dezvoltare a imaginii de sine la școlării mici ce prezintă deficiențe de vedere. Conform concepției lui Avramescu, „deficiența de vedere este o deficiență de tip senzorial și include o scădere în diferite grade a acuității vizuale” [16]. Dizabilitatea de văz este un impediment în adaptarea socială a copiilor cu deficiență de văz, este o provocare cu care se confruntă copilul zi de zi. Dizabilitatea vizuală va provoca inevitabil

întârzieri sau dificultăți la diverse etape de dezvoltare, în special cu referire la comunicare și limbaj, interacțiune socială, abilități de viață independentă, joacă și învățare.

Elementele structurale ale personalității copiilor cu dizabilitate vizuală sunt imaginea de sine și stima de sine, care au o importanță majoră și influențează interrelaționarea cu cei din jur și acceptarea de sine și, nu în ultimul rând, modul de autoapreciere, autoacceptare, autorespect.

Elevilor de vârstă școlară mică le este caracteristică atât autoaprecierea adecvată, cât și cea neadecvată. Autoaprecierea școlarii mici poate fi caracterizată și după un alt parametru – stabilitatea ei. Autoaprecierea, de asemenea, poate fi stabilă sau instabilă.

În lucrarea sa *Psihologia conștiinței de sine*, Igor Racu consideră că la copilul de 7 ani neoformațiunea centrală în personalitate este poziția interioară, când copilul începe a retrăi în calitate de individ social. Pe lângă conștientizarea sa ca subiect al acțiunii, copilul, după vârsta de 7 ani, se percepe ca subiect în sistemul relațiilor umane. La momentul intrării în școală, apare nivelul nou al conștiinței de sine care, mai mult, își găsește exprimarea în poziția interioară [8].

La școlarii mici, sursa de formare a stimei de sine, în mare măsură, depinde de aprecierea învățătorului, iar de acțiunile acestuia va depinde cum se va aprecia copilul în viitor.

Autoaprecierea negativă a elevului mic cu dizabilitate vizuală este generată atât de propriile gânduri despre sine, cât și de comportamentul celorlalți. Interpretarea eronată a realității duce la distorsiuni cognitive exprimate prin idei și gânduri negative frecvente. Formarea imaginii de sine la copiii cu dizabilitate vizuală depinde de modul în care îl văd ceilalți. Primul pas în construirea imaginii de sine este că ceilalți îl văd „diferit”.

La vârsta de 7 ani, pentru prima dată are loc conștientizarea de către copil a diferenței dintre poziția sa obiectivă și poziția interioară. Dacă trecerea la poziția nouă nu are loc în termenii respectivi, la copii apare insatisfacția față de ei înșiși.

Nucleul unei stime de sine adecvate la școlarii mici, care are rolul de a le susține încrederea în forțele proprii, este dominat de informațiile primite prin canalul auditiv vizavi de propria personalitate.

Ținând cont de aceste particularități, învățătorii și părinții trebuie să știe să determine adecvat nivelul de autoapreciere al copiilor, să le formeze o atitudine critică față de sine și să le dezvolte aptitudinea de a-și analiza și controla activitatea și comportamentul – calități importante ce caracterizează pozitiv personalitatea elevilor mici.

La copiii cu dizabilitate vizuală stima de sine se confruntă cu un șir de probleme de adaptare socială, precum: sentimente de inferioritate, atitudini de evitare, infantilism afectiv, instabilitate emoțională, stări nevrotice, negativism, egoism, stare de anxietate, comportament asociat, fire suspicioasă, agresivă, revendicativă și altele de acest fel. Cauzele unor astfel de manifestări sunt explicate în literatura de specialitate, ca fiind o consecință a condițiilor social-educative în care copilul crește și se dezvoltă, a atitudinilor celor din jur față de el, a relațiilor sociale în care a fost implicat. Atitudinile copilului față de situațiile prin care a trecut reprezintă reacții de apărare atunci când copilul se simte izolat, respins, abandonat.

Chiar la debutul vieții școlare, unii copii nevăzători au deja experiența șocului de a se simți altfel decât ceilalți, ceea ce îi determină să-și piardă sentimentul propriei valori, întâmpinând dificultăți majore în constituirea și menținerea relațiilor sociale.

Un factor important în adaptarea socială a copiilor cu dizabilitate vizuală este familia. Protecția exagerată sau nepăsarea unor părinți împiedică adaptarea socială, chiar de la debutul școlar. Experiența nefastă trăită în familie până la vârsta de 6-7 ani poate pune o amprentă

negativă asupra formării imaginii de sine la copiii cu dizabilitate vizuală în momentul formării conștiinței de sine, contactele sociale traumatizante duc la un sentiment de inferioritate și nesiguranță în relațiile cu ceilalți. În cazul în care relațiile lui sociale au de suferit, problema majoră nu este atât dizabilitatea, cât lipsa unei pregătiri pentru aceste relații și, desigur, acceptarea socială. Ca reacție de apărare în situații de inadaptare socială a copiilor cu dizabilitate vizuală, se manifestă nesiguranța, stările depresive, atitudinea inhibată sau viceversa, aroganța, neîncrederea în cei din jur.

Ș. Mircea demonstrează că copiii cu dizabilitate vizuală au mari disponibilități în aspect socioafectiv. În cazul compensării deficienței, ei pot ajunge la o imagine de sine foarte bine și adecvat structurată. „El știe să-și folosească forțele de cunoaștere senzorială și logico-verbală, el stăpânește instrumentele muncii intelectuale și ale unor activități practice, își cunoaște limitele dar și posibilitățile și este încrezător în forțele lui. Nu așteaptă să fie asistat; este autonom. Este deschis față de lumea înconjurătoare și împăcat cu sine, capabil să dea și să ofere prietenie, capabil să iubească și să fie iubit. Dovedește echilibru afectiv, își stăpânește impulsurile, nu se lasă covârșit și nu dezarmează. Mai mult ca orice, el vrea să fie util, să-și aibă locul său meritat în societate și este capabil să-și cucerească acest loc prin efortul de a se pregăti și a munci eficient. Deficitul vizual nu-l handicapează; dimpotrivă, din această slăbiciune a văzului ia naștere o mare forță.” [13, pp. 113-115]

După cum vedem, formarea unei imagini de sine adecvate, un tonus psihic pozitiv alături de sincronizarea vieții personale cu cea socio-comunitară pot genera o realizare optimă a autonomiei personale prin educarea și dezvoltarea multilaterală. Aici ne bazăm, în mod sigur, și pe colaborarea multidisciplinară: părinți, cadre didactice, colegi.

1. Persoanele ce constituie resursă pentru dezvoltarea imaginii de sine pozitive la școlarii mici se consideră a fi pedagogul și părinții. Imaginea de sine se formează în conștiință la vârsta de 1-3 ani în mediul familial. La vârsta de 3-7 ani, copilul preia ceea ce spun adulții din viața lui despre el drept un adevăr pur. La vârsta preșcolară, în contact cu realitatea înconjurătoare, copilul conștientizează caracteristicile corporale proprii, respectiv, sinele corporal material, percepându-și statutul și rolul apartenenței la grup [7, 19].
2. Cadrele didactice sunt persoanele care inițiază un parteneriat constructiv, funcțional cu părinții și alți actori educaționali vizați în remedierea problemei date. Activitatea specialiștilor trebuie orientată spre abordarea holistică centrată pe copil, dezvoltând o rețea de servicii profesionale.
3. Familia, ca partener educațional activ, este o sursă de informații privind dezvoltarea copilului, punând baza în formarea imaginii de sine la copil prin crearea unui climat psihologic favorabil.
4. Colaborarea și comunicarea permanentă între partenerii adulți constituie un model de comportament și pentru copii. Aceștia capătă tot mai multă încredere, își dezvoltă autonomia, le apar sentimente de bucurie și satisfacție, simt interesul, afecțiunea, suportul adulților cu privire la activitatea lor.

Formarea imaginii de sine la școlarii mici cu dizabilitate vizuală depinde, în mare parte, de mediul sociocultural, climatul familial, interacțiunile copilului cu cei din jur. Intervențiile specialiștilor în formarea imaginii de sine la școlarii mici cu dizabilitate vizuală se va axa pe acțiunile sinergice ale actorilor educaționali implicați într-un parteneriat viabil și funcțional.

Bibliografie:

1. ALPORT, G. *Structura și dezvoltarea personalității*. București, 1990. ISBN 973-30-1151-7.
2. BĂBAN, A. *Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere*. Cluj-Napoca: ASDCR, 2011. 260 p. ISBN 978-973-7973-65-8.
3. BODORIN, C. *Psihopedagogia persoanelor cu deficiențe vizuale*. Chișinău, 2013. ISBN 978-9975-46-154-2.
4. GOLU, P., ZLATE M., VERZA, E. *Psihologia copilului (învățare-dezvoltare)*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1994. 123 p. ISBN 973-30-3891-1.
5. HARTLEY-BREWSTER, E. *Cum să crești un copil fericit?* București: Sian Books, 2015. 229 p. ISBN 978-606-93485-9-8.
6. LEMENI, G., MICLEA, M. *Consiliere și orientare*. Cluj-Napoca: ASCR, 2010. 258 p. ISBN 978-973-7973-90-0.
7. PREDĂ, V. *Intervenția precoce în educarea copiilor deficienți vizuali*. Cluj Napoca: Presa Universitară Clujană, 1999. ISBN 973-59-5046-4.
8. RACU, I. *Psihologia conștiinței de sine*. Chișinău, 2005. ISBN 9975-921-81-7.
9. ROZOREA, A. *Deficiența de vedere din perspectivă psihosocială și psihoterapeutică*. București: Pro Humanitate, 2003. Cod UNU 200987.
10. ROTH, W. *Tîflogia. Psihologia deficienților vizuali*. Cluj: Univ. Babeș-Bolyai, 1973. <https://www.rasfoiesc.com/educatie/psihologie/DEFICIENTA-VIZUALA67.php>
11. RUBA, R.S. Asociația Nevăzătorilor din România între 1956-1990. *Litera noastră*, 1996, nr. 12. ISSN 1221-4426.
12. ȘCHIOPU, U. *Dicționar enciclopedic de psihologie*. București: Babel, 1997. ISBN 973-48-1027-8.
13. ȘTEFAN M. *Psihopedagogia copiilor cu handicap de vedere*. 1999. ISBN 973-99023-4-0.
14. ZLATE, M. *Eul și personalitatea*. București: Trei, 2004. 53 p. ISBN 973-8291-30-5.
15. *Educația incluzivă. Suport de curs pentru formarea continuă a cadrelor didactice*. Vol. II. Chișinău, 2016. 196 p. ISBN 978-9975-3144-1-1.
16. ЕГОРОВА, Н.Л. Основы тифлопедагогики и тифлопсихологии. Курган, 2018. <http://dspace.kgsu.ru/xmlui/handle/123456789/5011>
17. ФИЛЧИКОВА, Л.И., БЕРНАДСКАЯ, М.Э., ПАРАМЕЙ, О.В. *Нарушение зрения у детей раннего возраста*. Москва, 2003. ISBN 5-94692-901-1.
18. ФАРБЕР, Д.А. Формирование зрительного восприятия в раннем детском возрасте. *Физиология человека*. Т. 21. 1995, № 5. <https://irzar.ru/wp-content/uploads/2023/10/130.pdf>
19. СОЛНЦЕВА, Л.И. *Тифлопсихология детства*. Москва, 2000. ISBN 5-86388-009-6.
20. СОЛНЦЕВА, Л.И. *Развитие компенсаторных процессов у детей с нарушением зрения дошкольного возраста*. Москва, 1980. ISBN 5-93094-139-4.

**ABORDĂRI MODERNE PRIVIND STIMULAREA LIMBAJULUI ȘI COMUNICĂRII
SPECIFICE TULBURĂRII DIN SPECTRUL AUTIST**

**MODERN APPROACHES TO PROMOTING LANGUAGE AND COMMUNICATION
SPECIFIC TO AUTISM SPECTRUM DISORDER**

Adriana CIOBANU, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0003-3836-3651
ciobanu.adriana@upsc.md

Gina GHEORGHITA, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0007-5163-3130
ginarrg@yahoo.com

Adriana CIOBANU, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Gina GHEORGHITA, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.36

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p260-266

Abstract. This article addresses the particularities of language and communication in the context of autism spectrum disorder, proposing an applicative content in the field of functional communication specific to neurodiversity, making available augmentative and alternative models and practices used on different levels in psychopedagogical intervention - at school, at home, in different social contexts, by different members of the disciplinary team - psychologists, psychopedagogues, therapists, speech therapists, support teachers, parents. Picture communication is an augmentative and alternative intervention method used for people with autism spectrum disorders and beyond that does not require expensive materials, laborious testing, or skilled personnel. The system has been successfully applied to both preschool children and teenagers or adults. The PECS training protocol is described, where the essential strategies for developing each skill are based on differentiated learning, reinforcing and rewarding the target behavior, generalizing it, and correcting errors where they occur. The protocol consists of six distinct stages of training, and the transition to a higher stage is based on the acquisitions made by the child in a previous stage.

Keywords: autism spectrum disorder, language, communication, neurodiversity.

Termenul „TSA” (Tulburare de Spectru Autist) îl găsim în *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale* (DSM-5) (APA, 2013), acesta desemnând o tulburare de neurodezvoltare care își pune amprenta pe interacțiunile sociale ale persoanei diagnosticate, capacitatea de comunicare directă sau indirectă și se manifestă prin comportamente stereotipe, restrictive și repetitive. Primele manifestări apar devreme, în prima copilărie, nu dispar niciodată și se regăsesc în toate situațiile de viață, pe toate palierele dezvoltării, în grade diferite. Comportamentele, activitățile restrictive cu secvențe repetitive și componente stereotipe se

manifestă pregnant în momentul evaluării sau de-a lungul timpului în ariile mișcărilor motorii, prin fixațiile pe utilizarea de obiecte sau, în sfera comunicării, prin limbaj stereotip, clișee verbale și repetitive (S. Vrabie, 2016) (de exemplu: fluturatul mâinilor, aliniatul jucăriilor sau rotirea obiectelor, ecolalia, folosirea frazelor idiosincrasice); persistența excesivă a rutinei, dorința ca lucrurile să se întâmple repetitiv, rezistență la schimbare, de exemplu reacții majore la schimbări minore, tranziție dificilă la o altă situație generată de contextul social, modele restrictive de gândire, nevoia de a merge pe același drum sau de a se îmbrăca la fel în fiecare zi, de a servi aceeași mâncare, la aceeași oră; interese restrictive susținute cu tărie, atașare sau preocupare nefirească față de un obiect oarecare; reacție hiperstimulatoare la elemente senzoriale sau atracție neobișnuită pentru elemente senzoriale ale mediului (praguri de reacție ridicate la temperatură sau durere, hipersensibilitate la anumite sunete, la anumite texturi ale materialelor, obiectelor, mirosurilor, atingere excesivă a obiectelor, fascinație pentru lumină și mișcare, de obicei repetitivă) [14, p. 320].

Este necesară dezvoltarea comunicării în tulburarea din spectrul autist (C. Bodea Hațegan, 2016), deoarece persoana are dreptul de a-și satisface propriile nevoi, inserarea superioară în microgrupul sau macrogrupul social căruia aceasta îi aparține, ascultarea și înțelegerea acesteia. Dobândirea independenței facilitează structurarea eului și a identității, aceasta asigurându-i accesul la funcționalitate și la o viață de adult independentă [1, p. 21].

Comunicarea social-pragmatică deficitară este unul dintre simptomele frecvente în cadrul tulburării de spectru autist (TSA). Factorii determinanți ai sincopelor apărute la nivelul comunicării sunt deficitele de la nivelul limbajului receptiv și limbajului expresiv [2, p. 35].

TSA afectează persoane din întreaga lume, indiferent de etnie, rasă sau statut socioeconomic și are o prevalență ridicată, care variază între 13 și 29 la 1000 de copii cu vârsta de 8 ani.

De-a lungul timpului, domeniul comunicării augmentative și alternative a trecut printr-o perioadă de stabilire a terminologiei unanim acceptate, dar și a definirii termenilor (Glennen, DeCoste, 1997). În acest context, descriptorii precum „nonverbal”, „nonvocal”, „non-oral” sau „comunicare neverbalizată” au început să definească domeniul în sine, însă aceștia au fost ulterior abandonați ca o consecință a incapacității de a descrie corect întreaga manifestare a persoanelor care utilizau acest tip de comunicare, unele fiind capabile să verbalizeze [4, p. 27]. În acest context, începând cu 1985, Loyd a demarat o acțiune de revizuire a terminologiei existente la nivelul literaturii de specialitate, propunând termenul de *comunicare augmentativă și alternativă*, unde *augmentativ* se referă la procesul de stimulare a abilităților verbale achiziționate, iar *alternativ* abordează modalități de înlocuire a elementelor verbale deficitare [3, p. 11].

Sistemele de comunicare augmentative și alternative oferă contexte în care persoana are la îndemână instrumente prin care poate să își exprime nevoile și trebuințele, să transmită informații și să interacționeze cu cei din jur, fiind eliminate astfel o mare parte din barierele generate de modul atipic de a comunica într-un format convențional (C.K. Bliss, 1985). Principiile de bază ale funcționării creierului, în contextul dezvoltării atipice, capătă o serie de particularități pe care sistemele de comunicare augmentative și alternative le integrează în demersul validat științific de stimulare a comunicării funcționale și implicit, de integrare și incluziune a persoanelor cu TSA [5, p. 85].

Conform acestor principii (A. Bondy, A.L. Frost, 1994), facem următoarele deduceri:

- a) Creierul are două tipuri de memorie: un sistem de memorare spațială și unul de învățare prin repetiție, astfel că înțelege și își amintește mai bine atunci când faptele și abilitățile sunt încorporate.
- b) Creierul percepe și generează *template*-uri, în care emoțiile sunt esențiale, pentru că facilitează stocarea și amintirea informației.
- c) Tot ceea ce învățăm este organizat și influențat de emoții și de setul mintal, care include așteptări, prejudecăți, stima de sine și nevoia de interacțiune socială.
- d) Fiecare creier este unic, deși avem același set de sisteme, inclusiv simțurile și emoțiile de bază, acestea însă sunt integrate diferit [3, p. 67].

Până în prezent nu există un consens cu privire la cel mai eficient tip de tratament sau de intervenție în contextul acestei tulburări, însă este unanim acceptat că intervențiile de tip educațional desfășurate de timpuriu sunt cruciale (Preda, 2006; Ichim, 2007) [10, p. 67].

Comunicarea prin schimbul de imagini presupune un program de intervenție AAC, utilizat în raport cu persoanele cu TSA, dar și în cazul altor afecțiuni neurologice care presupun incapacitatea verbalizării. Această metodă nu are nevoie de materiale elaborate, teste pretențioase sau personal calificat în domeniu (Verza, 2011). Metoda a fost aplicată atât față de copiii de vârstă preșcolară, cât și cu adolescenții sau persoanele mature, înregistrându-se rezultate notabile [6, p. 785].

Andy Bondy și Lori Frost (1994) a dezvoltat PECS, fiind un program de instruire comprehensiv, care să combată rezultatele frustrante obținute de copiii cu autism în cadrul terapierilor tradiționale. Aceștia elaborează în 2002 protocolul de instruire PECS, unde tehnica esențială pentru creșterea fiecărei abilități este bazată pe însușirea diferențiată, consolidarea și recompensarea comportamentului țintă, generalizarea în mediu a abilităților dobândite și corectarea greșelilor care apar. Programul este constituit din șase etape separate de lucru, iar trecerea spre o etapă superioară se realizează pe baza achizițiilor făcute de copil la etapele precedente [1, p. 14].

În prima etapă copilul este învățat să facă schimbul obiect-imagie în mod fizic prin dobândirea abilității de asociere dintre obiectul 3D și imaginea 2D a acestuia, abilitate corespunzătoare funcției de solicitare. La această etapă a programului sunt incluși doi terapeuți. Primul terapeut îndeplinește rolul de partener de comunicare, iar al doilea sprijină copilul în realizarea comportamentului la cerere ce implica identificarea și înmânarea simbolului interlocutorului.

În etapa a doua, copilul este capabil să apuce, să ridice imaginea și să o dea partenerului de comunicare, *lărgindu-și aria de cunoaștere*. A treia etapă se focalizează pe învățarea abilității de *distincție, deosebire a imaginilor*, relația dintre imagine și obiect.

La a patra etapă se realizează învățarea abilității de formulare a propozițiilor, urmând ca în cea de-a cincea etapă să dobândească abilitatea de a răspunde la întrebarea „ce vrei?”, după ce copilul a învățat să alăture simboluri pe catena propozițională cu intenția de a forma un enunț. În ultima etapă sunt introduse noi simboluri de comunicare pentru dezvoltarea abilităților de comunicare ale copilului. Noile fragmente conțin simboluri precum „eu am”, „eu aud”, „eu văd” etc.

Interacțiunea vizuală augmentativă (Visual Interaction Augmentation – VIA) este o abordare experimentală relativ nouă, propusă de Bryan Siegel în 2003. Aceasta se adresează în

mod special copiilor preverbali sau nonverbali, care utilizează simbolurile în scop comunicativ (Oke, 2005). Cele trei modalități principale sunt propuse de autoare în scopul formării abilităților de comunicare funcțională și implică:

1. stimularea comunicării nonverbale și decodarea mesajelor transmise prin intermediul acestora (focalizare vizuală, gesturi, expresii faciale);
2. utilizarea unor particularități lingvistice adecvate vârstei (tonalitatea vocii, simplificarea limbajului);
3. dezvoltarea abilităților *theory of mind* [2, p. 31].

Siegel a constatat că modul de reprezentare a simbolurilor joacă un rol esențial în comunicare, motiv pentru care a considerat principiul *freezing* drept modalitate bazală în realizarea reprezentărilor. Acest principiu presupune înghețarea mentală a reprezentării vizuale a itemului pe care copilul o percepe într-un anumit context. Astfel, se pun bazele dezvoltării abilităților *theory of mind*, copilul sesizând că partenerul de comunicare este capabil să înțeleagă ceea ce acesta își dorește [3, p. 46].

Modelul SCERTS (Comunicare socială, Reglare emoțională și Suport tranzacțional) este o abordare multidisciplinară fundamentată pe studii descriptive (Prizant et al., 2005a, 2005b). Acestea au scos la iveală faptul că dezvoltarea abilităților de comunicare socială și reglare emoțională este un indicator reprezentativ pentru achiziția limbajului, funcționarea socială adaptativă și succesul școlar [3, p. 58]. Conform lui Rubin și partenerilor săi (2009), intervenția se realizează în funcție de stadiul de comunicare în care se află individul cu tulburare din spectrul autismului.

1. *Stadiul partenerului social* corespunde copiilor situați la un nivel presimbolic de dezvoltare a limbajului, utilizând gesturile și obiectele ca mod esențial de cerere a atenției dorite. Aceasta utilizează comportamente de orientare similară cu un partener de comunicare gestuală, fixare vizuală, spre un punct de referință sau clișee verbale.
2. În stadiul *partenerului de limbaj* sunt încadrate persoane aflate în faza de dezvoltare a limbajului, care recurg la simboluri (indiferent de reprezentările utilizate) ca mijloc principal de comunicare.
3. Ultimul stadiu, cel al *partenerului de conversație*, vizează indivizii ce recurg la discurs în cadrul procesului de comunicare, conștientizând în același timp conversațiile și perspectivele sociale ale celorlalți [4, p. 205].

Reglarea emoțională vizează identificarea și menținerea unui nivel optim de excitație, ceea ce facilitează identificarea unor interacțiuni adecvate ale copilului cu mediul. Programul SCERTS urmărește formarea comportamentelor adecvate prin care copiii cu autism să răspundă adecvat la suportul oferit de adult.

Suportul tranzacțional este componenta ce unește celelalte două părți ale programului, concentrându-se pe instruirea părinților, profesorilor, clinicienilor sau altor persoane pentru a oferi copiilor cu TSA cele mai adecvate forme de sprijin [3, p. 49].

Sistemul de augmentare a limbajului (SAL) (Romski, Sevcik, 1996) reprezintă un model de intervenție AAC adresat în general indivizilor aflați în stadiile timpurii de dezvoltare a abilităților de comunicare și limbaj.

Sistemul de augmentare a limbajului (SAL) are cinci componente de bază:

1. *Sintetizatorul vocal* reprezintă componenta esențială în cadrul SAL. Acesta este dispozitivul SAL asistat, proiectat pentru a facilita procesul de comunicare dintre utilizator și partenerul său social prin oferirea unui output vocal.
2. *Lexiconul și simbolurile*. Selectarea conceptelor care vor fi introduse în vocabularul de simboluri al copilului se bazează pe nivelul de dezvoltare a copilului, nevoile prezente și viitoare de comunicare, interesele manifestate, partenerii sociali.
3. *Contextele de comunicare* în care copiii vor avea oportunități de utilizare a sintetizatorului vocal. Sunt recomandate mediile naturale, vag structurate, în care copiii sunt încurajați să inițieze spontan comunicarea.
4. *Rolul activ al partenerului social*. Această componentă este orientată spre activități de instruire a familiei, profesorilor și a oricărui interlocutor cu privire la strategiile și mijloacele prin care copilul transmite mesaje.
5. *Monitorizarea permanentă și constantă* constă în colectarea sistematică de informații cu privire la procesul de comunicare dintre cei doi parteneri. Aceste date oferă informații relevante cu privire la patternurile de utilizare ale comunicării copilului, la progresele și dificultățile pe care acesta le întâmpină [3, p. 366].

Metoda de Stimulare a Limbajului și Comunicării Adresată persoanelor cu Autism (MSLCA) este o metodă compozită ce constă în îmbinarea mai multor metode și strategii întâlnite în formă dispersată în literatura de specialitate, completate cu elemente noi în situații lacunare (D.F. Moores, 1980). În acest context, MSLCA se bazează pe elemente constitutive ale metodelor enumerate mai sus, încercându-se astfel o abordare comprehensivă și, implicit, realizarea unui program curricular complet și complex, utilizabil în cazul tuturor copiilor cu TSA, indiferent de stadiul de dezvoltare a limbajului sau comunicării. Bazându-se pe principiul creșterii progresive a complexității sarcinilor și implicit a comportamentelor de comunicare, MSLCA utilizează în fazele incipiente acțiuni, sarcini foarte simple, în a căror realizare copilul este ghidat de un prompter pentru a comunica cu un partener social, pentru ca la sfârșitul intervenției persoana instruită să fie capabilă să dezvolte abilități de comunicare modală/totală (limbaj scris alături de alte metode și tehnici de comunicare alternativă și augmentativă) [2, p. 34]. Metoda presupune parcurgerea a trei etape, fiecare fiind compusă din secvențe comportamentale.

Etapa 1. Achiziția comportamentelor de comunicare intenționale timpurii și de stimulare a limbajului receptiv.

Etapa 2. Comunicarea prin obiecte 3D.

Etapa 3. Comunicarea prin imagini.

Metoda a fost experimentată pentru o perioadă de 11 ani, eficiența sa fiind constatată în cazul mai multor cazuri de copii cu TSA [4, p. 67].

Profesorul Eric Schopler dispune de experiența unei generații în materie de clase integrate, prin punerea în aplicare a programului TEACCH (Schopler&al., 1995). Regula acestei metode este colaborarea paritară dintre părinți și specialiști. Ca activități de învățare, coordonatorii se bazează pe imitație, percepție, motricitate fină și grosieră, coordonare ochi-mână, performanțe cognitive, competență verbală, autonomie, sociabilitate și conduită. Se iau în considerare și aspectele comportamentale specifice stadiului senzorio-motor de dezvoltare a inteligenței [2, p. 31].

Metoda VML, învățarea verbală motorie, este folosită pentru tratamentul apraxiei verbale (Childhood Apraxia of Speech). A fost elaborată de dr. Elad Vashdi din Israel pe parcursul ultimilor 20 de ani și a fost practică și învățată mai întâi în Israel, apoi în Australia, Polonia, Slovenia, SUA, Rusia.

Metoda VML folosește o tehnică unică de analiză și intervenție prin prompt manual și principii de învățare motorie pentru a-i învăța pe copii să pronunțe consoanele, vocalele, silabele și nu în ultimul rând cuvintele. Această metodă este un instrument unic de recuperare a tulburărilor de vorbire datorită numărului mare de tehnici incluse în această metodă, organizate într-un mod structurat, a abordării interdisciplinare.

Casca Forbrain îmbunătățește limbajul utilizatorului, folosindu-se de transferul vocii acestuia direct prin structură osoasă. Vorbind în microfon, propria voce se aude foarte clar, ușor modificată de filtrul care va evidenția frecvențele înalte. Contrastul neașteptat al vocii va menține creierul în alertă constantă și va mări nivelul de atenție. Conducția osoasă va facilita capacitatea de a reține mesajul. Casca Forbrain stimulează creierul, dezvoltă vorbirea, fluenta și capacitatea de învățare. Casca este folosită cel mai mult pentru a îmbunătăți abilitățile de învățare ale copiilor, tinerilor și adulților în procesul de terapie logopedică, pentru corectarea pronunției și perfecționarea vorbirii corecte în terapia deficitului atențional, a tulburărilor din spectrul autismului, a unor tipuri de hipoacuzie, în corectarea dislexiei-disgrafiei, în surpasarea emotivității la vorbirea în public, îmbunătățirea performanțelor muzicale, precum și în recuperarea necesară în terapia logopedică post AVC (Socrate learning, 2020).

Un copil cu tulburări din spectrul autist va întâmpina mari dificultăți în parcurgerea traseului firesc de dezvoltare a limbajului și comunicării, fiind nevoie de îndrumare și asistență permanentă (V. Olărescu, D. Ponomari, 2012) [8, p. 6]. Scopul principal al comunicării alternative și augmentative este de a crea oportunități prin care individul să fie capabil să își exprime nevoile, să transmită informații și să interacționeze cu cei din jur, eliminându-se astfel numeroasele bariere impuse de incapacitatea de a comunica într-un mod convențional.

Bibliografie:

1. *American Psychiatric Association – DSM-V. Manual de diagnostic și statistică a bolilor mintale. Ediția a V a. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 2013.* <https://psynet.apa.org/record/2013-14907-000>.
2. BODEA-HAȚEGAN, C. *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București: Tei, 2016. ISBN 978-606-719-781-5.
3. BLISS, C.K. *The Blissymbols Picture Book. Vol 3. Development and Advisory Publication of NSW for Semantography-Blissymbol.* Coogee, 1985. ISBN 10 0949696161.
4. BONDY, A., FROST, L. *Picture Exchange Communication System.* 1994. <https://doi:1177/0145445501255004>
5. CIOBANU, A. Comunicarea – factor al dezvoltării limbajului la copiii cu autism. *Revista de Științe Socio umane.* 2019, nr. 1. ISSN1857-0119/ISSNe 2587-330X.
6. COOPER, J.O., HERON, T.E., HEWARD, W.L. *Applied Behavior Analysis.* Merrill Publishing Company, Columbus 1987. ISBN 0131421131.
7. GLENNEN, S., DECOSTE, D.C. *Handbook of Augmentative and Alternative Communication.* Singular publishing Group, CA. 1997. ISBN 1598571966.
8. LLOYD, L.L. *Comments on terminology.* Augmentative and Alternative Communication. 1985. <https://doi.org/10.1080/07434619412331276740>
9. MOORES, D.F. *Alternative communication Modes,* în R.F.Schiefelbusch (ed.), University Park Press, Baltimore, 1980. <https://doi.org/10.1177/10883576040190040501>

10. OKE, J. *Visual Interaction Augmentation (VIA)*. Part I in autism Action. 2005. <https://doi.org/10.1177/0008417419892393>.
11. OLĂRESCU, V., PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică metodologii și perspective*. Chișinău, 2012. 252 p. ISBN 978-9975-106-98-6.
12. PREDĂ, V. Caracteristici comportamentale și intervenții educative în cazul copiilor cu autism. *Revista de psihopedagogie*. 2005, nr. 1, pp 70-85. ISSN 2501-3556.
13. PRIZANT, B.M., SCHULER, A.L., WETHERBY, A.M. *Enhancing Language and Communication Development, Theoretical Foundation*. Handbook of autism and Pervasive Developmental Disorders, New York. 1997. <https://psynet.apa.org/record/2005-05078-010>
14. ROMSKI, M.A., SEVCIK, R.A. *Early Intervention and Augmentative Communication- myths and Realities, Infants and young children*. 2005.
15. RUBIN, E., LAURENT, A.C., PRIZANT, B.M. *AAC and SCERTS Model, Incorporating AAC within a Comprehensive*. Multidisciplinary Educational Program, Autism Spectrum Disorders and AAC, Baltimore. 2009. APA, Psynet <https://psynet.apa.org/record/2005-16110-000>
16. SKINNER, B.F. *Verbal behavior*, Appleton-Century-Crofts, New York, <https://doi.org/10.1037/11256-000>, 1957. <https://doi.org/10.1037/11256-000>
17. SIEGEL, B. *Helping Children with Autism Learn*. Oxford University Press, New York. 2003. ISBN 0190295953.
18. TRIFU, L. *Tehnici de Intervenții în Tulburarea Pervazivă de Dezvoltare*. Ed. Edudel, București, 2019. ISSN 2457-9262.
19. VERZA, F.E. Deficiențe asociate. In: *Tratat de psihopedagogie specială*. Sub. red. E. Verza și E.F.Verza. București: Editura Universității din București, 2011, pp. 732-807. ISBN 978-606-16-0006-9.
20. VRABIE, S. Particularități comportamentale ale copiilor cu autism. In: *Materialele Conferinței științifice Internaționale Istorie, performanțe, personalități*, 20-21 octombrie, Institutul de Științe ale Educației, Chișinău, 2016, p. 320. ISSN 1811-5470.

IMPLANTUL COHLEAR, CEA MAI MODERNĂ ȘI EFICIENTĂ METODĂ DE PROTEZARE A PERSOANELOR CU DEFICIENȚE DE AUZ

THE COCHLEAR IMPLANT THE MOST MODERN AND EFFICIENT PROSTHETIC METHOD FOR PEOPLE WITH HEARING DEFICIENCIES

Adriana CIOBANU, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0003-3836-3651
ciobanu.adriana@upsc.md

Nina RUSU, asist. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0008-8931-6920
ninarusu@mail.ru

Adriana CIOBANU, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Nina RUSU, University Assistant,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.353

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p267-274

Abstract. This article describes what a cochlear implant is, to whom the cochlear implant is recommended, what are its contraindications, the component parts, how the cochlear implant works are described. The advantages and disadvantages of the cochlear implant are described, but also the factors that affect the performance of the cochlear implant (the functionality of the auditory nerve, the duration of the severe or profound hearing loss, the moment of the installation of the severe or profound hearing loss, the degree of involvement and awareness of the child and the family in the rehabilitation process), the phases of recovery (detection, discrimination, identification, understanding. Strategies for using the cochlear implant are described as one of the most effective equipment strategies to support people with hearing disabilities. Auditory training should be done gradually, from simple to complex, depending on the activity of the electrodes, on the child's evolution, on his performances. Auditory perception must aim at: auditory attention (the implanted child must be taught to hear, which is required in the first phases of concentration therapy), localization of noises/sounds, discrimination, feed -back, distinguishing voices, identifying and recognizing sound sources regardless of their origin, auditory processing, understanding.

Keywords: Sound signal amplification, cochlear injury, sound quality alteration, biological compatibility, auditory nerve function, auditory experience, consciousness.

Implantul cohlear este un tip special de proteză auditivă pentru copiii și adulții cu hipoacuzie bilaterală severă, profundă sau pentru cei cu cofoză, adică pentru acei pacienți care nu se descurcă în comunicare nici cu ajutorul celor mai puternice proteze auditive. Implantul cohlear, spre deosebire de protezele auditive tradiționale (care utilizează structurile urechii rămase intacte, amplificând semnalul sonor), aduce informațiile direct la nervul auditiv prin curenții electrice slabi, fără a străbate calea convențională formată și urechea externă, medie și internă. Este un echipament electronic care furnizează senzații auditive: sunete, zgomote, vorbire.

Implantul cohlear le permite celor cu deficiență de auz să aibă o comunicare verbală reală, un model natural de învățare a limbii, lucru care nu se poate realiza cu proteze auditive la deficienții de auz cu hipoacuzie severă sau profundă, pentru că aceștia nu pot percepe toate frecvențele necesare deprinderii de vorbire [4, p. 45]. Implantul cohlear este admis de la vârsta de câteva luni de la naștere, deoarece din acest moment structura urechii este definitivată în dezvoltare.

Cui i se recomandă implantul cohlear? Este recomandat deficienților de auz cu hipoacuzie determinată de o leziune a cohleei (lezarea sau absența celulelor ciliate). Este indicat în cazurile în care, prin protezare clasică, nu se realizează un beneficiu, astfel încât deficientul de auz să primească suficiente informații verbale, iar progresul în înțelegerea vorbirii este unul minim sau absent. Atât copiii, cât și adulții pot folosi eficient implantul cohlear, indiferent dacă s-au născut surzi sau dacă pierderea auzului a survenit ulterior.

Factorii care îl avantajează pe cel căruia i se face un implant sunt:

◆ cu cât perioada de surditate profundă a fost mai lungă, cu atât beneficiul va fi mai limitat;

◆ copiii cu surditate congenitală beneficiază la maximum dacă dispozitivul le este implantat până la vârsta de 5 ani. Un avantaj este efectuarea operației până la vârsta de 3 ani.

◆ în cazul când surditatea a intervenit înainte ca persoana să poată vorbi, lipsind o enigmă prealabilă a limbajului, implantarea timpurie este extrem de importantă, dezvoltarea copilului deficient de auz putând fi similară cu cea a unui copil care aude [3, p. 34].

◆ În cazul în care deficiența de auz apare după ce copilul a început să vorbească, implantul permite refacerea abilității de a auzi, întrucât a rămas memoria vorbirii și a limbajului, acesta fiind un beneficiu mare. Ulterior, este nevoie de o perioadă de adaptare la un nou „limbaj”. Acest lucru se datorează faptului că implantul antrenează un nou codaj neuronal – apare un sunet nou care nu este identic celui natural.

Implantul cohlear este contraindicat atunci, când auzul este „bun”, adică atunci când deficientul de auz percepe, prin proteze auditive bine reglate, suficiente sunete naturale. În acest caz, chiar dacă persoana respectivă utilizează labiolectura, proteza auditivă reprezintă soluția optimă.

În cazul hipoacuziei profunde care durează de prea mult timp, nestimulat niciodată sau o perioadă foarte îndelungată, nervul auditiv își poate pierde capacitatea de a transmite informațiile sonore spre creier. Pentru a utiliza la maximum orice informație oferită de implantul cohlear, este necesară experiența dobândită în copilărie [4, p. 67].

- Hipoacuzia nu se datorează afectării cohleei. Implantul cohlear restabilește funcția deficitară a urechii interne. În situațiile în care cauza hipoacuziei este determinată de o leziune de la alt nivel decât urechea internă, implantul cohlear nu este eficient.
- Intervenția chirurgicală nu are șanse de reușită, dacă implantul cohlear nu aduce niciun beneficiu deficientului de auz și dacă starea cohleei nu permite introducerea electrodului, iar nervul auditiv este lezat sau lipsește.
- Există contraindicații medicale pentru acest tip de intervenție: implantarea nu se poate realiza în cazul în care starea de sănătate a deficientului de auz nu-i permite să suporte anestezia generală și intervenția chirurgicală. De menționat că există uneori așteptări nerealiste ale efectelor pe care le poate aduce implantul cohlear.

- Intervenția de acest tip nu redă auzul normal, nu transformă un deficient de auz într-o persoană care aude perfect. Părinții copilului deficient de auz trebuie să aibă o apreciere realistă a beneficiilor aduse de implantul cohlear [4, p. 78].

Implantul cohlear aduce o schimbare radicală în viața și destinul deficientului de auz. În cazul copiilor cu implant, suportul familiei este esențial. Pentru a-și îmbogăți lumea sonoră, copilul cărui i s-a făcut intervenția trebuie ajutat, susținut și încurajat de familie.

Părțile componente ale implantului cohlear. Indiferent de firma producătoare, principiul de construire și de funcționare a implantului este același. Diferă unele aspecte tehnice ale componentei interne, cum ar fi numărul de electrozi (exemplu: un implant cohlear poate avea 24 de electrozi, iar altul – 22 de electrozi). Sistemul de implant cohlear COMBI 40/40+ este rezultatul mai multor ani de cercetări în Europa și SUA. Implantul propriu-zis, sau componenta internă COMBI 40 sau COMBI 40+ este format dintr-un:

- electrod de referință, sau stimulator;
- electrod activ, sau portelectrod, care presupune fixarea electrozilor în cohlee printr-o operație chirurgicală, care durează 2 ore. Actualmente, acest domeniu se dezvoltă în ritm accelerat, conținând o gamă largă de echipamente, în funcție de particularitățile fiecărui beneficiar.

Toate materialele utilizate în fabricarea implantului, și cele aflate în contact cu pielea, au fost testate riguros pentru verificarea compatibilității biologice și ca durată [3, p. 96].

Părțile electronice ale stimulatorului se află într-un înveliș ermetic din ceramică. Componentele interne sunt implantate în osul din spatele urechii. Energia necesară funcționării implantului este furnizată de procesorul vocal extern și transferată în implant prin piele împreună cu semnalul.

Portelectrodul este introdus în cohlee. Este cuplat electric cu stimulatorul. Contactele electrice sunt montate astfel, ca poziția lor să faciliteze o stimulare optimă a nervului auditiv în diferite porțiuni ale cohleei. Electrodele de referință închid circuitul electric. Poziția lui este sub un mușchi din spatele urechii [4, p. 82].

Componentele externe ale implantului, sau procesorul vocal TEMPO +, sunt următoarele:

- antena TEMPO+,
- cablul antenei TEMPO+,
- unitatea de control TEMPO+,
- cârligul pentru ureche,
- cablul de legătură,
- compartimentul pentru baterii.

Componentele externe sunt detașabile (se scot atunci când persoana face baie sau înoată).

Procesorul vocal dispune de:

- comutator închis/deschis,
- comutator de program (Pentru a asigura condiții optime de ascultare în condiții de mediu sonor, există 3 programe diferite în procesorul TEMPO+, iar utilizatorul implantului cohlear poate alege una din cele trei variante de program; prin acest comutator se poate regla tăria senzațiilor auditive declanșate de stimulii sonori în trei trepte. Pentru copii, procesorul vocal poate fi programat astfel încât, indiferent de poziția comutatorului, să fie furnizată aceeași tărie.);

- buton de reglare a sensibilității microfonului (Oferă posibilitatea de a controla procesarea sunetelor dorite și a zgomotului de fond (prin sunete dorite se înțeleg acele sunete pe care ne concentrăm pe moment, de exemplu, vorbirea unei persoane în imediata vecinătate; zgomotele de fond, zgomotele inconfortabile, sunt, în general, mai stinse decât cele dorite). Pentru copiii mici, mai ales cei cu hipoacuzie severă sau profundă de la naștere, deci cei care nu au auzit înainte de folosirea implantului cohlear, se recomandă valoarea de mijloc a scării potențialului de sensibilitate. S-a constatat că această poziție a potențiometrului este foarte potrivită pentru copiii care au achiziționat limbajul cu ajutorul implantului cohlear.);
- led de control, care se aprinde pentru circa 5 secunde după pornirea procesorului vocal, indicând funcționarea normală a implantului. Pot apărea diferite moduri de conectare a acestuia, care indică diferite defecțiuni (baterii descărcate, defecțiuni în accesarea memoriei, lipsa programării etc.).

Antena stabilește legătura între procesorul vocal și implantul cohlear, transmite energia, precum și versiunea codificată a semnalului acustic prin piele spre implant. Acest mod de transmitere se numește „transcutanată” [3, p. 140]. În centrul antenei de transmisie se află un magnet mic, care fixează antena pe cap prin câmpul magnetic de atracție care se formează între antenă și magnet. Forța de atracție poate fi modificată individual pentru a fi optimă la fiecare utilizator. Pe măsură ce copilul crește, pielea se îngroașă și poate fi necesară modificarea forței de atracție magnetică.

Procesorul vocal este conectat la antenă prin cablu. Compartimentul de baterii poate fi drept sau angular. Procesorul TEMPO+ se adaptează la compartimentul de baterii. Segmentul retroauricular poate fi separat de compartimentul de baterii, astfel încât unitatea de control poate fi purtată la ureche, iar compartimentul de baterii – pe altă parte a corpului. Opțional, compartimentul de baterii, drept sau angular, poate fi înlocuit cu compartimentul pentru copii.

Sistemul de implantare COMBI 40 este prevăzut cu un compartiment de baterii detașabil, ce poate fi purtat pe corp, care funcționează cu un acumulator tip AA. Este utilizat ca o alternativă a unuia dintre tipurile de compartimente de baterii având posibilitatea alimentării cu baterii reîncărcabile, ce alimentează unitatea de control cu energie. În plus, pot fi conectate dispozitivele audio externe. Semnalul este transmis direct la procesorul vocal, dezactivând semnalul microfonului, sau este mixat în proporție de 1:1 cu semnalul microfonului unității de control TEMPO+ [4, p. 122].

Sistemul are următoarele posibilități:

1. Permite implementarea unei versiuni perfecționate a strategiei de procesare a vorbirii, dezvoltată de Research Triangle Institute (SUA).
2. Face posibilă rata de stimulare rapidă (18180 impulsuri/secundă – implantul COMBI 40+, 12120 impulsuri/secundă – implantul COMBI 40), care permite o rezoluție mai bună și o prezentare a semnalului acustic spre nervul auditiv, realizate cu mai multă acuratețe, deci o mai bună înțelegere a vorbirii.
3. Îndeplinește cele mai înalte norme de siguranță în funcționare. Portelectrodul foarte flexibil permite plasarea electrozilor în cohlee cu un risc minim de traumatism. Învelișurile ceramice pentru implantare au o durată de viață ridicată.

4. Introducerea în producția modernă a implanturilor, a capacităților de cuplare, de protecție asigură funcționalitatea sistemului. Implantul cohlear este protejat, în funcționarea sa, de un capacitor de cuplare individual împotriva unei supraîncărcări accidentale.
5. Sistemul de transmitere și electronica implantului cohlear sunt proiectate pentru a funcționa cu pierderi mici de energie.
6. Având în vedere munca de cercetare și perfecționare în domeniul tehnologiei implantului cohlear, COMBI 40/40 + este proiectat astfel încât să poată funcționa atât cu viitoarele procesoare vocale, precum și cu strategiile viitoare de codare a vocii, astfel încât purtătorul de implant cohlear să poată beneficia de îmbunătățirile ulterioare în procesarea vocii și în urma miniaturizării componentelor sistemelor externe [3, p. 180].

Implantul cohlear poate fi conectat la echipamente externe care facilitează auzul, cum ar fi sistemele FM. Acustica unei încăperi este influențată de trei factori: distanța, zgomotul de fond, ecoul. *Distanța* – cu cât distanța dintre cel ce vorbește și cel ce ascultă este mai mare, cu atât mai încet se aude vocea celui ce transmite un mesaj, putând fi chiar acoperită de zgomotele de fond. *Zgomotul de fond* este frecvent întâlnit și foarte greu de controlat. Zgomotele provenite din interiorul și din exteriorul încăperii diminuează capacitatea de a înțelege mesajul verbal. *Ecoul* – sunetul reflectat de suprafețele netede din încăperea, poate influența negativ capacitatea de a înțelege mesajul vorbit. Toate aceste probleme pot fi rezolvate prin folosirea sistemului FM, care utilizează semnale radio cu frecvențe modulate (FM) pentru a transmite vocea profesorului prin microfon și transmițător la copil, prin receptorul atașat implantului cohlear. Datorită acoperirii microfonului de gura profesorului, atât zgomotele de fond, cât și ecoul sunt mult reduse. Emițătorul FM modulează semnalul sonor și-l transmite prin receptorul FM. Receptorul FM demodulează semnalul și-l transmite prin intermediul unui cablu la procesorul implantului [3, p. 186].

Modul de funcționare a implantului cohlear:

- 1) Sunetele sunt captate de un microfon și transformate în semnale electrice.
- 2) Semnalele electrice sunt transmise procesorului vocal.
- 3) Procesorul vocal codifică semnalul electric, transformându-l în impulsuri electrice.
- 4) Semnalul astfel codat este transmis prin cablu la antenă.
- 5) Antena trimite semnale prin piele la implant.
- 6) Implantul decodifică semnalele și repartizează corespunzător impulsurile electrice electrozilor din urechea internă.
- 7) Electrozii stimulează nervul auditiv.
- 8) Nervul auditiv preia aceste impulsuri și le transmite creierului.

Sunetele percepute cu ajutorul implantului cohlear, nu sunt identice celor naturale. (Unii adulți care înaintea instalării dispozitivului auditiv au avut un auz normal susțin că după implantare, aud sunetele „metalizate”.) Este necesară completarea informațiilor percepute pe cale auditivă prin intermediul supleanței mintale, iar la subiecții cu deficiență de auz postlingvistică se impune un codaj nou. Cu toate acestea, s-a înregistrat o gamă largă de avantaje pe care implantul cohlear le aduce deficienților de auz [2, p. 17]. Le enumerăm în cele ce urmează.

1. Auzirea sunetelor cotidiene – pot auzi, identifica, diferenția sunetele/zgomotele ambientale. Prin exercițiu, ei pot identifica direcția sursei sonore, durata, intensitatea, înălțimea

sunetelor/zgomotelor. Acest lucru le permite, pe de o parte, un contact mai strâns cu mediul în care trăiesc, pe de altă parte, le oferă securitate, atenționându-i asupra situațiilor periculoase.

2. Auzirea și înțelegerea vorbirii – în mod normal, cei care poartă implant cohlear pot auzi și înțelege sunetele vorbirii. Aceasta le permite, cu timpul, să renunțe la labiolectură și să-și însușească limbajul pe cale orală, ușurându-le comunicarea zilnică și, implicit, integrarea în lumea auzitorilor. În cazul copiilor cu implant, la vârstă mica, auzirea și înțelegerea vorbirii le permite integrarea în învățământul general.

3. Îmbunătățirea propriei vorbiri – auzindu-și propria voce la fel de bine ca și vocea celor din jur, deficientul de auz capătă control asupra propriei voci, putând-o regla. Având o voce care poate fi înțeleasă și de ceilalți, copilului i se pot deschide noi posibilități sociale, educaționale și profesionale, care îi permit o integrare optimă în lumea celor care aud.

4. Folosirea telefonului – reușind să înțeleagă mesajul verbal și fără labiolectură, cei mai mulți deficienți de auz implantați sunt capabili să poarte o conversație interactivă la telefon.

5. Auz într-un mediu cu zgomote – zgomotele de fond constituie un impediment în înțelegerea vorbirii atât pentru auzitori, cât și pentru cei care au proteze auditive sau implant cohlear [4, p. 147].

După cercetările efectuate de specialiștii firmei „Nucleus” (producătoare de sisteme de implant cohlear), s-a constatat că, în general, părinții optează pentru implant atunci când doresc integrarea copiilor lor într-o societate a auzitorilor, bazată pe transmiterea informațiilor predominant pe cale verbală, atunci când vor să le ofere mai multe oportunități, când își doresc ca copiii să se orienteze după numeroasele semnale sonore de avertizare din viața cotidiană și atunci când nu vor să-și lipsească copiii de bucuria de a auzi.

Implantul cohlear are și unele dezavantaje:

1. Lipsa unor modalități/teste care să prognosticeze corect cât de mult va progresa copilul cu implant în înțelegerea vorbirii și formarea competențelor de comunicare.

2. Riscul deteriorării echipamentului, deși acesta este minim, trebuie luat în considerare ca o limită a procesului. În acest caz se impune reimplantarea deficientului de auz.

3. Utilizarea sistemului de implant cohlear impune anumite precauții. La fel ca și la protezele auditive, componentele externe ale implantului cohlear trebuie să fie uscate, este necesară respectarea protecției în practicarea diferitor tipuri de sporturi. O măsură de precauție vizează încărcarea electrostatică. Echipamentele electronice sunt influențate de descărcări electrostatice. Dacă curentul survenit prin descărcare se scurge prin componentele externe, poate să deterioreze o parte din sistemul de implant. Pentru a evita astfel de situații, purtătorul de implant cohlear trebuie să-și ia o serie de măsuri de precauție (de exemplu: încărcat fiind cu energie electrostatică trebuie să se descarce prin atingerea unui obiect de metal legat de pământ, trebuie să se descarce electrostatic la scoaterea sau luarea procesorului vocal, trebuie să poarte în special îmbrăcăminte de bumbac sau fibre natural, deoarece electricitatea statică determinată de aceasta este mai mică.

În unele situații, prin implantare, membrana bazilară și celulele receptoare funcționale pot fi distruse. Existența mai multor electrozi în ureche poate determina o proliferare osoasă anormală, care conduce la distrugerea neuronilor funcționali. Este posibilă, uneori, o creștere a pragurilor auditive. Portelectrodul poate favoriza intrarea germenilor infecțioși în urechea internă prin fereastra rotundă. O infecție a urechii medii se poate transmite la urechea internă și poate ajunge la etajele superioare ale SNC. Din acest motiv, există rezerve privind implantarea

la copii, aceasta având un risc crescut de infecție. La copiii implantați, deși cohleea are dimensiunea normală încă de la naștere, odată cu creșterea rapidă, în primii doi ani, a osului temporal, este posibilă alterarea calității semnalului electric transmis. Alte riscuri se referă la anestezia generală, intervenția chirurgicală propriu-zisă, infecțiile locale periferice sau centrale [2, p. 52].

Unele complicații pot surveni postoperatoriu: cicatrizarea lentă a plăgii, senzația de amorțeală la nivelul țesuturilor din zona în care este plasat implantul cohlear, plasarea defectuoasă a implantului, amplificarea acufenelor. Auzul rezidual din urechea cu implant este, cel mai probabil, afectat. Există riscuri legate de compatibilitatea biologică, stimularea electrică, defecțiuni ale procesorului, stimulatorului. Deși au fost foarte rar semnalate, ele trebuie luate în seamă. Cu toate acestea, cercetătorii au tras concluzia că avantajele implantului cohlear depășesc semnificativ riscurile.

Trebuie subliniat că nu toți deficienții de auz cu implant au aceleași rezultate în evoluția lor. Măsura în care aceștia beneficiază de implantul cohlear depinde de mai mulți factori:

1. funcționalitatea nervului auditiv;
2. durata hipoacuziei severe sau profunde (cu cât perioada de surditate profundă a fost mai lungă cu atât beneficiul este mai limitat. Copiii cu surditate congenitală au un beneficiu maxim dacă sunt implantați până la 5 ani, mai binevenită fiind operația de până la 3 ani);
3. momentul instalării hipoacuziei severe sau profunde, dacă surditatea a survenit după achiziționarea limbajului, beneficiul este mai mare, pentru că există memoria vorbirii și a limbajului. Nivelul experienței auditive și de limbaj la care ajunge copilul înaintea instalării hipoacuziei influențează beneficiile implantului cohlear;
4. gradul de implicare și conștiinciozitate a copilului și a familiei în procesul de reabilitare [2, p. 77].

Înainte de a fi declarat candidat la implantul cohlear, beneficiarul este supus unei evaluări riguroase în câteva domenii: audiologic, medical, radiologic, psihologic, educațional, de limbaj.

Cercetările și experiența au arătat că intervenția timpurie este foarte importantă, asigurând copilului beneficii maxime prin folosirea implantului cohlear. Fiecare membru din echipa de implant cohlear are un rol bine definit în legătură cu recomandarea implantării și evoluția copilului deficient de auz implantat. Pregătirea copilului și a părinților pentru intervenția chirurgicală și perioada postoperatorie va fi realizată cu minuțiozitate. Fiecare recomandare de realizare a implantului este făcută de specialiștii echipei de implant cohlear, însă decizia finală le aparține întotdeauna părinților care decid pentru copilul lor.

Părinții trebuie să fie conștienți de faptul că în viața copilului va avea loc o schimbare radicală, că vor fi susținuți de echipa care s-a implicat în implantul cohlear, dar și că ei înșiși au un rol important în recuperarea propriului copil. Părinții vor fi sfătuiți în legătură cu modalitatea de comunicare adoptată, exercițiile-joc care trebuie făcute, astfel încât să exploateze în beneficiul copilului toate mijloacele posibile. Părinții vor învăța să semnaleze copilului implantat stimuli, surse sonore, cum să genereze situații ce pot introduce copilul în lumea sonoră, cum să ajute copilul să-și folosească auzul, cum să înțeleagă vorbirea, pentru a-și forma, dezvolta și perfecționa limbajul, vor învăța să se joace în același mod cu jucăriile. Echipa de implantare are un rol essential: va intermedia întâlnirea părinților copilului candidat la implant cohlear cu alți părinți care au deja copii implantați pentru a facilita schimbul de idei, impresii, experiență, va prezenta casete video cu copii implantați și incluși în programe speciale de recuperare pentru ca

părinții copilului care va suporta operația să poată aprecia evoluția copilului implantat într-un astfel de program. După aceasta vor urma: realizarea intervenției chirurgicale, programarea procesorului vocal, activitățile de recuperare [1, p. 27].

Fazele recuperării sunt:

detecția – perceperea spontană a zgomotelor, perceperea selectivă, perceperea și identificarea diferitor surse sonore, perceperea vocilor și identificarea lor;

discriminarea – capacitatea de a asculta și de a face diferența dintre două sau mai multe zgomote/sunete, recunoașterea zgomotelor/sunetelor sau a vocilor unice sau diferite, diferențierea zgomotelor/sunetelor după însușirile lor (intensitate, înălțime, durată, timbru), diferențierea cuvintelor;

identificarea – capacitatea de a recunoaște, de a alege un cuvânt din grupul de cuvinte cunoscute, obiectivele fiind recunoașterea caracteristicilor suprasegmentale ale vorbirii, recunoașterea caracteristicilor segmentale ale vorbirii;

înțelegerea – capacitatea de a înțelege vorbirea și de a-l înțelege pe interlocutor, urmărește înțelegerea expresiilor comune, înțelegerea sensului stimulilor roștiți, realizarea de asociații între sunete și evenimente/obiecte, înțelegerea expresiilor sau a mesajelor unice, a două sau a mai multor mesaje și reproducerea acestora în ordinea corectă [1, p. 160].

Antrenamentul auditiv trebuie făcut gradual, de la simplu la complex, în funcție de activitatea electrozilor, de evoluția copilului, de performanțele lui. Percepția auditivă trebuie să vizeze: atenția auditivă (copilul implantat trebuie învățat să audă, ceea ce necesită, în primele faze ale terapiei, putere de concentrare), localizarea zgomotelor/sunetelor, discriminarea, feedbackul, deosebirea vocilor, identificarea și recunoașterea surselor sonore, indiferent de originea lor, prelucrarea auditivă, înțelegerea. Recuperarea este un proces permanent, care trebuie continuat în familie, în școală și apoi în toate structurile sociale.

Bibliografie:

1. ANCA, M. *Intervenții psihopedagogice în antrenarea funcției auditiv-verbale*. Cluj-Napoca, 2000. ISBN 9735950871, 9789735950873.
2. ANCA, M. *Metode și tehnici de evaluare a copiilor cu CES*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2003. ISBN 9789736106231.
3. ANCA, M. *Psihologia deficiențelor de auz*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2007. ISBN 973-610-041-3.
4. BODEA HAȚEGAN, C. Abordări psihopedagogice în contextul implantării cohleare bilaterale. In: *Abordări terapeutice ale limbajului. Perspective actuale*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2014, pp. 9-19. ISBN 978-973-595-647-9.
5. BODORIN, C. *Surdopsihologia*. Chișinău: Valinex, 2010. 156 p. ISBN 978-9975- 9948-7-3.
6. BODORIN, C. *Copiii cu dizabilități multiple – activități dezvoltativ-recuperative*. Ghid practic. Chișinău, 2015. ISBN 978-9975-46-230-3.
7. BUICĂ, B.C. *Bazele defectologiei*. București: Aramis, 2004. 416 p. ISBN 973-679-161-0.
8. BURLEA, G., BÎLBÎIE, V. *Normal și patologic în evoluția limbajului. Esența lui logopedică*. Chișinău: Tehnica-Info, 2001. ISBN 973-9259-95-2.
9. CIOBANU, A. *Evaluarea complexă a dezvoltării copilului. Suport de curs*. Chișinău: S.n., 2021 (CEP „Ion Creangă”). ISBN 978- 9975-46-588-5.
10. CIUBOTARU, N., BODORIN, C. *Psihopedagogia persoanelor cu dizabilități auditive*. Chișinău: S. n. (Tipogr. UPS „Ion Creangă”), 2020. ISBN 978-9975-46-491-8.

INTERVENȚII REALIZATE ÎN ȘCOALĂ PENTRU DEZVOLTAREA REZILIENȚEI ELEVILOR

SCHOOL-BASED INTERVENTION FOR THE DEVELOPMENT OF RESILIENCE IN STUDENTS

Valentina OLĂRESCU, dr., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8019-8907
olarescu.valentina@upsc.md

Delia CRISTESCU, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-0314-1031
cristescu.delia@upsc.md

Valentina OLARESCU, PhD, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Delia CRISTESCU, PhD student,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 373.064

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p275-281

Abstract. From an ecological perspective, resilience can be considered as the ability of a system (e.g. child, family, school) to recover and to adapt, following exposure to an adverse event, such as natural disasters, domestic violence, abuse and neglect, bullying, and others. School is the environment where children spend most of their time, which qualifies it as the right place to implement programs aimed at developing resilience. Therefore, the objective of this study was to identify and systematize the empirically validated interventions from the literature, which aimed to develop the resilience of students in the school environment. Using associations between keywords such as "resilience", "school", "interventions", "strategies" we searched national and international databases for articles published starting with the year of 2014. The results showed that the intervention programs that had the greatest impact were the universal ones, which include members from school, family and community. Also, the programs have mostly focused on increasing school performance, academic success and student well-being and decreasing mental health problems.

