Psihologie
Revistă ştiinţifico - practică
CUPRINS

The Psychology
The scientifical - practical magazine
CONTENTS

PSIHOLOGIE APLICATĂ: PROBLEME ŞI PERSPECTIVE

PROBLEMS AND PERSPECTIVES

FURDUI Emilia
Model de organizare a asistenţei psihologice a preşcolarilor deficienţi de auz în Rusia.

3 **FURDUY Emylya**
Organizational model of psychological assistance to hearing impaired preschool children in Russia.

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

AGE SPECIFIC PSYCHOLOGY

STĂRICĂ Cristina Elena
Predictori ai indeciziei în alegerea carierei profesionale în rândul adolescenţilor. Studiu exploratoriu.

10 **STARYCA Crystyna Hellene**
Predictors of career choice indecision among adolescents. A exploratory study.

ЛОБУНЕЦ Анна Юрьевна
Психическое здоровье и дезадаптация студентов-инвалидов в период обучения в высших учебных заведениях.

25 **LOBUNETS Anna Yu**
Mental health and exclusion of students with disabilities during training in higher education institution.

PSIHOLOGIA EDUCAȚIEI

PSYCHOLOGY OF EDUCATION

DRIGA Octavian, ROBU Viorel
Screening-ul abuzului de alcool în rândul părinţilor copiilor de vârstă şcolară mijlocie. Date psihometrice pentru T*est* (CAST).

32 **DRYGA Octavyan, ROBU Vyorel**
The screening for alcohol abuse among parents of middle school-age children. Psychometric data for the children of alcoholics screening Test (CAST).

PSIHOLOGIA FAMILIEI

FAMILY PSYCHOLOGY

TURLIUC Maria Nicoleta, MURARU Antoaneta Andreea
Predictori ai adaptării la relaţia maritală în rândul adulţilor. Rolul experienţelor trăite în familia de origine.

51 **TURLIUC Maria Nicoleta, MURARU Antoaneta Andreea**
Predictors of adjustment to marital relationship among adults. The role of experiences lived in family-of-origin.

PSIHOLOGIE CLINICĂ

ШЕВЧЕНКО Росина Петровна *71*
Арт-терапия в клинике невротических и психосоматических расстройств.

BATOG Mariana *78*
Stresul posttraumatic - consideraţiuni şi reflecţii psihologice.

OPINII, DISCUȚII

VASIAN Tatiana *87*
Abordarea comparativă a conceptului de atitudine în psihologia generală, psihologia personalităţii şi cea socială.

CLINICAL PSYCHOLOGY

SHEVCHENKO Rosina P.
Art-therapy is in clinic of neurotic and psychosomatic disorders.

BATOG Maryana
Posttraumatic stress - psychological considerations and reflections.

OPINIONS, DISCUTIONS

VASYAN Tatyana
Comparative approach of the concept of attitude in general and social psychology and psychology of personality.

PSIHOLOGIE APLICATĂ: PROBLEME ŞI PERSPECTIVE

MODEL DE ORGANIZARE A ASISTENŢEI PSIHOLOGICE A PREŞCOLARILOR DEFICIENŢI DE AUZ ÎN RUSIA

Emilia FURDUI

Termeni-cheie: dizabilităţi, deficienţă de auz, Centrul de Asistenţă psiho-pedagogică şi medico-socială, asistenţă psihologică, asistenţă medico-psihopedagogică.

Rezumat

În acest articol este prezentată structura unui model de asistenţă psihologică a copiilor deficienţi de auz constituit în baza Centrului de Asistenţă psiho-pedagogică şi medico-socială pentru copii cu dizabilităţi din Rusia (Novokuznețk).

Abstract

In this article is presented the structure of a model of psychological assistance of hearing impaired children in the psycho-pedagogical and medico-social Assistence Center for children with disabilities fiom Russia (Novokuznețk).

Multe speranţe se leagă astăzi de organizarea serviciului psihologic în diferite centre de reabilitare a copiilor cu dizabilităţi/deficienţe de auz şi iniţierea mai multor proiecte, programe de suport pentru aceste persoane. Studierea practicilor avansate de peste hotare şi celor din Republica Moldova sugerează un singur lucru, şi anume: asistenţa psihologică, de regulă, se asigură prin intercalarea diferitor forme de organizare a activităţii psihologului cu copiii cu dizabilităţi/deficienţi de auz.

Structura şi organizarea serviciului psihologic pentru copii cu dizabilităţi/deficienţe de auz este în strânsă legătură nu numai cu sistemul de învăţământ general, dar, deseori, şi cu situaţia politică din ţară. Serviciile psihologice existente în diferite ţări reprezintă, de regulă, structuri diferenţiate şi au particularităţile lor specifice, deşi soluţionează probleme similare.

În continuare, vă prezentăm structura **unui model optim** (după părerea noastră) de asistenţă psihologică a copiilor deficienţi de auz constituit în baza Centrului de Asistenţă psiho-pedagogică şi medico-socială pentru copii cu dizabilităţi din Rusia (Novokuznețk). Aici, este creat şi funcţionează cu succes sistemul învăţământului special, conceput pentru satisfacerea necesităţilor educaţionale ale copiilor cu diferite dizabilităţi, care cuprinde preponderent copii deficienţi de auz.

În acelaşi timp, se remarcă creşterea numărului copiilor cu dizabilităţi mai puţin pronunţate în dezvoltare, ca urmare a expresivităţii nesemnificative a dereglării. Atare copii învaţă în instituţii preşcolare de tip general, ceea ce

duce la retardarea în însuşirea materiei de studiu, apariţia dificultăţilor şcolare, scăderea autoaprecierii, pierderea interesului copilului faţă de activitatea de învăţare, instabilitate comportamentală etc.

Pentru confirmarea ipotezei despre creşterea numărului copiilor deficienţi de auz a fost realizat un studiu-pilot, în care au luat parte 1923 de copii cu vârsta de 6 ani. Analiza efectuată a gradului de răspândire al dereglărilor de auz printre copii a confirmat presupunerea specialiştilor – dereglarea minimă s-a înregistrat la 1,9% copii. Cercetarea ulterioară a fost direcţionată la identificarea cauzelor scăderii auzului şi devierilor secundare în dezvoltare, condiţionate de insuficienţa auditivă. Devieri secundare s-au depistat în dereglarea dezvoltării vorbirii, funcţionarea proceselor psihice (atenţia auditivă şi memoria auditivă), dificultăţi de comunicare cu cei din jur, în special cu adulţii.

Drept rezultat al cercetării experimentale s-a constatat că:

- copiii cu dizabilităţi se află în centrul atenţiei atât a direcţiilor de învăţământ şi protecţiei sociale, cât şi a asistenţei medicale;
- în toate oraşele din regiune există Centre medico - psihopedagogice de asistenţă psihologică a copiilor cu dizabilităţi;
- asistenţa psihologică a copiilor deficienţi de auz nu este, însă, inclusă în competenţa Centrelor de asistenţă medico - psihopedagogică.

Studierea sistemului de asistenţă psihologică a copiilor cu deficienţe de auz în localităţile rurale din regiune a relevat rezultate şi mai puţin îmbucurătoare: Centrele în cauză abia urmează a fi deschise şi se vor specializa pe acordarea asistenţei psihologice şi logopedice. Asistenţa medico-psihopedagogică a copiilor deficienţi de auz în localităţile rurale nu există din cauza insuficienţei specialiştilor şi echipamentului costisitor. Este evidentă contradicţia: copiii cu deficienţe de auz există în acest lot, însă practic nu există posibilităţi pentru a le acorda asistenţă medico-psihopedagogică specializată.

O cale de ieşire din situaţia creată este deschiderea în baza Centrelor de asistenţă psihopedagogică şi medico-socială pentru copii cu dizabilităţi a direcţiei de asistenţă psihologică a copiilor deficienţi de auz.

Cercetările efectuate demonstrează că în baza Centrelor nominalizate este posibilă realizarea mai multor direcţii şi variante de asistenţă pentru asigurarea nevoilor speciale de instruire ale copiilor cu diverse dizabilităţi, inclusiv a celor cu deficienţe de auz.

În condiţiile Centrelor existente este posibilă organizarea asistenţei prin forme variate de lucru cu familia copilului cu dizabilităţi, se rezolvă eficient problemele de ajutorare a copilului aproape de locul de trai. În baza Centrului de asistenţă medico-psihologică din oraşul Novokuznetk s-a încercat elaborarea şi realizarea unei direcţii noi de asistenţă psihopedagogică a şcolarului mic cu deficienţe de auz pentru întreaga regiune.

Organizarea experimentului în baza Centrului dat este motivată de un şir de considerente:

- concentrarea instituţiilor speciale pentru copii deficienţi de auz în oraşul Novokuznetk şi absenţa acestora în alte oraşe ale regiunii. Centrului de asistenţă

medico-psihopedagogică i-a fost rezervat rolul de organizator şi coordonator al serviciului psihologic în alte oraşe;

- dereglările în dezvoltarea copiilor surzi pot fi rezolvate în sistemul deja existent de organizaţii şi instituţii sociale (Centrul de asistenţă medico-psihopedagogică, Centrul surdologic, şcoala, familia), iar participanţii asistenţei vor fi instituţiile deja existente şi specialiştii care lucrează în ele (psihopedagogi speciali, surdologi, psihologi, profesori, logopezi). În urma testărilor efectuate acest model este prezentat în felul următor:

Direcţiile de activitate ale Centrului:

Diagnosticare, iluminare corecţională, informaţională, consultativă

Etapele asistenţei:

Diagnosticare, proiectare, consultanţă, activitate, monitorizare, reflexivă

Participanţi posibili ai asistenţei:

Surdopedagogul:

-extinderea câmpului auditiv-optimal;

-formarea deprinderilor de diferenţieri auditive fine (în baza materialelor verbale şi sunetelor neverbale);

-formarea deprinderilor de percepţie a vorbirii în condiţiile piedicilor acustice.

Psihopedagogul special:

-stabilirea formelor de prezentare a materiei;

-stabilirea distanţei de la care se prezintă materia de predare în cadrul lecţiei;

-particularităţi de prezentare a instrucţiunilor;

-determinarea măsurilor de ajutorare a copilului deficient auditiv;

-folosirea materialului demonstrativ.

Psihologul:

-adaptarea şcolară a copilului cu dereglări auditive;

-dezvoltarea dereglărilor modale specifice ale funcţiilor auditive (memoria şi atenţia auditivă).

Logopedul:

-corectarea pronunţiei sunetelor;

-dezvoltarea auzului fonematic;

-formarea structurilor gramaticale ale limbii.

Părinţii:

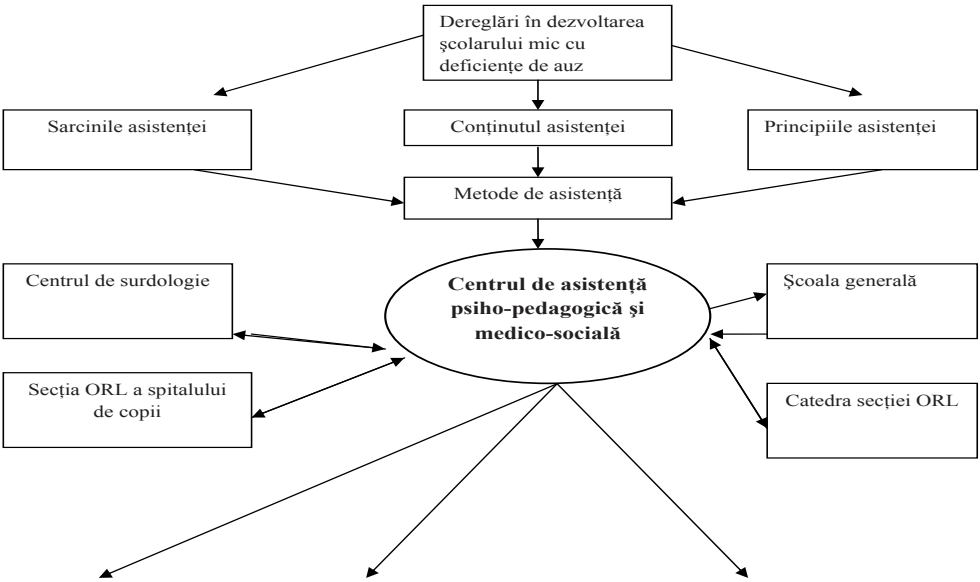
-consolidarea deprinderilor de percepere şi emitere verbală;

-aplicarea deprinderilor de comunicare verbală în viaţa cotidiană

Condiţia-cheie a asistenţei psihologice constă în consolidarea în cadrul Centrului a echipei multidisciplinare – psihopedagogi speciali, psihologi, logopezi, surdologi, medici clinicieni, care asigură funcţionarea direcţiilor de activitate ale Centrului: diagnosticare, iluminare, corecţionale, informaţională, consultanţă.

Direcţia de diagnosticare: include activitatea surdologului, medicului, psihologului pentru depistarea copiilor cu dereglări ale auzului, cu diagnosticarea ulterioară a dezvoltării lor psihice şi de vorbire. O particularitate a dezvoltării direcţiei date constă în desfăşurarea măsurilor de diagnosticare în două etape.

La prima etapă, medicii clinicieni efectuează selectarea prealabilă a copiilor cu deficienţe presupuse ale auzului pe calea analizei factorilor care pot provoca aceste dereglări şi transmit informaţia medicilor-pediatri de sector.



Direcţiile de activitate ale Centrului	Etapele asistenţei	Participanţi posibili ai asistenţei
Diagnosticare Iluminare Corecţională Informaţională Consultativă	Diagnosticare Proiectare Consultanţă Activitate Monitorizare Reflexivă	**Surdopedagogul:** - extinderea câmpului auditiv-optimal; - formarea deprinderilor de diferenţiere auditivă fine (în baza materialelor verbale şi sunetelor neverbale); - formarea deprinderilor de percepţie a vorbirii în condiţiile piedicilor acustice.
		Psihopedagogul special: - stabilirea formelor de prezentare a materiei; - stabilirea distanţei, de la care se prezintă materia de predare în cadrul lecţiei.
		Psihologul: - adaptarea şcolară a copilului deficient de auz; -dezvoltarea dereglărilor modale specifice ale funcţiilor auditive (memoria şi atenţia auditivă).
		Logopedul: - corecţia pronunţiei sunetelor; - dezvoltarea auzului fonematic; - formarea structurilor gramaticale ale limbii.
		Părinţii: - consolidarea deprinderilor de percepţie şi emitere verbală;- aplicarea deprinderilor de comunicare verbală în viaţa cotidiană.

La etapa a doua surdologul, surdopedagogul şi psihologul desfăşoară investigarea copiilor din grupul de risc cu deficienţe de auz în condiţiile Centrului de asistenţă, la Centrul de surdologie sau investigarea cu deplasarea echipei mobile la localitatea copilului destinat (în cazul distanţei mari a acesteia de la locul amplasării Centrului de asistenţă).

Generalizarea rezultatelor măsurilor de diagnosticare se face în urma dezbaterilor colegiale de către specialiştii Centrului de asistenţă, conform rezultatelor investigaţionale ale copilului cu deficienţe de auz. Ca urmare, se elaborează strategia de asistenţă, se colectează şi se concretizează baza de date privind răspândirea dereglărilor auditive în localitatea concretă.

Direcţia de iluminare se ocupă cu organizarea vizitelor specialiştilor Centrului în localităţile mai îndepărtate cu scopul informării despre problemele dereglărilor de auz ale copiilor. Rezultatele cercetărilor cu privire la prevalenţa dereglărilor de auz la copii se aduc la cunoştinţă pedagogilor, logopezilor şi educatorilor grădiniţelor de copii, atrăgându-li-se atenţia asupra oportunităţii de depistare primară a patologiei auditive. Una din variantele de funcţionare a direcţiei date este organizarea şi desfăşurarea seminarului special pentru cadrele didactice (care poate avea statut de curs de perfecţionare). În programa seminarului sunt introduse ore teoretice, în cadrul cărora se relevă bazele clinice ale dereglărilor de auz şi se includ activităţi practice, cu demonstrarea procedeelor specifice de lucru cu acest contingent de copii.

Direcţia corecţională are ca obiectiv realizarea programului medico-psihopedagogic de asistenţă a copiilor deficienţi de auz, la care participă psihologul, surdopedagogul, surdologul şi logopedul Centrului de asistenţă, de asemenea şi pedagogii din şcoli, logopezii instituţiilor de învăţământ preşcolar, care au trecut o pregătire specială.

Direcţia informaţională informează masele largi de populaţie despre copiii cu dereglări ale auzului. În baza informaţiei căpătate medicii sectorişti pot contribui la depistarea precoce a copiilor cu deficienţă de auz şi pot interveni la ameliorarea auzului la copii. Pedagogii ce s-au format în seminarele specializate, desfăşoară adunări cu părinţii, în cadrul cărora aceştia sunt informaţi despre cauzele şi manifestările dereglărilor de auz, despre activitatea Centrului de asistenţă. Totodată, specialiştii calificaţi îi informează pe colegii lor în cadrul întrunirilor metodice, consiliilor pedagogice, seminarelor metodice şcolare. Realizarea acestei direcţii contribuie la depistarea precoce a dereglărilor auditive în contingentul infantil.

Direcţia de consultanţă are ca preocupare desfăşurarea de către specialiştii Centrului de asistenţă (psiholog, surdopedagog, surdolog) a consultaţiilor pedagogilor şi părinţilor acestor copii. În localităţile mai îndepărtate, se organizează deplasarea specialiştilor Centrului cu scopul de consultanţă a pedagogilor, logopezilor, educatorilor şi părinţilor pentru depistarea primară a dereglărilor auditive şi organizarea activităţilor corecţionale cu copiii.

Activitatea în aceste Centre parcurge următoarele **etape:**

Etapa de diagnosticare, are ca scop identificarea, între copiii şcolarizaţi, a celor care au dereglări ale auzu-

lui şi desfăşurarea în raport cu aceştia a diagnosticării psihopedagogice. Analiza datelor obţinute permite determinarea problemelor psihologice cu care se pot confrunta copiii deficienţi de auz în condiţiile noi pentru ei, adică de instruire şi educaţie în mediul şcolar.

La etapa de proiectare consiliul psihopedagogic elaborează strategia de asistenţă a copiilor cu dereglări auditive. De asemenea, se fac dezbateri colegiale asupra rezultatelor diagnosticării. Ca urmare, se elaborează strategia de asistenţă, care constă în alegerea participanţilor asistenţei, selectarea conţinutului şi stabilirea duratei activităţii de asistenţă psihologică.

Etapa consultativă presupune organizarea de către specialiştii Centrului a lucrului consultativ de iluminare cu părinţii care educă copii cu dereglări ale auzului şi cu pedagogii. Conţinutul etapei date de asistenţă se realizează prin organizarea lucrului consultativ cu părinţii şi prin efectuarea seminarului metodic cu pedagogii claselor primare în care învaţă astfel de copii. Pe parcursul acestei etape specialiştii Centrului de asistenţă familiarizează părinţii cu rezultatele investigaţiei copilului, le explică acestora despre necesitatea de acordare a ajutorului psihologic suplimentar, observărilor surdopedagogului.

Etapa de activitate constă în lucrul corecţional-dezvoltativ coordonat cu specialiştii Centrului de asistenţă, pedagogii, logopezi, psihologi, părinţi, pentru depăşirea deficienţelor în dezvoltarea şcolarului mic cu dereglări minimale de auz.

Etapa de monitorizare presupune desfăşurarea curentă şi finală a diagnosticării dezvoltării copiilor cu dereglări ale auzului.

Diagnosticarea curentă se realizează prin observarea asupra dezvoltării copilului, cu o reuşită mai scăzută, în special la disciplinele limba şi literatura maternă. Rezultatul diagnosticării finale demonstrează eficacitatea asistenţei psihologice.

La etapa reflexivă are loc consiliul pedagogic pentru corectarea strategiei de asistenţă. Modelul de asistenţă psihopedagogică complexă a şcolarului mic în condiţiile Centrului presupune extinderea experienţei unui atare gen de activitate, spre exemplu, din contul atragerii altor oraşe ale regiunii.

Analiza experienţei de realizare a modelului propus pentru asistenţa copiilor deficienţi de auz permite evidenţierea unui şir de evoluţii pozitive:

- creşterea depistării dereglărilor de auz şi a patologiei auditive infantile;
- reducerea timpului dintre depistarea faptului de dereglare a auzului şi obţinerea de către copil a ajutorului psihologic calificat;
- perfecţionarea calităţilor profesionale ale psihopedagogului special în contextul acordării ajutorului psihologic copiilor deficienţi de auz;
- ameliorarea semnificativă a indicilor de dezvoltare a şcolarului mic deficient de auz (dezvoltarea vorbirii, dezvoltarea funcţiilor psihice, de comportament în situaţii de comunicare cu adulţii şi semenii, preferinţele şi obişnuinţele lui în relaţiile cu mediul).

În acest context, dezvoltarea unui model de asistenţă psihologic teoretic şi practic, coerent şi consistent, care să ofere puncte de sprijin concrete în activitatea cu copiii deficienţi de auz de vâr-

stă preşcolară şi şcolară mică, apare ca o necesitate stringentă şi pentru serviciul psihologic din Republica Moldova.

Bibliografie:

1. Anca. M., (2001). *Psihologia deficienţilor de auz.* Presa universitară clujeană, Cluj-Napoca.

2. Furdui, E., (2011). *Modele de asistenţă psihologică a copiilor cu deficienţe auditive antrenaţi prin metoda verbo-tonală,* în: Materialele Conferinţei Ştiinţifice Internaţionale, consacrată aniversării a 65-a a USM, „Creşterea impactului cercetării şi dezvoltarea capacităţii de inovare", USM, Tipografia CEPUSM, Chişinău.

3. Рукавицин М. С., *(*2009). *Организация психолого педагогического сопровождения младших школьников с минимальными нарушениями слуха.* – Известия РГПУ им. А. И. Герцена, N 113, М.

4. Богомильский М. Р., (2001). Сапожников Я. М. *Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости и глухоты у детей.* М.

5. Исенина Е. И., (1999). *Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни.* – М.

6. Обухова Т. И., (1993). *Влияние нарушения слуха на психическое развитие ребенка.* – М.

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

PREDICTORI AI INDECIZIEI ÎN ALEGEREA CARIEREI PROFESIONALE ÎN RÂNDUL ADOLESCENŢILOR. STUDIU EXPLORATORIU

PREDICTORS OF CAREER CHOICE INDECISION AMONG ADOLESCENTS. A EXPLORATORY STUDY

Cristina Elena STĂRICĂ

Termeni-cheie: carieră profesională, indecizie în alegerea carierei, predictori, adolescenţi

Rezumat

Literatura care abordează problematica alegerii şi dezvoltării carierei profesionale oferă dovezi empirice care arată că indecizia în domeniul alegerii carierei profesionale tinde să se asocieze cu o serie de caracteristici individuale, cu performanţele şcolare sau academice, precum şi cu anumiţi factori contextuali. Utilizând regresia liniară multiplă, prezentul studiu explorează relaţiile dintre anumite caracteristici individuale ale adolescenţilor (trăsăturile de personalitate, percepţia autoeficienţei şi locul controlului în domeniul alegerii carierei, stima de sine în domeniul şcolar, respectiv nivelul diferenţierii intereselor vocaţionale) şi indecizia în alegerea carierei profesionale. Participanţii la studiu (N = 99) au completat şase chestionare standardizate. Cu excepţia nevrotismului, diferenţele dintre fete şi băieţi au fost nesemnificative din punct de vedere statistic. Locul controlului şi autoeficienţa în domeniul alegerii carierei, nevrotismul şi stima de sine în domeniul şcolar au fost predictori semnificativi ai varianţei indeciziei în carieră. Sunt discutate unele implicaţii ale rezultatelor pentru practica consilierii adolescenţilor în domeniul alegerii carierei profesionale.

Abstract

Literature that addresses the issue of professional career choice and development offers empirical evidence showing that career choice indecision tends to be associated with a number of individual characteristics, school or academic performance, as well as some contextual factors. Using multiple linear regression, this study explore the relationships between some individual characteristics of adolescents (personality traits, career choice self-efficacy and locus of control, school self-esteem, and differentiation of vocational interests) and career choice indecision. Study participants (N = 99) completed six standardized questionnaires. Except neuroticism, there were no significant differences between boys and girls. Locus of control and self-efficacy in career choice, neuroticism, and school self-esteem were significant predictors of variance in career choice indecision. Some implications results have for counseling of adolescents in the field of professional career choice are discussed.

Introducere. În dezvoltarea unui adolescent, liceul constituie o perioadă în care acesta caută să înţeleagă la un nivel mai profund propriul sine şi îşi pune problema alegerii unei cariere profesionale, deşi acest proces este tapetat cu numeroase conflicte interioare şi compromisuri [9]. O variantă a teoriilor psihologice referitoare la alegerea carierei profesionale utilizează modelele adoptării deciziilor. Iniţial, teoriile centrate pe procesul adoptării deciziilor au fost elaborate în economie şi în alte domenii înrudite. Începând cu deceniul al şaptelea al secolului trecut, ele au pătruns în domeniul psihologiei [26]. Procesul decizional presupune o alegere, în condiţiile existenţei mai multor alternative. În domeniul dezvoltării vocaţionale, se poate vorbi de un proces decizional de alegere din multitudinea alternativelor profesionale sau ocupaţionale, care există la un moment dat. Psihologul american John L Holland [11, p. 12] consideră că ,,opţiunea profesională este un proces decizional de alegere a unei meserii şi, implicit, a unui stil de viaţă".

În literatura care s-a preocupat de problematica carierei profesionale, numeroase studii s-au centrat pe fenomenul indeciziei în domeniul alegerii carierei [11, 21]. Autorii au argumentat că indecizia tinde să fie un factor frenator în raport cu procesul planificării şi dezvoltării carierei profesionale [4, 17]. Cercetătorii au urmărit teme de interes, precum modul în care o persoană face alegerea pentru dezvoltarea carierei într-un anumit domeniu profesional şi cum anume pune în aplicare deciziile pe care le ia. Cercetătorii au căutat să clarifice factorii care contribuie la indecizia în domeniul alegerii carierei profesionale, subliniind că nu există un grup omogen de caracteristici psihologice care să o definească. Studiile au arătat că nivelul indeciziei în domeniul alegerii carierei tinde să se asocieze cu o serie de caracteristici individuale, precum: trăsăturile de personalitate [5, 14, 15, 18], aspiraţiile şi expectanţele cu privire la carieră şi succes în plan profesional [9], percepţia cu privire la autoeficienţa în ceea ce priveşte identificarea celei mai potrivite cariere profesionale [2, 4, 7, 17], stima de sine [1, 22], locul controlului [19, 21, 25], interesele dominante pentru anumite domenii profesionale [10, 11] etc.

Prezentul studiu a fost realizat ca un preambul la un program de intervenţie, centrat pe consilierea adolescenţilor (elevi de clasa a XII-a), în vederea dezvoltării resurselor necesare alegerii carierei profesionale. Indecizia în alegerea carierei este o variabilă care împiedică procesul de identificare a oportunităţilor pentru conturarea şi dezvoltarea, prin eforturi sistematice şi direcţionate către scopuri clare, a unei cariere care să-i aducă adolescentului (mai târziu, adult) statutul profesional şi social pe care şi-l doreşte. Din punctul de vedere al teoriilor clasice ale alegerii carierei profesionale, indecizia în procesul de explorare a oportunităţilor privind formarea şi dezvoltarea carierei este o stare ,,normală", care tinde să preceadă etapa implicării efective în căutarea diverselor opţiuni profesionale şi este recunoscută ca o fază de explorare a alternativelor, când adolescenţii tind să manifeste atracţie pentru un anumit domeniu profesional sau pentru un altul, în funcţie de dorinţa lor de a explora cât mai complet lumea vocaţională, dar şi de alte influenţe contex-

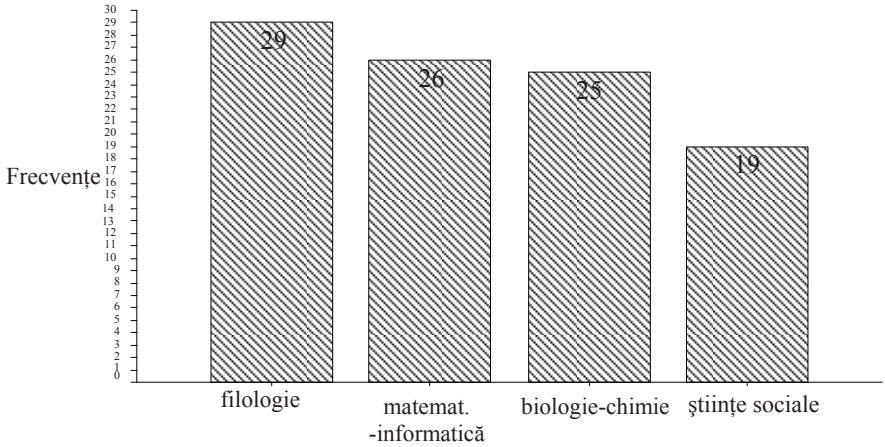


Figura 1. Repartiţia participanţilor în funcţie de profilul liceal

tuale. Însă, în societatea contemporană, care este marcată de schimbări permanente în toate domeniile, de o dinamică continuă a profesiilor şi a ocupaţiilor şi de o concurenţă acerbă pe piaţa muncii, alegerea şi dezvoltarea unei cariere profesionale coerente devine, adesea, o dificultate pentru tineri. De aceea, cunoaşterea factorilor care pot explica diferenţele interindividuale, în ceea ce priveşte indecizia în alegerea carierei profesionale, le poate oferi consilierilor şcolari posibilitatea de a proiecta programe de intervenţie în rândul adolescenţilor, care să fie centrate pe anumite variabile relevante pentru dinamica traseului şcolar şi vocaţional. Prin studiul de factură corelaţională pe care l-am efectuat, am urmărit explorarea predictorilor indeciziei în domeniul opţiunii pentru o carieră profesională în rândul adolescenţilor români, aflaţi la finele ciclului liceal.

Participanţi. Participanţii la studiu au fost 101 adolescenţi, toţi elevi în clasa a XII-a la Colegiul Naţional "Miron Costin" din Iaşi. În urma verificării validităţii protocoalelor cu răspunsurile participanţilor, două au fost eliminate (elevii omiseseră răspunsurile la mai multe întrebări din chestionarele administrate). În vederea prelucrărilor, au fost reţinute 99 de protocoale cu răspunsuri complete. Repartiţia participanţilor în funcţie de sex a fost relativ echilibrată: 52 de fete şi 47 de băieţi. Figura 1 prezintă repartiţia participanţilor în funcţie de profilul liceal.

Instrumentele şi procedura pentru colectarea datelor

Participanţii au completat şase chestionare standardizate, care au fost preluate din literatura şi practica de specialitate. Pentru măsurarea nivelului indeciziei în domeniul alegerii carierei profesionale, participanţii au completat Career Decision Scale/CDS (S. H. Osipow, 1987). Instrumentul este publicat integral în una dintre referinţele pe care le-am consultat [2, p. 324-325]. Instrumentul conţine 16 întrebări (de exemplu: "În general, ştiu ce vreau, dar nu şi în privinţa alegerii unei profesii" sau "Nici una dintre profesiile la care m-am

gândit nu pare să mi se potrivească perfect"), la care un subiect poate să răspundă pe o scală de tip Likert (1 – dezacord total...4 – acord total). La aceste întrebări se adaugă alte două, pentru măsurarea gradului de certitudine pe care subiectul o are în domeniul deciziei pentru o anumită carieră profesională şi o întrebare deschisă. Scorul total se obţine prin însumarea scorurilor la cele 16 întrebări referitoare la gradul indeciziei şi poate fi cuprins între 16 şi 64. Un scor ridicat indică un nivel ridicat al nehotărârii în ceea ce priveşte alegerea carierei. Fidelitatea instrumentului, care a fost evaluată prin metoda test-retest, are valori cuprinse între 0,82 şi 0,90 [cf. 2]. Pentru lotul de participanţi la prezentul studiu, valoarea consistenţei interne a fost foarte bună (α = 0,91).

Trăsăturile de personalitate au fost măsurate cu Big Five Inventory/BFI [3]. Instrumentul conţine 44 de întrebări (de exemplu: "Mă văd ca o persoană care, în viaţa de zi cu zi, îşi îndeplineşte minuţios sarcinile pe care le are" sau "Mă văd ca o persoană care, în viaţa de zi cu zi, este relaxată, face faţă cu brio stresului") şi a fost construit să operaţionalizeze cele cinci mari domenii de trăsături ale personalităţii care sunt descrise în modelele factoriale de tip Big Five: nevrotism (instabilitate emoţională), extraversiune, deschidere în plan mental, agreabilitate şi conştiinciozitate. La fiecare dintre întrebări, un subiect poate răspunde pe o scală de tip Likert (1 – dezacord puternic...5 – acord puternic). Scorul la un domeniu de trăsături de personalitate se obţine prin calculul mediei scorurilor la întrebările corespunzătoare şi poate varia între 1 şi 5. Scorurile ridicate indică niveluri ridicate ale trăsăturilor de personalitate. Pentru versiunea originală (în limba engleză) a instrumentului, au fost raportate următoarele valori ale consistenţei interne [cf. 3]: nevrotism – 0,84, extraversiune – 0,88, deschidere în plan mental – 0,81, agreabilitate – 0,79 şi conştiinciozitate – 0,82. În cadrul prezentului studiu, valorile consistenţei interne au fost: nevrotism – 0,76, extraversiune – 0,71, deschidere în plan mental – 0,70, agreabilitate – 0,73 şi conştiinciozitate – 0,74.

Percepţia cu privire la autoeficienţa în domeniul alegerii carierei profesionale a fost evaluată prin Career Decision Self Efficacy-Short Form/CDSE-SF [24]. Instrumentul include 25 de întrebări (de exemplu: evaluarea corectă a propriilor abilităţi sau aprecierea punctelor tari ale diverselor profesii) şi este destinat măsurării nivelului încrederii pe care o persoană o are cu privire la propriile competenţe de a căuta, procesa şi valorifica toate informaţiile care pot fi relavante pentru adoptarea unei decizii în domeniul carierei profesionale. Subiecţilor li se cere să indice, pe o scală de tip Likert (1 – neîncrezător/-oare...5 – complet încrezător/-oare), gradul de încredere în propriile abilităţi. Pentru un subiect, scorul se obţine prin însumarea scorurilor la întrebări şi poate varia între 25 şi 125. Un scor ridicat semnifică percepţia pozitivă cu privire la autoeficienţa în domeniul alegerii carierei profesionale. Datele raportate de diverşi autori au indicat valori foarte bune ale consistenţei interne, cuprinse între 0,88 şi 0,97 [cf. 24]. În prezentul studiu, α = 0,91.

Career Locus of Control Scale/CLOC [20] este un instrument de evaluare standardizat, care include 20 de întrebări (de exemplu: "Mă aştept ca

norocul să joace un rol foarte important în obţinerea unei slujbe" sau "Ştiu că voi obţine o slujbă bună, în primul rând datorită abilităţilor şi motivaţiei mele"), destinate operaţionalizării locului controlului în domeniul alegerii carierei profesionale. La fiecare întrebare, sunt oferite şapte variante de răspuns, distribuite pe o scală de tip Likert (1 – dezacord puternic...6 – acord puternic). Scorul total (suma scorurilor la cele 20 de întrebări) poate fi cuprins între 20 şi 120 şi este considerat indicator al gradului de angajare şi de participare al adolescentului sau tânărului în procesul de alegere vocaţională şi de asumare a responsabilităţii în direcţionarea traiectoriei propriei sale cariere. Un scor ridicat corespunde orientării predominant spre externalitate, în timp ce un scor scăzut indică orientarea predominant spre internalitate. În cadrul prezentului studiu, valoarea consistenţei interne a fost egală cu 0,82.