Keywords: resilience, school, intervention, adolescents, mental health, adverse events.

Introducere

Într-o lume în continuă schimbare, oamenii trebuie să dea dovadă de reziliență în fața provocărilor zilnice pentru a se adapta mai ușor și a funcționa la potențialul maxim [11]. Asociația Americană de Psihologie definește reziliența ca fiind „procesul de adaptare satisfăcătoare în fața adversității, traumei, tragediilor, amenințărilor sau surselor semnificative de stres” [2]. Reziliența este determinată de factori biologici, psihologici, sociali și culturali, care interacționează și influențează semnificativ modalitățile în care o persoană răspunde la stres. De asemenea, reziliența poate fi analizată pe un continuum pentru fiecare domeniu de dezvoltare al

unei persoane. Specific, unele persoane pot face față stresului de la locul de muncă, dar pot avea dificultăți în viața personală sau în relațiile cu covârșnicii [17].

În primii ani, reziliența a fost considerată ca fiind o trăsătură fixă a individului, în prezent însă se face referire la reziliență ca fiind un proces dinamic, ce poate fi modificat de-a lungul vieții [13]. Unele cercetări au arătat că adolescența, care se referă la vârsta între 11 și 19 ani, este o perioadă favorabilă pentru implementarea programelor ce au ca obiectiv dezvoltarea rezilienței. Adolescența este o perioadă de tranziție între copilărie și maturitate, în care se dezvoltă și se consolidează funcțiile executive ce influențează capacitatea de planificare și autoreglare, iar relațiile cu covârșnicii pot influența pozitiv sau negativ traiectoria de dezvoltare [14]. Aproximativ jumătate din tulburările de sănătate mintală apar înaintea vârstei de 14 ani și se pot acutiza în perioada adolescenței și la maturitate [15]. Intervențiile ce promovează creșterea rezilienței prin învățarea unor strategii de coping, autoreglare emoțională, comunicare poate ajuta individul să facă față evenimentelor stresante, care ar putea duce la scăderea incidenței tulburărilor mintale ce își au debutul în perioada adolescenței [1].

Reziliența este asociată cu câțiva factori protectivi printre care se numără: strategiile de coping, orientate spre rezolvarea de probleme, flexibilitatea cognitivă, suportul social, sănătatea fizică și abilitatea de a găsi un sens în expunerea la evenimente adverse [5, 7]. Pe lângă măsurarea rezilienței, studiile care au evaluat efectele programelor de intervenție au examinat și simptomele de anxietate, depresia, hiperactivitatea, problemele de comportament sau stresul emoțional [3].

Școala este mediul în care adolescenții își petrec o mare parte a timpului, în compania colegilor și a cadrelor didactice. Putem spune că este mediul propice pentru implementarea programelor care au drept scop dezvoltarea rezilienței în rândul elevilor [4]. Programele implementate în școală pot aborda diverse teme și se pot adresa elevilor, părinților, cadrelor didactice sau întregului sistem școlar. Astfel că obiectivul acestui studiu a fost identificarea și sistematizarea intervențiilor validate empiric din literatura de specialitate, ce au avut ca scop dezvoltarea rezilienței elevilor în mediul școlar. Întrebările de la care am pornit în demersul de cercetare au fost: 1) cât de eficiente sunt programele în dezvoltarea rezilienței în rândul adolescenților cu vârste între 11 și 16 ani? 2) care sunt componentele incluse în programele pentru dezvoltarea rezilienței?

Metode

Strategia de selectare a articolelor

Articolele incluse în acest review au fost selecționate din patru baze de date (PsycINFO, Web of Science, Scopus, Wiley Journals), utilizând asocieri între termenii (versiunea în engleză): „reziliență”, „intervenție”, „prevenție”, „școală”, „adolescență”, „strategii”. Criteriile de selecție pentru studii au fost: a) locația desfășurării programului – școală; b) subiecții – elevi din ciclul gimnazial fără probleme semnificative de sănătate mintală (tulburări de personalitate) sau tulburări funcționale (ex., deficienți de auz/văz); c) programul de prevenție/intervenție a inclus metode psihologice/psihoterapeutice, precum psihoeducația, tehnici cognitiv-comportamentale, mindfulness, strategii de rezolvare a problemelor, abilități de reglare emoțională și altele; d) sesiunile s-au realizat la nivel individual, de grup sau ambele; e) la sfârșitul programului s-a măsurat reziliența, corelată performanței academice, sănătății mintale ș.a.; f) publicate începând cu anul 2014, s-au reținut toate articolele care au îndeplinit criteriile de selecție și aveau textul

complet disponibil. Articolele care au fost excluse din analiză aveau ca subiecți copii sau adulți, nu implementau programe pentru creșterea rezilienței, se desfășurau în alte medii (familie, comunitate, medii rezidențiale) și nu conțineau concepte legate de reziliență, sănătate mintală, performanță academică sau satisfacția față de școală.

Extragerea datelor și codarea articolelor

Toate articolele au fost selectate și analizate de către autori și codate conform categoriilor PICO (engl. Population, Intervention, Comparison, Outcomes), care au inclus: a) țara în care a fost realizat studiul; b) numărul de participanți și datele demografice; c) numele programului; d) designul studiului, numărul de sesiuni și abilitățile care au fost urmărite; e) măsurătorile rezilienței; f) rezultatele. Toate detaliile privind studiile selectate sunt prezentate în tabelul 1.

Tabel 1. Programe realizate în școală pentru dezvoltarea rezilienței

| Citare/Țara | Nume program | Eșantion Design/Sesiuni/Tematică sesiuni | Instrumente de măsură reziliență | Rezultate GE |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| [9] Tailanda | <i>Resilience Program</i> dificultăți în adaptarea la școală | 66 (clasa a 7-a); GC = 33, GE = 33; Cvasiexperiment, format online 1 facilitator, 11 săptăm (1ses/săp, 60 minute) Strategii de autoreglarea a emoțiilor, setarea de obiective, conștientizarea factorilor de reziliență | Resilience Inventory | - scoruri mai ridicate la reziliență, performanță academică și satisfacția cu școala |
| [8] Anglia | <i>iHeart</i> | 269 (11-15 ani); GC = 64 ; GE = 205 Mixt, cvasiexperiment 2 facilitatori, 10 săptăm (1ses/săp, 50 minute) Dezvoltarea umană, management stres și anxietate, bullying, utilizarea canalelor de social media | The Inside-Out Resilience Questionnaire (I-ORQ) | - efect mediu asupra dezvoltării rezilienței și a stării de bine |
| [12] Liban | <i>FRIENDS Youth</i> | 280 (11-13 ani); GC = 135; GE = 145 Studiu clinic controlat 10 facilitatori, 10 săptăm (1ses/săp, 45-50 min) Empatie, procesarea emoțiilor, disputare gânduri, rezolvare de probleme, abilități sociale | Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) | - simptomele de anxietate și depresie au scăzut; |
| [10] Statele Unite | <i>Project Arrive (PA)</i> dificultăți în adaptarea la liceu | 185 (12.8-15.9 ani); GC = 71; GE = 114 Cvasiexperiment Mentori (50 min/ses, tot anul) Resurse int: autoeficacitate, empatie, strategii de rezolvare de probleme, conștiința de sine Resurse ext:apartenența la școală, suport, participare cu sens în școală; suport în familie | Resilience Youth Development Measure (RYDM) | - efect crescut asupra resurselor externe, dar scăzut pentru resursele interne - scădere abandon școlar |
| [18] Finlanda | <i>The Healthy Learning Mind (HLM)</i> . „Skills for Wellbeing” | 3 519 (12-15 ani); GC _{activ} = 1488; GC _{inactiv} = 385 GE = 1646 Studiu clinic controlat GC activ – trainig relaxare; GE = Mindfulness, 1 facilitator (9 săptăm, 1ses/săp de 45 minute) | The Resilience Scale (RS14) Strengths and Difficulties | - grupul care a participat la sesiuni de mindfulness a avut scoruri mai mari la reziliență, mai |

| | | Conștientizarea emoțiilor, susținerea atenției, abilități de reglare emoțională | Questionnaire (SDQ) | scăzute la depresie |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| [16] Pakistan | <i>Fostering Academic Resilience</i> risc abandon școlar | 64 (14-16 ani); GC = 32; GE = 32 Studiu clinic controlat Profesori (12 săp, 1 ses/săp de 60 minute) Creativitatea, stimă de sine, autoeficacitate, locus de control intern, rezolvare de probleme, autonomie/independență, simțul umorului, strategii de coping, relația profesor –elev | Resilience Assessment Scale (RAS) | - îmbunătățiri la nivelul rezilienței academice (toate subscalele), reducerea riscului de abandon școlar |
| [6] Statele Unite | <i>The Resilience Classroom Curriculum</i> minoritate, statut socio-economic scăzut | 100 (14-15 ani); GE = 100 Design mixt pre-post test Asistent social+profesor (9 module, 1 ses/săp de 45-55 minute) Abilități socio-emoționale, climat școlar, strategii de rezolvare de probleme, setarea de obiective, strategii de reglare emoțională, abilități de comunicare și management al stresului | Resilience Youth Development Module (RYDM) | - scoruri mai ridicate în posttest la empatie, rezolvarea de probleme, conștiința de sine, autoeficacitate, suport social în școală |

Notă. GC = grup de control, GE = grup experimental, săp = săptămână, ses = sesiune

Rezultate și discuții

Rezultate căutare articole în bazele de date

În urma căutării în bazele de date internaționale, a rezultat un număr de 310 articole (PsycINFO = 96, Web of Science = 57, Scopus = 81, Wiley Journals = 76). După excluderea duplicatelor și a articolelor care nu îndeplineau criteriile de selecție, am reținut pentru analiză un număr de 7 articole, prezentate detaliat în tabelul 1. În ceea ce privește designul studiilor, patru au fost cvasiexperimente [9], [8], [10], [6], iar trei au fost studii clinice controlate [12], [18], [16]. Cercetările au fost realizate în Statele Unite ale Americii (2), Thailanda (1), Anglia (1), Liban (1), Finlanda (1) și Pakistan (1).

Abilitățile care au fost dezvoltate în urma participării la programele de intervenție privind dezvoltarea rezilienței în mediul școlar au făcut parte din domeniul comportamental, cognitiv, emoțional și social. Domeniul comportamental a inclus strategii de management al stresului și anxietății, bullying, utilizarea canalelor de social media, autoeficacitate, autonomie/independență, strategii de coping. În domeniul cognitiv au fost teme precum setarea de obiective, conștientizarea factorilor de reziliență, disputarea gândurilor disfuncționale, rezolvarea problemelor, conștiința de sine, susținerea atenției, creativitatea, stima de sine, locusul de control intern și simțul umorului. Procesarea și conștientizarea emoțiilor, precum și strategiile de autoreglare ale acestora și empatia au făcut parte din domeniul emoțional. Domeniul social a inclus dezvoltarea unor abilități sociale, întărire suportului social de la covârșnici, cadre didactice și familie și accentuarea relației profesor-elev.

Exemple de programe de intervenție implementate în școală

Printre programele care au avut un efect mediu spre ridicat asupra performanței academice, satisfacției față de școală, dar și a factorilor ce duc la creșterea rezilienței se numără Resilience program [9], Project Arrive [10] și The Resilience Classroom Curriculum [6].

Resilience program [9] a fost dezvoltat pe baza teoriei lui Grotberg privind reziliența, Terapia Cognitiv Comportamentală (CBT) și Terapia prin acceptare și angajament (ACT). Implementarea programului a avut drept rezultat creșterea scorurilor la reziliență, performanță școlară și satisfacție față de școală. Programul conține 11 sesiuni, cu următoarele teme:

- ✓ *Reziliența* – ce este și cum poate fi dezvoltată prin creșterea suportului social, a conștiinței de sine și îmbunătățirea unor abilități și deprinderi;
- ✓ *Conștientizarea situației academice* – tehnici CBT pentru evaluarea situației;
- ✓ *Emoțiile mele* – observarea emoțiilor din momentul prezent și din situațiile în care persoana întâmpină dificultăți academice;
- ✓ *Tehnici de relaxare emoțională* – relaxarea musculară, analiza cost-beneficii;
- ✓ *Identitatea mea* – puncte forte și slabe, stima de sine, eul ideal;
- ✓ *Cum sunt eu?* – autoconștientizarea și evaluarea perspectivei altora în legătură cu dificultățile academice și modul de depășire a acestora;
- ✓ *Comunicarea pozitivă* – tehnici pozitive de comunicare cu sine și cu ceilalți;
- ✓ *Eu am* – evaluarea problemelor academice și a factorilor externi de suport; realizarea unui plan pentru folosirea factorilor externi pentru a depăși problemele academice;
- ✓ *Brainstorming* – folosirea unor abilități de rezolvare a problemelor pentru depășirea dificultăților academice;
- ✓ *Viitorul meu* – stabilirea unor obiective pentru viitor;
- ✓ *Sunt gata* – reamintirea conceptelor învățate și a planurilor de acțiune pentru depășirea problemelor academice.

Project Arrive [10] este un program de mentorat, dezvoltat pentru a-i ajuta pe elevii care au un risc crescut de abandon școlar să se adapteze în primul an de liceu. Presupune participarea la întruniri de grup în fiecare săptămână, pe parcursul unui an școlar. Întâlnirile sunt coordonate de un cadru didactic și pot avea 6-8 membri participanți. Fiecare cadru didactic care dorește să devină mentor trebuie să participe la o sesiune de formare în cadrul programului. Temele abordate de mentor în cadrul sesiunilor de grup cu elevii sunt:

- ✓ Resurse interne – autoeficacitatea (crența în abilitățile proprii de a rezolva probleme dificile), empatia (grija pentru starea de bine a celorlalți), rezolvarea problemelor (abilitatea de a găsi soluții la probleme), conștiința de sine (conștientizarea și înțelegerea gândurilor, sentimentelor și comportamentelor proprii);
- ✓ Resurse externe:
 - Școala – apartenența la școală (sentimentul de conectare cu școala, siguranță și fericire); suport social (suport din partea cadrelor didactice sau a altor adulți din mediul școlar); activități cu sens în școală (interesele elevilor și impactul asupra activităților din școală);
 - Covârșnicii – relații de prietenie (covârșnici care pot oferi suport în situațiile dificile), covârșnici cu un comportament prosocial (elevii care iau decizii sănătoase și se descurcă bine la școală);
 - Familia – suportul din partea familiei (prezența unui adult care oferă suport și încurajare); participarea la activități semnificative în familie (elevii participă la luarea deciziilor și simt că își aduc aportul la viața de familie).

The Resilience Classroom Curriculum [6] este un program alcătuit din 9 module, ce poate fi implementat în timpul programului școlar de către consilierul școlar, asistentul social sau

cadrul didactic-diriginte. Fiecare modul poate fi implementat în 45-55 de minute, în fiecare săptămână sau o dată pe lună. Temele abordate în cadrul modulelor sunt: strategii de autoreglare a emoțiilor, comunicare, setare de obiective, rezolvarea problemelor, abilități de management al stresului și scriere expresivă.

Concluzii

Obiectivul pe care ni l-am propus prin acest studiu a fost să identificăm și să sistematizăm intervențiile validate empiric din literatura de specialitate, care au avut ca scop dezvoltarea rezilienței elevilor în mediul școlar. Au fost identificate și prezentate șapte programe de intervenție, diferite ca număr de sesiuni, dar și ca metode folosite pentru atingerea scopului. În cadrul programelor de intervenție s-a pus accentul pe dezvoltarea unor factori individuali (abilități de reglare a emoțiilor, management al stresului și anxietății), dar și pe factorii protectori din mediu (suportul social, relațiile cu familia, covârșnicii și cadrele didactice).

Rezultatele acestei cercetări susțin aplicabilitatea practică a programelor ce au drept obiectiv creșterea rezilienței în mediul școlar, cu implicarea factorilor comportamentali, emoționali, cognitivi și sociali. Deoarece în studiile de intervenție s-au folosit metodologii diferite, nu putem afirma că există o strategie sau factor care ar avea un impact mai ridicat în creșterea rezilienței elevilor. Putem recomanda includerea tehnicilor CBT, care par să aibă cel mai ridicat impact în unele programe, alături de alți factori care influențează reziliența în mediul școlar, precum și adaptarea intervențiilor în funcție de contextul sociocultural. Atât elevii expuși riscului, cât și cei care nu au experimentat evenimente adverse ar putea beneficia de intervenții pentru creșterea rezilienței.

Bibliografie:

1. DADACZYNSKI, Kevin, et al. The role of school leaders' health literacy for the implementation of health promoting schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17.6: 1855. ISSN 1660-461. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061855>
2. DENCKLA, Christy A. et al. Psychological resilience: An update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European Journal of Psychotraumatology*, 2020, 11.1: 1822064. ISSN 2000-8066. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1822064>
3. DRAY, Julia et al. Effectiveness of a pragmatic school-based universal intervention targeting student resilience protective factors in reducing mental health problems in adolescents. *Journal of adolescence*, 2017, 57: 74-89. ISSN 1095-9254, <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.03.009>
4. GREENBERG, Mark T. Promoting resilience in children and youth: Preventive interventions and their interface with neuroscience. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 2006, 1094.1: 139-150. ISSN 0077-8923. doi: 10.1196/annals.1376.013
5. HOUSTON, J. Brian et al. Randomized controlled trial of the Resilience and Coping Intervention (RCI) with undergraduate university students. *Journal of American College Health*, 2017, 65.1: 1-9. ISSN 1940-3208. <http://doi.org/10.1080/07448481.2016.1227826>
6. IJADI-MAGHSOODI, Roya et al. Adapting and implementing a school-based resilience-building curriculum among low-income racial and ethnic minority students. *Contemporary school psychology*, 2017, 21: 223-239. ISSN 2161-1505. doi: 10.1007/s40688-017-0134-1
7. JONES, Peter B. Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, 202.s54: s5-s10. ISSN 0007-1250. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119164
8. KELLEY, Thomas et al. Evaluation of the iHEART mental health education programme on resilience and well-being of UK secondary school adolescents. *Journal of Public Mental Health*, 2021, 20.1: 43-50. ISSN 1746-5729.

9. KUMKUN, Chanakarn; SIRISATAYAWONG, Pornpen; CHUPRADIT, Supat. Effect of A Resilience Programme Through Group Dynamics on the Academic Problems of Grade 7 Students, Chiang Mai University Demonstration School. *The Open Psychology Journal*, 2022, 15.1. ISSN 1874-350. DOI: 10.2174/18743501-v15-e2206100
10. KUPERMINC, Gabriel P. et al. The role of school-based group mentoring in promoting resilience among vulnerable high school students. *American Journal of Community Psychology*, 2020, 65.1-2: 136-148. ISSN 1573-2770. DOI: 10.1002/ajcp.12347
11. LEPPIN, Aaron L. et al. The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PloS one*, 2014, 9.10: e111420. ISSN 1932-6203. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420>.
12. MAALOUF, Fadi T. et al. Building emotional resilience in youth in Lebanon: a school-based randomized controlled trial of the FRIENDS intervention. *Prevention science*, 2020, 21: 650-660. ISSN 1389-4986. DOI:10.1007/s11121-020-01123-5
13. MASTEN, Ann S. Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 2018, 10.1: 12-31. ISSN 1756-2589. DOI: 10.1111/jftr.12255
14. MASTEN, Ann S., BARNES, Andrew J. Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 2018, 5.7: 98. ISSN 0823-1516. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
15. MERIKANGAS, Kathleen Ries et al. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 2010, 125.1: 75-81. ISSN 1098-4275. doi: 10.1542/peds.2008-2598
16. MIRZA, Munawar S., ARIF, Muhammad Irfan. Fostering Academic Resilience of Students at Risk of Failure at Secondary School Level. *Journal of Behavioural Sciences*, 2018, 28.1. ISSN 1028-9097.
17. PIETRZAK, Robert H., SOUTHWICK, Steven M. Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of affective disorders*, 2011, 133.3: 560-568. ISSN 2666-9153. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.028>
18. VOLANEN, S.-M. et al. Healthy learning mind–Effectiveness of a mindfulness program on mental health compared to a relaxation program and teaching as usual in schools: A cluster-randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 2020, 260: 660-669. ISSN 2666-9153. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.087>

PALIERELE INTERVENȚIEI LOGOPEDICE ÎN DISARTRIE

LEVELS OF SPEECH PEDIATRIC INTERVENTION IN DYSARTHRIA

Valentina OLĂRESCU, dr., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8019-8907
E-mail. olarescu.valentina@upsc.md

Valentina OLĂRESCU, PhD, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.36

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p282-289

Abstract. Language disorders can be remedied or recovered through specialized speech therapy intervention, associated with drug and non-drug treatment. In the paper, the directions of activity of the speech therapist in the language disorder dysarthria are pointed out. The authors who developed these methods have their own point of view and emphasize certain components of the defect structure. Articulatory difficulties resulting from dysarthria are treated by speech therapists, using a variety of specific techniques, depending on the effect dysarthria has on articulatory control. Traditional treatments aim at correcting deficits in frequency (articulation), prosody (distinctive stress and inflection affected by apraxia of speech, right hemisphere brain damage, etc.), intensity (voice intensity, affected in hypokinetic dysarthria, such as, for example, in Parkinson's disease), resonance (the ability to modify the vocal tract and resonant spaces for correct speech sounds), and phonation (control of the vocal cords). The levels of speech therapy intervention in each form of dysarthria are presented.

Keywords: articulation, atony, arrhythmia, impostare, automation, speech therapy massage.

Sunt cunoscute o multitudine de metode și căi de recuperare a disartriei. Mulți autori care le-au elaborat își au punctul propriu de vedere, punând accentul pe anumite componente ale structurii defectului. Dificultățile articulatorii, rezultat al disartriei, sunt tratate de logopezi, folosind o varietate de tehnici specifice, care depind de efectul pe care disartria îl are asupra controlului articulatorilor. Tratamentele tradiționale vizează corectarea *deficitelor de frecvență* (de articulație), *prozodie* (accentuare și inflexiune distinctive afectate de apraxia vorbirii, afectarea creierului emisferei drepte etc.), *intensitatea* (forța vocii, afectată în disartria hipokinetică, cum ar fi, de exemplu, în boala Parkinson), *rezonanța* (capacitatea de a modifica traseul vocal și spațiile rezonante pentru sunetele corecte ale vorbirii) și *fonație* (controlul corzilor vocale) [24]. Terapia implică, de obicei, exerciții pentru a crește puterea și controlul asupra mușchilor articulatori (care pot fi flasci și slăbiți sau prea rigizi și dificil de mișcat) și utilizarea unor tehnici alternative de vorbire pentru a crește inteligibilitatea vorbirii altor persoane. Logopedul folosește diverse strategii în activitatea sa cu pacienții, importante pentru exersarea musculaturii participante în vorbire; tehnici de masticăție și înghițire, de repetare a cuvintelor și silabelor, de depășire a frustrării, modalități de folosire a tehnologiilor moderne – computer sau gadgeturi pentru eficientizarea comunicării [12].

Autoarea Pravdina [21] menționează că o atenție deosebită trebuie acordată laturii de pronunție. De asemenea, menționează rolul dezvoltării motricității articulatorii, iar autoarele

E. Mastiukova și M. Ippolitova [19] menționează rolul recuperării motricității orale, al dezvoltării respirației, al postării sunetelor și includerii lor în vorbire, al pregătirii motricității fine. Ea recomandă ca activitățile recuperatorii logopedice (ARL) să fie completate cu următoarele tratamente: medicamentos, kinetoterapie, fizioterapie, gimnastică articulară.

ARL se desfășoară atât în perioada preverbală, cât și în cea verbală a dezvoltării limbajului. În perioada preverbală, Mastiukova [19] înaintea următoarelor obiective:

1. prevenția dezvoltării unui stereotip proprio-receptor patologic,
2. inhibarea reflexelor fonice patologice,
3. diminuarea tonusului muscular, atât scheletal, cât și articular.

Producând relaxarea musculară, concomitent are loc dezvoltarea și stimularea aferenței de orice gen: vizuală, auditivă, tactilă, a reacțiilor articulatorii însoțite de voce.

În timpul ARL, Mastiukova [19] recomandă să fie întreținută starea emoțională pozitivă a copilului. Este foarte bine ca activizarea reacțiilor articulatorii să se efectueze la 30-60 minute după trezirea copilului. Masajul propriu-zis se introduce în partea a doua a activității. La sfârșitul primei jumătăți de an, se dezvoltă percepția vizuală, auditivă, se activează mișcările mâinii și, în general, motricitatea. În perioada gângurului și a lalației, obiectivele ARL sunt:

- stimularea emiterii sunetelor,
- dezvoltarea comunicării emoționale,
- dezvoltarea comprehensiunii vorbirii,
- dezvoltarea vocabularului pasiv.

De la un an la doi, ARL are obiectivul de a stimula dezvoltarea limbajului prin activități instrumental-obiectuale și de joc îmbinate cu vorbirea. ARL se divizează în două părți:

1. activizarea percepției și atenției (logopedul îi arată copilului o jucărie în acțiune, definind acțiunea printr-un cuvânt);
2. activizarea și stimularea interesului copilului către joc, îmbinat cu verbalizarea fiecărei mișcări și acțiuni.

Logopedul stimulează orice exclamare a copilului, dar nu repetă incorect. Se recomandă ca înaintea jocului, când deja s-a stabilit un contact emoțional cu copilul, să se efectueze masajul, gimnastica respiratorie, de relaxare a musculaturii. Este foarte important ca copilul să nu fie forțat și să nu se insiste pe prelungirea timpului de terapie.

Dirjeciile ARL:

1. dezvoltarea auzului fonematic, care include:
 - dezvoltarea atenției (percepției auditive);
 - dezvoltarea propriu-zisă a auzului fonematic (diferențierea sunetelor (zgomotelor) din natură și a celor verbale);
2. dezvoltarea limbajului, în special a vocabularului, familiarizarea cu obiecte noi ale lumii înconjurătoare;
3. dezvoltarea – diferențierea structurii silabice a cuvântului [19].

E. Mastiukova și M. Ippolitova [19] evidențiază următoarele *principii ale ARL*:

1. inhibarea reflexelor patologice în activitatea verbală și a sistemului muscular, pentru care se recomandă folosirea „PRI – poziție reflex interzisă”, prin care reflexul patologic dispare;

2. stimularea dezvoltării limbajului, prin educarea senzorio-motricității, pentru care este necesară administrarea unor medicamente,

3. dezvoltarea aferenței verbale, prin educarea percepției auditive și formarea chinesteziei orale;

4. recuperarea timpurie.

În mecanismul tulburărilor de limbaj de tipul disartriei are loc reținerea maturizării creierului, mai cu seamă, a porțiunilor corticale care au tangență cu limbajul. Aferența periferică (stimularea receptorilor pentru transmiterea impulsurilor spre creier) accelerează dezvoltarea anatomo-funcțională a SNC, în special în primii ani de viață, când are loc dezvoltarea ei intensivă.

Normalizarea tonusului muscular. Tonusul muscular în disartrie poate fi în stare de spasticitate, pareticitate și distonie musculară. În spasticitate e nevoie să fie relaxați mușchii; în pareticitate – din contra, avem nevoie de a activa musculatura. Normalizarea tonusului muscular se obține prin selecția corectă a *poziției reflex interzise* (PRI) și masaj. E. Mastiukova a evidențiat trei tipuri de PRI:

- PRI 1 – copilul stă culcat pe spate pe masă sau jos. Capul, gâtul, parțial spatele și genunchii sunt flexați. Relaxarea se obține prin legănarea copilului în părți;

- PRI 2 – copilul e culcat pe spate, mâinile și picioarele întinse, capul lăsat să atârne în afara mesei, poate fi pus ceva sub gât. Stă în această poziție 2-3 minute. Se aplică în cazul spasticității mușchiului gâtului;

- PRI 3 – copilul e culcat pe spate, genunchii puțin îndoiți, mâinile întinse de-a lungul corpului. Logopedul pune mâna sub partea cervicală a coloanei vertebrale a copilului, ridicându-l puțin. Periodic, acesta se ridică și se relaxează. Capul atârână puțin pe spate [19].

După ce am ales tipul de PRI, continuăm cu relaxarea gâtului, feței, aparatului articular. Această succesiune se repetă strict. În cazul spasticității musculaturii gâtului, se aplică PRI -3, îmbinată cu mișcări ale capului în dreapta, stânga, înainte, înapoi. La început, mișcările le efectuează logopedul (5-6 mișcări). După aceea, copilul este stimulat să le facă singur, dacă înțelege și poate exersa.

O altă variantă de relaxare a musculaturii gâtului este următoarea: copilul e culcat pe burtă, capul atârână în exterior față de masă și se efectuează aceleași exerciții. Prin acest exercițiu, se relaxează foarte mult și mușchii de la rădăcina limbii. După ce am aplicat PRI (diverse variante), recurgem la relaxarea prin masaj a feței.

Masajul este o excitație mecanică asupra țesutului muscular. În masajul medical, se evidențiază patru procedee: *netezirea* (mângâierea, dezmiardarea); *fricțiunea*; *dezmortșirea* (înmuierea, înviorarea, încălzirea); *vibrația*. Netezirea poate fi superficială sau profundă; cea continuă inhibă SNC, cea întreruptă are proprietatea de excitare a SNC. Netezirea se efectuează în formă de zigzag, oval, spirală, greblă. Mișcările se efectuează întotdeauna de la periferie spre centru. În cazul feței, mișcările se efectuează întotdeauna în direcția fibrelor musculare, de la axa centrală a feței spre periferie, către ganglionii limfatici submandibulari. Fricțiunea se face cu mișcări mai apăstate, dar nu exagerat (mușchiul parcă merge înaintea mâinii). În dezmortșire, mușchiul se ridică cu mâna, se întinde și se eliberează. Se îmbunătățește circulația sangvină și se excită SNC. Vibrația este un element mai profund al masajului, se efectuează prin lovituri care provoacă vibrația fibrelor musculare, în final micșorându-se excitația nervoasă, iar mușchii se relaxează. Vibrația poate fi continuă sau întreruptă; se transmite în profunzimea mușchiului.

În cazul pareticității, scopul masajului este de a îmbunătăți tonusul muscular. De aceea, se folosesc aceleași procedee, precum în spasticitate, însă tehnica întreruptă și traseul vor fi ambidirecționale (de la periferie spre centru și invers) [19].

Atunci când copilul este mic, se recomandă masajul întregului corp. Acesta se începe cu fața, lucrul cel mai important. În cazul disartriei, masajul este obligatoriu.

Masajul feței. Procedeele se alege în funcție de starea musculară, fie întrerupt, fie continuu. În spasticitate, vom efectua masajul relaxant. Vom începe cu netezirea.

Direcțiile mișcărilor recomandate:

- de la mijlocul tâmpelor spre frunte;
- de la sprâncene spre partea temporală, coborâm spre ureche anterior, posterior, inferior, coborâm pe gât, umeri;
- de la linia mediană a frunții ne coborâm spre ureche anterior, posterior, inferior (os mastoidian), mușchii gâtului, umeri (conturul feței);
- de la pliul nazal – se continuă același traseu;
- de la colțurile gurii – se continuă același traseu;
- de la partea centrală a buzei superioare – același traseu;
- de la mandibulă – în sus, apoi se continuă traseul;
- de sub mandibulă – în sus, apoi se continuă traseul;
- de la partea centrală a buzei inferioare – apoi se continuă traseul.

În pareticitate se efectuează netezirea profundă, întreruptă, în ambele direcții, pe aceleași trasee, folosind toate metodele de masaj. Orice mișcare pe care o facem de la axa centrală a feței o ducem spre ureche, de sus în jos sau de jos în sus.

Masajul buzelor. Se începe din partea superioară centrală a buzelor, lateral și în jos, în formă circulară; la colțurile gurii se face vibrația sau punctația, pieptănarea buzelor cu dinții și alte exerciții.

Masajul limbii se face cu spatula sau sonda. Se trage apăsat de la rădăcină spre vârful ei; apăsarea limbii; zigzag (atenție, se verifică locul când apare reflexul de vomă!).

Exerciții. În cazul pareticității se începe de la mijlocul limbii spre vârf și rădăcină; masaj sublingual cu spatula în diverse direcții; cu degetul, spatula, sonda clasică sau pentru masaj se netezește și se apasă limba. Totul se face în interiorul gurii.

Masajul punctat. Se face la fel, doar că prin rotire, apăsare și relaxare într-un anumit interval de timp, 3-5 secunde.

Masajul în hiperchinezii se începe de la alegerea PRI. După ce am ales poziția și am ținut copilul în PRI respectivă, timp de 2-3 minute, efectuăm câteva mișcări de „scuturare” a membrelor inferioare și superioare; apropiem membrele inferioare flexate spre abdomen și spre cot (genunchi-cot) de 5-6 ori [16].

În continuare recurgem la masajul pe puncte, orientat spre diminuarea hiperchineziiilor faciale și articulatorii. Punctele sunt: mijlocul pliului nazal-labial din stânga și unghiul din dreapta al gurii (apăsăm sau rotim, apoi relaxăm) și invers; mijlocul pliului nazo-labial din stânga și partea inferioară din dreapta a mandibulei, de sub ea și invers; mijlocul pliului nazo-labial din stânga sau colțul din stânga al gurii și din partea dreaptă, unghiul unde are loc închiderea și deschiderea (apofiza) mandibulei, după ureche și invers; mai sus de lobul urechii stângi și mandibula inferioară din dreapta; în hiperchinezii puternice, se ia punctul nazo-labial din stânga și sub partea superioară a omoplatului din dreapta și invers; pliul nazo-labial cu partea dorsală a genunchiului (punctul central) și invers.

Dezvoltarea motricității mușchilor feței (mimicii) se efectuează prin intermediul exercițiului: pentru buze, limbă, mușchii mimicii. Scopul exercițiilor este de a antrena mișcările voluntare ale diferitelor grupe de mușchi, respectându-se consecutivitatea. Toate exercițiile pentru dezvoltarea motricității faciale contribuie la dezvoltarea sensibilității chinestezice, astfel că copilul simte toate schimbările poziționale ale organelor articulatorii și le poate îndeplini. De asemenea, se dezvoltă motricitatea fină a mâinilor. Pentru aceasta se antrenează prin exerciții degetele mâinii [25]. Se acordă atenție coordonării statice a mișcărilor transferului mișcărilor la altă mână, diferențierii mișcărilor cu ochii închiși sau mâna ascunsă după paravan ș.a.

Dezvoltarea respirației. Scopul constă în mărirea volumului de aer inspirat și expirat, pentru dezvoltarea ritmicității, duratei, puterii și forței respirației și a musculaturii intercostale.

Dezvoltarea vocii. Se face în scopul perfecționării modulației înălțimii și timbrului vocii (se dezvoltă prozodica vorbirii).

Dezvoltarea pronunției fonemice. În disartrie sunt distorsionate mai multe sunete. ARL cuprinde aceleași etape, specifice pentru toate tipurile de tulburări de limbaj, dându-se prioritate impostării corecte a sunetelor. Într-o ședință logopedică, specialistul se concentrează/axează asupra unei etape. În mod obligatoriu se aplică masajul și PRI. Durata de timp acordată fiecărui element (component) al activității se mărește.

În etapa propedeutică, în ARL se evidențiază câteva direcții:

- alegerea PRI,
- normalizarea tonusului muscular,
- dezvoltarea motricității mimicii articulatorii,
- dezvoltarea sensibilității chinestezice,
- dezvoltarea vocii,
- dezvoltarea respirației,
- dezvoltarea praxiei mâinilor.

Deseori, fiecărei direcții îi sunt rezervate câteva activități, în funcție de particularitățile individuale ale copilului.

Specificul activității recuperatorii logopedice (ARL) în diferite forme de disartrie

În linii mari, ARL în disartrie are aceeași structură (desfășurare) și scop. În funcție de forma disartriei, există mici diferențe în aplicarea ARL. Esențial este să nu uităm să se respecte cele cinci etape ale ARL; este important masajul potrivit tonusului muscular; alegerea adecvată a PRI; particularitățile individual-tipologice ale copilului [2].

În disartria corticală precentrală, ARL se orientează spre dezvoltarea mișcărilor articulatorii diferențiate (praxia orală), spre perfecționarea sensibilității chinestezice.

De la început dezvoltăm senzațiile chinestezice ale apexului limbii. Aceasta se realizează prin stimularea tactilă cu spatula, lingerea unei bomboane, a unei felioare de lămâie, prin picurarea unei picături de suc pe vârful limbii.

Pentru selectarea adecvată a PRI se recomandă ca copilul să fie așezat pe scaun, capul puțin înclinat spre piept, producând concomitent sunete. În această poziție, vârful limbii mai bine se apropie de incisivii anteriori, iar sunetele „t”, „d”, „n” se produc lejer.

Relaxarea musculaturii respiratorii și instalarea ritmului corect al respirației se efectuează prin diverse exerciții și modalități de inspirație-expirație.

În continuare se recurge la producerea sunetelor. Pentru început, se explică articularea corectă a sunetului, se demonstrează, apoi se aplică tehnici (mecanice) ajutătoare în cazul unor

dificultăți. Impostarea sunetelor se începe cu antero-linguo-dentalele (d, t, n), apoi se continuă cu vibrantele sonore (r, l, v, f).

În *disartria corticală postcentrală* se urmăresc următoarele direcții: dezvoltarea percepției fonematice, a sensibilității chinestezice, a motricității articulatorii. Accentul se pune pe dezvoltarea senzațiilor proprio-receptive, dezvoltarea abilității de a pronunța corect sunetele, automatizarea (consolidarea) și diferențierea sunetelor. Pentru aceasta se folosește material intuitiv, mulaje, scheme. La început, logopedul demonstrează pronunția corectă a sunetului, apoi copilul repetă sau este ajutat prin metoda mecanică [2].

În *disartria cinetică premotoră* scopul este de a învăța copilul să poziționeze corect aparatul articulator pentru emiterea unui sunet concret și totodată să se dezvolte capacitatea de postare rapidă și consecutivă a organelor articulatorii pentru pronunția diferitor sunete (exerciții consecutive cu organele aparatului articulator). Este important, la începutul ARL, să relaxăm musculatura și să normalizăm respirația.

Disartria extrapiramidală (subcorticală). Sistemul extrapiramidal pregătește fundalul pentru efectuarea rapidă, exactă, diferențiată a mișcărilor. Are mare pondere în reglarea tonusului muscular, în consecutivitatea, forța și mobilitatea contracțiilor musculare, asigură efectuarea automatizată, emoțional-expresivă a actului motor [15, 18].

Tulburările de pronunție în disartria extrapiramidală sunt determinate de:

- schimbarea tonusului muscular oral;
- prezența hiperchineziilor;
- tulburările aferenței proprio-receptive, care vin de la musculatura orală;
- tulburările inervației mușchilor mimicii.

Volumul mișcărilor în mușchii aparatului articulator este normal, dificultățile apar în menținerea statică a poziției, condiționate de schimbările bruște ale tonusului muscular, de aceea apar multe dispraxii, distonii, hipotonii.

La emoții puternice, tonusul muscular se încordează și limba se contractă (se face ghem și se trage în spate). În tulburări șterse a tonusului muscular, vorbirea e neclară cu rezonanță nazală, dereglându-se prozodica vorbirii.

O particularitate importantă este dificultatea automatizării, de aceea pronunția este variabilă, instabilă.

ARL se desfășoară în paralel cu tratamentul medicamentos și kinetoterapia (masaj însoțit de gimnastica curativă). Se acordă atenție: PRI selectată adecvat, relaxării capului pentru coordonarea mișcărilor organelor articulatorii și ale mușchilor faciali; normalizării respirației; coordonării respirației cu vocea, accentului; emiterii sunetelor cu voce diferită; trecerii ușoare de la emiterea unui sunet la altul.

Impostarea se începe de la sunetele mai puțin distorsionate. Logopedul urmărește pronunția copilului și interzice tacticos denaturările.

Direcțiile ARL sunt:

- elaborarea sincronismului în articulare,
- dezvoltarea echilibrului uniform în pronunție și a amplitudinii mișcărilor articulatorii prin imitare sincronă,
- dezvoltarea praxiei orale,
- accentuarea sensibilității chinestezice.

În ARL putem include elemente de logoritmă.

Disartria bulbară. În această formă de disartrie, scopul principal al ARL este orientat spre îmbunătățirea metabolismului în țesutul muscular, ridicarea sensibilității și excitabilității musculare.

Principalele tehnici ARL sunt:

- masajul tonic;
- gimnastica articulară, mișcările articulatorii cu diferite viteze [4, 5, 6, 10, 11, 13, 14].

Disartria pseudobulbară. Principalele direcții ale ARL sunt:

- normalizarea tonusului muscular oral;
- depășirea imperfecțiunilor motricității orale;
- inhibarea obișnuințelor negative în pronunție;
- normalizarea pronunției și formarea articulației corecte;
- automatizarea pronunției corecte.

Atenție specială se acordă motricității articulatorii. Astfel se normalizează tonusul muscular.

Masajul ocupă un loc important în ARL. Se recomandă netezirea superficială pe segmentul pliului nazo-labial spre apofiza mastoidiană (după ureche); sub mandibulă spre apofiză; linia mediană a frunții, colțurile externe ale sprâncenelor, ochilor, gurii – spre apofiză, apoi coborând pe linia laterală a mușchilor gâtului spre umeri. Fricțiunea se face pe aceleași segmente. De asemenea, se poate aplica masajul punctat.

În cazul hipersalivației, activitatea se împarte în trei etape [2, 7].

- I. Scopul este diminuarea salivației. Se realizează prin masticăție urmată de deglutiție. Îl învățăm pe copil să inhibe mișcările involuntare (sinchinezile). Activizăm coardele vocale (punem mâna la gât în timpul pronunției pe diferite tonalități și de durată diferită). Educăm respirația corectă.
- II. Scopul constă în dezvoltarea pronunției corecte și depășirea imperfecțiunilor fonetice. La început se selectează PRI, se relaxează musculatura respiratorie, stabilindu-se un ritm corect al respirației, se lucrează asupra dezvoltării vocii. Se efectuează gimnastica articulară. În postare putem lucra simultan cu câteva sunete, condiția fiind să se afle în diferite grupe.
- III. Scopul constă în prevenția și depășirea dereglărilor de personalitate. Logopedul e obligat să discute cu tot personalul didactic, să le explice în ce constă tulburarea limbajului și să le recomande ca aceștia să respecte regimul. În caz de necesitate, să revendice față de copil exigențe mai mici.

ARL în disartrie ștearsă. Se acordă atenție motricității articulatorii și formării pronunției corecte. Este important să dezvoltăm abilitatea de a menține, un timp îndelungat, aparatul fonoarticulator într-o anumită poziție (coordonarea statică a mișcărilor), iar în continuare să dezvoltăm puterea, stabilitatea coordonării în dinamică a mișcărilor articulatorii pentru o pronunție consecutivă.

Direcțiile dezvoltării motricității articulatorii sunt aceleași ca în disartria propriu-zisă.

Impostarea sunetelor se efectuează în următoarea consecutivitate: elaborarea mișcărilor diferențiate ale limbii și buzelor: se acordă atenție mișcărilor buzelor pentru sunetele b, p, m / t, d, n; se acordă atenție diferențierii mișcărilor buzelor la pronunția sunetelor p, b, ș, f, ț, c; automatizarea mișcărilor limbii (atingerea rapidă a limbii a diferitor părți ale cavității bucale). Logopedul exersează cu toate sunetele, dar selectiv. Procesul este îndelungat, se pune accent pe activitățile individuale.

Bibliografie:

1. HAȚEGAN C. *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise*. Cluj: Trei, 2016. ISBN 978-606-719-722-8.
2. OLĂRESCU, V. *Fundamentele logopediei*. Chișinău: Garomont Studio SRL, 2022. 336 p. ISBN 978-9975-162-05-0.
3. OLĂRESCU, V. *Logopedia. Perspectiva diagnosticului logopedic*. Chișinău: Elena-IV SRL, 2008. ISBN 978-9975-9743-6-3.
4. OLĂRESCU, V. *Specificități și atenționări în organizarea intervenției logopedice*. Conf internațională „Dezvoltarea economico-socială durabilă a euroregiunilor și a zonelor transfrontaliere”, ediția XVII, Institutul de Cercetări Economice și Sociale ”Gh. Zane”, Academia Română, Filiala Iași, Iași, 29 octombrie, 2021, pp. 67-71. ISBN 978-606-685-830-4.
5. OLĂRESCU, V., BUGANU, D., MADAN, L. *Strategii didactice în logopedie*. Chișinău, 2020. 144 p. ISBN 978-9975-3452-9-3.
6. OLĂRESCU, V., PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică. Principii. Metodologii. Perspective*. Chișinău: Elena – IV SRL, 2012. ISBN 978-9975-106-98-6.
7. OLĂRESCU, V., PONOMARI, D. *Dezvoltarea comunicării la copiii preșcolari cu tulburări de limbaj*. Chișinău. 171 p. ISBN 978-9975-3342-2-8.
8. VERZA, E. *Tratat de Psihopedagogie specială*. București: Ed. Universității din București, 2011.
9. VERZA, E. *Tratat de logopedie*, vol. I. București: Pro Humanitate, 2003.
10. VERZA, E. *Tratat de logopedie*, vol. II. București: Pro Humanitate, 2009.
11. VRĂȘMAȘ, E. *Tulburările de limbaj*. București: EDP, 2004.
12. DUFFY, Joseph. *Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management*. St. Louis, Mo: Elsevier Mosby, 2005. ISBN 0323024521.
13. EIGENTLER, A., RHOMBERG, J., NACHBAUER, W., RITZER, I. et al. The scale for the assessment and rating of ataxia correlates with dysarthria assessment in Friedreich's ataxia. In: *Journal of neurology*. 2011. doi: 10.1007/s00415-011-6192-9. PMID 21805332. S2CID 24242242.
14. MACKENZIE, C. Dysarthria in stroke: A narrative review of its description and the outcome of intervention. In: *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2011. 13 (2): 125–36. doi:10.3109/17549507.2011.524940. PMID 21480809. S2CID 39377646.
15. ВИНАРСКАЯ, Е.Н. *Дизартрия*. М. АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. 141 с. ISBN 5-17-028185-4.
16. ВОЛКОВА, Л.С. *Логопедия*, Москва, 1989. ISBN 5-09-000754-3.
17. ЛОПАТИНА Л.В., СЕРЕБРЯКОВА Н.В. *Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие*. Спб, Изд-во СОЮЗ, 2000. 192 с.
18. ЛЯПИДЕВСКИЙ, С.С., ШОСТАК, Б.И. *Клиника олигофрении*. Просвещение, 1973. 134 с.
19. МАСТЮКОВА Е.М., ИППОЛИТОВА М.В. *Нарушение речи у детей с церебральным параличом*. Кн. для логопеда. М., Просвещение, 1985.
20. ОЛЭРЕСКУ, В., ПОНОМАРЬ, Д. *ЛОГОПЕДИЯ - от теории к практике*, Garomont Studio SRL. Chișinău. 380 p. ISBN 978-9975-66-511-7.
21. ПРАВДИНА О. В. *Логопедия. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов*. Изд. 2-е, доп. и перераб. М., Просвещение, 1973. 272 с.
22. СОБОТОВИЧ, Е.Ф. *Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции*. Издательство: Классикс Стил, 2003 г. ISBN 5-94603-026-4.
23. ФИЛИЧЕВА, Т.В., ЧЕВЕЛЁВА, Н.А., ЧИРКИНА, Г.В. *Основы логопедии*, Москва, 1989. ISBN 5-09-000967-8.
24. <https://en.wikipedia.org/wiki/Dysarthria>
25. <http://dir.upsc.md:8080/xmlui/handle/123456789/2556>

ETIO-PATO-SIMPTOMATOLOGIA DISARTRIEI

ETIO-PATHO-SYMPATOMATOLOGY OF DYSARTHRIA

Valentina OLĂRESCU, dr., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8019-8907
olarescu.valentina@upsc.md

Dorina PONOMARI, dr., lect. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-0795-3889
ponomari.dorina@upsc.md

Valentina OLĂRESCU, PhD, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Dorina PONOMARI, PhD, University Lecturer,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.36

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p290-295

Abstract. Neuropsychological and neuropathological research of the brain is on the rise and is discovering interesting phenomena for science. Dysarthria is a disorder that occurs as a result of a brain condition that often makes it very difficult to articulate sounds and pronounce words, leading to impairments in the intelligibility, audibility, naturalness and efficiency of vocal communication. There are many potential causes of dysarthria. These include toxic, metabolic, degenerative diseases, traumatic brain injury, or thrombotic or embolic stroke. Central or peripheral neurological lesions can lead to paralysis or a lack of coordination of the verbo-motor system, producing severe speech disorders, which in turn prevent control over the tongue, throat, lips or lungs; for example, swallowing (dysphagia) and mastication problems. Dysarthria is different from verbal apraxia, it does not include speech disorders generated by structural anomalies (malformations). The symptomatology is very diverse, depending on the intensity of the neuronal damage, which is correlated with the etiology, which includes toxic, metabolic, degenerative diseases, traumatic brain injuries or thrombotic or embolic stroke. From the perspective of the location of the lesion on the brain, the classification of dysarthria is presented, and the forms are described.

Keywords: dysarthria, etiology, symptoms, verbo-motor system, phonation, articulatory movement.

Disartria este o tulburare a vorbirii care rezultă din leziuni neurologice ale componentei motorii ale sistemului motor verbal [1] și se caracterizează prin articularea slabă a fonemelor [1]. Cu alte cuvinte, este o afecțiune a mușchilor implicați în producția verbală, făcând adesea foarte dificilă articularea sunetelor și pronunțarea cuvintelor. Disartria nu are legătură cu comprehensiunea limbajului (adică disfazie sau afazie) [3], deși persoana afectată le poate avea pe ambele. Oricare dintre subsistemele vorbirii (respirația, fonația, rezonanța, prozodia și articulația) poate fi afectată, ceea ce duce la deficiențe de inteligibilitate, audibilitate, naturalețe și eficiență a comunicării vocale [4]. Disartria care a progresat până la o pierdere totală a vorbirii

este denumită anartrie. Termenul „disartrie” provine din neolatină: *dis-* înseamnă „disfuncțional, afectat”, iar *artr-* desemnează „articulație vocală”. Așa cum termenul „articulație” poate însemna fie „rostire”, fie „mișcare articulatorie”, la fel și cuvintele care conțin rădăcina *artr-* întrunesc termenii „disartrie”, „disartroză” și „artropatie”. Termenul „disartrie” desemnează, în mod convențional, tulburările de vorbire și nu este folosit cu referire la artropatie, în timp ce „disartroză” are ambele sensuri, dar se referă de obicei la artropatie [10].

Leziunile neurologice centrale sau periferice pot duce la slăbiciune, paralizie sau o lipsă de coordonare a sistemului verbo-motor, producând grave dereglări ale vorbirii de natură disartrică [3, 6]. Consecințele apărute, la rândul lor, împiedică controlul asupra limbii, gâtului, buzelor sau plămânilor. De exemplu, probleme de înghițire (disfagia) le au adesea cei cu disartrie. Nervii cranieni care controlează mușchii relevanți pentru disartrie includ ramura motorie a nervului trigemen (V), nervul facial (VII), nervul glosfaringian (IX), nervul vag (X) și nervul hipoglos (XII).

Disartria nu include tulburările de vorbire provenite din anomalii structurale (malformații), cum ar fi bolta fisurată, și, de asemenea, e diferită de apraxia verbală, care e condiționată și se asociază aspectului de planificare și programare a sistemului verbo-motor [5].

Există multe cauze potențiale ale disartriei. Acestea includ boli toxice, metabolice, degenerative, leziuni cerebrale traumatiche sau accidente vasculare cerebrale trombotice sau embolice.

Bolile degenerative includ parkinsonismul, scleroza laterală amiotrofică (ALS), scleroza multiplă, boala Huntington (HD, cunoscută și sub denumirea de coreea Huntington, o boală neurodegenerativă incurabilă, care este în mare parte moștenită. Cele mai timpurii simptome sunt adesea probleme subtile de vigilență și de abilități mintale/psihiatrice. Urmează adesea o lipsă generală de coordonare și un mers instabil); boala Niemann-Pick (o afecțiune genetică rară care afectează multe dintre organele și sistemele corpului, inclusiv sistemul nervos central, și se manifestă prin pierderea controlului muscular, atonie musculară, mișcări rigide și incomode, mișcări oculare care nu pot fi controlate, sensibilitate ridicată la atingere, dereglări ale somnului, dificultăți la înghițire și la masticție) și ataxia lui Friedreich (o tulburare moștenită care afectează unii dintre nervii corpului. Este cauzată de un defect genetic care este moștenit de la ambii părinți. Simptomele încep adesea la sfârșitul copilăriei și pot include probleme la mers, oboseală, modificări ale senzației și vorbire încetinită. Acestea tind să se agraveze în timp). Afecțiunile toxice și metabolice includ: boala Wilson, encefalopatia hipoxică de tipul mielinoliza pontină centrală (o afecțiune neurologică care implică leziuni severe ale tecii de mielină a celulelor nervoase din Puntea Varolio. Este predominant iatrogen (indus de tratament) și se caracterizează prin paralizie acută, disfagie, disartrie și alte simptome neurologice) [3].

Acestea au ca rezultat leziuni ale zonelor-cheie ale creierului implicate în planificarea, executarea sau reglarea operațiilor motorii ale mușchilor scheletici (adică mușchii membrelor), inclusiv mușchii capului și gâtului (a căror disfuncție caracterizează disartria). Acestea pot duce la disfuncții ale: cortexului motor, sau somatosenzorial, creierului, căilor corticobulbare, cerebelului, nucleilor bazali (formați din putamen, globus pallidus, nucleu caudat, substanță neagră etc.), trunchiului cerebral (din care provin nervii cranieni) sau joncțiunea neuromusculară (în boli precum miastenia gravis) care blochează capacitatea sistemului nervos în activarea unităților motorii și în efectuarea corectă a mișcărilor.

Clasificarea disartriei este foarte variată, în funcție de indicatorii simptomatologici abordați. Literatura propune următoarea clasificare a disartriei: bulbară, pseudobulbară (cea mai frecventă), subcorticală, corticală (mai ușoară), cerebelară (mai rar întâlnită) [2, 5, 6, 9, 10].

Disartria bulbară apare în rezultatul leziunii mono-/bilaterale a neuronilor motorii (centrul Broca, partea stângă), traumării nervului trigeamă, hipoglos, sublingual, facial, uneori și a nervilor toracali. În patogeneza și simptomatică, atestăm paralizii ale mușchiului limbii, buzelor, vălului palatin, laringelui și a aparatului respirator și leziunea este localizată pe bulbul rahidian și trunchiul cerebral. Simptomatic, avem vorbire defectuoasă, din cauza atoniei (pareză musculară), voce înfundată, nazală – aproape toate sunetele se pronunță nazal, din cauza parezei vălului palatin, care este imobil, vocalele și consoanele se produc la trecerea fluxului fonator de aer prin cavitatea nazală. Diferențierea consoanelor este dificilă, deseori avem substituiri (p – g, t, s); dispăre vibrația la pronunția sunetului „r” și se înlocuiește cu „u, s, f”. Această formă de disartrie are o frecvență joasă, în formă pură se întâlnește rar, deseori leziunea bulbară este asociată cu leziuni frontale motorii [4, 10].

Disartria pseudobulbară. Apare în urma leziunii bilaterale a centrilor și nervilor motorii. Patogenia și simptomatica se caracterizează prin paralizii spastice a mușchilor articulatorii. Ca rezultate, are loc hipertonia limbii și aruncarea ei în urmă, adică retragerea spre partea posterioară. Vârful limbii este imobil. Sunt prezente multiple sincinezii. În pronunție atestăm substituiri ale sunetelor m-b, p-d, însoțite de schimbări ale timbrului vocii. Pronunția cuvintelor care solicită îmbinări de sunete consonante este dificilă. Sunetele iotate (moi) sunt pronunțate mai ușor decât cele tari; sunetele produse cu ajutorul vârfului limbii lipsesc, sunt denaturate, deoarece vârful limbii este imobil. Salivația este puternică (abundentă), amimie. Disartria pseudobulbară, la rândul ei, se mai împarte în ușoară, medie, gravă. Formele respective se diferențiază între ele prin intensitatea simptomelor [2, 3, 7], în funcție de posibilitățile de articulare (pronunție), abilitățile motorii, abundența salivației.

Disartria subcorticală (extrapiramidală) apare în leziunea părților subcorticale ale creierului, care se include în sistemul extrapiramidal, care, la rândul ei, creează un fon al mișcării, regulează tonusul muscular (mai des, îl forțează). Patogenia constă în schimbarea bruscă a tonusului muscular care denaturează articulația corectă. Persoana vizată este incapabilă să mențină postura articulară, durata de timp necesară pronunției sunetului. Dereglarea tonusului muscular este însoțită de diverse sincinezii, hiperchinezii, deseori remarcăm distonie musculară articulară. Mușchiul lingual este tensionat și retras posterior. Clinic, persoana nu poate pronunța sunetele și emite unele strigăte involuntare. În cazul când spasmul mușchiului lingual se diminuează, persoana poate vorbi, însă vorbirea este ștearsă, treptat se stinge, trecând într-un fel de mormăit. Vocea are nuanță nazală, iar latura prozodică este dereglată [10]. De obicei, este specifică instabilitatea pronunției – uneori sunetele sunt rostite cu o putere mare, iar alteori sunt absolute șterse. Cu alte cuvinte, instabilitatea pronunției conduce la dificultăți în automatizare. Disartria extrapiramidală e însoțită foarte des de hipoacuzie senzorială (nediferențierea sunetelor). Diferențierea sunetelor va fi și mai dificilă la tonalități înalte, sunt percepute mai bine tonalitățile joase.

Disartria corticală. E. Vinarskaia evidențiază trei forme ale acesteia: precentrală bilaterală, postcentrală chinestezică, premotoră.

În cea *precentrală bilaterală* leziunea se află bilateral, pe partea precentrală inferioară (imediat lângă scizura Rolando). Simptomatic, atestăm afectiunea mușchilor articulatorii,

frecvent – pareză spastică. Persoana suportă disfuncții ale mișcărilor fine izolate, mai cu seamă cele ce se înfăptuiesc cu vârful limbii, deoarece este încordat [6]. Cele mai defectuoase sunete vor fi acelea în a căror articulare participă vârful limbii: r, j, ș, l. În forme grave, aceste sunete lipsesc totalmente, în forme mai ușoare, ele se înmoaie: li, si. Se pronunță defectuos sunetele, la acăror pronunție vârful limbii se lipește de dinți și alveolele superioare: n, d, t.

Disartria postcentrală chinestezică apare în leziunile unilaterale ale emisferei dominante, în partea posterioară ale circumvoluțiunii postcentrale. Dificultăți apar în selectarea unităților lexicale și a sunetelor necesare. În consecință, se atestă dislocarea sunetelor (consoanelor) apropiate conform locului și modului de articulare. La examinare observăm dificultăți perceptivă și de pronunție a sunetelor, insuficiența gnoziei faciale (persoana nu simte unde și cum trebuie să poziționeze buzele, unde să ducă limba, lipsește reacția chinestezică).

Disartria premotoră cinetică apare în leziunea unilaterală a scoarței emisferei dominante în partea inferioară a zonei premotore. În simptomatice se atestă prolapsul structurii ritmice a cuvântului în părți separate, în silabe, care sunt pronunțate cu același accent. Limbajul este distorsionat, predomină tempoul încetinit, vocea e înfundată.

Disartria cerebelară apare ca o consecință a lezării creierășului și a fibrelor de asociație cu alte structuri cerebrale, mai cu seamă, legătura fronto-cerebelară. În patogeneză se remarcă diminuarea tonusului muscular. În rezultat, buzele sunt relaxate, limba plată – în cavitatea bucală. Atât mișcărilor limbii, cât și ale buzelor sunt limitate; când se intenționează să se efectueze mișcări voluntare, apare tremurul lor. Vălul palatin atârână relaxat și, de asemenea, distorsionează pronunția clară. În simptomatice atestăm desincronizarea activității mușchilor respiratori, articulatori și ai coardelor vocale – de aici apar diferite tulburări prozodice [3, 5, 7]. Distorsiuni grave suportă sunetele care necesită mișcări articulatorii exacte, care se produc cu o anumită putere: p, b, t, d. În pronunția majorității sunetelor apare nazalitatea. Vorbirea are caracter exclamativ. Diagnosticul diferențial este necesar și se realizează în funcție de perturbările simptomelor evidențiate, pentru a nu se confunda cu dislalia și alalia.

Disartria ștearsă este o formă ușoară, ascunsă, de disartrie, care deseori e confundată cu dislalia, doar că aceasta se caracterizează prin:

- durată lungă și complicată de recuperare;
- insuficiență motoră profundă, însoțită de tremur;
- articulație ștearsă, rudimentară și stabilă, mai cu seamă, în limbajul coerent.

E. Sobotovici împarte copiii cu disartrie ștearsă în patru grupuri [9]:

1. Copii la care se atestază insuficiența și imperfecțiunea motoră a aparatului fonoarticulator, mai frecvent pareticitatea limbii; asimetria inervației linguale, care conduce la dificultăți de mișcare a unor părți ale limbii; fie că limba devine atonică (se lățește și ocupă toată cavitatea bucală), fie că o jumătate a limbii este atonică și numai cealaltă jumătate participă la vorbire (în acest caz vom avea pronunție laterală).

2. Copii care nu prezintă dereglări în motricitatea generală și în efectuarea unor exerciții articulatorii separate, însă în procesul de vorbire atestăm indolență, dicție neclară.