Pentru măsurarea nivelului stimei de sine în domeniul şcolar, am utilizat binecunoscuta Scală Toulouse (propusă de N. Oubrayrie, M. Léonardis şi C. Safont, în anul 1994). În România, instrumentul a fost adaptat şi experimentat din punct de vedere psihometric pe un lot de adolescenţi [8]. Instrumentul a fost conceput, astfel încât să permită evaluarea percepţiei pe care un adolescent sau un tânăr o are în raport cu sine, în cinci domenii: emoţional, social, fizic, şcolar şi domeniul legat de propriul viitor (sinele prospectiv). Fiecare domeniu este măsurat prin câte 12 întrebări, la care răspunsurile pot fi Da/Nu. Pentru acest studiu, am reţinut doar întrebările care vizează stima de sine în domeniul şcolar (de exemplu: "Mă descurajez cu uşurinţă la şcoală" sau "Profesorii mei sunt mulţumiţi de mine"). Răspunsul la fiecare întrebare poate fi scorat cu un punct, dacă subiectul răspunde conform grilei de corecţie sau cu zero puncte, dacă răspunsul subiectului nu se suprapune peste grila de corecţie. Scorul total se obţine prin însumarea scorurilor la întrebări şi poate fi cuprins între zero şi 12. Un scor ridicat semnifică un nivel ridicat al stimei de sine în domeniul şcolar. În prezentul studiu, valoarea consistenţei interne a fost egală cu 0,66.

Pentru estimarea nivelului diferenţierii intereselor profesionale, am utilizat Inventarul de Interese Profesionale/ IIP care a fost propus de către Grupul de Lucru pentru Informare şi Consiliere privind Cariera (*task-force* reunind specialişti români din Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale, Ministerul Educaţiei şi Cercetării, respectiv Ministerul Tineretului şi Sportului). Inventarul este destinat populaţiei şcolare de vârstă liceală (adolescenţi cu vârste între 14 şi 18 ani) şi valorifică modelul teoretic al alegerii carierei profesionale, care a fost propus de Holland [11]. Modelul utilizează o clasificare a intereselor profesionale (vocaţionale), precum şi una a mediilor profesionale, pentru a descrie şi explica diferenţele şi asemănările dintre indivizi, în ceea ce priveşte alegerile în domeniul carierei profesionale. Autorul vorbeşte despre şase tipuri de ,,personalităţi vocaţionale" (R – realist, I – investigativ/intellectual, A – artistic, S – social, Î – întreprinzător, C – convenţional). Instrumentul IIP este destinat fie elevilor care beneficiază de o şcolarizare superioară şi care doresc să-şi continue pregătirea până la nivelul Bacalaureatului, fie elevilor care se gândesc să-şi schimbe orientarea şco-

lară şi/sau pe cea profesională. Include 120 de itemi care permit măsurarea nivelului la care sunt prezente şase domenii de interese profesionale (câte 20 de itemi pe domeniu): interese de tip realist (meserii practice, care implică manualitatea sau diverse domenii din sport), interese pentru profesii care implică domeniul intelectual (de exemplu: profesor sau cercetător ştiinţific), interese de tip artistic (de exemplu: pictor sau actor), interese pentru meserii din domeniul social (de exemplu: asistent social sau consilier marital), interese pentru profesii care implică antreprenoriatul (de exemplu: om de afaceri sau broker), respectiv interese pentru profesii care implică convenţionalismul (de exemplu: contabil sau operator credite bancare). La fiecare item, subiectul poate să aleagă una dintre trei variante de răspuns, după cum urmează: 2 – pentru activitatea profesională care îi place, 1 – pentru activitatea care îi este indiferentă şi 0 – pentru activitatea care nu-i place. Prin însumarea scorurilor alocate răspunsurilor la itemii aferenţi fiecărui domeniu de interese profesionale, se calculează câte un scor pentru fiecare domeniu. Pentru un domeniu, scorul poate fi cuprins între 0 şi 40. În afara scorurilor la domeniile de interese profesionale, instrumentul permite calcularea unui indicator privind diferenţierea intereselor profesionale. Diferenţierea intereselor profesionale se referă la măsura în care configuraţia (profilul) intereselor profesionale, care predomină la o persoană, este bine delimitată de restul domeniilor de interese [11]. Holland arată că o persoană nu poate avea dominante toate cele şase domenii de interese profesionale, cele mai frecvente profiluri individuale incluzând combinaţii între două sau trei domenii de interese. Nivelul diferenţierii intereselor pentru un anumit domeniu profesional reprezintă un construct teoretic secundar, prin care este evaluată maturitatea intereselor, în cadrul modelului teoretic al "personalităţilor vocaţionale" pe care Holland l-a propus. Pentru nivelul diferenţierii intereselor profesionale, indicatorul se obţine prin diferenţa absolută dintre cel mai mare scor pentru un anumit domeniu şi cel mai scăzut scor din profilul (configuraţia) celor şase domenii majore de interese [cf. 12]. Atunci când, pentru determinarea profilului intereselor profesionale dominante, este utilizat inventarul IIP, indicatorul privitor la diferenţiere poate lua valori cuprinse între 0 şi 40.

Elevii au completat chestionarele în cadrul a două întâlniri, indicându-şi numele şi prenumele, deoarece urmau să participe la activităţile unui program de consiliere pentru orientarea vocaţională, desfăşurat de autoarea prezentului studiu. Administrarea chestionarului a fost realizată colectiv, pe grupurile de elevi corespunzătoare celor patru clase de-a XII pe care le-am luat în studiu. Eşantionarea participanţilor a fost realizată fără a ţine seama de anumite criterii de includere, clasele de elevi fiind selectate aleatoriu.

Rezultate. *Analize preliminare.* Tabelul 1 prezintă indicatorii statistici descriptivi pentru variabilele de interes ale studiului.

Distribuţiile tuturor variabilelor de interes au fost cvasinormale. Totusi, valorile indicatorului skewness au arătat o uşoară tendinţă de asimetrie spre stânga a distribuţiei scorurilor la nevrotism (ceea ce înseamnă tendinţa participanţilor de a obţine scoruri moderate

Tabelul 1.

Caracteristici descriptive ale distribuţiilor variabilelor măsurate

Variabile	m	s	skewness	kurtosis	K-S[1, 2]
Indecizie în alegerea carierei	32,60	10,04	0,23	- 0,74	0,90
Autoeficienţă în alegerea carierei	92,86	14	- 0,32	0,09	0,59
Loc al controlului în domeniul alegerii carierei	50,02	11.23	0,04	- 0,17	0,77
Stimă de sine în domeniul şcolar	7,37	2,60	- 0,37	- 0,63	1,27
Nevrotism	2,66	0,73	0,52	0,01	1,06
Extraversiune	3,52	0,64	- 0,20	- 0,39	0,79
Agreabilitate	3,79	0,54	- 0,21	- 0,81	1,06
Deschidere în plan mental	3,97	0,45	0,17	- 0,65	0,93
Conştiinciozitate	3,78	0,60	- 0,73	0,95	0,88
Diferenţiere interese profesionale	5,61	2,45	0,47	- 0,32	0,89

[1] K-S desemnează testul Kolmogorov-Smirnov pentru verificarea normalităţii distribuţiilor.

[2] Toate valorile testului K-S au fost nesemnificative din punct de vedere statistic.

sau uşor scăzute), respectiv la diferenţierea intereselor profesionale. În acelaşi timp, conştiinciozitatea a prezentat o asimetrie mai evidentă spre dreapta, adică spre scorurile ridicate.

Tabelul 2 prezintă comparaţiile în funcţie de sexul participanţilor (efectuate cu testul t-Student pentru grupuri independente), precum şi valorile mărimii efectului. Acestea au fost calculate cu formula preconizată de Jacob Cohen [6], care oferă şi repere pentru interpretarea mărimii efectului. Pentru variabilele pe care le-am măsurat în cadrul studiului, comparaţiile mediilor au evidenţiat o singură diferenţă semnificativă din punct de vedere statistic între băieţi şi fete, şi anume la nevrotism. Fetele au tins să obţină scoruri semnificativ mai ridicate decât cele ale băieţilor, mărimea efectului fiind moderată spre ridicată. Absenţa diferenţelor dintre scorurile obţinute de fete şi cele obţinute de băieţi, la aproape toate variabilele luate în studiu, ne-a sugerat inutilitatea efectuării diferenţiate a restului de calcule statistice. De aceea, toate prelucrările corelaţionale şi variate nu au ţinut cont de sexul participanţilor.

Corelaţii între variabile. Relaţiile de asociere dintre variabilele pe care le-am măsurat au fost estimate cu tehnica corelaţiei liniare bivariate. Valorile corelaţiilor şi pragurile de semnificaţie sunt rezumate în Tabelul 3.

Scorurile pe care participanţii le-au obţinut la indecizia în alegerea carierei profesionale au corelat negativ şi semnificativ din punct de vedere statistic cu scorurile la scala pentru evaluarea autoeficientei percepute în domeniul alegerii carierei. Valoarea brută a corelaţiei a indicat o asociere de intensitate moderată între cele două variabile (r^2 = 0,22 – efect de mărime scăzută spre moderată). Acest rezultat a confirmat datele obţinute în numeroase studii, în cadrul cărora valorile corelaţiilor dintre cele două variabile au fost cuprinse între r = - 0,56 şi r = - 0,40 [2, 4, 7, 17].

Tabelul 2.

Comparaţii în funcţie de sexul participanţilor la studiu

Variabile	Grupuri	m	s	t	d
Indecizie în alegerea carierei	băieţi	31,70	9,30	- 0,85	0,17
	fete	33,42	10,69		
Autoeficienţă în alegerea carierei	băieţi	93,08	13,93	0,14	0,03
	fete	92,67	14,19		
Loc al controlului în domeniul alegerii carierei	băieţi	50,06	12,05	0,03	0,01
	fete	49,98	10,58		
Stimă de sine în domeniul şcolar	băieţi	6,91	2,43	- 1,68	0,34
	fete	7,78	2,69		
Nevrotism	băieţi	2,40	0,69	- 3,25 **	0,69
	fete	2,88	0,71		
Extraversiune	băieţi	3,53	0,68	0,08	0,02
	fete	3,52	0,62		
Agreabilitate	băieţi	3,98	0,46	0,12	0,02
	fete	3,97	0,45		
Deschidere în plan mental	băieţi	3,91	0,59	1,90	0,41
	fete	3,69	0,49		
Conştiinciozitate	băieţi	3,72	0,72	- 0,82	0,19
	fete	3,83	0,47		
Diferenţiere interese profesionale	băieţi	5,40	2,33	- 0,74	0,16
	fete	5,78	2,55		

** $p < 0,01$

Corelaţia negativă dintre scorurile la autoeficienta în domeniul alegerii carierei şi nivelul indeciziei în alegerea carierei sugerează faptul că, pe măsură ce un adolescent are mai multă încredere în propriile competenţe de selectare şi de valorificare a informaţiilor relevante pentru procesul decizional, starea de indecizie privind alegerea carierei tinde să apară cu o probabilitate mai mică. Totodată, scorurile la indecizia în domeniul alegerii carierei au corelat pozitiv, semnificativ şi cu o intensitate moderată ($r^2 = 0,33$ – efect de mărime moderată) cu scorurile pe care adolescenţii le-au obţinut la locul controlului în domeniul alegerii carierei. Acest rezultat semnifică faptul că, în rândul adolescenţilor investigaţi, indecizia în

Tabelul 3.

Corelaţii între variabilele măsurate şi indecizia în alegerea carierei

Variabile	Indecizie în alegerea carierei
Autoeficienţă în alegerea carierei	- 0,47 **
Loc al controlului în domeniul alegerii carierei	0,58 **
Stimă de sine în domeniul şcolar	- 0,33 **
Nevrotism	0,46 **
Extraversiune	- 0,23 *
Agreabilitate	- 0,18
Deschidere în plan mental	- 0,30 **
Conştiinciozitate	- 0,45 **
Diferenţiere interese profesionale	- 0,06

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

domeniul alegerii carierei profesionale a tins să crească odată cu scorurile la locul controlului, adică în direcţia externalismului, fapt confirmat şi de alte studii [19, 25]. Rezultatul sugerează că, atunci când un adolescent, la care predomină locul controlului extern, este pus în situaţia de a lua o decizie, poate manifesta un grad ridicat de confuzie în ceea ce priveşte drumul vocaţional. În general, externaliştii tind să vadă viaţa ca fiind determinată de şansă, iar evenimentele din viaţa lor ca fiind incontrolabile şi, deseori, nu găsesc un motiv de a se implica în luarea deciziilor care privesc diverse domenii ale vieţii lor, inclusiv traseul vocaţional.

Scorurile la indecizia în alegerea carierei au tins să se asocieze negativ şi semnificativ din punct de vedere statistic cu scorurile pe care adolescenţii le-au obţinut la stima de sine în domeniul şcolar, mărimea efectului pentru intensitatea asocierii fiind scăzută (r^2 = 0,10). Rezultatul a fost convergent cu datele raportate de alţi autori [1, 22] şi sugerează că adolescenţii care au o încredere scăzută în propriile abilităţi în plan şcolar ar putea tinde, de asemenea, să manifeste un nivel mai ridicat al indeciziei în adoptarea unei hotărâri privind viitorul profesional. Stima de sine în domeniul şcolar se referă la percepţia pe care un adolescent o are asupra propriilor lui competenţe, care se pot materializa în comportamente şi performanţe şcolare apreciate de către profesori, colegi şi părinţi [8]. Rezultatul pe care l-am obţinut poate fi pus pe seama modului în care sunt apreciate achiziţiile şcolare ale elevilor şi se realizează selecţia în sistemul de învăţământ românesc. Astfel, mulţi dintre dascăli, dar şi părinţi şi elevi, cred că succesul în plan şcolar şi, apoi, academic, respectiv succesul în plan profesional depind, în mare parte, de notele obţinute în diferite cicluri şcolare. Până la un punct, această percepţie poate fi îndreptăţită, dacă ţinem cont de faptul că, în România, media pe care un elev o obţine în ciclul gimnazial, alături de rezultatele la testele naţionale, influenţează şansa acestuia de a fi admis la liceul şi profilul care şi-l doreşte, aceeaşi problemă punându-se şi în cazul admiterii la multe facultăţi. În aceste condiţii, alegerea drumului profesional, la finele clasei a XII-a, tinde să depindă, în mare măsură, şi de percepţia pe care elevul o are despre propriile competenţe şi realizări în plan şcolar. Atunci când nivelul acestor competenţe şi realizări este perceput ca fiind scăzut, adolescentul poate întâmpina dificultăţi în procesul decizional, specific stabilirii traseului educaţional şi vocaţional.

Scorurile la indecizia în domeniul alegerii carierei profesionale au corelat pozitiv, semnificativ din punct de vedere statistic şi cu o intensitate moderată (r^2 = 0,21 efect de mărime scăzută spre moderată) cu scorurile la nevrotism (instabilitate emoţională). Rezultatul sugerează că indecizia în alegerea carierei ar putea fi o caracteristică în rândul adolescenţilor care prezintă un nivel ridicat al instabilităţii emoţionale. Într-un articol dedicat relaţiei dintre scorurile la scala CDS şi nevrotism, Meyer şi Winer [18] sugerează că studenţii care sunt cronic indecişi în legătură cu propria lor carieră tind să obţină scoruri ridicate la nevrotism. De asemenea, pentru elevi de clasa a XII-a, Lounsbury, Hutchens şi Loveland [14] au raportat o corelaţie pozitivă, semnificativă, însă de intensitate modestă (r = 0,17) între

stabilitatea deciziei în alegerea carierei profesionale şi stabilitatea emoţională. Totodată, extraversiunea – care reuneşte trăsături, precum dinamismul în acţiuni şi în relaţiile interpersonale, asertivitatea, nevoia de activism în planul relaţiilor sociale, căutarea stimulării – poate constitui o resursă pentru atingerea scopurilor vocaţionale – aspect evidenţiat şi de corelaţia negativă, de intensitate mai scăzută, însă semnificativă din punct de vedere statistic, pe care am obţinut-o în prezentul studiu. Acest rezultat sugerează că adolescenţii mai puţin entuziaşti, care întâmpină dificultăţi în comunicarea cu ceilalţi şi au probleme în a-şi impune punctul de vedere şi opţiunile în faţa părinţilor ar putea fi mai predispuşi să întâmpline dificultăţi în alegerea carierei, care să se potrivească abilităţilor şi intereselor lor. De asemenea, am constatat o corelaţie negativă, semnificativă statistic, însă de intensitate moderată spre scăzută ($r^2 = 0,09$ – efect de mărime neglijabilă) între nivelul deschiderii în plan mental şi nivelul indeciziei în domeniul alegerii carierei profesionale. Acest rezultat este convergent cu cel raportat de Lounsbury, Hutchens şi Loveland [14], care, într-un lot de elevi de clasa a XII-a, au identificat o corelaţie pozitivă, semnificativă, însă de intensitate destul de scăzută ($r = 0,16$, $p < 0,01$) între nivelul deschiderii în plan mental, respectiv cel al stabilităţii deciziei pentru cariera profesională. Relaţia pe care am obţinut-o pare firească, dacă ţinem cont de faptul că deschiderea în plan mental implică dorinţa unei persoane de a trăi experienţe variate, de a descoperi lucruri noi, de a întâlni şi depăşi provocări, precum şi orientarea acesteia către rezolvarea unor probleme complexe. Astfel, adolescenţii "deschişi" în plan mental tind să aibă mai multe resurse şi să fie mult mai originali, în eforturile de a căuta şi valorifica toate oportunităţile de dezvoltare pe care le oferă mediul familial, şcoala, reţeaua de prieteni etc. Deşi scorurile la indecizia în alegerea carierei profesionale au corelat negativ şi cu o intensitate relativ scăzută ($r^2 = 0,03$ – efect de mărime neglijabilă) cu scorurile pe care adolescenţii le-au înregistrat la agreabilitate, relaţia a fost nesemnificativă din punct de vedere statistic. De notat că Lounsbury, Hutchens şi Loveland [14] au identificat o corelaţie de intensitate scăzută ($r = 0,13$) între scorurile adolescenţilor de clasa a XII-a la agreabilitate şi stabilitatea deciziei cu privire la alegerea carierei. În fine, corelaţia negativă, semnificativă statistic şi de mărime moderată ($r^2 = 0,20$ – efect de mărime scăzută spre moderată) între scorurile pe care adolescenţii le-au obţinut la indecizia în alegerea carierei şi scorurile la conştiinciozitate sugerează rolul pozitiv pe care îl poate juca perseverenţa, meticulozitatea şi gradul de organizare în realizarea acţiunilor specifice pentru procesul de delimitare şi alegere a carierei profesionale (atât în etapa de căutare şi selectare a informaţiilor despre diverse profesii/ocupaţii, criterii de formare profesională, cât şi în cea care implică accesarea tuturor oportunităţilor de dezvoltare a competenţelor şi a resurselor personale). Adoptarea unei decizii realiste şi cu şanse de succes implică iniţierea din timp (încă din etapa ciclului gimnazial), a tuturor acţiunilor specifice (informare – analiză şi comparare – decizie – dezvoltare), continuitatea demersurilor întreprinse, abilitatea de a depăşi obstacolele care pot inter-

veni pe parcursul căutării, capacitatea de fixare a unor obiective clare şi perseverenţa în acţiunile destinate atingerii acestora.

Corelaţia dintre scorurile la indecizia în alegerea carierei profesionale şi scorurile pe care adolescenţii le-au obţinut la diferenţierea intereselor profesionale a fost nesemnificativă din punct de vedere statistic şi de mărime neglijabilă ($r^2 = 0,003$). Studiile pe care le-am consultat au indicat o asociere pozitivă între nivelul deciziei în alegerea carierei şi nivelul diferenţierii profilului intereselor profesionale ale adolescenţilor [10]. Însă, rezultatul pe care l-am obţinut în prezentul studiu a fost convergent cu rezultatul ($r = - 0,01$; $p > 0,05$) raportat de către Lucas-Hartley [16], pentru studenţi de colegiu.

Date ale analizei de regresie liniare multiple. În vederea efectuării analizei de regresie multiple, am utilizat metoda *stepwise*. Această metodă permite selectarea celui mai bun set de variabile independente, care sunt predictori ai variabilei dependente [13]. În cadrul analizei noastre, cu excepţia agreabilităţii şi a diferenţierii intereselor profesionale, toate celelalte variabile au fost introduse ca variabile independente, în timp ce nivelul indeciziei în alegerea carierei profesionale a fost considerat variabila dependentă (criteriul). Calculele au fost realizate cu aplicaţia SPSS for Windows. Au rezultat patru modele predictive cumulative (pe care nu le prezentăm aici, din lipsă de spaţiu), ultimul incluzând locul controlului şi percepţia cu privire la autoeficienţa în domeniul alegerii carierei, nevrotismul, respectiv stima de sine în domeniul şcolar. Setul reprezentat de aceste variabile independente a prezentat o relaţie de asociere semnificativă din punct de vedere statistic cu nivelul indeciziei în alegerea carierei [$F (4, 89) = 20,56$; $p < 0,001$; $R = 0,69$; $R^2 = 0,480$], explicând 48 % din varianţa criteriului ($R^2_{ajustat} = 0,457$ sau 45,7 %). Toate variabilele independente au fost predictori semnificativi ai indeciziei în alegerea carierei: $\beta = 0,35$, $p < 0,001$ – pentru locul controlului în domeniul alegerii carierei (externalismul), $\beta = 0,24$, $p < 0,01$ – pentru nevrotism, $\beta = - 0,19$, $p < 0,05$ – pentru percepţia cu privire la autoeficienţa în domeniul alegerii carierei, respectiv $\beta = - 0,17$, $p < 0,05$ – pentru stima de sine în domeniul şcolar. Cea mai importantă contribuţie la explicarea varianţei indeciziei în domeniul alegerii carierei profesionale a avut-o locul controlului (9,12 %), acesta fiind urmat, la o anumită distanţă, de nevrotism (4,79 %). Autoeficienţa în domeniul alegerii carierei profesionale a explicat 2,72 % din varianţa criteriului, un procent apropiat de cel pe care l-am obţinut pentru stima de sine în domeniul şcolar (2,59 %).

Implicaţii ale studiului pentru practica consilierii în carieră a adolescenţilor

În societatea românească de astăzi, tânăra generaţie reprezintă una dintre oportunităţile pentru revitalizarea domeniilor vieţii economice, sociale şi culturale, care sunt vlăguite de lunga şi dificila tranziţie către democraţie. Practicile actuale referitoare la educaţia tinerilor (în cadrul căreia putem include şi consilierea pentru alegerea şi dezvoltarea carierei profesionale) încearcă să răspundă exigenţelor concurenţiale din piaţa economică şi din cea a muncii. În acest cadru de analiză, apare evident faptul că opţiunile profesionale şi/sau ocupaţionale s-au multiplicat, exigen-

ţele angajatorilor s-au intensificat, în strânsă legătură cu aşteptările pentru creşterea calităţii produselor şi servciilor, iar conţinutul practicilor în materie de consiliere în carieră a tinerilor trebuie reevaluat, pentru a fi adaptat noilor evoluţii. Însă, în condiţiile în care opţiunile profesionale şi/sau ocupaţionale s-au multiplicat, la fel ca şi oferta educaţională, adolescenţilor şi tinerilor pare să le fie tot mai greu să ia o decizie clară şi stabilă în ceea ce priveşte cariera profesională pe care o pot urma. În România, există continuu noi "profiluri liceale, universitare, profesii sau ocupaţii la modă", iar acestea conduc, adesea, la alegeri pripite (care par să fie dictate mai mult de anumite influenţe de moment), presiunile din partea părinţilor sau dorinţele lor jucând un rol foarte important. Corelat cu deficitul în materie de programe coerente pentru consilierea vocaţională a elevilor aflaţi în diferite trepte ale şcolarizării, acest fenomen a condus la situaţia ca, după unu an sau doi de studii universitare, unii tineri să înţeleagă faptul că domeniul de specializare pe care şi l-au ales nu corespundea intereselor lor şi cerea o corecţie în traseul academic. Este adevărat că acest fenomen nu are numai o conotaţie negativă: el poate semnifica şi faptul că un individ are nevoie de flexibilitate atunci când vine vorba despre opţiunile în materie de alegere şi dezvoltare a carierei profesionale. Iată de ce efortul de clarificare a factorilor care pot contribui la absenţa unei decizii ferme pentru dezvoltarea carierei într-un anumit domeniu profesional în rândul tinerilor şi integrarea rezultatelor studiilor în practica efectivă din domeniul consilierii şi orientării în carieră pot contribui la proiectarea şi implementarea unor programe eficiente, orientate către dezvoltarea potenţialului vocaţional al tinerei generaţii.

Rezultatele studiului pe care l-am realizat sugerează că nevrotismul şi locul controlului (externalitatea) în domeniul alegerii carierei ar putea juca un rol important în raport cu dinamica procesului alegerii carierei profesionale, pe care tinerii îl parcurg. Rezultatele sugerează că indecizia în ceea ce priveşte alegerea carierei tinde să fie o caracteristică a adolescenţilor care prezintă un nivel ridicat al instabilităţii emoţionale – ca domeniu de dispoziţii stabile ale personalităţii – şi care, în plus, sunt externalişti, adică adolescenţii care tind să vadă viaţa ca fiind determinată de şansă (şi mai puţin de propriile acţiuni şi eforturi de a controla evenimentele şi situaţiile) şi care, deseori, sunt mai puţin motivaţi să se implice în luarea deciziilor care privesc propriile oportunităţi de dezvoltare. Conform descrierii conţinutului psihologic al factorului referitor la nevrotism, care este oferită de Benet-Martínez şi John [3], persoanele instabile în plan emoţional tind să experimenteze o varietate largă de stări afective negative, prin simptome de anxietate, tristeţe sau iritabilitate. Aceste persoane tind, de asemenea, să fie vulnerabile în faţa situaţiilor conflictuale sau a problemelor de viaţă pe care le experimentează, să acţioneze sub imperiul deciziilor de moment, să activeze într-o mai mică măsură mecanismele de rezilienţă în anumite situaţii dificile, pe care tind să le perceapă ca fiind ameninţătoare. Alegerea carierei profesionale de către un adolescent intervine într-o etapă în care acesta se confruntă şi cu alte sarcini de dezvoltare, în planuri, precum: psihosexualitatea, relaţii-

le sociale şi emoţionale cu părinţii şi covârstnicii, criza de originalitate a sinelui. Cumularea acestor probleme poate conduce, adesea, la atitudini, reacţii şi comportamente disfuncţionale, care produc celor din jur impresia de instabilitate emoţională accentuată. Nu este obligatoriu că toţi adolescenţii să fie instabili în plan emoţional, însă în cazul în care această trăsătură prezintă un nivel mai ridicat, adolescentul poate întâmpina dificultăţi în a-şi stabili scopuri şi obiective clare, implicit în domeniul alegerii unei profesii. Prin programul de consiliere în vederea alegerii carierei ("Tu şi cariera ta") pe care l-am derulat timp de trei luni, am urmărit ca beneficiarii să conştientizeze barierele reprezentate de propriile lor dispoziţii, să le reconfigureze şi să le interpreteze într-o manieră pozitivă, pentru a le transforma în resurse şi a le pune în serviciul eforturilor de alegere a carierei profesionale şi de configurare a propriului lor viitor. În configurarea conţinutului sarcinilor pe care le-am realizat cu adolescenţii şi în implementarea acestora, am valorificat principiile abordării narative în domeniul consilierii psihologice şi vocaţionale.

În acelaşi timp, o persoană care manifestă tendinţa spre externalitate tinde într-o mai mică măsură să fie orientată către investirea propriilor resurse şi către eforturile sistematice de a identifica şi de a valorifica diferite oportunităţi de dezvoltare personală, mizând mai mult pe influenţa norocului şi explicându-şi succesele prin intervenţia unui complex de factori din afară, care nu implică propria responsabilitate şi angajare. În rândul adolescenţilor, o astfel de atitudine poate fi contraproductivă în domeniul alegerii carierei profesionale, întrucât este posibil ca astfel de adolescenţi să tindă să lase în seama celorlalţi eforturile pe care trebuie să le întreprindă, pentru a identifica cea mai potrivită carieră pe care să o urmeze. În cadrul programului de consiliere pe care l-am derulat, în vederea identificării şi dezvoltării resurselor necesare alegerii carierei profesionale, un alt obiectiv pe care le-am urmărit a constat în demontarea atitudinii externaliste, aşteptându-ne ca beneficiarii programului să ajungă să-şi adapteze aşteptările şi acţiunile la propriile lor competenţe, expectanţe, scopuri şi să conştientizeze dificultăţile care se interpuneau în traseul alegerii carierei profesionale.

De asemenea, rezultatele pe care le-am obţinut sugerează că, în evaluarea factorilor care facilitează indecizia în domeniul alegerii carierei profesionale în rândul adolescenţilor, am putea ţine cont de percepţia adolescenţilor cu privire la propria lor eficienţă în realizarea acţiunilor şi în atingerea obiectivelor în diverse sfere ale vieţii, precum şi de stima de sine, cu deosebire cea legată de domeniul şcolar. Rezultatele prezentului studiu sugerează că adolescenţii care nu au încredere în propriile lor abilităţi de a identifica, analiza, sintetiza şi valorifica informaţiile relevante pentru alegerea carierei profesionale, de a compara alternativele pe care le au, de a-şi activa resursele personale şi de a proiecta traseul vocaţional şi care, în plus, au o reprezentare negativă despre valoarea propriei persoane în domeniul şcolar ar putea tinde, de asemenea, să fie mai indecişi în ceea ce priveşte alegerea şi dezvoltarea coerentă a unei cariere profesionale. Aşteptându-se să greşească (anticiparea eşecului), adolescenţii cu un nivel scăzut al stimei de

sine tind să se simtă anxioşi, neîncrezători în propriile lor forţe şi să depună un efort mai redus, atunci când este vorba despre schimbări importante în viaţa lor sau despre o sarcină de anvergură, în care trebuie să se angajeze. După ce experimentează eşecul, aceştia se blamează, tind să se perceapă ca fiind incompetenţi şi, astfel, nu fac altceva decât să întreţină nivelul scăzut al stimei de sine, reparcurgând un cerc vicios. De aceea, o altă componentă pe care am accentuat, în cadrul exerciţiilor structurate ale programului de consiliere vocaţională, a fost reprezentată de întărirea încrederii în propriile forţe în rândul adolescenţilor care au beneficiat de program, la care s-a adăugat orientarea către descoperirea, valorizarea şi valorificarea propriilor resurse, formarea abilităţii de prezentare de sine (expunerea propriilor realizări, scopuri şi proiecte), precum şi a capacităţii de reglare permanentă a nivelului stimei de sine, ştiut fiind faptul că, uneori, o stima de sine prea scăzută (sau prea ridicată) poate fi disfuncţională.

Bibliografie

1. Arce E. M., (1996). *The effects of social support and self-esteem on career indecision: A cross-cultural comparison between two groups of undergraduate students*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New York, April, www.eric.ed. gov (vizitat 1.07.2012).

2. Argyropoulou E. P., (2007). Sidiropoulou-Dimakakou D., Besevegis E. G. Generalized self-efficacy, coping, career indecision, and vocational choices of senior high school students in Greece. În: Journal of Career Development, vol. 33, nr. 4, p. 316-337.

3. Benet-Martínez V., John O. P., (1998). *Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English*. În: Journal of Personality and Social Psychology, vol. 75, nr. 3, p. 729-750.

4. Betz N. E., Voyten K. K., (1997). *Efficacy and outcome expectations influence career exploration and decidedness*. În: The Career Development Quarterly, vol. 46, nr. 2, p. 179-189.

5. Betz N. E., Serling D. A., (1993). *Construct validity of fear of commitment as an indicator of career indecisiveness*. În: Journal of Career Assessment, vol. 1, nr. 1, p. 21-34.

6. Cohen J., (1992). *A power primer*. În: Psychological Bulletin, vol. 112, nr. 1, p. 155-159.

7. Creed P., Patton W., Prideaux L. A., (2006). *Causal relationship between career indecision and career decision-making self-efficacy: A longitudinal cross-lagged analysis*. Journal of Career Development, vol. 33, nr. 1, p. 47-65.

8. Crăciun A., (1998). *Stima de sine – vector al schimbărilor adaptative*. În: Anuarul Universităţii "Petre Andrei". Tomul VIII – Ştiinţe socio-umane. Iaşi: Fundaţia Academică "Petre Andrei", 412 p.

9. Gottfredson L. S., (2002). *Gottfredson's theory of circumscription, compromise, and self-creation*. În Brown D. (Editor). Career Choice and Development (p. 85-148). Fourth Edition. San Francisco: Jossey-Bass, , 534 p.

10. Hirschi A, Damian L. (2007). *Holland's secondary constructs of vocational interests and career choice readiness of secondary students: Measures for related but different constructs*. În: Journal of Individual Differences, , vol 28, nr. 4, p. 205-218.

11. Holland J. L., (1997). *Making Vocational Choice. A Theory of Vocational Personalities and Work Environments*. Third Edition. Odessa, FL: Psychological

Assessment Resources, 303 p.

12. Holland J. L., Powell A., Fritzsche B. (1994). *SDS Professional User's Guide*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc., 98 p.

13. Labăr A. V., (2008). *SPSS pentru ştiinţele educaţiei*. Iaşi: Editura Polirom, 347 p.

14. Lounsbury J. W., Hutchens T., Loveland J. M. (2005). *An investigation of Big Five personality traits and career decidedness among early and middle adolescents*. În: Journal of Career Assessment, , vol. 13, nr. 1, p. 25-39.

15. Lounsbury J. W., Tatum H. E., Chambers W. şi alţii. (1999). *An investigation of career decidedness in relation to "Big Five" personality constructs and life satisfaction*. În: *College Student Journal*, vol. 33, nr. 4, p. 646-652.

16. Lucas Hartley S., (2009). *Career Indecision, Negative Career Thoughts, and Vocational Interest Structure of First-Generation and Other College Students*. Dissertation submitted in partial fullfilment of the requirement for Degree of Doctor of Philosophy, Florida State University, 80 p. www.diginole.lib.fsu.edu (vizitat 13.06.2012).

17. Luzzo D. A., (1993). *Value of career decision-making self-efficacy in predicting career decision-making attitudes and skills*. În: Journal of Counseling Psychology, 1993, vol. 40, nr. 2, p. 194-199.

18. Meyer B. W., Winer J. L. The Career Decision Scale and neuroticism. În: Journal of Career Assessment, vol. 1, nr. 2, p. 171-180.

19. Meyer B. W., (1987). The Career Decision Scale as a Measure of Chronic Indecision. Dissertation submitted in partial fullfilment of the requirement for Degree of Doctor of Philosophy, Texas Tech University, 105 p. www.etd.lib.ttu.edu (vizitat 14.04.2012).

20. Millar R., Shevlin M. (2007). *The Development and Factor Structure of a Career Locus of Control Scale for Use With School Pupils*. În: Journal of Career Development, vol. 33, nr. 3, p. 224-249.

21. Osipow S., (1983). *Theories of Career Development*. Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 328 p.

22. Staley W. (1996). *The relationship between fear of success, self-concept, and career decision making*. Paper presented at the Annual Meeting of the Mid-South Educational Research Association, Tuscaloosa, (USA), November, www.eric.ed.gov (vizitat 1.07.2012).

23. Super D. E., (1957). *The Psychology of Careers. An Introduction to Vocational Development*. New York: Harper & Brothers, 362 p.

24. Taylor K. M., Betz N. E. (1983). *Applications of self-efficacy theory to the understanding and treatment of career indecision*. În: Journal of Vocational Behavior, vol. 22, nr. 1, p. 63-81.

25. Taylor K. M. (1982). *An invesigaion of vocaional indecision in college students: Correlates and moderators*. În: Journal of Vocational Behavior, vol. 21, nr. 3, p. 318-329.

26. Tomşa Gh., (1989). *Orientarea şcolară şi profesională a elevilor. Structuri, strategii şi performanţe în învăţământ*. Bucureşti: Editura Academiei, 200 p.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ДЕЗАДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ-ИНВАЛИДОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

MENTAL HEALTH AND EXCLUSION OF STUDENTS WITH DISABILITIES DURING TRAINING IN HIGHER EDUCATION INSTITUTION

Анна Юрьевна ЛОБУНЕЦ

Cuvinte–cheie: studenţi cu dizabilităţi, anxietate, reabilitare afectiv-emoţională, reabilitare medicală şi psihologică.