3. Copii care nu manifestă tulburări de pronunție, mișcărilor articulatorii sunt parțial intacte, însă dificultatea apare în cazul când dorește să efectueze niște mișcări voluntare, deoarece impulsul nervos se transmite cu o viteză mai mică. Dereglarea vorbirii se manifestă în formă de substituire a sunetelor apropiate.

4. Copii care denotă insuficiență profundă a motricității generale, hipoactivitate, incomoditate. Imperfecțiunea motricității generale se răsfrânge asupra celei orale și fine a mâinilor. În pronunție atestăm substituirea latentă a sunetelor. Uneori se observă nazalitate sau bâlbâială.

Toate tulburările limbajului în disartria ștersă sunt cauzate de tulburările organice ale SNC. În așa fel, tulburările de pronunție au geneză organică, însă au caracter lejer și se manifestă ca urmare a insuficienței enervației motore numai în vorbirea fluentă voluntară.

Examinarea. Examinarea se efectuează conform simptomelor vizibile, cât și a stării psihoneurologice a copilului în funcție de vârstă. Cu cât copilul este mai mic și limbajul mai subdezvoltat, cu atât mai mare atenție se acordă analizei tulburărilor neverbale: se atrage atenția la decurgerea gravidității, nașterii, suptului, deglutiției, complexului de înviorare, gânguritului ș.a. Cele mai frecvente simptome la nou-născut și prunc, care denotă o potențială disartrie în viitor sunt: lipsa țipătului, insuficiența reflexelor necondiționate (de sugere, de căutare, orientare, lipsa reflexului palmar, înhățare, sugere) [1, 8]. Țipătul este înfundat, deseori apare la inspirație. Nu pot apuca mamelonul, se îneacă când sug, laptele curge înapoi prin nas. Deglutiția este dereglată și sunt hrăniți prin sondă, învață greu să bea din cană. Respirația e superficială, aritmică. Gânguritul apare târziu. Cu vârsta, devin vizibile simptomele verbale: tulburări de pronunție și articulație, poziția incorectă a limbii în gură în timpul pronunției, mișcări forțate ale limbii, tulburări de voce, respirație, reținere în dezvoltarea vorbirii. Mai dificil este diagnosticul în formele șterse (ușoare) ale disartriei [5, 6]:

- insuficiența mișcărilor linguale (nu poate îndoi în sus);
- asimetria limbii scoase și plasate pe buza inferioară;
- tremurul și schimbările frecvente ale configurației limbii;
- sincinezii (mișcarea mandibulei când ridică limba în sus, mișcări ale degetelor);
- încetinirea tempoului mișcărilor articulatorii;
- dificultăți în menținerea poziției articulatorii;
- dificultăți în schimbarea poziției articulatorii;
- durabilitate și stabilitate (persistență) a tulburărilor de pronunție și greutate în automatizarea sunetelor;
- prezența tulburărilor prozodice.

În diagnostic ne ajută probele funcționale:

1. Rugăm copilul să deschidă gura, să scoată limba și să o mențină nemișcată, iar cu ochii să urmărească un obiect. Dacă mișcă limba odată cu ochii, atunci avem disartrie.
2. Copilul este rugat să facă mișcări articulatorii cu limba. Logopedul pune palma sa pe gâtul copilului; atunci când copilul efectuează mișcări cu limba, este sesizată încordarea musculaturii gâtului, uneori – mișcări cu capul și aruncări ale capului pe spate: și acestea confirmă disartria.

Când etalăm diagnosticul, este important ca acesta să fie confirmat și de cel medical (localizarea leziunii); se notează ce fel de disartrie este și totodată ce dereglări însoțesc disartria: fonetice/fonetico-fonematice (fonetico-fonemice), ale scrisului, de exemplu: „Disartrie pseudobulbară. Insuficiență fonetico-fonematică. Disgrafie articulatorio-acustică”.

Nivelurile disartriei. Tardie, neuropatolog francez, în 1968, a clasificat disartria în patru niveluri, conform gradului de comprehensiune a limbajului, a clarității pronunției [2, 6, 8]. În primul nivel, pronunția sunetelor, vorbirea este dereglată, însă înțeleasă de cei din jur. În nivelul

doi, tulburarea de pronunție se identifică/depistează numai printr-o examinare detaliată. La nivelul trei, vorbirea este înțeleasă numai de către persoanele apropiate celui ce suportă tulburarea. La nivelul patru, limbajul lipsește sau este de neînțeles. Acest nivel poartă denumirea de *anartrie* și este de o gravitate profundă, greu de tratat.

Bibliografie:

1. OLĂRESCU, V., PONOMARI, D. *Dezvoltarea comunicării la copiii preșcolari cu tulburări de limbaj*. Chișinău, 171 p. ISBN 978-9975-3342-2-8.
2. OLĂRESCU, V., PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică. Principii. Metodologii. Perspective*. Chișinău: Elena – IV SRL, 2012. ISBN 978-9975-106-98-6.
3. DUFFY, JOSEPH. *Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management*. St. Louis, Mo: Elsevier Mosby. 2005. ISBN 0323024521.
4. EIGENTLER, A., RHOMBERG, J., NACHBAUER, W., RITZER, I. et al. The scale for the assessment and rating of ataxia correlates with dysarthria assessment in Friedreich's ataxia. In: *Journal of neurology*, 2011. doi: 10.1007/s00415-011-6192-9. PMID 21805332. S2CID 24242242.
5. MacKenzie, C. Dysarthria in stroke: A narrative review of its description and the outcome of intervention. In: *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2011. 13(2): 125-36. doi: 10.3109/17549507.2011.524940. PMID 21480809. S2CID 39377646.
6. ВИНАРСКАЯ, Е.Н. *Дизартрия*. М. АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. 141 с. ISBN 5-17-028185-4.
7. ЛОПАТИНА Л.В., СЕРЕБРЯКОВА Н.В. *Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии)*: учебное пособие. Спб, Изд-во СОЮЗ, 2000. 192 с.
8. ОЛĂРЕСКУ, В., ПОНОМАРЬ, Д. *ЛОГОПЕДИЯ - от теории к практике*. Chișinău: Garomont Studio SRL. 380 p. ISBN 978-9975-66-511-7.
9. СОБОТОВИЧ, Е.Ф. *Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции*. Издательство: Классикс Стиль, 2003. ISBN 5-94603-026-4.
10. <https://en.wikipedia.org/wiki/Dysarthria>

INTERRELAȚIA DINTRE LIMBAJ ȘI NIVELUL DEZVOLTĂRII ANALIZORULUI MOTOR

INTERRELATIONSHIP BETWEEN LANGUAGE AND LEVEL OF MOTOR ANALYZER DEVELOPMENT

Valentina OLĂRESCU, dr., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8019-8907
olarescu.valentina@upsc.md

Diana Alina BUGANU, dr.,
UB „Vasile Alecsandri”, Romania
ORCID: 0009-0002-8167-2177
diana.buganu@gmail.com

Valentina OLĂRESCU, PhD, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Diana Alina BUGANU, PhD,
UB „Vasile Alecsandri”, Romania

CZU: 376.36

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p296-305

Abstract. The brain coordinates all human activity. Any dysfunction of the nervous system affects human psycho-behavior. Brain lesions located in the motor area of the brain trigger disturbances in the development of language and oral and fine motor skills. Researchers state with certainty that the training of general, fine and oral motor skills leads to a constant increase in the efficiency of the cerebral cortex. The comparative assessment of the motor skills of preschoolers with dysarthria and with typical development was carried out, and the estimated results confirmed the hypothesis of insufficient development in preschoolers with dysarthria. The most common form of dysarthria is pseudobulbar. Since in pseudobulbar dysarthria there are difficulties in organizing the motor act, it is important to always evaluate the correlation between language and the level of development of the motor analyzer. 16 5-6-year-old preschool children participated in the experiment, who were given screening methods for those with dysarthria, and methods for evaluating language disorders and the level of development of oral and fine motor skills of the hands. The methods applied in order to evaluate the motor development level of preschool children with dysarthria compared to preschoolers with typical development, prove reluctance and imperfections in the situation of dysarthria.

Keywords: motor skills, dysarthria, coordination of movements, speed, spatial orientation.

Leziunea organică a sistemului nervos central deseori conduce la apariția așa numitei disartrii pseudobulbare, tulburare frecvent întâlnită printre copii. Din această cauză, mecanismele motorii generale, fine și articulatorii, se perturbă și se dezvoltă un cerc vicios, reciproc influențabil: creier-limbaj.

În ciuda faptului că gradul ușor al disartriei pseudobulbare declanșează paralizii și pareze pronunțate, abilitățile motorii ale persoanelor afectate se caracterizează prin neîndemănare generală, lipsă de coordonare, exactitate și dexteritate limitată în mișcări,

întârzierea disponibilității pentru scriere și chiar lipsa îndelungată a interesului pentru activități ce implică mâna, mai exact, motricitatea fină a mâinilor – desen, aplicație, decupaj, modelare, confecționare [14].

Deoarece în disartria pseudobulbară se evidențiază dificultăți în organizarea actului motor, este important ca întotdeauna să se evalueze corelația dintre limbaj și nivelul de dezvoltare a analizorului motor.

Neurologul și psihiatrul V. Behterev subliniază legătura strânsă între funcționalitatea mâinii și vorbire, ceea ce înseamnă că dezvoltarea primei contribuie la dezvoltarea celei de-a doua. Psihologul englez James Sully a acordat o mare importanță și „muncii creative a mâinilor” pentru dezvoltarea gândirii și vorbirii copiilor. Un educator rus remarcabil al secolului al XVIII-lea, N. Novikov, încă în 1782, a susținut că exercitarea reală a acțiunii asupra lucrurilor și obiectelor este principalul mijloc care asigură nu numai însușirea cunoștințelor despre aceste lucruri și obiecte de către copii, ci contribuie și la dezvoltarea lor mintală în general. Cercetările științifice ale autorilor E. Verza, E. Vrajmaș, V. Olărescu, C. Hațegan au stabilit: aproximativ o treime din întreaga zonă a proiecției motorii a creierului este ocupată de proiecția mâinii, care este situată lângă proiecția zonei motore a vorbirii; mișcările degetelor stimulează cu adevărat maturizarea sistemului nervos central, care se manifestă, în special, prin accelerarea dezvoltării limbajului și a vorbirii copilului. Studiul activității bioelectrice a creierului la copiii care au efectuat exerciții pe un ergograf cu degetul au dovedit că mișcările ritmice ale degetelor influențează funcționalitatea emisferelor cerebrale și de consolidare a funcției asociative a creierului. Rolul lor fiziologic constă într-un efect tonic nespecific asupra funcționalității creierului, care contribuie la creșterea constantă a eficienței cortexului cerebral. Această afirmație este valabilă și pentru copiii mai mari. L. Panașenko [apud 15, 16], a realizat un experiment cu bebeluși de șase săptămâni, cărora li se masa o mână în paralel cu flexia și extensia pasivă a degetelor: la unii – dreapta, la alții – stânga. Totodată, lunar, au fost înregistrați biocurenții creierului și s-a calculat prin metode matematice gradul de stabilitate a apariției undelor de înaltă frecvență (care este un indicator al maturizării cortexului cerebral). Doar după o lună de antrenament, s-au observat ritmuri de înaltă frecvență în zona proiecțiilor motorii, iar după două luni – în viitoarea zonă de vorbire din emisfera opusă mâinii antrenate.

În neuropatologie și psihopedagogia specială, există opinii referitor la legătura dintre limbaj și motricitatea fină a mâinii; când este lezată/afectată zona motoră a creierului responsabilă de vorbire din emisfera stângă, apar perturbări nu numai în vorbire, ci și în mișcările subtile ale degetelor mâinii drepte.

La sfârșitul secolului al XIX-lea, au fost descrise cazuri de afectare a regiunii frontale a emisferei stângi fără pierderea vorbirii. Când au fost studiate cu atenție, s-a dovedit că toți pacienții erau stângaci, la care zona motorie a vorbirii este situată în emisfera dreaptă. Dependența plasării zonelor de vorbire în emisfera dreaptă sau stângă de faptul că o persoană este stângace sau dreptace dovedește, în mod deosebit de convingător, legătura dintre funcția de vorbire și funcția motorie a mâinii. Examinarea structurii creierului la un copil dreptaci, în primii doi ani de viață, a evidențiat creșterea zonei motorii de vorbire în volum și maturizarea celulelor nervoase constituate din emisfera stângă, iar la copilul stângaci, în dreapta. Destul de interesante sunt studiile despre reeducarea copiilor stângaci în dreptaci! Efectul produs în majoritatea cazurilor era apariția bătăielii și alte tulburări de vorbire. Putem deduce că mâna are o proiecție extinsă pe creier și că există toate motivele pentru a considera mâna ca un organ

al vorbirii, la fel ca și aparatul articulator, iar nivelul dezvoltării mișcărilor degetelor (performanța mișcărilor fine) să fie evaluat cu nivelul/gradul dezvoltării vorbirii/limbajului (performanța verbală).

Au fost stabilite câteva prevederi importante cu privire la analizatorul motor [8, 9, 12, 15]:

1. Dintre funcțiile motorii, mișcările degetelor au o importanță deosebită, deoarece au un impact uriaș asupra dezvoltării activității nervoase superioare a copilului.
2. Funcția mișcării mâinii este întotdeauna strâns legată de funcția vorbirii, iar dezvoltarea primei contribuie la dezvoltarea celei de-a doua.
3. Dezvoltarea funcțiilor ambelor mâini asigură dezvoltarea „centrelor” vorbirii în ambele emisfere și, ca urmare, oferă avantaje în dezvoltarea intelectuală, deoarece vorbirea este strâns legată de gândire.
4. Aproximativ o treime din zona motoră a cortexului cerebral este ocupată de proiecția mâinii; iar mișcările degetelor stimulează cu adevărat maturizarea sistemului nervos central, care, în special, se manifestă în accelerarea dezvoltării vorbirii copilului.

În vederea evaluării nivelului dezvoltării motricității fine a mâinilor la copiii cu disartrie, am planificat un experiment de constatare, pentru a confirma opiniile dezvoltate în segmentul teoretic.

Scopul cercetării constă în evaluarea tulburării de limbaj la copiii preșcolari, decelarea copiilor cu tulburarea disartriei, evaluarea nivelului dezvoltării motricității fine a mâinilor.

Obiectivele cercetării:

- studiul teoretico-analitic al literaturii de specialitate;
- selectarea metodelor de examinare;
- selectarea subiecților.

Ipoteza: considerăm că prin screening vom identifica preșcolarii care au disartrie dintre cei cu tulburare de limbaj, iar evaluarea motricității orale și fine a mâinilor copiilor cu tulburare disartrică va furniza informație utilă despre nivelul dezvoltării acestor procese.

Subiecți participanți: 16 copii de vârstă preșcolară, 5-6 ani, cu tulburare de limbaj, dintre care am selectat 6 preșcolari cu disartrie și 6 preșcolari cu dezvoltare tipică.

Metode de cercetare:

- *Metoda de screening* (de depistare a copiilor cu disartrie)

a) identificarea specificului dezvoltării limbajului preșcolarilor de 5-6 ani:

- *Vorbirea independentă*

- *Metode de evaluare a copiilor preșcolari cu disartrie*

b) metode pentru evaluarea motricității orale și fine a mâinilor:

- *Examinarea motricității aparatului fonator după M. Șerban*
- *Testul „Tapping” adaptat de G. Bontilă după Walther*
- *Testul „Ozeretski-Guillman”*
- *Dictare grafică” după Țehanscaia.*

Rezultatele evaluării copiilor cu diagnoză logopedică

Pentru început au fost selectați 16 copii de vârstă preșcolară, 5-6 ani, care au semne de tulburare de limbaj, prin metoda jocului și conversației. Părinții copiilor și-au dat acordul

evaluării limbajului copiilor. A fost aplicată metoda screening *Identificarea specificului dezvoltării limbajului preșcolariilor de 5-6 ani*, folosind compartimentul *Vorbirea independentă*.

Rezultatele la metoda screening *Vorbirea independentă*

Scop: identificarea copiilor cu tulburarea de limbaj dizartria.

Metoda Vorbirea independentă se realizează prin folosirea materialului didactic *Abecedarul în imagini*. Analiza rezultatelor celor 16 copii cu tulburări de limbaj ne-a ajutat să identificăm copiii care au tulburări de limbaj de natură dizartria. Din 16 copii cu tulburare de limbaj, am depistat 6 copii care au tulburările accentuate. Semnele convingătoare și ajutoare au fost: pronunția și articularea defectuoasă a sunetelor și cuvintelor componente, imposibilitatea menținerii poziției de articulare a sunetului, coordonarea incorectă și încordată a aparatului articulator, musculatura facială (a mușchiului rotund al gurii) tensionată, încordată; respirația superficială și aritmică, salivatie. Astfel, am depistat 6 copii care presupunem că sunt cu disartrie. Am discutat cu părinții și le-am recomandat o vizită la neurolog și o investigație prin electroencefalogramă.

În tabelul de mai jos indicăm problemele în pronunția sunetelor, pe care le întâmpină copiii cu disartrie.

Tabelul 1. Screeningul copiilor cu manifestări desartice

| Copii / poziția sunet | inițială | mediană | finală |
|-----------------------|---------------|------------|---------|
| 1 | R, S, Ș, T, D | Ț, S, Ș | |
| 2 | C, G, D, R, H | R, S, D, H | R, S, Ș |
| 3 | L, P, R, S | L, R | L, R, S |
| 4 | Ț, Z, Ci, Gi | Ț, S, Z | |
| 5 | R, Ș, S, Z, F | R, Ș, S | R, Z, S |
| 6 | L, G, J, S | L, G, J | G, J |

Prin metoda *Abecedarul în imagini* au fost identificate sunetele problemă în pronunția fiecărui copil examinat. Majoritatea nu pronunță, fie substituie sunetele *r, s, ș*. Copiii nu pronunță sunetele *ț, ci, r, ș, s, z, f*. Unii copii deformează pronunția sunetelor *c, g, d, r, h*. Alții schimbă locul sunetului în cuvânt. Ulterior, copii au fost rugați să alcătuiască o povestire cu o imagine din *Abecedarul cu imagini*. Toți cei șase copii examinați au povestit, folosind propoziții scurte, cu distorsionări de sunete și agramatism abundent (imposibilitatea acordării gramaticale în gen, număr, caz). Propozițiile se axează pe numirea a ceea ce vedeau în imagine.

E foarte important că toți copiii depistați prin screening au o multitudine de simptome, enumerate deja, care confirmă *tulburarea disartria*.

Rezultate la metode pentru evaluarea motricității orale și fine a mâinilor

Începând cu aceste metode, studiul are caracter comparativ, implicați sunt preșcolarii cu disartrie și preșcolarii cu dezvoltare tipică. Rezultatele vor fi prezentate pentru ambele categorii de preșcolari pentru comparație și o diferențiere clară între copii.

- *Examinarea motricității aparatului fonator după M. Șerban*

Evaluarea motricității aparatului fonator a scos în evidență specificul dezvoltării organelor articulatorii a preșcolariilor și modalitatea de realizare a mișcărilor.

Am consemnat musculatura încordată care perturbă executarea mișcărilor exacte și ritmice la preșcolarii cu disartrie, destul de încordat, greu, au executat mișcarea de suflare, de alternanță a țuguierii buzelor cu zâmbetul; de mișcare a limbii în stânga-dreapta, sus-jos;

umflarea/dezumflarea alternativă a obrazilor, trecerea aerului dintr-o parte în alta a cavității bucale. Punctajul acumulat de copii a fost diferit.

Tabelul 2. Punctajul preșcolărilor, proba *Evaluarea motricității aparatului articulator*

| | Preșcolari tipici | | | Preșcolari cu disartrie | | |
|---------|-------------------|--------|-----------|-------------------------|--------|-----------|
| | Mișcarea buzelor | limbii | obrajilor | Mișcarea buzelor | limbii | obrajilor |
| Copil 1 | 5 | 5 | 5 | 2 | 3 | 2 |
| Copil 2 | 5 | 5 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| Copil 3 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 |
| Copil 4 | 4 | 5 | 5 | 2 | 1 | 1 |
| Copil 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 2 | 1 |
| Copil 6 | 5 | 5 | 4 | 2 | 2 | 3 |
| Media | 4.8 | 4.7 | 4.5 | 2.3 | 1.8 | 1.7 |

Din tabelul 2, observăm diferența mare între rezultatele individuale ale preșcolărilor cu disartrie și ale preșcolărilor cu dezvoltare tipică; la fel, media pe grup preșcolari cu dezvoltare tipică (PT) și preșcolari cu disartrie (PD) pentru fiecare item al probei.

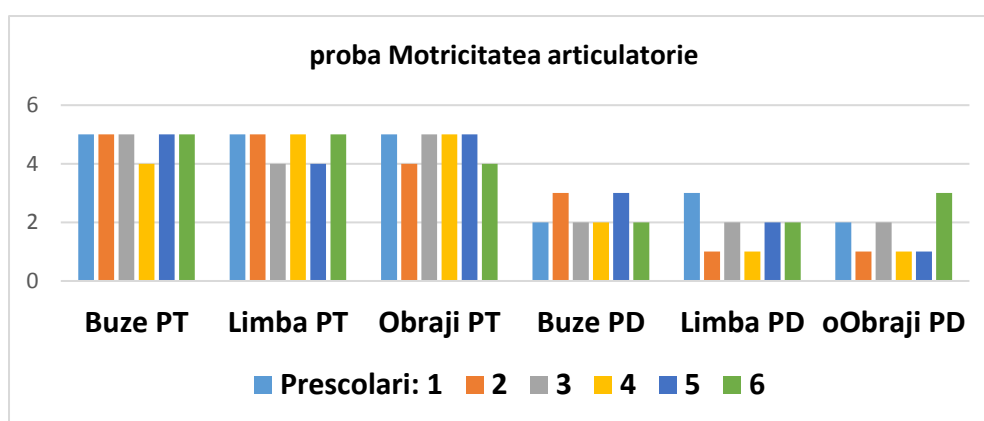


Figura 1. Punctajul preșcolărilor, proba *Evaluarea motricității aparatului articulator*

Datele prezentate în figura 1 evidențiază decalajul comparativ dintre scorurile individual-descriptive ale preșcolărilor.

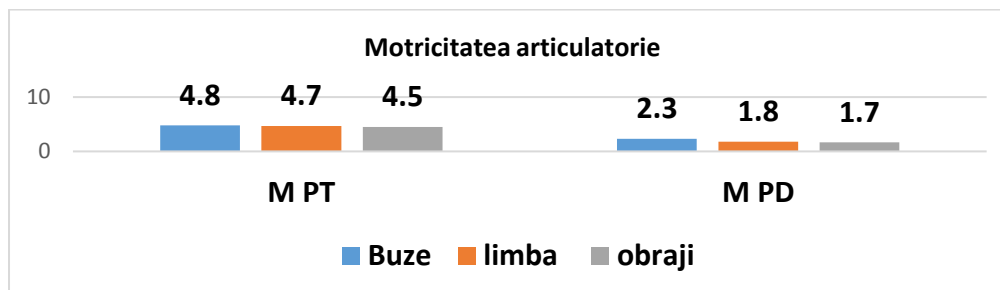


Figura 2. Media punctajului preșcolărilor pe grup, proba *Evaluarea motricității aparatului articulator*

În concluzie, menționăm faptul că preșcolarii cu dezvoltare tipică au motricitatea articulară dezvoltată foarte bine, pe când preșcolarii cu dizartrie au insuficiență gravă în dezvoltare.

- *Testul „Tapping” adaptat de G. Bontilă după Walther*

Scopul: examinarea vitezei și preciziei manuale la copil, coordonarea oculo-motorie.

În cotare se adună punctele realizate cu mâna dominantă cu cele ale mâinii nedominante și suma se raportează la etalon. Viteza și precizia manuală: bună = centili 70-100; medie = centili 30-70; slabă = centili 0-25.

Rezultatele copiilor acumulate pentru mâna dreapta și stângă le ilustrăm în tabelul de mai jos.

Tabelul 3. Punctaj la metoda Tapping, mâinile dreapta/stânga

| | Preșcolari tipici | | Preșcolari cu dizartrie | |
|----------------------|-------------------|---------|-------------------------|---------|
| | stânga | dreapta | stânga | dreapta |
| Preșcolarul 1 | 40 | 45 | 15 | 20 |
| 2 | 30 | 50 | 20 | 20 |
| 3 | 38 | 45 | 19 | 20 |
| 4 | 40 | 42 | 10 | 11 |
| 5 | 58 | 48 | 13 | 14 |
| 6 | 30 | 50 | 10 | 15 |

Diferența între mâini nu este atât de mare, după cum între categoriile de preșcolari. Printre preșcolarii cu dezvoltare tipică, punctaj înalt a obținut copilul nr. 5 – 96 puncte, punctaj mic – preșcolarul nr. 6, 80 de puncte. La preșcolarii cu dizartrie, avem rezultate înalte la preșcolarul nr. 2 – 40 puncte și rezultate joase la preșcolarul nr. 4 – 21 de puncte.

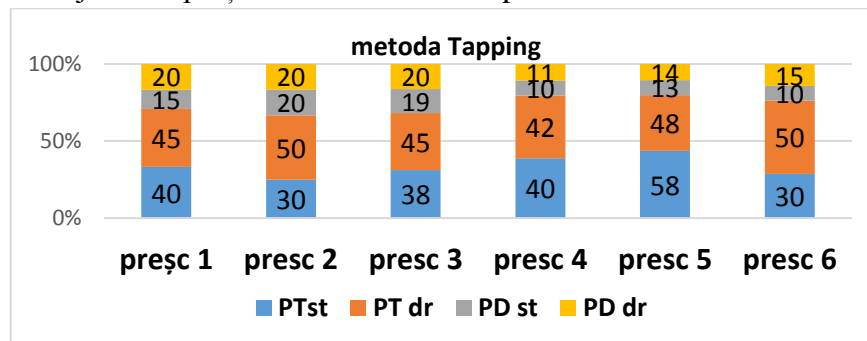


Figura 3. Punctajul subiecților PT și PD, metoda Tapping, mâna dr./st.

Nu am sesizat decalaje mari între mâna dreaptă și cea stângă, însă cunoaștem că există strânsă legătură între nivelul dezvoltării limbajului și dezvoltarea psihomotricității. Credem că aceasta se confirmă și prin rezultatele obținute de subiecții participanți în experimentul nostru. Preșcolarii cu dizartrie au avut o exactitate și rapiditate mică, punctele erau dispersate la distanță mare pe foaie, uneori chiar ieșeau în afara foii față de preșcolarii cu dezvoltare tipică, care s-au evidențiat prin acuratețe, rapiditate și vizibilitatea punctelor trasate.

- *Testul „Ozeretski-Guillman”*

Testul are scopul de a evalua dezvoltarea motricității mâinilor pe cinci dimensiuni; noi ne vom axa doar pe două din ele: *Coordonare dinamică a mâinilor* și *Rapiditatea mișcărilor*, conducându-ne de itemii pentru vârsta copiilor de 5-6 ani.

Pentru început, prezentăm și descriem rezultatele preșcolarilor la dimensiunea *Coordonare dinamică a mâinilor* (trebuiau să atingă cu mâinile urechea/nasul).

Tabelul 4. Rezultatele preșcolarilor la *Coordonare dinamică a mâinilor* (puncte)

| | Preșcolari tipici | | Preșcolari cu disartrie | |
|----------------------|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| | dreapta | stânga | dreapta | stânga |
| Preșcolarul 1 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| 2 | 3 | 3 | 1 | 0 |
| 3 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | 3 | 3 | 1 | 0 |
| 6 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| Media | 3 | 2.7 | 1 | 0.5 |

În tabelul 4, vedem diferențele între mâinile preșcolarilor și diferențele între grupurile de preșcolari. Punctajul maximal este de 3, obținut de elevii cu dezvoltare tipică, iar la cei cu disartrie acesta reprezintă 1. Pe grup, PT st./dr. media are raportul de 3/2.7 puncte, iar la PD st./dr. $M = 1/0.5$, adică este foarte joasă.

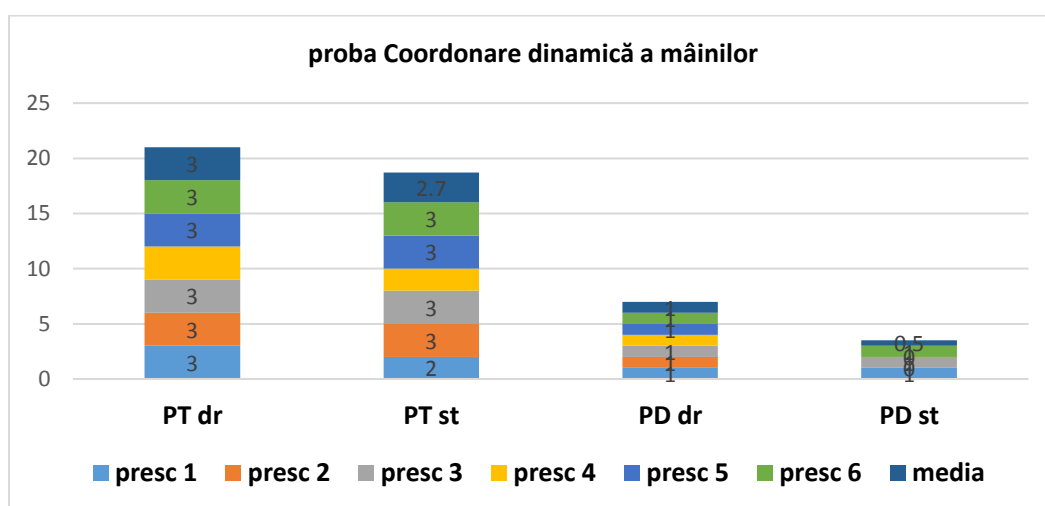


Figura 4. Punctajul subiecților PT și PD, metoda Ozerețki, proba *Coordonare dinamică a mâinilor*, mâna dreaptă/stângă

Putem concluziona că și la proba *Coordonare dinamică a mâinilor*, rezultatele sunt foarte joase la preșcolarii cu disartrie. Dificultățile au constat în faptul că se orientau greu în dreapta/stânga când aveau de atins nasul sau urechea, mâinile tremurau și am observat o încordare generală în timpul executării.

La cea de-a doua dimensiune a testului Ozerețki, proba *Rapiditatea mișcărilor*, preșcolarii aveau de traversat un labirint cu mâna stângă și dreaptă fără să atingă pereții lui, cu o pauză de 30 de secunde între schimbarea mâinilor. Proba se consideră neîndeplinită dacă linia iese din labirint (mai mult de două ori la dreapta și mai mult de trei ori la stânga) sau timpul limită este depășit. Noi vom acorda câte un punct pentru fiecare ieșire de pe labirint, fie cu dreapta, fie cu stânga.

Tabelul 5. Rezultatele preșcolărilor la *Rapiditatea mișcărilor* (puncte)

| | Preșcolari tipici | | Preșcolari cu disartrie | |
|---------------|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| | dreapta | stânga | dreapta | stânga |
| Preșcolarul 1 | 2 | 2 | 5 | 8 |
| 2 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 2 | 4 | 5 | 7 |
| 4 | 3 | 5 | 6 | 5 |
| 5 | 4 | 5 | 7 | 4 |
| 6 | 2 | 3 | 6 | 6 |
| Media | 2.6 | 3.7 | 5.5 | 5.8 |

Fiecare ieșire din labirint indică că coordonarea mâinilor și rapiditatea executării mișcării cu mâinile este defectuoasă, altfel spus, cu cât mai multe puncte a obținut, cu atât a eșuat în realizare, acestea fiind puncte de penalitate.

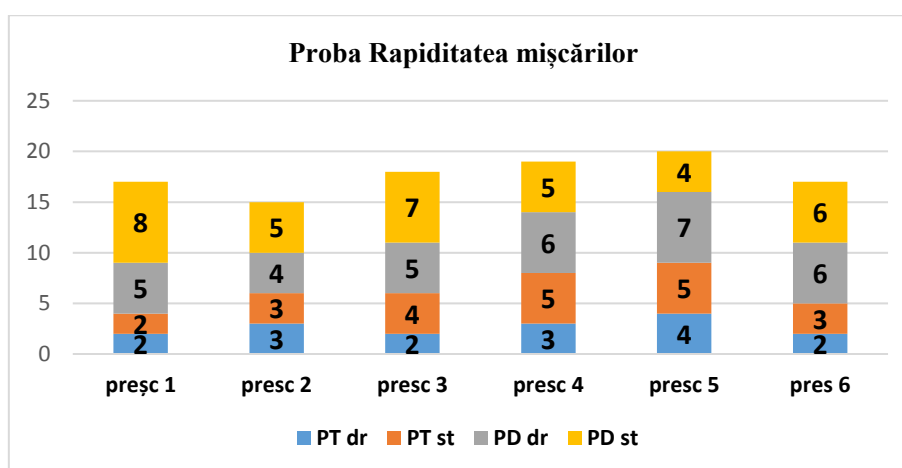


Figura 5. Punctajul preșcolărilor la testul Ozerețki, proba Rapiditatea mișcărilor, stânga/dreapta

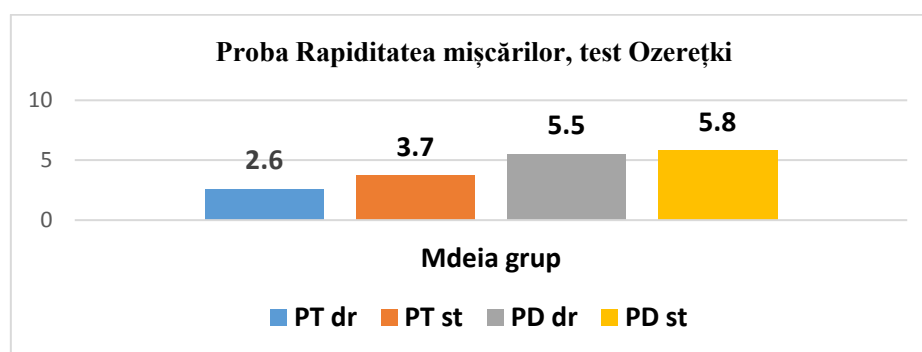


Figura 6. Media grup PT și PD mâna dreaptă/stângă

Trebuie să luăm în considerare că la proba dată punctajul înalt reflectă insuficiența dezvoltării rapidității mișcării mâinilor. Observăm că cifrele sunt înalte la preșcolarii cu disartrie.

- *Dictare grafică după Ţehanskaia.*

Scopul: determinarea nivelului dezvoltării motricității mâinii și a abilităților de mânăuire a pixului.

Preșcolarii trebuiau să unească anumite elemente dintr-un traseu, îndeplinind anumite condiții. Misiunea este destul de complicată, necesită concentrare maximă și orientare spațială foarte bună. Calculul punctajului a arătat următoarea repartizare:

Tabelul 6. Punctajul preșcolărilor la metoda Dictare grafică Ţehanskaia

| | Presc 1 | Presc 2 | Presc 3 | Presc 4 | Presc 5 | Presc 6 | Media gr |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| PT | 22 | 18 | 15 | 17 | 16 | 20 | 18 |
| PD | 10 | 11 | 13 | 12 | 10 | 14 | 11,6 |

Punctajul maximal este de 25 de puncte, însă nu a fost acumulat de niciun preșcolar; totuși rezultatele preșcolărilor cu dezvoltare tipică sunt mult mai înalte.

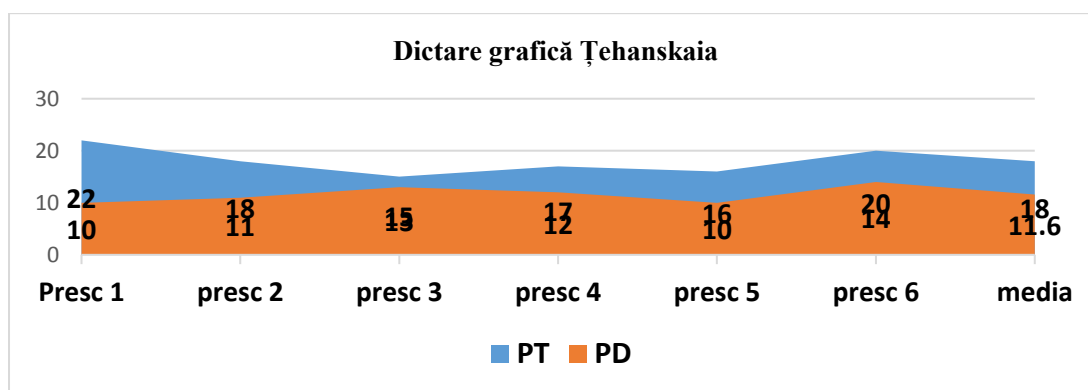


Figura 7. Punctajul subiecților PT și PD, metoda Ţehanskaia

Preșcolarii cu disartrie au avut un anumit specific al executării sarcinii: mâna tremura, nu întotdeauna se orientau în direcția unde trebuiau unite elementele (floricica, cercul și pătrățelul), ezitau când trebuiau să unească, cu atât mai mult că condiția era să treacă prin cerculeț.

Concluzii

Disartria constituie o tulburare neurologică de dezvoltare.

Examenul medical întotdeauna este necesar pentru a confirma existența disfuncționalității cerebrale pentru proiectarea corectă a intervenției logopedice.

Între limbaj/vorbire și motricitatea orală, fină sau grosieră, există interdependență directă, iar specialiștii trebuie să ia în considerare legătura între cele două procese.

Funcția mișcării mâinii este întotdeauna strâns legată de funcția vorbirii, iar dezvoltarea primei contribuie la dezvoltarea celei de-a doua.

Dezvoltarea funcțiilor ambelor mâini asigură dezvoltarea „centrelor” vorbirii în ambele emisfere și, ca urmare, oferă avantaje în dezvoltarea intelectuală, deoarece vorbirea este strâns legată de gândire.

Evaluarea motricității orale, fine și grosiere, oferă informație despre dezvoltarea limbajului, dar și despre dezvoltarea psihică generală a copilului și ajută la confirmarea sau infirmarea diagnozei logopedice de tulburare de limbaj de natură neurologică.

Metodele aplicate în vederea evaluării nivelului dezvoltării motricității copiilor preșcolari cu disartrie în comparație cu preșcolarii cu dezvoltare tipică dovedesc reticențe și imperfecțiuni în situația disartriei. Toate neresușitele preșcolarilor vorbesc despre necesitatea intervenției logopedice.

Bibliografie:

1. HAȚEGAN C., *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise*. Cluj: Trei, 2016. ISBN 978-606-719-722-8.
2. OLĂRESCU, V. *Fundamentele logopediei*. Chișinău: Garomont Studio SRL, 2022. 336 p. ISBN 978-9975-162-05-0.
3. OLĂRESCU, V. *Logopedia. Perspectiva diagnosticului logopedic*. Chișinău: Elena-IV SRL, 2008. ISBN 978-9975-9743-6-3.
4. OLĂRESCU, V. *Scrierea și citirea: intervenție logopedică preventivă și formativ-dezvoltativă*. Chișinău, 2020. 179 p. ISBN 978-9975-3342-5-9.
5. OLĂRESCU, V. *Specificități și atenționări în organizarea intervenției logopedice*. Conf internațională, Dezvoltarea economico-socială durabilă a euroregiunilor și a zonelor transfrontaliere, ediția XVII, Institutul de Cercetări Economice și Sociale "Gh. Zane", Academia Română, Filiala Iași, Iași, 29 octombrie, 2021, pp. 67-71. ISBN 978-606-685-830-4.
6. OLĂRESCU, V., BUGANU, D., MADAN, L. *Strategii didactice în logopedie*. Chișinău, 2020. 144p. ISBN 978-9975-3452-9-3.
7. OLĂRESCU, V., PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică. Principii. Metodologii. Perspective*. Chișinău: Elena – IV SRL, 2012. ISBN 978-9975-106-98-6.
8. OLĂRESCU, V., PONOMARI, *Dezvoltarea comunicării la copiii preșcolari cu tulburări de limbaj*. Chișinău. 171 p. ISBN 978-9975-3342-2-8.
9. VERZA, E. *Tratat de Psihopedagogie specială*. București: Ed. Universității din București, 2011.
10. VERZA, E. *Tratat de logopedie*. Vol. I. București: Pro Humanitas, 2003.
11. VERZA, E. *Tratat de logopedie*. Vol. II. București: Pro Humanitas, 2009.
12. VRĂȘMAȘ, E. *Tulburările de limbaj*. București: EDP, 2004.
13. ВОЛКОВА, Л.С. *Логопедия*. Москва, 1989. ISBN 5-09-000754-3.
14. ЛОПАТИНА Л.В., СЕРЕБРЯКОВА Н.В. *Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие*. Спб, Изд-во СОЮЗ, 2000. 192 с.
15. ЛЯПИДЕВСКИЙ, С.С., ШОСТАК, Б.И. *Клиника олигофрении*. Просвещение, 1973. 134 с.
16. ОЛЭРЕСКУ, В., ПОНОМАРЬ, Д. *ЛОГОПЕДИЯ – от теории к практике*. Chișinău: Garomont Studio SRL. 380 p. ISBN 978-9975-66-511-7.
17. ФИЛИЧЕВА, Т.В., ЧЕВЕЛЁВА, Н.А., ЧИРКИНА, Г.В. *Основы логопедии*. Москва, 1989. ISBN 5-09-000967-8.

CONCEPTUALIZĂRI TEORETICO-ȘTIINȚIFICE DESPRE DISARTRIE

THEORETICAL-SCIENTIFIC CONCEPTUALISATIONS ABOUT DYSARTHRIA

Valentina OLĂRESCU, dr., prof. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0001-8019-8907
olarescu.valentina@upsc.md

Valentina OLĂRESCU, PhD, University Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.36

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p306-310

Abstract. The article is devoted to the theoretical description of the language disorder, called dysarthria. The historical-bibliographic analysis of the disorder is presented, the etymology of the word is stated, definitions are given, the symptomatology, pathogenesis and classification of dysarthria are explained. The peculiarities of the personality of children with dysarthria are recorded. In general, they are not very communicative, isolate themselves, sometimes refuse to participate in group activities, appear indifferent, apathetic, insecure, easily exhausted, and their attention is very scattered. An insufficient development in the higher processes of thought is detected, closely related to the insufficient development of the essential aspects of language. Studies show that the dysarthric child's limited relationship with the environment, reduced communication with other people and severe pronunciation disorders make it considerably difficult to develop vocabulary and master the semantic aspect of speech. These children generally have a very limited vocabulary, have serious difficulties in including/understanding and using words that express relationships of time and space. Vocabulary limitations and insufficient development of higher thought processes limit the understanding and use of grammatical structures. Towards the end, the classic classification is provided along with the description of the symptomatic picture of each form of dysarthria.

Keywords: dysarthria, symptom, defect structure, pareticity, spasticity, muscle atony.

În 1853, medicul englez Willian J. Little a realizat pentru prima dată un studiu organizat al dereglărilor de limbaj de tip disartric. Acesta a descris tabloul simptomatic al paraliziiilor cerebrale, luând în considerare existența tulburărilor de limbaj pe baza afecțiunii motrice în articulare. Cercetările au fost desfășurate în două direcții: neurologică și logopedică. Termenul „disartrie” provine din greacă: *dis* înseamnă „dificultate”, iar *artron* semnifică „articulație”, în întregime definit ca tulburare în vorbire, rezultată din deteriorarea sau lezarea mecanismelor neurologice cu funcția de a regla mișcărilor articulatorii. Primii autori care au studiat disartria sunt: Filimonova, Opeinheim, Zimerling, Gutzman. În 1885, H. Gutzman abordează disartria ca pe o tulburare a pronunției, acceptând-o însă ca centrală și periferică, însoțită de deficiențe ale vocii, care nu erau luate în considerare până la acel moment.

În anul 1926, M.S. Margulis a descris diferite tipuri de disartrie, în prima sa lucrare *Despre diferențierea disartriei*. Studiului disartriei i s-au dedicat și mulți specialiști din țările Uniunii Sovietice. În anul 1947, O. Pravdina și-a susținut teza de doctor cu subiectul „Disartria în logopedia vârstei infantile”. În prezent, studiul acestei patologii, despre compensare și corectare, remediare și depășire, continuă să facă obiectul analizei multor cercetări științifice.

Studiile și investigațiile stăruie asupra leziunii specifice a sistemului nervos, a organizării lui, raportând-o la tulburările disartrice de limbaj [apud 2].

Autoarea V. Olărescu definește disartria ca pe o dereglare a laturii de pronunție, în special articulatorie, ca rezultat al insuficienței inervației a musculaturii articulatorii, anticipată de leziuni organice ale SNC [3]. Profesorul E. Verza definește disartria drept tulburare organică a limbajului cu caracter neurologic, cauzată de leziuni în regiunile centrale și căile conductoare ale analizorului verbomotor [6]. Inervația insuficientă devine evidentă în organele articulatorii, care produce modificări în pronunția sunetelor, însoțite în general de afectarea atributelor vocale, și afectează mișcările naturale ale organelor articulatorii. Defectele din partea limbii se caracterizează prin absența coordonării între mișcările musculare în laringe, cavitatea bucală și aparatul respirator, însoțite de incapacitatea de a prezice intensitatea sunetului sau durata acestuia. Aceasta dă naștere unei vocalizări confuze, cu silabe slabe, unele lungi sau scurte, în care vorbirea rezultată este aproape ininteligibilă. De obicei, se exprimă ca o pronunțare proastă a consoanelor. Paralizia musculară se răsfrânge și asupra aparatului respirator. Tulburare în articulația vorbirii, rezultă din defecte sau leziuni ale mecanismelor neurologice cu funcția de transmitere a informației către mușchii organelor fono-articulatorii pentru a-și executa mișcările. Slăbirea, încetineala sau incoordonarea musculară pot afecta toate procesele de bază ale vorbirii, cum ar fi respirația, fonația, rezonanța, articulația și prozodia. Erorile articulației sunt cele mai frecvente caracteristici ale disartriei, urmate de incapacitatea vocii, rezonanță și fluiditate.

Un alt autor, V. Leapidevski, la defectele de pronunție, mai adaugă dereglările tempoului vorbirii și ale expresivității limbajului. Vinarskaia, Șif, Mastiukova, Semionova afirmă că tulburările de pronunție de natură disartrică sunt asociate manifestărilor alalice, cu dereglări ale percepției fonematice, cu reținerea în dezvoltarea psihică [apud 2]. Segre, indică faptul că sunt tulburări complexe ale articulației cuvântului, ale intensității, ritmului și melodiei, cauzate de leziuni organice ale căilor motorii endocerebrale, precum și ale unor grupări nucleare subcorticale.

Când afectarea neurologică este periferică, simptomele specifice sunt mai mult determinate și pure, în leziunile centrale sunt, de obicei, variabile, ample și mai puțin specifice, însoțite de modificări ale ritmului fonatoriu, dificultăți în coordonarea respiratorie și tulburări în emisia vocală. Racenko și Cernakova consideră că disartria este o alterare a aspectului fonetic al limbajului, în care organizarea prosodică, fluxul sonor, nuanța fonetică a sunetelor (distorsiuni ale sunetelor) sau realizarea incorectă a semnelor acustice ale sunetelor limbajului sunt afectate (este vorba despre omiterea și înlocuirea sunetelor) [2].

În toate cazurile este evidentă insuficiența inervației a organelor care participă la emisia vorbirii, drept consecință fiind tulburările în pronunție, însoțite în general de tulburări ale ritmului respirator, ale vitezei, modulației și intonației vocii, aspectului lexical și gramatical al limbii. În cazuri grave, vorbirea devine total neînțeleasă, fiind imposibilă îmbinarea celor mai simple dintre foneme, acest caz fiind numit *anartrie*. Alte cauze ale disartriei sunt: tulburările intrauterine, incompatibilitatea Rh mamei și al copilului, nașterea prematură, bolile infecțioase și neuroinfecțioase suportate de copil în primii ani de viață (1-4 ani – perioadă senzitivă pentru dezvoltarea limbajului).

Simptomatologia disartriei

În tabloul simptomatic al disartriei se poate diferenția un grup de tulburări (defecte, dereglări) primare, care caracterizează patologia, și un grup de tulburări secundare, care apar ca urmare a primelor. Ca defecte primare pot fi enumerate tulburările de motricitate articulatorie, pronunție, respirație, ale vocii, intonației și motricității generale. Cele secundare apar ca urmare

a defectelor primare, exprimate prin defecte (tulburări) ale citirii și scrisului, modificări/abateri în dezvoltarea psihică, limitări ale dezvoltării vocabularului și în utilizarea și înțelegerea structurilor gramaticale [5].

În continuare vom defini fiecare dintre aceste tulburări.

- *Tulburări ale motricității articulatorii*

În raport cu tulburările de motricitate articulatorie, nu putem spune că la copii sunt superficiale, fluide, în unele cazuri nu ajung să se producă, sunt insuficiente, slabe. Trecerea de la o mișcare la alta este deficitară, întârziată. Copilul caută adesea articulația corectă, încearcă din nou și din nou, dar nu reușește. Limba este neascultătoare, întoarsă spre dreapta sau spre stânga, numai nu în direcția necesară.

- *Tulburări ale pronunției*

Pronunția se caracterizează prin absența multor sunete, substituții, distorsiuni, produse de parezia prezentă la copiii disartrici. Uneori, căutarea inefficientă a poziției corecte de articulare provoacă inconsecvența (incorectitudinea) pronunției sunetelor.

- *Tulburări ale respirației*

Respirația este superficială, frecvent claviculară, inspirația este scurtă. În unele cazuri, se observă tendința de a vorbi în timpul inspirației, ceea ce provoacă o senzație de dispnee.

- *Tulburări ale vocii*

Alterările vocii sunt cauzate de paralizia corzilor vocale, a vălului palatin și a tulburărilor de respirație. Vocea involuntară în timpul strigătului sau al plânsului nu prezintă mari abateri. Vocea voluntară este răgușită, nazală, puțin modulată. Persistă tulburări ale tonalității, intensității și ale timbrului vocii.

- *Tulburări de intonație*

Limbajul oral este puțin expresiv, melodios și modulată; uneori este accelerat, alteori încetinit. Se observă pauze inegale și iraționale. Unii autori evidențiază despre faptul că persoanele cu disartrie vorbesc de parcă ar avea gura plină.

- *Tulburări ale motricității generale*

Se manifestă fundamental ca fiind mișcări ciudate, stupide, inexacte și imprecise în creșterea sau diminuarea tonusului muscular. Frecvent este afectată coordonarea motorie generală a degetelor. Persoanele prezintă dificultăți în a scrie, a picta, a construi piramide, a dezlega șireturile la pantofi, a încheia și descheia cămașa etc. Scrisul este distorsionat, cu litere inegale și înclinate. Acestor copii le este foarte greu să sară într-un picior și uneori în ambele, să meargă pe o linie, să sară peste o frânghie, mersul este incert, cu echilibre și alunecări frecvente.

În raport cu modificările dezvoltării psihice, tulburările severe ale motricității generale limitează considerabil legătura lor directă cu lumea exterioară. Tulburările severe ale limbajului împiedică dezvoltarea normală a funcției de regulator al activității, transmițător de mesaje/comunicare și de relaționare socială. Acești doi factori influențează negativ asupra dezvoltării personalității și a activității cognoscibile. Din acest motiv, în cazurile severe de disartrie, sunt frecvente întârzierile în dezvoltarea psihică și modificările secundare ale intelectului [1].

Particularități ale personalității

Copiii cu disartrie sunt, în general, puțin comunicativi, se izolează, refuză uneori să participe la activități în grup, se prezintă indiferenți, apatici, nesiguri, se epuizează ușor, iar atenția le este foarte dispersată. Se detectează o dezvoltare insuficientă în procesele superioare ale gândirii, strâns legate de dezvoltarea insuficientă a aspectelor esențiale ale limbajului.

Studiile demonstrează că relația limitată a copilului disartric cu mediul înconjurător, comunicarea redusă cu ceilalți oameni și tulburările severe de pronunție îngreunează considerabil dezvoltarea vocabularului și stăpânirea aspectului semantic al vorbirii. Acești copii au, în general, un vocabular foarte limitat, au serioase dificultăți în a include/înțelege și a folosi cuvinte care exprimă relații de timp și spațiu. Limitările vocabularului și dezvoltarea insuficientă a proceselor superioare ale gândirii, limitează înțelegerea și utilizarea structurilor gramaticale. Reieșind din aceste cauze, disartria apare în multe cazuri ca o formă de insuficiență generală în dezvoltarea limbajului, care îngreunează procesul de învățare. Este necesar să subliniem că toate limitările descrise anterior nu sunt prezente în toate cazurile; ele depind de multe alte cauze, între care putem menționa gravitatea/intensitatea tulburării disartrice, particularitățile personalității copilului, posibilitățile de comunicare cu alți copii și adulți; climatul verbal și nivelul cultural al familiei; atenția acordată tulburării ș.a.

Clasificarea disartriei în funcție de locația leziunii

Localizarea leziunilor pe creier este diferită:

- pe partea centrală a creierului,
- pe partea anterioară a creierului,
- pe partea posterioară,
- pe partea inferioară a creierului; scizura Rolando; dereglarea căilor piramidale și extrapiramidale; dereglări și leziuni ale cerebelului; lezarea centrilor nucleari localizați pe trunchiul cerebral.

Patogeneza este mecanismul apariției tulburării provocată de lezarea regiunii centrale sau periferice a SNC, care, la rândul ei, determină insuficiența inervației musculaturii mimice și a articulației. Foarte des, impulsurile nervoase nu se transmit mușchilor articulatori din cauza atoniei și atrofiei acestor mușchi.

Strictura defectului în disartrie se exprimă prin cinci componente:

- dereglarea tonusului muscular articulatoriu;
- dereglarea motricității articulatorii;
- dereglarea pronunției tuturor sunetelor vorbirii;
- dereglarea respirației;
- dereglarea vocii [9, 10, 11].

Dereglarea tonusului muscular articulatoriu se manifestă diferit, manifestându-se în formă de: spasticitate, pareticitate și distonie musculară.

În cazul spasticității, tonusul muscular este încordat, ridicat. În proces este atrasă musculatura limbii, buzelor, vălului palatin, a feței (mimica). În pareticitate avem tonus muscular flasc, atonic, suprarelat, observându-se salivă abundentă.

În cazul distoniei musculare, tonusul muscular este variat. Atestăm instabilitatea tonusului condiționat de procesele instabilității care se produc în locul leziunii. În pauză, tonusul este scăzut, flasc, paretic, iar în timpul vorbirii are loc încordarea, mușchiul se spasmează.

Dereglarea motricității articulatorii se manifestă prin limitarea motricității, în pareze sau paralizii ale limbii, buzelor (sunetele t-d-dentale; p-b-labiale).

Discoordonarea mișcărilor se exprimă prin dereglarea exactității mișcărilor și avem:

- hipermetrie – mărirea amplitudinii mișcării executate;
- greutate în emiterea consecutivă și reproducerea mișcărilor consecutive; greutatea de postare a pozei postulate.

Dereglarea pronunției tuturor sunetelor vorbirii este consecința (simptomul) principală în disartrie. Dereglările se manifestă ca și în cazul dislaliei prin omisiune, substituție, dislocare, alterare [4]. În cazul disartriei, sunetele sunt parțial păstrate, iar în vorbirea curentă cursivă ele sunt șterse, nediferențiate. De aceea, despre logopat se spune că ar avea „terci în gură”.

Dereglarea respirației este condiționată de pareticitatea mușchilor toracali. Respirația este aritmică, superficială, mai mult predomină tipul de respirație abdominală, iar persoanele afectate au tendința de a vorbi atât în timpul expirației, cât și al inspirației.

De asemenea, este afectată și latura prozodică – intonația, tempoul, vocea. Dereglarea vocii este determinată de pareza mușchilor limbii, buzelor, palatului moale și a altor organe. Puterea vocii, tonalitatea este diferită.

În funcție de structura defectului, sunt evidențiate *formele clasice de disartrie*: spastică, flască și ataxică.

Disartria **spastică** este o leziune localizată în neuronii motor superiori. Creșterea tonusului mușchilor laringieni implică o îngustare a deschiderii laringiene, precum și o creștere a rezistenței la fluxul de aer. Pacienții emit fraze scurte, vocea este răgușită, tonul scăzut și vocea cântătoare. Uneori au loc întreruperi ale tonului sau ale respirației. Este caracteristică articulația consoanelor puțin precisă și o potențială distorsionare a vocalelor. De asemenea, mulți pacienți prezintă hipernazalitate.

Disartria **flască** este o leziune localizată în neuronii motor inferior. Vocea devine sforăitoare și volumul este scăzut. Pot fi observate caracteristici suplimentare, referitoare la respirație: persoanele încearcă să vorbească în momentul inspirației. În schimb, o paralizie a mușchilor superiori, constrictori ai faringelui, conduce la apariția hipernazalității în momentul vorbirii. Distorsiunea fonemelor va varia în funcție de structurile articulatorii implicate.

Disartria **ataxică** este o leziune localizată în cerebel. Vocea devine aspră, monotonă, cu puține variații de intensitate. De asemenea, se poate observa tremurul vocii, ce provoacă distorsiune consonantică și vocalică, prelungirea fonemelor și a spațiului dintre ele [9].

Activitățile recuperatorii logopedice în disartrie. Sunt cunoscute o multitudine de metode și căi de recuperare a disartriei. Mulți autori care au elaborat aceste metode își au punctul propriu de vedere și pun accentul pe anumite componente ale structurii defectului.

Bibliografie:

1. HAȚEGAN C. *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise*. Cluj: Trei, 2016. ISBN 978-606-719-722-8.
2. OLĂRESCU, V. *Fundamentele logopediei*. Chișinău: Garomont Studio SRL, 2022. 336 p. ISBN 978-9975-162-05-0.
3. OLĂRESCU, V. *Logopedia. Perspectiva diagnosticului logopedic*. Chișinău: Elena-IV SRL, 2008. ISBN 978-9975-9743-6-3.
4. OLĂRESCU, V., PONOMARI, D. *Asistența logopedică și psihologică. Principii. Metodologii. Perspective*. Chișinău: Elena – IV SRL, 2012. ISBN 978-9975-106-98-6.
5. VERZA, E. *Tratat de psihopedagogie specială*. București: Ed. Universității din București, 2011.
6. VERZA, E. *Tratat de logopedie*. Vol. I. București: Pro Humanitas, 2003.
7. VERZA, E. *Tratat de logopedie*. Vol. II. București: Pro Humanitas, 2009.
8. VRĂȘMAȘ, E. *Tulburările de limbaj*. București: EDP, 2004.
9. ВОЛКОВА, Л.С. *Логопедия*. Москва, 1989. ISBN 5-09-000754-3.
10. ЛЯПИДЕВСКИЙ, С.С., ШОСТАК, Б.И. *Клиника олигофрении*. Москва: Просвещение, 1973. 134 с.
11. ФИЛИЧЕВА, Т.В., ЧЕВЕЛЁВА, Н.А., ЧИРКИНА, Г.В. *Основы логопедии*, Москва, 1989. ISBN 5-09-000967-8.

VALENȚA STĂRII DE BINE ÎN EDUCAȚIA PREȘCOLARILOR

THE VALENCE OF WELLBEING IN THE EDUCATION OF PRESCHOOL CHILDREN

Aurica BUZENCO, dr., lect. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID:0000-0002-5168-7186
buzenco.aurica21@gmail.com

Olga MUNTEANU, master,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0009-0006-3542-9618
olgamunteanu80@gmail.com

Aurica BUZENCO, PhD, University Lecturer,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau
Olga MUNTEANU, master,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 373.2.015.3

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p311-315

Abstract. The article highlights the importance of the well-being of preschoolers in modern education. The arguments presented certify the necessity of psychopedagogical implications in creating well-being in preschoolers, an idea that encompasses psychological, physical, and social aspects, including objective and subjective data of their lives, elements related to the psychological and emotional development of the child. In the context of the continuous evolution of education and society, well-being in educational institutions has become the subject of numerous debates and scientific documents. Educational institutions must respond to rapid societal changes, including globalization, pandemics, and conflicts, by promoting education that encourages cooperation, problem-solving, and acceptance of diversity. Leveraging well-being for this purpose can bring real benefits to the harmonious development of the preschooler's personality, fundamental to helping children learn, succeed in their studies, become competent individuals, and actively participate in the life of educational institutions and social life.

Keywords: well-being, preschoolers, education, valence.

Educația și societatea de astăzi sunt într-o dezvoltare continuă, iar în ultima perioadă aceasta e și mai intensă, ceea ce determină revizuirea și modificarea acțiunilor educaționale. Provocările educaționale și sociale în care este implicat copilul și nemijlocit personalul didactic sunt multe și variate, motiv pentru care fiecare zi este o nouă călătorie educațională pentru fiecare persoană care urmează acest parcurs.

Tema privind starea de bine în instituțiile de învățământ este de un interes din ce în ce mai mare, motiv pentru care se observă apariția multor documente științifice în mass-media, pe canalele rețelelor de socializare, cu scopul de a îmbunătăți performanța și productivitatea la locul de muncă. Instituțiile de învățământ trebuie să creeze schimbări într-o societate care trece printr-o transformare din cauza globalizării, pandemiilor, diferitelor conflicte, schimbări climatice etc.

Copiii de la o vârstă fragedă trebuie să învețe să trăiască, să se joace, să participe la sarcini comune, să găsească împreună soluții la situații și probleme, să accepte diferențele, să accepte personalitatea, interculturalitatea și diferențele de opinie.

Așadar, Curriculumul pentru Educație Timpurie este implementat în sistemul educațional al Republicii Moldova, bazat pe teorii psihologice și pedagogice, care subliniază necesitatea dezvoltării cuprinzătoare și personale a copilului, abordări privind egalitatea de gen și drepturile omului; concentrarea pe competențele copiilor; starea de bine a copilului [3, p. 8].

Starea de bine a copiilor, cunoscută și sub numele de bunăstare emoțională, este unul dintre elementele esențiale ale unei educații de calitate, inclusiv o atitudine pozitivă față de ei înșiși, viață, viitor, care este modul în care copiii gândesc și simt cu privire la ei înșiși și la lumea din jurul lor. Formarea, dezvoltarea și promovarea potențialului copilului are loc doar atunci când starea de bine este garantată [9, p. 7].

Literatura de specialitate prezintă o varietate de situații în care este experimentată starea de bine. Autorii recunosc că starea de bine este de natură multidimensională și include aspecte cognitive, emoționale, sociale, fizice și spirituale.

Starea de bine cognitivă este asociată cu realizarea și succesul. Aceasta include modul de procesare a informațiilor și de luare a deciziilor. Bunăstarea cognitivă este importantă pentru dobândirea cunoștințelor și învățare.

Starea de bine emoțională se referă la conștientizarea de sine și la capacitatea de a face față adaptării emoționale. Aceasta implică procesul de adaptare și se reflectă adesea în nivelul de rezistență al unei persoane. Bunăstarea emoțională depinde de capacitatea de autoreflexie.

Starea de bine socială este experimentarea unor relații pozitive și conectarea cu ceilalți și este importantă pentru un comportament pro-social și empatia față de ceilalți.

Starea de bine fizică reprezintă măsura în care o persoană se simte sănătoasă și în siguranță din punct de vedere fizic. Bunăstarea fizică creează premise pozitive pentru sănătate.

Bunăstarea spirituală se referă la sentimentul unei persoane de sens și scop. Acesta poate include conexiunea la cultură, religie sau comunitate și include convingerile, valorile și noeme etice. Starea de bine poate fi modelată printr-o serie de influențe generale, inclusiv gradul în care există o posibilitate de alegere, atingere a obiectivelor semnificative, relații pozitive, bucurie, creștere și dezvoltare personală, sănătate și siguranță [8, p. 10].

Educația preșcolară, ca prim pas în procesul educațional într-un mediu instituționalizat, devine imperativă pentru dezvoltarea armonioasă a copiilor. Pe lângă obligația de a urma această perioadă de pregătire, este garantată și integrarea adecvată în școală, contribuind la formarea personalității copiilor conform standardelor stabilite de societate. Intervențiile educaționale aplicate copiilor trebuie să vizeze deblocarea potențialului fiecărui copil, indiferent de diferențe. Valorizarea potențialului este primul pas în construirea unei stări de bine pentru copil. Dacă este încurajat să exploreze, să cunoască și să descopere, acest proces va duce cu siguranță la creșterea încrederii. Pentru o dezvoltare adecvată, trebuie luate în considerare caracteristicile individuale și specifice vârstei. Unicitatea fiecărui copil și intervenția educativă oferă posibilitatea de modelare a unei personalități unice, complete, creative și autonome.

Starea de bine este strâns legată de învățare și motivație. Nu poți face ceva bun dacă nu ai o stare bună. Mediul în care trăim poate fi stimulant sau dimpotrivă dăunător stării de bine. Acest lucru este valabil și acolo unde copiii își petrec cea mai mare parte a timpului – instituțiile de învățământ. Prin urmare, copiii petrec mult timp la grădiniță și aceasta trebuie să fie parte integrantă a modelării stării de bine a lor, cu toate aspectele sociale, fizice și emoționale. Starea de bine a copiilor preșcolari influențează capacitatea de a-și atinge întregul potențial. Calitatea

relațiilor copiilor între ei și adulți, precum și calitatea mediului lor de învățare are un impact semnificativ asupra dezvoltării personalității copiilor. A fost demonstrat că mediul fizic, social și emoțional în care cadrele didactice și copiii își petrec cea mai mare parte a zilei poate avea un impact asupra sănătății și bunăstării lor fizice, emoționale și a stării de bine.

Educația timpurie este baza învățării pe tot parcursul vieții, baza bunăstării individuale, sociale și economice și baza dezvoltării durabile. Prin urmare, educația timpurie trebuie să fie o forță motrică pentru bucuria de a învăța, ceea ce duce la construirea unei comunități orientate spre învățare, o comunitate care dobândește capacitatea interioară de a recunoaște și rezolva probleme și de a face progrese, având ca scop calitatea vieții fiecărui individ în toată complexitatea ei.

Este clar că atunci când educatorii își îndeplinesc sarcinile, ei sunt parte integrantă a mediului educațional, adică pentru a face fiecare copil să se simtă binevenit, educatorii oferă un mediu sigur care satisface nevoile unice de învățare ale preșcolarilor, educatorii încurajează preșcolarii să coopereze, să participe la diverse activități și să își asume riscuri în procesul de învățare [10, p. 3].

Orientarea copilului spre învățare/dezvoltare are loc prin crearea unui mediu educațional adecvat, prin crearea de spații în cadrul grupului care să permită dezvoltarea liberă și să pună accent pe starea de bine a copilului. Educatorii au responsabilitatea de a crea un mediu de învățare care să fie atractiv, confortabil, sigur, funcțional, să invite copiii să se joace și să se angajeze în activități, ca să se simtă stăpâni și în siguranță.

În acest sens, L. Cozolino utilizează noțiunea de mediu susținător, ce reprezintă un spațiu interpersonal care generează reglarea emoțională, siguranța și încurajarea, astfel încât susține încrederea reciprocă, explorarea și învățarea adaptivă [1, p. 123].

Beneficiile unui mediu educațional pozitiv includ fericirea și bunăstarea, un sentiment mai puternic de apartenență și o calitate îmbunătățită a vieții pentru cei implicați în procesul educațional. Indirect, poate duce la îmbunătățirea performanței academice. De asemenea, putem schimba aspectele negative ale vieții școlare prin reducerea intimidării, hărțuirii și absenteismului. Are posibilitatea de a reduce, anxietatea, frica, depresia și lipsa de motivație. Starea de bine în timpul copilăriei și adolescenței oferă o bază solidă pentru o bună sănătate mintală la vârsta adultă.

Mediul educațional poate potența bunăstarea socială, emoțională și capacitatea de învățare când:

- este cald, prietenos și recompensează învățarea;
- promovează în special cooperarea și mai puțin competiția;
- oferă susținere și facilitează comunicarea deschisă;
- încurajează activitățile creative [5, p. 38].

Mediul fizic cuprinde tot ce înconjoară grădinița. Podelele, pereții, forma și dimensiunea sălilor de grupă, spațiul pentru activități în aer liber, mobilierul, materialele, echipamentele și jucăriile, toate influențează experiențele copiilor. Culorile neutre și iluminarea caldă și naturală creează o atmosferă benefică. Mobilierul trebuie amenajat astfel încât să asigure calmul și o bună izolare fonică. Un mediu bine construit va ajuta la dezvoltarea jocului complex, la demonstrarea independenței, la dezvoltarea abilităților sociale și de rezolvare a problemelor. Copiii sunt entuziasmați și stimulați să înceapă să învețe, să exploreze materialul și să descopere noi adevăruri.

O altă cerință este planificarea activităților în funcție de resursele disponibile ale educatorului. În centrele de activitate trebuie să existe materiale diverse, bogate și atractive. Materialul pe care ar trebui să-l aibă centrele de joacă va stimula curiozitatea și va încuraja dobândirea de noi cunoștințe. Modul în care este distribuit și poziționat trebuie să creeze o atmosferă distinctă, sigură, estetică și confortabilă, care să stimuleze urmărirea intereselor fiecărei persoane în cunoaștere și cercetare [7, p. 69].

Construirea unor relații puternice cu copiii și capacitatea de a-i face să se simtă bine necesită o comunicare orizontală. Comunicarea de la egal la egal impune adulților care comunică cu copiii, inclusiv educatorii, să respecte următoarele condiții:

- formarea empatiei – a capacității de a se plasa imaginar în poziția copilului pentru a-i înțelege mai bine „eu-l”, capacitatea de a vedea lumea „cu ochii” săi, prin prisma viziunilor și reprezentărilor lui;
- capacitatea adultului de a se ridica până la nivelul de înțelegere a adevărului „copilăresc”;
- stabilirea comunicării cu copilul se bazează pe dorința constantă de a cunoaște specificul personalității lui, conștientizarea schimbărilor care se produc la el, conștientizarea stărilor emoționale, a lumii lui interioare. Respectând individualitatea copilului, ținem cont de nivelul lui de dezvoltare, știind că acesta poate să nu coincidă cu legitățile generale ale dezvoltării, fiind într-un ritm accelerat sau întârziat.

Formarea și respectarea independenței și autonomiei copiilor este, la fel, un context care asigură starea de bine a copilului. Trebuie să fim conștienți de faptul că la vârsta preșcolară structura comunicării noastre cu copiii se schimbă, relațiile egalitare și de cooperare sunt puse în valoare în diverse activități (joc, convorbire, construcție etc.) prin colaborare și cooperare. Imitația cuprinzătoare este înlocuită treptat cu elemente de atitudini critice cu privire la acțiunile semenilor și adulților, apar primele forme de comportament independent. În comunicarea noastră, copilul nu trebuie să apară ca un elev sau învățăcel (care este în permanență educat); este important ca copiii să înțeleagă că pot fi, într-o anumită măsură, egali cu adulții. Acest lucru valorifică încrederea copiilor în propriile forțe și cunoștințe, făcându-i capabili să evalueze și să integreze cu precizie modelele de comportament social. Putem crea situații în care nevoia noastră de ajutor să fie modelată, situații distractive de competiție, situații de joc cu „greșeli” programate pentru ca copilul să observe și să se corecteze etc. Le permitem copiilor să-și exprime liber atitudinile și opiniile pentru a identifica și găsi cauzele lucrurilor nepotrivite și pentru a le corectea. Independența copiilor în judecată, în exprimarea propriilor atitudini va fi împiedicată dacă acestea sunt filtrate de cenzura strictă a noastră, a adulților. Putem supune controlului formele de exprimare doar dacă pot dăuna personalității cuiva. Copiii trebuie să aibă dreptul de a avea o opinie și de a o exprima liber atunci când interacționează cu ceilalți [7, pp. 90-94].

Satisfacerea nevoilor copiilor este unul dintre sloganurile care ar trebui să-i ghideze pe adulți (în special, părinți și educatori). Cel mai bun mod de a realiza acest lucru este educarea prin iubire. Educația prin iubire este o educație proactivă, care anticipează nevoile de bază ale copiilor și e orientată spre satisfacerea lor.

Educația eficientă care aduce starea de bine se bazează pe patru „pietre de temelie”:

1. satisfacerea nevoilor emoționale și de iubire ale copilului;
2. asigurarea unei pregătiri pline de iubire, dar și formarea unei discipline a copilului;
3. asigurarea unei protecții fizice și emoționale;
4. explicarea și exemplificarea controlului mâniei.

Dacă lipsește unul dintre aceste precepte sau nu se pune accentul necesar pe el, copilul ar putea să se confrunte cu anumite probleme [12, p. 34].

Concluzionând, putem afirma că starea de bine în timpul copilăriei pune temelii solide pentru o sănătate bună la maturitate.

Grădinița joacă un rol important în conectarea dezvoltării personalității copilului la bunăstarea individuală și colectivă, care va modela permanent valorile și atitudinile societății în care trăiește copilul. Activitatea din instituția de învățământ preșcolar este cea care creează calitate și, prin urmare, starea de bine a educatoarei este o condiție pentru bunăstarea copiilor. Acest lucru poate fi asigurat doar printr-un management eficient al educației, la nivelul sistemului și al furnizorilor de educație, precum și printr-un dialog continuu între partenerii sociali.

Mediul joacă un rol la fel de important în starea de bine a copiilor preșcolari, care trebuie să fie sigur, stimulativ și să faciliteze interacțiunea socială și dezvoltarea cognitivă.

Educatorii, prin intermediul abordărilor și al relațiilor construite cu copiii, pot promova sentimentul de securitate și sprijin, contribuind astfel la starea de bine a micuților.

Programul educațional trebuie să abordeze nu doar aspectele cognitive, ci și emoționale, sociale și fizice ale dezvoltării copilului. Fiind esențial pentru o dezvoltare echilibrată a copiilor, acesta promovează starea de bine la preșcolari.

Implicarea părinților în promovarea stării de bine a copiilor preșcolari, printr-o colaborare strânsă cu educatorii, poate asigura o continuitate a procesului educațional și de îngrijire în afara mediului preșcolar.

Bibliografie:

1. COZOLINO, L. *Predarea bazată pe atașament. Cum să crezi o clasă tribală*. București: Trei, 2017. 312 p. ISBN 978-606-719-723-5.
2. CUTASEVICI, A., CRUDU, V., GUȚU, V., VRÂNCEANU, M. *Cadrul de referință al educației timpurii din Republica Moldova*. Chișinău: Lyceum, 2018. 76 p. ISBN 978-9975-3285-4-8.
3. CUTASEVICI, A., CRUDU, V., GUȚU, V., VRÂNCEANU, M. *Standarde de învățare și dezvoltare a copilului de la naștere până la 7 ani*. Chișinău: Lyceum, 2019. 92 p. ISBN 978-9975-3285-6-2.
4. *Ghidul cadrelor didactice pentru educația timpurie și preșcolară*. Ministerul Educației și Tineretului al Republicii Moldova [online] [citat 13.03.2024]. Disponibil: https://mecc.gov.md/sites/default/files/ghid_cor3.pdf
5. *Ghidul cadrelor didactice pentru educația timpurie și preșcolară*. Ministerul Educației și Tineretului al Republicii Moldova [online] [citat 13.03.2024]. Disponibil: https://mecc.gov.md/sites/default/files/ghid_cor3.pdf
6. IRIMIE, S. *Evaluarea stării de bine a copilului în școală*. Cluj, 2017-2019, p. 29.
7. *Repere metodologice privind organizarea procesului educațional în instituțiile de educație timpurie în anul de studii 2021-2022* [citat 10.03.2024]. Disponibil: https://mecc.gov.md/sites/default/files/1_repere_et_2021-2022_02.08.2021-final.pdf
8. VRÂNCEANU M., PELIVAN V. *Organizarea procesului educațional în instituțiile preșcolare pentru anul de studiu 2015-2016*. Chișinău, 2015. 19 p.
9. VRÂNCEANU, M., coor. gen.; CUTASEVICI, A., CRUDU, V., experți-coord. naț.: GUȚU, V., contribuții: BODRUG-LUNGU, V. *Curriculum pentru educație timpurie*. Chișinău: Lyceum, 2019. ISBN 978-9975-3285-7-9.
10. VRÂNCEANU, M., TERZI-BARBĂROȘIE, D., TURCHINĂ, T.Ș. *1001 idei pentru o educație timpurie de calitate*. Chișinău: Centrul Educațional „Pro Didactica”, 2010. 216 p. ISBN 978-9975-4125-1-3.

MANIFESTAREA ARDERII PROFESIONALE ÎN RÂNDUL TINERILOR

MANIFESTATION OF PROFESSIONAL BURNOUT AMONG YOUNG PEOPLE

Valentina MÎSLIȚCHI, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID ID: 0000-0001-7868-4439
mislitchi.valentina@upsc.md

Valentina MÎSLIȚCHI, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 159.944:331.44-053.6

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p316-326

Abstract. Professional Burnout represents the phenomenon that is escalating more in contemporary society, manifesting including at the age of youth. The exorbitant pressure at work, the high expectations of employers, the overwork, the high workload, the permanently extended working hours, the lack of work-life balance, the uncertainty regarding career and professional development, the lack of support and resources, the obsessive perfectionism, the overstated responsibility in completing tasks, the exaggerated desire for performance as well as demanding unachievable performances, the low resistance to stress, difficulties in planning complex and multiple activities are some of the significant factors that lead to the establishment of Professional Burnout among young people. The article highlights the symptoms, the factors of Professional Burnout, specifies the structural components of the Professional Burnout. The paper presents the results of the study focused on the evaluation of the level of Professional Burnout among young people, which aims at the following dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, reduction of personal achievements; the data obtained regarding the defining profiles of the respective phenomenon are described: frantic, demotivated, exhausted.

Keywords: Professional Burnout, young people, symptoms, factors, components, dimensions, profiles, evaluation, attested results.

Arderea profesională (sindromul Burnout) reprezintă fenomenul care ia amploare tot mai mult în societatea contemporană, manifestat, inclusiv, la vârsta tinereții. Respectivul fenomen este generat de o serie de factori, printre care se evidențiază: presiunea excesivă la locul de muncă, așteptările nerealiste ale angajatorilor, sarcinile de lucru copleșitoare, orele lungi de muncă, lipsa unui echilibru între viața profesională și cea personală, incertitudinea cu privire la carieră și dezvoltarea profesională, lipsa de sprijin și resurse, dorința exagerată de perfecționare, responsabilitatea prea mare în îndeplinirea sarcinilor, cerințele excesive de performanță, stresul continuu etc. În asemenea circumstanțe, se atestă creșterea incidenței sindromului Burnout în rândul tinerilor.

C. Maslach consideră că *arderea* reprezintă sindromul epuizării emotionale, depersonalizarea și micșorarea nivelului de realizări personale, care poate apărea la persoanele a căror activitate presupune o comunicare strânsă cu alte persoane; vizează reacția la supraoboseala cronică emoțională provocată de comunicarea excesivă cu alte persoane, mai ales dacă acestea au unele probleme sau neplăceri [apud 1, p. 77].

Epuizarea profesională se referă la „sindromul de epuizare fizică, psihică și emoțională, care vizează dezvoltarea unei stime de sine negative, inclusiv a unei atitudini profesionale

negative, care conduce la o pierdere a implicării în activitate, a sentimentelor și a stărilor pozitive; rezultă din stresul profesional, derivat din produsul eforturilor disproporționate în privința factorului timp, al emoțiilor și al angajării în sarcini profesionale și a unei satisfacții scăzute” [2, p. 99].

Se atestă varii caracteristici și simptome ale arderii profesionale:

- pierderea motivației; dezvoltarea montajelor negative atât față de muncă, cât și față de alte persoane; apariția senzației de îngustare a libertății de alegere; pierderea umorului sau transformarea lui în „umor negru”, sarcastic; apariția senzației că toate acțiunile sunt făcute prin constrângere, nu ca rezultat al propriei alegeri [1, p. 77];
- oboseala intensă cu dureri difuze (dorsalgii sau migrene) și tulburări de somn; sentimentul de „dezumanizare”, care se traduce printr-o detașare emoțională din ce în ce mai evidentă, mergând chiar până la absența emoțiilor față de alții, dacă nu chiar o totală indiferență față de suferința lor; decepția față de profesie și sentimentul de inutilitate legat de activitatea respectivă, impresia de incapacitate de a-i ajuta pe alții [4, pp. 7-8];
- simptomele de ordin fizic, afectiv, cognitiv, comportamental [1, pp. 77-78].

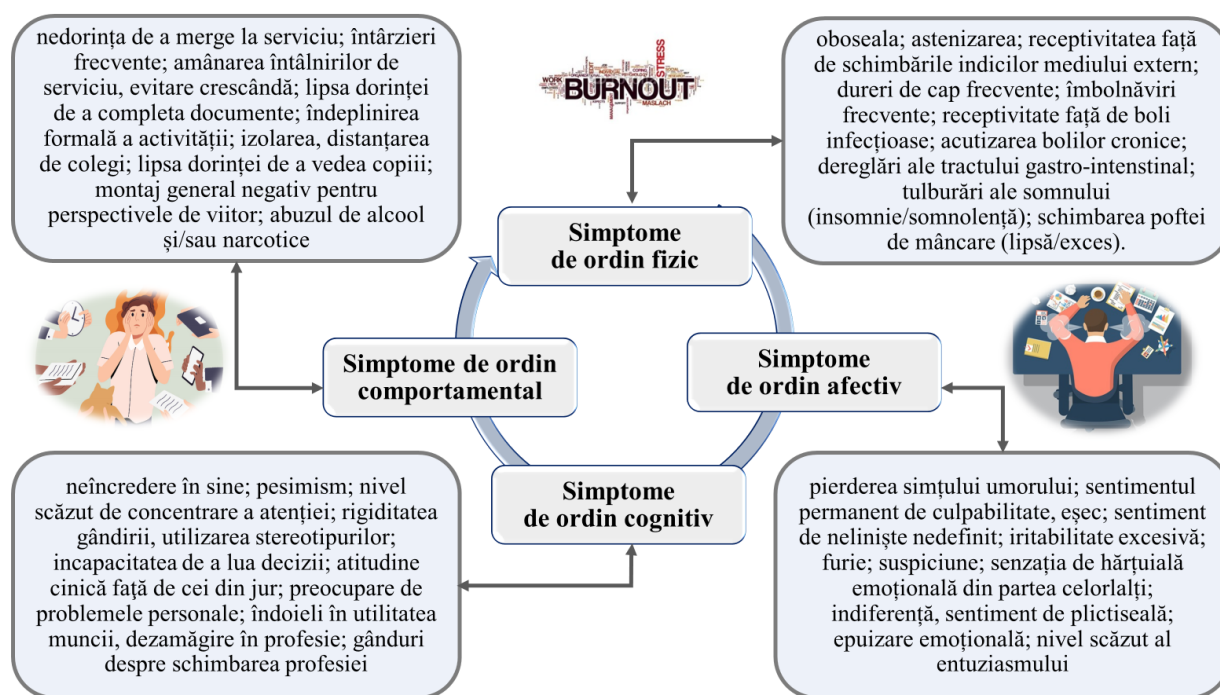


Figura 1. Simptomele arderii profesionale

V. Gorincioi evidențiază trei grupuri de factori care ar putea genera sindromul Burnout: generali, organizaționali, personali [3, pp. 28-32].

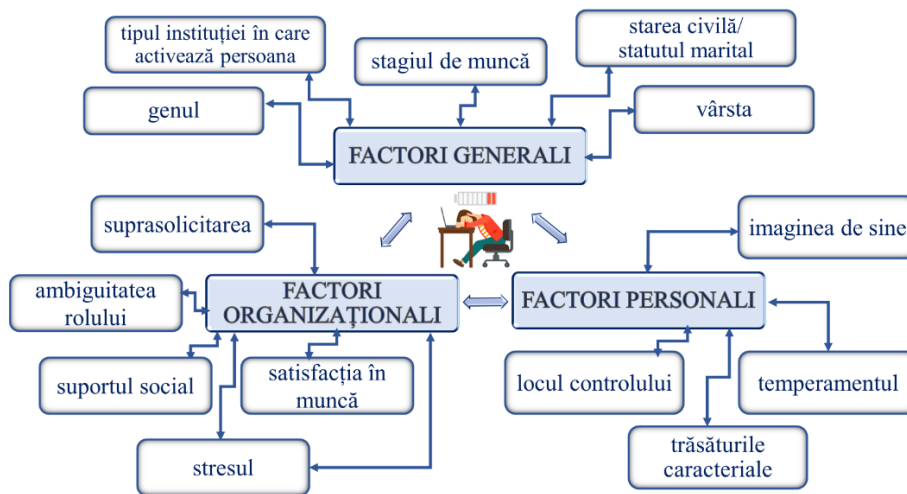


Figura 2. Factorii care generează sindromul Burnout (după V. Gorincioi)

D. Terzi-Barbaroșie scoate în evidență factorii interni și externi ai arderii profesionale [7, p. 38].



Figura 3. Factorii arderii profesionale (după D. Terzi-Barbaroșie)

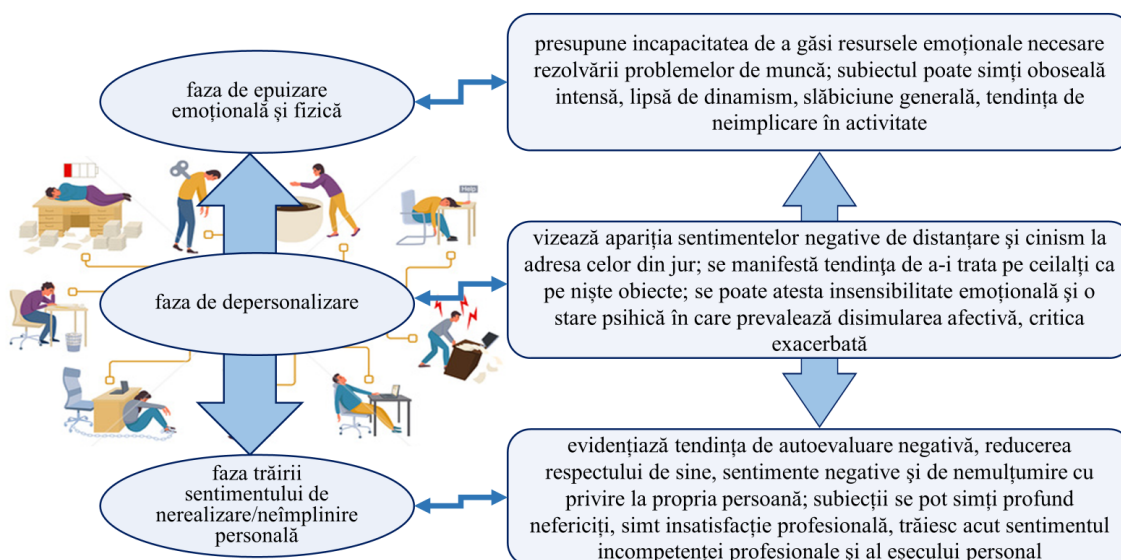
C. Maslach și S.E. Jackson evidențiază trei dimensiuni ale arderii profesionale: *extenuarea emoțională* (scăderea fondului emoțional, indiferență sau suprasaturare cu emoții), *depersonalizarea* (deformarea relațiilor cu alte persoane, cinism, negativism crescut sau dependență crescută de ceilalți), *reducerea realizărilor personale* (evaluare redusă a

personalității, a succesului, a realizărilor, limitarea capacităților și responsabilităților) [apud 6, p. 27].



Figura 4. Dimensiunile arderii profesionale (după C. Maslach și S.E. Jackson)

Fenomenul arderii profesionale a fost reprezentat de Modelul multidimensional, propus de C. Maslach și M.P. Leiter, reflectat în structura Instrumentului MBI (Maslach-Burnout Inventory), care evidențiază trei componente: faza de epuizare emoțională și fizică, faza de depersonalizare, faza trăirii sentimentului de nerealizare/neîmplinire personală [apud 5, p. 280].



15.04.2024

Figura 5. Fazele arderii profesionale (după C. Maslach și M.P. Leiter)

Preocupați de cercetarea problemei diminuării arderii profesionale, în perioada ianuarie-aprilie 2023, am realizat un studiu axat pe evaluarea arderii profesionale în rândul tinerilor conform următoarelor criterii: dimensiunile arderii profesionale (extenuare emoțională, depersonalizare, reducerea realizărilor personale); profilurile Burnout (frenetic/clasic, demotivat și epuizat).

Lotul experimental a fost constituit din 60 de tineri, cu vârsta cuprinsă între 19 și 25 de ani.

Instrumentele utilizate în vederea diagnosticării arderii profesionale au vizat:

- Chestionarul de evaluare a Burnout-ului de C. Maslach și S.E. Jackson (structurat pe trei dimensiuni: extenuare emoțională, depersonalizare, reducerea realizărilor personale);

- Chestionarul Profilurilor Burnout „Burnout Clinical Subtype Questionnaire” (BCSQ-36), elaborat în baza lucrărilor clinice și fenomenologice extinse ale psihologului clinician B. Farber (axat pe trei profiluri Burnout: frenetic, demotivat, epuizat).

În urma prelucrării și interpretării datelor experimentale obținute la aplicarea *Chestionarului de evaluare a Burnout-ului de C. Maslach și S.E. Jackson*, am constatat că 14 tineri (23,3%) posedă un nivel înalt de ardere profesională, acesta fiind un indice al faptului ca sunt expuși stresului mai îndelungat la locul de muncă, fapt cauzat de o serie de factori precum: presiunea exorbitantă la locul de muncă, volumul mare de lucru și responsabilitățile multiple care le revin, necesitatea de a continua activitatea în afara orelor de muncă din cauza circumstanțelor impuse/apărute, lipsa recunoașterii de către colegi și manageri a eforturilor lor la locul de muncă, lipsa echilibrului între viața profesională și cea personală, perfecționismul excesiv etc. Tinerii care prezintă un nivel înalt de ardere profesională manifestă simptome precum epuizare emoțională intensă, distanțare față de sarcini și de clienți (depersonalizare) și o percepție redusă a realizării personale în ceea ce privește munca depusă. Aceștia sunt agitați, extenuați și pot avea dificultăți în a face față cerințelor profesionale.

Un nivel mediu de ardere profesională a fost identificat la 38 de tineri (63,3%), la care se atestă unele simptome de epuizare emoțională și depersonalizare, însă acestea pot fi mai puțin intense sau mai puțin frecvente. De asemenea, ei pot să-și mențină o anumită satisfacție față de realizările lor profesionale și personale, dar pot simți unele dificultăți în gestionarea stresului și a cerințelor față de muncă.

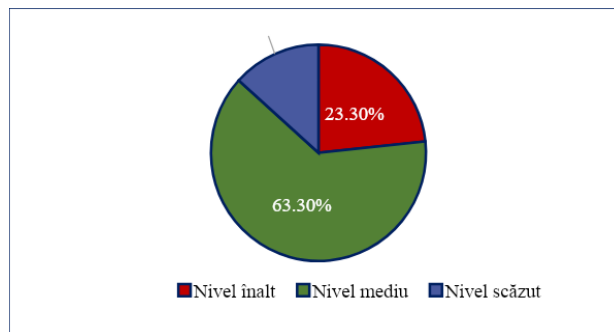


Figura 6. Rezultatele (%) atestate de tineri privind nivelul arderii profesionale (după *Chestionarul de evaluare a Burnout-ului de C. Maslach și S.E. Jackson*)

Un nivel scăzut al arderii profesionale a fost atestat la 8 tineri (13,3%). Tinerii de acest fel pot să nu manifeste simptome evidente de epuizare emoțională sau depersonalizare. Aceștia, de regulă, atestă o atitudine pozitivă față de munca lor, pot simți o satisfacție semnificativă la îndeplinirea sarcinilor și au o rezistență mai mare la stresul profesional; sunt tineri care, în mare parte, beneficiază de condiții optime de muncă, asigurate implicit de cultura organizațională: flexibilitate în realizarea sarcinilor de muncă, colaborare și comunicare eficientă între colegi și manageri, primire și oferire de suport în momentele dificile, oferire de către staff a pauzelor pentru a avertiza suprasolicitarea angajaților, delimitarea și distribuirea corectă a atribuțiilor și sarcinilor de lucru în echipă etc.

În cele ce urmează vom prezenta rezultatele obținute în urma aplicării *Chestionarului de evaluare a Burnout-ului de C. Maslach și S.E. Jackson* privind cele trei dimensiuni evaluate: extenuarea emoțională, depersonalizarea, reducerea realizărilor personale.

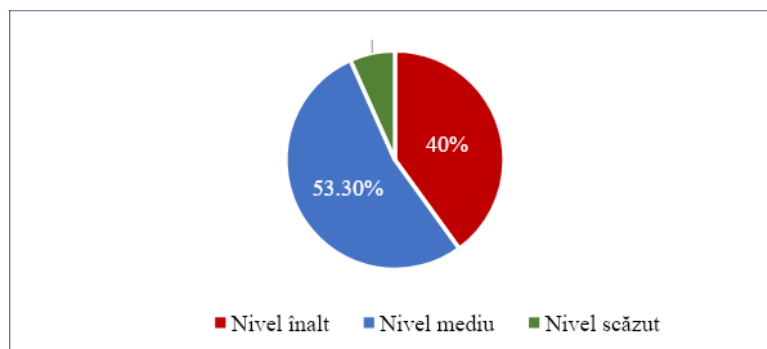


Figura 7. Rezultatele (%) atestate de tineri pe dimensiunea extenuare emoțională

Prelucrarea datelor a permis identificarea a 24 de tineri (40%) care manifestă nivel înalt de extenuare emoțională. Nivelul mediu de manifestare a extenuării emoționale a fost determinat la 32 de tineri (53,3%), iar 4 tineri (6,7%) au fost diagnosticați cu nivel scăzut al extenuării emoționale.

Observăm că se atestă prevalența extenuării emoționale în rândul tinerilor. Datele arată că un procent semnificativ, de aproximativ 93,3% din tineri, manifestă niveluri medii sau înalte de extenuare emoțională, fapt ce arată că mulți tineri se confruntă cu dificultăți în gestionarea stresului și a presiunilor emoționale.

De asemenea, au fost identificate niveluri diferite de extenuare emoțională. În timp ce majoritatea tinerilor (53,3%) au fost clasificați cu un nivel mediu de extenuare emoțională, un procent semnificativ (40%) a fost identificat cu nivelul înalt de extenuare. Această diferență în distribuția nivelurilor de extenuare emoțională poate sugera că un segment important al populației tinere se confruntă cu niveluri ridicate de stres și epuizare emoțională.

Datele subliniază că este important să i se acorde atenție prevenirii și gestionării stresului ocupațional în rândul tinerilor, în special în contextul actual, caracterizat de presiuni și provocări diverse, indică necesitatea semnificativă a intervențiilor și suportului în gestionarea extenuării emoționale a tinerilor. Este esențială dezvoltarea și implementarea programelor și serviciilor destinate sprijinirii și îmbunătățirii stării emoționale a tinerilor, asigurarea stării de bine, precum și promovarea unui mediu sănătos și susținător în comunitate și la locul de muncă.

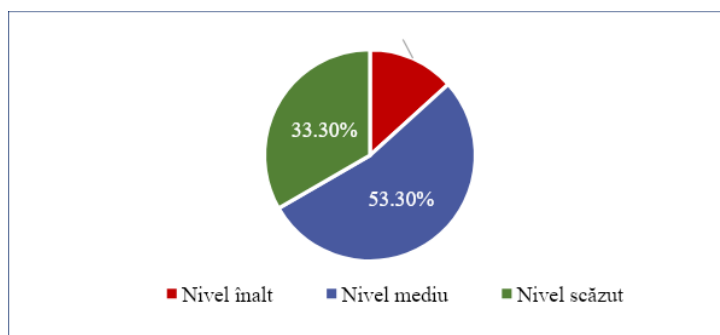


Figura 8. Rezultatele (%) atestate la tineri pe dimensiunea depersonalizare

Prelucrarea datelor experimentale a permis identificarea faptului că pe dimensiunea depersonalizării se atestă 8 tineri (13,3%) cu nivel înalt; 32 de tineri (53,3%) au fost evaluați cu nivelul mediu de depersonalizare, iar 20 de tineri (33,3%) manifestă nivel scăzut al depersonalizării. Aceste constatări scot în evidență probleme de interrelaționare, dificultăți de manifestare a empatiei în rândul tinerilor, apariția stărilor afective negative de distanțare și cinism la adresa celor din jur, tendința de a-i trata pe ceilalți ca pe niște obiecte etc., ceea ce poate avea consecințe negative asupra bunăstării generale. Este esențial ca factorii de mediu și educaționali să acorde o atenție deosebită în promovarea unor relații interpersonale eficiente, a unei comunicări deschise, empatică, asertive.

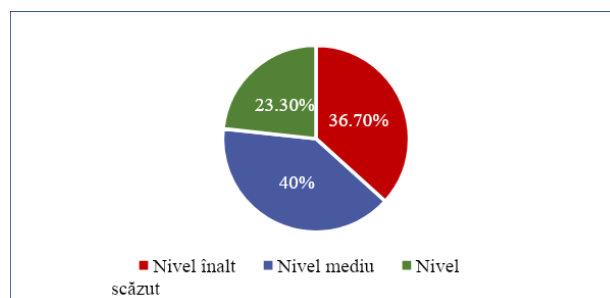


Figura 9. Rezultatele (%) atestate de tineri pe dimensiunea reducerea realizărilor personale

În ceea ce privește reducerea realizărilor personale, 22 de tineri (36,7%) manifestă nivel înalt pe dimensiunea reducerii realizărilor personale; 24 de tineri (40%) au fost desemnați cu nivel mediu al realizărilor personale, iar nivelul scăzut al realizărilor personale a fost atestat la 14 tineri (23,3%).

Este evidentă necesitatea unei atenții sporite asupra sprijinirii și încurajării tinerilor în atingerea și menținerea obiectivelor personale și profesionale. Dezvoltarea și implementarea programelor și serviciilor de consiliere ar putea juca un rol semnificativ în abordarea acestei probleme și în promovarea unei perspective pozitive asupra vieții în context profesional și personal. De asemenea, este esențială promovarea unui mediu coeziv, pentru a încuraja progresul personal al tinerilor. Crearea unei culturi organizaționale care încurajează respectul, colaborarea și sprijinul reciproc contribuie la crearea unui mediu de muncă în care tinerii se simt valorizați și susținuți.

Deoarece nu toți tinerii la care se atestă sindromul Burnout manifestă aceleași caracteristici, ne-am propus să determinăm profilurile arderii profesionale în rândul tinerilor. În acest sens, am aplicat Chestionarul Profilurilor Burnout „Burnout Clinical Subtype Questionnaire” (BCSQ-36), care a permis conturarea profilului Burnout individual prin sumarea scorului pentru fiecare subscală și calcularea ponderii fiecărui tip clinic în scorul general al sindromului.

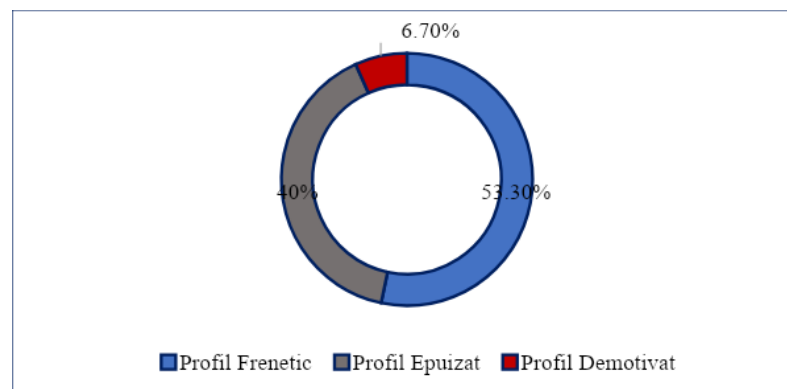


Figura 10. Rezultatele (%) privind profilurile arderii profesionale manifestate în rândul tinerilor

Datele experimentale obținute au permis identificarea a 32 de tineri (53,3%) la care se atestă *profilul frenetic* al arderii profesionale, caracterizat de o abordare exagerată și obsesivă a muncii, manifestată prin implicare excesivă, suprasolicitare ce evidențiază ore lungi de lucru și o presiune constantă de a îndeplini sarcinile profesionale. Tinerii cu acest profil sunt adesea motivați de dorința de a obține succes și recunoaștere, atestă ambiții și trebuință puternică de realizare, dar se pot confrunta cu stres cronic, epuizare și dificultăți în menținerea unui echilibru sănătos între viața profesională și cea personală, pot avea tendința de a ignora semnalele de avertizare ale corpului lor și de a continua să lucreze în mod obsesiv, punându-și sănătatea și bunăstarea în pericol. Este important ca persoanele cu acest profil să învețe să stabilească limite clare între muncă și viața personală, să-și acorde timp pentru odihnă și reîncărcare, să își prioritizeze sănătatea și starea de bine în fața succesului profesional obținut cu orice preț, ajungând până la extenuare.

Datele obținute în studiul realizat de noi au evidențiat 24 de tineri (40%) cărora li s-a atribuit *profilul epuizat*, caracterizat de oboseală fizică și mentală severă, lipsă de energie și motivație, neglijarea sarcinilor de muncă, lipsa controlului asupra rezultatelor/produselor muncii, atitudine cinică față de muncă. Tinerii cu acest profil se simt mereu extenuați, chiar și după odihnă adecvată. Atunci când depun eforturi considerabile pentru a-și îndeplini sarcinile de muncă, dar nu primesc recunoașterea sau aprecierea corespunzătoare din partea colegilor sau a conducerii, sentimentul de ingraturitudine poate deveni mai pregnant și poate contribui la accentuarea stării permanente de oboseală, lipsă de energie. Tinerii pot avea dificultăți în identificarea motivării și satisfacției în sarcinile de muncă și pot dezvolta un sentiment de cinism și pesimism față de munca lor și față de mediul profesional. Epuizarea profesională poate avea un impact negativ asupra sănătății mintale și fizice, inclusiv anxietate, depresie etc. Este important ca tinerii cu acest profil să își acorde timp pentru odihnă și restabilire, să își stabilească limite clare între muncă și viața personală, să caute ajutor și suport atunci când este nevoie.

Prelucrarea și interpretarea datelor a permis determinarea a 4 tineri (6,7%) care s-au remarcat prin *profilul demotivat* al arderii profesionale, caracterizat de o lipsă de interes și de implicare în muncă, indiferența față de sarcinile de muncă, percepția stagnării/lipsei dezvoltării profesionale, plictiseala la locul de muncă, lipsa de satisfacție și realizare, ineficiența în muncă, pierderea interesului față de activitatea profesională, monotonie, lipsa feedbackului pozitiv, percepția nerealizării propriului potențial, lipsa de claritate în privința obiectivelor și direcției profesionale. Tinerii cu acest profil se simt lipsiți de entuziasm și motivare în ceea ce privește

sarcinile lor de muncă și pot avea dificultăți în a găsi satisfacție în ceea ce fac; pot simți că sunt blocați într-un loc de muncă care nu le oferă posibilități de avansare sau de dezvoltare profesională și pot avea dificultăți în a-și identifica direcția și obiectivele profesionale. Neglijarea angajamentului și a muncii depuse, ignorarea efortului susținut poate amplifica lipsa de interes și implicare în muncă. Tinerii pot simți că eforturile lor nu sunt răsplătite sau valorizate și pot deveni cinici față de munca și organizația/instituția din care fac parte. Este important ca tinerii cu acest profil să își acorde timp pentru autoreflexie și evaluare a priorităților lor profesionale și personale, să caute surse de inspirație și motivare și să exploreze noi oportunități de dezvoltare și avansare profesională.

Concluzii

1. Arderea profesională reprezintă o problemă stringentă a societății contemporane, fenomenul fiind caracterizat prin epuizare fizică și psihică, apatie, lipsă/diminuare a dorinței de a lucra, dezvoltare a unei stime de sine negative, lipsă de respect pentru propria persoană, nivel scăzut al satisfacției personale și profesionale, decepție față de profesie și sentiment de inutilitate legat de activitatea respectivă etc., declanșate atât de factori interni (predispoziția spre rigiditate emoțională, interiorizarea intensivă a circumstanțelor activității profesionale, resursele emoțional-energetice reduse din cauza altor segmente ale vieții, motivația exagerată sau redusă în activitatea profesională etc.), cât și externi (suprasolicitarea, volumul mare de muncă, prelungirea programului de lucru, organizarea neadecvată a activităților curente, sarcinile multiple și/sau prea diverse, mediul de lucru stresant, cu presiune permanentă, termene nerezonabile de realizare a sarcinilor etc.).
2. Arderea profesională reprezintă starea de supraepuizare fizică/fiziologică, emoțională, cognitivă, comportamentală, care se manifestă în urma expunerii la situații îndelungate de stres, ce atestă varii consecințe negative, cele mai reprezentative fiind epuizarea/extenuarea emoțională, depersonalizarea, reducerea realizărilor personale și profesionale.
3. Simptomele definerii arderii profesionale sunt de ordin fizic (oboseala, durerile frecvente de cap, receptivitatea față de boli infecțioase, acutizarea bolilor cronice etc.), de ordin afectiv (sentimentul permanent de culpabilitate, eșec, iritabilitate excesivă, furie, suspiciune, epuizare emoțională etc.), de ordin cognitiv (nivel scăzut al atenției, incapacitatea de a lua decizii, gânduri despre schimbarea profesiei etc.), de ordin comportamental (îndeplinirea formală a activității, întârzieri frecvente, nedorința de a merge la serviciu, montaj negativ față de perspectivele de viitor etc.).
4. În contextul arderii profesionale a tinerilor sunt semnificativi diverși factori: generali (vârsta, genul, stagiul de muncă, tipul instituției în care activează persoana etc.), organizaționali (suprasolicitarea, ambiguitatea rolului, suportul social, stresul, satisfacția în muncă etc.) și personali (trăsături ale personalității, imaginea de sine, locul controlului etc.).
5. Criteriile de evaluare ce vizează: profilurile Burnout – frenetic/clasic, demotivat și epuizat; dimensiunile arderii profesionale – extenuare emoțională, depersonalizare, reducerea realizărilor personale constituie indicatori definerii în determinarea nivelului și a particularităților manifestării arderii profesionale în rândul tinerilor.
6. Instrumentele aplicate în vederea diagnosticării arderii profesionale a tinerilor au fost următoarele: Chestionarul de evaluare a Burnout-ului de C. Maslach și S.E. Jackson; Chestionarul Profilurilor Burnout „Burnout Clinical Subtype Questionnaire” (BCSQ-36).

7. Prelucrarea și interpretarea datelor studiului realizat de noi a permis constatarea faptului că există un număr semnificativ de tineri afectați de arderea profesională. În conformitate cu datele obținute, se constată că nivelul înalt de ardere profesională este prezent la aproximativ 23% dintre tineri, în timp ce nivelul mediu este întâlnit la aproximativ 64% dintre aceștia. Totodată, aproximativ 13% din tineri prezintă un nivel scăzut al arderii profesionale. În ceea ce privește profilurile sindromului Burnout, datele experimentale au scos în evidență prezența profilului frenetic la 53,3% din tineri, profilul epuizat a fost desemnat la 40%, iar profilul demotivat s-a atestat la 6,7%. Aceste constatări subliniază amploarea și impactul pe care arderea profesională îl are în rândul tinerilor, evidențiind necesitatea unor intervenții relevante pentru prevenirea și gestionarea acestui fenomen în rândul populației tinere.

Recomandări pentru tineri:

1. Atrageți atenție la fenomenul arderii profesionale, care poate afecta inclusiv tinerii!
2. Țineți cont de diversitatea simptomelor arderii profesionale: de ordin fizic/fiziologic, cognitiv, afectiv, comportamental!
3. Luați în calcul dimensiunile și fazele arderii profesionale: extenuarea emoțională, depersonalizarea, reducerea realizărilor personale/profesionale!
4. Focalizați-vă pe factorii care generează sindromul Burnout: externi și interni; generali, organizaționali și personali!
5. Realizați acțiuni de prevenție a fenomenului de ardere profesională, datorită complexității intervențiilor care vor necesita a fi desfășurate în cazul instaurării sindromului Burnout!
6. Folosiți în mod eficient suportul și resursele diverse pentru dezvoltarea personală și profesională ce vizează oferirea programelor de mentorat, sesiuni de coaching, seminare, ateliere de lucru, traininguri și alte oportunități de asigurare a progresului personal și profesional!
7. Valorificați motivația intrinsecă pe dimensiunea *optimum-ului motivațional* pentru obținerea succesului profesional, fapt ce va permite avertizarea extenuării emoționale!
8. Aplicați în mod sistematic activități pentru prevenția/gestionarea stresului și pentru îmbunătățirea stării de bine!
9. Gestionați eficient timpul pentru organizarea optima a muncii și evitarea suprasolicitării!
10. Exprimați-vă clar, explicit, elocvent nevoile și implicați-vă împreună cu angajatorii în elucidarea soluțiilor pentru a reduce presiunea și stresul la locul de muncă!
11. Cereți ajutor atunci când este nevoie! E important să înțelegeți că nu trebuie să faceți totul singuri și că este firesc să solicitați sprijin!
12. Valorificați la întregul lor potențial colaborarea, cooperarea, comunicarea între colegi, promovând un mediu de lucru unde se încurajează susținerea reciprocă și învățarea din experiențele celorlalți!
13. Solicitați angajatorilor și încurajați-i să susțină autonomia și implicarea tinerilor în procesele decizionale și să le ofere libertatea (pe cât este posibil) de a-și organiza și gestiona munca în propriul lor mod!
14. Asigurați armonie între viața profesională și personală prin susținerea unui echilibru dintre muncă și alte aspecte ale vieții, precum relațiile interpersonale, hobby-urile, activitățile recreative etc.

BIBLIOGRAFIE

1. BEȘLEAGA, D., MAZĂLU, L., MORARU, E. ș.a. *Psihoprofilaxia – direcție de acivitate a psihologului școlar din instituțiile de învățământ preuniversitar*. Chișinău: Sirius SRL, 2009. 128 p. ISBN 978-9975-9971-6-4.
2. BOCOȘ, M.-D., RĂDUȚ-TACIU, R., STAN, C. *Dicționar praxiologic de pedagogie*. Vol. II: E-H. Pitești: Paralela 45, 2016. ISBN 978-973-47-2313-3.
3. GORINCIOI, V. *Studiul sindromului arderii emoționale la cadrele didactice universitare din perspectiva de gen: tz. de doct. în psihologie*. Chișinău, 2015. 137 p.
4. LOSÎI, E. Arderea profesională la cadrele didactice. In: *Tendențe moderne în psihologia practică*. 8 decembrie 2017, Chișinău. Chișinău: Tipogr. UPS „Ion Creangă”, 2017, pp. 5-11. ISBN 978-9975-46-370-6.
5. OANCEA, A.M. Stres și Burnout la cadrele didactice. In: *Probleme actuale ale științelor umanistice*. Vol. 8, Partea a 2-a. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, 2009, pp. 275-284. ISBN 978-9975-921-22-0.
6. PLEȘCA, M. Arderea emoțională la studenții cu diferite niveluri de autoreglare a comportamentului. In: *Revistă de științe socioumane*. 2021, nr. 3(49), pp. 25-33. ISSN 1857-0119.
7. TERZI-BARBAROȘIE, D. Sindromul arderii profesionale la cadre didactice: ce este și cum îl gestionăm. In: *Revista Didactica Pro..., Revistă de teorie și practică educațională*. 2021, nr. 3(127), pp. 36-39. ISSN 1810-6455.

**SPECIFICUL TULBURĂRILOR FONETICO-FONEMATICE
LA COPIII CU SINDROMUL DOWN**

**THE SPECIFICS OF PHONETIC-PHONEMATIC DISORDERS
IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME**

Dorina PONOMARI, dr., lect. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-0795-3889
ponomari.dorina@upsc.md

Dorina PONOMARI, PhD, University Lecturer,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.36

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p327-333

Abstract. Language presents an important faculty that makes possible the insertion of the child into the environment. One of the important components of the language is the phonetic-phonematic one, pronunciation skills evolve with age and allow the child to interact with those around them, to expand the vocabulary, to train the correct model of expression, so the language develops. In the case of genetic conditions, namely Down Syndrome, the phonetic-phonemic side is deeply affected, which slows down the evolution of language and communication. The underdevelopment of the phonetic-phonemic side in children with Down syndrome has a specific character, on the one hand morpho-functional peculiarities of the speech apparatus are attested (macroglossia, specific configuration of the hard palate, as well as hypotonia of the articulatory muscles), on the other hand insufficiency at the level of phonemic perception; of analysis operations and synthesis of the acoustic characteristics of sounds; of attention, gnosis and auditory memory, etc. Thus, the speech therapy intervention in order to improve the language of children with Down syndrome will be a complex and long-lasting one, considering all aspects: typological peculiarities, age peculiarities and also the personality specific to these children.

Keywords: language disorders, phonetic-phonematic disorders, genetic disorders, Down Syndrome.

În ultimii ani, tot mai frecvent apar publicații dedicate studiului profilurilor de dezvoltare psihomotorie sau fenotipurilor comportamentale caracteristice unor tipuri specifice de tulburări genetice, majoritatea sunt dedicate studiului celei mai frecvente tulburări cromozomiale – sindromul Down. Unele aspecte ale evoluției psihice și modalități de ameliorare a dezvoltării copiilor cu SD au fost studiate și de cercetătorii autohtoni: Nicolae Bucun și Mariana Sprîncean [3, 6, 8].

Rezultatele acestor cercetări arată că profilul dezvoltării psihomotorii inerente sindromului Down se caracterizează printr-o asincronie semnificativă: include atât indicatori pozitivi pe unele linii de dezvoltare (de exemplu, unele abilități legate de prelucrarea informațiilor vizuospațiale, dezvoltarea socio-emoțională), cât și unele zone problematice, cum ar fi sfera motorie, capacitatea de a procesa informații sonore. Totuși, principala zonă de deficit în sindromul Down este limbajul și, în mod special, vorbirea expresivă, fapt ce ne-a determinat

să realizăm un studiu pentru a elucida unele aspecte ale dezvoltării limbajului, și anume specificul tulburărilor fonetico-fonematice la copiii cu sindromul Down [7, 8].

Numele sindromului vine de la cel al medicului englez John Langdon Haydon Down, care l-a descris practic cu 100 de ani înainte de a fi descoperit cariotipul acestor persoane, cu trisomia cromozomului 21, responsabil de această boală. Cauza acestui sindrom a fost descoperită abia în 1959 de către cercetătorul francez Jérôme Lejeune. Conform datelor statistice oferite de Organizația Națiunilor Unite, incidența este între 1 din 1.000 până la 1 din 1.100 de nou-născuți; anual se nasc între 3.000 și 5.000 de copii cu această afecțiune cromozomială. În luna decembrie 2011, ONU a desemnat ziua de 21 martie drept Ziua Mondială a SD, pentru a spori gradul de informare și sensibilizare a societății vizavi de acest sindrom [1, 2, 6].

În literatura medicală, SD este descris ca o formă diferențiată de deficiență mintală (oligofrenie), care se poate manifesta la diferit nivel: profund, sever, moderat, ușor. La vârsta precoce este greu de prognozat evoluția acestor copii și a determina gradul de dezvoltare cognitivă, astfel devine importantă intervenția complexă medical, dar și psiho-logopedică cât mai devreme. În intervențiile realizate se va ține cont de particularitățile dezvoltării mintale a acestor copii, corelându-le constant cu standardele de vârstă. Mulți dintre acești copii suferă de deficiențe de auz și văz, ceea ce prezintă un impediment în dezvoltarea lor deloc ușoară. Aceste caracteristici ar trebui luate în considerare în organizarea procesului educațional și la alegerea metodelor implicate [4, 5].

Copiii cu SD sunt un grup eterogen în ceea ce privește severitatea bolii și gradul de dizabilitate intelectuală, în ciuda asemănării exterioare. Dacă starea de sănătate este bună și copilul cu SD beneficiază de intervenție de sprijin de timpuriu, evoluția lui poate fi una foarte apropiată de cea tipică [2, 6]. Copiii cu SD prezintă o subdezvoltare pregnantă a sferei motorii, într-o măsură mai mare decât alți copii cu dizabilități intelectuale de altă natură. Sunt de așteptat în principal, modificări ale abilităților motrice, datorită modificărilor neuro-anatomice și fiziologice care provoacă hipotonie musculară, dar toate acestea nu vor fi o piedică în dezvoltarea unor abilități și deprinderi în diverse domenii. Acestea se caracterizează prin stângăcia mișcărilor, apariția întârziată a mersului independent, flexibilitatea crescută a articulațiilor. Sunt detectate întârzieri semnificative în dezvoltarea funcțiilor statice de bază, subdezvoltarea abilităților de menținere a echilibrului [7, 9].

Una dintre caracteristicile acestor copii este limbajul defectuos, ale cărui laturi sunt afectate toate: fonetico-fonematică, lexico-semantică și gramaticală. Printre tulburările de limbaj, frecvent întâlnite la acești copii, se numără: alalia, disartria, rinolalia, bâlbâiala ș.a.

A. Moskovkina, N. Orlova menționează că copiii cu SD au dificultăți în asimilarea cuvintelor și frazelor noi, în diferențierea sunetelor vorbite de cei din jurul lor. Specialiștii care lucrează cu acești copii consemnează întârzieri grave în dezvoltarea limbajului lor, în același timp, tulburările limbajului expresiv se manifestă mult mai puternic decât limbajul impresiv [8].

O. Osotova, A. Melnikova atestă o scădere semnificativă a volumului vocabularului activ în comparație cu normele de vârstă. În ceea ce privește percepția vorbirii, stocul de cuvinte pe care școlarii mici și adolescenții le înțeleg, conform cercetătorilor și practicienilor autohtoni și străini, se apropie de standardele de vârstă, iar înțelegerea structurii gramaticale a vorbirii rămâne în urmă. Mulți adulți cu sindromul Down nu progresează dincolo de etapele inițiale de dobândire a sistemului morfologic al limbajului și al structurii gramaticale. În discursul oral, principalele dificultăți cu care se confruntă majoritatea sunt legate de tulburările de pronunție și ininteligibilitatea vorbirii [9].

În timp, numărul copiilor a căror dezvoltare a limbajului expresiv îndeplinește standardele de vârstă crește (până la 72%). Conform observațiilor realizate de D. Fidler, în rândul copiilor mici cu SD pot fi distinse două grupuri:

- I grup: tulburarea de pronunție devine vizibilă aproape imediat, din momentul pronunțării primelor cuvinte;
- II grup: întârzierea în vorbirea expresivă se atestă atunci când ajung la o fază mai avansată în dezvoltarea limbajului – îmbinarea cuvintelor în propoziții [3].

Studiul abilităților de comunicare la copiii cu SD arată prezența atât a funcțiilor conservate asociate cu dezvoltarea comunicării, cât și a celor afectate. Astfel, nivelul de dezvoltare a atenției nonverbale corespunde vârstei lor. În plus, în ciuda deficiențelor în dezvoltarea limbajului expresiv, copiii pot comunica cu succes folosind gesturile [6].

Potrivit studiilor realizate, copiii cu SD pot fi eficienți în utilizarea gesturilor cu un nivel comparabil de înțelegere a cuvintelor. Și totuși, chiar și cu aceste puncte forte, observă Fidler, alte aspecte ale comunicării la copiii cu sindromul Down într-un stadiu incipient de dezvoltare sunt afectate. În special, au probleme în a face cereri nonverbale adresate altora [3].

Autorii consemnează dificultăți mai mult sau mai puțin profunde de producere și înțelegere a limbajului la toți copiii cu SD. Uneori, tulburările de pronunție pot fi cauzate/amplificate de alte patologii prezente, cum ar fi deficiența de auz; acești copii frecvent prezintă diverse comorbidități, inclusiv și deficiențe senzoriale. Cauzele tulburărilor de dezvoltare a vorbirii sunt diferite, acestea pot fi particularități ale structurii aparatului articular, hipotonie musculară, probleme cu pierderea auzului, un nivel scăzut de percepție auditivă și volumul memoriei auditive, imaturitatea funcțiilor mintale superioare, neglijarea pedagogică sau oportunități insuficiente de dezvoltare timpurie etc. [5, 7, 8].

Principala dificultate fizică a pronunției constă în raportul dintre dimensiunea gurii și a limbii. Mulți copii cu SD au o gură mică și o limbă prea mare. Acest lucru, împreună cu tonusul muscular slab al mușchilor aparatului muscular, face dificilă pronunțarea sunetelor necesare pentru o vorbire inteligibilă [6].

În elaborarea metodologiei de examinare a laturii fonetico-fonematice la copiii SD am ținut cont de recomandările evaluării logopedice propuse de: N.M. Trubnikova, T.A. Fotekova, R.I. Lalaeva, R.E. Levina, Z.A. Repina etc., precum și de literatura pedagogică și psihologică, care descrie procesul de însușire a structurii sonore a limbii materne de către copii: A.N. Gvozdev, V.I. Beltiukov, D.B. Elkonin, M.E. Khvattsev, E.I. Radina, M.M. Alekseeva, A.I. Maksakov, E.F. Rau, M.F. Fomiceva, G.A. Kashe etc. [5, 6, 8, 9].

Pronunția sunetului este procesul de producere a fonemelor de părțile energetice (aparatură respirator), fonator (formarea vocii) și articulator (formarea sunetului) ale aparatului de vorbire sub reglarea sistemului nervos central. Pronunția sunetului oferă sensul semantic al vorbirii, iar intonația oferă conținutul său emoțional. Subdezvoltarea laturii fonetico-fonematice (de pronunție) a limbajului este condiționată de insuficiențe ale operațiilor de analiză, sinteză acustică, insuficiențe neuromotorii minime la nivelul organelor articulatorii, precum și particularități anatomice ale aparatului de vorbire (segmentul periferic) [6].

În funcție de severitatea semnelor principale, se disting trei grade de subdezvoltare fonetico-fonematice:

- *grad ușor*: structura silabică a cuvintelor este păstrată, există deficiențe izolate de pronunție, de regulă, asociate cu cele mai dificile sunete de articulat;

- *grad mediu*: copilul are dificultăți în distingerea și pronunțarea majorității sunetelor din diferite grupuri; în același timp, funcția de vorbire orală este formată, în general, conform vârstei;
- *grad sever*: perturbarea gravă a secvenței sonore, copilul cu greu distinge sunetele, nu le poate reproduce, nu le poate distinge separat într-un cuvânt, nu poate determina poziția lor în cuvânt sau chiar silabă.

Tulburările laturii fonetico-fonematice a limbajului pot duce în mod inevitabil la tulburări de comunicare, afectează procesul de formarea a premiselor de citire și scriere, respectiv, pot afecta scrierea și citirea, pot genera dificultăți de învățare etc.

Copilul cu subdezvoltare fonetico-fonematică nu este capabil să distingă pe deplin combinațiile de sunete în cuvinte, îi este greu să le reproducă, astfel principalele simptome ale subdezvoltării laturii fonetico-fonematice sunt:

- distorsiunea sau omiterea unor sunete;
- înlocuirea sunetelor dificil de articulat cu cele simple („r” la „l” etc.);
- pronunția neclară a unor grupe de foneme, până la îmbinarea lor într-un sunet neinteligibil;
- nediferențierea sunetelor sonore și surde, nazale și nenazale, palatalizate și nepalatalizate.

Simptomele pot fi persistente sau sporadice, totuși nivelul de dezvoltare a abilităților de pronunție corelează și cu nivelul de dezvoltare a proceselor psihice (memorie, atenție, gândire) a abilităților de utilizare a conceptelor abstracte și de generalizare etc.