Abstract

În lucrare se face o analiză teoretică la problema cercetată din literatura de specialitate, sunt evidenţiate mecanismele patopsihologice de excludere a reacţiilor de inadaptare ale studenţilor cu dizabilităţi, condiţionate de configurarea anumitor accentuaţii de personalitate. Se descriu caracteristicile dezvoltării afectiv-emoţionale a studenţilor cu dizabilităţi şi se prezintă o analiză a stării lor. Este elaborat un sistem de procedee medicale şi psihologice în remedierea funcţiilor dizadaptative ale studenţilor cu dizabilităţi din universităţi bazate pe studiul structurii şi mecanismelor psihologice ale apariţiei reacţiilor dizadaptative.

Ключевые слова: студенты-инвалиды, аффективно-эмоциональная сфера, медико-психологическая реабилитация, тревожность.

Резюме

Проведен теоретический обзор проблемы, выделены патопсихологические механизмы формирования реакций дезадаптации у студентов-инвалидов, обусловленные определенной конфигурацией вариантов личностной акцентуации. Описаны особенности аффективно-эмоциональной сферы студентов-инвалидов и проведен анализ их состояния. Разработана система медико-психологической коррекции дезадаптационных состояний у студентов-инвалидов ВУЗов на основании изучения их структуры и психологических механизмов формирования.

Keywords: students with disabilities, affective-emotional, medical and psychological rehabilitation, anxiety.

Summary

A theoretical overview of the problem are highlighted pathopsychological mechanisms of reactions exclusion of students with disabilities due to certain configuration options personal accentuation. The features of the affective-emotional development of students with disabilities and the analysis of their condition. A system of medical and psychological conditions in disadaptative correction disabled students of universities based on the study of their structure and psychological mechanisms of formation.

Актуальность исследования. Объективное исследование механизмов этиологии и патогенеза заболеваний, в происхождении которых ведущую роль играет психогенный фактор, возможно лишь на основе много размерности изучаемых явлений [1-4]. Среди студенчества студенты-инвалиды занимают особое место и являются самой незащищенной группой. Последние десятилетия в нашей стране, в ближнем и дальнем зарубежье уделяется огромное внимание психосоциальной реабилитации инвалидов. Сближение методологических подходов теоретических и профильных прикладных клинических дисциплин открывает перспективы решения проблемных вопросов первичной и вторичной профилактики, стратификации риска, диагностики и медико-психологической коррекции студентов-инвалидов [2-6]. Студенты-инвалиды с нарушениями в первую очередь нуждаются в медико-психологической коррекции эмоционального состояния и дальнейшего сопровождения [4]. Наибольшее значение поиск новых эффективных патогенетических методов психотерапевтической коррекции и реабилитации имеет для больных студентов-инвалидов в связи с возможностью более существенного положительного влияния на качество жизни, работоспособность и благоприятный прогноз дальнейшего течения заболевания. [7]. Все вышеизложенное определяет актуальность и целесообразность проведения исследования, посвященного разработке системы медико-психологической коррекции расстройств адаптации у инвалидов обучающихся в высших учебных заведениях на основании изучения их структуры, динамики психопатологических механизмов формирования.

Цель исследования: разработать систему медико-психологической коррекции дезадаптационных состояний у студентов-инвалидов ВУЗов на основании изучения их структуры и психологических механизмов формирования.

Методы исследования. В процессе выполнения диссертационной работы использовался комплекс теоретических, психодиагностических и статистических методов.

Психодиагностический метод включал: изучение психоэмоционального состояния по методикам шкалы депрессии А. Т. Бека (Е. П. Ильин, 2001) и методики измерения уровня тревожности – шкала Дж.Тейлор (В. И. Долгова, О. А. Шумакова, Я. В. Латюшин, 2004); личностных особенностей - тип акцентуаций характера изучали с помощью опросника К. Леонгарда - Г. Шмишека (А. В. Батаршев, 2007); определение темперамента, уровня нейротизма, экстра- и интроверсии проводилось с помощью опросника Eysenck Personality Inventory (EPI, Eysenck H. И., 1963); психосоциальных особенностей - по разработанной анкете. Определение эффективности внедрения системы психокоррекционных мероприятий осуществляли по следующим критериям: наличие объективных и субъективных признаков нарушения адаптации у студентов-инвалидов с помощью повторного диагностического исследования.

Исследование проводилось в Центре Психического здоровья студенческой молодежи КУОЗ Харьковской городской студенческой больницы. Для реализации целей и задач, поставленных в диссертации, проводилось скрининговое исследование среди 300 студентов-инвалидов и 300 студентов. Под наблюдением находились 220 студен-

тов от 18 до 24 лет. За время исследования с 2006 по 2011 год нами было отобрано 120 студентов-инвалидов в группу исследования и 100 студентов в группу сравнения (40 – студентов-инвалидов без признаков ДА и 60 студентов). Группа исследования была разделена на подгруппы: подгруппа 1.1 – с отсутствием субъективных и наличием объективных признаков ДА – 35 студентов-инвалидов; подгруппа 1.2 – с наличием субъективных и объективных признаков дезадаптации (ДА), в которую вошли 45 студентов-инвалидов.

На первом этапе исследования проводился скрининг нарушения адаптации у студентов-инвалидов, обучающихся в вузах. Выявленные нарушения психологической адаптации у студентов-инвалидов обусловили дальнейшее формирование групп исследования.

Второй этап включал психодиагностическое исследование, что позволило выявить предиспозиционные факторы формирования дезадаптации у студентов-инвалидов, а именно: состояние психоэмоциональной сферы, индивидуально-психологической и психосоциальной сфер.

Результаты исследования. Проведенный анализ психопатологической симптоматики в СИ показал наличие нарушения эмоциональной сферы и жалобы, относительно физического состояния.

В подгруппе 1.1. у исследуемых студентов преобладали жалобы физического спектра, а именно наблюдалась: в 91,4% случаев – нарушение сна; у 88,5% – понижение работоспособности у 97,1 % – жалобы на общее положение; у 85,7% – ощущение дискомфорта и в 77,1% – жалобы на частые заболевания. Также наблюдались жалобы эмоционального спектра: у 97,1% – тревожность, 85,7% – снижение эмоционального фона, в 77,1% – раздражительность, в 45,7% – агрессивность, у 42,8% – чувство угнетения.

В подгруппе 1.2. преобладали жалобы эмоционального спектра, а именно: в 97,7 % – снижение эмоционального фона, у 93,3% –чувство агрессии, в 97,7% – тревожность, в 88,8% – чувство угнетения, и в 84,4% – раздражительность. Жалобы физического спектра достоверно менее выражены, но имели следующие показатели встречаемости: в 88,8% – нарушения сна, в 77,7% – снижение работоспособности, у 73,3% – ощущение дискомфорта, в 71,1% – общее состояние, в 64,4% – жалобы на частые заболевания.

Общий анализ субъективной оценки в СИ показал высокую степень выраженности жалоб физического и эмоционального спектра.

С целью определения уровня тревожности у студентов-инвалидов к проведению медико-психологической коррекции нами использовалась личностная шкала проявлений тревоги, предложенная Тейлором, которая позволяет оценить эмоциональное состояние личности.

Распределение уровня тревожности у студентов-инвалидов к проведению медико-психологической коррекции с определением коэффициента достоверности представлено в таблице 1.

В подгруппе 1.1. (с наличием объективных признаков нарушения адаптации) преобладающим уровнем тревожности является средний, с тенденцией к высокому (57,2% ± 8,3), в 17,1% ± 6,3 – высокий и лишь в 25,7% ± 7,3 наблюдается средний уровень с тенденцией к низкому; низкий уровень тревожности отсутствует.

При проведении анализа уровней тревожности в подгруппе студен-

Таблица 1

Распределение уровней тревожности у студентов - инвалидов к проведению медико - психологической коррекции

Уровень тревожности	Группа 1				Группа 3 *n=40*	
	Подгруппа 1.1 *n=35*		Подгруппа 1.2 *n=45*			
	абс.к	%±m	абс.к	%±m	абс.к	%±m
Низкий	-	-	-	-	-	-
Средний (с тенденцией к низкому)	11	31,4±7,8	6	13,3±5,1*	19	47,5±7,8**
Средний (с тенденцией к высокому)	18	51,4±8,4	21	46,7±7,4	16	40±7,7
Высокий	6	17,1±6,3	18	40±7,3*	5	12,5±5,2

* - При p ≤ 0,05 (при сопоставлении результатов подгруппы 1.1 с подгруппой 1.2)

** - При p ≤ 0,05 (при сопоставлении результатов группы сравнения с группой исследования)

тов - инвалидов с субъективными и объективными признаками нарушения адаптации нами было установлено, что у 46,7% ± 7,4 уровень тревожности с тенденцией к высокому; у 40% ± 7,3 высокий уровень тревожности и только у 13,3% ± 5,1 наблюдалось отсутствие тревожности.

В группе сравнения студентов-инвалидов без признаков нарушения адаптации показатель уровня тревожности у 47,5% ± 7,8 был средним, с тенденцией к низкому, у 40% ± 7,7 СИ – с тенденцией к высокому и у 12,5% ± 5,2 студентов-инвалидов наблюдался высокий уровень тревожности. Анализ результатов подгрупп исследования в СИ с разными признаками нарушения адаптации показал достоверные различия. Так, в подгруппе 1.1 достоверно выше показатель среднего уровня (с тенденцией к низкому) тревожности (31,4 ± 7,84%), чем в подгруппе 1.2 (13,3 ± 5,1%, при p ≤ 0,05). Тогда как в подгруппе 1.2 достоверно выше показатель высокого уровня тревожности (40,7 ± 7,3) по сравнению с показателем подгруппы 1.2 (17,1 ± 6,3, при p ≤ 0,05).

Нами также был проведен анализ распределения уровня депрессии у студентов-инвалидов с наличием или отсутствием признаков нарушения адаптации, результаты которого приведены в таблице 2.

В обследуемой подгруппе 1.1 показатели депрессии имели следующее распределение: в 14,2% ± 5,9 высокий уровень в 54,3% ± 8,4 СИ - наличие депрессии среднего уровня в 14,3 ± 5,9%, в 17, 2 ± 6,3% СИ - отсутствует депрессия.

Анализ данных показал, что у студентов-инвалидов группы исследования с субъективными и объективными признаками нарушения адаптации достоверно более выраженный высокий уровень депрессии (55,5% ± 7,4, при p ≤ 0,05, в обоих случаях). Также присутствовал средний уровень депрессии, который составил 35,5% ± 7,1 СИ и наличие легкой депрессии (9,1% ± 4,2).

В группе сравнения СИ с отсутствием признаков нарушения адаптации в 45 ± 7,6% наблюдалось отсутствие депрессии или наличие легкого уровня лишь в 42,5 ± 7,8%; лишь 10 ± 4,7% СИ группы сравнения имели

Таблица 2

Распределение уровня депрессии у студентов -инвалидов (по данным шкалы депрессии Бека), (%±m)

Уровень депрессии	Группа 1				Группа 2 *n=40*	
	подгруппа 1.1 n=35		*подгруппа 1.2 n=45*			
	абс.к	%±m	абс.к	%±m	абс.к	%±m
Отсутствие депрессии	6	17,2±6,3	-	-	18	45±7,6**
Легкая	5	14,3±5,9	4	9,1±4,2	17	42,5±7,8**
Средняя	19	54,3±8,4*	16	35,5±7,1	4	10±4,7**
Высокая	5	14,2±5,9	25	55,5±7,4*	1	2,5±2,4**

* - При $p \leq 0,05$ - сопоставление результатов подгруппы 1.1 с подгруппой 1.2

** - При $p \leq 0,05$ - сопоставление результатов группы сравнения с группой исследования (в обоих случаях)

средний уровень депрессии и 2 , 5 ± 2,4% – высокий.

Проведенный анализ эмоционально-аффективной сферы у студентов-инвалидов группы исследования показал, что для студентов-инвалидов группы 1.1 характерен был средний уровень тревожности и низкий уровень депрессии, а группа 1.2 отмечалась как высоким показателем тревожности, так и высоким показателем депрессии.

Следующим этапом исследования было определение типологии индивидуально-психологических особенностей у студентов-инвалидов как предиспозиционных факторов формирования нарушения адаптации.

Установлено, что студентам-инвалидам с нарушением адаптации были присущи смешанные типы акцентуаций личности: студентам-инвалидам подгруппы 1.1 был присущ демонстративный (17,4 ± 3,2), гипертимный (17,5 ± 2,24) и эмотивной (15,7 ± 3,41), а студентам-инвалидам подгруппы 1.2 - демонстративный (16,5 ± 2,7), экзальтированный (16,4 ± 2,2) и циклотимный (17,5 ± 1,61).

Для студентов-инвалидов без признаков нарушения адаптации характерен демонстративный тип (15,1 ± 3,8) акцентуации, как и для студентов второй группы сравнения этой акцентуации (16 ± 3,4).

Проведенный анализ типов акцентуаций личности показал, что для СИ с объективными признаками ПА с демонстративной, гипертимным и эмотивным типами акцентуаций были характерны повышенный эмоциональный фон с жаждой деятельности, но наряду с этим они характеризовались демонстративным поведением, повышенной способностью к вытеснению и социальную желательность.

У студентов-инвалидов с субъективными и объективным признакам ПА с демонстративным, экзальтированным и циклотимическим типами акцентуации отмечалась склонность к манипулятивной форме поведения, которая направлена на социальное одобрение и своеобразную демонстративную эмоциональность.

Полученные данные у студентов - инвалидов с отсутствием субъективных и объективных признаков нарушения адаптации показали в 68,6 ± 7,8% случаев достоверно высокий уровень нейротизма, в 22,8 ± 7,1% – средний и в 8,5 ± 4,7% – низкий (табл. 3).

Таблица 3

Распределение уровня нейротизма у студентов-инвалидов (по данным методики EPI; тест Айзенка), (%±m)

Уровень нейротизма	Группа 1				Группа 3 *n=40*	
	Подгруппа 1.1 *n=35*		Подгруппа 1.2 *n=45*			
	абс.к.	%±m	абс.к.	%±m	абс.к.	%±m
Низкий	3	8,5±4,7	8	17,7±5,68*	37	92,5±4,2**
Средний	8	22,8±7,1	16	33,3±7,02*	3	7,5±4,16**
Высокий	24	68,6±7,8	15	35,6±7,13*	-	
Очень высокий	-	-	6	13,4±5,1	-	

* - При p ≤ 0,05 - сопоставление результатов подгруппы 1.1 с подгруппой 1.2

** - При p ≤ 0,05 - сопоставление результатов группы сравнения с группой исследования (в обоих случаях)

В группе СИ с субъективными и объективными признаками нарушения адаптации значительно чаще встречались лица с высоким уровнем нейротизма, соответственно 35,6 ± 7,13%.

При анализе распределения показателей нейротизма в группе СИ с признаками нарушения адаптации была выявлена высокая степень нейротизма, для всей группы вмешательства у студентов-инвалидов с объективными и / или субъективными признаками нарушения адаптации.

Медико - психологической коррекциионная работа состояла из 5 этапов:

Первый этап – включал формирование партнерского взаимодействия и мотивации к дальнейшему сотрудничеству (1-2 сеанса) и осведомленность СИ.

Второй этап – психодиагностический: выявление факторов формирования нарушения адаптации у студентов-инвалидов (изучение психоэмоционального состояния, индивидуально-психологических особенностей и психосоциальных составляющих) и определение мишеней медико-психологической коррекции.

Третий этап – психокоррекционный: направлен на стабилизацию психоэмоционального состояния и формировании конструктивных паттернов поведения во взаимодействии с учебной средой.

Четвертый этап – закрепляющий / завершающий: закрепление навыков и осведомленность относительно повышения общего качества жизни и наблюдения за состоянием своего здоровья.

Пятый этап – психологическое сопровождение: сотрудничество с СИ в программе помощи другим СИ с признаками ДА, психопросветительные лекции по повышению уровня психического здоровья (открытые группы «Клуба» в течение всей учебной деятельности СИ).

После проведения медико-психологической коррекции у студентов-инвалидов с признаками нарушения адаптации был проведен повторный психодиагностический анализ психического состояния СИ.

Полученные результаты психодиагностического исследования после проведенной медико-психологической коррекции показали эффективность внедренной программы. В

подгруппе 1.1 с наличием объективных признаков нарушения адаптации наблюдалось достоверное снижение уровня тревоги. Так, достоверно снизилось количество студентов-инвалидов с высоким уровнем тревожности (2,85 ± 2,8, где p ≤ 0,05), тогда как со средним уровнем с тенденцией к низкому достоверно увеличилось, и составило 42,9% ± 8,3 студентов-инвалидов. Также были получены низкие результаты по уровню тревожности у 8,5% ± 4,7 студентов-инвалидов с объективными признаками дезадаптации. В подгруппе 1.2 также был получен положительный результат проведенной коррекционной программы, который отражался в снижении уровня тревожности у студентов-инвалидов с объективными и субъективными признаками нарушения адаптации. Достоверное снижение уровня тревожности наблюдается в количестве студентов-инвалидов с низким уровнем тревожности (13,3% ± 5,1, где p ≤ 0,05) и с тенденцией к низкому (35,6% ± 7,1, где p ≤ 0 , 05). Тогда как у студентов с высоким уровнем тревожности снижение наблюдалось у 8,9% ± 4,2 (где p ≤ 0,05), что указывает на достоверное снижение показателя.

Вывод. Полученные данные позволили выделить психоэмоциональные нарушения детерминирующие формирование реакции дезадаптации у студентов-инвалидов, обусловленные определенной конфигурацией вариантов личностной акцентуации. Полученные данные легли в основу обоснованной системы психокоррекционных мероприятий, построенной по мультимодальному принципу. Внедренная программа медико-психологической коррекции показала свою эффективность в 77,14 ± 7,09% случаев студентов-инвалидов с объективными признаками нарушения адаптации и в 84,4 ± 5,41% СИ с субъективными и объективными признаками психологичной дезадаптации. Основным этапом медико-психологической коррекции студентов-инвалидов является психологическое сопровождение в период обучения в ВУЗах, что достоверно снижает уровень их психологической дезадаптации.

Литература

1. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. // Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. №5 (24), 2010, С. 83-90.

2. Михайлов Б. В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи. // Український вісник психоневрології. Том 18, вип. 3 (64), 2010. С. 137-138.

3. Гавенко В. Л. Психологическая служба ВУЗа: структура, содержание работы, перспективы / В. Л. Гавенко, В. М. Сінайко, И. М. Соколова // Мат. межрегион. Российской научн.-практ. конфер. „Современные проблемы психотерапии, пограничной психиатрии и медицинской (клинической) психологии„ - Ставрополь, 2000. - С. 146-148.

4. Маркова М. В. Система психогігієни та психопрофілактики порушення функціонування студентської сім'ї.// – Український вісник психоневрології. Том 18, вип. 3 (64), 2010. С. 133.

5. Жулина Е. В. Основы социальной реабилитации и профориентации / Е. В. Жулина, В. А. Кудрявцев.-М.: ТЦ Сфера,2005-С.17 - 21.

6. Соколова И.М. Психофізіологічні основи попередження дезадаптації студентів перших років навчання / И. М. Соколова. Дис. д-ра наук:19.00.02-2008.

PSIHOLOGIA EDUCAȚIEI

SCREENING-UL ABUZULUI DE ALCOOL ÎN RÂNDUL PĂRINȚILOR COPIILOR DE VÂRSTĂ ŞCOLARĂ MIJLOCIE. DATE PSIHOMETRICE PENTRU *CHILDREN OF ALCOHOLICS SCREENING TEST (CAST)*

THE SCREENING FOR ALCOHOL ABUSE AMONG PARENTS OF MIDDLE SCHOOL-AGE CHILDREN. PSYCHOMETRIC DATA FOR *THE CHILDREN OF ALCOHOLICS SCREENING TEST (CAST)*

Octavian DRIGA, Viorel ROBU

Termeni-cheie: screening al alcoolismului, CAST, structură factorială, fidelitate, capacitate de discriminare, valoare diagnostică

Rezumat

CAST (Children of Alcoholics Screening Test) este un instrument de tip screening care poate fi utilizat în demersul de identificare a copiilor sau adolescenților care trăiesc în familii în care cel puțin unul dintre părinți are probleme cu abuzul de alcool. Scorul la acest instrument poate oferi psihologilor practicieni o primă impresie diagnostică asupra gândurilor, percepției, emoțiilor şi experienței copiilor sau adolescenților, care sunt relaționate cu abuzul de alcool al unuia sau al ambilor părinți. Prezentul studiu sumarizează unele calități psihometrice pe care CAST le-a dovedit într-un eşantion de convenienţă care a inclus 1340 de copii, elevi de clasele a 7-a şi a 8-a din zece şcoli generale din Municipiul Iaşi (România).

Abstract

CAST (Children of Alcoholics Screening Test) is a screening-type instrument which can be used to identify children or adolescents living in families where at least one of the parents has problems with alcohol abuse. The score on this instrument can provide psychologists a first diagnostic impression on toughts, perception, emotions, and experience of children or adolescents, which are related to the alcohol abuse of one or both parents. The current study summarizes some psychometric qualities which CAST proved in a convenience sample of 1340 children, pupils in 7th and 8th grade from ten schools from Iasi city (Romania).

Scurtă prezentare a instrumentului

Testul CAST (*Children of Alcoholics Screening Test*) a fost elaborat şi dezvoltat de J. W. Jones. Este unul dintre cele mai utilizate instrumente pentru *screening*, care sunt destinate identificării indivizilor care trăiesc cu cel puţin un părinte alcoolic [4].

Instrumentul cuprinde 30 de itemi dihotomici, la care un subiect poate să răspundă cu DA/NU. Un copil care a răspuns pozitiv (DA) la cel puţin 6 itemi sau la mai mulţi poate fi considerat caz cu cel

puţin unul dintre părinţi alcoolic. După Jones, un scor total cuprins între 2 şi 5 ar putea reprezenta un indiciu pentru faptul că mediul familial al subiectului respectiv a cunoscut cel puţin o problemă legată de consumul de alcool [cf. 2].

Dacă în prezent se folosesc pentru depistarea copiilor de alcoolici alte teste mai succinte, noi am preferat acest test cu 30 de întrebări care, prin caracterul lor explicit, pot oferi un cumul informaţional de netăgăduit privitor la situaţia din familiile de alcoolici neabordabile direct. Gradul de dificultate lingvistică al itemilor este redus, astfel încât considerăm că acest test poate fi completat de orice copil cu vârstă şcolară corespunzătoare cel puţin clasei a V-a, normal alfabetizat şi fără probleme de comprehensiune a textelor. Testul se poate administra atât individual, cât şi colectiv. Timpul mediu cerut pentru completarea sa este cuprins între 5 şi 10 minute pentru studenţi, iar pentru copiii de vârstă şcolară medie completarea sa nu poate lua mai mult de 20-30 de minute.

Dezvoltat iniţial pentru scopuri clinice şi de cercetare, testul a fost ulterior îmbogăţit cu itemi care operaţionalizează o arie largă de experienţe ale copiilor, în a căror familie există cel puţin un părinte alcoolic. Scorurile la CAST oferă o imagine asupra atitudinilor, sentimentelor, percepţiilor şi experienţelor copiilor/adolescenţilor relaţionate la comportamentul alcoolic al unuia sau al ambilor părinţi [7]. Mai precis, este vorba despre stresul psihologic, expunerea la violenţa domestică a copiilor şi percepţia acestora asupra relaţiei maritale discordante asociate alcoolismului părinţilor, precum şi de încercările de a controla comportamentul parental şi de a scăpa de situaţia stresantă provocată de alcoolismul unuia sau al ambilor părinţi [4, 7].

Numeroase studii au examinat fidelitatea şi validitatea acestui instrument considerat eficient în ceea ce priveşte identificarea cazurilor de copii cu cel puţin un părinte alcoolic. Astfel, pe eşantioane americane s-au obţinut valori ridicate ale consistenţei interne atât pentru adulţi ai căror părinţi au fost alcoolici, cât şi pentru adolescenţi şi pacienţi psihiatrici trataţi în ambulatoriu pentru alcoolism [5]. În cadrul unui alt studiu, s-a găsit o fidelitate test-retest (la un interval de 2 săptămâni) de 0.76 pe un eşantion de studenţi americani [cf. 5]. În ceea ce priveşte consistenţa internă, pentru un eşantion din populaţia vorbitoare de limbă franceză, autorii adaptării în Canada au raportat un coeficient α egal cu 0,95, iar prin aplicarea metodei înjumătăţirii, un coeficient de coerenţă internă (corectat cu formula Spearman-Brown) egal cu 0,96 [2].

Scopul acestui articol

În acest articol, vom prezenta etapele parcurse şi rezultatele pe care le-am obţinut în cadrul unui studiu care a avut un pronunţat caracter metodologic şi prin care am urmărit traducerea, adaptarea din punct de vedere lingvistic şi cultural şi experimentarea testului CAST pe un eşantion de elevi din mai multe şcoli generale ieşene. Studiul literaturii de specialitate din România a relevat cvasiabsenţa preocupărilor privind calităţile psihometrice şi valoarea diagnostică a acestui instrument. Resursele materiale necesare realizării acestui studiu au fost asigurate printr-o finanţare oferită în anul 2003 de NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) din Statele Unite ale Americii. Traducerea instrumentului, colectarea şi analiza datelor au fost realizate în perioada 2003-

2004, în cadrul unui proiect de cercetare coordonat de Dr. Octavian Driga, medic primar psihiatru, preşedintele asociaţiei "Crucea Albastră" din Iaşi (România). Analize preliminare asupra unor date obţinute prin administrarea probei CAST (prevalenţa cazurilor de alcoolism în rândul părinţilor copiilor de vârstă şcolară medie din Municipiul Iaşi în funcţie de situaţia familială şi statutul ocupaţional al părinţilor) au fost publicate într-un prim articol, în anul 2005 [3]. De asemenea, într-o altă lucrare publicată în anul 2009, sunt prezentate datele unei anchete desfăşurată în rândul a 271 de elevi de clasa a VIII-a, din patru şcoli generale din Municipiul Suceava (România), care au completat proba CAST [8].

Demersul de traducere în limba română şi adaptare pentru specificul populaţiei investigate

Demersul de traducere în limba română a testului CAST şi de adaptare pentru specificul populaţiei investigate s-a desfăşurat în două faze. Într-o primă fază, doi traducători independenţi, experţi în limba şi literatura americană (cadre didactice la Catedra de limba şi literatura americană, din cadrul Facultăţii de Litere, Universitatea "Al. I. Cuza") au primit câte un formular în limba engleză a testului CAST şi un ghid care specifica aspectele pe care trebuiau să le urmărească în traducerea şi adaptarea conţinutului instrucţiunilor şi al itemilor. Aceste aspecte se refereau la: inteligibilitatea formulărilor, cursivitatea topicii în limba română, conservarea sensurilor atribuite de autor unor termeni-cheie pentru conţinutul psihologic al itemilor, evitarea formulărilor ambigue sau redundante etc. Versiunile obţinute de la cei doi traducători au fost comparate între ele, precum şi cu versiunea originală, stabilindu-se o formă aglutinată. În acest sens, am utilizat o serie de lucrări de lingvistică şi de gramatică a limbii engleze şi a limbii române, precum şi două dicţionare de psihologie. În urma comparării versiunilor prezentate de cei doi traducători, am stabilit o primă versiune de lucru în limba română.

În cea de-a doua fază, versiunea în limba română a fost dată altor doi traducători independenţi, diferiţi de cei la care am apelat în prima fază, care au avut sarcina de a o traduce în limba engleză. Retroversiunile au fost comparate între ele, precum şi cu versiunea originală, evaluându-se măsura în care conţinutul acestora s-a apropiat de versiunea originală, în limba engleză. În urma acestui demers, pentru 21 dintre cei 30 de itemi, am constatat retroversiuni cvasiidentice sau apropiate de formulările din versiunea originală. În urma evaluării realizată împreună cu traducătorii, anumiţi termeni din versiunea în limba română iniţială au fost înlocuiţi cu alţii, obţinându-se o nouă versiune.

Cea de-a doua versiune în limba română a instrumentului CAST, rezultată în urma demersului descris mai sus, a fost administrată unui număr de 46 de elevi de clasa a VIII-a de la o şcoală generală din Municipiul Iaşi, în vederea colectării unor observaţii cu privire la conţinutul şi organizarea testului. Elevii au avut sarcina de a citi cu atenţie conţinutul itemilor şi al instrucţiunilor şi de a face orice observaţie cu privire la următoarele aspecte:

- ✓ dacă instrucţiunile sunt clare, sub aspectul sarcinii de completare; dacă instrucţiunile sunt prea scurte sau conţin direcţii redundante; alte direcţii impor-

tante care ar trebui adăugate, pentru a face conţinutul instrucţiunilor mai explicit;

- ✓ dacă sunt termeni ambigui sau rar întâlniţi în limbajul curent;
- ✓ dacă itemii sunt redundanţi (formularea unui item suprapunându-se peste cea a unui alt item);
- ✓ dacă instrumentul, în ansamblu său, li se pare prea lung;

În urma analizei observaţiilor făcute de elevi, care s-au referit mai mult la exprimările greoaie din conţinutul unor itemi, o parte dintre itemi au fost revizuiţi, iar instrucţiunile reformulate, astfel încât să fie mai explicite. Forma finală a versiunii în limba română pentru CAST este prezentată în anexa prezentului articol. Ea poate fi utilizată numai cu acordul scris al celui de-al doilea autor al acestui articol.

Participanţii la studiul de factură psihometrică

Versiunea în limba română a testului CAST a fost aplicată unui număr de 1340 de elevi în clasele a VII-a şi a VIII-a, de la zece şcoli generale din Municipiul Iaşi. Unităţile de învăţământ au fost selecţionate din mai multe zone ale oraşului Iaşi, în aşa fel încât datele obţinute să fie reprezentative pentru întreg municipiul. Deoarece am luat în considerare toţi elevii din clasele ale căror diriginţi şi-au dat acordul pentru a participa la această cercetare, vom vorbi de un eşantion de convenienţă (nonprobabilist) şi nu de un eşantion aleatoriu.

Dintre participanţi, 51,9 % au fost băieţi, 45,4 % au fost fete, iar 2,7 % nu au indicat sexul. Vârstele participanţilor care au indicat această variabilă (N=950) s-au situat între 12 şi 15 ani, cu o medie de 13,75 ani (s=0,57 ani). În ceea ce priveşte situaţia familială, 82,2 % dintre elevii care au fost investigaţi au indicat provenienţa dintr-o familie nucleară, alcătuită din ambii părinţi şi dintr-un frate sau mai mulţi, 8,3% au declarat că locuiau fie cu mama şi cu un frate sau mai mulţi, fie numai cu tata şi cu un frate sau mai mulţi (proveneau dintr-o familie monoparentală, rezultată prin divorţul părinţilor), iar 9 % nu au făcut nici o indicaţie cu privire la situaţia familială.

În cazul elevilor care au precizat vârsta părinţilor, mamele aveau vârste cuprinse între 27 şi 64 de ani, cu o medie de 39,13 ani (s=4,21 ani), iar taţii aveau vârste cuprinse între 28 şi 73 de ani (m=42,05 ani, s=4,43 ani).

Tabelul 1 prezintă situaţia procentuală a ocupaţiilor părinţilor elevilor care au făcut parte din eşantionul pe care a fost experimentată proba CAST. Aceasta include şi cazurile, raportate la numărul total de elevi investigaţi, care nu au indicat ocupaţia mamei sau pe cea a tatălui.

Tabelul 1.

Distribuţia elevilor investigaţi în funcţie de ocupaţiile părinţilor

Ocupaţie părinţi	Mame	Taţi
Şomer (ă), casnic (ă)/ fără ocupaţie	19,7 %	7,3 %
muncitor necalificat/ sezonier (ă)	0,1 %	0,4 %
muncitor calificat	39,8 %	52,8 %
cadre medii (absolvenţi de liceu/şcoală postliceală)	18,1 %	12,3 %
cadre superioare	5,6 %	7,5 %
Pensionar (ă)	3,1 %	2,5 %
neprecizată	13,7 %	17,2 %

Combinând variabilele referitoare la ocupaţia mamei şi ocupaţia tatălui, am avut următoarea situaţie: ambii

părinţi şomeri sau pensionari – 2,9 %; ambii părinţi ocupaţi într-un anumit domeniu – 53,9 %; numai unul dintre părinţi ocupat într-un anumit domeniu – 22,8 % şi ocupaţia unuia sau a ambilor părinţi neprecizată – 20,4 %.

Procedura aplicată în etapa de colectare a datelor

În vederea aplicării probei CAST, diriginţii claselor selectate din şcolile care au fost incluse în studiu au fost instruiţi individual cu privire la formularele de test pe care urmau să le primească şi la instrucţiunile concrete de aplicare a acestora. Elevii au completat proba în timpul orelor de dirigenţie, după care formularele au fost înapoiate pentru prelucrarea răspunsurilor. Răspunsurile nu au fost anonime, pentru a permite investigatorilor posibilitatea de a interveni în cazul elevilor care întâmpinau probleme în familiile lor, din cauza abuzului de alcool al unuia dintre părinţi sau chiar al ambilor. Iniţial, profesorii diriginţi nu aveau nici măcar cunoştinţele minime necesare privind alcoolismul şi nu priveau această suferinţă în mod realist. S-au dovedit destul de reticenţi şi, o parte dintre ei, chiar necooperanţi. Aceştia nu credeau că ar exista cazuri de elevi cu părinţi alcoolici în clasele lor. Ulterior, în marea majoritate, s-au declarat profund surprinşi de numărul de cazuri de răspunsuri pozitive la test. În unele cazuri, profesorii chiar au avut îndoieli dacă să predea sau nu formularele de test, întrucât acestea oglindeau o situaţie dramatică neaşteptată.

Date despre caracteristicile psihometrice ale probei CAST

Pentru a asigura claritatea expunerii, vom organiza prezentarea rezultatelor în următoarele secţiuni: indicatori statistici descriptivi, comparaţia după variabila «sex», structura factorială a probei CAST, fidelitatea (consistenţa internă a itemilor şi fidelitatea prin înjumătăţire), respectiv capacitatea de discriminare a itemilor şi a probei *per* ansamblu.

Indicatori statistici descriptivi

Răspunsurile elevilor din eşantionul investigat au fost analizate, atât în ceea ce priveşte frecvenţa cazurilor de DA pentru fiecare item în parte, cât şi în ceea ce priveşte distribuţia scorurilor totale. Analiza scorurilor totale ne-a furnizat o imagine de ansamblu asupra răspândirii potenţialelor cazuri de copii care proveneau din familii în care cel puţin unul dintre părinţi avusese sau avea încă probleme legate de abuzul de acool (scoruri totale critice, adică egale cu sau mai mari decât 6). Figura 1 înfăţişează distribuţia scorurilor totale la proba CAST (numărul de răspunsuri pozitive la cele 30 de întrebări), pentru toate cele 1340 de cazuri care au fost investigate.

O observaţie evidentă este că cel puţin 1 dintre 5 copii investigaţi (21 % din numărul total de cazuri investigate) a răspuns negativ la toţi itemii din CAST (scorul total egal cu 0). Pe de altă parte, procentele de cazuri care au obţinut scoruri totale din ce în ce mai apropiate de valoarea maximă (egală cu 30) au scăzut progresiv (acest aspect se poate observa şi din distribuţia grafică prezentată în Figura 1). Valoarea medianei distribuţiei scorurilor la proba CAST, pe care le-au obţinut cei 1340 de elevi investigaţi a fost egală cu 4. De asemenea, 90,7 % dintre cazuri au obţinut un scor total egal sau mai mic cu 15, adică au răspuns afirmativ la cel mult jumătate dintre itemii probei.