Pentru acest studiu, a fost selectat un grup de copii din clasa I cu subdezvoltarea limbajului, cu vârsta biologică de 8-9 ani. Având în vedere faptul că există foarte puține metode speciale care vizează studiul particularităților dezvoltării limbajului copiilor cu SD, în experimentul de constatare am folosit sarcini diagnostice propuse de T.A. Fotekova [6].

Autoarea a conceput metodologia pentru a identifica caracteristicile dezvoltării limbajului copiilor de vârstă școlară mică și permite: analiza calitativă și cantitativă a tulburării, obținerea profilului tulburării de vorbire; evaluarea gradului de severitate a afectării diferitelor aspecte ale limbajului; elaborarea programului individualizat de asistență logopedică; monitorizarea dinamicii dezvoltării limbajului copilului și evaluarea eficacității intervențiilor realizate.

Metodologia include șase serii, fiecare combinând probe de dificultate crescândă. Pentru a se asigura că scorul fiecărei părți a evaluării contribuie aproximativ în mod egal la scorul general, scorurile totale de performanță pentru fiecare serie au fost egalizate cât mai mult posibil. Fiecare probă este evaluată separat, apoi se calculează suma punctelor pentru întreaga sarcină, pentru serie, iar apoi se calculează scorul total pentru finalizarea tuturor sarcinilor metodologiei din scorurile totale pentru fiecare dintre cele șase serii.

Seria 1 – Studiul nivelului senzomotor al vorbirii – include patru grupuri de sarcini.

Primul grup este format din 15 probe, șiruri de silabe cu sunete similare fonetic. Al doilea grup de sarcini vizează studiul pronunției prin pronunția reflectată a cuvintelor special selectate. Evaluarea finală a pronunției se face pe baza întregii examinări, ceea ce face posibilă verificarea pronunției diferitelor sunete în diferite situații de vorbire. Al treilea grup de probe vizează studiul stării abilităților motorii de articulare prin efectuarea a 10 mișcări, după imitație. Al patrulea grup de probe include 10 cuvinte, cu o creștere treptată a complexității structurii silabice. Numărul maxim de puncte pentru finalizarea primului, celui de-al treilea și celui de-al patrulea grup de sarcini corespunde numărului de eșantioane incluse în acestea (15, 10 și 10 puncte), cel mai mare scor pentru pronunția sunetului este de 15. Astfel, scorul maxim pentru întreaga serie este de 50 de puncte.

Seria 2 – Studiul abilităților de analiză sonoră – constă din 10 sarcini, care dezvăluie în ce măsură copilul a stăpânit conceptele de „sunet”, „silabă”, „cuvânt”, „propoziție” și abilitățile de a le distinge în fluxul vorbirii. Scorul maxim este de 10 puncte.

Seria 3 – Studiul formării structurii gramaticale a discursului – constă din cinci grupuri de probe, câte 10 probe fiecare.

Primul grup de probe implică repetarea propozițiilor de complexitate gramaticală variabilă. Potrivit psiholingviștilor, capacitatea de a repeta un astfel de proces este un indicator al nivelului general de competență lingvistică. Copiii sunt capabili să reproducă propoziții de acel nivel de complexitate gramaticală pe care le-au stăpânit deja în vorbirea cotidiană. Succesul acestor sarcini este, de asemenea, influențat de cantitatea de material verbal și de calitatea memoriei auditiv-verbale a copilului. Atunci când se analizează performanța probelor pentru „repetare” trebuie să se acorde atenție nu numai erorilor gramaticale, ci și lexicale, cum ar fi omiterea cuvintelor, substituțiile verbale, precum și modalitățile de articulare a sunetelor. În cel de-al doilea grup de sarcini, se va evalua corectitudinea propozițiilor compuse în conformitate cu normele limbii vorbite, dar se va estima și specificul tulburărilor consemnate. Al treilea grup de probe implică formarea de propoziții din anumite cuvinte propuse, efectuarea unor astfel de sarcini presupune abilitate de a construi un plan intern de vorbire, precum și unele abilități gramaticale. Al patrulea grup de sarcini este legat de necesitatea de a introduce o prepoziție lipsă într-o propoziție. În probele celui de-al cincilea grup, copiii sunt rugați să alcătuiască forme de plural cu substantive în cazurile nominativ și genitiv.

Seria 4 – Studiul vocabularului și al proceselor de formare a cuvintelor – constă din trei grupuri de sarcini.

Primul grup include 10 probe pentru a testa cunoașterea formelor de cuvinte care denotă numele puilor de animale și de a deduce din astfel de forme a cuvintelor numele unui animal adult. Al doilea grup constă din cinci probe legate de formarea formei diminutive a cuvântului. Al treilea grup de sarcini este cel mai mare: conține 35 de probe care prevăd formarea adjectivelor calitative, relative și posesive (15, 10 și, respectiv, 10) din substantive. Abilitatea de a folosi adjective în vorbire necesită o formare mai rapidă a operațiilor mintale. Scorul maxim pentru fiecare grup de sarcini este același cu numărul de probe din această serie, iar pentru întreaga serie este de 50 puncte.

Seria 5 – Studiul înțelegerii relațiilor logico-gramaticale complexe – vizează verificarea înțelegerii mesajului adresat. În acest scop, au fost utilizate probele propuse de A.R. Luria. Înțelegerea construcțiilor logice și gramaticale complexe necesită o activitate analitică și sintetică complexă, capacitatea de a înțelege simultan informațiile, de a activa memoria pe termen scurt și pe termen lung, menținând în același timp percepția spațială. Sunt utilizate în total 10 probe, inclusiv cele pentru înțelegerea construcțiilor cu prepoziții; reflectarea relațiilor spațiale reale și a construcțiilor comparative la nivelul discursului, fraze inversate reversibile și flexionate. Scorul maxim este 10.

Seria 6 – Studiul formării discursului coerent. Copiilor li se oferă două sarcini: compunerea unei povestiri bazate pe o serie de imagini cu subiect și povestire. Acestea sunt cele mai dificile probe ale metodologiei, astfel performanța pentru fiecare probă este estimată la 15 puncte, ceea ce reprezintă un total de 30 de puncte pentru serie. Sarcinile sunt complexe și dezvăluie diferite aspecte ale limbajului, în plus, povestirea necesită un nivel suficient de memorie auditiv-verbală, abilități de determinare a legăturilor cauză-efect, exprimare în enunțuri logice etc.

Am optat pentru această metodologie de evaluare a limbajului, deoarece ne-a permis obținerea unui profil individual al limbajului fiecărui copil. Am reușit să identificăm atât componentele cele mai afectate, cât și cele mai puțin afectate; ne permite nu doar consemnarea simptomelor individuale ale dezvoltării afectate, ci și a legăturilor dintre ele, stabilirea unei ierarhii a abaterilor identificate etc.

Rezultatele cercetării laturii fonetico-fonematice a limbajului copiilor cu SD

Examinarea praxiei articulării a arătat prezența unei scăderi a amplitudinii mișcărilor, dificultăți în menținerea pozițiilor articulării (creșterea timpului de includere în mișcare, creșterea tonusului muscular al aparatului articular).

În evaluarea laturii fonetico-fonematice a limbajului, s-a acordat atenție modului în care copilul pronunță sunetul în diferite condiții fonetice. Evaluarea logopedică a scos în evidență predominanța tulburării sunetelor din grupurile fonetice așa ca siflantele și șuierătoarele.

Tulburarea de pronunție a sunetului este împărțită în două grupe, în funcție de tipul acesteia:

- **antropofonice** (distorsiunea sunetului),
- **fonologice** (absența, înlocuirea, dislocarea sunetelor).

Manifestările antropofonice, cum ar fi sigmatismul interdental, labiodental au fost predominante. Caracteristic pentru 60% dintre copii a fost înmuierea/palatalizarea sunetelor consonante datorită ridicării spatelui limbii, pronunția sunetelor șuierătoare din poziții inferioare. O combinație de defecte antropofonice cu defectele fonologice a fost observată la 40% dintre copiii examinați. Defectele fonologice s-au manifestat sub forma pronunției nediferențiate a sunetelor siflante, șuierătoare, substituirea prin modul și locul articulării ([s] la [ʃ], [ʃ] la [s'], [t] la [s']). La toți copiii, „estomparea” pronunției sunetului a crescut în fluxul de vorbire.

Examinarea structurii silabice a cuvintelor indică: tulburări la nivelul cuvântului (reducerea silabei, omiterea vocalei care formează silabe, creșterea numărului de silabe, datorită introducerii vocalelor în confluența consoanelor); perturbarea secvenței de silabe într-un cuvânt (rearanjarea silabelor, rearanjarea sunetelor silabelor vecine); denaturarea structurii unei singure silabe (reducerea consoanelor, introducerea consoanelor în silabe); asimilarea silabelor; perseverența (repetarea constantă a unei fraze); anticiparea (înlocuirea sunetelor precedente cu cele ulterioare); contaminarea (confuzie a elementelor verbale).

Natura erorilor de silabe este determinată de starea capacităților senzoriale (fonetice) și motorii (articulare) ale copilului. Predominanța erorilor exprimate în rearanjarea sau adăugarea silabelor indică o subdezvoltare primară a percepției auditive. Greșeli precum reducerea numărului de silabe, asimilarea silabelor între ele și reducerea consoanelor indică o tulburare predominantă a sferei articulării și sunt mai persistente.

Principalele direcții de lucru recomandate pentru dezvoltarea laturii fonetico-fonematice la copiii cu SD sunt: formarea respirației corecte și dezvoltarea deprinderilor de articulare; dezvoltarea abilităților articulării și educarea pronunției corecte; formarea și dezvoltarea conștiinței fonologice, a stăpânirii structurii silabice a cuvintelor; dezvoltarea vorbirii coerente etc.

În **concluzie** putem spune că majoritatea copiilor cu SD rămân semnificativ în urmă în producția și înțelegerea vorbirii. La unii copii achiziția limbajului este atât de lentă, încât este extrem de dificil pentru ei să învețe prin comunicarea cu ceilalți. Din cauza dificultății de a-și exprima gândurile și dorințele, acești copii se îngrijorează adesea și se simt nefericiți. De regulă, abilitatea de a vorbi se dezvoltă mai târziu decât capacitatea de a percepe vorbirea. Copiii cu SD au dificultăți în stăpânirea structurii gramaticale a vorbirii, precum și a semanticii, adică a

semnificațiilor cuvintelor. Ei nu diferențiază sunetele discursului înconjurător pentru o lungă perioadă de timp, nu asimilează bine cuvinte și fraze noi.

Subdezvoltarea laturii fonetico-fonematice la copiii cu SD are un caracter specific. Pe de o parte, sunt atestate particularități morfo-funcționale ale aparatului de vorbire (macroglisie, configurarea specifică a palatalului dur, precum și hipotonia mușchilor articulatorii), pe de altă parte, insuficiențe la nivelul percepției fonematice, a operațiilor de analiză și sinteză a caracteristicilor acustice ale sunetelor, a atenției, gnoziei și memoriei auditive etc. Astfel, intervenția logopedică în vederea ameliorării limbajului copiilor cu SD va fi una complexă și de lungă durată, considerând toate aspectele: particularitățile tipologice, particularitățile de vârstă, dar și cele de personalitate specifice acestor copii.

Bibliografie:

1. ANGHEL, E. Copilul cu sindrom Down – inteligență și limbaj. In: *Evoluția sistemului național al învățământului special și incluziv ca proces unitar teoretico-praxiologic în câmpul educațional european: 50 de ani de activitate a Catedrei psihopedagogie și psihopedagogie specială*, Ed. 1, 2 decembrie 2022, Chisinau. Chișinău: CEP UPSC, 2023, pp. 204-211. ISBN 978-9975-46-732-2.
2. CUCULESCU, V., AMOAȘII, D. Studii științifice evaluarea clinico-genetică a copiilor cu sindromul Down și gradul de implicare a acestora în programele de intervenție timpurie. In: *Arta medica*. 2018, nr. 3 (68), pp. 64-67 [citată 11.03.2024]
https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/64-67_6.pdf
3. FIDLER, D. Emerging Down Syndrome Behavioral Phenotype in Early Childhood Implications for Practice, *Infants & Young Children*, 2008, Vol. 18, № 2, pp. 86–103.
https://depts.washington.edu/isei/iyc/fidler_18_2.pdf
4. SPRINCEAN, M. Ameliorarea dezvoltării copiilor cu unele patologii genetice. In: „*Cercetarea în științe ale educației și în psihologie: provocări, perspective*”, conferință științifică națională, 16 septembrie 2021, Chișinău. Chișinău: Print-Caro SRL, 2021, pp. 344-352. ISBN 978-9975-56-934-7.
5. SPRINCEAN, M., BUCUN, N. Unele aspecte ale problematicii resurselor psihologice, pedagogice și medicale de ameliorare a dezvoltării copiilor cu deficiențe mintale ereditare. In: *Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*. 2005, nr. 1, pp. 11-21.
6. КЛИМОВА, С.А., НЕКРАСОВА, Е.В. Организация логопедической работы с детьми с синдромом Дауна в условиях социального учреждения. В: *Обучение и воспитание: методика и практика*. 2015, nr. 22. [citată 11.03.2024]
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-logopedicheskoy-raboty-s-detmi-s-sindromom-dauna-v-usloviyah-sotsialnogo-uchrezhdeniya>
7. МАСТЮКОВА, Е.М., МОСКОВКИНА, А.Г. *Основы генетики: Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии*: Учеб. пособие для студ. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстова, Б.П. Пузанова . М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 368 с. ISBN 5-691-00596-0.
8. МОСКОВКИНА, А.Г., ОРЛОВА, Н.И. *Клинико-генетические основы детской дефектологии*: учебное пособие для студентов вузов дефект. факультетов. М: Владос, 2020. 224 с. ISBN 978-5-907013-29-2.
9. ОСОТОВА, О.Н., МЕЛЬНИКОВА, А.Л. Организация школьного образования детей с синдромом Дауна. В: *Пермский педагогический журнал*. 2018, nr. 9. [citată 11.03.2024].
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-shkolnogo-obrazovaniya-detey-s-sindromom-dauna>.

**PROGRAME DE INTERVENȚIE PENTRU STIMULAREA COMUNICĂRII
SPECIFICE PERSOANELOR CU TULBURĂRI DIN SPECTRUL AUTIST**

**INTERVENTION PROGRAMS TO PROMOTE SPECIFIC COMMUNICATION
FOR PEOPLE WITH AUTIST SPECTRUM DISORDERS**

Daniela-Iulia STROESCU, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău,
logoped principal, Direcția Generală de Asistență
Socială și Protecția Copilului, Constanța, România
ORCID: 009-0000-6878-7004
stroescudaniela@yahoo.com

Daniela-Iulia STROESCU, PhD student,
”Ion Creangă” SPU, Chisinau
Main speech therapist in the framework
General Directorate of Social Assistance and
Child Protection, Constanta, Romania

CZU: 376.4

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p334-341

Abstract. The neurodiversity movement supports the development and diverse functioning of the human brain, which is responsible for interacting and experiencing the world differently. The main goal is to make people aware of the neurological differences that need to be accepted, the usefulness of inclusion and the acceptance of neurodiversity as a natural part of human diversity. Neurodivergent people have specific strengths and abilities that society should not ignore, and are also advocates of autistic self-representation. Knowledge of communicative behaviours in autistic people is of great significance for communication and behaviour education. To stimulate communication, speech and language therapy and psychoeducational practice recommends the use of intervention programmes and alternative methods. In this article we refer to: the Son-Rise Programme (SRP), the TEACCH Method; the DT (Discrete Trial) Programme, the ABA Method. The aim of these is to help to develop communication skills, to explain the occurrence of necessary changes in the usual program, to correctly interpret disturbed behaviors, to develop strategies to manage special situations in the individual's life.

Keywords: neurodiversity, language, communication, therapy, recovery.

Argument. În contextul politicilor adoptate de majoritatea țărilor lumii în anii 90 ai secolului XX și, în special cele care vizau grupurile minoritare afectate de tulburări neuropsihice, a luat ființă *mișcarea pentru neurodiversitate*. Adepții mișcării descriau conceptul neurodiversitate ca pe un mod diferit de dezvoltare și funcționare a creierului uman, responsabil pentru interacționarea diferită a indivizilor și pentru existența unui mod diferit de a experimenta lumea. Această mișcare a fost inițiată de sociologul australian Judy Singer și a avut ca scop principal, conștientizarea oamenilor că există diferențe neurologice ale semenilor care trebuie acceptate, că este nevoie de inițierea unor demersuri semnificative pentru creșterea nivelului de incluziune și, în consecință, societatea trebuie să accepte neurodiversitatea ca parte naturală a diversității umane. De aceea, susțin și promovează neurodiversitatea, având convingerea că și persoanele neurodivergente pot avea puncte forte și abilități specifice pe care societatea nu

trebuie să le ignore. Adepții neurodiversității sunt și susținători ai autoreprezentării autiste și promovează acceptarea diferențelor neurologice între indivizi.

Motive. Printre susținători se regăsesc și numeroși părinți, educatori și psihopedagogi care sugerează că unele inovații în domeniul neurodiversității pot forma temelia solidă a unei lumi deschise funcționării unor sisteme de operare variate de care dispune persoana afectată. O astfel de lume deschisă ar putea oferi medii calde și prietenoase cu simțurile acestora și poate contribui la creșterea șanselor de educare și învățare a celui tulburat.

Literatură. Articolul face trimitere la conceptul de neurodiversitate, comunicare și dezvoltarea abilităților funcționale.

Pentru a înțelege neurodiversitatea, este necesar „s-o privim prin prisma *sistemelor de operare umane*, nu din perspectiva etichetelor de diagnosticare [....]. Creierul este în primul rând un organism extraordinar de flexibil, care se pricepe să-și maximizeze șansele de reușită chiar și când se confruntă cu limitări intimidante” [5, p. 385], așa cum se întâmplă în cazul persoanelor cu tulburări din spectrul autist, a căror principală caracteristică o reprezintă comunicarea (verbală și nonverbală) slabă sau defectuoasă, datorată gândirii lor „în imagini”. Fiind valabilă atât pentru persoanele cu autism, cât și pentru cele doar cu note de autism, comunicarea poate fi stimulată prin folosirea unor imagini și fotografii ce reprezintă obiecte din mediul lor natural de viață, precum și prin unele activități efectuate zilnic de ei sau care se petrec în jurul acestora.

Pentru stimularea comunicării specifice copiilor autiști, specialiștii utilizează o serie de instrumente pentru *intervenția propriu-zisă* și instrumente de lucru pentru *elaborarea, monitorizarea și revizuirea* planurilor de intervenție personalizate, în funcție de nivelul de dezvoltare al fiecărui subiect testat. Toate aceste instrumente îndeplinesc diferite funcții și contribuie la:

a) *stabilirea diagnosticului și a severității* (CARS, Scala de evaluare a autismului infantil; PEP-3, Profilul psihoeducațional: Evaluarea individualizată psihoeducațională Teacch; ASRS; Chestionarul de diagnostic E2 Rimland);

b) *cunoașterea aptitudinilor, nivelul și stadiul de dezvoltare* (Scara Portage);

c) *stabilirea nivelului de dezvoltare a inteligenței* (Testul nonverbal de inteligență Snijders-Oomen SON-R 2 ½-7);

d) *evaluarea nivelului de dezvoltare a limbajului la preșcolari* (Testul cunoașterea vârstei psihologice a limbajului oral – după Alice Descoedress);

e) *determinarea cât mai exactă a modului în care subiectul afectat comunică* (Matricea comunicării-Communication Matrix; PPC-Profilul pragmatic al comunicării-The Pragmatics Profile of Everyday Communication Skills in Children).

În funcție de particularitățile individuale și nevoile fiecărui subiect, specialistul va elabora și revizui periodic planul de intervenție utilizând: Fișa logopedică, Proba de mimare a semnificației cuvintelor, Formularul de evaluare bazat pe comportamentul verbal (VB).

În acest context, trebuie amintit că *limbajul, comunicarea și vorbirea* nu sunt cuvinte sinonime, deoarece între acestea există diferențe semnificative. Pentru eliminarea confuziei privind utilizarea acestor cuvinte, se impun câteva precizări:

a) *limbajul* este capacitatea umană de a comunica cu semenii, exprimând gânduri, idei, sentimente, adică este un sistem de semne pe care oamenii îl folosesc în actele de comunicare și reprezintă instrumentul prin intermediul căruia oamenii stabilesc un act comunicativ, deoarece este un ansamblu de elemente lingvistice care facilitează comunicarea;

b) *comunicarea* este acea capacitate care permite exprimarea umană;

c) *vorbirea* reprezintă forma vocalizată a comunicării umane (pentru care sunt necesare să intre în acțiune Zona lui Broca și Zona lui Wernicke din cortexul cerebral).

Literatura pedagogică definește conceptul de **comunicare** ca fiind un „proces de transmitere a *mesajelor* care încorporează *semnificații* printr-unul sau mai multe *canale*” [...], [3, p. 499], pe baza *competențelor umane de comunicare*, „valorificate în raport de *context*” [ibidem]. În sens larg, comunicarea cuprinde „toate non-comunicările” puse în evidență de conduitele și acțiunile sociale în comportamentele cu potențial cognitiv de transmitere a informațiilor și iau o formă interactivă de „modelare mutuală a unei lumi comune” [ibidem]. În sens restrâns, schimburile esențiale realizate la nivel interpersonal trebuie să fie caracterizate prin *intenționalitate*. În funcție de conținut și relații stabilite între comunicatori, literatura de specialitate distinge următoarele comportamente comunicative: a) verbal (*lingvistic, paralingvistic*); b) chinestezic (comunicare prin *mișcări faciale* și ale *corpului; elemente neurovegetative*: dilatarea pupilelor, culoarea pielii; *mod de poziționare*); c) tactil; d) teritorial (mod de apropiere/depărtare); e) vestimentar (preferințe pentru o anumită vestimentație, ornamente etc).

Cunoașterea comportamentelor comunicative la indivizii afectați de tulburări din spectrul autist are o mare însemnătate pentru educarea comunicării și a comportamentului. Pentru stimularea comunicării persoanelor cu tulburări din spectrul autist, practica logopedică și psihopedagogică recomandă ca, pentru educarea comunicării, să fie utilizate programe de intervenție și metode alternative.

Programele de intervenție la care vom face referire în acest articol sunt: *Programul Son-Rise* (SRP), *Metoda TEACCH*; *Programul DT (Discrete Trial)*, *Metoda ABA*. Scopul acestora vizează modalitățile prin care se poate contribui la dezvoltarea competențelor de comunicare, explicarea apariției unor modificări necesare în programul obișnuit, interpretarea corectă a comportamentelor tulburate, necesitatea unor strategii pentru gestionarea unor situații speciale din viața individului.

Printre primele semne observabile ale autismului sunt întârzierile de vorbire, lipsa sociabilității și indiferența față de persoanele din jur, lipsa reacției la auzul numelui și refuzul de a răspunde la numele său, dificultăți în alimentație și somn. Dacă există aceste semnale și alte comportamente problematice ale copilului, atunci există o urgență majoră care nu suportă amânare privind intervenția de specialitate. Deseori, părinții fac confuzie între lipsa sociabilității copilului și lipsa de afectivitate față de părinți, apropiați sau ceva anume din viața lor. În realitate, autiștilor nu le lipsește dorința socială și nici aceea de a-și arăta afectivitatea față de cineva. De fapt, afectivitatea lor funcționează printr-o altă formă de manifestare care este rudimentară, nemodelată și pentru care legea *totul* sau *nimic* funcționează și îl împiedică să identifice trăirile emoționale personale, dar și pe ale altora. Trebuie spus că sociabilitatea autistului nu se dezvoltă în mod obișnuit și nici întâmplător, ci numai dacă acesta simte un anumit grad de siguranță în prezența unei persoane cu care vine în contact, siguranță cu el însuși și numai dacă acea relație îl motivează. Deci, se impune analiza comportamentală a manifestărilor problematice ale copilului. Este nevoie de o *evaluare inițială* a comportamentului pe care specialistul trebuie să o realizeze cu atenție și prudență maximă pentru a înțelege funcția comportamentului, antecedentele care au dus la apariția acestuia și factorii care mențin activ comportamentul-problemă. A doua etapă o reprezintă *testarea metodelor* care produc schimbări în comportamentele-problemă, variabilele de mediu care acționează asupra comportamentelor sociale și dezvoltarea unor alternative în intervențiile de schimbare a comportamentelor sociale.

Specialistul care dorește introducerea unui subiect cu tulburări din spectrul autismului într-un program pentru schimbarea comportamentului va ține cont ca *proiectarea, implementarea și evaluarea* programului să fie realizate pe baza unor principii fundamentale de schimbare a comportamentelor și care au fost validate prin studii de cercetare pentru efectele pozitive asupra schimbării comportamentelor. Orice program instituit pentru schimbarea comportamentului trebuie să respecte criteriile sociale, să-și dovedească aplicabilitatea, să permită măsurarea precisă a comportamentului și să demonstreze că schimbările pozitive care s-au produs la nivelul comportamentului vizat sunt determinate de existența unei relații funcționale între programul educațional-comportamental și comportamentul care l-a dorit modificat.

Din punct de vedere tehnologic, specialistul are în vedere *consemnarea, descrierea completă, detaliată și nuanțată* a tuturor procedurilor utilizate, astfel încât să permită repetarea acestora dacă și-au dovedit eficiența. Elementele fundamentale ale programelor educațional-comportamentale cu eficiență dovedită în cazul persoanelor cu tulburări din spectrul autist sunt:

a) *principiul învățării structurate* pe baza unor instrucțiuni ușoare, clare și sistematice a informației, repetiție și formarea de rutine (pentru a facilita individului acordarea unui sens lumii confuze în care se află);

b) aplicarea consecventă a unor *strategii comportamentale* pentru educarea comportamentelor-problemă;

c) aplicarea unor *terapii complementare* (de exemplu, terapii specifice de limbaj și comunicare).

Primul program de terapie realizat de specialiști prin care a fost sugerată extraordinara posibilitate de tratare a copiilor cu autism este cunoscut sub denumirea de *Programul Son – Rise* (SRP). Acesta a fost conceput ca modalitate de tratament educațional bazat pe acțiunea de alăturare a părintelui la comportamentele „repetitive și rituale ale copilului” [11, p. 64], cu alte cuvinte, atragerea copilului de partea părintelui fără ca acesta să acționeze vreodată împotriva copilului. În cadrul acestui program, la nivelul părinților se produce o modificare de roluri prin care ei devin atât profesori, cât și terapeuți în propria locuință pe care o vor utiliza ca pe cel mai potrivit și benefic loc de creștere, ajutor și educare a copilului. Programul este dezvoltat pe principiul respectului, a dragostei și a grijii față de copil și urmărește ca prin dragoste și acceptare să apară motivarea copilului pentru învățare. Principiile pe care specialiștii se bazează în aplicarea *Programului Son-Rise* au în vedere existența unui vocabular limitat sau nonverbal al copilului care, de cele mai multe ori, afișează ritualuri de autostimulare a unor comportamente repetitive; poate fi capabil să proceseze un vocabular limitat sau poate vorbi în propoziții, dar întâmpină greutăți și nu reușește să utilizeze limbajul vorbit în situații sociale; plânge, țipă, aruncă cu obiecte și se lovește fără un motiv justificat; nu poate și nici nu-și dorește să participe la activitățile zilnice obișnuite. Principiile și tehnicile de intervenție ale programului ajută copilul cu tulburări autiste, deoarece: părintele poate dezlega misterul acelor comportamente-problemă; facilitează contactul vizual dintre părinte și copil; produce o dezvoltare socială și acceptare de către copil a altor persoane în joaca lui. Datorită transferului de energie, entuziasm și plăcere pe care joaca interactivă i le poate furniza, procesul de învățare al copilului poate avansa deoarece el se motivează singur pentru joaca cu alte persoane. Printr-o atitudine *optimistă, necritică și stimulatorie* inspirăm copilului dragoste și îl angajăm în activități interactive prin care își poate dezvolta abilitățile de socializare și comunicare. Toate acestea pot reprezenta baze importante pentru educația comportamentală, deoarece pot inspira copilului dragostea pentru învățat și interacțiune, ambele cu modificări comportamentale pozitive.

Programul TEACCH (Tratament and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children-Tratarea și educarea copiilor cu autism și alte afecțiuni asociate ale unor copii cu probleme de comunicare) este un program educativ individualizat realizat pentru copii cu tulburări din spectrul autismului și alte tulburări înrudite de dezvoltare. Acesta are ca *scop principal* dezvoltarea generală a nivelului de abilități prin intervenții educaționale. Prin intermediul programului TEACCH, copilul devine beneficiar al unui mediu de viață deja adaptat caracteristicilor sale specifice și nu se cere acestuia să-și depășească dificultățile specifice autiste în încercarea de a se adapta la mediu (I. Lovaas-intervenția behavioristă). Programul are ca *obiectiv general* integrarea copilului autist în mediul său natural de viață pentru a favoriza dobândirea și dezvoltarea unei autonomii maxime și în concordanță cu potențialul său de dezvoltare. Se urmărește ameliorarea sau dezvoltarea adecvată a competențelor și adaptarea comportamentului la mediu. Dacă acest *scop* nu este îndeplinit, atunci se procedează la adaptarea unui mediu înconjurător special adaptat, care să corespundă nevoilor și să devină funcțional pentru copil. TEACCH mai are în obiectiv și realizarea *comunicării spontane cu sens* sau încurajarea *alternativelor de comunicare* (dacă subiectul nu poate vorbi). Programul se adresează tuturor copiilor cu tulburări din spectrul autist și celor care au probleme de comunicare. Strategiile utilizate prin intermediul TEACCH se pot aplica individual sau la nivelul unui grup și compensează/reduc deficiențele de comunicare și comportament, constatându-se că beneficiarii acestui program dobândesc o creștere a IQ-ului, deși copilul continuă să rămână cu retard mintal. Programul TEACCH „pune mare preț pe adaptarea mediului la caracteristicile copilului cu autism” [10], iar principala sa orientare o constituie dezvoltarea autonomiei în mediul familial, social și comunitar. Pentru atingerea obiectivelor propuse, programul TEACCH este structurat în trei părți principale, pe care le vom prezenta în cele ce urmează.

1) *Favorizarea dezvoltării*. Fiind obligatorie cunoașterea stadiului de dezvoltare, specialistul pune permanent un accent deosebit pe dezvoltarea copilului autist, astfel încât intervențiile inițiate să corespundă în mod adecvat nevoilor și deficitelor de adaptare și să contribuie la rezolvarea problemelor specifice de învățare a celor din sfera tulburărilor de comportament ale copilului cu autism.

2) *Colaborarea părinți-specialiști*. Această parte a programului exercită un rol semnificativ în terapia copilului cu autism, deoarece progresul se bazează pe o bună coordonare între programul terapeutic realizat într-o unitate specializată și continuarea programului acasă. La această etapă este importantă informarea părinților despre progresele copilului pentru a-i determina să conștientizeze importanța terapiei în procesul educațional și a garanta rolul lor activ în activitatea de învățare a copilului.

3) *Învățământul structurat*. Toate persoanele care se ocupă de terapia copilului cu autism trebuie să acorde atenție deosebită particularităților condițiilor în care se desfășoară activitatea instructiv-educativ-recuperatorie. Pentru realizarea obiectivului este o condiție esențială care impune ca locul unde se desfășoară activitatea copilului să aibă un anumit grad de confort, să fie ferit de zgomote și să fie utilizat constant astfel, încât copilul să aibă posibilitatea asocierii locului cu activitățile solicitate, în plus momentul din zi ales pentru terapie trebuie să fie constant și *obiectivul* învățării structurate să poată fi atins. Acesta constă în dezvoltarea copilului și ajungerea la stadiul de a realiza singur sarcina propusă. Mijlocul cel mai important prin care se poate atinge un nivel ridicat de autonomie este dezvoltarea abilităților de comunicare și de aceea, programul pune accent sporit pe timpul alocat terapiei și structurarea spațiului în care se desfășoară. Celelalte probleme care privesc comportamentul tulburat al copilului sunt asociate consecinței dificultăților de exprimare și neînțelegere a celor ce se petrec în jurul lui. De aceea

„programul său individual, care este evaluat și modificat permanent în funcție de rezultate” [6, p. 14], va urmări identificarea aceluși echilibru necesar între coerența și structura sistematizată a programului care include activități personalizate de învățare și terapie complexă. Ca notă generală, Programul TEACCH este în prezent unul dintre cele mai utilizate programe în terapia copiilor cu tulburări din spectrul autist.

Programul DT (Discrete Trial) este utilizat în multe intervenții pentru educarea comportamentală a copiilor cu tulburări din spectrul autist. La începutul programului sunt oferite copilului informații *simple, clare, concrete* și oferă doar aspectele informaționale cele mai importante. Pe parcurs, odată cu înregistrarea unor progrese și îmbogățirea limbajului receptiv al copilului, instrucțiunile se dezvoltă și pot deveni mai complicate, fiind planificate să evite deficiențele privind vederea de ansamblu și cunoaștere socială deficitară. *Discrete Trial* este o metodă primară folosită pentru compensarea deficiențelor și dificultăților de învățare ale copiilor cu autism. Probele individuale pot oferi posibilitatea predării explicite a îndemănrilor deficitare. Deși programul este un *ciclu unic*, el poate fi repetat succesiv, de câteva ori pe zi sau câteva zile la rând, până când îndemnarea vizată este deprinsă și stăpânită de copil. În acest ciclu, se începe cu:

1) *instrucțiunea ori semnalul* (modelul) psihoterapeutului la care ar dori să răspundă copilul (SD)-*discriminative stimulus*;

2) opțional sau, la nevoie, psihoterapeutul dă un semnal sau face o *sugestie* copilului pentru a-l ajuta să acorde răspunsul corect (SP)-*prompting stimulus*;

3) psihoterapeutul îndeamnă copilul și așteaptă o secvență sau comportamentul integral vizat de instrucțiune (R)-*răspunsul*;

4) *consecința*, adică *recompensa* atribuită copilului, pentru ca mai întâi să răspundă și ulterior să acorde un răspuns corect (SR)-*reinforcing stimulus* (reprezintă o secvență de încurajare);

5) opțional se pot face pauze scurte între probe consecutive cu scopul de a oferi copilului posibilitatea să înțeleagă că proba s-a terminat și că va începe altă probă (ITI)-*inter-trial interval*. Ordinea desfășurării unui ciclu și reprezentarea simbolică este:

SD --> R --> SR --> ITI (SP) [11, p. 63].

Cel mai important aspect de care trebuie să țină cont specialistul în terapia logopedică inițiată copilului autist prin intermediul acestei metode de predare este să vadă dacă a reușit copilul să învețe că limbajul îi folosește pentru comunicare (și uneori, pentru amuzament). Dacă acest lucru a fost înțeles de către copil, atunci terapeutul a reușit să demonstreze copilului care este adevăratul motiv pentru care este nevoie să comunicăm și, în continuare, copilul va fi motivat să comunice.

Programul ABA (Applied Behavior Analysis-Analiza Comportamentală Aplicată). „Întârzierile de vorbire și cele sociale (care sunt adesea primele semne ale autismului) reprezintă o urgență” [1, p. 20] și sunt un semnal de alarmă în direcția necesității unor acțiuni dedicate înțelegerii și îmbunătățirii comportamentelor deficitare (de limbaj, abilități sociale, de joacă, autoservire și ajutor, abilități de învățare și abstractizări) cu scopul „de a diminua comportamentele excesive și de a forma, de a dezvolta și modela comportamentele deficitare” [11, p. 71]. Deoarece programul este dedicat înțelegerii și îmbunătățirii comportamentului care necesită schimbări observabile, acesta tratează emoțiile, gândurile și alte activități ascunse având la bază reguli și răspunsuri care aparțin unui punct de vedere al behaviorismului radical și se concentrează pe comportamentele sociale semnificative. ABA se folosește de strategii și tactici preluate din unele metode științifice la care s-au obținut rezultate pozitive (decrierea obiectivă, măsurarea și experimentarea) cu scopul de a descoperi care este relația dintre comportamentul

care se dorește a fi schimbat și rezultatul intervenției privind modificarea comportamentului vizat. Așadar, ABA analizează în mod științific problematica comportamentului, urmărind permanent să descopere acele variabile de mediu care ar putea influența pozitiv comportamentele sociale și urmărește să dezvolte noi intervenții pozitive, bazate pe aceste descoperiri. Nu este vorba doar despre modificarea comportamentului țintă, ci este nevoie și de înțelegerea corectă a antecedentelor care inițiază, dezvoltă și mențin un comportament-problemă, precum și care ar putea fi modalitățile de succes prin care comportamentul vizat poate fi schimbat cu succes.

ABA are o istorie veche de peste o jumătate de secol, timp în care au fost corectate o serie de erori și a condus la progrese comportamentale din punct de vedere educațional, social, emoțional și, treptat, s-a dezvoltat ca metodă științifică de lucru utilizată în terapia pentru recuperarea copiilor cu autism. Inițierea programului trebuie să aibă în vedere categoria în care se înscrie comportamentul autist care trebuie modificat, și anume: este un comportament de autostimulare, automutilare, agresiune, isteric, obsesiv etc. manifestat în *exces* sau este un comportament *deficitar* în ceea ce privește limbajul și comunicarea, abilitățile sociale și de joacă, de autoservire și altele. Pentru a diminua comportamentele excesive și de îmbunătăți comportamentele deficitare, ABA își propune ca, mai întâi, copilul autist să învețe (chiar și mecanic) unele lucruri pe care ulterior să le utilizeze în viața de zi cu zi (ca parte componentă a propriului sistem de valori). Reușita terapiei are în vedere parcurgerea treptată a unor etape peste care specialistul și familia nu pot să treacă. Este vorba despre: 1) *pretratament* – modificarea comportamentului pe care familia și societatea îl au față de copilul tulburat, monitorizarea și controlul asupra comportamentelor care se doresc schimbate, motivarea copilului să renunțe la comportamentele negative și dezvoltarea unor abilități utile copilului în viața de zi cu zi; 2) *terapia* – dezvoltarea comportamentelor vizate prin învățarea unor cunoștințe noi și generalizarea cunoștințelor prin utilizarea lor în contexte noi de viață; 3) *socializarea și încercarea de integrare socială a copilului* – având un minim de abilități (de viață, sociale, de limbaj și comunicare) care să-i permită alinierea la cerințele celorlalți, fără să resimtă frustrări care i-ar putea îngreuna evoluția în direcția dorită.

Revenind la analiza funcțională privind frecvența comportamentului manifestat de copilul autist, se impune notarea frecvenței și a intensității acestuia, persoanele în prezența cărora se manifestă comportamentul-problemă, precum și *identificarea antecedentelor* care i-au determinat apariția, *descrierea* cu exactitate și claritate a comportamentului, precum și *consecința imediată* după apariția comportamentului-problemă. Colectarea datelor cu privire la situațiile sau persoanele în preajma cărora se manifestă cu o anumită frecvență comportamentul vizat și consecințele ce urmează pot ajuta specialistul să determine cauzele și funcțiile comportamentului [12]. Sistematizarea datelor culese de specialist îi oferă posibilitatea de a iniția unele proceduri prin care să ajute copilul în construcția unor comportamente alternative și să conducă până la reducerea manifestărilor-problemă.

Toate tehnicile utilizate în terapia ABA se bazează pe dovezi științifice, și-au dovedit utilitatea, calitatea și eficiența în terapia multor copii cu tulburări din spectrul autist (dezvoltarea limbajului și a comunicării, abilități sociale și de viață independentă, învățarea autocontrolului și menținerea acestuia, îmbunătățirea atenției, a concentrării, a memoriei). Fiind un program de învățare, terapia ABA este axată pe modificarea comportamentului-problemă și îmbunătățirea abilităților pe baza unor sarcini mici, clar formulate și distribuite progresiv, în funcție de evoluția copilului (măsurată permanent). Pentru îndeplinirea obiectivului final, psihoterapeutul va monitoriza permanent comportamentul copilului, îi va acorda recompense pozitive pentru răspunsuri corecte, contribuind astfel la întărirea comportamentelor dorite (observând și

consemnând sistematic ceea ce întărește noul comportament). Această terapie este o intervenție specială, se desfășoară individualizat și are avantajul posibilității din partea psihoterapeutului de revizuire a informațiilor privind progresul realizat de copil, poate planifica în avans unele obiective și poate adopta unele strategii terapeutice cu scopul obținerii unor rezultate benefice copilului autist.

În concluzie, pentru îndeplinirea obiectivelor propuse în terapia tulburărilor specifice de comunicare, toate programele de intervenție și strategiile utilizate trebuie susținute de principiul creșterii progresive a complexității sarcinilor privind modificarea și dezvoltarea comportamentelor de comunicare. Se poate reține că, prin îmbinarea unor elemente ce aparțin unor metode și strategii identificate în literatura de specialitate, psihoterapeutul poate face apel la principiile generale de ierarhizare a complexității sarcinii și, în acest sens, pe toată durata terapiei poate introduce unele elemente ajutătoare care vizează facilitarea înțelegerii (cu scopul de a stimula comunicarea), formarea și dezvoltarea abilităților de comunicare funcțională.

Bibliografie:

1. BARBERA, L. M. *Ghidul TAA pentru părinții copiilor cu autis: metoda Turn Autism Around pentru semnele timpurii de autis*. Trad. din lb. engleză de Cătălina Cristea. București: For You, 2022. 332 p. ISBN 978-606-639-493-2.
2. COOPER, J.O., HERON, T.E., HEWARD, W.L. *Applied Behavior Analysis* (3rd Edition). Hoboken, NJ: Pearson Education, 2019. 912 p. ISBN-13: 978-0134752556, ISBN-10: 0134752554.
3. CRISTEA, S. *Dicționar enciclopedic de pedagogie*. București: Didactica Publishing House, 2015. 570 p. ISBN 978-606-683-295-3.
4. PEETERS, T. *Autismul. Teorie și intervenție educațională*. Iași: Polirom, 2009, pp. 2-106. ISBN 978-973-46-1555-1.
5. SILBERMAN, S. *Neorotriburi: istoria uitată a autismului*. Trad. din lb. engleză de Bărbulescu Anca. București: Frontiera, 2016. 460 p. ISBN 978-606-93371-7-7.
6. SMELIK, Inge Jose, MITASOV, Tudor. *Elemente de intervenție în autism*. Iași: Stef, 2005, p. 14. ISBN 973-85012-8-8.
7. TĂNASE, Monica-Laura, TAȘU, Cristina. *Prin labirintul autismului*. Brăila: Sfântul Ierarh Nicolae, 2018. 304 p. ISBN 978-606-30-1641-7.
8. TOBOLCEA, I, SOPONARU, C. *Logopedie: strategii terapeutice în corectarea tulburărilor de limbaj*. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2013. 350 p. ISBN 978-973-703-848-7.
9. Help Autism. *Terapia ABA – Analiza Aplicată a Comportamentului*. Disponibil: <https://helpautism.ro/tipuri-de-terapie/terapie-aba/terapia-aba>, accesat la 27.12.2023.
10. http://www.autism.ro/revista/Info_autism_2004_Nr2_, accesat la 24.12.2023.
11. PREDA, V-L. *Psihologia dezvoltării în contextul dizabilității*. Suport de curs. Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca, Centrul de Formare Continuă, Învățământ la Distanță și Frecvență Redusă (online). Cluj-Napoca, 2015. 94 p. Disponibil: <https://ro.scribd.com/doc/314340836/Psihologia-Dezvoltarii-in-Contextul-Dizabilitatii>. accesat la 11.12.2023.
12. *terapia cognitiv-comportamentala-tcc-aplicata-persoanelor-cu-sindromul-asperger-si-autism-inalt-funcional*. Disponibil: <http://autismul.wordpress.com/2007/12/02>, accesat la 21.01.2024.

SECȚIA 3
ASISTENȚĂ PSIHOSOCIALĂ: STUDII ȘI APLICAȚII

**CULTURA ȘCOLII INCLUZIVE CA O VALOARE ASUMATĂ
DE COMUNITATEA ȘCOLARĂ**

**INCLUSIVE SCHOOL CULTURE AS A VALUE ASSUMED
BY THE SCHOOL COMMUNITY**

Valentina STRATAN, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-6490-9577
vstratanmd@yahoo.com

Valentina STRATAN, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 376.091

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p342-348

Abstract. In any act of education, three important dimensions are intertwined: policies, practices and culture. Each of these elements is equally important. That is why the construction of an education for all takes into account the necessary changes, obtained through the organized process of learning in such a way as to build policies of inclusion, to develop inclusive practices so that in the end a culture of inclusion appears and is organized. To describe an inclusive school, a series of indicators can be used that focus on the three dimensions of school life: culture, policy and practice. Each of these elements is equally important. The culture of a school is given by the values, beliefs and behaviors of individuals, perceptible in the way the school is defined, looks and acts. Every person in a school influences the culture, performance and values of the institution. The promotion of inclusive education, and consequently of an inclusive culture, will determine the establishment of a new formula of human solidarity in an inclusive society.

Keywords: education for all, policies of inclusion, inclusive practices, culture of inclusion, the institution's values, human solidarity, inclusive society.

Diversele schimbări de ordin economic și sociocultural au generat fenomenul excluderii copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES) din procesele educaționale și social. Documentele de politici, dar și practicile educaționale din numeroase țări, inclusiv din Moldova, la etapa actuală sunt orientate spre direcția de integrare a copiilor cu CES în mediile de educație și viață apropiate celor obișnuite. Astfel a apărut conceptul de educație incluzivă, bazată pe ideea că toate aspectele educației sunt pentru și răspund necesității tuturor elevilor, inclusiv celor cu dificultăți de învățare. Unul dintre aspectele cele mai semnificative ale educației incluzive este derularea educației într-un spațiu cultural anumit, specific.

Un avantaj al școlii de tip incluziv este faptul că toți elevii sunt tratați egal, inclusiv cei cu CES. O asemenea manifestare a atitudinilor față de copiii cu CES și procesul de educație incluzivă este un pas spre exprimarea și constatarea solidarității sociale în prevenirea excluziunii lor.

Ben Levin, fost ministru adjunct al educației pentru provincia Ontario, Canada, bazându-se pe experiența în care a supravegheat reformele majore ale sistemului educațional din Canada și Anglia, în cartea *How to Change 5000 Schools* (2008), a pornit de la premisa că îmbunătățirea școlii, optimizarea practicilor de predare-învățare-evaluare reprezintă indicatorii de început. Totodată, autorul vine să concretizeze că instituția școlară trebuie să se asigure că de aceste practici de predare-învățare-evaluare cotidiană sunt interesați toți membrii comunității școlare și deci toți sunt responsabili de rezultatele și performanțele obținute la școală. Performanța actului de predare-învățare-evaluare ține de cultura școlii. O asemenea abordare a educației incluzive este împărtășită de toată populația comunității școlare, unde crearea culturii școlii devine un proces important egal cu predarea cunoștințelor și dezvoltarea deprinderilor [2].

Trei dimensiuni majore și foarte importante conlucrează în orice activitate educațională, dar mai ales în educația incluzivă. Acestea sunt politicile, practicile și cultura care, în procesul instructiv-educativ, se interpătrund, deoarece toate au conținut de incluziune. Ele determină și permit dezvoltarea școlii incluzive, după cum orientează Indexul incluziunii școlare (Tony Booth, 2011), după trei dimensiuni:

- elaborarea culturii incluzive,
- crearea și producerea de politici incluzive,
- organizarea și desfășurarea practicilor incluzive [1, p. 11].

Indicatorii de incluziune, elaborați de Tony Booth, asigură realizarea unui mod de gândire direcționat spre posibilele schimbări din școală și dezvoltarea gradului necesar de incluziune, totodată construiesc și orientează dimensiunile vieții școlare pentru a dezvolta filosofia educației incluzive.

Cultura școlii incluzive se referă la măsura în care filosofia educației incluzive este împărtășită de toți membrii comunității școlare și creează un specific cultural școlar cooperant, stimulat, deschis în mod egal tuturor copiilor și care jalonează repere pentru celelalte două dimensiuni: politica și practica educațională [3, p. 45].

Din experiența internațională cu privire la incluziunea ca vector de umanizare a educației și societății, cercetătorul N.G. Sigal (2014) definește cultura incluzivă ca pe o filosofie specială, potrivit căreia valorile educației incluzive și responsabilitatea sunt asumate, acceptate și împărtășite de către toți participanții la proces. Autorul menționează că sprijinirea valorilor incluziunii contribuie la îmbunătățirea procesului de incluziune, la dezvoltarea relațiilor parteneriale între familie și școală, creează o atmosferă incluzivă, în care modificările sunt adaptate la cerințele și nevoile fiecărui elev, profesor și devin organic legate de strategia generală a dezvoltării școlii, la rândul lor, cadrele didactice pot primi sprijin potrivit atât din partea administrației, cât și din partea altor colegi pentru a spori progresul și dezvoltarea durabilă a instituției [6, pp. 73-74].

Pornind de la dimensiunea „Crearea culturilor inclusive”, dar și de la actele normative și documentele metodologice de politici naționale în domeniul educației incluzive, considerăm oportun de a cerceta problema indicatorilor culturii incluzive ca orientare în dezvoltarea incluziunii într-o instituție educațională.

În accepțiunea UNESCO (IBE-UNESCO, 2016), caracteristicile esențiale definiției ale unei școli incluzive sunt următoarele:

- Fiecare persoană simte că este binevenită.
- Se consideră că fiecare elev are o valoare egală.

- Există așteptări mari din partea fiecărui elev.
- Personalul școlii și elevii se respectă reciproc.
- Există un parteneriat funcțional între personalul școlii și familiile elevilor.
- Școala este accesibilă tuturor elevilor.
- Persoanele din echipa de conducere a școlii sprijină profesorii pentru a se asigura că fiecare elev participă și învață.
- Școala monitorizează prezența, participarea și rezultatele fiecărui elev [7].

În acest mod ne putem asigura că acei copii care întâmpină dificultăți de învățare sunt tratați cu respect și, totodată, considerați potențial activi și capabili să învețe în medii școlare comune de educație, iar climatul și cultura școlii, observabile prin felul lor de promovare, sunt redate de valorile, convingerile și comportamentele indivizilor [4].

Metodologia de cercetare. Acest studiu are o perspectivă de promovare a educării și participării tuturor copiilor la învățământul general și sprijinirea comunităților școlare în eforturile lor de edificare a școlilor incluzive. Cercetarea se concentrează pe conceptul de școală incluzivă și incluziunea ca valoare asumată. Aceste strategii vizează dezvoltarea unei culturi incluzive, adoptarea unor practici incluzive. Dezvoltarea unei școli incluzive reprezintă crearea culturii incluzive. Dezvoltarea valorilor incluzive și a unor relații de colaborare care devin principii-cheie respectate și aplicate de către elevi, cadre didactice, părinți poate conduce la schimbări în celelalte dimensiuni ale incluziunii.

Cultura școlară stă la baza tuturor reformelor în curs și a schimbărilor în educație. Valorile comune și relațiile incluzive de cooperare pot duce la schimbări în alte aspecte, dimensiuni ale școlii incluzive – cultura incluzivă care se formează în școală este cea care schimbă politicile și practicile educației incluzive, poate fi activ sprijinită de noul personal și elevi ai școlii. Este necesar să se înțeleagă clar și să se conștientizeze că dezvoltarea școlii în direcția incluziunii trebuie neapărat să apară în toate aspectele ei strategice, dimensiunile și indicatorii de incluziune vizează crearea unui plan de dezvoltare a școlii incluzive.

Pentru a oferi o imagine mai completă și cuprinzătoare a subiectului cercetat, în Google Forms a fost creat un chestionar cu răspunsuri la alegere. Selecția participanților la studiu a fost aleatorie, pe baza chestionarului distribuit online pe diferite platforme: Facebook, Whatshap, Messenger, Instagram. În total, au fost dispuși să completeze chestionarul 84 de participanți care activează în școlile de cultură generală din diferite locații ale Republicii Moldova și au în școală/clasă elevi cu CES. Participanții activează în calitate de învățători la clasele primare, cadre didactice la discipline, cadre didactice de sprijin, diriginți de clasă.

Mesajele cele mai importante ale chestionarului aplicat s-au rezumat la următoarele:

- Școala incluzivă și crearea culturii de incluziune este o valoare asumată în mod responsabil de toți membrii.
- Toți elevii trebuie să se implice în activități comune în scopul consolidării relațiilor dintre aceștia.
- Școala promovează modelul instituției prietenoase copilului, urmărește participarea activă și succesul școlar al fiecărui elev.
- Școala incluzivă îndepărtează barierele care împiedică elevii cu CES să beneficieze pe deplin de oferta educațională.

Cele indicate în chestionar vin să înrădăcineze ideea potrivit căreia cultura unei școli este puternic influențată de valorile sale asumate și trăite de toată comunitatea școlară. Chestionarul

elaborat a inclus două compartimente, ambele cuprindeau itemii din indicatorii ce reflectau cultura incluzivă ca dimensiune a evaluării școlii sub aspect incluziv:

1. construirea unei comunități școlare,
2. adoptarea unor valori incluzive.

Prin acești indicatori de dezvoltare a culturii incluzive în școală se contribuie la crearea unei comunități sigure, tolerante, care împărtășește ideile de cooperare, stimulează dezvoltarea tuturor participanților săi, în care realizările comune reprezintă suma valorilor fiecăruia. Într-o cultură incluzivă, aceste principii și valori influențează egal politicile școlare, dar și practicile de predare. Astfel, dezvoltarea școlii devine un proces constant și continuu. Toate aceste valori comune, incluzive, împărtășite și acceptate de către toți sunt asumate cu responsabilitate de întreaga comunitate școlară și devin parte integrantă a vieții școlii, a dezvoltării ei, a tendinței spre a deveni o școală prietenoasă pentru toți copiii din comunitate [5, p. 16].

Pentru itemul „Construirea unei comunități școlare”, în chestionar s-au propus următoarele afirmații:

- toți simt că sunt bineveniți și tratați cu amabilitate la școală,
- elevii se ajută între ei,
- angajații lucrează în parteneriat unii cu alții,
- elevii și profesorii se tratează reciproc cu respect,
- există un parteneriat între profesori și părinți/tutori.

Chestionarul includea o serie de afirmații care nu prezentau dificultăți în a le citi și a da răspunsuri. Pentru a se exprima, participanții erau îndemnați să bifeze caseta care reflectă cel mai bine opinia lor: sunt complet de acord, mai degrabă sunt de acord, nu sunt de acord, am nevoie de mai multe informații.

Participanții au fost rugați să bifeze caseta cu privire la localitatea unde activează (raionul), vechimea în muncă în domeniul EI, funcția pe care o ocupă în raport cu școala: învățător/profesor, cadru didactic de sprijin (CDS), părinte/tutore, diriginte la clasă, psiholog, psihopedagog, altul (descrie). Datele obținute au evidențiat următoarele: cele mai multe participări la chestionarea online s-au înregistrat în municipiile Chișinău, Bălți, raioanele Ștefan Vodă, Ungheni, Soroca. Din numărul total de 84 de participanți la chestionare, 57 au bifat caseta ce indică învățător/profesor, 14 – cadru didactic de sprijin, 3 – psiholog, 4 – diriginte la clasă, 2 – manageri ai instituției de învățământ, 4 – părinți. Stagiul de activitate al participanților în domeniul educației incluzive cu funcția de învățător/profesor/cadru didactic de sprijin constituie de la 2 la 10 ani.

Analizând datele înregistrate la capitolul formării comunității școlare, am obținut un rezultat prezentat în figura 1. Majoritatea participanților s-au exprimat pentru varianta de răspuns sunt complet de acord cu afirmațiile: *elevii se ajută între ei* – 68 % din respondenți, *elevii și profesorii se tratează reciproc cu respect* – 74 %. La afirmațiile *toți simt că sunt bineveniți și tratați cu amabilitate la școală*, precum și *angajații lucrează în parteneriat unii cu alții* rezultatele au fost mai joase – respective, 51 % și 43 %. Scor mic (27 %) s-a obținut la afirmația ce reflectă existența în instituție a unui parteneriat între profesori și părinți/tutori.

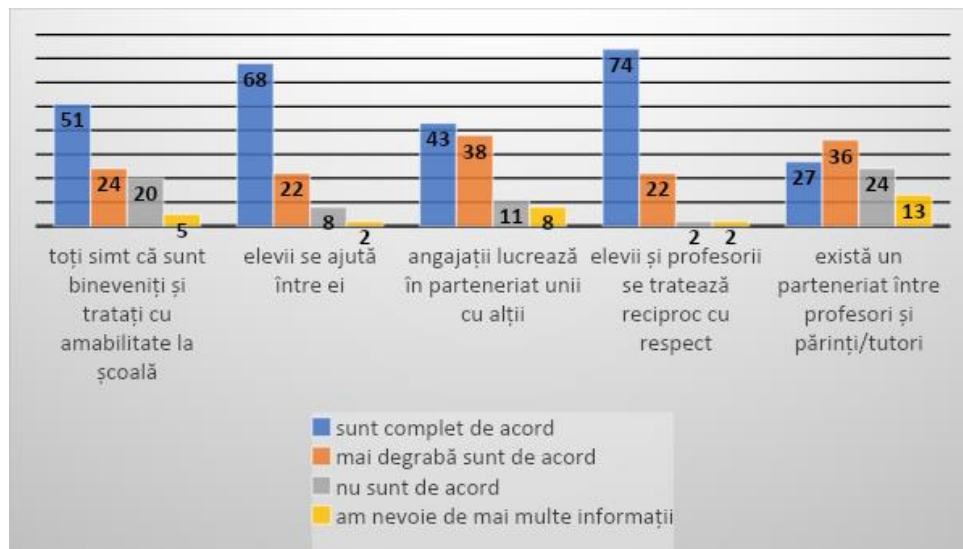


Figura 1. Formarea unei comunități școlare (în %)

Merită să evidențiem și prezența variantelor de răspuns *nu sunt de acord* și *am nevoie de mai multe informații* la toate afirmațiile. Deși le atestăm într-o valoare mai mică în comparație cu celelalte variante de răspunsuri, totuși la afirmația *toți simt că sunt bineveniți și tratați cu amabilitate la școală* scorul e de 20 % din numărul de respondenți, iar la *existența în instituție a unui parteneriat între profesori și părinți/tutori* ponderea acestui răspuns a constituit 24 %.

Datele rezultate din prelucrarea răspunsurilor cu privire la *Formarea unei comunități școlare* încurajează analiza detaliată a problemelor pe care acest indicator le ridică și ajută la identificarea atitudinilor, cunoștințelor și percepțiilor care există deja în comunitatea școlară cu privire la acest subiect. Întrebările permit să se determine cu mai multă acuratețe situația actuală în ceea ce privește incluziunea și, putând fi folosite și ca criterii de evaluare, oferă modalități alternative de rezolvare a problemelor.

Cu referire la itemul doi din chestionar, *Adoptarea unor valori inclusive*, s-au selectat următoarele variante de afirmații:

- Personalul școlii, elevii și părinții împărtășesc ideologia incluziunii.
- Se așteaptă rezultate înalte de la toți elevii din școală.
- Toți elevii sunt apreciați în mod egal.
- Profesorii și elevii se tratează reciproc sincer și interesat și nu își joacă doar „rolurile”.
- Profesorii se străduiesc să depășească barierele din calea învățării elevilor și a participării depline la toate aspectele vieții școlare.

Casetă cu variante de răspuns care reflectă cel mai corect opinia participanților a fost aceeași: *sunt complet de acord*, *mai degrabă sunt de acord*, *nu sunt de acord*, *am nevoie de mai multe informații*.

Rezultatele acestui compartiment din chestionar sunt prezentate în figura 2 și denotă prezența valorilor incluzive împărtășite de majoritatea personalului, elevi, pedagogi și părinți. Ideologia incluziunii o împărtășesc 65 % de respondenți care au ales varianta de răspuns *sunt complet de acord* și 11 % care s-au exprimat că *mai degrabă sunt de acord*. Aceste date mărturisesc despre stabilirea și existența în școli a unor valori de incluziune asumate.

Ținem să accentuăm că la afirmația *Profesorii și elevii se tratează reciproc sincer și interesat și nu își joacă doar „rolurile”* rezultatele sunt înalte – 74 % din respondenți au bifat căsuța cu răspunsul *sunt complet de acord*. De asemenea, 54 % din participanți și-au dat *complet acordul* la afirmația *Profesorii se străduiesc să depășească barierele din calea învățării elevilor și a participării depline la toate aspectele vieții școlare*.

O neînsemnată, dar evidentă scădere a datelor s-a obținut la afirmațiile *Se așteaptă rezultate înalte de la toți elevii din școală* – doar 38 % din participanți *sunt de acord complet* și 43 % *mai degrabă sunt de acord*, pe când la *personalul școlii, Toți elevii sunt apreciați în mod egal*, 43 % *sunt de acord complet* și doar 21 % *mai degrabă sunt de acord*.

Ca și la compartimentul precedent al chestionarului, au fost înregistrate scoruri *de dezacord* și de *documentare suplimentară* la subiectele enunțate. Cel mai mare scor la dezacord este obținut la afirmația *personalul școlii, Toți elevii sunt apreciați în mod egal* – 20 % din participanți, pecum și 15 % la *Profesorii se străduiesc să depășească barierele din calea învățării elevilor și a participării depline la toate aspectele vieții școlare*.