Scorurile au variat între 0 (284 de cazuri) şi 27 (un caz), având o medie de 6,09 (s=6,11). Distribuţia scorurilor s-a îndepărtat de condiţia de normalitate, mai ales sub aspectul asimetriei (valoarea indicatorului *skewness* a fost egală cu 1,06, iar valoarea indicatorului *kurtosis* a fost egală cu 0,44). La prima vedere, constatăm relativa eterogenitate a distribuţiei scorurilor, în raport cu media. Astfel, coeficientul de variaţie (CV) a avut valoarea egală cu 100,32 %, sugerând o împrăştiere destul de ridicată a scorurilor, deci o reprezentativitate mai redusă a mediei distribuţiei în eşantionul investigat. Analiza exploratorie a valorilor extreme cu meniul *Explore → Outliers & Boxplots* din aplicaţia SPSS for Windows a sugerat că scorurile ≥ 24 (N=15) sunt extreme în raport cu restul distribuţiei. Eliminarea acestor scoruri a condus la o nouă distribuţie a scorurilor totale la proba CAST, având o medie egală cu 5,88 şi o abatere standard egală cu 5,8. Însă, valoarea coeficientului de variaţie s-a menţinut ridicată, fiind egală cu 98,63 % şi sugerând din nou o împrăştiere destul de ridicată a scorurilor, deci o reprezentativitate mai redusă a mediei distribuţiei. Ca urmare, am considerat că, în cazul probei CAST, media scorurilor ar putea fi puţin informativă, atunci când se urmăreşte descrierea tendinţelor în ceea ce priveşte răspunsurile la probă, pe care le-au dat copiii sau adolescenţii dintr-un eşantion bine delimitat din punct de vedere socio-demografic. În schimb, scorurile critice (care sunt egale cu sau mai mari decât o anumită valoare) ar putea avea o valoare diagnostică (de informare cu privire la anumite tendinţe) importantă pentru cercetător sau practician.

Un procent destul de ridicat dintre elevii investigaţi (43,5 % dintre toate cazurile studiate sau, cu alte cuvinte, 2 din 5 cazuri) au obţinut scoruri ≥ 6, deci limita considerată ca indicând un risc crescut legat de problemele cu abuzul de alcool ale unuia dintre sau ale ambilor părinţi. Acest procent trebuie evaluat din perspectiva problemei *fal-*

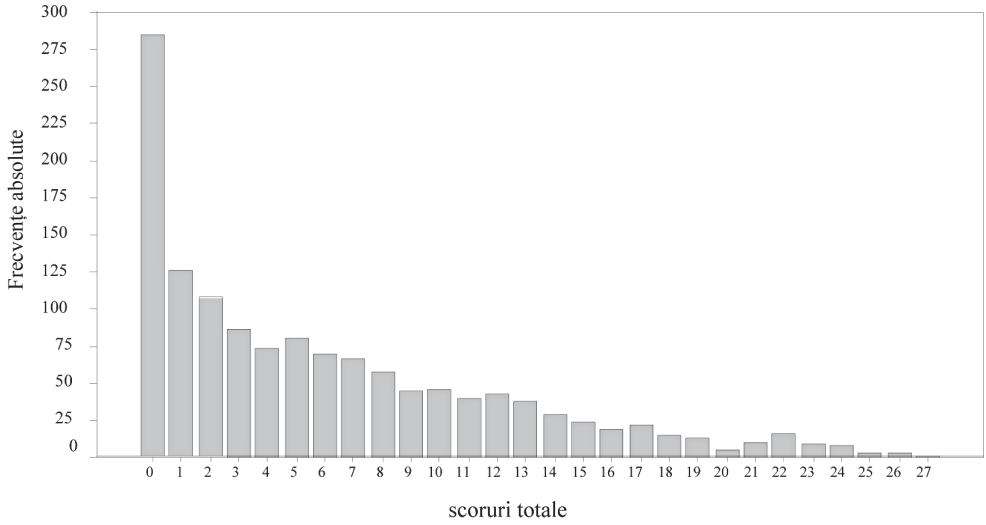


Figura 1. Distribuţia scorurilor totale la CAST în lotul investigat.

şilor pozitivi (elevi care, deşi au obţinut scoruri totale egale cu sau mai mari decât 6, care indică probleme legate de abuzul de alcool în familiile de origine, nu au, în realitate, părinţi cu probleme legate de alcoolism) şi a *falşilor negativi* (elevi care au obţinut scoruri mai mici decât 6, indicând absenţa problemelor părinţilor legate de alcoolism, dar care, în realitate, trăiesc în familii în care cel puţin unul dintre părinţi a avut sau are probleme legate de abuzul de alcool)[1]. Falşii pozitivi sunt acei copii care au răspuns pozitiv la anumiţi itemi problematici din test (aşa cum vom vedea mai jos) sau care sunt foarte sensibili chiar şi la un comportament normal al părinţilor, legat de consumul de alcool. Falşii negativi sunt acei copii care ascund problema alcoolismului unuia sau a ambilor părinţi, fiindu-le ruşine sau teamă de a nu fi excluşi din colectivitea şcolară. Identificarea celor două categorii de subiecţi este o problemă dificilă, deoarece trebuie găsit un criteriu independent de scorul la CAST (de exemplu, evidenţa referirilor către clinici specializate în tratamentul dependenţei de alcool, raportările persoanelor semnificative din reţeau socială a familiei sau ale medicilor de familie etc.). Aceasta constituie o direcţie în care trebuie efectuate cercetări, inclusiv cu proba de evaluare CAST.

Tabelul 2 prezintă, pentru fiecare dintre itemii probei CAST, frecvenţa răspunsurilor pozitive (DA), pe care le-au dat toţi elevii din eşantionul investigat, precum şi frecvenţa răspunsurilor pozitive pe care le-au dat numai elevii care au obţinut scoruri totale critice (≥ 6). Procentele au fost obţinute prin raportarea frecvenţelor răspunsurilor de DA/NU la numărul total de elevi, respectiv la numărul de elevi care au obţinut scoruri totale critice (N=584).

Tabelul 2.

Frecvenţa răspunsurilor DA la întrebările probei CAST

Itemi	Frecvenţe răspunsuri DA (lot total)	Frecvenţe răspunsuri DA în sublotul de subiecţi critici
1	319 (23,8 %)	285 (48,8 %)
2	258 (19,3 %)	246 (42,1 %)
3	286 (21,3 %)	269 (46,06 %)
4	276 (20,6 %)	262 (44,8 %)
5	137 (10,2 %)	130 (22,2 %)
6	48 (3,6 %)	48 (8,2 %)
7	299 (22,3 %)	261 (44,6 %)
8	230 (17,2 %)	213 (36,4 %)
9	393 (29,3 %)	331 (56,6 %)
10	304 (22,7 %)	270 (46,2 %)
11	291 (21,7 %)	258 (44,1 %)
12	792 (59,1 %)	552 (94,5 %)
13	190 (14,2 %)	175 (29,9 %)
14	279 (20,8 %)	261 (44,6 %)
15	109 (8,1 %)	106 (18,1 %)
16	183 (13,7 %)	176 (30,1 %)
17	112 (8,4 %)	91 (15,5 %)
18	170 (12,7 %)	152 (26,02 %)
19	723 (54,0 %)	509 (87,1 %)
20	662 (49,4 %)	481 (82,3 %)
21	65 (4,9 %)	62 (10,6 %)
22	116 (8,7 %)	110 (18,8 %)
23	617 (46,0 %)	458 (78,4 %)
24	275 (20,5 %)	231 (39,5 %)
25	39 (2,9 %)	37 (6,3 %)
26	311 (23,2 %)	278 (47,6 %)
27	29 (2,2 %)	28 (4,7 %)
28	76 (5,7 %)	75 (12,8 %)
29	294 (21,9 %)	278 (47,6 %)
30	280 (20,9 %)	237 (40,5 %)

[1] Frecvenţa falşilor pozitivi contribuie la supraestimarea prevalenţei reale a cazurilor de abuz de alcool în familiile dintr-o anumită populaţie studiată, în timp ce frecvenţa falşilor negativi contribuie la subestimarea prevalenţei reale.

Frecvenţele răspunsurilor pozitive au variat între 2,2 % (itemul 27 - „*Te-ai bătut vreodată cu fraţii şi surorile în legătură cu băutul vreunui părinte* ?”) şi 59,1 % (itemul 12 - „*Ai dorit vreodată ca un părinte să înceteze de a mai bea* ?”). O valoare ridicată a frecvenţei răspunsurilor pozitive a mai înregistrat şi itemul 19 („*Te-a supărat vreodată faptul că un părinte băuse* ?”). Un procent de 87,1 % dintre elevii care au obţinut scoruri critice la testul CAST au răspuns pozitiv la itemul 19. Prin formularea sa, acest item ar putea fi sensibil în ceea ce priveşte contribuţia la evidenţierea *falşilor pozitivi* de care am vorbit mai sus. Astfel, utilizarea termenului *vreodată*, în formularea itemului, poate fi problematică, întrucât un părinte sau altul poate fi nebăutor, consumând alcool doar ocazional, însă, chiar acele situaţii îl pot „deranja” pe copil şi îl pot determina să creadă că părintele său este alcoolic.

Aceeaşi problemă pare să o ridice itemul 12 („*Ai dorit vreodată ca un părinte să înceteze să mai bea* ?”), în cazul căruia aproximativ 60 % dintre elevii investigaţi au răspuns cu DA (94,5 % dintre elevii care au obţinut scoruri critice). Acesta, ca şi itemul 19, ar putea fi foarte sensibil la specificul vârstei, deoarece majoritatea copiilor pot avea o percepţie distorsionată cu privire la comportamentul legat de alcool al unuia sau al altuia dintre părinţi. De asemenea, itemii 20 („ *Te-a îngrijorat vreodată starea sănătăţii unui părinte, datorată băuturii* ?”) şi 23 („ *Ai dorit vreodată ca situaţia de acasă să fie la fel de bună ca în casa acelor prieteni ai căror părinţi nu beau* ?”) au înregistrat o frecvenţă procentuală a răspunsurilor de DA de peste 45 %. Aceştia au fost urmaţi de itemul 9 („ *Ai apărat pe un alt membru al familiei de un părinte care era băut* ?”), care a înregistrat o frecvenţă de aproximativ 30 % a răspunsurilor pozitive.

Am mai constatat că itemii 6, 17, 21, 25, 27 şi 28 care, pentru eşantionul total, au înregistrat cele mai scăzute frecvenţe ale răspunsurilor pozitive, au înregistrat, de asemenea, frecvenţe scăzute sau foarte scăzute ale răspunsurilor pozitive în subeşantionul reprezentat de elevii care au obţinut scoruri critice la proba CAST.

Comparaţia după variabila «sex»

Deşi fetele (N=609) au obţinut o medie (m=6.26) cu aproximativ o treime de punct mai ridicată decât media scorurilor obţinute de băieţi (N=695, m=5.93), diferenţa nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic [t(1302)= - 0,95, p>0,05]. Totodată, 44,9 % dintre fete au obţinut scoruri egale cu sau situate peste şase, iar în rândul băieţilor, 42,3 % au obţinut scoruri critice. Procentele sunt comparabile, sugerând posibile probleme cu alcoolul atât pentru o parte dintre părinţii fetelor, cât şi pentru o parte dintre părinţii băieţilor. Datele coincid cu cele raportate de autorii adaptării canadiene a probei CAST, care au găsit o diferenţă nesemnificativă între scorurile subiecţilor de sex feminin şi cele obţinute de subiecţii de sex masculin [2].

Tabelul 3 prezintă, pentru fiecare item în parte, comparaţia între proporţia de fete, respectiv cea de băieţi care au răspuns afirmativ (din totalul de fete, respectiv cel de băieţi care au parcurs itemul respectiv). În tabel, sunt prezentate şi comparaţiile fetelor cu băieţii, care au fost realizate numai pentru subeşantionul de elevi care au obţinut un scor critic la probă.

Tabelul 3.

Comparaţii în funcţie de sexul elevilor din lotul investigat

Itemi	Lot total			Elevi care au obţinut un scor total critic		
	DA - fete	DA - băieţi	z	DA - fete	DA - băieţi	z
1	155	155	1,35	139	137	0,99
2	127	125	1,29	120	120	0,72
3	147	133	2,20 *	123	140	- 0,65
4	141	130	1,96	125	132	0,17
5	67	68	0,73	66	62	0,85
6	23	24	0,31	24	23	0,39
7	150	143	1,75	127	130	0,51
8	111	114	0,85	107	101	1,20
9	203	182	2,80 **	155	169	- 0,22
10	154	141	2,15 *	126	137	- 0,15
11	151	132	2,49 *	123	130	0,16
12	414	355	6,32 ***	259	278	- 0,02
13	100	84	2,23 *	77	92	- 0,83
14	146	126	2,56 **	119	135	- 0,63
15	52	54	0,51	53	50	0,72
16	88	92	0,63	86	87	0,46
17	64	43	2,83 **	34	52	- 1,73
18	80	84	0,56	76	72	0,88
19	355	346	3,12 **	249	250	0,15
20	326	314	2,97 **	235	232	0,16
21	38	25	2,19 *	25	35	- 1,07
22	54	58	0,32	54	52	0,62
23	317	284	4,03 ***	222	224	1,41
24	148	122	2,96 **	102	126	- 1,37
25	18	18	0,39	16	18	- 0,16
26	166	134	3,44 ***	122	146	- 1,19
27	14	13	0,53	12	14	- 0,22
28	41	34	1,41	34	40	- 0,42
29	122	164	- 1,54	153	119	3,75 ***
30	154	117	3,75 ***	99	131	- 2,02

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Raportând analiza la întregul eşantion care a fost investigat, constatăm diferenţe semnificative statistic în cazul a jumătate dintre itemii probei CAST. Astfel, comparativ cu băieţii, fetele au manifestat tendinţa de a da semnificativ mai multe răspunsuri pozitive la itemii: 3 („*I-ai spus vreodată vreunuia dintre părinţi să se lase de băutură ?*”), 9 („*Ai apărat pe un alt membru al*

familiei de un părinte care era băut ?”), 10 („*Te-ai gândit vreodată să ascunzi sau să goleşti sticla cu băutură a vreunui părinte* ?”), 11 („*Te gândeşti des la problema băutului vreunui părinte* ?”), 12 („*Ai dorit vreodată ca un părinte să înceteze de a mai bea* ?”), 13 („*Te-ai simţit vreodată vinovat/-ă de faptul că vreunul dintre părinţi bea*?”), 14 („*Ţi-a fost teamă vreodată că părinţii vor divorţa, datorită băutului unuia dintre ei* ?”), 17 („*Ai avut vreodată impresia că vreun părinte a băut din cauza ta* ?”), 19 („*Te-a supărat vreodată faptul că un părinte băuse* ?”), 20 („*Te-a îngrijorat vreodată starea sănătăţii unui părinte, datorată băuturii* ?”), 21 („*Ai fost vreodată învinovăţit/-ă pentru faptul că vreunul dintre părinţi bea* ?”), 23 („*Ai dorit vreodată ca situaţia de acasă să fie la fel de bună ca în casa acelor prieteni ai căror părinţi nu beau* ?”), 24 („*S-a întâmplat vreodată ca vreun părinte să nu-şi respecte, datorită băuturii, o promisiune pe care ţi-a făcut-o* ?”), 26 („*Ai dorit vreodată să poţi vorbi cu cineva care ar putea să te înţeleagă şi să te ajute să rezolvi necazurile legate de alcool din familia ta* ?”) şi 30 („*Ai făcut vreodată acasă treburi pe care, în mod normal, ar fi trebuit să le facă un părinte dacă nu ar fi băut* ?”).

Pentru subeşantionul de elevi care au obţinut scoruri critice la proba CAST, am înregistrat o singură diferenţă semnificativă statistic (mai multe răspunsuri pozitive în cazul fetelor), şi-anume la itemul 29 („ *Ai plâns, ţi-a venit rău sau ai avut un nod în stomac de supărare că unul dintre părinţi bea*?”). Această diferenţă pare să reflecte sensibilitatea emoţională generală, mai crescută în rândul fetelor.

Structura factorială

Itemii probei CAST au fost supuşi unei analize factoriale exploratorii, prin metoda extragerii componentelor principale (eigenvalue > 1), cu rotaţie *varimax* (s-a pornit de la premisa că potenţialele dimensiuni în care se pot grupa itemii din CAST sunt independente una de alta, în ceea ce priveşte conţinutul, adică de la premisa ortogonalităţii). Tabelul 4 prezintă saturaţiile itemilor din CAST în factorii extraşi.

Rezultatele de mai sus ne-au sugerat că itemii testului s-ar putea grupa, în funcţie de conţinutul lor, în câteva dimensiuni care să explice varianţa comună a scorurilor. Într-adevăr, datele obţinute în urma extragerii componentelor principale au indicat cinci factori care au explicat împreună 47.6% din varianţa scorurilor la itemii probei CAST.

Primul factor a avut ponderea cea mai mare (15,41 %), saturând itemii: 1, 3, 4, 10, 11, 12, 19, 20, 23 şi 26. Conţinutul acestor itemi se referă la stări de îngrijorare legate de alcoolismul unuia dintre părinţi (dorinţa de a un mai bea, supărarea în legătură cu alcoolismul unuia dintre părinţi, grija în legătură cu starea de sănătate a părintelui, dorinţa ca situaţia de acasă să fie la fel de bună ca cea din casa prietenilor ai căror părinţi nu sunt alcoolici, dorinţa de a vorbi cu cineva despre problema alcoolismului unuia dintre părinţi). De aceea, factorul I a fost denumit *constatarea problemei şi frământările legate de aceasta*.

Cel de-al doilea factor a explicat 11,15 % din varianţa scorurilor la itemi, saturând itemii: 2, 5, 7, 8, 9 şi 16. Toţi aceşti itemi se referă la stări de tensiune şi la violenţa verbală şi fizică din familie, manifestări care au loc pe fondul

Tabelul 4.

Analiza factorială exploratorie pentru proba CAST *

Itemi	F I	F II	F III	F IV	F V
1	0,46	-	-	-	-
2	-	0,51	-	-	-
3	0,51	-	-	-	-
4	0,45	-	-	-	-
5	-	0,52	-	-	-
6	-	-	-	-	0,51
7	-	0,72	-	-	-
8	-	0,69	-	-	-
9	-	0,57	-	-	-
10	0,45	-	-	-	-
11	0,50	-	-	-	-
12	0,74	-	-	-	-
13	-	-	-	0,51	-
14	-	-	0,49	-	-
15	-	-	0,49	-	-
16	-	0,58	-	-	-
17	-	-	-	0,65	-
18	-	-	0,46	-	-
19	0,68	-	-	-	-
20	0,73	-	-	-	-
21	-	-	-	0,63	-
22	-	-	0,76	-	-
23	0,64	-	-	-	-
24	-	-	-	-	-
25	-	-	-	0,54	-
26	0,49	-	-	-	-
27	-	-	-	-	0,76
28	-	-	-	-	-
29	-	-	-	-	-
30	-	-	-	-	-
Procent varianţă explicată	15,41 %	11,15 %	9,75 %	6,05 %	5,21 %

* În tabel au fost trecute numai saturaţiile ale căror valori au fost egale cu sau mai mari decât 0,45.

consumului de alcool al unuia dintre părinţi. Acest factor a fost denumit *violenţă intrafamilială, pe fondul consumului de alcool al unuia dintre părinţi sau al ambilor*.

Al treilea factor a explicat 9,75 % din varianţa scorurilor la itemi, saturând itemii 14, 15, 18 şi 22. Itemii enumeraţi se referă la teama legată de divorţul părinţilor datorat alcoolismului unuia dintre ei, ruşinea faţă de tovarăşii de joacă datorată alcoolismului unuia dintre părinţi, preocuparea legată de lipsa de dragoste din partea părintelui băutor, respectiv preocuparea în legătură cu faptul că tatăl este alcoolic. Acest factor a fost denumit prin termenul *îngrijorare faţă de posibilele consecinţe negative ale abuzului de alcool în rândul părinţilor*.

Factorul IV a explicat 6,05 % din varianţa scorurilor la itemi, saturând în principal itemii: 13, 17, 21 şi 25. Aceşti itemi se referă la gândurile de îngrijorare legate de alcoolismul unuia dintre părinţi, respectiv la sentimentele de culpabilitate personală în legătură cu abuzul de alcool al unuia dintre părinţi. De aceea, am denumit factorul *sentiment de vinovăţie*.

Ultimul factor a saturat itemii 6 şi 27, explicând doar 5,21 % din varianţa scorurilor la itemii testului CAST. Cei doi itemi se referă la ameninţarea cu fuga de acasă, datorită abuzului de alcool al unuia dintre părinţi, respectiv la manifestările violente în relaţiile cu fraţii şi surorile şi care sunt relaţionate cu abuzul de alcool al unuia dintre părinţi sau al ambilor. Conţinutul psihologic al acestui factor sugerează *reacţii comportamentale asociate stresului produs de abuzul de alcool al unuia dintre părinţi sau al ambilor*.

Mai remarcăm că itemii 24, 28, 29 şi 30 nu au prezentat saturaţii deasupra limitei de 0,45 în nici unul dintre cei şase factori extraşi. Totuşi, itemul 28 (*„Ai stat vreodată plecat/-ă de aca-*

să pentru a nu te întâlni cu un părinte care băuse sau de teama supărării celuilalt?”) a prezentat o saturaţie de 0,43 în cel de-al treilea factor, precum şi o saturaţie de 0,36 în ultimul factor. La rândul lui, itemul 29 („*Ai plâns, ţi-a venit rău sau ai avut un nod în stomac, de supărare că unul dintre părinţi bea* ?”) a prezentat o saturaţie de 0,44 în primul factor, putând fi, deci, apropiat de frământările cognitive şi reacţiile emoţionale ale copilului, legate de abuzul de alcool al unuia dintre părinţi.

Rezultatele analizei factoriale întreprinse pe eşantionul de elevi investigat au evidenţiat tendinţa de grupare a 24 dintre itemii probei CAST în patru dimensiuni, şi anume: 1) constatarea legată de alcoolismul unuia dintre părinţi şi frământarea sufletească în legătură cu aceasta; 2) violenţa intrafamilială, pe fondul consumului abuziv de alcool al unuia dintre părinţi sau al ambilor; 3) îngrijorarea faţă de posibilele consecinţe negative ale abuzului de alcool în rândul părinţilor şi 4) sentimentul de vinovăţie.

Date referitoare la fidelitate

Fidelitatea pentru CAST a fost verificată prin două metode: consistenţa internă (coeficientul α) şi metoda înjumătăţirii (split-half). Consistenţa internă a unei probe unidimensionale sau a unei scale dintr-o probă de evaluare multidimensională se referă la gradul în care itemii măsoară acelaşi construct, presupus a fi măsurat prin proba sau scala respectivă [1]. Valoarea minimă recomandată pentru coeficientul de consistenţă internă a unei probe de evaluare este de 0.70 (J. L. Cronbach), pentru ca acesta să poată fi utilizat în cercetare, respectiv de 0,90 – pentru a fi utilizat în scopuri practice (de exemplu, stabilirea unui tratament sau selecţia profesională).

Pentru întregul eşantion de elevi care au răspuns la itemii probei CAST, valorile corectate ale corelaţiilor dintre scorurile la itemi şi scorul total au fost cuprinse între 0,22 (itemii 17 – „*Ai avut vreodată impresia că vreun părinte a băut din cauza ta ?*” şi 25 – „*Te-ai gândit vreodată că mama ta bea prea mult ?*”) şi 0,63 (itemii 4 – „*Te-ai simţit vreodată singur/-ă, speriat/-ă, nervos/-oasă, supărat/-ă sau înciudat/-ă pentru că vreunul dintre părinţi nu se poate lăsa de băutură ?*” şi 29 – „*Ai plâns, ţi-a venit rău sau ai avut un nod în stomac, de supărare că unul dintre părinţi bea?*”), media valorilor corelaţiilor fiind egală cu 0,48, iar mediana cu 0,53. Pentru tot eşantionul de participanţi, ca şi pentru subeşantioanele de fete şi băieţi, valoarea coeficientului de consistenţă internă a itemilor a fost egală cu 0,91. Acest rezultat indică o bună consistenţă internă a itemilor din CAST. El este comparabil cu cele obţinute pentru versiunea canadiană în limba franceză [2].

Am calculat fidelitatea probei CAST şi prin metoda înjumătăţirii. Itemii au fost distribuiţi în două jumătăţi, după principiul itemi pari – itemi impari. Apoi au fost calculate scorurile totale pentru fiecare dintre cele două jumătăţi, prin însumarea scorurilor la itemii componenţi. Distribuţiile scorurilor au fost corelate între ele, iar valorile coeficienţilor obţinute au fost corectate cu formula Spearman-Brown, care se aplică pentru a estima fidelitatea unui test de două ori mai lung decât fiecare dintre jumătăţi [1]. Atât pentru întreg lotul de elevi, cât şi pentru subloturile de fete, respectiv de băieţi, valoarea coeficientului de fidelitate prin metoda înjumătăţirii a fost 0,86 (corectată 0,92).

Valoarea fidelităţii a fost foarte bună, corecţia aplicată producând o valoare mai ridicată şi comparabilă cu cea obţinută de autorii adaptării canadiene a probei [2]. Aceste rezultate sugerează că, atunci când un studiu implică administrarea mai multor instrumente şi este nevoie de salvarea resursei de timp sau când un practician trebuie să realizeze un diagnostic complex, care implică mai multe acţiuni de evaluare psihologică, proba CAST poate fi redusă doar la 15 itemi, fără ca fidelitatea versiunii mai scurte să fie influenţată negativ.

Capacitatea de discriminare a itemilor şi a instrumentului per ansamblu

Pentru fiecare item în parte, Tabelul 5 prezintă comparaţia între proporţia răspunsurilor pozitive pe care le-au dat elevii din subeşantionul celor care au obţinut scoruri totale critice la proba CAST şi proporţia răspunsurilor pozitive pe care le-au dat elevii din subeşantionul celor care nu au obţinut scoruri critice. Aceleaşi comparaţii sunt prezentate şi pentru subeşantioanele de fete, respectiv de băieţi, împărţite în funcţie de scorul total la CAST. Aceste comparaţii au fost efectuate în vederea estimării capacităţii de discriminare a itemilor (sensibilitate). Un item bun trebuie să fie capabil să separe între subiecţii care prezintă un nivel ridicat al caracteristicii măsurată de o probă şi cei la care nivelul caracteristicii măsurată de probă este scăzut [1]. În cazul versiunii de lucru în limba română a probei CAST, am dorit să vedem care dintre itemi este sensibil în raport cu problemele legate de abuzul de alcool al unuia dintre părinţii elevilor investigaţi sau al ambilor.

Tabelul 5.

Date pentru capacitatea de discriminare a întrebărilor din proba CAST

Itemi	Lot total			Fete			Băieţi		
	$DA_{lot\ critic}$	$DA_{lot\ necritic}$	z [a]	$DA_{lot\ critic}$	$DA_{lot\ necritic}$	z [a]	$DA_{lot\ critic}$	$DA_{lot\ necritic}$	z [a]
1	285	34	20,12	139	16	14,19	137	18	13,64
2	246	12	19,36	120	5	13,78	120	7	13,29
3	269	17	20,54	123	10	13,31	140	7	15,36
4	262	14	20,32	125	5	14,32	132	9	14,24
5	130	7	12,15	66	2	8,97	62	5	8,12
6	48	0	7,23	24	0	5,13	23	0	5,0
7	261	38	17,99	127	16	12,87	130	20	12,68
8	213	17	16,58	107	7	12,14	101	10	11,06
9	331	62	21,24	155	27	14,51	169	34	15,29
10	270	34	18,97	126	15	12,89	137	17	13,75
11	258	33	18,2	123	9	13,48	130	21	12,54
12	552	240	32,26	259	96	23,23	278	136	22,32
13	175	15	14,25	77	7	9,2	92	8	10,48

14	261	18	19,86	119	7	13,35	135	11	14,32
15	106	3	11,02	53	1	7,92	50	2	7,44
16	176	7	15,13	86	6	10,22	87	1	10,97
17	91	21	7,92	34	9	4,47	52	12	6,16
18	152	18	12,44	76	8	8,95	72	8	8,63
19	509	214	27,37	249	97	20,39	250	105	19,46
20	481	181	26,32	235	79	19,83	232	94	17,35
21	62	3	7,89	25	0	5,25	35	3	5,76
22	110	6	10,94	54	4	7,48	52	2	7,63
23	458	159	25,3	52	62	1,38 [b]	224	93	16,17
24	231	44	15,33	102	20	9,77	126	22	12,02
25	37	2	5,93	16	2	3,55	18	0	4,38
26	278	33	19,7	122	12	12,94	146	20	14,35
27	28	1	5,22	12	1	3,21	14	0	3,83
28	75	1	9,14	34	0	6,23	40	1	6,63
29	278	16	21,35	153	11	16,71	119	3	13,72
30	237	43	15.85	99	18	9,77	131	23	12,42

[a] $p<0,001$; [b] $p>0,05$

Aşa cum ne-am aşteptat, toţi itemii au înregistrat o proporţie semnificativ mai ridicată a răspunsurilor pozitive pe care le-au dat elevii care au obţinut un scor total critic, comparativ cu proporţia răspunsurilor pozitive pe care le-au dat elevii care nu au obţinut un scor total critic la CAST. Doar pentru subeşantionul de fete, în cazul itemului 23, diferenţa a fost nesemnificativă statistic.

În afară de capacitatea de discriminare a itemilor unei probe de evaluare, literatura de specialitate recomandă şi studiul puterii de discriminare, numită, uneori, şi prin termenul de *sensibilitate*. Sensibilitatea este dată de capacitatea probei de a permite distincţii între persoanele examinate în privinţa caracteristicii pe care o măsoară [1]. Pentru a estima puterea de discriminare a unei probe pentru evaluare psihologică, putem apela la coeficientul propus de L. Ferguson [1, 6]. Acesta este notat cu Δ şi ia în calcul numărul de itemi ai probei, numărul de subiecţi investigaţi, precum şi frecvenţele distribuţiei scorurilor la probă. Formula de calcul este:

$$\Delta = \frac{(n+1) \cdot (N^2 - \Sigma f_i^2)}{n \cdot N^2}$$

unde: **Δ**=coeficientul lui Ferguson; n=numărul de itemi; N=numărul de subiecţi; f_i=frecvenţele de apariţie a fiecăruia dintre scorurile posibile la probă. Coeficientul **Δ** poate lua valori situate între 0 (când toţi subiecţii au obţinut acelaşi scor) şi 1 (când fiecare scor posibil la probă este obţinut de un număr egal de subiecţi). Se consideră că o probă de evaluare psihologică are o bună sensibilitate atunci când coeficientul **Δ** are o valoare mai mare de 0,90 [1].

Am calculat sensibilitatea probei CAST, aplicând formula propusă de Ferguson. Atât pentru întregul eşantion de elevi care au fost investigaţi, cât

şi pentru fiecare dintre subeşantioanele diferenţiate în funcţie de sex valoarea obţinută a fost egală cu 0,94. În concluzie, în eşantionul de elevi de vârstă şcolară mijlocie pe care l-am investigat, proba CAST a dovedit o bună capacitate de discriminare.

Direcţii pentru continuarea cercetării

În cadrul programului de cercetare cu caracter metodologic, prin care ne propunem perfecţionarea probei de evaluare CAST, mai sunt necesare:

- ✓ îmbunătăţirea traducerii în limba română a itemilor şi a adaptării conţinutului acestora pentru specificul de viaţă al familiilor din România şi pentru contextul social şi economic în care familiile îşi duc existenţa; în acest sens, apelul la metoda experţilor (psihologi, alcoologi etc.) constituie o strategie frecvent utilizată de către constructorii de instrumente pentru evaluarea psihologică; experţii pot primi sarcina de a evalua relevanţa conţinutului fiecărui item în raport cu scopul identificării cazurilor de alcoolism în rândul părinţilor, prin analiza răspunsurilor copiilor;
- ✓ clarificarea structurii factoriale a probei CAST; ţinând cont de rezultatele analizei factoriale pe care le-am prezentat în această lucrare, sugerăm necesitatea reevaluării conţinutului unor itemi din proba CAST în raport cu dimensiunea psiho-emoţională sau socială pe care tind să o exprime, pentru ca aceştia să fie mai clari şi să permită minimizarea cazurilor de *falşi pozitivi* sau *falşi negativi* (deci maximizarea capacităţii probei de a „detecta" cazurile de copii sau adolescenţi care prezintă probleme reale, datorate abuzului de alcool din partea unuia dintre părinţi sau a ambilor);
- ✓ pe baza rezultatelor analizelor factoriale, ne propunem experimentarea unor versiuni mai scurte ale probei CAST, care să fie accesibile pentru populaţiile de copii de vârstă şcolară mică sau mijlocie, respectiv pentru populaţia de adolescenţi şi să includă itemi cu cel mai relevant conţinut în raport cu scopul diagnosticării exprienţei psiho-emoţionale şi sociale a copiilor sau adolescenţilor care trăiesc în familii în care cel puţin unul dintre părinţi are probleme cu alcoolul;
- ✓ nu în ultimul rând, studiul capacităţii de discriminare a probei în raport cu situaţia de a avea sau nu în familie cel puţin un părinte alcoolic reprezintă o etapă obligatorie, dacă dorim ca proba CAST să fie utilă în practica diagnosticării cazurilor de copii care trăiesc în familii în care cel puţin unul dintre părinţi are probleme cu alcoolul şi în anticiparea unor intervenţii cu sens recuperator sau de prevenţie; aceasta presupune estimarea senzitivităţii şi a specificităţii probei CAST (indicatori ai validităţii predictive, care implică estimarea *falşilor pozitivi* şi a *falşilor negativi*), acţiune care poate fi realizată numai printr-o urmărire în timp a familiilor copiilor sau adolescenţilor dintr-un lot bine delimitat din punct de vedere socio-demografic, pentru a colecta informaţii relevante

despre istoria şi evoluţia în timp a problemelor cu abuzul de alcool pe care le pot prezenta părinţii, precum şi a complicaţiilor pe care aceste probleme le produc în alte planuri ale vieţii sistemului familial şi ale funcţionării individuale a membrilor.

Valoarea diagnostică a instrumentului

În concluzie, datele psihometrice pe care le-am obţinut pe eşantionul reprezentat de cei 1340 de elevi de vârstă şcolară medie sugerează o bună consistenţă internă a itemilor probei CAST, precum şi o bună fidelitate prin metoda înjumătăţirii. Datele analizei factoriale exploratorii sugerează tendinţa itemilor de a se grupa în patru dimensiuni referitoare la experienţele cognitive, emoţionale, atitudinal-comportamentale şi sociale, pe care le pot avea copiii care trăiesc în familii în care cel puţin un părinte abuzează de alcool. Datele pe care le-am raportat în prezenta lucrare sunt încurajatoare, sugerându-ne că proba CAST poate constitui un instrument util în practica diagnosticării cazurilor de copii sau adolescenţi care trăiesc cu cel puţin un părinte alcoolic.

Valoarea practică a probei CAST ţine de posibilitatea utilizării, cu economie de timp, în estimarea prevalenţei şi a incidenţei cazurilor de copii sau adolescenţi care întâmpină dificultăţi, datorită problemelor cu alcoolul pe care le are un părinte sau altul. Această etapă poate fi urmată de o anchetă mai amplă şi mai elaborată, cu privire la familiile cu un risc crescut legat de dependenţa alcoolică a părinţilor. Informaţiile obţinute în cadrul unei astfel de anchete pot fi valorificate de către psihologii din centrele şcolare de asistenţă psihopedagogică, în vederea proiectării şi implementării unor programe de intervenţie la nivelul instituţiilor în care activează, care să vizeze monitorizarea elevilor care provin din familii în care există probleme legate de abuzul de alcool, sub aspectul performanţelor şcolare (de exemplu, riscul pentru eşec şcolar) sau al comportamentelor şi atitudinilor pe care le manifestă în cadrul şcolii (de exemplu, devianţă şcolară).

Propunere adresată cercetătorilor şi practicienilor

Dată fiind sărăcia studiilor întreprinse în România sau Republica Moldova, care să se preocupe de valoarea diagnostică a probei CAST, precum şi a altor instrumente cunoscute (de exemplu, *Michigan Alcoholism Screening Test*/MAST), în raport cu estimarea prevalenţei şi incidenţei cazurilor de alcoolism în anumite populaţii, considerăm că datele preliminare pe care le-am prezentat în studiile noastre [vezi şi 3, 8] ar putea reprezenta un punct de interes pentru specialiştii (psihologi, asistenţi sociali, medici etc.), masteranzii şi doctoranzii interesaţi de fenomenul alcoolismului în rândul părinţilor şi de probleme în rândul copiilor, asociate acestuia. Prin prezenta lucrare, dorim să atragem interesul specialiştilor pentru perfecţionarea probei CAST care, în condiţiile unei solide fundamentări din punct de vedere psihometric, ar putea fi utilizată cu un grad sporit de încredere atât în realizarea unor anchete extinse la nivel regional, naţional sau transnaţional (care să se centreze pe problematica complexă a alcoolismului), cât şi în practica diagnostică pe care psihologii practicieni o realizează. Suntem interesaţi de orice propunere de colaborare din partea tuturor psihologilor practici-

eni, cadrelor didactice universitare sau cercetătorilor, a medicilor psihiatri sau a masteranzilor şi doctoranzilor, la care vom răspunde cu promptitudine. Adresăm această invitaţie mai ales psihologilor şcolari din Republica Moldova şi România, care ne pot ajuta în perfecţionarea din punct de vedere psihometric a probei CAST. Aceştia pot primi formulare cu proba CAST, precum şi alte chestionare pe care intenţionăm să le aplicăm împreună cu această probă, pentru a le administra în unităţile şcolare în care sunt încadraţi. În felul acesta, vor avea la dispoziţie un instrument care le poate fi util în monitorizarea situaţiilor familiale problematice ale elevilor, sarcină specifică activităţilor psihologului şcolar.

Observaţiile şi comentariile cu privire la studiul de factură psihometrică pe care l-am prezentat în acest articol, precum şi propunerile de colaboare, în vederea proiectării şi derulării altor studii care să utilizeze instrumentul CAST (de exemplu, anchete privind prevalenţa abuzului de alcool în rândul parinţilor copiilor sau adolescenţilor care constituie populaţia şcolară şi a problemelor asociate acestuia sau studii de factură metodologică care să vizeze perfecţionarea probei CAST), pot fi făcute prin expedierea unui e-mail pe adresa *robuviorel_upa@yahoo.com*.

Bibliografie

1. Albu M., (1998). *Construirea şi utilizarea testelor psihologice*. Editura Clusium, Cluj-Napoca, 344 p.

2. Charland H., Coté G., (1996). *Fidélité et validité de la version française Children of Alcoholics Screening Test (CAST)*. În: Revue Québécoise de Psychologie, vol. 17, nr. 1, p. 47-64.

3. Driga O., Robu V., (2005). *Date preliminare cu privire la incidenţa alcoolismului în familiile copiilor de vârstă şcolară medie din Municipiul Iaşi*. În: Revista de Asistenţă Socială, nr. 3-4, p. 70-78.

4. Hodgins D. C., Maticka-Tyndale E., El-Guebaly N., West M., (1993). *The CAST-6: Development of a short-form of the Children of Alcoholics Screening Test*. În: Addictive Behaviors, vol. 18, p. 337-345.

5. Hodgins D. C., Shimp L., (1995). *Identifying adult children of alcoholics: Methodological review and a comparison of the CAST-6 with other methods*. În: Addiction, vol. 90, p. 255-267.

6. Kline P., (1994). *Choisir le meilleur test*. În Beech J. R., Harding L. (Coordonatori). Tests, mode d'emploi. Guide de psychométrie (p. 125-137). Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 180 p.

7. Lease H. S., Yanico J. B. (1995). *Evidence of validity for the Children of Alcoholics Screening Test*. În: Measurement and Evaluation in Counseling and Development, vol. 27, p. 200-210.

8. Robu V., (2009). *Alcoolismul părinţilor – drama copiilor*. Câteva sugestii pentru intervenţia psihosocială. În: *Psihologie. Revistă ştiinţifico-practic*ă, nr. 4, p. 64-77. Chişinău.

ANEXĂ

Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – versiunea în limba română

Chestionarul care urmează conţine 30 de întrebări referitoare la gândurile, emoţiile şi comportamentele tale, în legătură cu anumite evenimente neplăcute care este posibil să se fi întâmplat în familia ta. Ne interesează să cunoaştem direct de la tine câte ceva din ceea ce ţi s-a întâmplat în viaţa de zi cu zi, atunci când erai acasă, cu părinţii şi fraţii tăi. Toate răspunsurile tale vor fi menţinute

în secret, astfel că nimeni nu va putea şti ce anume ai răspuns la aceste întrebări. Dacă nu doreşti să răspunzi la întrebări, nu este nici un fel de problemă. Tu decizi !

*Pentru fiecare dintre întrebările care urmează, te rugăm să răspunzi cu **DA** sau **NU**, încercuind sau bifând cu un "X" una dintre cele două variante de răspuns, după cum răspunsul la care te-ai gândit se potriveşte cel mai bine cu situaţia ta. Încearcă să răspunzi aşa cum ştii că s-au întâmplat evenimentele respective sau că ai gândit sau te-ai simţit, într-un moment sau în altul. Dacă nu vei înţelege vreun cuvânt, te rugăm să ne spui. Te vom ajuta să înţelegi cât mai bine întrebările. Este foarte important să răspunzi sincer la întrebări şi să nu omiţi niciuna.*

Aceasta este o şansă reală pentru tine de a-i ajuta pe ceilalţi să cunoască şi să înţeleagă ce se întâmplă în viaţa ta şi a familiei tale. Aşa te vom putea ajuta să depăşeşti dificultăţile prin care treci. Îţi mulţumim pentru colaborare.

Acum, te rugăm să ne spui:

Numele şi prenumele tău_____
_____

Ce vârstă ai: _____ ani În ce clasă eşti: _____ La ce şcoală: _____
_____

Cu cine locuieşti acasă (de ex: un părinte, ambii, fraţi şi surori): _____
_____

Sunt părinţii tăi despărţiţi (divorţaţi) ?
Da o Nu o (Alte situaţii_____)
Ce vârstă are mama ta (aproximativ): _____ ani
Ce vârstă are tatăl tău (aproximativ): _____ ani
Cu ce se ocupă mama ta, în prezent: _____
Cu ce se ocupă tatăl tău, în prezent: _____

Încercuieşte sau bifează cu un "X" varianta de răspuns (**DA** sau **NU**) care descrie cel mai bine situaţia din familia ta

1.	Te-ai gândit vreodată că vreunul dintre părinţii tăi bea prea mult ?	DA	NU
2.	S-a întâmplat să nu poţi dormi pentru că vreunul dintre părinţi băuse ?.....	DA	NU
3.	I-ai spus vreodată vreunuia dintre părinţi să se lase de băutură ?	DA	NU
4.	Te-ai simţit vreodată singur(ă), speriat(ă), nervos(oasă), supărat(ă) sau înciudat(ă) pentru că vreunul dintre părinţi nu se poate lăsa de băutură ?.....	DA	NU
5.	Te-ai certat sau te-ai luptat cu vreun părinte, când era băut ?	DA	NU
6.	Ai ameninţat că fugi de acasă, datorită băutului unui părinte ?	DA	NU
7.	A ţipat sau te-a lovit un părinte beat pe tine sau pe altcineva din familie ?.....	DA	NU

8.	Ai auzit părinţii bătându-se, când unul dintre ei era băut ?.....	DA	NU
9.	Ai apărat pe un alt membru al familiei de un părinte care era băut?	DA	NU
10.	Te-ai gândit vreodată să ascunzi sau să goleşti sticla cu băutură a vreunui părinte ?	DA	NU
11.	Te gândeşti des la problema băutului vreunui părinte ?	DA	NU
12.	Ai dorit vreodată ca un părinte să înceteze de a mai bea ?	DA	NU
13.	Te-ai simţit vreodată vinovat(ă) de faptul că vreunul dintre părinţi bea?.....	DA	NU
14.	Ţi-a fost teamă vreodată că părinţii vor divorţa datorită băutului unuia dintre ei ?.....	DA	NU
15.	S-a întâmplat să nu mergi la joacă sau altundeva cu prietenii, datorită ruşinii că vreunul dintre părinţi bea ?.....	DA	NU
16.	Ai fost vreodată amestecat(ă) în cearta sau bătaia părinţilor, atunci când vreunul era băut ?	DA	NU
17.	Ai avut vreodată impresia că vreun părinte a băut din cauza ta ?	DA	NU
18.	Ai simţit vreodată că părintele tău, care băuse, nu te iubea destul ?	DA	NU
19.	Te-a supărat vreodată faptul că un părinte băuse ?	DA	NU
20.	Te-a îngrijorat vreodată starea sănătăţii unui părinte, datorată băuturii ?.....	DA	NU
21.	Ai fost vreodată învinovăţit(ă) pentru faptul că vreunul dintre părinţi bea ?.....	DA	NU
22.	Te-ai gândit vreodată că tatăl tău ar fi un alcoolic ?	DA	NU
23.	Ai dorit vreodată ca situaţia de acasă să fie la fel de bună ca în casa acelor prieteni ai căror părinţi nu beau ?.....	DA	NU
24.	S-a întâmplat vreodată ca vreun părinte să nu-şi respecte, datorită băuturii, o promisiune pe care ţi-a făcut-o ?.....	DA	NU
25.	Te-ai gândit vreodată că mama ta bea prea mult ?.....	DA	NU
26.	Ai dorit vreodată să poţi vorbi cu cineva care ar putea să te înţeleagă şi să te ajute să rezolvi necazurile legate de alcool din familia ta ?	DA	NU
27.	Te-ai bătut vreodată cu fraţii şi surorile în legătură cu băutul vreunui părinte ?.....	DA	NU
28.	Ai stat vreodată plecat(ă) de acasă, pentru a nu te întâlni cu un părinte care băuse sau de teama supărării celuilalt părinte ?.....	DA	NU
29.	Ai plâns, ţi-a venit rău sau ai avut un nod în stomac, de supărare că unul dintre părinţi bea ?.....	DA	NU
30.	Ai făcut vreodată acasă treburi pe care, în mod normal, ar fi trebuit să le facă un părinte, dacă nu ar fi băut ?.....	DA	NU

Copyright © 2012 by Octavian Driga & Viorel Robu

PSIHOLOGIA FAMILIEI

PREDICTORI AI ADAPTĂRII LA RELAȚIA MARITALĂ ÎN RÂNDUL ADULȚILOR. ROLUL EXPERIENȚELOR TRĂITE ÎN FAMILIA DE ORIGINE

PREDICTORS OF ADJUSTMENT TO MARITAL RELATIONSHIP AMONG ADULTS. THE ROLE OF EXPERIENCES LIVED IN FAMILY-OF-ORIGIN

Maria Nicoleta TURLIUC, Antoaneta Andreea MURARU

Termeni-cheie: adulţi, adaptare la relaţia maritală, experienţe trăite în familia de origine, model predictiv.

Rezumat

Principalul obiectiv teoretic al acestui studiu este oferită de modelul multigeneraţional al lui Bowen, conform căruia experienţele pe care indivizii umani le au în familia de origine reprezintă o moştenire care tinde să le influenţeze dezvoltarea de-a lungul vieţii, inclusiv în ceea ce priveşte relaţiile romantice. Utilizând analiza de regresie liniară multiplă, am explorat contribuţia pe care percepţia cu privire la coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine o are în predicţia adaptării la relaţia maritală în rândul adulţilor. Participanţii (N = 299) au completat mai multe chestionare, însă în acest studiu vom prezenta datele care au fost colectate cu: Scalele pentru Evaluarea Adaptabilităţii şi Coeziunii Familiei (FACES), care au fost adaptate pentru a măsura percepţia actuală a participanţilor despre experienţele pe care le-au trăit în familia de origine şi Scala Revizuită pentru Evaluarea Adaptării Diadice (RDAS) care măsoară trei faţete ale adaptării maritale. Nu am obţinut diferenţe semnificative între femei şi bărbaţi, în ceea ce priveşte variabilele observate. Vârsta participanţilor, împreună cu adaptabilitatea şi coeziunea din familia de origine au fost predictori semnificativi, explicând 8,2 % din varianţa nivelului global al adaptării maritale. De asemenea, vârsta a fost predictor semnificativ al satisfacţiei faţă de relaţia maritală, în timp ce coeziunea din familia de origine a fost predictor semnificativ pentru consensul marital, iar adaptabilitatea din familia de origine a fost predictor semnificativ pentru coeziunea în cadrul relaţiei maritale. Sunt discutate unele implicaţii pe care rezultatele le au pentru consilierea şi terapia maritală.

Abstract

The main theoretical background of this study comes from Bowen's multigenerational model, according to which experiences individuals had in family-of-origin represents a legacy which tends to influence their life-span development, including the romantic relationships. Using multiple linear regression analysis, we explored the contribution perceived cohesion and adaptability of family-of-origin have in prediction of adjustment to marital relationship among adults. The participants (N = 299) filled out several questionnaire, but in this study we will present data which were

collected with: The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES), which were adapted to measure actual perception participants have about experiences they lived in family-of-origin and Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS), as a measure of three facets of marital adjustment. There were no differences between women and men in observed variables. The participants' age, along with family-of-origin cohesion and adaptability were significant predictors, accounting for 8,2 % of global marital adjustment. Also, age was significant predictor of marital satisfaction, while family-of-origin cohesion was significant predictor of marital consensus and family-of-origin adaptability was significant predictor of marital cohesion. Some implications results have for marital counseling and therapy are discussed.

Concepte teoretice cheie

În ciuda criticilor care au fost adresate studiilor empirice, în baza unor neajunsuri de ordin metodologic, conceptul de *adaptare maritală*, ca şi conceptele relaţionate acestuia (de exemplu: satisfacţie maritală, fericire maritală, calitate a relaţiei maritale), reprezintă una dintre variabilele dependente cel mai frecvent studiate în psihologia cuplului. Deşi unii critici au făcut apel pentru abandonarea conceptului, majoritatea cercetătorilor din domeniul psihologiei cuplului şi familiei au continuat să studieze problematica complexă a adaptării maritale [23]. La jumătatea anilor 1970, Graham B. Spanier cita peste 150 de studii empirice, în care adaptarea maritală era măsurată şi relaţionată cu alte concepte din sfera funcţionării cuplului [cf. 24].

Adaptarea partenerilor la relaţia maritală în care sunt implicaţi comportă mai multe faţete, precum: modul în care aceştia comunică şi îşi exprimă afectivitatea, măsura în care sunt satisfăcuţi de viaţa de cuplu în general sau de diverse aspecte ale acesteia, măsura în care partenerii maritali îşi asumă angajamentul unul faţă de altul etc. Mariajul implică o realitate relaţională complexă. Cei doi parteneri trebuie să-şi satisfacă o varietate de nevoi nu întotdeauna congruente, a căror prioritate trebuie negociată. A. Napier exprimă într-un mod succint, dar sugestiv provocările relaţiei maritale: „Mariajul implică ca cei doi parteneri să înveţe să trăiască, în acelaşi timp, separat şi împreună, să înveţe să-şi distribuie puterea, să înveţe să se distreze şi să muncească împreună şi [pentru unii] poate cea mai importantă dintre toate provocările, să înveţe să crească o altă generaţie" [15, p.29].

Spanier foloseşte în mod direct conceptul de adaptare maritală, criticând absenţa acordului între cercetători, în ceea ce priveşte utilizarea unor termeni, precum: adaptare maritală, satisfacţie maritală, succes al relaţiei maritale sau stabilitate maritală [24]. Pentru a circumscrie semnificaţia adaptării maritale, Spanier a utilizat termenul *calitate a relaţiei maritale* care, totuşi, are un conţinut psihologic diferit, necircumscriind un proces dinamic care implică reacţii, atitudini şi comportamente exprimate de către partenerii maritali, ci, mai degrabă, rezultatul evaluărilor pe care partenerii maritali le fac cu privire la diverse aspecte ale funcţionării relaţiei maritale. Potrivit lui Spanier [24], adaptarea maritală sau cea a cuplurilor constituite prin coabitare poate fi văzută fie ca un proces dinamic care are loc într-un cuplu şi care prezintă o dimensiune calitativă (referitoare la anumite caracteristici ale cuplului sau la calitatea inter-

acţiunilor) care, în orice moment, poate fi evaluată pe un continuum. Spanier a conceptualizat adaptarea ca un proces al cărui rezultat este determinat de nivelul: a) divergenţelor care apar între partenerii unei diade; b) tensiunilor interpersonale şi anxietăţii personale; c) satisfacţiei faţă de relaţia diadică; d) coeziunii dintre parteneri; e) consensului în probleme de importanţă majoră pentru funcţionarea diadei. Pentru măsurarea faţetelor adaptării maritale, Spanier [24] a propus un instrument cu 32 de itemi – Dyadic Adjustment Scale (DAS) – care avea să devină una dintre cele mai utilizate măsură în domeniul studiilor despre mariaj [22]. Scorul global la acest instrument de evaluare psihologică poate fi considerat un indicator al adaptării maritale, în timp ce scorurile la cele trei dimensiuni (consens, coeziune şi satisfacţie maritală) oferă informaţii mai specifice, referitoare la diverse faţete ale adaptării maritale. *O versiune scurtă (Revised Dyadic Adjustment Scale/RDAS) a acestui instrument, care a fost propusă de Dean M. Busby şi colaboratorii săi [5], a fost utilizată în prezentul studiu, pentru măsurarea nivelului faţetelor adaptării maritale în rândul adulţilor căsătoriţi.*

În cadrul studiilor empirice, adaptarea maritală a fost relaţionată cu o varietate de variabile socio-demografice ale partenerilor maritali [14], abilităţile personale, precum competenţa în relaţiile interpersonale [7], stările emoţionale negative, precum depresia [26], dispoziţiile personalităţii [2], experienţele pe care aceştia le-au trăit în mediul familiei de origine [21, 27] etc. Toate aceste variabile au fost considerate ca potenţiali predictori ai adaptării maritale. *În acest studiu, interesul nostru s-a concentrat asupra percepţiei adulţilor căsătoriţi cu privire la experienţele pe care le-au trăit în familiile de origine.*

În sensul cel mai larg, *familia de origine* se referă la familia naturală a unui individ (formată dintr-o mamă, un tată şi, eventual, unul sau mai mulţi copii), în care acesta s-a născut sau a fost adoptat [16]. În cultura românească, sensul comun atribuit familiei de origine se referă la familia în care un individ se naşte şi creşte, precum şi la raporturile parentale şi filiale, care predomină în primele perioade ale dezvoltării ontogenetice. Specialiştii în domeniul psihologiei cuplului şi familiei, ca şi psihoterapeuţii susţin importanţa pe care familia de origine o are în transmiterea şi menţinerea modelelor de relaţionare între membrii unui sistem familial, în diferite etape ale ciclului vieţii de familie [21]. Familia de origine reprezintă spaţiul în care se structurează majoritatea experienţelor individuale, unele dintre acestea rămânând rezistente la schimbare până la vârsta de adult.

Dacă pionierii terapiei de familie recunoşteau că indivizii umani sunt „produse” ale contextului social în care se nasc şi evoluează, ei îşi limitau însă atenţia doar la familia nucleară. Terapia sistemică de familie propusă de Murray Bowen a reprezentat, de departe, cea mai comprehensivă viziune asupra comportamentului şi problemelor individului uman, întrucât s-a concentrat mult mai mult pe sufletul şi mintea membrilor unui sistem familial, pe care i-a plasat într-un context familial mai larg, considerând că acesta a modelat şi continuă să modeleze viaţa de familie [3, 17]. Din perspectiva tradiţională a sistemului conceptual şi intervenţionist propus de Bowen, familia de origine are o influenţă majoră în configurarea

şi dezvoltarea personalităţii individului uman, fiind considerată unul dintre factorii - cheie care contribuie la apariţia şi/sau menţinerea problemelor emoţionale nerezolvate şi a vulnerabilităţii copiilor, care, ulterior, devin adulţi. Bowen a arătat că modelele de interacţiune şi de adaptare tind să se transmită de la părinţi la copii, influenţând, ulterior, dezvoltarea emoţională şi socială a copiilor, ajunşi adolescenţi, tineri şi, apoi, adulţi. Experienţele pe care un individ le trăieşte în familia de origine, atunci când este copil sau adolescent, tind să se reflecte în abilitatea acestuia de a acţiona la nivelul de autonomie specific vârstei sale şi de a stabili relaţii mature şi responsabile cu alte persoane, inclusiv cu potenţialii parteneri maritali [21]. *Prin urmare, conectarea adaptării maritale cu perspectiva multigeneraţională propusă de Bowen reprezintă o perspectivă teoretică care poate oferi noi nuanţe pentru interpretarea dinamicii complexe a procesului prin care indivizii umani se adaptează la viaţa maritală.*

Pornind de la perspectiva multigeneraţională a dezvoltării individului propusă de Bowen, Sabatelli şi Bartle-Haring au testat un model al relaţiei dintre experienţele din familia de origine ale adulţilor căsătoriţi şi adaptarea acestora la relaţia maritală [21]. Autorii au fost interesaţi de modul în care experienţele din familia de origine ale unuia dintre partenerii cuplului marital şi experienţele din familia de origine ale celuilalt partener influenţează experienţa mariajului, pentru fiecare dintre cei doi soţi. Datele au sugerat că, pentru ambii parteneri, experienţele din familia de origine tind să fie predictori semnificativi ai nivelului adaptării maritale. De asemenea, datele au sugerat că experienţele pe care soţiile le au în familiile lor de origine tind să fie mai puternic relaţionate atât cu percepţiile lor despre mariaj, cât şi cu percepţiile partenerilor (soţilor) despre mariaj, comparativ cu experienţele pe care soţii le trăiesc în familiile lor de origine. La rândul lor, Whitton şi colaboratorii au fost interesaţi de modul în care modelele de interacţiune din familia de origine influenţează calitatea interacţiunilor maritale ale adulţilor, precum şi nivelul adaptării acestora la relaţia maritală [27]. Autorii au urmărit testarea unei ipoteze bazate pe teoria învăţării sociale, potrivit căreia modalităţile de rezolvare a conflictelor inerente relaţiei maritale sunt învăţate de către parteneri în cadrul experienţelor pe care le trăiesc în familia de origine. În acest scop, autorii au colectat date observaţionale, în cadrul unui design longitudinal. La vârsta de 14 ani, 146 de adolescenţi din două grupuri (unul clinic şi altul nonclinic, echivalat) au completat mai multe chestionare şi interviuri, la care s-a adăugat o sarcină de interacţiune de familie pe care au rezolvat-o în laborator. Dintre aceştia, 47 au completat după 17 ani un inventar pentru evaluarea adaptării maritale şi au rezolvat o sarcină de interacţiune conflictuală cu partenerul marital. Rezultatele au arătat că nivelul ostilităţii şi al angajamentului pozitiv, exprimat de către părinţi şi adolescenţi în timpul interacţiunilor familiale a tins să coreleze pozitiv şi semnificativ cu nivelul ostilităţii şi al angajamentului pozitiv exprimat de către subiecţii care au fost urmăriţi în timp şi de către partenerii acestora. Ostilitatea din familia de origine a fost un predictor robust al comportamentelor de interacţiune ale subiecţilor în cadrul relaţiei maritale. Această variabilă a prezis pozitiv ostilitatea din relaţia maritală şi negativ angajamentul, atunci când au fost controlate tulburări-

le dispoziționale şi de comportament pe care le prezentau subiecții la evaluarea inițială, respectiv nivelul angajamentului din cadrul familiei de origine. Rezultatele acestui studiu sugerează o influență pe termen lung pe care modelele de comunicare din familia de origine, mai ales cele bazate pe ostilitate, le au asupra modului în care indivizii umani funcționează în relațiile intime de la vârsta adultă.

La mijlocul anilor 1970, David H. Olson şi colaboratorii săi au propus *modelul circumplex al adaptabilității şi coeziunii unui sistem familial* şi, în baza acestuia, un instrument (Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale/FACES) pentru evaluarea celor două dimensiuni referitoare la experiențele pe care „actorii" unui sistem familial le trăiesc. Ajuns astăzi la cea de-a patra versiune, modelul FACES s-a dovedit a fi foarte coerent şi bine închegat din punct de vedere teoretic, fiind susținut de numeroase dovezi empirice [8, 18, 19]. De-a lungul timpului, modelul a fost cel mai frecvent utilizat în studiile din domeniul psihologiei familiei, fiind publicate peste 700 de studii care au utilizat această paradigmă explicativă şi descriptivă [cf. 19]. De asemenea, au fost aduse dovezi empirice pentru utilitatea modelului în domeniul evaluării clinice, al planificării şi realizării consilierii şi terapiei de familie, respectiv al evaluării rezultatelor diverselor tehnici cunoscute în domeniul terapiei de familie. *Între anii 1985 şi 1996, a fost dezvoltată cea de-a treia versiune a modelului (FACES III), pe care am utilizat-o în studiul nostru, ca paradigmă pentru operaționalizarea percepției participanților în legătură cu experiențele pe care le-au trăit în familia de origine.*

Cele trei dimensiuni incluse în ultimele două versiuni ale modelului (coeziunea, adaptabilitatea/flexibilitatea şi comunicarea) au fost considerate de către specialiştii în domeniul psihologiei şi al psihoterapiei de familie ca fiind cele mai relevante pentru înțelegerea şi abordarea terapeutică a unui sistem marital sau familial. Comunicarea nu se referă la o dimensiune propriu-zisă a sistemului familial, ci este, mai degrabă, o variabilă facilitatoare, care ajută un sistem familial să-şi ajusteze nivelurile coeziunii şi adaptabilității, în funcție de diversele sarcini de dezvoltare sau solicitări stresante [19]. De aceea, instrumentul FACES nu conține itemi direcți, pentru operaționalizarea comunicării dintre membrii unui sistem familial. Coeziunea unui sistem familial reprezintă măsura în care membrii vor şi reuşesc să stea împreună (de exemplu, să realizeze unele activități comune sau să coopereze pentru atingerea unor scopuri), dar, în acelaşi timp, să delimiteze şi să mențină granițe foarte clare între ei, făcând posibilă funcționalitatea sistemului familial [Olson, Portner şi Lavee, 1985; cf. 8]. Conceptul trimite către cel referitor la *permeabilitatea granițelor*, pe care Salvador Minuchin l-a utilizat în abordarea structurală a terapiei de familie, pe care a propus-o şi care a stat la baza modelului FACES. La rândul ei, *adaptabilitatea* sau *flexibilitatea* este definită ca abilitatea unui sistem familial de a-şi schimba structura rolurilor de putere şi regulile, în funcție de diversele situații stresante (previzibile sau nu), care pot apărea în evoluția sa [8]. Conceptul poate fi relaționat cu alte concepte referitoare la puterea manifestată în cadrul unui sistem familial (care poate fi bazată pe asertivitate, control sau pe modalități de disciplinare a copiilor), stilurile de negociere

ale membrilor sistemului familial sau regulile care guvernează relaţiile dintre aceştia.

Studiile empirice, de natură cantitativă sau calitativă, au condus la concluzii diferite în ceea ce priveşte relaţia dintre adaptabilitate şi coeziune, respectiv o serie de faţete ale dinamicii relaţiilor dintre membrii familiei [4, 8, 18]. Astfel, în timp ce destul de multe studii, care au pornit fie de la teoria generală a sistemelor, fie de la analiza sociologică de tip funcţional, care a luat în calcul influenţa unor variabile exogene sistemului familial (cum ar fi schimbările la nivelul sistemului social) au descoperit relaţii curbilineare între nivelul adaptabilităţii şi cel al coeziunii, respectiv variabile precum satisfacţia maritală, satisfacţia faţă de viaţa de familie, percepţia cu privire la calitatea vieţii de familie, calitatea comunicării între membrii sistemului familial, altele, bazându-se pe un model orientat către variabilele dezvoltării individului uman, au găsit relaţii lineare pozitive (creşteri la nivelul adaptabilităţii şi al coeziunii tind să se asocieze unor creşteri în ceea ce priveşte indicatorii dinamicii sistemului familial). Autorii au încercat să rezolve această controversă, propunând ideea că sistemul familial nu este unul static, motiv pentru care nivelul adaptabilităţii şi al coeziunii reprezintă expresia schimbărilor dinamice care intervin în interiorul unui sistem familial, relaţia dintre aceste faţete şi indicatorii dinamicii sistemului familial putând să evolueze în funcţţe de aceste schimbări [4]. În opinia noastră, atunci când avem de-a face cu scopuri de cercetare, evaluarea adaptabilităţii şi a coeziunii printr-o abordare de tip categorial poate fi la fel de utilă ca şi abordarea prin utilizarea unui tratament pe o scală continuă a valorilor (aşa cum am procedat în studiul de faţă, pentru scorurile brute la FACES III), fără a mai opera o postcodificare, pentru a încadra – din perspectiva fiecărui membru al sistemului familial – caracteristica familială referitoare la adaptabilitate sau la coeziune în una dintre condiţiile extreme descrise de modelul FACES. În schimb, în scopul intervenţiei clinice în lucrul cu familiile, evaluarea categorială poate deveni prea restrictivă şi, adesea, "demoralizantă" pentru persoanele care solicită asistenţă, deoarece poate crea senzaţia de etichetare şi poate produce blocaje în procesul terapeutic. *În prezentul studiu, scalele FACES III au fost adaptate, pentru a operaţionaliza percepţia participanţilor cu privire la coeziunea şi adaptabilitatea prin care s-a caracterizat sistemul familiei de origine.*

Scopul prezentului studiu

Dezvoltarea indivizilor umani are loc în anumite ecosisteme care interacţionează între ele (ecosistemul familiei de origine, cel reprezentat de diada maritală şi diadele dintre părinţi şi copii, în cadrul familiei pe care un individ şi-o formează, ecosistemul relaţiilor de prietenie pe care familia sau diada maritală le dezvoltă cu alte familii/cupluri, ecosistemul socio-cultural şi economic, în care un cuplu sau o familie se formează şi evoluează etc.). Ecosistemele care influenţează dezvoltarea individului uman, de-a lungul vieţii, intervin şi în procesul alegerii partenerilor romantici, inclusiv a celui marital, respectiv în procesul adaptării indivizilor umani la relaţiile romantice de la vârsta adultă. Privitor la această topică de cercetare în domeniul psihologiei mariajului, literatura de specialitate a luat în calcul trei categorii de factori [14]: a) variabilele relaţionate cu mediul

din familia de origine a fiecăruia dintre partenerii maritali; b) variabilele care ţin de contextul socio-demografic, cultural şi economic, precum şi de trăsăturile personale şi comportamentele partenerilor (de exemplu, caracteristicile socio-demografice ale partenerilor maritali, starea sănătăţii în plan fizic şi mental, dispoziţiile personalităţii, istoria experienţelor premaritale, contextul carierei profesionale a fiecăruia dintre parteneri sau circumstanţele politice etc.); c) variabilele care ţin de contextul curent, în care cuplul marital se formează şi evoluează (procesele interacţionale dinamice, care au loc în cadrul relaţiei maritale).

În prezentul studiu, de natură corelaţională, interesul nostru s-a concentrat asupra variabilelor relaţionate cu mediul din şi viaţa în familia de origine a fiecăruia dintre partenerii maritali. Principala premisă teoretică este oferită de modelul multigeneraţional al lui Bowen, conform căruia experienţele pe care indivizii umani le au în familia de origine reprezintă o moştenire care tinde să le influenţeze dezvoltarea de-a lungul vieţii, inclusiv în ceea ce priveşte dinamica relaţiilor romantice în care se implică [21]. De fapt, încă de la sfârşitul anilor 1970, Robert A. Lewis şi Graham B. Spanier afirmaseră că nivelul calităţii relaţiei maritale pe care părinţii o au tinde să se asocieze pozitiv şi semnificativ cu nivelul calităţii relaţiilor maritale în rândul copiilor [cf. 14]. Utilizând un *design* transversal şi analiza de regresie liniară multiplă, ne-am propus explorarea contribuţiei pe care două dintre caracteristicile dinamicii experienţelor pe care partenerii maritali le-au trăit în familia de origine – coeziunea şi adaptabilitatea – o au în explicarea diferenţelor interindividuale dintre adulţii căsătoriţi în ceea ce priveşte adaptarea la relaţia maritală curentă. Cercetările anterioare (dintre care multe şi-au bazat concluziile pe planuri de cercetare longitudinale) au vizat relaţiile dintre anumite variabile care sunt indicatori ai funcţionării mariajului părinţilor (de exemplu, rata divorţului sau frecvenţa conflictelor dintre părinţi) sau ai calităţii interacţiunilor dintre părinţi şi copii, respectiv anumiţi indicatori ai calităţii şi stabilităţii mariajului copiilor, atunci când aceştia ajung adulţi [14]. În prezentul studiu, noutatea abordării constă în utilizarea a două dintre cele mai cunoscute paradigme explicative şi de măsurare, care au fost elaborate în domeniul psihologiei cuplului marital şi al familiei: modelul multidimensional al adaptării maritale propus de Spanier [24] şi modelul circumplex al coeziunii şi adaptabilităţii unui sistem familial, care a fost propus de David H. Olson şi colaboratorii săi [18, 19].

Participanţi

Participanţii au fost recrutaţi printr-un plan de eşantionare de convenienţă, nonprobabilistă din diferite medii ocupaţionale (educaţie, administraţie publică, servicii, studenţi etc.). Un criteriu important de includere în studiu a unui potenţial participant a fost ca acesta să facă parte dintr-un cuplu marital constituit de cel puţin un an. Aşa cum sugerează unii autori [9], primul an de căsătorie pare să fie cea mai dificilă perioadă prin care doi parteneri trec, întrucât chiar dacă cuplul are un *background* cultural similar, partenerii provin din familii diferite, ale căror obişnuinţe de viaţă cotidiană, sarcini domestice, ideologii etc. pot diferi. Totodată, partenerii maritali pot avea expectanţe diferite referitoare la relaţie, precum şi diferite valori referitoare la viaţă, creşterea copiilor, roluri

de gen, sexualitate etc. Nu întâmplător, multe cupluri întâmpină dificultăţi majore în primul an de relaţie, iar unele ajung la divorţ.

Baza de date pe care s-a lucrat a inclus protocoalele cu răspunsuri pentru un număr de 299 de adulţi (193 de femei şi 106 bărbaţi) români (92,3 %), aromâni (0,3 %) sau maghiari (0,3 %), cu vârste cuprinse între 20 şi 60 de ani (m = 35,87 ani; mediana = 35 ani; s = 7,9 ani). Vârstele femeilor nu au diferit semnificativ de cele ale bărbaţilor (t = -0,05; p = 0,95). Coeficientul *d*, propus de Jacob Cohen, reprezintă indicatorul mărimii efectului pentru comparaţia mediilor pe care două grupuri sau eşantioane independente le-au obţinut la aceeaşi caracteristică, măsurată prin aceeaşi metodă. Au fost sugerate următoarele repere pentru interpretarea semnificaţiei valorii coeficientului *d*: 0.20 – efect scăzut, 0.50 – efect moderat, 0.80 – efect ridicat [6]. În cazul diferenţei dintre femei şi bărbaţi, în ceea ce priveşte vârsta, mărimea efectului a fost foarte scăzută (*d* = 0,01). Peste 88 % dintre participanţi îşi aveau rezidenţa în mediul urban şi doar 5,7 % în mediul rural (restul nu au indicat mediul de rezidenţă). Majoritatea dintre participanţi erau creştini-ortodocşi (89,6%), restul împărţindu-se între catolici (5 %), protestanţi (1,7 %) sau alte religii (3 %). Repartiţia participanţilor în funcţie de nivelul ultimelor studii pe care le absolviseră s-a prezentat, după cum urmează: liceu (12,4 %), studii postliceale (7,7 %), facultate (45,5 %), master (31,4 %), doctorat (2,7 %), studii neprecizate (0,3 %). Nouăzeci şi patru la sută dintre participanţi erau căsătoriţi pentru prima dată, iar restul recăsătoriţi. Peste 68 % dintre participanţi aveau în întreţinere, alături de partenerul de viaţă, cel puţin un copil. La căsătoria cu actualul partener, participanţii avuseseră, în medie, 25,68 ani (s = 4.19 ani; amplitudine între 18 şi 48 de ani). În ceea ce priveşte repartiţia participanţilor în funcţie de experienţa în actuala căsnicie, situaţia s-a prezentat, după cum urmează: între 1 şi 5 ani (39,8 %), între 6 şi 10 ani (19,4 %), între 11 şi 15 ani (14,4 %), între 16 şi 20 de ani (8,4 %), peste 20 de ani (17,7 %), fără răspuns la întrebare (0,3 %).