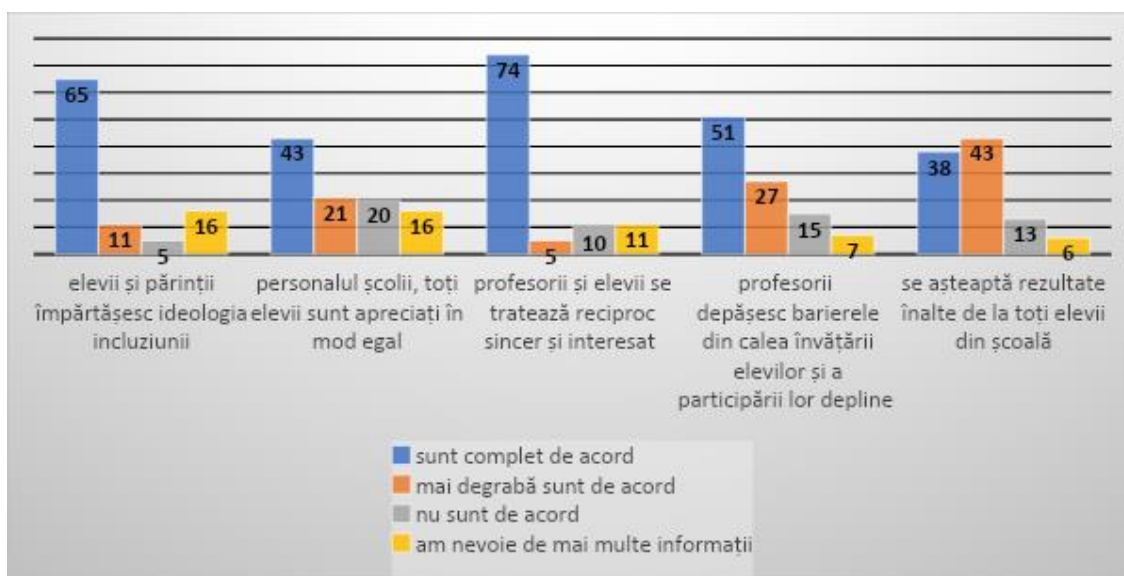


Figura 2. Adoptarea și asumarea unor valori incluzive (în %)

Rezultatele obținute la capitolul „Adoptarea unor valori incluzive” confirmă faptul că dezvoltarea școlii incluzive nu trebuie privită ca un proces mecanic. E un proces dinamic și se bazează pe identificarea de legături între valori, emoții și acțiuni prin reflecție atentă, analiză și planificare. Indicatorii incluziunii ajută la preluarea controlului asupra dezvoltării incluzive a școlii prin analiza a ceea ce se face deja, identificarea zonelor prioritare pentru mișcare și transpunerea lor în practică.

Afirmațiile menționate în chestionar ca indicatori ai culturii incluzive și rezultatele înregistrate în variantele de răspuns ale participanților au identificat ceea ce este deja în școlile incluzive în domeniul culturii de incluziune. Merită să accentuăm cu privire la asumarea de către școală și întreaga comunitate școlară a educației incluzive și a culturii de incluziune familiarizarea atentă cu indicatorii și tehnologia de utilizare a acestora. Utilizarea lor contribuie la un studiu detaliat al situației din școală și, de asemenea, face posibilă acordarea atenției acelor probleme cărora nu li s-a acordat atenție anterior.

Totodată, devine importantă și studierea opiniilor personalului și managerilor școlii, a elevilor, părinților, integrarea priorităților incluzive în planul școlii, implementarea practică a domeniilor prioritare de dezvoltare, descrierea progresului, evaluarea realizărilor. Pentru a determina prioritățile generale, se examinează și se analizează prioritățile selectate de toți participanții comunității școlare și devine cu puțință a da răspuns la întrebarea „Ce trebuie să se schimbe în cultura școlii, în practici și politici pentru a sprijini nivelul educațional și o mai mare participare la școală pentru toți elevii?”.

În lucrarea cu privire la indicatorii incluziunii, T. But menționează: „Valorile declarate ale școlii, dar neasumate în mod autentic, nereflectate în practicile vieții cotidiene din instituție, pot avea un efect advers, golind respectiva valoare de sensul său sau transmițând persoanelor din școală un mesaj de duplicitate. Școala incluzivă manifestă grijă pentru fiecare elev în egală măsură și depune eforturi echitabile pentru progresul fiecăruia” [4, p. 24].

În concluzie, cultura școlii incluzive ca valoare asumată a întregii comunități instituționale, creează o comunitate sigură, primitoare, stimulantă, în care fiecare este apreciat pentru capacitățile sale de a obține performanțe valoroase. De asemenea, dimensiunile culturii incluzive dezvoltă acele valori incluzive care sunt împărtășite clar și sigur de întreg personalul, de elevi, pedagogi și părinți/persoane care îngrijesc copiii. Principiile și valorile culturale școlare incluzive ghidează politicile și practicile școlare, dezvoltarea școlii devenind un proces continuu [1, p. 12].

Bibliografie:

1. BOOTH, T., AINSCOW, M. *Indexul incluziunii școlare*. Centre for Studies on Inclusive Education. 2011. 180 p.
2. BEN, Levin. *How to Change 5000 Schools: A Practical and Positive Approach for Leading Change at Every Level*. Harvard Education Press. 2008. 266 p.
3. GHERGUȚ, A. *Educația incluzivă și pedagogia diversității*. Iași: Polirom, 2016. 232p. ISBN 9789734656646.
4. *Educație incluzivă. Ghid pentru licee*. București: S.C. Advans Print & Promo S.R.L., 2020. 103 p. ISBN 978-973-0-31897-5.
5. БУТ, Тони. *Показатели инклюзии* [Текст]: практическое пособие. Тони Бут, Мэл Эйнскоу; под ред. Марка Вогана; [пер. Игорь Аникеев]. Москва: Центр исследований в обл. инклюзивного образования (CSIE), 2013. 123 с. ISBN 978-5-91400-009-4.
6. СИГАЛ, Н.Г. Инклюзия как вектор гуманизации образования и общества: зарубежный опыт. В: *Вопросы педагогики и психологии: теория и практика. Сб. материалов между. научной конференции*. Киров: МЦНИП, 2014, с. 73-79. ISBN 978-5-00090-022-2.
7. <http://www.ibe.unesco.org/en/document/training-tools-curriculum-development-reaching-out-all-learners-resource-pack-supporting>

**SINDROMUL BURNOUT CA RISC OCUPAȚIONAL ASOCIAT
CU ACTIVITĂȚILE ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ**

**BURNOUT SYNDROME AS AN ASSOCIATED OCCUPATIONAL RISK
WITH ACTIVITIES IN SOCIAL WORK**

Emilia LAPOȘINA, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID:0000-0002-6533-1471
lapoșina.emilia@upsc.md

Emilia LAPOSINA, PhD, Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 364-4:159.942

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p349-356

Abstract. The professional activity of social assistant is associated with less comfortable working conditions and can lead to a decrease in personal and professional fulfillment. Most often, psychoemotional problems are interconnected with workload, professional ethical dilemmas, organizational variables and decreased occupational prestige. The application of limited resources in doing everything possible to recover the beneficiary's problems ends with the subjective and incomplete assessment of the results of the intervention, being outlined over time. Social workers, being in the area of risk, more often collide with the phenomena of professional deformation and emotional burnout syndrome. The study of the manifestation characteristics, causes and consequences of the burnout syndrome in social workers allows an objective assessment of the current situation, specific to activities in the field of social services. Summarizing the results of the empirical phase of the study we can highlight some external and internal factors that contribute to the formation of the premises for the development of emotional exhaustion syndrome among social workers. Also, length of employment and marital status characteristics did not become significant in our study.

Keywords: professional stress, burnout, professional internship, years worked, satisfaction with the profession, secondary trauma, work team.

Activitatea profesională mereu a avut un impact asupra dezvoltării personalității. Ritmul vieții și misiunea profesiei de asistență socială ridică standarde înalte de calificare profesională și implicare personală în interacțiunile cu beneficiarul pentru soluționarea problemelor acestuia. Profesia de asistență socială e o activitate înalt personalizată, îmbunătățește continuu sistemul de competențe ale celui care profesează, antrenează flexibilitatea și capacitatea de adaptare de la caz la caz, contribuie la creșterea eficienței și productivității muncii sociale [4]. Pentru asistenții sociali, precum și pentru angajații din alte domenii de activitate, cele mai importante caracteristici sunt sănătatea (fizică și psihică), competența și profesionalismul.

Dintre profesiile cu orientarea spre acțiuni altruiste de susținere a populației în dificultate, asistenții sociali sunt cei care se află în prima linie de risc în ceea ce privește *burnoutul*. Cercetările recente confirmă că de la 75 % la 85 % dintre profesioniștii din domeniul de asistență socială se confruntă cu problemele „arderii” emoționale, burnoutului sau „epuizării” profesionale în experiența lor. Unii autori de bună practică și succes în profesie subliniază că problema epuizării emoționale deja se înscrie în imaginea socială a asistenților și lucrătorilor

sociali ca parte componentă a „profilului specialității” [10]. Această imagine corespunde, în mare parte, așteptărilor populației și nu depinde de țară sau de perioada de timp analizată.

Meseria asistenților sociali se asociază cu condiții de activitate puțin confortabile, precum programul de lucru fluctuant, lipsa unui loc de muncă bine echipat, a unei pauze de masă clar definite etc. și poate duce la diminuarea împlinirii profesionale și personale, la stres ocupațional, la sindrom de oboseală cronică, care este un precursor al epuizării, sau burnoutului, la rândul său, acesta fiind perceput ca parte componentă a deformării profesionale [19].

Începând cu mijlocul anilor 70 ai secolului XX, din momentul în care termenul „burnout” a intrat în domeniul cercetării științifice, au fost studiate mai multe aspecte ale sindromului, preponderent al tabloului clinic al stării și cauzele burnoutului.[1, 8].

Sub aspect social-psihologic, arderea emoțională se prezintă ca o stare de oboseală psihică, de decepționare. Sub aspect organizatoric, sindromul burnout este văzut ca un rezultat al managementului ineficient al activității unei echipe de muncă, unde, pe de o parte, acțiunile comune nu sunt coordonate, lipsite de conținut și resurse materiale suficiente, pe de altă parte, sunt sporite conflictele, concurența nesănătoasă și protecționismul. Sub aspect clinic, sindromul burnout este caracterizat prin eșuarea, uzura și epuizarea energiei sau a resurselor, care îi provoacă subiectului o scădere esențială a întregului potențial. Într-un cadru analitic distinct sunt prezentate componentele sindromului arderii emoționale. Astfel, Christina Maslach identifică trei componente, și anume: epuizare emoțională, depersonalizare, reducerea realizărilor personale [4, p. 99].

Studiile științifice realizate în domeniul asistenței sociale s-au orientat spre cercetarea stării de epuizare emoțională (O.V. Krapivina, N.V. Mushastaya, I.M. Kuzmina etc.), indicând-o ca precursor al deformării profesionale a personalității asistenților sociali[6]. Între timp, sindromul burnout duce la epuizarea emoțională a specialistului, urmată fiind de limitarea rezervelor individuale de energie și resurse, generând ca finalitate o deformare profesională. Spre deosebire de sindromul emoțional burnout, deformarea profesională duce la schimbări în personalitate. Prin urmare, conceptul „deformarea profesională a personalității” cuprinde toată varietatea de manifestări ale personalității lucrătorului, este mai amplu decât „arderea emoțională”, pe care o considerăm una dintre formele de manifestare a deformării profesionale/ocupaționale.

Termenul „sindromul burnout” (burn-out), introdus pentru prima dată în 1974 de psihiatrul H.J. Freidenberg [17], a însemnat inițial epuizarea emoțională tot mai mare a lucrătorilor în cadrul activităților profesionale, care se află în comunicare emoțională continuă directă și intensivă cu beneficiarii în condiții de supraîncărcare – prea mulți clienți, prea multe cerințe, prea multe informații, în cadrul acordării asistenței profesionale [8]. Varii studii în acest domeniu au identificat simptome ale sindromului „arderii” profesionale, care pot fi împărțite în 5 grupe principale: fizice, emoționale, comportamentale, intelectuale, sociale [5].

Pentru prima dată problema arderii/epuizării emoționale, sau a „burnoutului emoțional”, la asistenții sociali a atras atenția experților americani în legătură cu crearea și extinderea masivă a serviciilor sociale. Totodată, actualmente sunt puține cercetări științifice și aplicative atât în domeniul studierii burnoutului și deformării profesionale la asistenții sociali, cât și a activității de prevenire și corectare a acestor stări, fapt care exprimă relevanța studiului de față.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, stresul profesional reprezintă reacția unei persoane la presiunile și solicitările de la locul de muncă ce nu se armonizează cu abilitățile și

cunoștințele sale. Stresul profesional, ca un dezechilibru intens, perceput subiectiv, este determinat de modul de organizare și proiectare a muncii și de relațiile de muncă. Stresul profesional apare atunci când lucrătorii:

- se simt copleșiți de munca pe care o desfășoară;
- își pierd încrederea în ceea ce pot realiza;
- devin retrași, apatici, deprimați.

Stresul afectează productivitatea și eficiența activității angajaților, ceea ce creează un cerc vicios, pentru că factorii stresori perturbă procesul de adaptare și obținere a echilibrului în mediul profesional, în aceste condiții activitatea fiind mai puțin motivantă, scade performanța și satisfacția în muncă. Stresul profesional nu dispare când angajații pleacă de la serviciu și se extinde asupra vieții personale, având efecte negative asupra sănătății și stării de bine a acestora, care, la rândul său, are un impact negativ asupra activității la locul de muncă [19].

Clasificările bazate pe componentele sindromului de ardere emoțională descriu în detaliu tabloul clinic al acestuia. Modelele de proces iau în considerare dinamica dezvoltării burnoutului, în urma căruia se formează atitudini negative în raport cu subiectele de activitate și muncă. Printre teoriile care disting etapele creșterii epuizării emoționale și formării sindromului burnout, este cunoscuta clasificare a procesului în cinci etape, elaborată de J. Greenberg [20].

1. *Luna de miere* – atitudinea față de muncă este pozitivă, dominată de entuziasm și dăruire. Factorii de stres nu provoacă tensiune.

2. *Lipsa combustibilului* – oboseala se acumulează, apatia crește. Fără stimulare suplimentară, motivație crescută, productivitatea scade.

3. *Procesul cronic* – iritabilitate crescută și oboseală cronică, se dezvoltă un sentiment de nemulțumire față de rezultatele muncii, apar gânduri obsesive, negative cu privire la inutilitatea activității etc.

4. *Criza* – sănătatea se deteriorează, apar boli cronice, reducând parțial sau complet performanța. Depresia, nemulțumirea față de calitatea vieții și productivitatea proprie sunt în creștere.

5. *Spargerea zidului* – tulburările somatice și mintale sunt agravate, pot deveni o amenințare pentru viață. Efectele sale pot afecta atât viața personală, cât și cea profesională. Ceea ce se poate face însă este să se gestioneze stresul în mod corespunzător pentru a minimiza efectele.

Riscurile profesionale specifice domeniului de asistență socială sunt cauzate de următoarele caracteristici specifice. În primul rând, asistența socială, ca tip de activitate profesională, presupune implicarea specialistului cu aptitudinile, cunoștințele și abilitățile pe care le are, precum și calitățile personale, fără de care implementarea serviciilor de asistență socială este aproape imposibilă. Prestatorii serviciilor sociale la datorie stabilesc frecvent relații de comunicare și colaborare cu vizitatorii instituției, care se adresează la ei cu diverse situații complicate și, de regulă, cu probleme dificile [16]. În al doilea rând, formarea sindromului „burnout” la asistentul social cu vechime în muncă poate fi legată de numeroși factori precum fluctuația cadrelor, pierderea statutului social, a locului de muncă, împrejurări de risc, condiții extreme, situații incerte etc.

Riscul de epuizare emoțională a personalității unui specialist în asistența socială crește în astfel de cazuri:

- monotonia muncii;
- investiția în activitatea unor resurse personale mari, cu recunoaștere insuficientă și evaluare pozitivă;
- reglementarea strictă a programului de lucru, în special cu termene nerealiste pentru executarea acestora;
- lucrul cu clienți „nemotivați”, care rezistă în mod constant eforturilor consultantului de a-i ajuta, și rezultatele ne semnificative, greu tangibile ale unei astfel de lucrări;
- tensiuni și conflicte în mediul profesional, sprijin insuficient din partea colegilor și criticile excesive ale acestora;
- lipsa condițiilor de autoexprimare personală la locul de muncă, atunci când experimentarea și inovația nu sunt încurajate, ci suprimate;
- lucrul fără posibilitatea de formare suplimentară și perfecționare profesională;
- conflictele personale nerezolvate ale consultantului.

E.F. Zeer și E.E. Sîmanyuk [15] au descris în detaliu crizele de formare profesională a personalității, împărțite de acestea în normative (adică întâlnite adesea în timpul tranziției de la o etapă de profesionalizare la alta) și non-normative (cauzate de factori traumatici, circumstanțe accidentale sau adverse). În caracteristicile fiecărei crize normative putem detecta simptomele epuizării emoționale. În acest caz, nu vorbim despre prezența sau absența acestor simptome la fiecare criză de profesionalizare (la urma urmei, desigur, simptomele individuale sunt prezente în mod constant). Ceea ce contează este capacitatea unui profesionist de a ieși dintr-o criză, de a căuta modalități productive de a rezista epuizării emoționale, de a depăși inadaptația, căutând un nou sens în activitate [7]. Într-o criză, există o scădere a stimei profesionale de sine, se poate contura un sentiment de epuizare a capacităților cuiva, frica de a-și asuma chiar riscuri justificate, motive de protecție exagerate, scăderea interesului pentru creșterea ulterioară sau, dimpotrivă, dorința de a ocupa un loc care nu corespunde nivelului competenței cuiva.

Încărcarea emoțională ridicată reiese din lucrul cu oamenii care trec printr-o situație dificilă de viață, pe care nu o pot depăși singuri. Expunerea cronică la suferința altora este în sine o formă de traumă [9]. Publicațiile străine subliniază că, în comunicările lor profesionale, asistenții sociali riscă să experimenteze traume secundare, retraumă și traume „vicariale”.

Traumă secundară [9] este o reacție traumatică la experiența altuia. Este periculoasă din cauza imprezibilității sale, deoarece poate apărea la oricine după o singură expunere la un factor de stres. Patricia Shelley, Shelley Hitzel și Karen Zgoda definesc retraumatizarea [7] ca „o reamintire conștientă sau inconștientă a traumei trecute, care duce la o reexperimentare a evenimentului traumatic inițial” [12]. De exemplu, un asistent social care a suferit violență domestică poate fi retraumatizat în timp ce lucrează cu victimele violenței domestice. În contextul asistenței sociale, o ședință cu o persoană traumatizată poate declanșa simptome de traumă secundară.

În general, constatăm că toți factorii care provoacă apariția „sindromului burnout” în rândul asistenților sociali pot fi împărțiți în două grupuri mari:

- factori obiectivi, specifici activității profesionale;
- factori subiectivi, care cuprind trăsături individuale ale specialistului.

Ca parte a cercetării experimentale cu privire la studiul sindromului emoțional „epuizarea asistenților sociali ca risc ocupațional asociat cu activitățile profesionale”, am folosit ca metode de testare sondajul și interviul.

Organizarea studiului experimental s-a realizat în mai multe etape. La prima etapă au fost efectuate lucrări preliminare privind analiza și selecția metodelor de depistare a sindromului „arderea emoțională”, după ce am studiat mai multe tehnici, am selectat chestionarul „Arderea emoțională”, elaborat de K. Maslach și S. Jackson MBI-HSS. Acesta are ca scop studierea celor trei componente principale ale sindromului de epuizare: „epuizare emoțională”, „depersonalizare” și „reducerea realizărilor personale” [14]. În cursul cercetării empirice, scopul a fost studiul nivelului de satisfacție cu privire la activitatea profesională, evaluarea factorilor ce contribuie la dezvoltarea sindromului burnout la asistenții sociali.

La studiu au participat angajați ai DAS Centru și Buiucani din municipiul Chișinău și asistenții sociali din cadrul DAS, raionul Florești. În studiu au fost implicați 20 de persoane, femei, dintre care 10 din mediul urban, 10 din mediul rural, cu vârste cuprinse între 21 și 58 de ani. Analiza stării civile a relevat că 70 % sunt sau au fost căsătorite; nu au familie proprie 6 dintre respondente. Studiul a implicat angajații care dețin diverse funcții, inclusiv șefi, șefi de departamente.

Contingentul respondenților diferă în ceea ce privește nivelul de educație, deși o parte semnificativă sunt angajați cu studii superioare (80%), cei cu studii superioare incomplete și angajați cu studii medii de specialitate au fost în proporție de 20 %.

Având în vedere problema factorilor care generează formarea sindromului emoțional burnout, mulți experți acordă atenție *vechimmii în muncă*. Abordarea acestui aspect în contextul analizei subiectului abordat este important, pe de o parte, pentru analiza situației specialiștilor începători care se confruntă cu anumit disconfort și anxietate din cauza nivelului insuficient de competență profesională, dificultăți de adaptare în colectivul de muncă etc. Pe de altă parte, în timp ce se acumulează competența și experiența, odată cu vechimea în muncă se dezvoltă și altele, se acumulează oboseala profesională, descrește interesul și motivația, scade rezistența individului la stres și, în aceste condiții, indicatorul vechimmii în muncă în asistența socială este, de asemenea, foarte semnificativ.

Prin urmare, printre întrebări, am inclus indicele experienței profesionale, împărțindu-l în trei poziții: de la 0 la 5 ani, de la 5 la 10 ani și peste 10 ani. Conform acestui paragraph, subiecții au fost grupați astfel: 20 % lucrează de cel mult 5 ani, 30 % au o experiență de la 5 până la 10 ani, de peste 10 ani lucrează în acest domeniu 50 %.

Înainte de a trece la analiza manifestărilor sindromului emoțional burnout în rândul asistenților sociali, vom analiza rezultatele obținute cu privire la imaginea generală a satisfacției lor față de activitatea profesională și aspectele lor individuale. Indicatorii de satisfacție față de profesia aleasă sunt prezentați în tabelul 1.

Tabelul 1. Nivelurile satisfacției profesionale

| Niveluri ale satisfacției profesionale | AS din mediul urban (nr.) | AS din mediul rural (nr.) | Total (în %) |
|----------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| Pe deplin satisfăcut | 0 | 0 | 0 |
| Mai degrabă satisfăcut | 2 | 2 | 20 |
| Între satisfacție și nesatisfacție | 3 | 4 | 35 |
| Mai degrabă nesatisfăcut | 3 | 1 | 20 |
| Complet nesatisfăcut | 2 | 3 | 25 |

Să ne oprim asupra analizei anumitor aspecte ale activității profesionale a asistenților sociali în ceea ce privește satisfacerea nevoilor acestora.

Imaginea de ansamblu a analizei efectuate este prezentată în tabelul 2.

Tabelul 2. Aspecte ale activității profesionale

| Aspecte ale activității profesionale | Satisfăcut | | Greu de determinat | | Nemulțumit | |
|---------------------------------------------|------------|-------|--------------------|-------|------------|-------|
| | urban | rural | urban | rural | urban | rural |
| Salariu | 0 | 0 | 0,5% | 10% | 45% | 40% |
| Posibilitate de promovare profesională | 10% | 0,5% | 25% | 35% | 15% | 10% |
| Calitatea și varietatea muncii prestate | 10% | 10% | 20% | 35% | 20% | 1 |
| Prestigiul profesiei și a locului de muncă | 0,5% | 25% | 20% | 25% | 25% | 0 |
| Relația cu administratorul/șeful nemijlocit | 20% | 25% | 20% | 20% | 10% | 0,5% |
| Relații în echipa de colegi | 15% | 20% | 20% | 30% | 15% | 0 |
| Organizarea procesului de muncă | 10% | 0,5% | 30% | 30% | 10% | 15% |

Datele obținute confirmă faptul că 80-90 % din asistenții sociali nu sunt mulțumiți de salarizare. Unul dintre parametrii semnificativi este prestigiul profesiei, care reflectă statutul specialității alese, relațiile dintre societate și stat, care afectează în mare măsură atitudinea subiectivă a unui specialist față de activitatea sa. La fel de important pentru o activitate de lucru eficientă este un confort psiho-emoțional, o atmosferă pozitivă de lucru, relațiile cu conducătorul și colegii de muncă, organizarea generală a activităților profesionale.

Posibilitățile de sporire a competențelor și avansare în cariera profesională, ca factor de satisfacție, au indicat numai 10 % din respondenți. Ceilalți s-au ales cu grade diferite de nesatisfacție față de carieră; creșterea performanței în activitatea profesională, dintre care mai mult satisfăcuți de avansare în carieră, prestigiul profesional, relațiile cu colegii și administratorul și altele au indicat cei din mediul rural. Asistenții sociali din mediul urban și cel rural în 80-90 % din cazuri au menționat cu aprecieri nedeterminate sau negative organizarea procesului de muncă.

Astfel, în general, pentru majoritatea indicatorilor, respondenții demonstrează un nivel sau altul de satisfacție, însă cele mai mari procente arată itemii „relația cu șeful”, „relațiile în echipă”, fapt ce indică că specialiștii sunt cel mai puțin mulțumiți de oportunitățile de creștere, de calificare profesională și în mare parte depind de aprecierile colegilor sau ale administrației. Drept confirmare menționăm că în cadrul interviului, asistenții sociali au atras atenția asupra criteriilor nedeterminate pentru evaluarea succesului în activitatea profesională.

Totodată, din cele prezentate se conturează un parametru semnificativ, deseori decisiv în menținerea asistenților sociali în activitatea profesională – confort psiho-emoțional, o atmosferă pozitivă de lucru, relații pozitive colegiale cu șeful și cu echipa de lucru. Acest fapt susține ideea importanței menținerii în echilibru optim confortul psiho-emoțional, atmosfera psihologică din grup și capacitatea de muncă a asistenților sociali.

Astfel, în vederea reducerii analizei rezultatelor chestionarelor K. Maslach și S. Jackson MBI-HSS, facem trimitere la unele rezultate analizate prin metode similare și publicate deja în literatura de specialitate (N.E. Vodopianova, C.A. Dubnițkaia, O.V. Pavlova) [1]. Datele autorilor menționați confirmă rezultatele obținute recent, anume că din numărul total de respondenți, un nivel scăzut de sindrom de epuizare este inerent unei treimi (30 %), sindromul

în stadiul de formare a fost depistat la 60 % și un nivel ridicat a fost observat la 10 % din angajații chestionați.

Rezumând rezultatele etapei empirice a studiului, putem evidenția anumiți factori externi și interni care contribuie la formarea premiselor pentru dezvoltarea sindromului de epuizare emoțională în rândul asistenților sociali. Nu am evidențiat o relație pronunțată între dezvoltarea sindromului de epuizare emoțională și vârsta respondenților, deși în grupul cu nivel ridicat, majoritatea erau femei de peste 50 de ani. De asemenea, vechimea de muncă și caracteristicile stării civile nu au devenit semnificative în studiul nostru.

Competența profesională este apreciată ca un factor de prevenire a riscului de dezvoltare a sindromului de epuizare emoțională, întrucât în grupul cu un nivel scăzut de dezvoltare a burnoutului toți angajații au studii superioare, doi asistenți sociali cu nivel ridicat al sindromului sunt la etapa finală de obținere a studiilor de licență. O situație similară a fost conturată după criteriul creșterii în cariera profesională și obținerea postului administrativ. Un post profesional superior corespunde unui grad inferior de sindrom de epuizare emoțională: toți respondenții cu un nivel înalt de burnout au fost specialiști obișnuiți, în timp ce un grup de angajați cu un nivel scăzut de ardere profesională a fost format din asistenți sociali supervizori, șefi, precum și șef de direcție. Acest lucru se datorează faptului că dobândirea unui statut superior în activitatea profesională se asociază nu numai cu o responsabilitate mai mare, dar și cu prestigiu, salarizare, respect, confort și siguranță la locul de muncă. O relație directă se observă între severitatea nivelului de manifestare a simptomelor sindromului burnout și nivelul de satisfacție față de activitatea profesională: cu cât este mai mare nivelul de satisfacție, cu atât etapa de formare a sindromului este mai mică.

Această corelație se observă și în analiza diversilor factori organizatorici, precum salariile, oportunitatea de creștere în calificare și carieră, varietatea muncii prestate, prestigiul profesiei, relațiile cu conducătorul și echipa de lucru (nemulțumirea față de relațiile cu liderul crește și în echipă riscul de a dezvolta „burnout”, nivelul de organizare a muncii, precum și frecvența stresurilor trăite personal în afara activității profesionale). Managementul organizațional neeficient poate duce la o satisfacție joasă față de muncă în echipe, unde toți angajații sunt la fel de apatici și nemotivați față de rezultatele activității profesionale, muncesc din greu în lipsa unei înțelegeri clare între angajați a obiectivelor și rezultatelor muncii, cu pauze frecvente de cafea și ceai etc., ceea ce duce la fluctuația cadrelor [18].

Rezultatele obținute în cadrul studiului ne permit să remarcăm că riscurile „epuizării” specialiștilor în domeniul asistenței sociale sunt în mare parte cauzate de ineficiența leadershipului și mai puțin de specificul ocupațional asociat cu activitățile în asistența socială. Principalele domenii care pot fi recuperate și prevenite în vederea profilaxiei apariției simptomelor burnoutului țin de factorul uman la locul de muncă, de grupul de colaboratori și pot fi modificate de leadership, chiar dacă activitatea profesională creează diferite riscuri ocupaționale [17].

Bibliografie:

1. ВОДОПЬЯНОВА, Н.Е. *Синдром выгорания: диагностика и профилактика*. СПб.: Питер, 2005. 267 с. ISBN 978-5-91180-891-4.
2. GORINCIOI, V. *Studiul sindromului arderii emoționale la cadrele didactice universitare din perspectiva de gen*, Specialitatea 511.01 – Psihologie generală. Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2015 http://www.cnaa.md/files/theses/2015/22335/veronica_gorincioi_thesis.pdf

3. CEPRAGA, Lucia, BÎRSAN, Svetlana. *Sindromul burnout – factor de destabilizare a securității naționale*. Economic Security in the Context of Sustainable Development. Online International Scientific Practical Conference 1 st Edition, December 11, 2020, Chișinău, Moldova Academy of Economic Studies of Moldova. Pp. 96-101. ISBN 978-9975-155-01-4.
4. ДЕРКАЧ, А.А. Роль организационной среды в становлении личности профессионала. In: *Акмеология*. 2011. № 3. С. 8-18. ISSN 2075-7577.
5. ДУБИНИЦКАЯ, К.А. *Социально-психологические факторы формирования и проявления синдрома эмоционального выгорания у педагогов и воспитателей дошкольных образовательных учреждений*. М.: МГППУ. Диссертация кандидата психологических наук 19.00.05. Москва, 2011. 172 с. РГБ ОД, 61 11-19/1682011. С. 4-6.
6. ЕМЕЛЬЯНОВА, М.В. Профессиональные деформации личности сотрудников правоохранительных органов. In: *Акмеология*. 2012. № 4. С. 103-104. ISSN 2075-7577.
7. ЗЕЕР, Э.Ф., СЫМАНЮК, Э.Э. Персонификация личности как предиктор преодоления кризиса утраты профессиональной деятельности в возрасте поздней зрелости. In: *Сибирский психологический журнал*. 2022. № 84. С. 111-125. DOI: 10.17223/17267080/84/6. <https://cyberleninka.ru/article/n/personifikatsiya-lichnosti-kak-prediktor-preodoleniya-krizisa-utraty-professionalnoy-deyatelnosti-v-vozhraze-pozdneyy-zrelosti>
8. ПАВЛОВА, О.В. *Особенности формирования и пути профилактики синдрома эмоционального выгорания, враждебности и агрессии у среднего медперсонала*. М.: НГУ им. Ярослава Мудрого, 2012. С. 13. https://new-disser.ru/_avtoreferats/01005086882.pdf
9. РАЗУМОВСКАЯ, Валерия, Викторовна. *Особенности эмоционального выгорания в среде социальных работников* <https://www.internauka.org/conf/spain/21/341487>
10. RISSER, M., ABULHOSN, R. *Social Worker Burnout: Signs, Causes & 15 Tips to Manage Self-care* [Электронный документ] [2022] // URL: <https://www.choosingtherapy.com/social-worker-burnout/> (дата доступа: 25.02.2023).
11. PATRICIA, Shelly, SHELLEY, Hitzel, KAREN, Zgoda. *Preventing Retraumatization: A Macro Social Work Approach to Trauma-Informed Practices & Policies* [Электронный документ] // The new social worker is the careers magazine for social work. URL: <https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/preventing-retraumatization-a-macro-social-work-approach-to-trauma-informed-practices-policies/> (дата доступа: 28.02.2023).
12. РОНГИНСКАЯ, Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях. In: *Психологический журнал*. М.: Наука, 2002. С. 39.
13. *The Connection Between Social Work and Secondary Trauma* [Электронный документ] [2020] // URL: <https://www.goodtherapy.org/for-professionals/business-management/human-resources/article/the-connection-between-social-work-and-secondary-trauma> (дата доступа: 05.03.2023).
14. ЧЕРДЫМОВА, Елена, Ивановна. *Синдром эмоционального выгорания специалиста: монография* / Е.И. Чердымова, Е.Л. Чернышова, В.Я. Мачнев. Самара: Изд-во Самарского университета, 2019. 124 с. ISBN 978-5-7883-1425-9.
15. ЧОМАЕВА, Гоккаджан Азретовна. *Особенности и факторы возникновения синдрома «эмоционального выгорания» у социальных работников*. Карачаево-Черкесский государственный университет имени У.Д. Алиева (г. Карачаевск) УДК 159.944.3
16. ЧУТКО, Л.С., КОЗИНА, Н.В. *Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты*. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 256 с. ISBN 978-5-00030-028-2.
17. <https://www.kspu.ru/upload/documents/2022/05/26/644748adeaa1c6a285f7ea35a7309361/professionalnoe-i-emotsionalnoe-vyigoranie.pdf>
18. <https://euramis.ro/stresul-profesional-la-locul-de-munca/>
19. <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/emotional-burnout>

UNELE SECVENȚE DE PRACTICARE A KINETOTERAPIEI ÎN ANTICHITATE SOME SEQUENCES OF PRACTICE OF KINETOTHERAPY IN ANCIENT TIMES

Ecaterina ZUBENSCHI, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-1822-7460
ecaterinazubenschi@gmail.com

Florica Cristina NEDELUCU, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0003-4480-461X
savacristina79@yahoo.com

Oleg ABABII, dr., director general
CEÎS „Orfeu” din Chișinău
ORCID: 0009-0003-9364-4349
orfeu@list.ru

Ecaterina ZUBENSCHI, PhD, Associate Profesor,
„Ion Creanga” SPU of Chisinau
Florica Cristina NEDELUCU, PhD student,
„Ion Creanga” SPU of Chisinau
Oleg ABABII, PhD, managing director
CEÎS "Orfeu" of Chisinau

CZU:364.2-053.9

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p357-367

Abstract. Work, play and exercise have been used for their healing qualities since ancient times. In the Neolithic, empirical medicine developed certain therapeutic norms, based on practical experience, of combining drug treatment with therapeutic exercises. Physiotherapy begins thousands of years ago and merges with the history of various forms of occupations with therapeutic values within the historical development of mankind. Ancient civilizations, developed different philosophical concepts, different medical schools, highlighted the importance of physical therapy and medicinal plants, essential oils, aromatherapy, occupational therapy, in treating different diseases and maintaining health. The Egyptians, Indians, Chinese and Greeks laid the foundations of the notion of preventive and therapeutic gymnastics. The healing of the sick and the prevention of illnesses represented a social function and a moral right, which was constantly manifested on different stages of evolution of human civilization. Knowing the development of physical therapy, as a universal discipline, from its origins to the present day, contributes to the formation and development of the specialized culture. Nothing can be explained and understood without history.

Keywords: antiquity, physical exercises, treatment, therapy, physical therapy etc.

Kinetoterapia, denumită de chinezi terapie sau kinetologie medicală, este o ramură a medicinei fizice și de reabilitare, care folosește o varietate de exerciții fizice, mișcări active și

pasive sau masaj pentru restabilirea sau ameliorarea mobilității anumitor funcții ale corpului, a unor segmente afectate după boală sau accidentare [7].

„Kinetoterapia” se traduce ca terapie medicală prin mișcare și constă dintr-o varietate de exerciții fizice, combinate într-un ansamblu de tehnici și metode aplicate în funcție de persoană și afecțiunea pe care o prezintă. Studiază mecanismele neuromusculare și articulare care îi asigură omului activitățile motrice normale[8].

Kinetoterapia utilizează mișcarea pentru a regla dezechilibrul prezent la nivelul organismului, tulburare care poate duce la apariția anumitor boli[9].

Termenul derivă de la cuvintele grecești (*kinetos* – „mobil”, *therapeia* – „tratament”), desemnând mișcare și îngrijire[7].

Kinetoterapia are o dezvoltare de sine stătătoare, marcată de evenimente majore de ordin social-istoric, din cele mai vechi timpuri. Oamenii antici au descoperit și au dezvoltat diferite mijloace de păstrare și îmbunătățire a sănătății, remedii naturale cu plante medicinale, cu ape minerale și unele roci transformate în prafuri. Întrecerile, aruncarea pietrelor, luptele, exercițiile fizice, alergările, jocurile, dansurile etc. erau văzute ca fiind esențiale pentru menținerea sănătății și a echilibrului. Mișcarea era considerată importantă pentru circulația energiei vitale, intelectuale. Aceste practici timpurii au pus bazele kinetoterapiei, recunoscând legătura dintre mișcare și sănătate [5].

Kinetoterapia a cunoscut restructurări profunde, îmbogățindu-se cu etape noi de dezvoltare [10].

Antichitatea a pus bazele de constituire a elementelor kinetoterapeutice practice, contribuind la dezvoltarea modernă a kinetoterapiei ca știință și specialitate în epoca contemporană. Cunoașterea evoluției istorice de constituire a kinetoterapiei din Antichitate are o însemnătate deosebită pentru contemporaneitate, fără de care n-am putea explica formarea și dezvoltarea culturii de specialitate.

Tabelul 1. Etape și civilizații de constituire a practicării elementelor de kinetoterapie în Antichitate

| Etape și civilizații |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Preistorie. Stil de viață nomad. Practici magice și cultice față de forțele naturii, evenimente, boală, patologii pe care nu le puteau explica. Practicarea diferitor exerciții fizice, forme de activitate motrică de apărare și de producere a unor bunuri (vânătoare, pescuit, agricultură, diferitor tipuri de lupte etc.), reprezenta un cult moral de supravețuire.</p> |
| <p>2. Antichitate. Stil de viață sedentar, locuințe răzlețe, situate în special lângă ape (râuri sau lacuri), care, cu timpul, s-au grupat în așezări sătești tot mai extinse. Viața tot mai sigură, datorată unei agriculturi tot mai productive, a dus la creșterea populației. Surplusul de hrană a dus la apariția schimbului de mărfuri, diviziunea muncii, apariția și dezvoltarea primelor orașe. Inventarea scrisului a creat bazele păstrării și transmiterii informațiilor, răspândirii și dezvoltării cunoștințelor, formării civilizațiilor.</p> <p>Antichitatea a dezvoltat metodele de practicare a exercițiilor fizice în scop educativ, ca mijloc de pregătire a tineretului pentru viață (alergări, întreceri, înot, aruncare, trasul cu arcul, trânta, lupta cu pumnii etc.) și ca mijloc de menținere a sănătății și a capacității de muncă a oamenilor în ansamblu. În decursul anilor, aceste practici s-au constituit ca modalități de educare fizică, ajungând până la formele sofisticate de astăzi. În Antichitate apar primele elemente de practicare a medicinei terapeutice empirice, combinată cu elemente de terapie ocupațională și de mișcare. Cercetările arheologice atestă că cele mai dezvoltate civilizații antice ar fi: Egiptul antic, India antică, China antică, Persia antică, Grecia antică, Roma antică.</p> |

Egiptul antic, 8.500-7.000 î.H., a fost o veche civilizație din nord-estul Africii, care s-a dezvoltat în zonele joase de-a lungul fluviului Nil. Civilizația Egiptului Antic, formată în jurul anilor 3150 î.H., reprezintă o moștenire culturală imensă. Limba egipteană vorbită și scrisă, limba egipteană scrisă hieroglific (alcătuită din sute de simboluri), cea mai veche limbă (după sumeriană), datează din sec. XXXII î.H., fiind vorbită și scrisă până în Evul Mediu. Vechii egipteni au produs o mare varietate de obiecte din sticlă cu mare pricepere [11]. Basoreliefurile de la Ptah-Hotep confirmă existența unor „academii” de forță musculară și frumusețe plastică încă din primul imperiu (3000-2500 î.H.). Exercițiile fizice erau practicate chiar din școală și aparțineau gimnasticii, atletismului și sporturilor de luptă. Medicii egipteni erau renumiți în Orientul Apropiat antic pentru abilitățile lor de vindecare. Medicii egipteni erau strict specializați în diferite domenii: stomatologie, obstetrică, chirurgie etc. Plăgile erau tratate cu amestec de smirnă și ulei de eucalipt, suturate și pansate, membrele fracturate erau imobilizate. Medicii egipteni practicau trepanații – operații de deschideri în oasele cutiei craniene în cazul extirpării anumitor tumori cerebrale, de scoatere a unor cheaguri de sânge etc. Chirurgii egipteni coseau rănilor, fixau oasele rupte, amputau membrele bolnave, recunoscând că unele leziuni foarte grave nu puteau fi vindecate. Foloseau instrumente chirurgicale din silex și bronz: cuțite, scalpele, pense, lamele, cautere. Egiptenii, utilizau diagnoza, prognoza, examinarea medicală și prescripțiile, cunoșteau percuția, practicate în examinare și de către medicii moderni. Existau medici militari, care însoțeau expedițiile și caravanele de călători. Cei mai buni tămăduitori erau luați în serviciul curții faraonului. Există o întreagă ierarhie medicală. Medicii egipteni aveau cunoștințe despre proprietățile plantelor. Pregăteau și administrau: băuturi, ceauri, uleiuri din plante, sămânță de in, mărar, fructe (curmale), legume (ceapă, usturoi), miere, aluaturi, smirnă, opiu, diverse minerale, săruri de plumb, antimoniu, cupru. De la animale se întrebuița carnea, creierul, sângele. Leacurile se administrau în lapte, vin, bere sau fierturi. Se preparau variate pilule, supozitoare, purgative, laxative, vomitive etc. Serviciile medicale ale Egiptului Antic seamăna, în esență, cu cel actual: sistemul îngrijirilor medicale constituia un serviciu național public gratuit, accesibil și disponibil tuturor, în toată țara, în orice moment, pentru toate clasele [12]. Cele mai multe informații privind medicina acestei perioade provin din celebrele papirusuri medicale. Cel mai vechi papirus descoperit până acum este *Papirusul de ginecologie Kahun*, datând din 1825 î.H., în timpul domniei lui Amnemhat III. Sunt descrise metodele de diagnosticare a sarcinii și a sexului fătului, durerile de dinți din timpul sarcinii, bolile femeilor, precum și medicamente pentru femei, paste și aplicații vaginale. Papirusul Edwin Smith are 5 metri lungime, iar subiectul de bază îl constituie operațiile. Acesta a descris 48 de cazuri chirurgicale de răni ale capului, gâtului, umerilor, sânelui și toracelui. Papirusul Ebers este o rolă uriașă, de peste 20 de metri lungime și 30 cm lățime. Este o referință de medicină internă, boli ale ochiului, pielii, extremităților, ginecologice, unele boli chirurgicale. Pentru tratamentul acestor boli, au fost descrise 877 de rețete și 400 de medicamente. Papirusul Ebers descrie terminologia anatomică și fiziologică, poziția inimii cu precizie, ilustrează unele tulburări ale inimii, cu bătăi scăzute. Medicii egipteni au recunoscut inima ca sursă a vaselor de sânge. Aplicarea căldurii este una dintre metodele de reducere a herniei strangulare. Mumia lui Meren-Ptah (dinastia a XIX-a) prezintă semnul unei răni deschise rezultată din interferența chirurgicală [12, 11, 13]. Cele mai vechi texte de medicină sunt datate din prima jumătate a mileniului al II-lea î.H. Codul lui Hammurabi (sec. al XVII-lea î.H.) reglementează unele activități medicale: onorarii, riscuri apărute în caz de eșec al actului medical. Secolul al VII-lea î.H., este marcat de apariția bibliotecii de profil a lui Assurbanipal și constituirea școlii medicale. În timpul domniei regelui babilonian Adad-apla-iddina (1069 î.H. – 1046 î.H.), apare manualul de diagnosticare scris de medicul Esagil-kin-apli din Borsippa, cea mai amplă lucrare la acest subiect. Vechii egipteni erau preocupați de igiena corporală și cea a veșmintelor. Pentru ritualurile religioase se spălau de trei ori pe zi ca să se purifice și purtau veșminte albe confecționate din pânză de in. Aveau organizată o formă de medicină socială și a muncii, cu servicii gratuite pentru soldați și pentru colectivitățile care lucrau la ridicarea templelor și a monumentelor funerare [5, 15].

India antică. *Vedele* – „cartea sfântă” a hindușilor este cea mai veche dovadă a culturii indiene. Textele vedice au fost compuse și transmise oral în sanscrită cu multe secole înainte de a fi fixate în scris. Cele mai vechi manuscrise care au supraviețuit datează din sec. XI î.H. Înregistrările vedice ale vremii redau povestea lui Shiva, o zeitate hindusă supremă, care înlocuia capul fiului său uman mort, Ganesh, cu cel al unui pui de elefant. Conform acestor surse, cunoștințele despre cartea sfântă au fost transmise de la Brahma, o altă zeitate hindusă supremă, la Sushruta, fiul regelui Banaras, printr-un lanț de zei și oameni care acționează ca o verigă de legătură. Celebra lucrare a lui AyurVeda, *Știința vieții* (sec. V î.H.),

lucrare de filozofie hindusă, care derivă din *Atharva-Veda* (una din cele patru vede), relevă principii noi, care formează ceea ce astăzi se numește medicina naturistă. Conform medicinei ayurvedice, doctorul n-a mai fost vrajitor, ci medic practicant și învățat. El ținea seama de datele oferite de experiență, organizându-le conform unei teorii generale a omenirii. Bolnavul este factorul pasiv care apelează la medic ca factor activ. În tratatul scris de Susruta se spune: „Doctorul, pacientul, leacul și infirmiera sunt cei patru piloni ai medicinei pe care se sprijină însănătoșirea” [15, 13].

Tibetanul Nāgārjuna (c. 150-250), inventator al multor leacuri pentru probleme psihice, este considerat unul dintre cei mai importanți filosofi buddhiști. Alături de discipolul său, Aryadeva, este considerat fondatorul școlii Madhyamaka din Buddhismul Mahāyāna [16].

La ora actuală, Ayurveda reprezintă cel mai cuprinzător și cel mai ușor de înțeles sistem de vindecare naturală, folosit până în prezent în majoritatea țărilor din Occident [17].

Cele mai vechi dovezi arheologice ce țin de cultura și civilizația indiană sunt de la Mohenjo-Daro și Harappja, orașe principale din Valea Indului, care au cunoscut o dezvoltare înfloritoare între anii 2500-1500 î.H. Civilizația indiană dispunea de un sistem avansat de sănătate publică. Existau numeroase fântâni, băi, canale colectoare și locuri special amenajate pentru strângerea gunoaielor. Străzile aveau o dispoziție regulată, iar casele erau bine construite și ventilate.

Legile lui Manu (culegeri de texte religioase, filosofice, morale și sociale) cuprind o serie de date despre medicina indiană încă din milenii III și II î.H., conțin reguli care determină comportamentul oamenilor în viața de zi cu zi, inclusiv reguli de menținere a sănătății. Erau prevăzute exerciții de înot și de respirație. După legile lui Manu, se considera că băile în lacuri și râuri mențin sănătatea fizică. Exercițiile fizice devin apanajul castelor conducătoare, a brahmanilor în vederea atingerii idealurilor religioase și sociale [18].

Teoria chirurgiei reconstructive înregistrată în surse indiene datează din anul 4000 î. H. **Manuscrisul Bower**, numit astfel după descoperitorul său, care l-a dezgropat în 1890, *Sushruta Samhita* (Cartea medicinei) din Turkestan, descrie operația în tratamentul cataractei [19]. Manuscrisul Bower este un adevărat tratat de farmacologie. Medicina era studiată timp de șapte ani în universități, după care ucenicul se perfecționa, fiind ghidat de un maestru, până primea dreptul să practice. Medicina putea fi practică de bărbați (mai puțin de femei), având la dispoziție o literatură medicală bogată. Medicii aveau o pregătire medicală temeinică, fiind specializați în obstetrica ginecologică, terapeutică și chirurgicală. Diagnosticarea bolilor se făcea prin observație și examenul clinic a trei elemente: culoarea conjunctivei, aspectul limbii și caracterul urinei (culoare, consistență, gust). Pulsologia era explicată în tratate separate, de specialitate. Tratamentul se făcea cu droguri vegetale și produse animale: borax, sulfat de cupru, carbonat de sodiu, mercur, rezerpina, tiroida, extrase de substanță nervoasă. Bolnavii de boli contagioase, cum ar fi: lepra, holera, variola, tuberculoza, boli cu transmitere sexuală, erau izolați și tratați. În chirurgie se foloseau antiseptice extrase din diverse specii de ficus. Anestezia se realiza cu ajutorul fumigațiilor de cânepă indiană. Intervențiile chirurgicale practicate erau extragerea fătului mort, operația de cataractă, rinoplastia. Practica yoga este o practică milenară, un sistem biomedical care reprezintă calea ce cultivă disciplina energiilor fizice și mintale [5].

Medicina Indiei antice a lăsat capodopere comparabile cu cele europene desprinse din practicile ritualice magice, cu o viziune cosmică a ființei umane cu toate limitele ei [14].

China antică. *Tratat de îngrijire medicală.* Vol. I. București, Editura Universitară „Carol Davila”, 2021. Din sec. al V-lea î. H. începe specializarea diferențiată a vindecării pe specialități: medici de boli (interniști), medici de tumori (chirurgi), medici de hrană (dieteticieni), medici de animale (veterinari). În diagnostic, elementul principal este considerat pulsul. Primele referiri la kinetoterapie se regăsesc în scrierile chinezești de acum 4700 de ani [5]. Medicul Kong-Fu a creat primul sistem chinez de exerciții fizice (anul 2698 î. H.), un sistem de educație fizică medicală, constituit dintr-o serie de mișcări fizice însoțite de mișcări de respirație. Se credea că bolile organismului pot fi înlăturate prin exerciții fizice însoțite de gimnastica respiratorie. Exercițiile se pot practica din poziții variabile ale corpului: stând, șezând, culcat pe spate, pe burtă, pe o parte. Combinarea exercițiilor, pozițiilor și a mișcărilor respiratorii erau aplicate în tratamentul unor boli: obezitate, gută, litiază renală, dureri musculare. Ulterior, generalul Jo-Fei (1102-1142) a realizat sistemul chinez de gimnastică, exerciții de ținută, luptă și box, practicate până astăzi. În China antică s-a dezvoltat presopunctura, acupunctura și ignipunctura (aplicarea unor puncte de foc pe un țesut cu ajutorul cauterului). Acest sistem terapeutic tradițional se baza pe existența energiei qi în corpul uman. Medicii chinezi au stabilit un număr de peste 120 de puncte situate de-a lungul unor meridiane ale corpului, corespunzătoare unor organe,

asupra cărora se acționa. În aceste puncte se aplicau în derma, timp de 5-6 min., ace de aramă sau aur în caz de insuficiență a unui organ sau ace de oțel, argint sau platină timp de 30-60 sec. în caz de hiperfuncție.

Presopunctura se realiza prin presarea cu degetul a punctelor energetice de pe meridianele corpului uman. Acest sistem era orientat spre echilibrarea deficitelor de energie pe anumite secțiuni ale corpului uman, redându-le acestora vitalitatea și buna funcționare. Acest sistem terapeutic era cunoscut prin efectele sale pozitive în cazul durerilor musculare și articulare, cefalee, dureri de spate, de dinți, de ochi, dureri la sân, dureri reumatice și obezitate, în funcție de nevoile pacientului. Sistemul terapeutic chinezesc a trezit curiozitatea medicilor antici, dezvoltând reflexoterapia modernă – masajul punctat prin presopunctură, acupunctură și ignipunctură pe zonele reflexogene. În China antică se practica înotul, aruncarea cu piatra și scrima, cu sabia [20, 14]. În sec. al III-lea d. H. apare un tratat, *Canonul pulsului*, care stabilește 74 de feluri de puls. Terapia este extrem de variată: se folosea arsenicul contra febrei intermitente, mercurul contra sifilisului și acțiunea antianemică a ficatului. Hidroterapia era aplicată curent. Alte practici medicale aplicate cu succes și preluate peste milenii de medicina din toată lumea sunt helioterapia, masajul, kineziterapia, dietetica, exercițiile de respirație. Un aport cu totul deosebit adus științelor medicale, de certă origine chineză, este tehnica imunizării medicale. Vaccinarea antivariolică (prin inocularea virusului din pustula variolică în nara persoanei sănătoase) a fost practică cu sute de ani înainte de a se practica în Europa (în 1796, Edward Jenner pune la punct vaccinarea antivariolică) [5].

Persia antică. Perșii sunt un popor indo-iranian stabilit în Iran (Persia) în jurul anului 1000 î.H. Imperiul Persan a fost un imperiu iranian ce a dominat Asia de Sud și de Sud-Vest între 550 – 330 î.H. La apogeul dezvoltării, Imperiul Persan se întindea pe o suprafață totală de 8.000.000 km², cuprinzând Iranul, Afganistanul, Irakul, Turcia, Siria, Egiptul, Israelul, Libanul, Ciprul și porțiuni din România, Bulgaria, Grecia, Arabia Saudită, Libia, Sudanul de Nord, Caucaz, India, Asia Centrală și China. Perșii au acordat o importanță deosebită **igienei personale, sănătății publice și prevenirii bolilor contagioase**. Ei evitau să polueze cele patru elemente. Nu s-ar fi îmbăiat și nici nu ar fi spălat obiecte murdare în apă curgătoare, iar urinarea sau scuiparea în apă erau considerate un mare păcat. Materialele mirositoare nu au ar fi fost niciodată aruncate în foc. Existau trei ramuri principale ale medicinei: tratamentul cu ierburi, chirurgia și tratamentul prin forța cuvântului (cuvinte sacre). 21 de cărți alcătuiesc conținutul medicinei persane, reprezentând o enciclopedie a științelor: medicină, astronomie, drept, științe sociale, filosofie, cunoștințe generale, logică și biologie. În **Avesta**, știința și medicina nu erau separate și nu se făceau diferențe de clasă, etnie, naționalitate, rasă, sex sau religie. În tratatul medical *Dinkart* sunt descrise peste 4.000 de boli. În centrele universitare persane, ca cel de la Gundishapur (sec. III), s-au format savanți, care s-au răspândit în diferite zone, influențând multe culturi și civilizații [21].

Medicina geto-dacică. Marele filosof Platon (secolul IV-III î.H.) a transmis fragmentar spusele filosofului Socrate, care, fiind la oaste, cunoscuse un medic trac, ucenic a lui Zamolxis. Acel medic îi povestise lui Socrate că îngrijirea bolnavului la geto-daci se axa pe corp și suflet. Geto-tracii erau de părere că toate bucuriile și suferințele omului vin de la suflet și de acolo curg (ca dintr-un izvor) de la cap la ochi. Sufletul se vindecă prin vorbe frumoase. Vindecarea începea de la tămăduirea sufletului, izvor al răului, pentru a însănătoși capul și tot restul trupului. Zamolxis, preoții-medici geto-traci și ucenicii lor foloseau în practicile medicale magia, descântecele, dansurile. Împotriva spiritelor rele, geto-tracii purtau amulete în formă de animale. Anumite afecțiuni se vindeau cu ajutorul plantelor. **Democrit din Abdera – Tracia** (460 – 370 î. H.) susține că materia este divizată în particule numite atomi (care formează toate lucrurile). Prin teoria atomistă se explica și **aparitia bolilor ca fiind produse de organisme minuscule, invizibile** (seminte morbigene), care pătrund în corpul animalelor și al oamenilor și se hrănesc cu sângele lor. Prin aceeași teorie explica și mecanismele de acțiune a remediilor terapeutice. De la grecii antici s-au păstrat 26 de denumiri dacice de plante medicale din cele 42 de denumiri latine [22].

Grecia antică, sec. al XII-lea î.H. – 313 d.H., este considerată leagănul exercițiului fizic, al gimnasticii profilactice și terapeutice.

Conceptul de armonie a caracterizat statul atenian și era exprimat în idealul „kalos kai agatos” (om frumos și bun). **Platon** (427 – 347 î.H.), în lucrările sale *Legile* și *Republica*, a contribuit decisiv la fundamentarea teoretică a acestei concepții. El pune bazele abordării științifice a practicării exercițiilor fizice, înglobând termenilor de gimnastică și alimentație băile și masajul [23].

Aristotel (384 – 322 î.H.), în lucrările sale, atrăgea atenția că lipsa echilibrului între educația fizică și educația intelectuală se repercutează negativ asupra creșterii și dezvoltării copilului. El pledează pentru includerea gimnasticii în educația tinerilor, alături de gramatică, muzică și desen. Aristotel recomandă practicarea exercițiilor fizice în mod gradat, ținându-se cont de particularitățile de vârstă [24].

Herodicos din Selimbria (sec. V î.H.), filosof sofist, medic grec de origine tracă, unul dintre dascălii lui Hipocrate. Lui Herodicos din Selimbria i se atribuie introducerea, pentru prima dată, a exercițiilor fizice pentru tratarea bolilor și menținerea sănătății. Este considerat întemeietorul medicinei sportive (promovată ulterior și de Galen) și „părintele” **gimnasticii terapeutice grecești**, primul care a stabilit regulile de practicare a gimnasticii igienice și **kinetoterapeutice**. Herodicos sesizează relațiile mișcare-mușchi, imobilizare-atrofie musculară, precum și valoarea exercițiilor fizice pentru refacerea forței musculare. A formulat primele principii ale unui tratament gimnic rațional. Recomanda masajul cu ierburi și uleiuri, asociat cu regimul alimentar dietetic. Herodicos din Selimbria a fost cel care a elaborat normele gimnasticii igienice și terapeutice. El a propus ca exercițiile fizice să fie conduse de profesori educați științific, denumiți gimnaști [25, 20]. Exercițiul kinetic terapeutic aprofundează studiile de poziționare și de mișcare, tipurile de contracție musculară și elementele facilitatoare și inhibitoare ale mișcării.

Hipocrate și Galenus sunt primii practicieni ai kinetoterapiei, promovând masajul, terapiile manuale și hidroterapia în tratarea pacienților încă din anul 460 î.H.

Esculap sau Asclepios pentru greci, ori Imhotep pentru egipteni, erau zeii cu puteri tămăduitoare. Principalul atribut a lui Esculap este toiagul, în jurul căruia se înfășoară șarpele cunoașterii, care a devenit, sub numele de Caduceu, emblema profesiei medicale. Este socotit și strămoșul legendar al dinastiei medicale Asclepiades, al cărui reprezentant ilustru este faimosul Hipocrate.

Aesculapius, sau Asclepius, Hipocrate, Hipocrat sau Hippocrates din Kos (460-370 î.H.), născut pe insula greacă Kos, considerat „părintele medicinei”, fondator al Școlii Hipocratice de Medicină. A luat lecții de la medicul trac Herodicos din Selimbria. Recomanda exercițiile fizice, băile, masajul și regimul alimentar pentru menținerea stării optime de sănătate, regimul alimentar în tratarea unor afecțiuni [26].

Hipocrate a efectuat un studiu atent asupra efectelor fiziologice ale gimnasticii și masajului, definind sănătatea ca un echilibru între exercițiile corporale și alimentare. Hipocrate susținea că exercițiile fizice și masajul influențează favorabil asupra respirației, circulației și metabolismului general, relaxează musculatura și echilibrează activitatea nervoasă. Cărțile *Higienion – Logoi* și *Trosybul* evidențiază strânsa legătură dintre gimnastică și igienă. Dovedind o bună cunoaștere a mecanicii corporale, el propune sfaturi practice pentru dezvoltarea anumitor mușchi [14].

Hipocrate a stabilit medicina ca profesie distinctă de alte domenii, separând-o de religie. Este primul care a crezut că bolile au cauze naturale (fiind produsul unor factori de mediu, a dietei și a obiceiurilor de viață), ce nu țin de superstiții și zei. Este autorul lucrării *Corpusul hipocratic* (latin: *Corpus hipocraticum*), colecție de 70 de lucrări medicale timpurii colectate în Grecia alexandrină. *Corpusul hipocratic* conține manuale, prelegeri, studii, note și eseuri filosofice cu diferite subiecte medicale, grupate într-o ordine specială. Hipocrate este cel care a început să utilizeze: masajul, hidroterapia tehnicile de terapie manuală pentru tratarea pacienților săi – aceasta fiind originea kinetoterapiei de astăzi. Cea mai faimoasă lucrare din *Corpusul hipocratic* este „Jurământul hipocratic”, un reper pentru etica medicală. „Jurământul lui Hipocrate” a devenit codicele moral al unui medic în exercitarea profesiei, jurământ dat și în zilele noastre de către absolvenții facultăților de medicină [27].