Instrumentele şi procedura pentru colectarea datelor

Datele socio-demografice care au fost colectate de la participanţi au inclus: vârsta, sexul, mediul de rezidenţă, statutul marital, numărul de copii pe care un participant îi avea în creştere, alături de actualul partener marital, ultimele studii absolvite, etnia, religia, profesia, ocupaţia, vârsta pe care participantul o avusese în momentul căsătoriei cu actualul partener, respectiv experienţa în actualul mariaj.

Scala pentru Evaluarea Adaptabilităţii şi Coeziunii Familiei. Pentru evaluarea percepţiei actuale pe care participanţii o aveau cu privire la caracteristicile sistemului familiei de origine, am adaptat consemnul şi timpul verbelor din conţinutul itemilor celei de-a treia versiuni a Scalelor pentru Evaluarea Adaptabilităţii şi Coeziunii Familiei (The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales/FACES). Versiunea originală, în limba engleză, a fost preluată integral dintr-o teză de doctorat elaborată de Susan Grey Smith în anul 1996, care a vizat evaluarea utilităţii clinice a modelului de lucru şi a instrumentului FACES. Scalele includ 20 de itemi cu răspunsuri închise (în versiunea adaptată de noi, acestea au fost distribuite pe

o scală de tip Likert, de la A – aproape niciodată – la E – aproape întotdeauna), dintre care 10 au fost proiectaţi, pentru a permite evaluarea percepţiei unui respondent despre coeziunea familiei sale (în versiunea adaptată scopurilor studiului nostru, familia actuală a fost înlocuită cu familia de origine), iar ceilalţi 10 au fost proiectaţi, pentru a permite evaluarea percepţiei cu privire la adaptabilitatea sistemului familial. Exemple de itemi prin care a fost operaţionalizată percepţia pe care participanţii la studiul nostru o aveau despre coeziunea din familia de origine sunt: „*Ne plăcea să desfăşurăm diverse activităţi în familie.*”, „*Membrii familiei mele se simţeau mult mai apropiaţi unii de alţii decât de alte persoane din afară.*” sau „*În luarea deciziilor, membrii familiei se consultau între ei.*”. Pentru dimensiunea referitoare la adaptabilitatea familiei de origine, exemple de itemi sunt: „*Diferiţi membri ai familiei erau, pe rând, lideri în familia noastră.*”, „*Părinţii şi copiii discutau pedepsele împreună.*” sau „*În familia noastră, regulile se schimbau.*”. Participanţilor li s-a subliniat să se gândească cu atenţie şi să depună un efort de memorie, pentru a oferi o indicaţie cât mai sinceră şi mai precisă cu privire la modul în care decurgeau, atunci când fuseseră adolescenţi, relaţiile din şi viaţa în familia din care proveneau. Pentru fiecare dintre cele două faţete ale experienţelor pe care participanţii le trăiseră în familia de origine, scorurile puteau fi cuprinse între 10 şi 50 (scorurile ridicate fiind indicatori ai nivelului ridicat al coeziunii, respectiv adaptabilităţii). În prezentul studiu, valorile consistenţei interne (estimată prin coeficientul α) au fost egale cu 0,89 pentru coeziune, respectiv 0,79 pentru adaptabilitate.

Scala Revizuită pentru Evaluarea Adaptării Diadice. Percepţia participanţilor cu privire la adaptarea lor şi a partenerilor la relaţia maritală în care erau angajaţi în momentul colectării datelor a fost evaluată cu Scala Revizuită pentru Evaluarea Adaptării Diadice (*Revised Dyadic Adjustment Scale/RDAS)*, o versiune stabilită de Dean M. Busby şi colaboratorii săi [5], care include numai 14 dintre cei 32 de itemi ai Scalei pentru Evaluarea Adaptării Diadice (Dyadic Adjustment Scale/DAS), care a fost construită şi rafinată din punct de vedere conceptual şi psihometric de către Spanier [24]. Instrumentul pe care l-a propus Spanier permite evaluarea a patru faţete ale adaptării la relaţia maritală: consensul, satisfacţia faţă de relaţia maritală, coeziunea din cadrul relaţiei maritale, respectiv exprimarea afectivităţii de către partenerii maritali. Factorizarea versiunii scurte a evidenţiat trei dintre aceste faţete, şi anume [5]: consensul (gradul acordului dintre partenerii maritali cu privire la aspecte care ţin de credinţele şi viaţa religioasă, demonstrarea afecţiunii, adoptarea unor decizii importante pentru cuplu, relaţiile sexuale, convenţionalitatea comportamentelor manifestate de către fiecare dintre parteneri, respectiv deciziile importante pentru cariera profesională), satisfacţia faţă de relaţia maritală (frecvenţa discuţiilor pe care partenerii maritali le-au avut în ultimul an cu privire la posibilitatea divorţului, separării sau terminării relaţiei, frecvenţa certurilor, regretul pentru decizia de căsătorie cu actualul partener, frecvenţa agasărilor şi iritărilor dintre parteneri), respectiv coeziunea în cadrul relaţiei maritale (frecvenţa angajării şi în alte activităţi comune, decât cele casnice, schimburilor

stimulative de idei, proiectelor lucrate împreună, respectiv a discuţiilor calme cu privire la un anumit subiect). Participanţii la studiul nostru au răspuns pe o scală Likert cu şase ancore verbale: de la A – întotdeauna în dezacord – până la F – întotdeuna de acord (pentru primii şase itemi care operaţionalizează consensul marital), de la A – niciodată până la F – tot timpul (pentru itemii 7-10 care operaţionalizează satisfacţia maritală), de la A – niciodată – până la E – în fiecare zi (pentru itemul 11 care operaţionalizează coeziunea maritală), respectiv de la A – niciodată – până la F – de mai multe ori pe zi (pentru itemii 12-14 care operaţionalizează tot coeziunea maritală). Busby şi colaboratorii săi [5] au raportat o consistenţă internă foarte bună a versiunii scurte (α = 0,90). Pentru cele trei subscale, valorile coeficientului α au fost (N = 484 de participanţi din 242 de cupluri maritale): 0,81 – consensul marital, 0,85 – satisfacţia maritală, respectiv 0,80 – coeziunea maritală. Autorii versiunii scurte au oferit dovezi empirice pentru eficienţa RDAS în distingerea adulţilor căsătoriţi care experimentează stresul în relaţia maritală de adulţii fără probleme în mariaj (validitatea de criteriu). Pentru fiecare dintre cele trei subscale, scorul unui participant a fost obţinut prin însumarea scorurilor la itemii componenţi. Astfel, pentru consensul marital, scorul putea varia între 0 şi 30, pentru satisfacţia maritală – între 0 şi 20, iar pentru coeziunea maritală – între 0 şi 19. Scorul total la RDAS a fost obţinut prin însumarea scorurilor la subscale şi putea varia teoretic între 0 şi 69. Scorurile ridicate la subscale sunt indicatori ai unui nivel ridicat al consensului marital, respectiv niveluri ridicate ale satisfacţiei şi coeziunii maritale. În studiul nostru, valorile consistenţei interne au fost: 0,82 – întreaga scală, 0,83 – consensul marital, 0,91 – satisfacţia maritală, respectiv 0,77 – coeziunea maritală.

Participarea la studiu a fost voluntară şi a implicat citirea şi semnarea unui consemn informat. Participanţii au completat chestionarele acasă la ei sau la locul de muncă. Rata recuperării chestionarelor a fost egală cu 100 %. Răspunsurile au fost anonime. Datorită răspunsurilor incomplete, mai multe protocoale cu răspunsuri au fost eliminate din baza de date finală şi din prelucrările statistice subsecvente.

Rezultate

Analize preliminare. În raport cu distribuţiile scorurilor posibile la chestionarele pe care le-au completat, participanţii la studiul nostru au manifestat tendinţa de a obţine scoruri moderate spre ridicate la percepţia privind coeziunea din familia de origine (m = 37,62; mediana = 40; s = 7,51; minim = 14; maxim = 50), scoruri moderate spre scăzute la percepţia privind adaptabilitatea familiei de origine (m = 25,06; mediana = 25; s = 6,37; minim = 10; maxim = 46), scoruri moderate spre ridicate la percepţia cu privire la consensul în relaţia maritală (m = 23,74; mediana = 25; s = 4,57; minim = 5; maxim = 30), respectiv scoruri moderate la satisfacţia faţă de relaţia maritală (m = 12,43; mediana = 15; s = 5,95; minim = 0; maxim = 20) şi la percepţia cu privire la coeziunea în cadrul relaţiei maritale (m = 11,95; mediana = 12; s = 3,74; minim = 0; maxim = 19). În ceea ce priveşte nivelul global al adaptării maritale, participanţii au manifestat tendinţa de a obţine scoruri moderate spre uşor ridicate (m=48,14; mediana = 49; s = 9,86; minim = 13;

maxim = 69). Dintre distribuţiile scorurilor la faţetele adaptării maritale, cele pentru consensul marital (skewness = - 1,06; kurtosis = 1,35; Kolmogorov-Smirnov Z = 2,31; p<0,001), respectiv satisfacţia maritală (skewness = - 0,70; kurtosis = - 1,09; Kolmogorov-Smirnov Z = 3,78; p < 0,001) au prezentat abateri mai mari de la condiţia normalităţii. Distribuţia scorurilor totale la adaptarea maritală a fost cvasinormală (skewness = - 0,51; kurtosis = 0,22; Kolmogorov-Smirnov Z = 1,20; p = 0,110). Pe de altă parte, distribuţia scorurilor pe care participanţii le-au obţinut la percepţia cu privire la coeziunea familiei de origine s-a îndepărtat de la condiţia de normalitate numai în ceea ce priveşte simetria (skewness = - 0,86; kurtosis = 0,18; Kolmogorov-Smirnov Z = 2,56; p < 0,001), în timp ce distribuţia scorurilor pe care participanţii le-au obţinut la percepţia cu privire la adaptabilitatea familiei de origine a fost cvasi-normală (skewness = -0,01; kurtosis = - 0,18; Kolmogorov-Smirnov Z = 1,23; p = 0,096). De asemenea, vârsta participanţilor – o altă variabilă pe care am luat-o în calcul, în explorarea predictorilor adaptării maritale – a prezentat o distribuţie cvasinormală (skewness = 0,48; kurtosis = 0,14; Kolmogorov-Smirnov Z = 1,43; p=0,056), satisfăcând condiţia normalităţii variabilelor cantitative independente, care este cerută pentru aplicarea analizei de regresie liniară multiplă [11]. Aşadar, participanţii la prezentul studiu au manifestat tendinţa de a percepe propriile lor familii de origine ca sisteme coezive, însă mai puţin adaptabile (flexibile), în ceea ce priveşte participarea membrilor la adoptarea deciziilor, disciplinarea copiilor, regulile, îndeplinirea sarcinilor casnice sau *leadership*-ul.

Comparaţii în funcţie de sexul participanţilor. Deşi au manifestat tendinţa de a obţine medii mai scăzute, femeile nu au diferit semnificativ din punct de vedere statistic de bărbaţi, în ceea ce priveşte scorurile la variabilele observate (pentru compararea mediilor, a se vedea Figura 1), întrucât: t = - 0,49, p = 0,618, *d* = 0,06 – pentru percepţia cu privire la coeziunea familiei de origine, t = - 0,21, p=0,831, *d* = 0,03 – pentru percepţia cu privire la adaptabilitatea familiei de origine, t = -0,42, p = 0,671, *d* = 0,05 – pentru nivelul global al adaptării la relaţia maritală, t = - 0,14, p=0,883, *d*= 0,02 – pentru consensul în cadrul relaţiei maritale, t = - 0,58, p = 0,558, *d* = 0,07 – pentru satisfacţia faţă de relaţia maritală, respectiv t = - 0,008, p = 0,993, *d*=0,0001 – pentru coeziunea în cadrul relaţiei maritale. Pentru toate variabilele observate, mărimile efectelor din partea sexului participanţilor au fost foarte scăzute. Întrucât sexul participanţilor nu a prezentat relaţii semnificative cu variabilele referitoare la adaptarea maritală, acesta nu a fost luat în calcul în cadrul analizelor care au vizat explorarea predictorilor adaptării la relaţia maritală.

Comparaţii în funcţie de alte variabile socio-demografice. Mediul de rezidenţă (rural *vs*. urban) nu a influenţat semnificativ scorurile pe care participanţii le-au obţinut la: coeziunea din familia de origine (t = 1,92, p = 0,056, *d*=0,48), adaptabilitatea familiei de origine (t = 1,63, p = 0,103, *d* = 0,41), nivelul global al adaptării la relaţia maritală (t = - 0,98, p = 0,323, *d* = 0,25), consensul din cadrul relaţiei maritale (t = 0,78, p = 0,435, *d* = 0,20) şi coeziunea maritală (t = 1,49, p = 0,137, *d*=0,37). Totuşi, datorită disproporţiei foarte mari dintre numărul participanţilor din me-

diul urban şi cel al participanţilor din mediul rural, comparaţiile în funcţie de mediul de rezidenţă sunt mai puţin relevante, mai ales în ceea ce priveşte semnificativitatea din punct de vedere statistic (datorită disproporţiei de care am amintit, creşte riscul pentru comiterea erorii de tip II în decizia statistică). Astfel, chiar dacă pentru variabilele referitoare la caracteristicile familiei de origine, diferenţele au fost nesemnificative, valorile coeficientului *d* au indicat mărimi moderate ale efectului din partea mediului de rezidenţă al participanţilor. În schimb, pentru nivelul global al adaptării la relaţia maritală, respectiv pentru consensul marital, mărimile efectelor au fost scăzute, iar pentru coeziunea în cadrul relaţiei maritale, mărimea efectului a fost scăzută spre moderată. În schimb, în cazul satisfacţiei faţă de relaţia maritală, participanţii care aveau rezidenţa în mediul urban au manifestat tendinţa de a obţine scoruri semnificativ mai ridicate decât cele ale participanţilor care aveau rezidenţa în mediul rural (m_{urban} = 12,57; m_{rural} = 7,88; t = 3,14; p = 0,002; *d* = 0,79), mărimea efectului din partea mediului de rezidenţă fiind ridicată.

De asemenea, statutul marital al participanţilor (căsătoriţi pentru prima dată *vs.* recăsătoriţi) nu a diferenţiat semnificativ scorurile la: coeziunea din familia de origine (t=0,10, p=0,918, *d*=0,03), adaptabilitatea familiei de origine (t= 1,80, p=0,072, *d*=0,44), nivelul global al adaptării la relaţia maritală (t=0,33, p=0,742, *d*=0,12), satisfacţia faţă de relaţia maritală (t=- 1,02, p=0,304, *d* = 0,25), consensul din cadrul relaţiei maritale (t = 0,75, p = 0,461, *d*=0,27) şi coeziunea maritală (t = 1,64, p = 0,101, *d*=0,40). Totuşi, ca în cazul comparaţiilor pe care le-am efectuat luând ca variabilă independentă mediul de rezidenţă al participanţilor, se impune aceeaşi observaţie cu privire la riscul pentru comiterea erorii de tip II, în adoptarea deciziei statistice.

Nici nivelul ultimelor studii pe care participanţii le absolviseră (liceu *vs.* postliceale *vs.* universitare *vs.* postuniversitare) nu a avut efecte semnificative asupra scorurilor la variabilele de interes pentru studiul nostru. Astfel, datele analizei de varianţă simplă au evidenţiat următoarele: F=0,40, p = 0.747, *f*=0,06 – pentru coeziunea din familia de origine, F=0,21, p = 0.888, *f* = 0,04 – pentru adaptabilitatea familiei de origine, F=1,50, p = 0,213, *f* = 0,12 – pentru nivelul global al adaptării la relaţia maritală, F = 2,01, p = 0,111, *f* = 0,14 – pentru consensul din cadrul relaţiei maritale, F=0,17, p = 0,912, *f* = 0,04 – pentru satisfacţia faţă de relaţia maritală, respectiv F = 1,30, p = 0,274, *f* = 0,11 – pentru coeziunea în cadrul relaţiei maritale. Coeficientul *f* propus de Jacob Cohen reprezintă mărimea efectului (variabilei independente) în cazul comparaţiilor utilizând tehnica *One-Way* ANOVA. Conform sugestiilor, o valoare a coeficientului *f* egală cu 0,10 indică un efect de mărime scăzută, *f* = 0,25 semnifică un efect de mărime moderată, iar *f* = 0,40 indică un efect de mărime ridicată [6]. În cazul comparaţiilor în funcţie de nivelul ultimelor studii pe care participanţii le absolviseră, mărimile efectelor au fost scăzuLa rândul ei, variabila referitoare la numărul de copii pe care participanţii la studiu îi aveau în creştere (nu avea copii *vs.* un copil *vs.* doi sau mai mulţi copii), împreună cu actualul partener marital, a avut efecte nesemnificative statistic asupra variabilelor referitoare la familia de origine, respectiv la adapta-

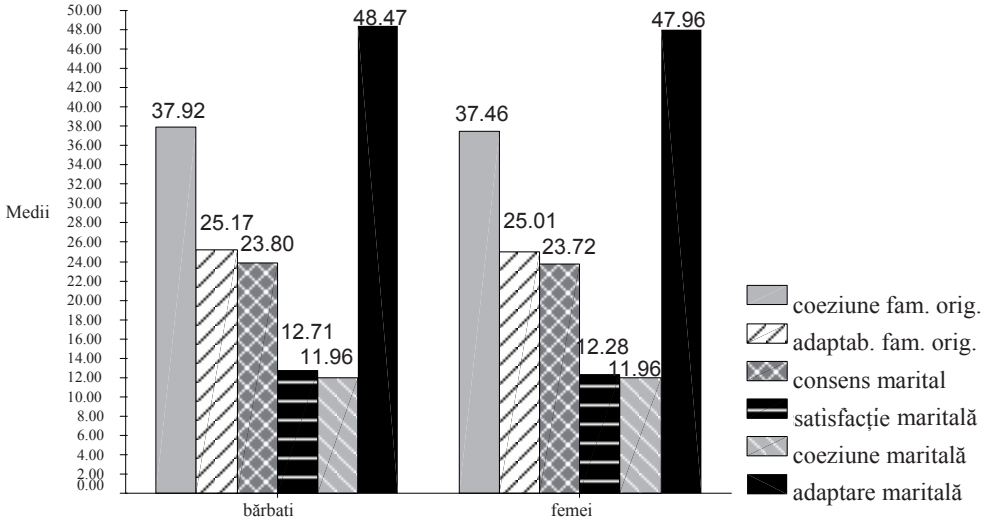


Figura 1. Comparaţii după sexul participanţilor

rea la relaţia maritală, întrucât: F = 0,44, p=0,641, *f*=0,05 – pentru nivelul global al adaptării la relaţia maritală, F = 1,41, p = 0,244, *f* = 0,10 – pentru consensul din cadrul relaţiei maritale, F = 0,59, p=0,551, *f*=0,06 – pentru satisfacţia faţă de relaţia maritală, respectiv F = 2,36, p=0,096, *f* = 0,12 – pentru coeziunea în cadrul relaţiei maritale.

În schimb, experienţa în actuala căsnicie (1-5 ani *vs.* 6-10 ani *vs.* 11-15 ani *vs.* 16-20 ani *vs.* 20 de ani sau peste) a avut un efect semnificativ statistic doar asupra satisfacţiei faţă de relaţia maritală (F=4,90; p = 0,002; *f* = 0,26 – efect de mărime moderată) şi asupra coeziunii în cadrul relaţiei maritale (F=2,70; p=0,031; *f* = 0,19 – efect de mărime scăzută), deşi, pentru această faţetă a adaptării maritale, semnificativitatea statistică a fost marginală. Pentru celelalte două variabile referitoare la adaptarea la relaţia maritală, efectele din partea experienţei în actuala căsnicie au fost nesemnificative statistic: F = 1,63, p = 0,164, *f*=0,15 – pentru nivelul global al adaptării la relaţia maritală, respectiv F = 1,23; p = 0,297; *f* = 0,13 – pentru consensul în cadrul relaţiei maritale. În cazul satisfacţiei faţă de relaţia maritală, am constatat tendinţa de creştere a mediilor scorurilor pe care participanţii le-au obţinut, odată cu experienţa acestora în actualul mariaj, cu un vârf în cazul participanţilor care aveau între 16 şi 20 de ani de căsnicie (m=10,81 – pentru grupul participanţilor care aveau între 1 şi 5 ani de căsnicie, m=13,39 – pentru grupul participanţilor care aveau între 6 şi 10 ani de căsnicie, m=12,23 – pentru grupul participanţilor care aveau între 11 şi 15 ani de căsnicie, m=15,16 – pentru grupul participanţilor care aveau între 16 şi 20 de ani de căsnicie, respectiv m = 13,83 – pentru grupul participanţilor care aveau 20 de ani de căsnicie sau mai mult). Comparaţiile multiple (*post-hoc*) au evidenţiat diferenţe semnificative statistic între grupul participanţilor care aveau între 1 şi 5 ani de căsnicie şi grupurile de participanţi

care aveau între 6 şi 10 ani de căsnicie (p<0,05), 16 şi 20 de ani de căsnicie (p<0,01), respectiv 20 de ani de căsnicie sau mai mult (p < 0,05).

Corelaţii de ordin zero dintre variabile. Nivelul global al adaptării la relaţia maritală a corelat pozitiv şi semnificativ (r = 0,13; p = 0,021), însă cu o intensitate scăzută atât cu vârsta participanţilor, cât şi cu percepţia cu privire la coeziunea familiei de origine (r = 0,24; p<0,001), respectiv adaptabilitatea (r=0,22; p<0,001). În schimb, consensul în cadrul relaţiei maritale a corelat semnificativ din punct de vedere statistic, pozitiv, dar cu o intensitate modestă doar cu percepţia participanţilor cu privire la coeziunea familiei de origine (r=0,17; p=0,002), respectiv la adaptabilitate (r=0,23; p<0,001). Corelaţia cu vârsta participanţilor a fost nesemnificativă (r=- 0,04; p=0,450). Relaţii de asociere asemănătoare au fost obţinute pentru coeziunea maritală: r -0,01 (p=0,792) – cu vârsta participanţilor, r=0,32 (p<0,001) – cu percepţia privitoare la coeziunea familiei de origine, respectiv r = 0,21 (p<0,001) – cu percepţia privitoare la adaptabilitatea familiei de origine. Satisfacţia faţă de relaţia maritală a corelat pozitiv şi semnificativ din punct de vedere statistic doar cu vârsta participanţilor (r=0,26; p<0,001). Asocierile satisfacţiei faţă de relaţia maritală cu dimensiunile referitoare la familia de origine au fost neglijabile ca valoare şi nesemnificative: r=0,04 (p=0,406) – cu percepţia privitoare la coeziunea familiei de origine, respectiv r=0,06 (p = 0,299) – cu percepţia privitoare la adaptabilitatea familiei de origine. Nici una dintre variabilele referitoare la adaptarea maritală nu a corelat semnificativ cu vârsta pe care participanţii o aveau în momentul căsătoriei cu actualul partener: r=0,07 (p=0,221) – pentru nivelul global al adaptării la relaţia maritală, r = 0,05 (p=0,385) – pentru consensul în cadrul relaţiei maritale, r=0,05 (p=0,366) – pentru satisfacţia faţă de relaţia maritală, respectiv r=0,04 (p=0,470) – pentru coeziunea în cadrul relaţiei maritale. Constatăm că cea mai ridicată valoare a corelaţiei a fost obţinută în cazul relaţiei dintre scorurile la consensul în cadrul relaţiei maritale şi scorurile la coeziunea familiei de origine.

Întrucât eşantionul de convenienţă al participanţilor a fost destul de eterogen, în ceea ce priveşte vârsta, ne-am pus problema unui posibil efect moderator din partea vârstei asupra relaţiilor de asociere dintre variabilele referitoare la adaptarea maritală şi cele referitoare la familia de origine. Însă, corelaţiile parţiale dintre cele două seturi de variabile, care au fost calculate controlând efectul din partea vârstei, au infirmat presupunerea noastră: r=0,23 (p<0,001) – coeziune familie de origine cu nivel global adaptare la relaţia maritală, r=0,23 (p<0,001) – adaptabilitate familie de origine cu nivel global adaptare la relaţia maritală, r=0,02 (p=0,714) – coeziune familie de origine cu satisfacţie maritală, r=0,06 (p=0,229) – adaptabilitate familie de origine cu satisfacţie maritală, r=0,18 (p=0,001) – coeziune familie de origine cu nivel coeziune maritală, r=0,23 (p<0,001) – adaptabilitate familie de origine cu nivel coeziune maritală, r=0,32 (p < 0,001) – coeziune familie de origine cu nivel consens marital, respectiv r = 0,21 (p<0,001) – adaptabilitate familie de origine cu nivel consens marital.

În acelaşi timp, corelaţia dintre scorurile la cele două dimensiuni ale funcţionării familiei de origine a fost egală cu

0,45 (p < 0,001). În schimb, relaţiile de asociere dintre vârsta participanţilor şi dimensiunile referitoare la familia de origine au avut valori neglijabile şi au fost nesemnificative din punct de vedere statistic: r = 0,10 (p = 0,06) – cu percepţia privitoare la coeziunea familiei de origine, respectiv r=- 0,02 (p = 0,629) – pentru percepţia privitoare la adaptabilitatea familiei de origine. Cu excepţia relaţiei de asociere dintre cele două dimensiuni ale funcţionării familiei de origine, care a avut o valoare apropiată de limita maximă sugerată în literatura de specialitate (r = 0,50), celelalte relaţii de asociere dintre variabilele independente care au fost, ulterior, introduse în modelele predictive au satisfăcut condiţia evitării multicolinearităţii, care este cerută pentru aplicarea analizei de regresie liniară multiplă [11].

Date ale analizelor de regresie liniară multiplă. Tabelul 1 prezintă rezumatul datelor analizelor de regresie liniară multiplă (prin metoda introducerii simultane a tuturor variabilelor independente de interes) care au fost efectuate, considerând ca variabile independente vârsta participanţilor, respectiv scorurile pe care le-au obţinut la scalele prin care a fost evaluată percepţia cu privire la coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine, iar ca variabile dependente (criterii) nivelul global al adaptării maritale, satisfacţia faţă de relaţia maritală, coeziunea şi consensul în cadrul relaţiei maritale. Setul celor trei variabile independente a corelat semnificativ cu nivelul global al adaptării la relaţia maritală (R = 0,30; F=9,84; p < 0,001), explicând 8,2 % din diferenţele dintre participanţi, în ceea ce priveşte adaptarea maritală. Toate variabilele independente au fost predictori pozitivi şi semnificativi din punct de vedere statistic ai nivelului global al adaptării maritale, însă, comparativ cu celelalte două variabile independente, percepţia cu privire la coeziunea familiei de origine a avut o contribuţie ceva mai ridicată (r^2_{sp} = 0,0213/2,1 %) în explicarea varianţei nivelului global al adaptării maritale. Totuşi, pentru toate variabilele independente, contribuţiile unice la explicarea varianţei nivelului global al adaptării la relaţia maritală au fost modeste. De asemenea, setul variabilelor independente a prezentat relaţii de asociere semnificative cu fiecare dintre faţetele adaptării maritale (R = 0,26; F = 7,66; p< 0,001 – pentru satisfacţia faţă de relaţia maritală, R = 0,25; F = 6,71; p< 0,001 – pentru coeziunea în cadrul relaţiei maritale, respectiv R = 0,33; F= 12,40; p < 0,001 – pentru consensul marital). Împreună, variabilele independente au explicat 7,2 % din varianţa satisfacţiei faţă de relaţia maritală, 5,4 % din varianţa coeziunii în cadrul relaţiei maritale, respectiv 10,3 % din varianţa consensului în cadrul relaţiei maritale. Cu toate acestea, doar vârsta participanţilor a fost un predictor pozitiv şi semnificativ al satisfacţiei faţă de relaţia maritală, explicând 6,8 % din varianţa acestui criteriu, în timp ce coeziunea aproape că nu a avut nicio contribuţie, iar adaptabilitatea familiei de origine a explicat doar 0,4 %. În schimb, coeziunea familiei de origine a fost singurul predictor semnificativ (şi pozitiv) al consensului în cadrul relaţiei maritale, explicând 6,6 % din varianţa acestui criteriu, în timp ce adaptabilitatea familiei de origine şi vârsta participanţilor au avut contribuţii neglijabile. Totodată, percepţia cu privire la adaptabilitatea familiei de origine a fost singurul predictor semnificativ (şi pozitiv) al coeziunii din cadrul relaţiei maritale, explicând 2,7 % din varianţa acestei faţete a adaptării la relaţia maritală

Tabelul 1.

Coeficienţii de regresie şi contribuţia unică la varianţa criteriului

Criteriu	Variabile independente	β	t	p	r^2_{sp}
Nivel global adaptare la relaţia maritală	vârstă	0,12	2,13	0,033	0,014
	coeziune familie de origine	0,16	2,62	0,009	0,021
	adaptabilitate familie de origine	0,15	2,46	0,014	0,018
Satisfacţie faţă de relaţia maritală	vârstă	0,26	4,65	< 0,001	0,068
	coeziune familie de origine	- 0,01	- 0,20	0,838	0,0001
	adaptabilitate familie de origine	0,07	1,16	0,245	0,004
Coeziune în relaţia maritală	vârstă	- 0,04	- 0,86	0,388	0,002
	coeziune familie de origine	0,09	1,56	0,120	0,007
	adaptabilitate familie de origine	0,18	2,96	0,003	0,027
Consens în cadrul relaţiei maritale	vârstă	- 0,04	- 0,79	0,427	0,001
	coeziune familie de origine	0,29	4,68	< 0,001	0,066
	adaptabilitate familie de origine	0,08	1,32	0,186	0,005

Întrucât vârsta a fost predictor semnificativ pentru nivelul global al adaptării maritale în rândul participanţilor la studiul nostru, iar coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine au fost, de asemenea, predictori semnificativi ai nivelului global al adaptării maritale, am apelat la tehnica analizei de regresie liniară multiplă ierarhică, pentru a răspunde la întrebarea: *Faţă de contribuţia din partea vârstei, coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine aduc un plus semnificativ în explicarea varianţei nivelului global al adaptării la relaţia maritală în rândul adulţilor căsătoriţi?* În primul pas al analizei de regresie, doar vârsta participanţilor a fost introdusă ca variabilă independentă, în timp ce scorul total la RDAS a reprezentat variabila dependentă (criteriu). În cel de-al doilea pas, coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine au fost adăugate ca variabile independente. În concordanţă cu datele analizei de regresie liniară simplă, în cadrul primului pas, vârsta a fost un predictor semnificativ al nivelului adaptării la relaţia maritală ($\beta = 0,13$; $t = 2,31$; $p = 0,021$; $R = 0,13$; $R^2_{adjustat} = 0,014$; $F_R = 5,35$; $p = 0,021$), explicând 1,4 % din diferenţele interindividuale în ceea ce priveşte adaptarea maritală. Atunci când, în al doilea pas, au fost adăugate variabilele independente referitoare la coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine, noul model predictiv a prezentat o corelaţie multiplă cu variabila criteriu semnificativă statistic ($R = 0,30$; $F_R = 9,84$; $p < 0,001$), cele trei variabile independente explicând 8,2 % din varianţa nivelului global al adaptării la relaţia maritală. Puterea explicativă a modelului corespunzător celui de-al doilea pas a crescut de la 1,4 % la 8,2%, creşterea fiind semnificativă statistic ($\Delta R^2_{adjustat} = 6,8$ %; $F_{\Delta R}{}^2 = 11,89$; $p < 0,001$). Aşadar, faţă de contribuţia din partea vârstei, coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine au adus un plus semnificativ în explicarea varianţei nivelului global al adaptării la relaţia maritală în rândul participanţilor. Toate variabilele independente au fost predictori semnificativi ai nivelului global al adaptării la relaţia maritală, însă, comparativ cu vârsta participanţilor,

coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine au explicat ceva mai mult din diferenţele interindividuale în ceea ce priveşte variabila criteriu (1,4 % pentru vârstă, 2,1% pentru coeziunea din cadrul familiei de origine, respectiv 1,8 % pentru adaptabilitatea familiei de origine).

Discuţii şi implicaţii pentru practica clinică

Rezultatele prezentului studiu trebuie analizate în contextul unui studiu transversal, realizat pe un eşantion de convenienţă, format din adulţi căsătoriţi, omogeni în ceea ce priveşte etnia, religia, educaţia şi statutul marital, însă eterogeni cu privire la vârste. Cu toate că vârsta participanţilor a corelat pozitiv cu nivelul global al adaptării la relaţia maritală, precum şi cu satisfacţia faţă de relaţia maritală, magnitudinea asocierilor a fost modestă. Mai mult, corelaţiile vârstei cu celelalte două faţete ale adaptării maritale au fost nesemnificative statistic şi au avut valori neglijabile. De asemenea, efectul moderator din partea vârstei asupra relaţiilor de asociere dintre variabilele referitoare la adaptarea maritală şi cele referitoare la caracteristicile familiei de origine nu a fost probat de corelaţiile parţiale, pe care le-am calculat. Totuşi, vârsta participanţilor a fost un predictor pozitiv şi semnificativ atât pentru nivelul global al adaptării maritale, cât şi pentru satisfacţia faţă de relaţia maritală (pentru aceasta din urmă, mărimea contribuţiei din partea vârstei a fost mai ridicată). Acest rezultat sugerează că, în cadrul eşantionului de adulţi căsătoriţi care au participat la studiul nostru, participanţii mai în vârstă au manifestat tendinţa de a exprima un nivel mai ridicat al satisfacţiei faţă de relaţia maritală curentă. Datele trebuie corelate cu cele referitoare la efectul semnificativ (şi pozitiv), pe care experienţa în căsnicie a participanţilor l-a avut asupra nivelului satisfacţiei faţă de relaţia maritală. O posibilă explicaţie pentru acest rezultat este că adulţii mai în vârstă au, în acelaşi timp, mai multă experienţă în relaţia maritală, pe care tind să o perceapă şi să o evalueze mult mai cuprinzător, cu toate aspectele ei „bune sau rele”, unii dintre subiecţi putând manifesta „indulgenţă” în atitudinea pe care o au, la un moment dat, faţă de diversele aspecte ale funcţionării relaţiei. Totuşi, este binecunoscut „efectul lunii de miere”, potrivit căruia nivelul satisfacţiei faţă de relaţia maritală, iniţial ridicat, tinde, în mod inexorabil, să scadă, pe măsură ce mariajul soţilor se maturizează [10]. Alte studii au găsit un trend asemănător efectului „lunii de miere”, sugerând că satisfacţia maritală tinde să intre într-un declin, de-a lungul primilor 10-20 de ani de căsnicie, după care tinde să crească din nou, în perioada adultă târzie, atunci când, de obicei, are loc retragerea din activitatea profesională [25]. Deşi datele pe care le-am obţinut sunt departe de a clarifica problema relaţiei dintre vârsta subiecţilor (si, implicit, durata mariajului), respectiv satisfacţia maritală, în opinia noastră, nu vârsta în sine este importantă, cât mai ales experienţele de viaţă (inclusiv în domeniul marital) care se asociază acesteia şi care pot conduce la diverse traiectorii ale percepţiei cu privire la relaţia maritală şi ale satisfacţiei faţă de aceasta. Astfel, în istoria unei relaţii maritale, pot exista şi perioade în care percepţia partenerilor şi satisfacţia faţă de relaţia lor maritală fluctuează, fenomenul putând fi relaţionat cu efectul diferenţiat din partea unor variabile personale (de exemplu, dispoziţiile personalităţii) sau variabile care ţin de experienţele pe care partenerii le tră-

iesc în cadrul relaţiei maritale (de exemplu, comportamentele legate de comunicarea dintre parteneri, evenimentele stresante sau manifestările agresive). În baza unui design longitudinal care a implicat observarea repetată, pe o perioadă de patru ani, a 464 de cupluri maritale nou formate, Justin A. Lavner şi Thomas N. Bradbury (2010) au adus dovezi empirice care sugerează că, deşi, în medie, cuplurile maritale nou formate prezintă tendinţa de scădere a satisfacţiei maritale, unii dintre soţi pot prezenta diferite traiectorii calitative ale satisfacţiei faţă de relaţia maritală (de exemplu, soţii pot prezenta niveluri similare ale satisfacţiei faţă de relaţia maritală şi, în acelaşi timp, un declin neglijabil, de-a lungul timpului sau, dimpotrivă, niveluri diferite ale satisfacţiei şi, în acelaşi timp, un declin accentuat, de-a lungul timpului).