Aelius Galenus, sau Claudius Galenus din Pergam (Galen, Galenos) (129 – 200 sau 216 î.H.) a fost ultimul mare medic al Antichității. Considerat unul dintre fondatorii anatomiei și farmacologiei, a avut o influență timp de peste un mileniu asupra medicinei ebraice, creștine și musulmane. Galen a efectuat mai multe operații îndrăznețe, cum ar fi asupra ochiului și a creierului, operații ce vor fi reluate abia în zilele noastre, deci cu două milenii mai târziu! Printre descoperirile sale se pot enumera: [6] demonstrarea că urina se formează în rinichi, nu în vezica urinară, cum se credea până atunci; identificarea corectă a 7 din cei 12 nervi cranieni; descoperirea valvulelor inimii; determinarea tuberculozei ca boală contagioasă; observarea că turbarea poate fi transmisă prin intermediul câinilor; dovedirea că prin artere și vene circulă sânge, nu aer. Galenus a fost unul dintre promotorii metodei experimentale în cadrul investigației medicale. El recomandă tuturor medicilor să practice disecția, atât ca modalitate de a face noi descoperiri, cât și în vederea îmbunătățirii abilităților chirurgicale. Galenus ne-a lăsat cel puțin 500 de texte. S-a străduit să întocmească o enciclopedie a cunoștințelor timpului

său. Operele lui Galenus au reprezentat un model, un standard pentru medicina islamică. Influența lui Galenus asupra medicinei europene și autoritatea teoriilor sale au dăinuit 15 secole după moartea sa [28]. Grecii au creat cuvântul gimnastică, desemnând totalitatea exercițiilor fizice, practice, cu scopul întinerii sănătății și a înfrumusețării vieții spirituale.

Roma antică. Pe parcursul existenței a 12 secole (753 î.H. – 476 d.H.), Roma Antică și-a extins dominația într-un imperiu. Romanii, la fel ca grecii și egiptenii antici, au avut un impact foarte mare asupra medicinei și sănătății publice. Romanii credeau că o minte sănătoasă era la fel de importantă ca un corp sănătos. Există o credință conform căreia dacă te păstrezi într-o condiție fizică bună, ai fi fost mai capabil să combați boala. Faimoasele băi erau folosite de toată lumea romană, indiferent de nivelul bunăstării. Pereții băilor romane erau acoperiți cu oglinzi imense și marmură. Inclusiv și cei bolnavi erau încurajați să facă baie, considerându-se că acest lucru i-ar putea ajuta să-și recapete sănătatea. Spitalele militare romane aveau sisteme de drenaj și canalizare atașate. Romanii credeau că un soldat rănit s-ar fi recuperat mult mai repede într-un mediu igienic. Romanii au inventat numeroase instrumente chirurgicale, cum ar fi: forcepsul, scalpелul, speculul, acul chirurgical. Ei au fost pionieri în chirurgia cataractei [13].

La Roma existau medici de casă, medici cu cabinete particulare, dar și medici pe cartiere, care făceau vizite la domiciliu. Funcționa un sistem de asistență socială, în cadrul căruia medicii erau plătiți de stat și asigurau consultații pentru oamenii săraci [5].

Aulus Cornelius Celsus (n. 25 î.H. – d. 50 d.H.) a fost medic enciclopedist roman, supranumit Hipocrate al latinilor și Cicero al medicinei. El a recomandat curățenia și a îndemnat ca rănilor să fie spălate și tratate cu substanțe considerate antiseptice, precum oțetul și uleiul de cimbru. El a descris operația plastică a feței, folosind piele din alte părți ale corpului. A enumerat cele patru semne cardinale ale inflamației: căldură, durere, roșeață și umflare. Cornelius Celsus recomanda exercițiul fizic în refacerea bolnavilor cu hemiplegie și „alte paralizii”. Atrăgea atenția asupra transpirației, pe care o consideră semn de oboseală și, ca atare, limita exercițiile fizice până la apariția acesteia. Caelius Aurelianus depășește prin scrierile sale toate ideile promovate până atunci și încă aproximativ 1000 de ani după aceea. Cartea sa, intitulată *Despre bolile cronice*, descrie tehnicile exercițiilor terapeutice recomandate în: paralizii, reumatism și postoperator. Abordează probleme privind ritmul, valoarea, modul de realizare (pasiv și activ) al exercițiilor, subliniind și importanța repausului post-efort. Introduce noțiuni de: kinebalneologie, suspensii, kinetoterapie prin greutate și scripete, readaptare. Celsus a oferit, de asemenea, descrieri excelente ale hidroterapiei și litotomie laterale (pentru îndepărtarea pietrelor din vezica urinară). Partea istorică a lucrării este de mare importanță și pentru perioada contemporană [14].

Sursa: TRIBOI, Vasile. Obiectul: teoria și metodică culturii fizice. <https://www.usefs.md/PDF/Cursuri%20electronice/TEORIA%20SI%20METODICA%20CULTURII%20FIZICE.pdf>
https://www.academia.edu/34369687/ISTORIA_UNIVERSAL_A_KINETOTERAPIEI [6].

POSTOLACHE, Nicolae. Istoria universală a kinetoterapiei. București: Editura Fundației România de Măine, 2007. 184 p. ISBN 978-973-725-905-9615.825 [1].

https://www.academia.edu/34369687/ISTORIA_UNIVERSAL_A_KINETOTERAPIEI

Deși în epoca antică nu exista kinetoterapia ca concept și disciplină aparte, este cert că anume civilizațiile antice au elaborat diferite idei practice referitoare la importanța exercițiului fizic terapeutic, a terapiilor active și pasive, igienei și a terapiilor ocupaționale în păstrarea și promovarea sănătății. Din epoca antică, kinetoterapia s-a dezvoltat în cadrul medicinei terapeutice.

Kinetoterapia contemporană s-a conturat în Europa, anume în Marea Britanie, la sfârșitul secolului al XIX-lea. În perioada crizei de poliomielită din anul 1916, chirurgii americani au început să trateze copiii cu dizabilități, angajând personal educat în recuperare medicală, masaj și exerciții. Pe durata Primului Război Mondial, femeile erau recrutate pentru a lucra cu soldații răniți în scopul restaurării funcțiilor de mișcare pierdute. Primul studiu în domeniul kinetoterapiei apare în anul 1921, în Statele Unite ale Americii, numit *Evaluarea kinetoterapiei*. În același an (1921), Mary McMillan a organizat Asociația Kinetoterapiei (astăzi denumită

Asociația Americană de Kinetoterapie/Fizioterapie sau American Physical Therapy Association). În anii 40 ai secolului XX, kinetoterapia se realiza prin exerciții, masaj și tracțiuni. La sfârșitul anului 1950, kinetoterapia este practică în cadrul clinicilor de ortopedie, școli, centre de bătrâni, universități și centre medicale generale. În anul 1974, se dezvoltă conceptul de specializare în kinetoterapie. Prima specializare în kinetoterapie a fost ortopedia. În prezent, ortopedia, neurologia, reumatologia și medicina muncii sunt cele mai frecvente specializări medicale cu care are de a face un kinetoterapeut în munca sa zilnică [29].

Kinetoterapia (chinetoterapie, chineziterapie sau kinetologie) medicală contemporană este o ramură a medicinei fizice și de reabilitare care se traduce ca terapie (recuperare medicală) prin mișcare. Kinetoterapia studiază mecanismele neuromusculare și articulare, care îi asigură omului activitățile motrice normale. Are la bază mișcarea efectuată prin programe de recuperare medicală bine structurate, pentru refacerea unor funcții diminuate. Se folosește pentru recuperare medicală și constă, pe lângă efectuarea unor exerciții, într-un ansamblu de tehnici și metode aplicate, în funcție de persoană și afecțiunea pe care o prezintă [8].

Tipologia kinetoterapiei contemporane este variată (vezi tabelul), în funcție de necesitățile populației. Kinetoterapia curativă presupune refacerea funcțiilor organismului, axându-se mai ales pe menținerea stării de sănătate a pacientului. Kinetoterapia contemporană se realizează în limita vârstelor biologice și cronologice.

Tabelul 2. Tipuri de kinetoterapie, principii, indicații și contraindicații

| Tipuri de kinetoterapie. Se realizează | | Principii (P): |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kinetoterapia profilactică - prevenirea complicațiilor și sechelelor scheletare, oprirea cronicizării unor afecțiuni severe. | | - P. Etiologic și patogenetic și simptomatic - P. individualității - P. optimizării - P. etapizării - P. universal de utilizare - P. complexității |
| | Primară - pentru a preveni îmbolnăvirile, în limitele vârstelor biologice și cronologice. | |
| | Secundară - previne complicațiile îmbolnăvirilor. | |
| | Terțiară previne apariția sechelelor în urma îmbolnăvirilor care ar putea determina dizabilități motorii și/sau psihice. | |
| Kinetoterapia de recuperare – refacerea funcțiilor traumatizate sau afectate în urma unor boli. | | |
| Kinetoterapia curativă – refacerea funcțiilor afectate, stoparea cronicizării unei anumite boli, menținerea stării de sănătate. | | |
| Kinetoterapia pediatrică – aplicată bebelușilor, copiilor preșcolari și școlari. În cazul afecțiunilor: ortopedice, genetice, malformații, deformări ale coloanei (cifoze, lordoze, scolioze sau cifoscolioze), afecțiunilor neurologice și musculare (paralizii cerebrale, întâzieri în dezvoltarea neuromotorie, spina bifida, distrofii neuromusculare etc.). | | |
| Contraindicații: | | |
| Absolute: | | Relative: |
| - Oncologie malignă - Pre-infarkt sau stare pre-accident vascular cerebral - Fractura oaselor tubulare (până la îmbinare) - Febra, stare de subfebrilitate - Starea gravă (decompesată) a pacientului - Hemoragii deschise, închise și predispueri la ele - Incompatibilitate la factor fizic - Boli infecțioase, - Afecțiuni cutanate (dermatologice - boli de piele): parazitare, infecțioase, inflamatorii, | | - Maladii hematologice - Hipertensiunea arterială gr.I și II - Maladii psihice; - Condiții după operația spinării cu anchiloză - Chirurgia articulațiilor în perioada postoperatorie timpurie - Leziuni acute cu rupturi ale tendoanelor și ale mușchilor - Decompensarea sistemului cardiovascular, respirator, ficatului și rinichilor de mai sus. - Cancerul coloanei vertebrale și articulațiilor |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| eczematoase, eruptive de diverse cauze, plăgi posttraumatice, fragilitate capilară; - Boli sexual transmisibile | |
| Sursa: https://www.reginamaria.ro/articole-medicale/kinetoterapia-pentru-adulti-si-copii-ce-este-si-cand-este-recomandata [7] https://reabilitare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Metode.pdf [33] https://www.petrebogdan.ro/kinetoterapie-ce-este-principii-obiective-metode-cand-este-necesara/ [31] | |

Kinetologia este utilizată în scop sanogenetic (profilactic) sau terapeutic, folosind diferite tipuri de terapii active sau/și pasive, bazate pe mișcare în diversele ei forme, care, prin repetare, devin exercițiu fizic.

| Tablul 3. Terapii active și pasive aplicate în kinetoterapie | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Terapii active | Terapii pasive adiacente | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Exerciții fizice de mișcare - sport terapeutic, gimnastică, ritmică, dans - Mecanoterapie, exerciții cu rezistență, folosind sistemul de pârghii - Terapie ocupațională (artterapie, împletit, brodat, ceramică, mulaj...) - Hidrokinetoterapie, mișcări în apă - Hipoterapie – cu cai - Delfinoterapie | <ul style="list-style-type: none"> - Masaj terapeutic - Electroterapie - Termoterapie | <ul style="list-style-type: none"> - Aerosolterapie, introducerea organism prin căile respiratorii a particule lichide sau solide. - Fangoterapie, tratament cu nămoluri naturale - Balneoterapie, tratament cu ape termale sau reci - Talasoterapie, băi de mare asociat cu aer marin - Hidroterapie, tratament cald-rece sub presiunea apei sărate sau dulci - Hirudoterapia, tratamenul cu lipitori |
| Sursa: https://reabilitare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Metode.pdf [33] https://pdfcoffee.com/kinetologia-medicala-pdf-free.html [14] | | |

Kinetoterapia utilizează diferite metode kinetologice, acestea având numele autorilor care le-au conceput. Metodele sunt realizate prin diferite mijloace kinetologice specifice, nespecifice și asociații ale acestora (mobilier, aparate, obiecte portative sau adiacente, pârghii, coarde etc.). Metoda kinetologică este reprezentată de un grup de exerciții fizice, cu un scop final unic [32].

Tablul 4. Cele mai practicate metode kinetologice

| Cele mai practicate metode kinetologice,, fără a fi egale ca importanță |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Metoda Bobath, lansată în 1950-1953 de către soții Berta Bobath (kinetoterapeut) și soțul ei Karell Bobath (doctor). Metoda Bobath este aplicată îndeosebi la copii și are la bază studiile dezvoltării neuromotorii a copilului normal și observarea perturbațiilor motorii la copiii cu paralizii spastice. – are la bază reacțiile de redresare a capului, corpului și urmărește modificări ale tonusului muscular (prin facilitare sau inhibiție). |
| - metoda Klapp pentru redresarea scoliozelor; |
| - metoda von Niederhoffer – Egidy pentru tratarea scoliozelor; |
| - metoda Mezieres pentru corectarea lordozelor; |
| - metoda Kabat – urmărește facilitarea actului motor voluntar prin sumarea de stimuli ai sistemului neuromuscular; |
| - metoda Frenkel – urmărește recâștigarea coordonării în tulburările cerebrale; |
| - metodele Fay, Phelps, Tardien, Vojda, Brunstorm, pentru facilitarea neuromusculară; |
| - metoda Jacobson și Schultz – pentru mobilizări articulare (în special a umărului și șoldului); |
| - metoda Vogler – pentru realinierea segmentelor corpului și a asumării articulației; |

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - metoda Muller – Hettinger – urmărește tonifierea musculară prin exerciții izometrice; |
| - metoda Colson – pentru mobilizarea articulară progresivă; |
| - metoda respirației abdomino-diafragmatică – pentru sindromul obstructiv bronșic; |
| - metoda De Lorme – Watkins – pentru creșterea forței musculare prin exerciții cu rezistență progresivă; |
| - metoda culturistă pentru creșterea forței și volumului muscular. |
| Sursa: https://pdfcoffee.com/metode-kinetologice-pdf-free.html [30] |
| https://www.scribgroup.com/sanatate/Kinetologia-sau-kineziologia85682.php [20] |

Actualmente, kinetoterapia este indicată pentru toate vârstele, de la bebeluși până la cei vârstnici. Serviciile kinetoterapeutice recuperatorii se practică în instituțiile medicale, educative, de stat și private. Serviciile kinetoterapeutice gratuite sunt oferite copiilor cu dizabilități, atât în România cât și în Republica Moldova. De exemplu, Complexul Educațional cu Învățământ Special „Orfeu” din Chișinău, instituție de stat, oferă o gamă largă de servicii și asistență gratuită pentru copiii cu dizabilități mintale severe, de vârstă preșcolară și școlară: învățământ psihopedagogic special, ocupații logopedice, psihologice, asistență kinetoterapeutică, înot, activități de terapie ocupațională, meloterapie, medicație. Pentru copiii preșcolari și școlari din sistemul preuniversitar obișnuit, serviciile kinetoterapeutice sunt oferite contra plată în instituțiile private, în clinicile de ortopedie, în centrele specializate.

În concluzie, elemente de practicare a kinetoterapiei sunt dezvoltate din perioada antică, în contextul a două direcții principale: medicina terapeutică și exercițiul fizic terapeutic, în combinație cu fitoterapia naturală a plantelor și a esențelor naturale de ulei, terapia ocupațională.

Aceste cunoștințe le întâlnim din cele mai vechi timpuri ale dezvoltării omenirii. Medicina terapeutică persană, veche de milenii, a evoluat odată cu cea a Egiptului antic, Indiei, Chinei antice și a Greciei antice. Toate aceste civilizații au dezvoltat diferite concepte filosofice, diverse școli medicale, contribuind la formarea medicinei europene de mai târziu și a kinetoterapiei ca disciplină și profesie. Până în epoca modernă, a existat o interacțiune între cunoștințele antice, medicina tradițională și abordările bazate pe mișcare și terapie ocupațională.

Bibliografie:

1. POSTOLACHE, Nicolae. *Istoria universală a kinetoterapiei*. București: Editura Fundației România de Măine, 2007. 184 p. ISBN 978-973-725-905-9615.825.
https://www.academia.edu/34369687/ISTORIA_UNIVERSAL_A_KINETOTERAPIEI
2. TATOMIR, Renata. *Introducere în egiptologie*. București: Pro Universitaria, 2017. 300 p. ISBN 9786062607555.
3. TATOMIR, Renata. *Antichități egiptene*. Vol. I. Cinci milenii de egiptologie. București: Universul Academic, 2019. 322 p. ISBN 978-606-28-0942-3, 978-606-9062-17-3.
4. TATOMIR, Renata. *Antichități egiptene*. Vol. II. Cinci milenii de egiptologie. București: Universul Academic, 2019. 271 p. ISBN 606-9062-18-0.
5. *Tratat de îngrijire medicală*. Vol. I. București: Editura Universitară „Carol Davila”, 2021.
<https://www.oamr.ro/wp-content/uploads/2022/05/Vol.-I-Tratat-de-ingrijiri-medicale.pdf>
6. TRIBOI, Vasile. *Obiectul: teoria și metodica culturii fizice*. <https://www.usefs.md/PDF/Cursuri%20electronice/TEORIA%20SI%20METODICA%20CULTURII%20FIZICE.pdf>
7. <https://www.reginamaria.ro/articole-medicale/kinetoterapia-pentru-adulti-si-copii-ce-este-si-cand-este-recomandata>
8. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Kinetoterapie>
9. <https://elytis-hospital.ro/kinetoterapia-istorie-importanta-si-actualitate/>
10. <https://www.ortokinetic.ro/originea-kinetoterapiei-de-la-practici-antice-la-teoria-moderna>
11. <https://www.arabworldbooks.com/en/e-zine/medicine-in-ancient-egypt-part-1-of-3>

12. https://ro.wikipedia.org/wiki/Medicina_%C3%AEn_Egiptul_Antic
13. https://ro.wikipedia.org/wiki/Istoria_medicinei
14. <https://pdfcoffee.com/kinetologia-medicala-pdf-free.html>
15. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Vede>
16. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Nagarjuna>
17. <https://ayurpedia.ro/2018/11/08/ayurveda-stiinta-milenara-a-vietii/#page-content>
18. <https://decenei.com/2019/03/09/istoria-medicinei-v-medicina-indiana>
19. <https://www.monden.ro/india-in-antichitate-asa-cum-probabil-nu-o-stiai-inventii-ingenioase.html>
20. <https://www.scrigroup.com/sanatate/Kinetologia-sau-kineziologia85682.php>
21. <https://portalmed.ro/istoria-medicinei/medicina-persana-in-antichitate/>
22. <https://www.scribd.com/doc/53099456/Medicina-geto-dacica>
23. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Platon>
24. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Aristotel>
25. https://ro.wikipedia.org/wiki/Herodicos_din_Selimbria
26. <https://ovidius-ch.ro/sfatul-medicului/580-medicul-un-profesionist-in-slujba-umanitatii>
27. (<https://ro.wikipedia.org/wiki/Hippocrate>)
28. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Galenus>
29. <https://topkineto.ro/articole/partile-ascunse-ale-istoriei-kinetoterapiei>
30. <https://reabilitare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Metode.pdf>
31. <https://www.petrebogdan.ro/kinetoterapie-ce-este-principii-obiective-metode-cand-este-necesara/>
32. <https://pdfcoffee.com/metode-kinetologice-pdf-free.html>
33. <https://reabilitare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Metode.pdf>

UTILIZAREA SOFTWARE EDUCAȚIONAL LOGOPEDIX ÎN TERAPIA DISLALIEI

THE USE OF LOGOPEDIX EDUCATIONAL SOFTWARE IN DYSLALIA THERAPY

Elena CRIȘAN, profesor logoped,
Școala Gimnazială Specială „Constantin Păunescu”,
Tecuci, jud. Galați, România,
ORCID: 0000-0002-6090-8956
elena81crisan@gmail.com

Valentina STRATAN, dr., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
ORCID: 0000-0002-6490-9577
vstratanmd@yahoo.com

Elena CRIȘAN, speech therapist,
Special Secondary School "Constantin Paunescu",
Tecuci, Galati county, Romania
Valentina STRATAN, PhD, Associate Professor,
"Ion Creangă" SPU of Chisinau

CZU: 376.37

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p368-373

Abstract. The LOGOPEDIX educational software is a professional software dedicated to specialists in the therapy of language disorders. The program has a significant degree of interactivity and language training, taking into account the linguistic specificity of the Romanian language and is intended to correct some categories of language disorders frequently found in children: delay in language development, dyslalia, dyslexia. Computer-assisted logo-therapeutic intervention, through the attractive interface for children, maintains active attention, offers faster access to exercises, minimizes various disruptive influences (disinterest, fatigue, boredom etc.). By using LOGOPEDIX, children with language disorders have access to a multitude of exercise sets, but the role of the specialist is not diminished, as the supervision of the correct pronunciation of the phonemes remains the task of the speech therapist. LOGOPEDIX cannot represent a substitute for the specialist speech therapist, but as a mediating tool in speech therapy, it fulfills an important role from the perspective of relieving the speech therapist and the child with language disorders of a series of routine activities, with repetitive tasks, which risk acquiring a character unattractive and unmotivating, according to the progress in the therapeutic intervention

Keywords: educational software, LOGOPEDIX, language disorders, intellectual disability.

Abordarea problematicii activității logopedice, în perspectiva aplicării celor mai eficiente metode de ameliorare și corectare a tulburărilor de limbaj și comunicare asistate de computer, este consacrată ideii de modernizare a învățământului special prin utilizarea instrumentelor software și hardware și capacitatea de valorificare a acestora în aria didactică. Devine cert că metoda instruirii asistată de calculator este înglobată în ansamblul complex de tehnici și strategii didactice interactive.

Platformele educaționale reprezintă mediul de efectuare a *instruirii asistate de calculator*, conținând modele educaționale flexibile, care permit elaborarea unor programe de

instruire cu un grad ridicat de accesibilitate, putând fi utilizate și de către profesorii neprogramatori. Diferența dintre un soft obișnuit și platforma educațională aplicată în terapia logopedică constă în faptul că aceasta, pe baza aplicațiilor existente, îi permite logopedului să-și construiască conținutul terapeutic raportat la potențialul intelectual și lingvistic al subiecților incluși în terapie, pe când un soft educativ obișnuit este utilizat în formula în care a fost deja creat și introdus pe piață. Logopedul concepe conținutul terapeutic ca fiind un set diversificat de exerciții ludice pus la dispoziția logopaților.

LOGOPEDIX este un software specializat în domeniul logopediei, creat pentru a sprijini activitățile logopedice și pentru a facilita evaluarea, intervenția și monitorizarea pacienților cu dificultăți de limbaj și vorbire. Acesta este conceput pentru a fi utilizat de către logopezi în cadrul activităților din cabinetul de logopedie sau chiar în mediul online. Software LOGOPEDIX este unica platformă online care permite interacțiunea dintre logoped și copilul cu dificultăți de vorbire din locații diferite.

Software educațional LOGOPEDIX nu vizează hotărâtor modificarea conținutului didactic al activităților logopedice. Aplicat în diferite parcursuri operaționale, softul educațional diversifică activitatea de terapie logopedică, modifică rolul profesorului logoped, favorizează dobândirea competențelor teoretice și practice în învățare.

LOGOPEDIX ca program educațional este aprobat de ME al României și permite copiilor cu probleme de dezvoltare a vorbirii și limbajului să participe în procesul corecțional dezvoltativ. Având o interfață primitoare, bine dispusă, software educațional LOGOPEDIX devine ușor de aplicat în terapiile logopedice destinate corecției tulburărilor de limbaj. Mai rezultative sunt utilizările acestuia în corecția cu astfel de tulburări cum este întârzierea în dezvoltarea limbajului, dislalia, dislexia.

Aplicația online LOGOPEDIX este un program de colaborare-interacțiune. Logopedul de pe ecranul computerului vede acțiunile copilului logopat pe care acesta le face. De altfel, și elevul vede acțiunile pedagogului sau logopedului. Precizăm că logopedul și elevul pot să se afle în aceleași locații sau diferite.

În cadrul programului de intervenție software educațional LOGOPEDIX se oferă posibilitatea dezvoltării abilității de a imita acțiuni și comenzi verbale, onomatopee, recunoașterea obiectelor după sunetele produse, identificate apoi în imagini. Toate aceste acțiuni se derulează conform softului în prima etapă de corectare a tulburărilor de vorbire. În cea de-a doua etapă se dorește dezvoltarea vocabularului și a structurii gramaticale, dezvoltând abilitatea de a sorta și categorisi obiecte și imagini identice și diferite, diferențierea diferitelor sunete, fixarea sunetului în propoziții și exprimarea sunetului corectat prin poezii și ghicitori [4, p. 51]. În etapa finală de lucru a programului se lucrează pe abilitatea copilului de a recunoaște litere, de a le reproduce grafic și de a forma propoziții cu cuvinte. Toate aceste exerciții se desfășoară conform programului LOGOPEDIX.

Pe baza studierii softului educațional LOGOPEDIX se selectează un număr de cinci interfețe, cu care elevii lucrează lunar, după următorul grafic:

Luna întâi. Se lucrează pe interfețele:

- **IMITĂ MASCOTA** – elevii sunt îndemnați să dea clic pe fiecare imagine, moment când mascota își făcea apariția cu diferite poziții ale corpului și brațelor, apăsând butonul ASCULTĂ, se dă comanda (*Ridică brațele! Pune mâinile la ochi etc.*), elevul este rugat să imită [1].



Figura 1. Imită mascota

• *ONOMATOPEE* – cuprinde trei planșe (fermă, oraș, casă), unde sunt reprezentate diferite obiecte sau animale. Obiectele din planșă, la click, se măresc și se aude sunetul (onomatopeea). Copilul, pe rând, dă click pe fiecare imagine, ascultă ce se aude și repetă, la nivelul potențialului lui, sunetele emise de obiecte sau animale (*vaca – muuu, pisica – miauu, mașina – ti ti ti, trenul – uuu-ciu-ciu, soneria – țârr*). Elevul imită onomatopeele auzite [1].



Figura 2. Onomatopee

Luna a doua. Se lucrează pe interfața *DISLALIE*, unde sunetele care trebuie corectate sunt grupate în diferite poziții în cuvinte.

Pentru început se va lucra pe poziția sunetului deficitar la începutul cuvântului. În momentul când elevul dă click pe imaginea calculatorului, apare o listă de cuvinte care conțin sunetul deficitar la începutul cuvântului. Elevul dă click pe fiecare cuvânt, mascota emite cuvântul respectiv cu intensitate mai puternică pe sunetul de început ce trebuie corectat, iar elevul trebuie să repete ceea ce aude [3, p. 23].

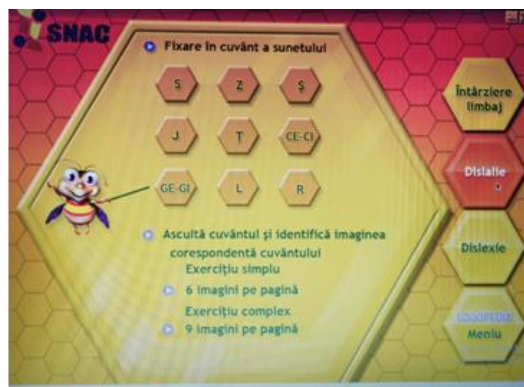


Figura 3. Dislalie: sunetul deficitar la începutul cuvântului

Pentru fiecare poziție a sunetului la începutul cuvântului, programul propune o listă de cuvinte cu poziția respectivă a sunetului, urmat de vocală și de consoană (sac, sirop, sec, scai, sfat, stea etc.). Deoarece interfața conține un număr mai mare de cuvinte care încep cu sunetul respectiv, acest soft întărește într-o proporție mai mare pronunția corectă a sunetului defect [5, p. 45].

Luna a treia. Se va lucra cu sunetul deficitar în interiorul cuvântului, situat între două vocale și însoțit de consoane. Se dă click, apare lista de cuvinte, elevul dă click pe fiecare cuvânt, ascultă pronunția lui și repetă ceea ce aude (casă, lasă, fustă, uscat etc.). Elevul repetă și primește recompensa mascotei, care îi spune: BRAVO!

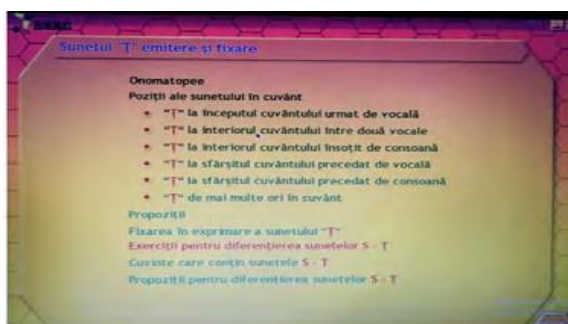


Figura 4. Dislalie: sunetul deficitar în interiorul cuvântului

Luna a patra. Se lucrează pe poziția sunetului de corectat la sfârșitul cuvântului, precedat de vocală, de consoană, repetat de mai multe ori în cuvânt (nas, pus, cais, uns, vals, sosire, spătos, deschis etc.).



Figura 5. Dislalie: sunetul deficitar la sfârșitul cuvântului

Luna a cincea. Se va lucra pe fixarea sunetului corectat, și anume:

- repetarea propozițiilor ce conțin cuvinte cu sunetul respectiv;
- rostirea paronimelor după model;
- diferențierea sunetului de alt sunet asemănător;
- repetarea unor scurte texte.
-

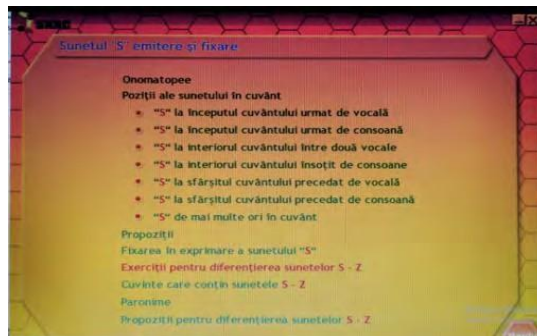


Figura 6

Propozițiile sunt exprimate de mascotă, elevul ascultă toată propoziția și apoi repetă („Astăzi este ziua surorii sale.”, „Sorina se visează ziaristă.” etc.). Ținem să remarcăm că cuvintele însoțite de imagini ajută elevul mai mult și îl încurajează să imită ceea ce aude. Când greșește, mascota îl încurajează, spunându-i: **MAI ÎNCEARCĂ!**

LOGOPEDIX întrunește principiile de eficiență ale unui soft educativ, aplicat în terapia logopedică. El dispune de aplicații structurate pe principiul *rezolvării de la simplu la complex*, permite conceperea unui conținut pe nivelul corespunzător potențialului cognitiv al subiectului logopat, oferă *indicii de rezolvare și întărire pozitivă adecvată*, generând un grad de activizare ridicat și un feedback afectiv pozitiv din partea elevilor logopați. Astfel, prin intermediul aplicațiilor încorporate, LOGOPEDIX permite construirea unui demers terapeutic individualizat și gradat ca dificultate, cu secvențe computerizate de antrenament terapeutic sau de evaluare, care să se îmbine cu modalitățile clasice de terapie [2, p. 67].

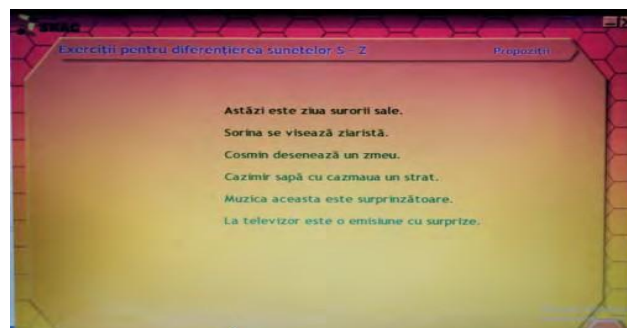


Figura 7

În cercetarea efectuată de E. Crișan și V. Stratan (2023) cu privire la studiul utilității softurilor educaționale în terapia logopedică, autorii menționează aprecierea rolului acestora în terapia corectiv-logopedică a copiilor cu cerințe educaționale speciale, ceea ce este destul de greu. Totodată, ele sunt productive și foarte importante în corectarea tulburărilor de vorbire la copiii cu CES. Studiul a demonstrat că impactul utilizării softurilor educaționale în terapia logopedică în general, dar și în mod special, în corectarea dificultăților de vorbire și limbaj la copiii cu CES, este evident [1, p. 319].

Prin asocierea secvențelor clasice de terapie cu cele de *terapie asistată de computer*, prin utilizarea aplicațiilor, platformelor, software educaționale sau a altor programe computerizate logopedice, orice logoped are posibilitatea de a-și eficientiza demersul terapeutic, oferind o alternativă la terapia logopedică tradițională. Utilizarea platformelor face apel la competențele digitale și pedagogice de care dispune logopedul. Integrarea lor în activitatea terapeutică este

expresia *originalității terapeutului*. Referindu-se la necesitatea valorificării portofoliului de competențe digitale și profesionale, E. Danciu menționează că terapeutul nu trebuie să devină un specialist în informatică, ci trebuie să știe să utilizeze eficient resursele existente [3, p. 23].

Bibliografie:

1. CRIȘAN, Elena, STRATAN V. Studiul utilității soft-urilor educaționale în terapia logopedică cu copii. In: „Știință și educație: noi abordări și perspective”, conferință științifică internațională (25 2023, Chișinău). Știință și educație: noi abordări și perspective: Materialele conferinței științifice internaționale, Seria 5, 24-25 martie 2023/coordonare științifică: Diana Antoci, Silvia Chicu. Chișinău: S. n., 2023 (CEP UPSC), pp. 314-320. ISBN 978-9975-46-774-2.
2. CROITOR-CHIRIAC, Tatiana. *Valențe metodologice ale instruirii asistate de calculator în învățământul superior*: teză de doctor în pedagogie. Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”. Chișinău, 2013. 112 p.
3. DANCIU, E. Modalitățile de implicare a calculatorului în terapia recuperatorie. In: *LOGOS. Diagnostice logopedice*. 2011, nr. 20, pp. 21-24.
4. FOLOȘTINĂ, Ruxandra, SIMION Elena. *Învățarea digitală la copiii cu nevoi educaționale de suport*. București: Editura Universitară, 2020. 192 p. ISBN 978-606-28-1206-5.
5. GHERGUȚ, A. *Sinteze de psihopedagogie specială. Ghid pentru concursuri și examene de obținere a gradelor didactice*. Ediția a III-a, revăzută și adăugită. Iași: Polirom, 2013. 528 p. ISBN 978-973-46-3472-9.

**ALTERNATIVE DE MEDIERE A CONFLICTELOR INTERPERSONALE
LA ADOLESCENȚI**

**ALTERNATIVES FOR MEDIATION OF INTERPERSONAL CONFLICTS
IN ADOLESCENTS**

Violina STURZA, drd.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău,
asistent universitar, USEM
ORCID: 0000-0002-9934-6401
violina.paris@gmail.com

Violina STURZA, PhD student,
"Ion Creanga" SPU of Chisinau,
University assistant, University of
European Studies from Moldova

CZU: 316.485.6-053.2

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p374-385

Abstract. We live in a challenging society with many dilemmas, submissions and psychosocial influences. The individual is practically swept away by an avalanche, causing pressure and resistance in a continuous struggle of his identity. The personality is continuously developing, but the differences and incompatibility of interests between people determine the conflict as a three-dimensional psychosocial phenomenon defining the cognitive, affective and behavioral components through which the individual manifests himself in a social group. Interpersonal conflict is a stressor encountered in everyday life that affects health and the balance between body, mind and soul. This preoccupation with survival and the tendency towards identity leads to the damage of self-esteem and the devaluation of the parts that represent us as a personality. Therefore, adolescents are at their most self-aware and practically throughout this path of knowledge they encounter multiple conflicts that they still cannot manage to be resolved. Effective mediation in the resolution of interpersonal conflicts in adolescents is an alternative to reduce and prevent these psychosocial processes through communication, development and knowledge.

Keywords: conflict, mediation, adolescent, psychosocial, personality.

Oamenii sunt mai mult decât simple caractere fenotipice încadrate în categoria taxonomică *homo sapiens*. Suntem ființe conștiente. Asemene fenotipului uman, conștiința a evoluat pornind de la primele forme de viață de pe pământ. Conștiința este perceperea mediului înconjurător, a celorlalte organisme și a propriului sine ce poate duce la acțiune. Conștiința astfel definită poate fi identificată în funcție de acțiunile ce rezultă din ea, adică în funcție de comportamentul unui organism, motiv pentru care trebuie să reconstruim evoluția comportamentelor organismelor de-a lungul descendenței umane [7, p. 458].

Putem afirma că nesiguranța lumii actuale intensifică această pornire. Totul se desfășoară atât de repede în viața modernă, încât nu mai știm prea bine în cine sau în ce să ne încredem. Trăim în epoca unei tehnologii avansate și a automatizării nelimitate, întrucât mașina efectuează muncile pe care le prestau oamenii, e ușor de înțeles că suntem nesiguri în privința viitorului ce ne așteaptă. Teama, anxietatea, frământările atrag lucrurile și evenimentele de care ne temem. La fel se petrec lucrurile cu gelozia, mânia și invidia. Aceste sentimente și emoții ne fură propria

forță și ne otrăvesc cu adevărat fericirea. Universul social al școlii se află în centul vieții adolescenților. Acest fapt reprezintă un pericol, așa cum arată datele legate de alienare, dar și o promisiune, căci școala oferă totodată un laborator viu de învățare a modului pozitiv de conectare cu alți oameni. Cunoașterea din psihologia socială o dinamică a trecerii de la Aceia spre Noi: oameni din grupuri ostile lucrează împreună pentru un țel comun, astfel încât ajung să se placă. Învățarea însăși devine un laborator care încurajează studiul, respectul și colaborarea [6, p. 426].

Javier Urrea definește adolescența ca fiind perioada de schimbări biologice, psihologice și sociale, care începe și se termină în a doua decadă a vieții. În această perioadă apar semnele maturizării și au loc o serie de schimbări psihosociale, care vor fi la fel de importante în dezvoltarea viitoare a fiecărui individ în parte [16, p. 13]

Adolescenții au tendința de a se percepe pe ei înșiși ca fiind capabili și invulnerabili; îmbină tendința pronunțată de a acționa cu dificultățile semnificative în a anticipa implicațiile propriilor acțiuni, în a se autocontrola. În multe dintre deciziile lor, emoționalul prevalează asupra raționalului și, prin urmare, în fața unei emoții intense, ei sunt mai puțin capabili să evalueze riscurile și posibilele daune. Această dificultate de a-și controla impulsurile și sentimentul că sunt nemuritori duc împreună la o dezvoltare a comportamentelor periculoase, care se vor diminua pe măsură ce adolescentul se maturizează [16, p. 13-14].

În aceeași măsură, autoarea A. Calancea descrie această perioadă ca pe un timp al trăirilor intensive și importante al sentimentelor profunde și puternice. Adolescentul visează, aspiră, simpatizează, trăiește cu ardoare realul, dar și imaginarul cu tot felul de stări și de scenarii, toate saturate afectiv. În adolescență, emoțiile devin mai manipulative. În ceea ce privește sentimentele, ca forme de structuri afective consolidate, acestea încep și ele să se nuanțeze mult, să fie intense și uneori ambigue. Cea mai importantă caracteristică a adolescenților o constituie sentimentul acutizat de jenă, maximalismul moral, tendința de a remodela lumea înconjurătoare pe principiile dreptății, sentimentele estetice, sentimentele generalizate, noblețea, romantismul și abnegația. Astfel, ei pot nu numai să ascundă sentimentele, dar și să le mascheze [1, p. 41].

Neliniștea ocupă tot mai mult loc, suntem obligați să admitem că această emoție trebuie alimentată, descoperind în fiecare zi existența unor noi elemente negative. Odată prinse în acest angrenaj, aceste persoane devin cu totul incapabile să-și orânduiască viitorul, ceea ce le mărește nesiguranța față de ele însele, ca și față de ceilalți [2, p. 54].

Codul comun a fost anticipat de Charles Darwin, care a scris în 1872 un tratat științific despre emoții, apreciat fiind și azi de cercetătorii din domeniu. Darwin a văzut în fiecare emoție o predispoziție de a acționa într-un mod unic: frica te face să încremenești sau să o iei la fugă; mânia, să lupți; bucuria, să îmbrățișezi. Orice fel de emoție determină dorința de a acționa. Calea inferioară dă o notă interpersonală acestei legături dintre afect și acțiune [6, p. 92].

O energie emoțională mare este un puternic stimulent pentru comportamentele mai mult sau mai puțin satisfăcătoare ale adolescenților. Multe comportamente sunt suprasolicitate emoțional din cauza lipsei deprinderii de a acționa emoțional în diverse situații. Stresul, frica de a nu fi acceptați de alții pot cauza, deseori, panică emoțională, ceea ce poate duce la comportamente imprevizibile, de aici pornind conflictele interpersonale. [1, p. 46].

În momentul în care individul are o experiență deplină a dorinței, el are de a face cu problema deciziei sau a alegerii. Decizia este puntea de angajare în acțiune. Dacă nu rezultă o acțiune, în opinia autorului, atunci nu există o decizie autentică, ci doar un flirt cu decizia, un fel de soluție eșuată [p. 366].

După cum sugerează James, decizia se referă la o paletă vastă de activități, caracterizate de diferite experiențe subiective diferite grade de efort, raționamente, conștiință, impulsivitate și simț al responsabilității.

În terapia analizei tranzacționale, terapeuții folosesc decizia de o manieră mult mai ridicată sub raportul aspectelor inconștiente. Ei sugerează că indivizii iau mult mai devreme decizii care le influențează viața în mod decisiv. Prin faptul că individul primește un ordin din partea părintelui, acesta ia o decizie ca urmare a ordinului. Potrivit lui Eric Berne, individul decide asupra unui „scenariu de viață” – un plan inconștient al vieții ulterioare, care cuprinde variabile ale personalității și interacțiunii interpersonale repetitive, fiind echivalent conceptului freudian al structurii de caracter. Potrivit abordării A.T., adolescentul ia o decizie care-i determină structura de caracter, ceea ce-l face responsabil pentru ea [17, p. 368].

Friedrich Nietzsche, celebrul filosof și poet german, este autorul următorului citat: „Cel care știe de ce trăiește poate îndura cum trăiește”. Dacă motivația și dorința sunt suficient de puternice, vei acționa chiar dacă efortul e unul considerabil. Dorința apare atunci când oferi indiciului o semnificație. În adolescență, motivația și curiozitatea sunt mai importante decât inteligența, pentru că ele declanșează acțiunea. Naval Ravikant spunea: „Trucul mobilizării constă în cultivarea dorinței”.

Orice decizie este, într-o anumită măsură, emoțională. Oricare ar fi motivele logice ale unei acțiuni, nevoia de a acționa i se datorează emoției. Dorința precedă reacția, mai întâi apare emoția, apoi comportamentul [4, p. 227].

Când optăm pentru o atitudine negativă sau greșită, elementele și condițiile existenței se înclină pur și simplu în fața dorinței invocate. În consecință, energiile din jur acționează astfel, încât să exercite o influență negativă asupra împrejurărilor vieții celor care se lasă stăpâniți de această stare de spirit. Emoțiile sunt înzestrate cu un fel de viață artificială; ca tot ce e viu, ele refuză să dispară. Ele acaparează gândurile noastre, pentru că acolo este refugiul lor firesc [2, p 55].

Unul dintre cele mai subtile fenomene psihice care lasă o amprentă asupra personalității este frustrarea. Ea este în centrul problemei educației, a formării și integrării etico-sociale a personalității. Frustrarea este un fenomen complex de dezechilibru afectiv, ce apare la nivelul personalității în chip tranzitoriu sau relativ stabil, ca urmare a nerealizării unei dorințe, a obstrucționării satisfacției unei trebuințe [1, p. 46].

Individul compulsiv acționează în concordanță cu solicitările interne care nu sunt resimțite ca dorințe. Ceva „străin eu-lui” conduce un astfel de individ. El este împins să acționeze, adesea împotriva propriilor dorințe, iar dacă nu acționează, simte un disconfort acut. Individul este atât de ocupat, atât de prins, încât simte că nu are nici timpul și nici dreptul să se întrebe ce dorește. Doar atunci când apar fisuri în apărările sale, acesta își dă seama de sufocarea propriului sine autentic [17, p. 365].

La reducerea tensiunii emoționale a adolescenților și a dezintegrării răspunsului la frustrare contribuie toleranța la frustrare, care implică familiarizarea cu situația frustrantă și învățarea modalităților de a face față situațiilor de blocare. Varietatea deosebită a situațiilor de frustrare se datorează: diversității structurilor psihologice individuale, anume gradului flexibilității în găsirea răspunsurilor la solicitările multiple și adesea contrariate ale mediului; nivelurilor diferite de maturizare afectivă și etică a persoanei [1, p. 47].

D. Goleman descrie cum rețelele neuronale pentru percepție și acțiune împărtășesc un cod comun de limbaj cerebral, prin care face ca tot ceea ce percepem să conducă instantaneu la reacția adecvată. Vederea unei expresii emoționale, auzirea tonalității unui glas sau direcționarea atenției noastre spre un subiect anume declanșează instantaneu acțiunea neuronilor responsabili [6, p. 426].

Nivelul optim al dorinței se găsește la jumătatea distanței dintre succes și eșec. Jumătate din timp obții ceea ce vrei, jumătate nu. Pentru a simți satisfacția, ai nevoie de o sursă suficientă de „reușită”, în acest sens trebuie să fii și suficient de motivat pentru a simți cu adevărat dorința. Dacă ai deja motivația de a-ți forma un obicei, angajarea în provocări cu dificultate rezonabilă reprezintă o bună modalitate de a combate plictiseala [p. 206].

Sensibilitatea emoțională este percepută ca un indicator al stabilității personalității în întregime. După E.A. Ciudina (1999), stabilitatea emoțională depinde de particularitățile sferei emoționale, nivelul controlului cognitiv, însușirile comunicative, particularitățile comportamentului expresiv, nivelul autoaprecierii, tipul sistemului nervos și manifestarea funcțiilor psihice elementare.

Stabilitatea emoțională ca forță a Eului relevă valoarea stimuloare de acțiune complementară în formarea personalității, asigurând armonizarea și adaptarea eficientă la ambianță.

Necesitatea perpetuă de adaptare corelată cu aspirația spre autoafirmare sunt factori generatori ai dezechilibrului emoțional. Defavorizările afective sunt numeroase, ele se caracterizează prin diminuarea sau intensificarea sensibilității afective în raport cu norma, atestându-se situații de hiperemotivitate-imaturitate, instabilitate, agitație emotivă marcate de iritare, mânie, indignare, furie, agresivitate și de inhibiție afectivă marcată de indispoziție, depresie, tristețe, supărare, stare de abandon [1, p. 44].

Orice ființă umană are propriile metode de a sesiza și a înțelege lumea. Curajul și voința sunt esențiale pentru succes, dar modalitatea prin care îți poți consolida aceste calități nu este să fii tu disciplinat, ci să-ți ordonezi mai bine ambientul [4, p. 89].

În acest context, potrivit lui D. Goliman, preocuparea legată exclusiv de propria persoană, sub toate formele ei, ucide empatia, cu atât mai mult compasiunea. Când ne concentrăm asupra propriei persoane, lumea noastră se contractă, iar problemele și preocupările noastre iau proporții. Când însă ne conectăm asupra celorlalți, lumea noastră se extinde. Propriile probleme alunecă spre periferia atenției noastre și astfel par mai mici, iar noi ne sporim capacitatea de a comunica sau de a acționa cu compasiune [6, p. 83].

Planurile noi oferă speranță, pentru că nu avem o experiență precedentă pe care să ne bazăm așteptările. Unele strategii noi ar părea mult mai atrăgătoare decât cele vechi, pentru că au o componentă nelimitată de speranță. Aristotel spunea: „Tinerii sunt ușor de păcălit, pentru că au speranțe pripite”. Altfel spus, ei doar speră. Nu au experiențe pe care să-și bazeze așteptările [4, p. 230].

În psihologie, empatia are trei sensuri distincte:

- de a cunoaște sentimentele altei persoane,
- de a simți ceea ce simte acea persoană,
- de a reacționa cu compasiune la problema ei.

Aceste tipuri de empatie par să descrie o funcție din trei pași: te observ, simt cu tine și acționez ca să te ajut. Toate trei se potrivesc cu ceea ce au aflat neuroștiințele despre modul în

care operează creierul atunci când ne armonizăm emoțional cu o altă persoană, după remarcă S. Preston și F. de Waal într-o teorie majoră care face legătura între percepția interpersonală și acțiune [6, p. 89].

Orice fel de comunicare cere ca lucrurile importante pentru expeditor să fie importante și pentru destinatar [p. 426]. Empatia funcționează de o parte și de cealaltă a baricadei. Uneori, oamenii iau decizii greșite pe baza unor motive pe care noi nu le putem pricepe. Dacă nu suntem de acord cu acțiunile întreprinse de cineva, ar trebui să facem un efort să înțelegem care a fost intenția persoanei respective [3, p. 38].

Cu mai mult de un secol în urmă, Charles Darwin a emis ipoteza că empatia, care este condiția necesară a acțiunii din compasiune, a fost un instrument fundamental pentru supraviețuire, aflat în dotarea Naturii. Empatia înlesnește sociabilitatea, iar noi, oamenii, suntem animale sociale prin excelență. Mai nou, se consideră că sociabilitatea noastră a fost strategia primară de supraviețuire [6, p. 85].

T. Pirozinski, A. Cosmovici, H. Gotleb, R. Andrei consideră că adolescenții prezintă caractere mai complexe prin creșterea influenței afectivității asupra conduitei și interiorizarea vieții mintale, precum și prin „individualizarea accelerată a comportamentului”, ceea ce explică și varietatea de formare a dezvoltării [1, p. 42].

Creșterea complexității morfologiei speciilor de-a lungul descendenței umane presupune și comportamentul complex al acestora. Cu toate că reacțiile directe și comportamentele înnăscute se mențin, comportamentele învățate, sociale și inovatoare joacă un rol din ce în ce mai însemnat. Creșterea varietății și flexibilității acestora marchează dezvoltarea conștiinței [7, p. 464].

Persoanele cu un comportament adaptiv intensifică motivația, majorează nivelul de activism pentru obținerea scopului. Comportamentul neconstructiv, menținând caracteristicile unei personalități infantile, se manifestă printr-o agresivitate orientată fie în interior, fie în exterior sau prin fuga de rezolvare a problemelor.

Comportamentul agresiv al adolescenților exprimă încercarea de a-și domina insecuritatea și neîncrederea în capacitatea lor de integrare în viață, la fel ca și indiferența afectivă pe care o afișează ca să-și ascundă carența de care suferă [1, p. 46].

Pe măsură ce viața a evoluat pe Pământ, producând o lume mai complex, cu prădători, competitori și colaboratori mai mulți și mai diferiți, aceasta permite o reacție mult mai rapidă, mai variată și flexibilă la stimulii externi. Comportamentul lor poate fi clasificat în cinci tipuri, care se întrepătrund: bazat pe reacții directe, înnăscut, învățat, social și inovator.

Reacția directă. Comportamentul bazat pe reacții directe reprezintă reflexele, care sunt reacții involuntare la stimuli.

Comportamentul înnăscut. Reacția directă și comportamentul înnăscut se suprapun și pot fi încadrate în categoria comportamentelor instinctive, care sunt răspunsuri neînvățate la stimuli specifici.

Comportamentul învățat. Aceste acțiuni modifică reacția directă sau comportamentele înnăscute. Având în vedere că evoluția biologică generează specii tot mai complexe din punct de vedere morfologic, imitația începe să joace un rol din ce în ce mai mare în dobândirea comportamentului învățat. Deși deprinderea și sensibilizarea la nivel individual pot avea o anumită contribuție la învățarea umană, imitația și educația joacă un rol cu mult mai însemnat [7, pp. 460-461].

Comportamentul social. Această categorie de acțiuni precum reacția directă, comportamentul înnăscut și cel învățat se extinde dincolo de supraviețuirea individuală și de imitarea abilităților de supraviețuire ale părinților. Include toate formele de interacțiune ce se petrec între indivizii aceleiași grup.

Comportamentul inovator. Aceste acțiuni se deosebesc de obișnuitele reacții directe, înnăscute sau învățate ale speciei și apar de obicei ca răspuns la circumstanțe noi și provocatoare. Gradul de inovație poate fi folosit ca o măsură a inteligenței, uneori numită abilitate cognitivă [idem, p. 463].

Socializarea personalității, urmare firească a excentralizării, extinde aria valorilor afective, oferind posibilitatea unor alegeri cu grad redus de incertitudine ce conduce spre stabilitate și durată.

Caracterul dinamic al vieții, în condițiile actuale, cere modificări permanente de personalitate și comportament. Trecerea prin faza afirmării și integrării poate accentua negativ, uneori, comportamentul, agitându-l, în sensul unei exaltări [1, p. 42].

Suntem cu toții interconectați. Neuroștiințele au descoperit că însăși structura creierului nostru ne face sociabili, adică ne atrage în mod inexorabil într-o intimă conexiune de la un creier la altul ori de câte ori intrăm în contact cu altcineva. Puntea neuronală ne îngăduie să influențăm creierul – și astfel corpul – oricărei persoane cu care interacționăm, așa cum aceasta ne influențează pe noi [6, p. 13].

Multe comportamente înnăscute nu sunt acțiuni de cooperare ale grupului, care e bazat pe legături de rudenie sau de altă natură, ci sunt realizate la nivel individual. De-a lungul descendenței umane, comportamentul devine tot mai complex, aspectele sale învățate, sociale și inovative jucând un rol din ce în ce mai important [7, p. 460].

Omul nu este doar ființă spirituală ce se prezintă lumii/mediului, ci ia și atitudine față de ea în fiecare clipă a existenței sale, atât față de mediul natural, cât și față de cel social, față de mediul exterior, precum și față de lumea interioară. Printre capacitățile omului de a lua atitudine față de lucruri se numără și posibilitatea de a lua atitudine față de sine însuși. Aceasta ar însemna că *nu acționăm în funcție de ceea ce suntem, ci devenim acei care vom fi în funcție de modul în care vom acționa* [5, p. 283].

Mediul este mâna invizibilă care modelează comportamentul uman. În ciuda faptului că oamenii sunt personalități unice, anumite comportamente au tendința să se repete în anumite condiții de mediu [p. 80].

Să avansezi și să evoluezi eficient nu înseamnă doar să înveți să-ți formezi obiceiuri, ci și să le îmbunătățești. Reflecția și evaluarea te ajută să-ți investești timpul în mod eficient și să-ți corectezi strategia, evitând conflictele aparente [4, p. 214].

Legăturile umane par tot mai vulnerabile, pe moment ce știința dezvăluie o importanță vitală a relațiilor binefăcătoare, ce presupune o dilema socială manifestată în formele cele mai diverse. Există aspecte neelucidate ale modului în care oameni din întreaga lume stabilesc o legătură sau rup o legătură, într-o vreme în care tehnologia oferă multiple variante de comunicare aparentă, petrecută de fapt în izolare. Toate aceste tendințe semnaleză dispariția lentă a oportunităților de interacțiune umană [6, p. 15].

D. Goliman consideră că creierul social este singurul sistem biologic al corpurilor noastre, fiind influențat, la rândul lui, de starea celorlalți. Interacțiunile noastre sociale au chiar și rolul de a ne remodela creierul prin „neuroplasticitate”, ceea ce înseamnă că experiențele

repetate determină forma, dimensiunea, numărul neuronilor și al sinapselor. Dacă ne obișnuim creierul cu un anumit registru, relațiile noastre principale modelează treptat un sistem neuronal specific [idem, p. 22].

Diferențele dintre indivizi devin surse ale conflictului din momentul în care sunt obiect al interrelației: sunt exprimate într-o discuție, sunt afișate intenționat sau una dintre părți reclamă impunerea propriei valori [14, p. 29].

Integrarea individului în sistemul de norme sociale îi creează acestuia un anumit nivel de echilibru și obiectivitate în crearea semnificației motivaționale și situației frustrante. Însă conținutul psihologic al fenomenului de frustrare poate fi relevat deplin numai prin luarea în discuție a termenilor de „conflict”, „afect”, „stres”, „anxietate” etc., deoarece fenomenele desemnate de acești termeni se află într-un raport de intercondiționare dialectică, fiecare dintre ele putând fi consecința celuilalt [1, p. 48].

Conflictul interpersonal apare atunci când două sau mai multe părți, sisteme aflate în interdependență sunt diferite sau chiar incompatibile la nivelul trebuințelor, scopurilor, valorilor, resurselor sau al unor trăsături de personalitate. Bernard Mayer (2000) definește conflictul ca pe un fenomen psihosocial tridimensional, care implică o componentă afectivă (emoțiile și sentimentele) o componentă cognitivă (gândirea, percepția situației conflictuale) și o componentă comportamentală (acțiunea și comunicarea). Aceste trei componente ale conflictului se clarifică reciproc și au contribuții conjugate în identificarea și înțelegerea conflictului [14, p. 56].

Cuvintele pe care le folosim atunci când vorbim cu noi înșine despre conflict au o mare putere și ne influențează atitudinea pe care o vom avea în raport cu fiecare situație conflictuală. Chiar dacă nu ne dăm seama de acest lucru, vorbim constant cu noi înșine. Ceea ce ne spunem în subconștient se proiectează la nivelul minții și determină alegerile pe care le facem în realitate [3, p. 31].

După Ana Stoica, termenul „conflict” provine din verbul latinesc *confligo*, care ar însemna „a se lupta”, „a se bate”, cu participiul substantivat din *conflictus*, având sensul de „ciocnire”, „șoc”, și chiar „ceartă” sau „luptă împotriva cuiva”. Dicționarul de psihologie al lui Ravid Doron și Françoise Parot (1999) distinge între *conflictul psihic*, *conflictul social*, dar și *conflictul cognitiv* și *conflictul perceptiv* [14, p. 20].

Tot ce vine înăuntru din exterior, ca de altfel și tot ce iese la iveală din interior devine al nostru propriu numai dacă suntem apti de o vastitate interioară egală cu dimensiunea conținutului pe care îl întâlnim afară sau înăuntru. Creșterea personalității înseamnă conștientizarea, un nivel de dezvoltare al cărei flux vine din sursele interioare. El trebuie să aibă în el însuși capacitatea de a crește, altminteri nu îi e de folos nici misiunea cea mai grea [10, p. 139].

Cauzele conflictelor sunt diverse, dar cel mai des întâlnite sunt: diferențele și incompatibilitatea dintre persoane (trăsăturile de personalitate, opinii, atitudini, valori, nevoi, gusturi și preferințe), nevoile umane, comunicarea, lezarea stimei de sine, nerespectarea normelor explicate sau implicate, comportamentele agresive, principiile, statutul, puterea, prestigiul etc. [14, p. 56].

Pentru mulți dintre noi, reacția naturală față de conflict este evitarea. Prin faptul că nu ne dezvăluim ideile contrare, putem afecta obiectivele unei alte persoane sau a unei companii. Am avea mai multe de câștigat de la cei ce au păreri diferite, dacă am privi aceste situații ca șanse de învățare și dacă le-am trata într-un mod agreabil și profesionist. De-a lungul timpului, s-a

demonstrat teoria conform căreia rezolvarea cu succes a conflictelor și problemelor apărute în viața profesională sau personală transformă în bine relațiile și cresc respectul reciproc [3, p. 61].

Conflictul poate fi folositor promovând creșterea și schimbarea, dar poate aduce și stres, atât personal, cât și interpersonal, care poate fi un răspuns la situațiile conflictuale. Cu cât percepem mai mult conflictul ca pe o barieră, cu atât mai multe conotații negative atribuim situației respective și celor implicați. Ceea ce ar trebui să facem este să examinăm propriul mod de gândire și să înlocuim negativismul cu o mentalitate pozitivă [idem, p. 30].

Persoana care utilizează un stil centrat pe direcționare oferă informații, adesea sub forma sfaturilor sau a unui plan de acțiune. Acest proces are un aspect de rezolvare de probleme [12, p. 28].

Succesul nu este un obiectiv propriu-zis, nici o linie de sosire. El este un proces de perfecționare continuă. James Clear a afirmat în acest sens: „Dacă îți este greu să renunți la obiceiurile tale, problema nu ești tu, ci sistemul tău. Obiceiurile negative se perpetuează la nesfârșit nu pentru că vrei să te schimbi, ci pentru că ai un sistem de transformare greșit” [4, p. 220].

Conflictele sunt experiențe ambivalente, nu au desfășurări și mai ales rezultate exclusiv, invariabil și obiectiv, dăunător sau inutil. Așa cum un conflict ne aduce daune, același conflict poate fi văzut și valorificat în avantajul nostru, depinde foarte mult și de atitudine, situație, de percepția individului, intenția sau chiar și scopul manifestării aceluși conflict. Avantajul sau dezavantajul unui conflict depinde de modul nostru de abordare [14, p. 26].

Pentru societatea de azi a fi încăpățânat reprezintă mai degrabă un atu, însă în ceea ce privește rezolvarea unor probleme, este mult mai indicat să fim deschiși la minte. Atunci când izbucnește un conflict, cea mai bună soluție ar fi cooperarea, care să ia în calcul interesele tuturor. Pe cât posibil, trebuie să avem grijă să invităm fiecare dintre părți să-și exprime punctul de vedere, pentru a putea găsi astfel cea mai potrivită soluție de compromis. Urmează să privim mai îndeaproape o cale de rezolvare a conflictului prin utilizarea intereselor comune ca metodă de soluționare a problemei [3, p. 140].

Atunci când dezvăluim speranțele, temerile, preferințele și convingerile noastre, devenim un individ unic, ieșind din sfera banalului. În acest mod, se produce un efect asupra celor din jur, persoana se simte flatată, pentru că îi permiți accesul în universul personal și savurați împreună emoția apropierei.

Unele persoane se tem să-și exprime gusturile și sentimentele, deoarece simt că dezvăluirea acestora ar putea distruge iluzia de asemănare cu interlocutorul. În realitate, gusturile și punctele de vedere diferite pot influența o relație [11, p. 248].