Unul dintre cele mai importante rezultate ale studiului pe care l-am realizat vizează contribuţia semnificativă pe care variabilele referitoare la percepţia participanţilor cu privire la coeziunea şi adaptabilitatea familiei de origine au avut-o în explicarea diferenţelor interindividuale, în ceea ce priveşte nivelul global al adaptării la relaţia maritală, coeziunea din cadrul relaţiei maritale, respectiv consensul marital. Datele pe care le-am obţinut sugerează că, în rândul adulţilor căsătoriţi, un nivel ridicat al adaptabilităţii familiei de origine tinde să se asocieze cu un nivel ridicat al coeziunii care se manifestă în cadrul relaţiei maritale, în timp ce nivelul ridicat al coeziunii din cadrul familiei de origine tinde să fie predictor pentru nivelul ridicat al consensului marital (în cadrul studiului nostru, contribuţia pe care coeziunea din familia de origine a avut-o la explicarea varianţei consensului în cadrul relaţiei maritale a fost de aproximativ de două ori şi jumătate mai mare decât contribuţia pe care adaptabilitatea familiei de origine a avut-o în explicarea varianţei coeziunii în cadrul relaţiei maritale). Chiar dacă, în cadrul studiului nostru, contribuţiile pe care cele două variabile referitoare la caracteristicile familiei de origine le-au avut la explicarea diferenţelor dintre participanţi, în ceea ce priveşte variabilele legate de adaptarea la relaţia maritală, au fost cuprinse doar între 1,8 şi 6,6 %, datele pe care le-am obţinut pot fi adăugate dovezilor empirice care susţin observaţia potrivit căreia experienţele pe care un individ le trăieşte în familia de origine şi caracteristicile asociate mediului familiei de origine tind să fie predictori importanţi pentru adaptarea ulterioară a individului la diverse sarcini ale dezvoltării, inclusiv la cele referitoare la relaţiile romantice [14, 21, 27].

Influenţa pe care atmosfera afectivă şi experienţele relaţionale din cadrul familiei de origine tind să o aibă asupra experienţelor pe care individul uman le trăieşte la vârsta adultă a fost recunoscută în repetate rânduri de către terapeuţii de cuplu şi familie, care îşi susţin intervenţia pe abordarea sistemică clasică [3, 12, 16, 17] sau pe cea narativă [20]. Datele pe care le-am obţinut sugerează că, din punct de vedere terapeutic, lucrul asupra „construcţiilor personale" pe care partenerii unui cuplu marital le au despre experienţele pe care le-au trăit în familia de origine şi despre determinările pe care acestea le întreţin în raport cu experienţa relaţiei maritale actuale poate avea un efect benefic asupra modului în care partenerii îşi construiesc „noua realitate a relaţiei maritale" şi încearcă să o trăiască. În abordarea narativă, conceptele referitoare la adaptarea maritală şi la influenţele din partea familiei de origine

îşi păstrează utilitatea, însă sunt repoziţionate în funcţie de eşafodajul conceptual şi de cel referitor la practica terapeutică, în lucrul cu cuplurile. Astfel, terapeuţii narativi urmăresc să îi asiste pe partenerii cuplului marital, pentru a conştientiza şi a deconstrui discursul socio-cultural dominant pe care l-au internalizat, de-a lungul socializării, şi pentru a identifica oportunităţi care să îi îndrepte către descoperirea unor „poveşti de viaţă" (construcţii asupra realităţii relaţiei maritale pe care o au) alternative [1]. În viziunea practicienilor care utilizează abordarea narativă, oamenii găsesc scuze propriilor comportamente sau comportamentelor partenerilor de viaţă sugerând explicaţii vehiculate în psihologia simţului comun, precum: experienţa unei copilării nefericite, pattern-urile comportamentale învăţate în familia de origine sau faptul că au probleme psihice [20]. Aşadar, familia de origine este adeseori pusă la baza problemelor pe care le întâmpină în relaţia lor maritală, fiind mitizată ca un fel de „sursă a răului". În abordarea narativă, conceptul este reinterpretat în sensul în care, când utilizează limbajul externalizator, terapeutul narativ nu minimizează influenţa acestor experienţe, dintre care multe sunt originate chiar în copilăria timpurie şi nu neagă posibilele efecte pe termen îndelungat ale evenimentelor traumatizante. Partenerii cuplului marital sunt încurajaţi să îşi însuşească ideea că este posibil să se separe factorii psihologici pe care i-au identificat sub presiunea discursurilor stereotipizate internalizate, pentru a-i putea percepe ca fiind *influenţe* şi nu *determinanţi,* pentru a vedea că aceste maniere de a gândi şi acţiona nu sunt intrinseci unei persoane ci, dimpotrivă, sunt comportamente învăţate sau comportamente pe care persoana s-a obişnuit „să le pună în act" [1]. Aceste comportamente pot fi (adeseori, cu mult efort şi cu suferinţă) recunoscute şi schimbate, externalizarea oferind terapeutului şi partenerilor maritali suport pentru acest scop terapeutic. Aşadar, deşi terapia narativă nu îşi propune să „clatine" construcţiile partenerilor unui cuplu marital despre familiile lor de origine, ci vizează, aparent, doar construcţia fiecăruia referitoare la o relaţie maritală „dezirabilă", procesul coparticipării la reconstrucţia relaţiei maritale ar trebui să aibă un impact inclusiv asupra modului în care cei doi parteneri văd, ulterior, moştenirea din partea familiei de origine.

Bibliografie

1. Blanton P. W., Vandergriff-Avery M., (2001). *Marital therapy and marital power: Constructing narratives of sharing relational and positional power*. În: Contemporary Family Therapy, vol. 23, nr. 3, p. 295-308.

2. Bouchard G., Lussier Y., Sabourin S., (1999). *Personality and marital adjustment: Utility of the five-factor model of personality*. În: Journal of Marriage and Family, vol. 61, nr. 3, p. 651-660.

3. Brown J. *Bowen family systems theory and practice: Illustration and critique*. În: *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 1999, vol. 20, nr. 2, p. 94-103.

4. Burr W. R., Lowe T. A.; (1987). *Olson's circumplex model: A review and extension*. În: Family Science Review, vol. 1, nr. 1, p. 5-22.

5. Busby D. M., Christensen C., Russell Crane D., Larson J. H. (1995). *A revision of the Dyadic Adjustement Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales*. În: Journal of Marital and Family Therapy, vol. 21, nr. 3, p. 289-308.

6. Cohen J., (1992). *A power primer*. În: Psychological Bulletin, vol. 112, nr. 1, p. 155-159.

7. Filsinger E. E., Wilson M. R. (1983).

Social anxiety and marital adjustment. În: Family Relations, vol. 32, nr. 4, p. 513-519.

8. Grey Smith S., (1996). *Clinical Utility of the Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)*. Dissertation in marriage and family therapy submitted to the Graduate Faculty of Tech University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, 178 p. http://www.latech.edu (vizitat la 22.06.2012).

9. Harway M., (2005). *Setting the stage for working with couples*. În: Harway M (Editor). *Handbook of Couples Therapy* (p. 1-4). New York: John Wiley & Sons, Inc., 486 p.

10. Kurdek L. A., (1998). *The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives*. În: Journal of Family Psychology, vol. 12, nr. 4, p. 494-510.

11. Labăr A. V., (2008). *SPSS pentru ştiinţele educaţiei*. Iaşi: Editura Polirom, 347 p.

12. Laham J. W., (1990). *Family-of-origin intervention: An intergenerational approach to enhancing marital adjustment*. În: Journal of Contemporary Psychotherapy, vol. 20, nr. 4, p. 211-222.

13. Lavner J. A., Bradbury, T. N., (2010). *Patterns of change in marital satisfaction over the newlywed years*. În: Journal of Marriage and Family, vol. 72, nr. 5, p. 1171-1187.

14. Larson J. H., Holman T. B., (1994). *Premarital predictors of marital quality and stability*. În: Family Relations, vol. 43, nr. 2, p. 228-237.

15. Nichols W. C., (2005). *The first years of marital commitment*. În: Harway M. (Editor). Handbook of Couples Therapy (pp. 28-43). New York: John Wiley & Sons, Inc., 486 p.

16. Nichols W. C., (2003). *Family-of. origin treatment*. În: Sexton T. L, Weeks G. R., Robbins M. S. (Editors). Handbook of Family Therapy (p. 93-114). New York: Brunner-Routledge, 601 p.

17. Nichols M. P., Schwartz R. C., (2001). *Family Therapy. Concepts and Methods*. Fifth Edition. Boston: Allyn and Bacon, 570 p.

18. Olson D. H., (2011). *FACES IV and the circumplex model: Validation study*. În: Journal of Marital & Family Therapy, vol. 3, nr. 1, p. 64-80.

19. Olson D. H., Gorall D. M., (2003). *Circumplex model of marital and family systems*. În: Walsh F. (Editor). Normal Family Processes (p. 514-547). Third Edition. New York: Guilford Press, 697 p.

20. Payne M., (2004). *Narrative Therapy. Un Introduction for Counsellors*. London: Sage Publications, 237 p.

21. Sabatelli R. M., Bartle-Haring S., (2003). Family-of-origin experiences and adjustment in married couple. În: *Journal of Marriage and Family*, vol. 65, nr. 1, p. 159-169.

22. Sabatelli R. M., (1988). *Measurement issues in marital research: A review and critique of contemporary survey instruments*. În: Journal of Marriage and Family, vol. 50, nr. 4, p. 891-915.

23. Spanier G. B., (1985). *Improve, refine, recast, expand, clarify. Don't abandon*. În: Journal of Marriage and Family, vol. 47, nr. 4, p. 1073-1074.

24. Spanier G. B., (1976). *Measuring dyadic adjustement: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads*. În: Journal of Marriage and the Family, vol. 38, nr. 1, p. 15-28.

25. Steinmetz S.K, Clavan S., Stein K.F., (1990). *Marriage and Family Realities: Historical and Contemporary Perspectives*. New York: Harper & Row, 545 p.

26. Treviño Z. A., Wooten H., R., Scott R. E.; (2007). *A correlational study between depression and marital adjustment*. În: The Family Journal, vol. 15, nr. 1, p. 46-51.

27. Whitton S. W., Schulz M. S., Crowell J. A., Waldinger R. J., Allen J. P., Hauser S. T., (2008). *Prospective associations from family-of-origin interactions to adult marital interactions and relationship adjustment*. În: Journal of Family Psychology, vol. 22, nr. 2, p. 274-286.

PSIHOLOGIE CLINICĂ

АРТ-ТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ART-THERAPY IS IN CLINIC OF NEUROTIC AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Росина ШЕВЧЕНКО

Termeni-cheie: art-terapie, nevroză, training psihologic, psihotraumă, stres fiziologic, inadaptare psiho-socială.

Rezumat

În articol sunt reflectate modalităţile de organizare a şedinţelor de terapie în Clinică prin artă în caz de tulburări nevrotice şi psihosomatice. Au fost relevate beneficiile terapiei prin artă, în comparaţie cu alte terapii la pacienţii din grupul clinic cu tulburările menţionate.

Ключевые слова: арт-терапия, невроз, психологический тренинг, психотравма, стрессор, психофизиологические связи, психосоциальная дезадаптация.

Резюме

В статье освещены особенности организации занятий арт-терапией в кинике невротических и психосоматических расстройств, преимущества использования арт-терапии сравнительно с другими психотерапевтическими подходами в работе с больными выделенной клинической группы.

Keywords: art-therapy, neurosis, psychosomatic disorder, psychological training, psychotrauma, stressor, absence of psycho-social dezadaptation.

Summary

In the article the features of organization of employments art-therapy are lighted up in the clinic of neurotic and psychosomatic disorders, advantages of the use of art-therapy comparatively with other psychotherapy approaches in-process with the patients of the selected clinical group.

История вопроса. Современная лечебно-реабилитационная, педагогическая и социальная работа требует от специалистов разработки новых тактик и подходов. Один из методов, отвечающих требованиям современного человека, представителя демократического государства в условиях растущей активности гражданского общества – арт-терапия. Сам метод насчитывает всего несколько десятилетий своей истории. В качестве эмпирического метода арт-терапия начала формироваться с середины XX века. В

этот период получил широкую известность и распространение опыт работы некоторых художников и арт-педагогов [2, 3, 7], пытавшихся вовлечь пациентов лечебных учреждений различной терапевтической направленности в занятия изобразительным искусством. Одновременно с этим ряд психотерапевтов [3, 4] применили принципиально новые формы интеракции через работу с изобразительной продукцией клиентов.

В 1960-1980-е гг. 20 в. были созданы первые профессиональные объединения, разработавшие конкретные методы и приемы арт-терапии в различных областях практического применения. Таким образом, арт-терапия обретает статус самостоятельного психотерапевтического направления с собственным категориальным аппаратом и методологической базой.

Одно из главных направлений в арт-терапии 1980-1990-х гг. – адаптация личности к меняющимся социальным, культурным условиям – было обусловлено произошедшей в этот период активизацией интегративных процессов, притоком иммигрантов в ряде экономически развитых странах, перемещением значительных групп беженцев, наблюдающиеся в зонах политических, социально-экономических конфликтов и др. факторами. В сложившихся условиях арт-терапевты столкнулись с новыми проблемами, связанными с существованием человека в культурно разнородной среде, в непосредственном контакте с представителями разных этнических и расовых сообществ. Уважительное отношение к различным религиозным конфессиям, культурным направлениям, бережное отношений к представителям различных этнических, социальных слоев потребовали от арт-терапевтов ассимиляции опыта и художественных языков, необходимости равного уважения установок, ценностей и верований представителей различных этносов и культур.

В последнее десятилетие, в силу происходящего постепенного утверждения принципов информационной открытости и европейской интеграции, наблюдается активизация профессионального обмена и распространения наиболее передовых и эффективных форм арт-терапевтической работы. Особое значение в этой связи приобрел вопрос о разработке и введении единых стандартов профессиональной арт-терапевтической подготовки и практики. Это сохранение высокой степени профессиональной свободы и самостоятельности специалистов, дальнейшее развитие теоретической базы направления, реализация системы принципов арт-терапевтического образования, ориентирующегося на «опережение» социально-экономических и культурных процессов.

Среди многочисленных изменений в деятельности арт-терапевтов следует отметить повышение их роли в социальной и образовательной сферах. Это коррекционная работа в специализированных школах, профилактические психогигиенические мероприятия с детьми, посещающими общеобразовательные школы, но имеющими определенные эмоциональные и поведенческие нарушения, отражающиеся на их успеваемости и возможностях социальной адаптации.

Актуальность темы. Наблюдающийся в настоящее время растущий интерес к разнообразным направлениям терапии творчеством обусловлен присущим каждому человеку внутренним потенциалом творческих способностей, открывающимися возможностями естественного проявления мыслей, чувств, переживаний через творческое самовыражение. Важным положительным качеством использования арт-терапии в клинической практике является возможность активного участия больного в процессе излечения, сотрудничества в поиске психологических первопричин развития соматического расстройства.

Образ современного больного отличается потребностью в более естественных, комплексных способах лечения. В этой связи возникает необходимость расширения медикаментозных способов воздействия на больного за счет альтернативных психотерапевтических тактик и подходов. Терапевтическая работа с больными невротическими и психосоматическими расстройствами отличается необходимостью воздействия не только на соматическую сферу, что является, безусловно, необходимой составляющей лечения, но и работой с их психологической сферой, как базой послужившей толчковым механизмом в процессе формирования и развития самого расстройства. Воздействие в комплексе с одной стороны медикаментозными средствами, с другой – психологическими обеспечит в конечном итоге путь к гармонизации в психосоматической составляющей болезни, личностной целостности, в которой равные роли играют тело и дух, разум и чувства, способность к интроспекции, самоанализу и активному действию.

Цель исследования. Разработать систему арт-терапевтических упражнений для работы с больными в клинике невротических психосоматических расстройств. Для реализации поставленной цели необходимо выполнение ряда задач: во-первых, разработать содержательное, организационное наполнение арт-терапевтических упражнений с учетом медицинских, антропометрических, социальных показателей; во-вторых, разработать систему оценки эффективности применения системы арт-терапевтических упражнений в клинике невротических и психосоматических расстройств.

Методы исследования. В ходе исследовательской работы были использованы методические рекомендации по организации арт-терапевтических занятий [3, 4]. Для исследования эффективности разработанных арт-терапевтических занятий была использована методика «Шкала самооценки личностной и ситуативной тревожности Ч. Спилбергера», адаптированная Ю.Л. Ханиным [3].

Результаты исследования. Для реализации первой задачи – разработать содержательное, организационное наполнение арт-терапевтических упражнений с учетом медицинских, антропометрических, социальных показателей – был составлен план работы с больными выделенной клиники. Исследование было организовано и проведено на клинической базе 417 Одесского военного госпиталя. Для работы было набрано 60 боль-

ных с невротическими и психосоматическими расстройствами, которые были разделены на три возрастные группы. В первую вошли больные в возрасте от 18 до 30 лет, во вторую от 31 года до 40 лет, в третью от – 41 года до 50 лет. Занятия проводились один раз в неделю, длительность занятия составляла от 1 до 1,5 часа, в зависимости от самочувствия больных, их готовности к сотрудничеству.

Система занятий арт-терапией была разработана как составляющая комплекса психокоррекционных мероприятий в клинике невротических и психосоматических расстройств.

На первых занятиях в рамках комплекса психокоррекционных мероприятий, при использовании одного из приемов рациональной психотерапии – отвлечения – для организации возможности психологически «переключиться» с ежедневных размышлений о своей болезни на другие переживания мы использовали арт-терапию.

Необходимо отметить важность первых занятий арт-терапией для установления эмоционального контакта с больными, знакомства пациентов друг с другом, изучения личностных особенностей больных для определения тактики организации дальнейших коррекционных мероприятий в рамках запланированной групповой психотерапии.

Для организации арт-терапевтических занятий были предложены темы для рисования: 1.«Я чувствую, что сегодня...»; 2.«В действительности самое важное для меня сейчас...»; 3.«Самое важное в жизни...»; 4.«Это меня спасает!»; 5.«И все же мир вокруг прекрасен!». Приступая к работе, мы оставляли за больными право изменять тематику рисования. Для выполнения рисунка мы предлагали белые листы формата А4, простые и цветные карандаши, краски.

После выполнения рисунка проводилось внутригрупповое обсуждение, в рамках которого мы предлагали больным рассказать о содержании изображенного в рисунке, переживаниях, испытанных в процессе рисования, размышлениях о том почему жизненная ситуация развилась именно так и каковы пути выхода из сложившегося положения.

Для реализации второй задачи – разработать систему оценки эффективности применения системы арт-терапевтических упражнений в клинике невротических психосоматических расстройств – исследованные больные были протестированы при помощи методики «Шкала самооценки личностной и ситуативной тревожности Ч. Спилбергера» до занятий арт-терапией и после проведения психокоррекционной помощи. В приведенной таблице 1 отражены показатели личностной тревожности, обнаруженные у исследованных в периоды до и после проведения арт-терапии.

Данные таблицы демонстрируют улучшения в психо-эмоциональном состоянии больных после проведения с ними занятий арт-терапией.

Необходимо отметить обнаруженную нами связь между возрастом и состоянием личностной тревожности: с увеличением возраста уменьшалось количество больных, показавших негативный рост изучаемого психологического качества.

Более младшие по возрасту боль-

Таблица 1

Изменение показателей личностной тревожности под влиянием арт-терапии (по данным методики Ч. Спилбергера)

№ п/п	Возрастная группа	Количество испытуемых (n), выявивших высокий уровень личностной тревожности					
		до*		после**		процентная разность	
		n	%	n	%	n	%
1.	I	14	70	10	50	4	20
2.	II	13	65	11	55	2	10
3.	III	8	40	6	30	2	10

* - показатели личностной тревожности до проведения арт-терапии;
** - показатели после занятий арт-терапией.

ные чаще отмечали в своем состоянии наличие внутренней скованности, состояние волнения по поводу возможных неудач. Характеризовали свое психологическое состояние как взвинченное, озабоченное. Отмечали частое состояние чрезмерного возбуждения, отсутствие желаемого состояния душевного покоя

После проведения арт-терапии количество больных с высоким уровнем личностной тревожности уменьшилось в трех возрастных группах: на 4 человека в первой возрастной группе, что составляет 20% от числа испытуемых в данной возрастной группе; на 2 человека во второй и третьей возрастных группах, что составляет 10% от числа исследованных в данных возрастных группах.

Больные невротическими и психосоматическими расстройствами, принявшие участие в занятиях арт-терапией, отметили, что стали чувствовать себя более спокойными, чаще стали испытывать чувство внутреннего удовлетворения, в большей степени стали уверены в себе и возможностях излечения. Отметили, что в большей степени начали контролировать свойственное для них длительное переживание неприятностей.

После занятий арт-терапией более 50% больных невротическими и психосоматическими расстройствами, принявших участие в организованных психотерапевтических занятиях, отметили ощущение прилива сил и желание работать, что, учитывая достаточно молодой трудоспособный возраст основного контингента больных, является важным результатом проведенной исследовательской работы.

В таблице 2 приведены показатели ситуативной тревожности (отражены только данные больных с высоким уровнем изученного психологического качества) испытуемых, обнаруженные до занятий арт-терапией и после проведения психокоррекционной помощи.

Данные таблицы 2 свидетельствуют об уменьшении уровня ситуативной тревожности у больных всех трех возрастных групп после проведения занятий арт-терапией.

Научный интерес вызывает обнаруженная корреляция между воз-

Таблица 2

Изменение показателей ситуативной тревожности под влиянием арт-терапии (по данным методики Ч. Спилбергера)

№ п/п	Возрастная группа	Количество испытуемых (n), выявивших высокий уровень ситуативной тревоги					
		Показатели ситуативной тревожности до проведения арт-терапии		Показатели ситуативной тревожности после проведения арт-терапии		Процентная разность	
		n	%	n	%	n	%
1.	I	17	85	14	70	3	15
2.	II	15	65	12	60	3	15
3.	III	10	50	8	40	2	10

растом и уровнем ситуативной тревожности: с увеличением возраста уменьшалось количество больных, показавших негативный рост изучаемого психологического качества.

У больных первой и второй возрастных групп в большей степени, чем у больных третьей возрастной группы были обнаружены состояние озабоченности, взвинченности, встревоженности, ощущение скованности.

После проведения арт-терапии количество больных с высоким уровнем ситуативной тревожности уменьшилось в трех возрастных группах: на 3 человека в первой и второй возрастных группах, что составляет 15% от числа испытуемых в данных возрастных группах; на 2 человека в третьей возрастной группе, что составляет 10% от числа исследованных в данной возрастной группе.

Больные невротическими и психосоматическими расстройствами, принявшие участие в занятиях арт-терапией, отметили, что стали чувствовать себя более уверенными в собственных силах, в большей степени начали контролировать свое поведение, отметили необходимость контролировать собственные реакции в критических ситуациях.

Выводы. Необходимо отметить, что арт-терапия обладает очевидными преимуществами перед другими – основанными исключительно на вербальной коммуникации – формами психотерапевтической работы. Как показало проведенное исследование, практически все больные, принявшие участие в организованных занятиях арт-терапией, получили возможность ознакомиться с понятием психобиологических связей, работающих в организме человека, понять какие именно обстоятельства личной жизненной ситуации сформировали психологическую базу для развившегося соматического расстройства. Важным терапевтическим компонентом проведенной работы является также определение для исследованных больных путей выхода из затянувшихся конфликтных связей, не имеющих на сегодняшний день возможностей рационального

разрешения, а так же эмоционального отвлечения от больничной среды.

Исследование больных невротическими и психосоматическими расстройствами при помощи методики «Шкала самооценки личностной и ситуативной тревожности Ч. Спилбергера» в периоды до и после проведения с ними занятий арт-терапией наглядно свидетельствует о положительных изменениях, произошедших в психо-эмоциональном состоянии исследованных больных.

Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей, своеобразным «мостом» между специалистом (психотерапевтом, психологом, педагогом и т. д.) и больным (клиентом), что особенно ценно в современных клинических условиях, социальных культурных требованиях современной жизни.

Список литературы

1. Банщиков В. М. Медицинская психология.- М., 1967.-240с.

2. Баркан А. И. Знание детской психологи - важное условие профессиональной подготовки педиатров // Педиатрия.- 1991.-№2.-с.72-74.

3. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике.- СПб, 1999.- 520с.

4. Изуткин А. М. Методологические проблемы медицинской психологии, этики и эстетики.- М.: Медицина, 1968.- 170с.

5. Исаев Д. Н., Лявшина Г. Х. Роль психогигиенического воспитания населения в предупреждении неврозов у детей // Здравоохранение Российской Федерации.- 1992.- №4.- с. 16-18.

6. Кабанов М. М., Личко А. Е. Л., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.- М., 1983.- 312с.

7. Кабанова М. М. Проблемы медицинской психологии.- Л., 1976.- 320с.

8. Кабанова М. М., Тонконогова С. М. Актуальные вопросы медицинской психологии.- Л., 1974.- 144с.

9. Карвасарский В. Т., Простомолотов В. Ф. Невротические расстройства внутренних органов.- М.: Медицина, 1988.- 166с.

10. Методика объективизации эффективности психотерапии соматических больных : [метод. рекомендац.] / А. И. Сердюк, Б. В. Михайлов, А. Ф. Короп, В. В. Чугунов. – Х., 1998.

11. Михайлов Б. В. Реабилитационная стратегия в психотерапии / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, №2 (41).

„Nu eşti învins decât dacă refuzi lupta”
Mircea Eliade

STRESUL POSTTRAUMATIC – CONSIDERAŢIUNI ŞI REFLECŢII PSIHOLOGICE

POSTTRAUMATIC STRESS – PSYCHOLOGICAL CONSIDERATIONS AND REFLECTIONS

Mariana BATOG

Termeni-cheie: stres traumatic, tulburare acută de stres, tulburare posttraumatică de stres, tulburare posttraumatică de personalitate, debriefing psihologic.

Abstract

În acest articol am supus analizei tulburarea de stres posttraumatic, am prezentat etapele de formare a acestei tulburări (PTSD), am elucidat unele aspecte ale tulburării de stres posttraumatic, am făcut o caracterizare a tulburării de personalitate posttraumatică care este o repercusiune a unor influenţe posttraumatice cronice şi am propus metode de reabilitare a persoanelor cu PTSD.

Keywords: traumatic stress disorder, acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, posttraumatic personality, psychological debriefing.

Summary

In this article we'll look at the topic of posttraumatic stress disorder, we'll present the stages of formation of this disorder (PTSD), elucidate some aspects of the posttraumatic stress disorder, we'll analyze the posttraumatic personality disorder that is a repercussion of a chronical posttraumatic stressed, and we'll propose some methods for the rehabilitation of persons with PTSD.

Conceptul de stres posttraumatic apare în literatura de specialitate pentru prima dată pe la finele secolului XIX, provocând discuţii incitante şi polemice între psihologi, psihoterapeuţi, medici. *Sigmund Freud* menţiona că trauma psihică, sau amintirea despre ea, acţionează ca un corp străin (extraterestru) care odată pătrunzând în interior încă mult timp rămâne a fi un factor funcţional. Cercetările în domeniu confirmă faptul că victimele evenimentelor atroce se confruntă cu probleme psihologice atât pe termen scurt cât şi cu probleme pe termen lung, cum ar fi depresia, frica exagerată, anxietatea, gânduri obsesive, probleme de adaptare, probleme nevrotice, tulburări de panică, probleme psihosomatice etc. Una dintre repercusiunile traumei psihice - *stresul posttraumatic* - fiind denumit de autori în diverse perioade de timp prin sintagmele „sindromul feroviar”, „inima soldatului” (sindromul Da-Kosta), „sindromul ex-

tenuării cronice", „sindromul reacţiei la stres", „nevroză emoţională" etc. Termenul de *tulburare de stres posttraumatic* (PTSD) este oficializat abia în anul 1980, fiind publicat în DSM-III (ghid de diagnostic şi clasificare a tulburărilor psihice) [1].

În lucrarea dată vom aborda tematica tulburării posttraumatice de stres, prezenta formarea pe etape a acestei tulburări (PTSD) în viziunea lui Romek V. [7]., vom elucida unele aspecte ale tulburării posttraumatice de stres şi analiza *tulburarea posttraumatică de personalitate* fiind o repercusiune a stresului posttraumatic cronic şi, în final, propunem unele metode de reabilitare a persoanelor cu stres posttraumatic.

Datele prezentate de Ministerul Afacerilor Interne din Republica Moldova în raportul pentru semestrul I al anului 2012 atestă creşterea numărului infracţiunilor împotriva familiei şi a copiilor, accidentelor rutiere, a incendiilor [12] şi, totodată, a ascendenţei numărului victimelor traumatizate în urma acestor evenimente, precum şi al martorilor la aceste evenimente groaznice. Persoanele menţionate anterior denotă un grad sporit de risc pentru a dezvolta multiple tulburări ce ţin de stres, sub incidenţă fiind şi rudele acestora.

Conform datelor MAI în semestrul I, anul 2012 s-a constatat [12]:

1. ascendenţa ***infracţiunilor*** privind viaţa sexuală (287 sau +70), infracţiunilor contra familiei şi minorului (409 sau+147), preponderent din contul cazurilor de violenţă în familie (326 sau +141), a actelor de huliganism 585 (+56), precum şi a infracţiunilor grave contra patrimoniului – a tâlhăriilor (81 sau +6) şi a jafurilor (587 sau +17);

2. au fost înregistrate 1.185 ***accidente rutiere,*** în urma acestora au decedat 152 persoane, iar altele 1.487 au fost traumatizate. De asemenea, au fost înregistrate 5.699 impacturi soldate cu pagube materiale;

3. s-a înregistrat o majorare a ***incendiilor*** cu 7,8% (1089), precum şi a persoanelor decedate şi traumatizate în urma acestora.

4. s-a majorat numărul ***situaţiilor excepţionale cu caracter natural, tehnogen şi biologico- social***, fiind înregistrate 179 astfel de situaţii, în comparaţie cu 152 anul precedent.

Centrul psihologic *Amicul* (CNPAC) din mun. Chişinău oferă date privind copiii asistaţi – victime ale violenţei în semestru I al anului 2012: 382 copii de diferite vârste, printre care 126 cazuri de abuz fizic, 108 cazuri de abuz sexual, 110 cazuri de abuz psihologic şi 38 cazuri de neglijare faţă de copii [13].

Astfel, considerăm necesar şi util să abordăm problematica stresului posttraumatic ce este mai puţin cunoscută şi abordată în literatura de specialitate autohtonă.

Stresul posttraumatic a fost studiat în psihologie din multiple aspecte şi dimensiuni fiind un domeniu de cercetare al patopsihologiei, psihologiei clinice, psihologiei medicale, psihologiei militare, psihoterapiei.

Contribuţii valoroase în domeniul cercetării tulburării posttraumatice de stres au fost realizate de cercetători din multiple ţări: Krepelin E.(1900), Kardiner A. (1941), Linderman Ă.(1984), Horowitz M. (1980), Egendorf A.(1981), Killpatrick D. (1985), Pynoos R. (1985), Boulander G. (1986), Lifton R.(1988), Nader K., Pitman R., Green A.(1990), Wilmshurst L. (2007).

Cercetătorii ruşi Александровский Ю. А. (1989), Краснов В. Н. (1991), Либина А. В.(1993), Ениколопов С. Н. (1998), Тарабина Н.В. (2001), Волошин В. М. (2001), Ильина И. Г. (2002), Назарова И. Э. (2002), Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф.(2003), Ромек В. Г. (2004), Малкина-Пых И. Г. (2005) şi-au adus contribuţia la studierea teoretico-aplicativă a problematicii stresului posttraumatic.

Studiile realizate de cercetători în plan mondial au contribuit la propulsarea şi ascendenţa cercetărilor în domeniu menţionat şi în R. Moldova: Turchină T. (1999), Briceag S. (2008), Gonţa V. (2008), Racu I. (2009) etc.

Ronald Comer, profesor la catedra de psihologie de la Universitatea din Prinston, defineşte *tulburarea posttraumatică de stres* ca fiind o tulburare anxioasă, în care frica şi simptomele însoţitoare se menţin un timp îndelungat după un eveniment traumatizant [6]. În viziunea psihologului român ***Fuerea I.,*** PTSD reprezintă o afecţiune psihiatrică importantă ce produce o suferinţă emoţională şi o inadaptare socială considerabilă, prezentând adesea un tablou clinic complex ce constituie o semnificativă provocare în ceea ce priveşte conduita terapeutică [2]. Cercetătorul american ***Pittman R***. atribuie stării posttraumatice de stres o denumire specifică ***„gaura neagră a traumei”*** considerând că este o grea povară purtată în inima şi gândurile persoanei chiar după recuperare şi revenirea la un mod de viaţă obişnuit [7]. ***Daniel David*** susţine că tulburarea de stres posttraumatic se caracterizează prin reexperenţierea unui eveniment extrem de traumatic, acompaniată de arousal ridicat şi evitarea stimulilor asociaţi cu trauma [2].

Actualmente, criteriile diagnostice ale PTSD sunt expuse în complexitatea simptomaticii sale în sistemele de clasificare internaţională ale tulburărilor psihice:

– CIM -10 (clasificare internaţională a maladiilor) – sistem de clasificare european [9]

– DSM-IV – sistem de clasificare a maladiilor psihice utilizat în SUA [4]

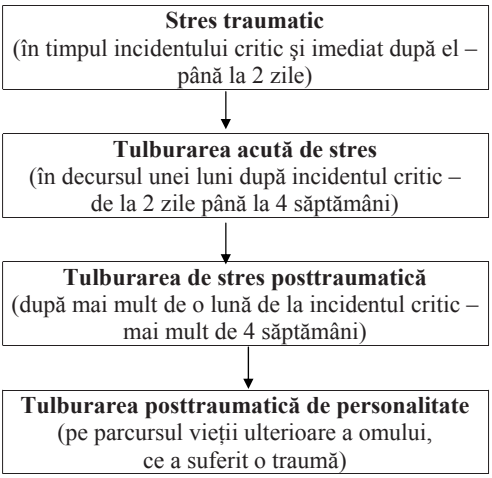
Tulburarea de stres posttraumatic se poate instala la diferite vârste, chiar şi în copilărie, şi poate fi un impediment pentru autorealizarea în plan personal, social, profesional [6].

Ромек В. Г. prezintă schematic formarea pe etape a tulburărilor de stres în dependenţă de timpul apariţiei, durată menţinerii şi profunzimea lor [7].