Practic, întotdeauna putem face ceva în fața unui conflict. Când nu reușim să rezolvăm conflictul, putem reacționa cu un răspuns echilibrat pentru a-l orienta spre o direcție mai constructivă, ajutând partenerii să-și înțeleagă nevoile și să-și exprime sentimentele la un nivel mai profund sau facem durerea mai suportabilă, ori putem provoca escaladarea conflictului, pentru ca oamenii să-l conștientizeze sau să-i acorde prioritate în soluționare [14, p. 48].

Echilibrul proceselor nervoase și stabilitatea emoțională apar drept cerințe principale în viața adolescenților, în care se iscă deseori situații imprevizibile. Echilibrul emoțional reprezintă o variabilă puternică care depinde de elementele interne ale organismului, de conținutul personalității și de condiționarea socială. Adolescentul trebuie mereu să se adapteze la mediul în

care trăiește, la evenimentele de viață cu care se confruntă, el trebuie să înfrunte piedici, să învingă frustrări sau să depășească situații stresante [1, p. 43].

Orice schimbare majoră din viața unei persoane apare atunci când se ciocnește de o idee nouă. Această nouă idee ține de faptul că poți realiza tot ceea ce ți-ai pus în minte [15, p. 18].

Dale Carnegie definește medierea ca fiind un proces de rezolvare a disputelor, în care un intermediar profesionist imparțial și neutru asistă părțile aflate în dezacord să ajungă la un acord prin voință proprie, prin promovarea cooperării, comunicării și prin facilitarea negocierilor, acord care le stabilește comportamentele viitoare și menține relațiile dintre aceștia. Rezolvarea prin intermediar poate avea loc, la rândul său, prin două variante: intermediarul este ales sau cel puțin acceptat de ambele părți sau intermediarul este impus părților [3, p. 296].

În procesul de mediere există un limbaj al spațiului, care, în funcție de individ, profesie, cultură, situație, are diferite semnificații – întocmai ca și cel verbal. Particularizând la cazul medierii, distanța dintre parteneri, forma mesei, unghiurile de vizibilitate, înălțimea și poziția scaunului față de masă, decorul, lumina etc. sunt factori care pot influența procesul de mediere în plan psihologic [14, p. 302].

Medierea este procesul prin care o terță parte acționează din postura de mediator, oferind asistență cu scopul soluționării disputei dintre două sau mai multe părți adverse. Este vorba despre o abordare irenică a conflictului, în care părțile comunică în mod direct atât unul cu celălalt, cât și cu mediatorul. Rolul mediatorului este acela de a facilita comunicarea dintre părți și a genera variante de soluții [3, p. 43].

A media înseamnă a interveni între părțile ostile și a le conduce spre schimbarea atitudinii și a percepției unul față de celălalt și spre rezolvarea conflictului. Medierea implică o formă de intervenție imparțială din partea unui terț neutru, care nu poate impune o soluție, dar poate ajuta părțile să o găsească. Important este ca medierea să fie acceptată de toate părțile implicate. Medierea se desfășoară după structura rezolvării prin colaborare și utilizează masiv negocierea [14, p. 296].

Negocierea este un proces prin care indivizii cu necesități diferite sau chiar contrare pot ajunge la o înțelegere. Atitudinea față de conflict determină succesul în negociere. Conflictul este inevitabil, însă gestionându-l într-un mod inteligent, poate fi considerat o oportunitate pentru schimbare.

În negociere există patru reguli importante: separarea persoanei de problemă, înțelegerea necesităților oponentului, expunerea problemei din perspectiva intereselor și alcătuirea unei liste cu opțiuni [11, pp. 200-204].

Un criteriu important pentru o mediere de succes este acela că toate părțile trebuie să accepte discuțiile pentru stabilirea unui compromis.

În cazul unei medieri, ambele părți sunt lăsate să își prezinte versiunea, ca mai apoi mediatorul să ia în considerare punctele lor de vedere și să încerce să găsească o soluție care să fie reciproc satisfăcătoare [12, p. 45].

Stilul centrat pe ghidare presupune o abordare în cadrul căreia se lucrează ca o echipă. În acest caz, mediatorul indică rute și opțiuni, constituind o resursă pentru a vedea mai bine diverse posibilități, posibile riscuri și beneficii ale fiecărei abordări. În acest mod, clientul primește asistență în alegerea direcției care i se potrivește cel mai bine [idem, p. 28].

Nu toate situațiile de conflict pot fi supuse unui proces de mediere, dar există anumiți factori pentru înțelegerea mai bună a angajării într-un proces de mediere [14, p. 299]:

- ✓ între părți a survenit o ruptură;
- ✓ părțile nu reușesc să elimine divergențele apărute;
- ✓ complexitatea problemei depășește capacitatea de management de care dispun părțile, iar acestea conștientizează incapacitatea de a depăși conflictul cu forțele proprii;
- ✓ conflictul este de durată – niciuna dintre părți nu și-a propus să-l rezolve sau încercările sporadice au eșuat pe rând;
- ✓ părți implicate sunt mai mult de două, îndeosebi peste patru;
- ✓ persoanele implicate în conflict se cunosc;
- ✓ menținerea relației între cele două părți este importantă;
- ✓ ele lucrează sau locuiesc împreună/în vecinătate sau nu pot evita interacțiunea;
- ✓ problema este agravată de un puternic element emoțional;
- ✓ părțile implicate doresc să discute despre conflict;
- ✓ una sau ambele părți doresc să evite procedurile formale;
- ✓ una dintre părți nu se simte bine să confrunte cealaltă parte decât în prezența altcuiva;
- ✓ este nevoie de o rezolvare sau de o decizie rapidă.

La nivelul de bază, interviul motivațional este o conversație despre schimbare în procesul de mediere. Fiecare dintre cele trei metode – ghidarea, direcționarea și urmarea clientului – poate fi potrivită în unele situații și nepotrivită în altele.

Un alt stil centrat pe urmarea clientului, presupune ca facilitatorul să mergă pe urmele clientului pe măsură ce acesta explorează un domeniu. În această abordare conduce clientul, scopul fiind de a asculta și a înțelege situația. Prin acest mod, mediatorul lasă preocupările și se concentrează mai mult asupra modului în care clientul vede problema.

Interviul motivațional este un stil de consiliere centrată pe persoană, al cărei scop este rezolvarea frecvenței probleme a ambivalenței referitoare la schimbare [12, p. 32].

Menținerea unui stil de ghidare presupune un echilibru delicat, uneori vom avea opinii despre planurile care considerăm că ar avea o probabilitate mai mare de succes. Abilitățile de bază rămân centrale în procesul de planificare; procesul în sine poate fi împărțit în cinci părți, reprezentate de acronimul SOARS: Stabiliți obiective, sortați Opțiuni, creați un plan de Acțiune, Reafirmați și amplificați angajamentul și Susțineți schimbarea [idem, p. 535].

Mediatorii sunt aleși printr-o înțelegere mutuală a părților, pentru reputația privind corectitudinea și lipsa de prejudecăți, care ar putea favoriza vreuna dintre părți.

- Responsabilitățile unui mediator

Reușita unui proces de mediere este o mare responsabilitate care îi revine mediatorului. Iată câteva elemente de conduită esențiale de care mediatorul trebuie să dea dovadă în scopul unei medieri reușite:

- ascultă cu atenție și adresează întrebări;
- nu permite întreruperi;
- ascultă selectiv pentru a reține elementele-cheie;
- păstrează deschise canalele de comunicare;
- rămâi imparțial;
- nu îngădui ca discuția să divagheze;
- fii corect și raportează-te întotdeauna echitabil la ambele părți;
- facilitează găsirea unei soluții.
- Responsabilitățile părților aflate în conflict

Pentru ca procesul de mediere să funcționeze, părțile trebuie:

- să fie cu adevărat deschise ideii de mediere;
- să respecte regulile de bază;
- să fie pregătite să descrie situația din propriul din punct de vedere;
- să asculte varianta celeilalte părți;
- să ignore comportamente care le pot distruge;
- să acorde atenție îngrijorărilor exprimate de ceilalți;
- să dovedească empatie față de ideile și dorințele celeilalte părți [p. 55].

O alternativă pentru mediere o reprezintă arbitrajul. În cazul arbitrajului, ambele părți își expun punctele de vedere, după care arbitrul decide care este rezolvarea.

- Pașii pe care îi urmează persoana căreia îi este atribuit rolul de arbitru sunt:
 - colectarea informațiilor;
 - evaluarea faptelor, urmată de analiza situației;
 - studierea alternativelor;
 - luarea unei decizii;
 - notificarea celor două părți cu privire la decizia luată și asigurarea că rezoluția a fost pe deplin înțeleasă de către acestea [3, p. 60].

Un alt stil centrat pe urmarea clientului presupune ca facilitatorul să mergă pe urmele clientului pe măsură ce acesta explorează un domeniu. În această abordare conduce clientul, scopul fiind de a asculta și a înțelege situația. În acest mod, mediatorul lasă deoparte preocupările și se concentrează asupra modului în care clientul vede problema.

Interviul motivațional este un stil de consiliere centrată pe persoană, al cărei scop este rezolvarea frecvenței probleme a ambivalenței referitoare la schimbare [12, p. 32].

Un scop e un obiectiv, un țel. Un scop e mai mult un vis transpus în realitate. Țelurile sunt la fel de esențiale pentru obținerea succesului, nimeni nu va avea succes fără să aibă un țel. Referitor la țeluri, Dave Mohoney spune: „Nu contează ce ai făcut în trecut sau ce faci în prezent, ci ceea ce vrei să faci în viitor” [13, p. 272].

Scopurile propuse ne ajută să ne dezvoltăm, dar pentru aceasta trebuie să fim plini de dorința fierbinte de a reuși să le atingem. Scopul sau intenția propusă de individ trebuie să fie suficient de important, astfel încât individul să poată să-și mobilizeze forțele pentru a-l atinge. În același timp, scopurile trebuie să fie realiste [8, p. 260].

În ceea ce privește manifestarea conflictelor în măsura în care să necesite implicarea unui specialist, acestea pot apărea în oricare din situații. Pe lângă rolul de mediator al conflictului, el deține și o funcție de prevenție, de altfel, extrem de importantă pentru un elev adolescent, profesor, părinte, coleg și chiar prieten. Încetarea unui conflict pe cale amiabilă are un efect benefic extraordinar, o putere a exemplului demnă de luat în considerare și pentru alți oponenți din mediul înconjurător. În educația care promovează metode de soluționare pașnică și amiabilă a conflictelor, evocă o cultură benefică și este caracteristică unei societăți moderne sănătoase [9].

Bibliografie:

1. CALANCEA, Angela. *Trainingul de dezvoltare a competențelor afective. Ghid pentru formarea practică în consilierea psihologică*. Chișinău: S.n., 2012. 272 p. ISBN 978-9975-53-096-5.
2. CAMERON, Milton. *Puterea gândului*. București: Niculescu, 2019. 187 p. ISBN 978-973-748-909-8.
3. CARNEGIE, Dale & Associates, Inc. *Rezolvă conflictele din viața ta*. București: Curtea Veche Publishing, 2020. 214 p. ISBN 978-606-44-0590-6.
4. CLEAR, James. *Atomic Habits: schimbări mici, rezultate remarcabile*. București: Lifestyle Publishing, 2019. 271 p. ISBN 978-606-789-174-4.
5. FRANKL, Viktor F. *Cel care are un motiv pentru care să trăiască. Logoterapie și analiză existențială – articole și prelegeri*. București: Litera, 2019. 413 p. ISBN 978-606-33-4333-9.
6. GOLEMAN, Daniel. *Inteligența socială: noua știință a relațiilor umane*. Ed. a 2-a, rev. București: Curtea Veche Publishing, 2018. 570 p. ISBN 978-606-44-0092-5.
7. HANDS, John. *Cosmosapiens: Evoluția omului de la originile universului*. București: Humanitas, 2019. 754 p. ISBN 978-973-50-6584-3.
8. HOLDEVICI, Irina. *Hipnoza clinică*. București: Trei, 2009. ISBN 978-973-707-356-3.
9. <https://ro.scribd.com/document/373454384/Medierea-conflictelor-scolare> (vizitat 20.03.2024).
10. JUNG, Carl Gustav. *Opere complete*. Vol. 9. Partea 1: *Arhetipurile și Inconștientul Colectiv*. București: Trei, 2003. 510 p. ISBN 978-973-707-942-8.
11. MCKAY, Matthew, DAVIS, Martha, FANNING, Patrick. *Mesaje: ghid practic pentru dezvoltarea abilităților de comunicare*. București: ALI, 2016. 390 p. ISBN 978-606-587-360-5.
12. ROSENGREN, David. *Dezvoltarea abilităților de aplicare a interviului motivațional: ghid pentru practicieni*. București: Trei, 2021. 630 p. ISBN 978-606-40-0983-8.
13. SCHWARTZ, David Joseph. *Puterea magică a gândului*. Ed. a 4-a. București: Curtea Veche Publishing, 2018. 326 p.
14. STOICA-CONSTANTIN, Ana. *Conflictul interpersonal: prevenire, rezolvare și diminuarea efectelor*. Ed. a 2-a, rev. și adăugită. Iași: Polirom, 2018. 330 p. ISBN 978-973-46-7672-9.
15. TRACY, Brian, STRUTZEL, Dan. *Știința motivației strategii și tehnici pentru a transforma visurile în destin*. București: For You, 2019. 287 p. ISBN 978-606-639-279-2.
16. URRÁ, Javier. *Vârsta marelor schimbări*. București: Litera, 2022. 144 p. ISBN 978-606-33-8889-7.
17. YALOM, Irvin D. *Psihoterapia existențială*. Ed. a 2-a. București: Trei, 2012. 605 p. ISBN 978-973-707-691-5.

GESTIONAREA PSIHOLÓGICĂ A DIABETULUI ZAHARAT LA TINERI ADULȚI – CORELAREA CALITĂȚII VIEȚII CU STATUSUL AFECTIV

PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT OF DIABETES IN YOUNG ADULTS - THE CORRELATION OF QUALITY OF LIFE WITH AFFECTIVE STATUS

Mircea Tudor MAIORESCU, drd., psiholog clinician,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău,
mmirceaa90@gmail.com

Aurelia GLAVAN, dr. hab., prof. univ.,
neuropsiholog, Institutul Medicină de Urgență,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău,
ORCID: 0000-0002-2549-5367
glavan_aurelia@yahoo.com

Mircea Tudor MAIORESCU, clinical psychologist, candidate,
„Ion Creanga” SPU of Chisinau,
Aurelia GLAVAN, PhD hab., univ. professor,
neuropsychologist, Institute of Emergency Medicine
„Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 616.379-008.64

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p386-393

Abstract. In this article there are presented theoretical-conceptual approaches regarding the correlation of quality of life with affective status in young adults with diabetes. The research in the recent years brings increasingly clear data regarding the connection between diabetes and affective disorders, being recognized by the scientific world, the fact that psychological disorders in diabetes are underdiagnosed, one of the causes being the lack of an anxiety and depression screening protocol among patients with chronic diseases. Addressing the diabetes-anxiety-depression comorbidity, we aimed to highlight the perceptions of young adults regarding the purpose and meaning of life, anxiety, depression and psychological well-being, as well as optimizing the quality of life through a psychoeducational program that can be applied to experimental subjects.

Keywords: diabetes, young people, affective status, anxiety, depression, quality of life.

Introducere

Cercetările ultimilor ani aduc date din ce în ce mai clare cu privire la conexiunea dintre diabet și tulburările afective [2, 4, 7, 12]. În momentul în care vorbim despre tulburări afective în patologia cronică, precum este diabetul zaharat, ne referim la tulburările din spectrul stresului, anxietății și depresiei. Având în vedere incidența crescută a tulburărilor de anxietate și depresie la persoanele cu diabet zaharat, diagnosticarea acestora la tineri, consecințele asupra calității vieții pacienților și costurile semnificative pentru sistemele de sănătate, am considerat tema aleasă, de interes deosebit. Problematika interdependenței dintre comportamentul tinerilor, atitudinea față de propria sănătate și starea reală a sănătății lor, deseori neglijată în reflectările cercetătorilor, revine astăzi în atenția medicilor, demografilor, psihologilor, sociologilor etc.

Preocuparea sporadică față de starea de sănătate a tineretului este reflectată prin faptul că acest grup social se caracterizează printr-un risc de morbiditate și mortalitate mai scăzut, precum și a unui nivel relativ scăzut de activitate socială și politică [1, 20, 21, 24].

Este recunoscut de către lumea științifică medicală faptul că tulburările psihologice în diabetul zaharat sunt subdiagnosticate, una din cauze fiind lipsa unui protocol de screening al anxietății și depresiei în rândul pacienților cu boli cronice [17, 21, 25]. În ceea ce privește terapia acestora, ne aflăm în punctul în care este nevoie de o conștientizare a pacienților cu privire la consecințele individuale și sociale ale acestor afecțiuni, inițierea unor programe de psihoeducare a pacienților cu privire la riscurile ce pot apărea în cazul lipsei unor intervenții de specialitate. Pentru aplicarea unor programe specializate de intervenție, în concordanță cu variabilitatea caracteristicilor individuale ale pacienților, este necesară existența unei echipe multidisciplinare alături de încercarea de educare a pacienților cu privire la complexitatea bolii cronice cu care au fost diagnosticați [7, 15]. Toate aceste elemente, asociate unui management corect, suportului social și nivelului de educație, pot asigura întârzierea sau chiar prevenirea morbidității și mortalității asociate diabetului zaharat [23].

Cercetări relevante

Din punct de vedere psihologic, pe lângă faptul că diabetul zaharat reprezintă o patologie somatică, el poate fi considerat și o tulburare a dispoziției care reunește mai multe simptome ce duc la modificarea funcționalității unui individ. Ratele de prevalență ale depresiei ar putea crește până la trei ori la pacienții cu diabet zaharat tip 1 și de două ori la persoanele cu diabet zaharat tip 2, comparativ cu populația generală din întreaga lume [21]. Anxietatea este și ea prezentă la aceste categorii de pacienți, fiind diagnosticată la 40 % dintre pacienții cu diabet zaharat [9]. Prezența depresiei și a anxietății la pacienții cu diabet zaharat agravează prognosticul acestei patologii de tip cronic, sporește riscul nerespectării tratamentului medical [13], scade calitatea vieții [18]. Pe de altă parte, depresia poate crește riscul de apariție a diabetului de tip 2 cu până la 60 %. De asemenea, în cazul anxietății, studiul lui Huang C.J. din 2011 a determinat faptul că anxietatea este mult mai crescută în rândul pacienților cu diabet decât în cazul pacienților fără diabet [17].

Anxietatea. Interacțiunile complexe între tulburările mintale (anxietate, depresie) și afecțiunile medicale cronice reprezintă un domeniu de interes în continuă expansiune, care a atras, de-a lungul timpului, atenția instituțiilor mondiale din domeniul sănătății. Astfel, Organizația Mondială a Sănătății propune un program de promovare a unei viziuni integrate în privința abordării tulburărilor mintale și a altor afecțiuni medicale [26]. Conform DSM – 5, tulburările anxioase cuprind acele tulburări care au în comun frica excesivă și anxietatea, precum și perturbările de comportament asociate. În ceea ce privește prevalența anxietății în rândul persoanelor cu DZ, variază între 40 și 50 %, în funcție de instrumentele de măsurare [25]. Persoanele care suferă de afecțiuni mintale de tipul anxietății prezintă un risc crescut de a dezvolta și alte afecțiuni, cum ar fi hipertensiunea sau diabetul [25]. Asocierea dintre anxietate și diabet zaharat nu este clarificată în literatura de specialitate, dar există studii care indică faptul că la acești pacienți asocierea anxietății poate crește riscul mortalității [9, 20]. Suportul psihologic și social are un impact important în gestionarea anxietății [4, 15], indicând faptul că a vorbi cu persoanele apropiate sau cu psihologul despre temerile legate de boala cronică și reasigurările din partea acestora pot reduce anxietatea în cazul persoanelor cu diabet zaharat [23].

Depresia reprezintă una dintre cele mai intens studiate probleme emoționale din ultimii ani, întâlnite în cazul pacienților cu diabet [12, 16], iar această preocupare substanțială de cercetare pare să fie justificată de faptul că simptomele depresive tind să se asocieze cu o calitate redusă a vieții [18]. În plus, rata depresiei clinice în rândul pacienților cu diabet de ambele tipuri este mult mai ridicată decât în rândul populației de non-diabetici, iar această diferență tinde să se păstreze de-a lungul timpului. Astfel, dacă analiza sistematică a literaturii de specialitate publicate până în 2004 indica o prevalență a depresiei de trei-patru ori mai mare în rândul pacienților cu diabet de tip 1 – 12.0% versus 3.2% [16, 24], rezultatele studiilor publicate în perioada 2006-2011 au evidențiat o diferență identică [21]. Același tipar pare să fie valabil și pentru pacienții cu diabet de tip 2 – conform studiilor existente până în 2005, rata depresiei în rândul pacienților cu diabet de tip 2 este aproape dublă comparativ cu cea din rândul persoanelor non-diabetice [21], iar această diferență se menține și conform literaturii publicate în 2006-2011 [21, 24].

Ipoteza conform căreia comportamentele dăunătoare pentru sănătate, întâlnite în cazul persoanelor cu depresie, ar putea fi un factor determinant pentru diabet nu a fost argumentată în totalitate. În meta-analizele în care stilul de viață a fost controlat [10, 12, 16], incidența diabetului a rămas mai ridicată în cazul persoanelor cu depresie decât în cazul persoanelor fără depresie, deși diferența a fost atenuată – stilul de viață contribuie într-o anumită măsură la dezvoltarea diabetului, dar nu reprezintă o cauză unică. În plus, relația depresie – diabet nu a putut fi explicată în întregime nici de utilizarea antidepressivelor sau de greutatea ridicată [21, 27]. O altă problemă importantă legată de coexistența depresiei și a diabetului o constituie, de altfel, și posibilitatea de a confunda simptomele depresive cu distresul specific diabetului [25].

Calitatea vieții. Sinteza literaturii de specialitate reflectă o serie de aspecte cu tangențe la metodologia actuală privind elementele de apreciere ale calității vieții. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește calitatea vieții drept percepția unui individ asupra poziției sale în viață, în contextul culturii și sistemelor de valori în care trăiește și în relație cu obiectivele, așteptările, standardele și preocupările sale [25]. Termenul de „calitate a vieții” se referă la percepțiile subiective ale pacientului, este o reflectare a capacității individuale de a se adapta noilor condiții evolutive ale bolii cronice [2, 4, 18].

Măsurarea calității vieții este dificilă, problematică și constituie o colecție complexă, dinamică de dimensiuni obiective și subiective, sociale și individuale, pozitive și negative ce interacționează continuu [18]. Prin cercetarea literaturii de specialitate autohtone, proporția lucrărilor științifice care abordează CV-ul pacienților cu diabet zaharat s-a dovedit a fi foarte mică și are un caracter sporadic. Nu a fost, deocamdată, estimată calitatea vieții adulților tineri cu diabet zaharat. Sunt necesare studii de evaluare a calității vieții cu ajutorul chestionarelor specifice consacrate diabetului zaharat, capabile să ofere o imagine complexă a percepției pacientului asupra propriei stări de sănătate.

În ciuda tuturor contradicțiilor, indiferent de variabila căreia îi revine contribuția cea mai mare în raport cu aderența la comportamentele dezirabile pentru managerierea diabetului, atât calitatea vieții persoanelor, cât și anxietatea și depresia specifice diabetului necesită atenție și intervenții speciale. Ceea ce pare să conteze mai mult este capacitatea de a depista corect în ce constă problema, în vederea aplicării strategiilor și tehnicilor terapeutice potrivite. Iar ambele dimensiuni ale problemei – evaluare și recomandări terapeutice corespunzătoare – solicită

prezența unui psiholog clinician în echipa multidisciplinară responsabilă de îngrijirea pacienților cu diabet.

Studiul preconizat. Pornind de la faptul binecunoscut al incidenței crescute a bolii diabetice, a anxietății și a depresiei în rândul tinerilor și, mai mult, de la asocierea de tip bidirecțional a acestora [1, 18, 25], ne propunem drept *scop analiza corelării modificărilor calității vieții cu statusul afectiv la tinerii adulți cu diabet zaharat*, precum și analiza mai multor aspecte ale acestor afecțiuni.

Acest studiu va fi de tip observațional, descriptiv și prospectiv, fiind analizați tinerii adulți (18-34 ani) diagnosticați cu diabet zaharat tip I și II, aflați în evidența Secției diabet zaharat, nutriție și boli metabolice din cadrul Spitalului Județean Clinic de Urgențe „Sfântul Ioan cel Nou” din Suceava, România.

Obiectivele științifice pe care ni le propunem sunt reprezentate de: 1) crearea unui protocol de screening a pacientului cu diabet zaharat pentru depistarea precoce a anxietății și depresiei; 2) determinarea corelațiilor pe baza datelor socio-demografice, socioeconomice ale istoricului medical și familial, a tratamentelor primite de adulții tineri cu diabet zaharat; 3) evaluarea calității vieții acestor grupuri de pacienți cu diabet zaharat; 4) determinarea corelațiilor calității vieții cu statusul afectiv la tinerii cu DZ pe baza datelor obținute cu referire la anxietate și depresie; 5) evaluarea factorilor de influență a stilului de viață a tinerilor cu DZ; 6) elaborarea și aplicarea unor programe psihoeducaționale cu scopul optimizării calității vieții tinerilor cu DZ prin diminuarea anxietății și depresiei; 7) evaluarea comparativă a loturilor de pacienți înscriși în grupul de studiu.

Designul studiului. Participanți pentru acest studiu vor fi recrutați din cadrul Secției diabet zaharat, nutriție și boli metabolice a Spitalului Clinic Județean de Urgențe „Sfântul Ioan cel Nou” din Suceava, România, în total 200 de participanți cu vârste între 18 și 34 de ani. Criteriile de includere pentru participare sunt: disponibilitatea de a participa la teste și de a avea o capacitate cognitivă suficientă. Consimțământul informat va fi obținut de la toți participanții înainte de implicarea lor în studiu. Designul cercetării va consta din 3 studii: studiul I – Diabet zaharat – anxietate; studiul II – Diabet zaharat – depresie; studiul III – Diabet zaharat – calitate a vieții. Pentru fiecare grup experimental se va constitui un grup de control, format din persoane care îndeplinesc aceleași criterii de includere.

Colectarea datelor. Se vor efectua evaluări pre- și post-intervenție pentru a măsura schimbările în ceea ce privește statusul afectiv, precum și calitatea vieții. Vor fi administrate instrumente standardizate detaliate în lucrare. Ipotezele formulate vor fi testate cu ajutorul unor metode specifice de prelucrare statistică cantitativă a datelor.

Intervenția psihoeducațională. Cea de-a doua parte a studiului va implica o intervenție de psihoeducație, constând din 15 ședințe de grup. Prima și ultima ședință vor fi folosite pentru evaluarea pre- și, respectiv, post-intervenție. Studiul va consta din două grupuri, fiecare cuprinzând 50 de participanți, cu un grup de control care nu beneficiază de intervenție de psihoterapie. Se vor efectua evaluări pre- și post-intervenție pentru a măsura schimbările în ceea ce privește starea de anxietate, depresie și calitate a vieții.

Evaluarea rezultatelor. Eficacitatea intervenției de psihoterapie printr-un program psihoeducațional elaborat va fi evaluată prin măsurarea nivelului de calitate a vieții cu ajutorul chestionarului elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, pentru evaluarea calității vieții (WHO-QoL (World Health Organization Quality of Life) [25], care cuprinde 26 de itemi și

evaluează calitatea vieții persoanelor cu boli cronice, făcând măsurători în patru domenii: fizic, psihologic, relații sociale și mediu. Acest chestionar va evalua percepțiile participanților cu privire la calitatea vieții, anxietate, depresie și bunăstarea psihologică înainte și după intervenția psihoterapeutică.

Analiza datelor. Datele cantitative vor fi analizate folosind metode statistice adecvate, cum ar fi testul t, pentru a determina eficacitatea programului de psihoterapie. Datele calitative vor fi analizate folosind cercetările tematice pentru a identifica teme și modele comune.

Ajustarea setului de instrumente pentru evaluarea statusului afectiv și a calității vieții la adulții tineri cu diabet zaharat. Rezultatul ajustării setului de instrumente constă în optimizarea diagnosticării anxietății și depresiei și evaluării gradului de severitate, dezvoltând și ajustând teste, tehnici și metode de cuantificare pentru remisia simptomelor și reducerea impactului negativ asupra calității vieții, reușita adaptării adulților tineri la boala cronică, diabetul zaharat fiind în dependență directă de factorul psihic al persoanei, de modul de cooperare psihică, de participarea cât mai plenară a acestuia în actul de adaptare socială [4, 15, 23].

Descrierea instrumentelor utilizate pentru evaluare

1. *Criteria DSM-5 de evaluare a prezenței/absenței depresiei*, conform *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, ediția a 5-a, reprezintă un instrument de diagnosticare al Asociației Americane de Psihiatrie, având o ultimă revizuire în anul 2015, servește ca o autoritate universală recunoscută pentru diagnosticul tulburărilor afective în clinică – prezența/absența depresiei [25].

2. *Scala Hamilton pentru depresie (HAM-D)* a fost concepută în 1960 de Hamilton cu scopul de a evalua severitatea depresiei. Durata de aplicare se situează între 20 și 30 de minute. Scala este utilizată pentru evaluarea severității depresiei la toate categoriile de vârstă, conținând 17 itemi. Metoda de scorare a Scalei Hamilton pentru depresie se realizează diferit pentru primii 9 itemi față de ultimii 8 itemi. Astfel, primii 9 parametri sunt evaluați pe o scală cu 5 puncte, de la 0 la 4, după cum urmează: 0 = absența simptomului; 1 = prezența posibilă a simptomului evaluat; 2 = simptom de intensitate ușoară; 3 = intensitate moderată a simptomului; 4 = intensitate severă a simptomului. Ultimii 8 parametri s-au măsurat cu un scor între 0 și 3 puncte, de la 0 la 2, astfel: 0 = absența simptomului evaluat; 1 = posibilă prezență a simptomului; 2 = prezența clară a simptomului. Scorul final a fost obținut prin însumarea scorurilor de la toți cei 17 parametri ai scalei. Punctajul obținut variază între 0 și 56 de puncte. Interpretarea rezultatelor se realizează astfel: 0-7: normal; 8-17: depresie ușoară; 18-25: depresie moderată; peste 26: depresie severă [14].

3. *Scala Hamilton pentru anxietate (HAM-A)* este un chestionar creat pentru a evalua severitatea simptomelor din sindroamele anxioase. Scala a fost concepută în 1959 și prezintă utilitate atât pentru practica clinică, cât și pentru studii și cercetare. Această scală oferă o imagine de ansamblu pentru anxietate fără a avea specificitate pentru o anumită entitate clinică. Durata de administrare a acestui chestionar neuropsihologic este de 10-15 minute. Cei 14 itemi ai scalei sunt următorii: dispoziție anxioasă; tensiune; fobii; insomnia, deficiențe de concentrare; dispoziție depresivă; simptome somatice musculare; simptome somatice senzoriale, simptome cardiovasculare, simptome respiratorii; simptome gastrointestinale; simptome genito-urinare; simptome vegetative; comportament în timpul interviului. Fiecare din cei 14 parametri ai acestui chestionar este scorat pe o scală cu 5 puncte, de la 0 la 4, astfel: 0 = absența simptomului; 1 = simptom de intensitate ușoară; 2 = intensitate moderată a simptomului; 3 = simptom sever; 4 =

simptom de intensitate foarte severă, dizabilitantă. Severitatea va fi definită prin frecvența cu care simptomul apare și cum el se reflectă în viața subiectului în ultima săptămână. Scorul final va fi obținut prin însumarea tuturor punctelor obținute de către subiectul evaluat. Acest punctaj variază de la 0 la 56 de puncte. Interpretarea rezultatelor se realizează în funcție de încadrarea scorului total al bolnavului în următoarele intervale: 6 – 14 → anxietate ușoară; 15 – 28 → anxietate moderată; 29 – 42 → anxietate severă; 43 – 56 → anxietate foarte severă [14].

4. *Evaluarea calității vieții*. Pentru evaluarea clinică a subiecților vom folosi chestionarul elaborat de Organizația Mondială a Sănătății pentru evaluarea calității vieții – WHO-QoL (World Health Organization Quality of Life [25]). Scala OMS de calitate a vieții va cuprinde 26 de itemi și evaluează calitatea vieții persoanelor cu boli cronice. Ne propunem măsurători în patru domenii: fizic, psihologic, relații sociale și mediu: 1) *domeniul fizic* constă în întrebări legate de activitățile zilnice, complianța la tratament, durere și disconfort, somn și repaus, energie și oboseală; 2) *domeniul psihologic* include întrebări despre sentimentele pozitive și negative, stima de sine, imaginea asupra propriului corp și prezență, credințe personale și atenție; 3) *domeniul relațiilor sociale* va evalua relațiile personale, suportul social și activitatea sexuală; 4) *domeniul legat de mediu* va explora securitatea și siguranța fizică, resursele financiare, serviciile de sănătate și sociale și disponibilitatea acestora, oportunități de dobândire de noi informații și abilități și participarea la viața socială [4, 12, 26]. Chestionarul se bazează pe scala Likert și se atribuie un scor de la 1 la 5, scorul mai mare indicând o mai bună calitate a vieții. Evaluarea calității vieții folosind WHOQOL-BREF se utilizează în cercetarea medicală, constituind în viitor un instrument de verificare de rutină a serviciilor sociale și de sănătate.

Considerații etice ale studiului. Cercetarea ulterioară se va desfășura în condițiile semnării unui consimțământ informat de către toți participanții la studiu, cu respectarea legislației în vigoare a Organizației Mondiale a Sănătății și Uniunii Europene privind cercetarea pe pacienți [3, 25]. Protocolul studiului va fi aprobat, înainte de a fi pus în practică, de Comitetul de Etică al spitalului corespunzător lotului de studiu.

Rezultatele așteptate. Studiul emite ipoteza că programul psihoeducațional va duce la îmbunătățiri ale bunăstării fizice și psihice – eliminarea anxietății, depresiei și la optimizarea calității vieții adulților tineri cu diabet zaharat, aducând un sentiment sporit al sensului vieții în rândul participanților la studiu. Se presupune că programul de psihoterapie va duce la îmbunătățiri ale stării de bine fizice și mintale, precum și la o creștere a calității vieții în rândul participanților. Constatările acestui studiu vor contribui la volumul tot mai mare de literatură privind intervențiile de psihoterapie pentru persoanele tinere cu diabet zaharat și vor oferi informații valoroase despre rolul sensului în promovarea bunăstării generale la această grupă de vârstă [15, 23].

Psihoterapia poate schimba percepțiile persoanelor referitoare la sine, la relații, modul de evaluare a vieții și orientare a individului către găsirea unui sens personal pentru experiențele vieții trăite. Psihoterapia își va aduce aportul prin echilibrarea emoțională a persoanelor participante la studiu [23].

Utilitate. Acest studiu își propune să dezvolte și să implementeze un program de psihoeducație a tinerilor cu diabet zaharat pentru a îmbunătăți bunăstarea fizică și mintală, adaptarea socială prin creșterea calității vieții. Prin abordarea provocărilor unice cu care se confruntă tinerii cu diabet zaharat, acest studiu urmărește să contribuie la cunoștințele existente privind intervențiile eficiente pentru aceste persoane. Constatările cercetării de față vor avea

implicații pentru dezvoltarea de intervenții viitoare care vizează îmbunătățirea bunăstării generale a persoanelor cu diabet zaharat. Considerăm că studiul va acoperi un domeniu al cercetării puțin explorat, și anume interdependența între calitatea vieții și componentele afective la persoanele tinere cu diabet zaharat.

Concluzii

Acest studiu își propune să contribuie la cunoștințele existente privind intervențiile eficiente pentru tinerii adulți cu diabet zaharat pentru a le îmbunătăți calitatea vieții prin abordarea provocărilor cu care se confruntă și evidențiind principalele teorii, modele și cercetări actuale în domeniu. Studiul va acoperi un domeniu al cercetării puțin explorat, și anume interdependența între calitatea vieții și statusul afectiv la persoanele cu diabet zaharat.

Rezultatele acestui studiu vor contribui la literatura de specialitate privind intervențiile psihoterapeutice pentru adulții tineri cu diabet zaharat, precum și pentru persoanele cu tulburări cronice și vor oferi informații valoroase despre rolul promovării calității vieții și adaptării sociale la acest grup de pacienți.

Bibliografie:

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, Lifestyle management, *Diabetes Care*, 40, Suppl. 1, 2017, pp. 33-43.
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes, *Diabetes Care*, 27(2), 596-601. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.2.596>, 2004
3. AMERICAN PSYCHOLOGIST, 2023, Volume 78, Issue 9 (Dec), pp. 1018-1019. <https://doi.org/10.1037/h0101921>
4. ASHRAFF, S., SIDDIQUI, M.A. & CARLINE, T.E. The psychosocial impact of diabetes in adolescents: a review. *Oman Medical Journal*, 28(3), 2013, pp.159-162.
5. BAUMEISTER H., HUTTER N., BENDEL J., HARTER M., Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: a systematic review and meta-analysis, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80:275-286, 2021.
6. BECK A. T., WARD C.H., MENDELSON M. et al. An inventory for measuring depression, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1981, 4:561-571.
7. BERNSTEIN C.M., STOCKWELL M., GALLAGHER M. P, ROSENTHAL S.L., SOREN K., Mental Health Issues in adolescents and young adults with type 1 Diabetes: prevalence and impact on glycemic control, *Clinical Pediatrics*, vol 52(1), <https://doi.org/10.1177/0009922812459950>, 2013
8. BRITISH ASSOCIATION FOR COUNSELLING AND PSYCHOTHERAPY, <https://www.bacp.co.uk/>
9. DANTZER, C., SWENDSEN, J., MAURICE-TISON, S. & SALAMON, R. Anxiety and depression in juvenile diabetes: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 2013, 787–800.
10. DIABETES ATLAS, International Diabetes Federation, 8th edition, 2017.
11. FOLB N., LUND C., FAIRALL L. R., TIMMERMAN V. et al. Socioeconomic predictors and consequences of depression among primary care attenders with non-communicable diseases in the Western Cape, South Africa: cohort study within a randomised trial. *BioMed Central Public Health*, 15:1194, doi: 10.1186/s12889-015-2509- 4, 2015
12. FRIEDMAN, H. *The Oxford Handbook of Health Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
13. GRIGSBY A.B., ANDERSON R.J., FREEDLAND K.E. et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 53, Issue 6, pp. 1053-1060, 2001.

14. HAMILTON M.: Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Handbook of Psychiatric Measures, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association, 2000.
15. HARVEY, J.N. Psychosocial interventions for the diabetic patient. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 8, 2015, 29–43.
16. HOLT RIG., DE GROOT, M., HILL GOLDEN, S. Diabetes and Depression, *Current Diabetes Report*, 14:491, 2014.
17. HUANG, C.J., CHIU, H.C., LEE, M.H., WANG, S.Y. Prevalence and incidence of anxiety disorders in diabetic patients: a national population-based cohort study, *General Hospital Psychiatry*, Vol 33, Issue 1, pp. 8-15, 2011.
18. JUÁREZ-ROJOP, I.E., FORTUNY-FALCONI, C.M., GONZÁLEZ-CASTRO T.B. et al. Association between reduced quality of life and depression in patients with type 2 diabetes mellitus: a cohort study in a Mexican population., *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2018 Oct. 4;14:2511-2518.
19. LI, C., FORD, E.S., ZHAO, G., BALLUZ, L.S., BERRY, J.T., MOKDAD, A.H. Undertreatment of mental health problems in adults with diagnosed diabetes and serious psychological distress: the behavioral risk factor surveillance system, 2007, *Diabetes Care*, 33(5):1061-1064, 2010.
20. MEURS, M., ROEST, A.M., WOLFFENBUTTEL, B.H., STOLK, R.P., ROSMALEN, J.G. Association of Depressive and Anxiety Disorders With Diagnosed Versus Undiagnosed Diabetes: An Epidemiological Study of 90,686 Participants. *Psychosomatic Medicine*, 78(2):233–241, 2016.
21. ROY, T., LLOYD, C.E. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review, *Journal of Affective Disorders*, Vol 142, Supplement, pp. s8-s21, 2012.
22. SAWCHUK, C.N., OLATUNJI, B.O. Anxiety, health risk factors, and chronic disease. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(6), 531-541, 2011.
23. VON SENGBUSCH, S., MÜLLER-GODEFFROY, E., HÄGER, S., REINTJES, R., HIORT, O., WAGNER, W. Mobile diabetes education and care: intervention for children and young people with Type1 diabetes in rural areas of northern Germany, *Diabetic Medicine*, Volume 23, Issue 2, <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2005.01754.x>)
24. WILD, S., ROGLIC, G., GREEN, A., SICREE, R., KING, H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for, 2030, *Diabetes Care*, 27:1047-1053, 2004.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report on diabetes*, 2016.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION, CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*, Geneva: World Health Organization, 2014.
27. YATAN PAL SINGH BALHARA, Diabetes and psychiatric disorders, *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, Oct-Dec; 15(4): 274–283, 2011.

**RHODIOLA ROSEA, UN ADAPTOGEN UTIL ÎN OBOSEALĂ –
DE LA CERCETARE LA PRACTICĂ**

**RHODIOLA ROSEA, AN ADAPTOGEN USEFUL IN FATIGUE –
FROM RESEARCH TO PRACTICE**

Ramona-Niculina JURCĂU, dr.,
UMF „Iuliu Hațieganu”,
Cluj-Napoca, România
ORCID:0000-0002-1070-2191
ramona_mj@yahoo.com

Ioana-Marieta JURCĂU, dr.,
Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii,
Cluj-Napoca, România
dr.ioanamjurcau_elp@yahoo.com

Aurelia GLAVAN, dr. hab., conf. univ.,
UPS „Ion Creangă din Chișinău
ORCID:0000-0002-2549-5367
glavan_aurelia@yahoo.com

Ramona-Niculina JURCĂU, PhD,
”Iuliu Hațieganu” University of Medicine and Pharmacy,
Cluj-Napoca, Romania

Ioana-Marieta JURCĂU, PhD,
Emergency Clinical Hospital for Children,
Cluj-Napoca, Romania

Aurelia GLAVAN, PhD hab., Associate Professor,
“Ion Creanga” SPU of Chisinau

CZU: 633.8:159.944

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p394-399

Abstract. Rhodiola Rosea (RR) belongs to those herbs that reported having adaptive properties. Studies have shown that RR can reduce mental fatigue in stressful conditions in life. Due to its adaptogenic properties, RR has been studied for its performance-enhancing capabilities in healthy populations and for its therapeutic properties in a number of clinical researches. RR determines the regulation of homeostasis through several mechanisms of action associated with the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the control of key mediators of the stress response, including cortisol. Thus, RR reduces mental fatigue and improves mental performance, stimulates physical work capacity, improves and increases resistance to fatigue.

Keywords: Rhodiola Rosea, adaptogen, stress, oxidative stress, fatigue, physical effort.

Introduction

During the 1950s and 1960s, Lazarev and Brekhman suggested that certain adaptogenic herbs could decrease the magnitude of the alarm phase and prolong the duration of nonspecific resistance to stress [14]. The main adaptogens are represented by: *R. rosea*, *S. chinensis* and *E. senticosus*. They are the most studied and effective. Their safety is also the most analyzed [11, 15]. Adaptogenic effects on mediators of the adaptive stress response and longevity signaling pathways have been reported [10, 13]. *Rhodiola rosea* L. (RR), also known as *Rhodiola*, *Rosenroot*, *Roseroot*, *Golden Root*, *Rose Stonecrop*, *Arctic Root* and *Reddish Rhodiola*, belonging to the *Crassulaceae* family, is a genus of herbaceous perennial plants [9, 12]. For a long time in traditional medical systems in Asia and Europe, *R. rosea* root has been used as an adaptogen to increase an organism's resistance to physical stress [16]. *R. rosea* may have beneficial effects on mental performance and endurance capacity, and attenuate stress responses [17].

Hypothesis

We can see that so far, studies show interest in *R. rosea* and stress in general. On the other hand, the relationship between these two fields remains relatively little analyzed, given the numbers of publications found on the PubMed site.

Objective

The objective of the thesis is to evaluate the interest in the relationship between *R. rosea* and stress, from the perspective of some parameters which relate to the field of stress, as well as to the adaptogenic role of *R. rosea* in stress, by analyzing the numbers of PubMed publications corresponding to this interest.

Material and methods

The source of information necessary for this study was the PubMed.

Keywords

The key words chosen were: “RR and fatigue”. We chose the time periods from the year of the first publication announced by the site, until the end of 2018. The time periods analyzed: 2000-2009, 2010-2018; calculating the average number of publications per year.

PubMed filters and sub-filters analyzed were: “Species” filter, sub-filters: animals (Animals - An) and humans (Humans - H). “Sex” filter, the sub-filters: men (male - HM), women (female - HF) and men + women (male + female - HM+HF). “Ages” filter, the sub-filters: Child: birth-18 years – 0-18; Adult: 19-44 years (Adult: 19-44 years – 19-44); Average age: 45 to 64 years (Middle Aged: 45-64 years – 45-64); 65 years and over (Aged: 65+ years – >65); and 80 years and over (80 and over: 80+ years – >80). To better follow the PubMed information, we will look at the words of the filters and sub-filters in English, and the initials mentioned at the top.

Organization was carried out on the following criteria

Analysis of the chosen keywords, in relation to the filters and the total number (N) of publication. Analysis of the chosen keywords, in relation to the sub-filters and the average number (NM) of publication per year. For each keyword mentioned above, the total number of publications and the average per year were calculated. The publication numbers that we will present in the results are those displayed by the PubMed site, according to the publication information.

Statistical evaluation

The data were entered into Excel software. The statistical evaluation was carried out by the “Student T-test”. For statistical evaluation, we calculated the mean, standard deviation and p-value. In the second part, the corresponding statistical data will be mentioned in the tables. Differences are considered significant if $p < 0.05$, and are considered non-significant if $p > 0.05$.

Results

Analysis for the keywords “RR and fatigue”

NM had an increasing evolution between 2000-2012 and 2013-2016.

a) *Analysis of the keyword RR and fatigue, for the Species filter* (table 1, figure 1).

We can see the following: a) H was more numerous than An, for all periods except 2015 and 2017; b) An and H had the same number of studies in 2015 and 2017; c) An was the most numerous in 2015 and 2017; d) H was the most numerous in 2012 and 2016; e) the site did not announce any studies for An in 2011, 2013 and 2018. The differences were significant between NM-An and NM-H. The difference between An-H was not significant.

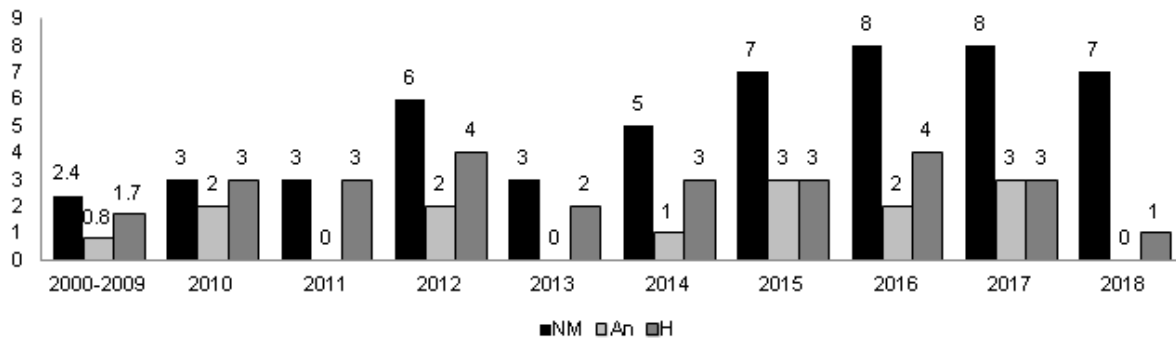


Figure 1. Number of publications for each period of time analyzed, for the keyword “RR and fatigue” and the Species filter

Table 1. The mean, standard deviation and p-value for the period analyzed, for the keyword “RR and fatigue” and the Species filter

| Period 2000-2018 | NM | An | H |
|--------------------------|--------|---------------|---------------|
| Average | 5,24 | 1,38 | 2,77 |
| Standard Deviation | 2,1256 | 1,1223 | 0,9034 |
| p for comparison with NM | | 0,0019 | 0,0129 |
| p for comparison with An | | | 0,0929 |

5. *Analysis of the keyword RR and fatigue, for the Sex filter* (table 2, figure 2)

We can see the following: a) HM was more numerous than HF between 2000-2009, in 2011, in 2017 and 2018; b) HF was more numerous than HM in 2016; c) HM and HF had the same number of studies between 2012-2015; d) HM was the most numerous in 2011, 2012, 2014 and 2017; e) HF was the most numerous in 2012 and 2014; f) HM+HF was the most numerous in 2011, 2012, 2014, 2015 and 2017; g) the site has not announced any studies for: HM in 2016; HF in 2018; HM, HF and HM+HF in 2010. The differences were significant between: NM-HM; NM-HF and NM-(HM+HF). The differences were not significant between: (HM+HF)-HM and (HM+HF)-HF.

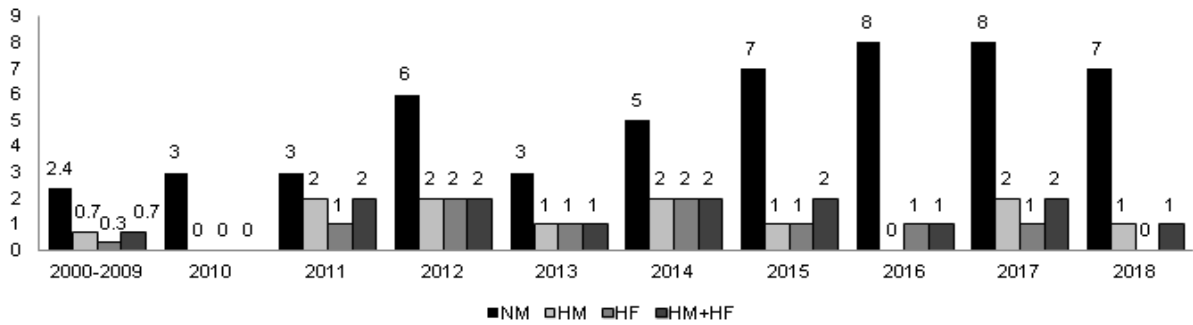


Figure 2. Number of publications for each time period analyzed, for the keyword "RR and fatigue" and the Sex filter

Table 2. The mean, standard deviation and p-value for the period analyzed, for the keyword "RR and fatigue" and the Sex filter

| Period 2000-2018 | NM | HM | HF | HM+HF |
|----------------------------------|--------|---------------|----------------|---------------|
| Moyenne | 5,24 | 1,17 | 0,93 | 1,37 |
| Déviation Standard | 2,1256 | 0,7616 | 0,6664 | 0,6871 |
| p pour la comparaison avec NM | | 0,0005 | 0,00001 | 0,0007 |
| p pour la comparaison avec HM+HF | | 0,4135 | 0,1333 | |

6. Analysis of the keyword RR and fatigue, for the Ages filter (table 3, figure 3)

We can see the following: a) 19-44 was more numerous than other ages between 2000-2009, in 2011, 2017 and 2018; b) 0-18 was the most numerous between 2000-2009; c) 19-44 was the most numerous in 2014 and 2017; d) 45-64 was the most numerous in 2014; e) >65 was the most numerous in 2015 and 2016; f) >80 was the most numerous between 2000-2009; g) the site has not announced any studies for: 0-18 between 2010-2013 and 2015-2018; 19-44 in 2010; 45-64 in 2010, 2011 and 2018; >65 between 2010-2014, in 2017 and 2018; >80 between 2010-2018. The differences were significant between: NM-(0-18); NM-(19-44); NM-(45-64); NM-(>65); NM-(>80); (19-44)-(>65) and (19-44)-(>80). The differences were not significant between: (19-44)-(0-18) and (19-44)-(45-64).

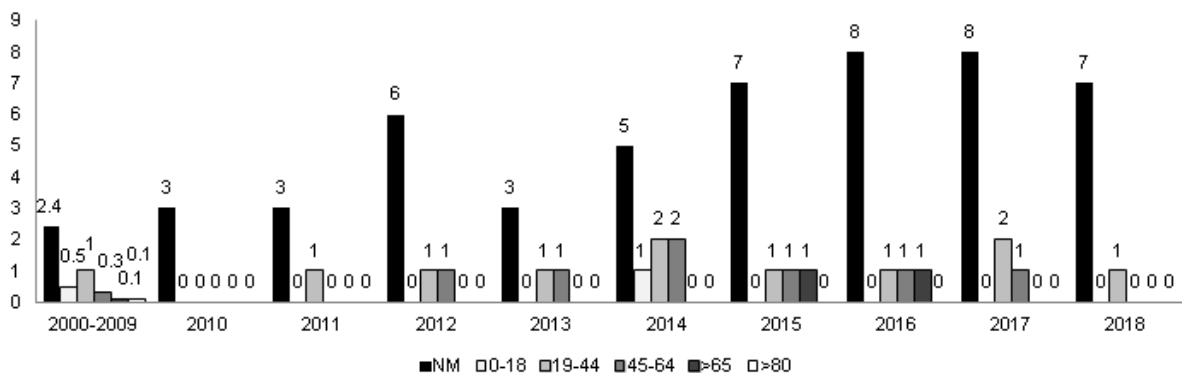


Figure 3. Number of publications for each period of time analyzed, for the keyword "RR and fatigue" and the Ages filter

Table 3. The mean, standard deviation and p-value for the period analyzed, for the keyword “RR and fatigue” and the filter Ages

| Period 2000-2018 | NM | 0-18 | 19-44 | 45-64 | >65 | >80 |
|----------------------------------|-----------|---------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Moyenne | 5,24 | 0,15 | 1,1 | 0,73 | 0,21 | 0,01 |
| Déviation Standard | 2,1256 | 0,3202 | 0,5385 | 0,6133 | 0,3961 | 0,03 |
| p pour la comparaison avec NM | | < 0,00001 | 0,00001 | < 0,00001 | < 0,00001 | < 0,00001 |
| p pour la comparaison avec 19-44 | | 0,1441 | | 0,2929 | 0,0008 | 0,00003 |

Discussion

Fatigue is mental or physical, resulting from difficult work and intense stress [2].

Eleutherococcus senticosus, Schisandra chinensis, RR and Panax ginseng are described as adaptogens, having important effects in stress modulation and in reducing oxidative stress and fatigue, including mental fatigue [6]. Of these, RR is a well-known adaptogen, and among its actions are those of antistress [5] and anti-fatigue protection [4].

A study on swimming-induced fatigue in rats showed that R. rosea supplementation significantly improved swimming-induced exhaustive fatigue through protective defense mechanisms [7]. A study of eleven physically active women showed that supplementation with R. rosea. May have ergogenic and anaerobic performance enhancing benefits [1]. An open, uncontrolled multicenter clinical trial, in 100 subjects with symptoms of prolonged or chronic fatigue, showed that Rodiola extract could constitute an effective treatment for fatigue [8]. RR supplements improve attention, mood, cognitive performance, modulate depression. RR in sport: relieve fatigue; increase time to exhaustion, pulmonary ventilation and endurance exercise performance; decreases heart rate and perception of effort [3].

Conclusion

1. Interest in R. rosea as an adaptogen has been highlighted by publications that contain the keywords RRF, which although small compared to the number of publications for RR, support the adaptogenic role of R. rosea.

2. Overall, interest in publications concerning R. rosea and its relationship with fatigue has generally increased over the time periods analyzed.

3. The number of publications with animals and humans were quite close, and the largest number of publications was for both genders (male and female, for humans) and for ages 19-44.

4. Taking into consideration the results obtained after the studies we have carried out, we can affirm that the interest of the study for R. rosea from the point of view of its adaptogenic role, as well as for the relationship of R. rosea with fatigue is important and is in an almost continuous increase over time.

Bibliography:

1. BALLMANN, C.G., MAZE, S.B., WELLS, A.C., MARSHALL, M.M., ROGERS, R.R. Effects of short-term Rhodiola Rosea (Golden Root Extract) supplementation on anaerobic exercise performance. *J Sports Sci.* 2019, 37 (9), pp. 998-1003. O-ISSN 1466-447X. doi.org/10.1080/02640414.2018.1538028
2. CHAN, S.W. Panax ginseng, Rhodiola rosea and Schisandra chinensis. *Int J Food Sci Nutr.* 2012, 63 Suppl. 1, pp. 75-81. O-ISSN 2314-5765. Doi: 10.3109/09637486.2011.627840
3. JURCĂU, R., JURCĂU, I., KWAK, D.H., COLCERIU, N., BULDUȘ, C., ORMENIȘAN, S. Four Adaptogens for Sports-*Eleutherococcus*, *Schisandra*, *Rhodiola*, *Ginseng*-A Review. *The impact of Sport and Physical Education Science on Today's Society.* 2018, pp. 137-144. ISBN 978-88-87729-54-2.

4. JURCĂU, R., JURCĂU, I. Rhodiola rosea's relationship with stress, physical fatigue and endurance; a PubMed evaluation. *Palestrica Third Mill Civiliz Sport*. 2018, 19 (1), pp. 17-22. O-ISSN 2601 – 2545. doi.org/10.26659/pm3.2018.19.1.17.
5. JURCĂU, R.N., JURCĂU, I.M., COLCERIU, N.A. Influence of Rhodiola Rosea product and physical training, on acute physical stress. *Acta Physiologica*. 2017, 221 (9), pp. 148. O-ISSN 1748-1716.
6. JURCĂU, R.N., JURCĂU, I.M., KWAK, D.H., GROSU, V.T., ORMENIȘAN, S. Eleutherococcus, Schisandra, Rhodiola and Ginseng, for stress and fatigue-a review. *Health, Sports & Rehabilitation Medicine*. 2019, 20 (1), pp. 12-17. O-ISSN 2668-5132. doi.org/10.26659/pm3.2019.20.1.12
7. LEE, F.T., KUO, T.Y., LIOU, S.Y., CHIEN, C.T. Chronic Rhodiola rosea extract supplementation enforces exhaustive swimming tolerance. *Am J Chin Med*. 2009, 37 (3), pp. 557-572. O-ISSN 1793-6853. doi.org/10.1142/S0192415X09007053.
8. LEKOMTSEVA, Y., ZHUKOVA, I., WACKER, A. Rhodiola rosea in Subjects with Prolonged or Chronic Fatigue Symptoms: Results of an Open-Label Clinical Trial. *Complement Med Res*. 2017, 24 (1), pp. 46-52. O-ISSN 2504-2106. doi.org/10.1159/000457918.
9. NABAVI, S.F., BRAIDY, N., ORHAN, I.E., BADIIE, A., DAGLIA, M., NABAVI, S.M. Rhodiola rosea L. and Alzheimer's Disease: From Farm to Pharmacy. *Phytother Res*. 2016, 30 (4), pp. 532-539. O-ISSN 1099-1573. doi.org/10.1002/ptr.5569.
10. PANOSSIAN, A., SEO, E.J., EFFERTH, T. Novel molecular mechanisms for the adaptogenic effects of herbal extracts on isolated brain cells using systems biology. *Phytomedicine*. 2018, 50, pp. 257-284. O-ISSN 1618-095X. doi.org/10.1016/j.phymed.2018.09.204.
11. PANOSSIAN, A., WIKMAN, G., KAUR, P., ASEA, A. Adaptogens stimulate neuropeptide y and hsp72 expression and release in neuroglia cells. *Front Neurosci*. 2012, 6, pp. 6. O-ISSN 1662-453X. doi.org/10.3389/fnins.2012.00006.
12. PANOSSIAN, A., WIKMAN, G., SARRIS, J. Rosenroot (Rhodiola rosea): traditional use, chemical composition, pharmacology and clinical efficacy. *Phytomedicine*. 2010, 17 (7), pp. 481-493. O-ISSN 1618-095X. doi.org/10.1016/j.phymed.2010.02.002.
13. PANOSSIAN, A., WIKMAN, G. Effects of Adaptogens on the Central Nervous System and the Molecular Mechanisms Associated with Their Stress-Protective Activity. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2010, 3 (1), pp. 188-224. O-ISSN 1424-8247. doi.org/10.3390/ph3010188.
14. PANOSSIAN, A. Understanding adaptogenic activity: specificity of the pharmacological action of adaptogens and other phytochemicals. *Ann N Y Acad Sci*. 2017, 1401 (1), pp. 49-64. Online ISSN 1749-6632. doi.org/10.1111/nyas.13399.
15. PANOSSIAN, A.G. Adaptogens in mental and behavioral disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2013, 36 (1), pp. 49-64. O-ISSN 1558-3147. doi.org/10.1016/j.psc.2012.12.005.
16. SCHRINER, S.E., AVANESIAN, A., LIU, Y., LUESCH, H., JAFARI, M. Protection of human cultured cells against oxidative stress by Rhodiola rosea without activation of antioxidant defenses. *Free Radic Biol Med*. 2009, 47 (5), 577-584. O-ISSN 1873-4596. doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2009.05.025.
17. TIMPMANN, S., HACKNEY, A.C., TAMM, M., KREEGIPUU, K., UNT, E., ÖÖPIK, V. Influence of Rhodiola rosea on the heat acclimation process in young healthy men. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2018, 43 (1), pp. 63-70. O-ISSN 1715-5320. doi.org/10.1139/apnm-2017-0372.



**Centrul Editorial-Poligrafic al Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău,
str. Ion Creangă, nr. 1, MD-2069**