Suchiasian S.G., Tadeosian A.S. ş.a. prezintă simptomele fundamentale ale PTSD [9]:

- hipervigilenţă nemotivată, irascibilitate, labilitate;
- atrofiere emoţională;
- agresivitate verbală şi fizică;
- tulburări amnestice şi dismnestice;
- disfuncţii în concentrarea atenţiei;
- paroxisme afective;
- anxietate;
- amintiri intruzive;
- dificultăţi de adormire, coşmaruri nocturne;
- sentimentul vinei;
- retrăiri halucinatorii;
- gânduri de suicid; abuz de substanţe narcotice şi preparate medicamentoase.

Această tulburare apare în mod dublu la femei în comparaţie cu bărbaţii.



Schema 1. Etapele de formare a tulburărilor posttraumatice

PTSD după o traumă se formează aproximativ la 20% femei şi la numai 8% bărbaţi [6]. ***Udangiu L.*** relevă unele particularităţi de dezvoltare a ***PTSD*** considerând că la femei: durata tulburării este mai mare, simptomatologia mai complexă, iar prognosticul este în multe cazuri nefavorabil şi influenţează în mod negativ calitatea vieţii [3].

În acest context este important să prezentăm factorii ce pot contribui la apariţia şi dezvoltarea PTSD . Factorii cu influenţă semnificativă în dezvoltarea stresului posttraumatic au fost sistematizaţi în multiple aspecte de către Davidson J., Breslau N., Le. Heuzey M. F., Юрьева, Л. Н. ş.a. Clasificările acestor autori vin să se completeze reciproc, de fiecare dată punându-se accentul pe un anumit grup de factori şi completând şirul cu factori noi. Юрьева, Л. Н. stabileşte patru grupuri mari de factori [10]:

1. Factori caracteristici ai psihotraumei: trauma imprevizibilă şi neaşteptată, ce ameninţă viaţa (cu risc potenţial de distrugere fizică); trauma emoţională, însoţită de emoţii intense; prezenţa traumelor anterioare în anamneză.

2. Factori ce ţin de tipul evenimentului traumatic: război, revoluţie, dezastre naturale şi tehnogene; terorismul, violenţa şi alte evenimente sau situaţii cu caracter ameninţător şi catastrofal, ce trec de limita experienţelor uzuale de viaţă.

3. Factori etnoculturali: perceperea evenimentului traumatic din perspectiva viziunilor asupra vieţii, comprehensiunea problemei *vieţii* şi *morţii*, greutăţii păcatului şi gradului de severitate al pedepsei şi altor probleme existenţiale ce sunt abordate de oameni în dependenţă de viziunile religioase şi ideologice sunt factori de risc foarte semnificativi în dezvoltarea stresului posttraumatic şi joacă un rol important în percepţia situaţiilor stresante. Spre exemplu, la veteranii războiului din Vietnam tulburarea posttraumatică de stres a fost identificată la 15%, printre soldaţii afro-americani la – 21%, iar printre soldaţii latino-americani – la 28%.

4. Factorii psihologici şi caracterologici: instabilitate emoţională, nivel înalt de anxietate, imaturitatea personalităţii etc.

Această clasificare este foarte relevantă, însă mai poate fi completată şi cu alţi factori importanţi, cum ar fi cei demografici, genetici, biologici şi cognitivi.

În continuare vom analiza unele teorii, concepţii ce vin să fundamenteze şi să explice mecanismele evolutive ale stresului posttraumatic.

– ***Teoria bifactorială*** - la baza acestei teorii se află *principiul clasic al*

condiţionării reflexiv-condiţionate a PTSD (după I. P. Pavlov) şi *teoria comportamentală, condiţionarea operantă a dezvoltării sindromului* (asemănarea sau asociaţia cu un stimul traumatic de bază provocând la subiect comportamente de evitare) [8].

– ***Teoria reţelelor emoţionale asociative patologice (Pitman, 1988)*** explică unele manifestări ale PTSD [5]. În baza sindromului posttraumatic se află *formarea structurilor asociative patologice construite analog* ce includ 3 componente: informaţia despre evenimentele externe şi condiţii; informaţia despre reacţia la aceste evenimente; informaţia despre aprecierea semantică a stimulilor şi acţiuni de reacţionare. Această reţea asociativă începe a lucra ca un tot întreg în anumite condiţii concrete, producând un efect emoţional. Teoria dată argumentează *mecanismul de dezvoltare a fenomenelor flash-bac.*

– ***Teoria lui Foa and Riggis (1993),*** conform căreia PTSD este consecinţa disrupturilor din procesul natural al recuperării datorită a două scheme cognitive dobândite după expunerea la traumatism: lumea este total periculoasă şi individul este complet incompetent să se ferească sau să depăşească pericolele [11].

– ***Concepţia etiologic - multifactorială (Maercker, 1998)*** prin intermediul căreia se face o încercare de a explica de ce, după trăirea stresului traumatic unii oameni încep să sufere de PTSD, iar alţii nu. În această concepţie se evidenţiază 3 grupuri de factori, combinarea cărora duce la apariţia PTSD: *factorii ce ţin de evenimentul traumatic; factori defensivi; factorii de risc* [5].

– ***Fenomenul dezvoltării - maturării posttraumatice de Tedeschi, Colhoun (2004)*** implică o schimbare psihologică pozitivă ca rezultat al eforturilor de a depăşi circumstanţele provocatoare ale vieţii [11]. ***Tedeschi, Colhoun*** susţin că dezvoltarea post traumatică conduce la creşterea modului în care este apreciată viaţa, la apropierea de alţii, la descoperirea a noi oportunităţi, afilierea la valori spirituale. Acest subiect este dezvoltat în psihologia pozitivistă a lui Victor Frankl şi psihologia umanistă a lui Rogers.

Durata terapiei şi metodele utilizate pentru reabilitarea persoanelor ce au trăit o traumă psihologică sunt în corelaţie directă cu tipul de stres posttraumatic identificat. În continuare vom analiza clasificările propuse de Terr L. C. (1991), Волошин В. М (2001) şi Ромек В.Г., Малкина-Пых И. Г. (2006).

Малкина-Пых И. Г., Ромек В. Г. clasifică tulburarea posttraumatică de stres în funcţie de particularităţile de manifestare şi evoluţie:

1. ***acută*** – se dezvoltă până la trei luni;
2. ***cronică*** – decurge mai mult de trei luni;
3. ***întârziată*** – apare la şase luni sau mai mult după confruntarea cu un eveniment traumatizant.

Tipul cronic al PTSD produce schimbări vizibile în personalitatea victimei. ***Tulburarea posttraumatică de personalitate*** este o schimbare a personalităţii după confruntarea cu un eveniment atroce ce se dezvoltă pe parcursul a mai mulţi ani. Apar schimbări în caracterul persoanei – devenind unul „*complicat*”. Această tulburare poate fi diagnosticată nu mai devreme

de 2 ani de la evenimentul traumatic şi în cazul în care au fost observate schimbări majore în personalitatea victimei [9]. În structura personalităţii se fac observabile unele trăsături ce nu erau prezente până la evenimentul traumatic. Se observă izolare socială, atitudini duşmănoase şi neîncrederea faţă de cei din jur, domină simţul devastării şi deznădejdii, sentimentul permanent de schimbare personală, viaţa decurge „ la limite", cu „ameninţare continuă", se determină un nivel înalt al anxietăţii, nivel jos al controlului subiectiv. În paralel se micşorează nivelul de implicare socială şi profesională al persoanei [9].

Terr L. C. (1991) propune o clasificare a formelor de PTSD în funcţie de tipul de traumă la care a fost expus individul:

traumele de tip I – singulare (eveniment traumatic major, cum ar fi un accident de maşină sau prăbuşirea unui pod);

traumele de tip II – repetate (abuz fizic sau sexual multiplu pe parcursul unei lungi perioade).

Autorul afirmă că este de aşteptat ca traumele de tip I să declanşeze paternuri de reacţii, de retrăire, evitare şi hiperexcitabilitate, iar cele de tip II să determine simptome mai pervazive de negare, amorţire emoţională sau disociere şi furie [4].

Волошин В. М. (2001) examinează patru tipuri ale tulburării posttraumatice de stres [5]:

➢ ***tipul anxios*** – se caracterizează printr-un nivel înalt al neliniştii somatice şi psihice nemotivate pe un fond afectiv colorat ipotetic cu trăirea, nu mai rar de câteva ori pe zi, reprezentări involuntare de nuanţă obsesivă, ce reflectă situaţia post traumatică. E caracteristică dispoziţia disforică cu simţul disconfortului intern, iritabilitate, tensionare. Dereglările de somn se caracterizează prin dificultăţi de adormire cu dominarea în conştiinţă a gândurilor anxioase despre starea sa; teama de calitatea şi durata somnului, frica faţă de visuri chinuitoare;

➢ ***tipul astenic*** – diferă prin dominarea simţului de moliciune şi slăbiciune, fodul redus al dispoziţiei, apare indiferenţa faţă de evenimentele vieţii anterior cointeresate, indiferenţă faţă de problemele familiale şi întrebări de lucru. Comportamentul se remarcă prin pasivitate, e caracteristică trăirea pierderii sentimentului de satisfacţie de la viaţă. În conştiinţă, domină gândurile despre starea sa de faliment;

➢ ***tipul disforic*** – se caracterizează prin trăirea permanentă al insatisfacţiei interioare, iritabilitate, până la explozii de răutate şi mânie, pe fonul dispoziţiei deprimate-sumbre. Bolnavii se evidenţiază printr-un nivel înalt de agresivitate, tendinţa de a-şi vărsa mânia, iritabilitate şi violenţă faţă de cei din jur;

➢ ***tipul somatoform*** – se caracterizează prin dereglări masive somatoforme cu localizarea prioritară a senzaţiilor corporale neplăcute în regiunea inimii (54%), a tractului gastrointestinal (36%) şi a capului (20%), aceste dereglări se asociază cu paroxismele psihovegetative (apar după 6 luni de la evenimentul traumatic).

În scopul prevenţiei dezvoltării tulburării posttraumatice de stres cercetătorii în domeniu (Badhen (2001), Ромек В.Г. (2004), Малкина-Пых И. Г. 2006)) recomandă utilizarea *debriefingului psihologic* după confruntarea cu un eveniment teribil, în special în urma catastrofelor tenhogene şi dezas-

trelor naturale. ***Debriefingul psihologic*** reprezintă o discuţie organizată cu un grup de persoane ce au trăit împreună un eveniment traumatizant [7]. Scopul discuţiilor în grup – minimalizarea suferinţelor victimelor. Debriefingul se atribuie formelor de intervenţie în criză, dar poate fi utilizat şi în scopuri profilactice. Timpul optim de realizare este nu mai devreme de 48 ore de la evenimentul traumatic, durata constituie 2-2,5 ore fără întrerupere [5], iar în opinia unor autori, poate cuprinde 3-6 ore. Este de dorit ca grupul de lucru să fie alcătuit din maximum 10-15 persoane. Nu se admit în grup persoane ce nu au tangenţe cu evenimentul în cauză. Moderatorii vor avea o pregătire specială în domeniul dat.

Debriefingul psihologic este constituit din 3 părţi de bază [7]:

I. Prelucrarea emoţiilor de bază a participanţilor şi măsurarea intensităţii stresului.

II. Discutarea detaliată a simptomelor şi asigurarea sentimentului de apărare şi susţinere.

III. Mobilizarea resurselor, asigurarea cu informaţie şi proiectarea planurilor de viitor.

Debriefingul psihologic cuprinde şapte etape: introducerea, descrierea faptelor, descrierea gândurilor şi impresiilor, descrierea reacţiilor emoţionale, descrierea simptomelor, etapa finală, readaptarea [5].

Metode utile ce vor contribui la prevenţia PTSD pot fi discuţiile informative şi trainingurile organizate în scopul întăririi strategiilor de coping, trainingul de dezvoltare a abilităţilor de comunicare, trainingul de management al furiei, anxietăţii, trainingul de dezvoltare a abilităţilor sociale.

Reabilitarea psihologică a persoanelor cu PTSD este un proces îndelungat ce poate dura de la o lună până la câţiva ani. Unii autori menţionează că în unele situaţii persoana poate să sufere de această tulburare pe parcursul întregii vieţi.

În cadrul terapiei persoanelor cu PTSD [7.] psihologul va respecta câteva principii:

➢ ***Principiul normalizării*** – începerea terapiei se centrează pe discutarea emoţiilor trăite şi explicarea normalităţii lor de existenţă pentru situaţia groaznică trăită.

➢ ***Principiul parteneriatului şi accentuării calităţilor pozitive de personalitate*** – persoanele cu PTSD sunt sensibile, uşor de rănit şi au tendinţa spre autoînvinuire, sentimentul neputinţei şi denotă agresivitate mărită etc., din aceste considerente sunt respinse de alte persoane, ce le accentuează sentimentul lipsei de valoare şi vinei, le dezvoltă şi mai mult sentimentul inferiorităţii. Din aceste motive stabilirea relaţiei de parteneriat este o condiţie sine qua non.

➢ ***Principiul individualizării*** – se bazează pe faptul că fiecare persoană îşi are propria cale de reabilitare după un eveniment atroce.

Aceste principii sunt respectate pe parcursul terapiei persoanelor cu PTSD.

Specialiştii în domeniu remarcă eficienţa terapiilor cognitiv-comportamentale (tehnicile EMDR, EBI, trainingul de reducere a anxietăţii (AMT), tehnici de relaxare musculară, tehnica povestirii directe sau libere; metoda mărturisirii propusă de Cienfuegos şi Monelli) pentru recuperarea psihologică a persoanelor cu stres posttraumatic, dar propun şi terapia raţională, terapia

dramatică, art-terapia (meloterapia, terapia cu ajutorul basmelor), gestalt-terapia, terapia pozitivistă, play-therapy (terapia prin joc); terapia strategică, programarea neurolingvistică (NLP) [5], psihoterapia de familie. *Sigmund Freud* a folosit în tratamentul stresului posttraumatic hipnoterapia, accentuând necesitatea producerii catharsisului. Terapiile individuale în mod frecvent sunt îmbinate cu terapiile de grup.

Terapiile psihologice vor fi anticipate de farmacoterapie pentru atenuarea simptomelor psihopatologice. Procedurile de reabilitare psihologică vor fi însoţite de susţinerea socială, îndeosebi din partea persoanelor apropiate, în scopul redobândirii statutului social anterior, a posibilităţilor de a-şi asigura o situaţie materială puternică [8].

În armata americană se experimentează metode neconvenţionale pentru a-i trata pe soldaţii care suferă de stres posttraumatic în urma experienţelor de luptă: aromaterapia, acupunctura şi alte metode, iar acestea dau rezultate promiţătoare, a declarat secretarul apărării ***Robert Gates*** pentru presă [14].

În final, considerăm că este semnificativ să menţionăm:

1. Evenimentele traumatice sunt inevitabile, se produc constituind o parte mai sumbră a vieţii, devenind actualmente o însuşire specifică a existenţei noastre.

2. Unele persoane pot să ajungă să dezvolte PTSD fiind martori sau trăind evenimente traumatice, în timp ce alţii nu, în dependenţă de multipli factori: caracteristici ai psihotraumei, a evenimentului produs, factori psihologici, caracterologici, etnoculturali, genetici, cognitivi, demografici.

3. O tehnică eficientă în prevenţia dezvoltării PTSD este debriefingul psihologic. Trainingul de dezvoltare a competenţelor sociale, a abilităţilor de comunicare, de întărire a strategiilor de coping, management al anxietăţii şi furiei au menirea să micşoreze riscul apariţiei stresului posttraumatic.

4. În reabilitarea PTSD specialiştii în domeniu menţionează eficacitatea terapiilor cognitiv-comportamentale, hipnoterapiei, terapiei de familie, terapiei raţionale, terapiei strategice etc.

În recuperarea persoanelor cu stres posttraumatic vor fi necesare intervenţii de ordin psihologic, social, medical. Reevaluarea cognitivă, rezolvarea, acomodarea, adaptarea, reconstituirea relaţiilor sociale, normalizarea stărilor psihice si a dispoziţiei, implicarea activa în prezent, construirea planurilor de viitor, perceperea evenimentului atroce ca fiind o experienţă de viaţă sunt indici ai depăşirii psihotraumei.

Bibliografie selectivă

1. BATOG, M., (2012). *Orientări teoretice şi aspecte clinice ale sindromului de stres posttraumatic*. În: Optimizarea învăţământului în contextul societăţii bazate pe cunoaştere. Materialele Conferinţei Ştiinţifice Internaţionale. Chişinău: tipografia „Print – Caro” SRL. p. 400- 403.

2. BATOG, M., (2012). *Exteriorizarea stresului posttraumatic prin intermediul comportamentului deviant*. În: Cauzele comportamentului deviant în rândurile tinerilor în condiţiile actuale din Republica Moldova. Materialele Conferinţei Ştiinţifice Naţionale 5 decembrie, 2012, „UPS I. Creangă”. Ch.: tipografia UPS I. Creangă, p. 358-365.

3. UDANGIU, L., (2010). *Tulburarea de stres posttraumatic şi stresul acut. Evaluare clinică şi terapeutică*. În: Me-

dicina modernă. Vol. XVII. Nr. 6, p. 292-296.

4. WILMSHURST, L., (2007). *Psihopatologia copilului. Fundamente*. Trad. Pelea A., Iaşi: Polirom, 376 p.

5. МАЛКИНА-ПЫХ, И.Г., (2010). *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. Москва. : Изд-во Эксмо.

6. КОМЕР, Р., (2001). *Основы патопсихологии*. Editura Fundamentals of Abnormal Psychology, 617 c.

7. РОМЕК, В.Г., КОНТОРОВИЧ, А., КРУКОВИЧ, Е.И., (2004). *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. СПб.: Речь, 256 с.

8. ТАРАБРИНА, Н.В., (2001), *Практикум по психологии посттравматического стресса*. монография. СПб. : Питер, 252 с.

9. СУКИАСЯН, С.Г. и др. (2003). *Стресс и посстрессовые растройства. Личность и общество*. Ереван, изд. Асотик, 384 с.

10. ЮРЬЕВА, Л.Н., (2002). *История. Культура. Психические и поведенческие расстройства*. — К.: Сфера,. - 314 с.

11. http://www.vrasti.org/evaluarea%20PTSD.pdf

12. http://www.mai.gov.md/node/17788

13. http://cnpac.org.md/index.php?option=com

14. http://www.ziare.com/viata-sanatoasa/tratament/soldatii-americani-tratati-de-stres-post-traumatic-cu-aromaterapie-1014482

OPINII, DISCUȚII

Nimic nu îl poate opri pe omul cu o atitudine mentală corectă
să îşi îndeplinească scopul.
Nimic din lumea aceasta nu îl poate ajuta pe omul
care are o atitudine greşită.
Thomas Jeferson

ABORDAREA COMPARATIVĂ A CONCEPTULUI DE ATITUDINE ÎN PSIHOLOGIA GENERALĂ, PSIHOLOGIA PERSONALITĂȚII ŞI CEA SOCIALĂ

COMPARATIVE APPROACH OF THE CONCEPT OF ATTITUDE IN GENERAL AND SOCIAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOLOGY OF PERSONALITY

Tatiana VASIAN

Termeni-cheie: atitudine, montaj, orientarea personalităţii, poziţia personalităţii, congruenţa atitudinii cu comportamentul.

Sumarry

The present article reflects the comparative approach of the concept of attitude in different branches of psychology science, from the general to social psychology. There are presented the differences between the concept of attitude and montage, set, orientation and position of the personality. With the three-dimensional structure analysis it is elucidated the problem of consistency between attitude and real behavior of the person.

Termenul de *atitudine* a intrat cu desăvârşire în limbajul cotidian uzual şi în diverse situaţii este utilizat având semnificaţii diferite. În ştiinţa psihologică problema atitudinilor a generat un număr mare de studii şi în psihologia occidentală, şi în cea americană (W. Tomas şi F. Znaniecki, 1918; R. LaPiere, 1934; G. Allport, 1954; S. Bogardus, 1931; S. Asch, 1952; L. Festinger, 1957, 1960; R. Zajonc, 1968; M. Fishbein şi I. Ajzen, 1975; H. Mendras, 1989; D. Myers, 2005). Studierea atitudinilor reprezintă o direcţie independentă de cercetare, fiind în prezent una dintre cele mai studiate domenii din psihologia socială şi unul dintre conceptele ei centrale.

Conceptul de atitudine a constituit ţinta cercetărilor din cadrul mai multor ramuri ale psihologiei. Pentru o elucidare mai clară a conceptului de atitudine şi o diferenţiere de altele care exprimă esenţe psihologice foarte apropiate ne propunem analiza conceptului de atitudine în *psihologia generală*, în care se porneşte de la noţiunea de *montaj (установка)*, care derivă din studiile cercetătorilor germani Y. E. Muller, F. Shuman, S. Stefens şi este dezvoltată mai apoi de către cercetătorii georgieni din şcoala lui D. Uznadze (1958). În

viziunea reprezentanţilor acestei şcoli, montajul este conceput ca şi o stare dinamică integră a subiectului ce determină pregătirea lui pentru o anumită acţiune şi această stare este condiţionată de doi factori: trebuinţa subiectului şi situaţia obiectivă respectivă [9]. Orientarea persoanei spre un anumit comportament în scopul satisfacerii nevoii date în situaţia dată se poate consolida în cazul repetării situaţiei, transformându-se din montaj situativ în unul fixat. Deşi noţiunea de montaj, definită mai sus, permite a explica orientarea acţiunilor persoanei în anumite împrejurări, o astfel de abordare nu poate fi aplicată cu acelaşi succes şi în psihologia socială. După cum menţionează G. Andreev, o astfel de abordare a montajului nu pune în evidenţă analiza factorilor sociali ce determină comportamentul persoanei, procesul de însuşire de către ea a experienţei sociale, ierarhia complexă a factorilor ce determină însăşi natura situaţiei sociale în care persoana acţionează. În concepţia lui D. Uznadze, montajul ţine de realizarea unor necesităţi umane elementare, fiziologice, de esenţă mai mult neconştientizată şi, prin urmare, fiind în imposibilitatea de a explica forme mai complexe ale activităţii umane.

S. L. Rubinştein delimitează montajul dintre tendinţele personalităţii, care reflectă poziţia luată de personalitate faţă de scopurile şi obiectivele înaintate şi se exprimă prin mobilizarea selectivă şi predispunerea pentru activitatea orientată spre realizarea lor [15, p. 520]. Fiind determinat de interacţiunea interioară a diverselor tendinţe ce exprimă orientarea personalităţii, montajul, la rândul său, le determină şi le condiţionează. Montajul, înţeles astfel, joacă un rol semnificativ în întreaga activitate a personalităţii, prezenţa unui anumit montaj influenţând şi modalitatea în care este perceput de către subiect orice conţinut obiectual.

În *psihologia personalităţii* mai mulţi cercetători au încercat să dezvăluie conceptul de atitudine şi locul lui în structura personalităţii. Psihologul rus V. Measeşcev, numele căruia este unul de referinţă în domeniul psihologiei personalităţii şi a atitudinilor, a valorificat importanţa atitudinilor în studierea şi formarea personalităţii, în explicarea esenţei unor formaţiuni complexe din structura personalităţii, cum ar fi trebuinţele, interesele, dar şi conştiinţa în întregime [12, p. 75]. Atitudinea este tratată de către V. Measeşcev (1960) ca „un sistem integru de relaţii individuale, selective, conştientizate ale personalităţii cu diverse laturi ale realităţii obiective” [14, p. 9]. V. Measeşcev a formulat unul dintre cele mai importante principii în teoria personalităţii: sistemul relaţiilor sociale în care este inclus individul uman de la naştere şi pe tot parcursul vieţii formează atitudinile lui subiective faţă de toate laturile lumii înconjurătoare. Acest sistem reiese din întreaga istorie de dezvoltare a individului uman, ea exprimă experienţa lui personală, individuală şi determină din interior acţiunile, trăirile sale. Acest sistem de atitudini faţă de mediu şi faţă de sine reprezintă o caracteristică specifică de personalitate, în mai mare măsură specifică decât un şir de alte componente ale ei, precum caracterul, temperamentul, aptitudinile.

V. Measeşcev a studiat problema atitudinilor îndeosebi în legătură cu activitatea umană. În opinia sa, atitudinea

exprimă poziţia selectivă activă a personalităţii, care determină caracterul individual al activităţii ei şi al faptelor ei în parte. Dar atitudinea nicidecum nu se rezumă la acţiune sau activitate, mai mult ca atât, ea e diametral opusă acţiunii, după cum notează A. Bodalev, predecesorul lui V. Measeşcev [10, p.126]. Spre deosebire de acţiune, atitudinea nu este proces şi, de aceea, nu are desfăşurare spaţio-temporală; nu poate fi reprezentată şi însuşită într-o formă generală; ea e întotdeauna extrem de individuală şi concretă. Cu toate acestea, atitudinea şi acţiunea sunt inseparabile. Atitudinea generează acţiunea, dar şi singură apare şi se formează în cadrul acţiunii [10, p.126]. După cum susţine A. Leontiev, atitudinea e cea care formează conştiinţa (care precede acţiunea), reprezintă caracteristica principală a acţiunii, dar şi rezultatul ei. Astfel, atitudinea poate fi concomitent sursa acţiunii şi produsul ei, dar poate şi să nu fie aşa, deoarece nu întotdeauna ea este reflectată adecvat în cadrul activităţii [10].

Este importantă realizarea distincţiei dintre atitudine şi montajul studiat în cadrul psihologiei generale. V. Measeşcev menţionează că ambele sunt structuri psihologice, au anumite însuşiri, dar nu pot fi ele însele însuşiri [14, p.47]. La fel nu pot fi stări, deşi se schimbă odată cu schimbarea stării personalităţii. Atitudinea umană nu este parte a personalităţii, ci potenţialul reacţiei ei psihice în legătură cu un anumit obiect, proces sau fapt al realităţii [14, p.149]. Esenţial pentru atitudine este caracterul ei conştient: atitudinea este conştientizată de către individ, deşi motivele, sursele ei pot rămâne neconştientizate. Montajul se caracterizează prin pregătire, predispunere, iar atitudinea – prin selectivitate, atracţie sau respingere.

L. Bojovici analizează atitudinea vis-a-vis de conceptul de *orientare a personalităţii*, în cadrul cercetării formării personalităţii în perioada copilăriei [11]. În viziunea autoarei ruse, orientarea personalităţii reprezintă o poziţie internă a personalităţii faţă de mediul social înconjurător, faţă de obiecte separate ale acestui mediu. Deşi aceste poziţii pot fi diferite, în ele poate fi evidenţiată o *tendinţă generală*, ce se manifestă pregnant. Noţiunea de orientare exprimă, de fapt, atitudinea dominantă a persoanei. De multe ori acest termen este folosit ca echivalentul noţiunilor de atitudine şi montaj [14, p.49]. Totuşi, după specificaţia aceluiaşi autor, diferenţe există: montajul are caracter retrospectiv, iar orientarea personalităţii are caracter bine determinat şi de perspectivă. Atitudinea la fel are caracter retrospectiv, în sensul genezei sale (se bazează pe experienţa individului uman), dar şi explică comportamentul persoanei, trăirile ei emoţionale prezente, având şi semnificaţii de perspectivă vis-a-vis de comportamentul viitor.

Atitudinile se manifestă în trăirile emoţionale ale persoanei, în dorinţele, interesele, trebuinţele ei, în scopurile şi motivele activităţii ei. Deosebit de expresiv ele se manifestă în orientarea generală a personalităţii, în ceea ce doreşte persoana, graţie cărui fapt acţionează, în modul în care reacţionează la anumite evenimente şi fenomene din lumea înconjurătoare, la procesul şi rezultatul activităţii sale sau faptele altor persoane [12, p. 76].

V. Measeşcev consideră că orientarea personalităţii poartă un caracter foarte general şi nu dezvăluie persona-

litatea pe potriva ei, deoarece ultima este dinamică, diversă şi se schimbă pe parcursul vieţii. Caracterizarea personalităţii prin intermediul orientării ei ar fi nu doar unilaterală şi seacă, dar nici nu s-ar potrivi pentru înţelegerea majorităţii persoanelor, al căror comportament poate fi determinat de diverse momente externe. Atitudinile persoanei, însă, sunt variate, din care cauză anume ele pot explica diversitatea psihicului uman [14, p.150].

De problema personalităţii şi atitudinilor ei ţine şi un şir de noţiuni psihologice integrale, dintre care şi *poziţia personalităţii*, noţiune care a fost propusă de A. Adler în 1912. În esenţă, ea reflectă integrarea atitudinilor selective dominante ale persoanei pentru un anumit subiect, domeniu. V. Measeşcev consideră că interpretat astfel, acest concept e aproape de montajul personalităţii.

Una dintre explicaţiile caracterului integru al atitudinii şi diferenţelor dintre atitudine şi montaj cercetătorii o găsesc în concepţia dispoziţională a reglării comportamentului social al personalităţii dezvoltată de V. Iadov în 1975 [9]. Ideea fundamentală ce stă la baza acestei concepţii constă în faptul că individul posedă un sistem complex constituit din diverse formaţiuni dispoziţionale care sunt organizate ierarhic, pe diferite niveluri. În lumina acestei concepţii montajul apare întotdeauna în prezenţa unei anumite trebuinţe şi a unei situaţii ce ar satisface-o. Ierarhia trebuinţelor se clasifică în baza tipului de activitate în care se include individul pentru a le satisface. La fiecare dintre cele patru niveluri de intersecţie a trebuinţelor cu situaţia de satisfacere a lor avem un anumit nivel dispoziţional:

- primul nivel este constituit din *montajele elementare fixate*, aşa cum există ele în înţelegerea lui D. Uznadze, şi se formează în baza trebuinţelor vitale legate de condiţiile cotidiene familiare (în cercetările orientale acestui termen îi corespunde noţiunea de *set*);
- la nivelul doi se află dispoziţii mai complexe, ce se formează în baza necesităţii umane de a comunica ce se realizează în grupuri mici; acestea sunt *montajele sociale fixate* sau *„atittiud”*, care, comparativ cu montajele de la primul nivel, prezintă o structură mai complexă, cu componentele cognitivă, afectivă şi comportamentală;
- al treilea nivel conturează orientarea generală a intereselor personalităţii legate de un anumit domeniu de activitate, reflectate în *montaje sociale de bază (fundamentale)*; la fel ca şi atitudinile de la nivelul doi, au aceeaşi structură tridimensională şi exprimă atitudinea faţă de anumite domenii sociale semnificative pentru persoană;
- ultimul nivel dispoziţional este constituit din sistemul orientărilor valorice ale persoanei, care-i reglează comportamentul şi activitatea în situaţii de activism social mult mai semnificative pentru persoana dată [9].

Conform acestui model dispoziţional ierarhic atitudinea ca montaj social fixat se plasează la nivelul dintre montajele elementare fixate şi două niveluri mai înalte: montajele sociale fundamentale, în care se fixează orientarea

generală a intereselor personalităţii, şi orientările valorice. Printr-o astfel de abordare se remarcă ideea integrităţii atitudinii sociale – integritate, ce trebuie înţeleasă doar în contextul social.

Examinarea ulterioară a specificului atitudinilor sociale în sistemul ştiinţelor socio-psihologice este posibilă doar elucidând o altă tradiţie: tradiţia constituirii acestei noţiuni nu în sistemul psihologiei generale, ci în *sistemul psihologiei sociale*.

Chiar dacă numărul cercetărilor empirice ale atitudinilor este impunător, până în prezent rămâne a fi discutabilă terminologia utilizată. Deseori şi în domeniul cercetărilor psihosociale noţiunile *atitudine, poziţie, montaj* sunt tratate ca şi sinonime. După cum menţionează M. Boza, „cu tot interesul arătat de cercetători pentru studiul atitudinilor, acest concept are încă de luptat cu imprecizia atât în definirea sa, cât şi în delimitarea sa de alte concepte cum ar fi *opiniile, credinţele* sau *intenţiile"* [6, p.128]. Despre această diversitate în utilizarea noţiunilor în domeniul dat de cercetare scrie şi psihologul rus G. Andreev, care menţionează că în psihologia socială occidentală se utilizează noţiunea de „*attitude"*, echivalentul căreia în psihologia socială rusă este *montajul social* sau englezescul „*attitud"*. Pentru termenul de *montaj* cu sensul care i se dă în şcoala lui D. Uznadze în cercetările psihologice occidentale este utilizată noţiunea de *set* [9]. Totuşi, în multe lucrări recente din psihologia socială pot fi întâlnite aceste noţiuni pe poziţie de sinonime. Important este să delimităm aceste concepte integrale, cu o semnificaţie aparte fiecare pentru tratarea problemei personalităţii în ştiinţele psihosociale, să nu le negăm, ci să le concretizăm şi să înţelegem relaţia lor cu noţiunea de atitudine.

Introdusă de către W. Thomas şi F. Znaniecki, în anii 1918-1920, în cadrul studiului asupra procesului de adaptare al emigranţilor polonezi în SUA, noţiunea de atitudine desemna „o stare mintală a individului orientată de o valoare" [*apud* 4, p. 299-300]. Distincţia concepţiei acestor sociologi, după cum remarcă S. Chelcea, constă în faptul că se scoate în evidenţă perspectiva sociologică asupra atitudinilor prin raportarea lor la valorile sociale. Anterior acestor studii au existat cercetări experimentale asupra atitudinilor ca stare de pregătire motorie care intervine în procesele de percepţie [6, p. 127].

După această descoperire a urmat o serie de cercetări, cu propunerea mai multor definiţii ale atitudinilor, multe dintre care erau contrar opuse, după cum susţine G. Andreev [9]. G. Allport a sistematizat circa 17 definiţii şi a înaintat una generală şi comună, care-şi păstrează şi astăzi valabilitatea şi care cuprinde câteva trăsături de bază ale atitudinii, reflectate de majoritatea cercetătorilor de până atunci. Aşadar, în viziunea sa, atitudinea este „o stare de pregătire mintală şi neurală, organizată prin experienţă, care exercită o influenţă diriguitoare sau dinamizatoare asupra răspunsului individual la toate obiectele şi situaţiile cu care este în relaţie" [*apud* 4, p. 299]. Această definiţie scoate în evidenţă mai multe elemente ale atitudinii:

- se bazează pe o experienţă personală cu un anumit substrat neurobiologic, din care cauză nu poate fi măsurată direct;
- atitudiniea se constituie din elemente cognitive vis-a-vis de

obiectul abordat, cu asocierea evaluărilor pozitive sau negative;
- atitudinile determină şi o reacţie comportamentală [6, p. 128].

Prin definiţia prezentată se subliniază dependenţa atitudinii de experienţa umană şi rolul ei reglator asupra comportamentului.

S. Chelcea consideră că la definirea atitudinilor trebuie evidenţiate elementele structurale ale atitudinilor [4, p. 300]. În prezent este acceptat modelul tripartit al structurii interne a atitudinilor, propus de M. Smitt în 1942 şi dezvoltat prin cercetări experimentale de M. Rosenberg şi C. Hovland în 1960. Conform acestui model atitudinea posedă o structură complexă în care se evidenţiază 3 componente interdependente:

- *componenta cognitivă,* care reflectă conştientizarea obiectului atitudinii, exprimată, de obicei, în judecăţi, cunoştinţe, opinii, credinţe, convingeri;
- *componenta afectivă,* care denotă evaluarea emoţională a obiectului, exprimată prin sentimente de simpatie sau antipatie faţă de el (favorabile sau defavorabile);
- *componenta comportamentală sau conativă,* care reflectă dispoziţia acţionară, tendinţa de a acţiona în mod favorabil sau defavorabil faţă de obiectul în raport cu care se formează atitudinea [4 , 6, 9].

Când vorbim despre atitudinile unei persoane, de fapt, avem în vedere credinţele şi trăirile ei emoţionale vis-a-vis de o persoană sau eveniment şi, drept urmare, tendinţa acesteia de a acţiona într-un mod anume. Aceste reacţii evaluative în ansamblu, favorabile sau nefavorabile, indiferent de forma lor de exprimare (fie convingeri, fie trăiri emoţionale sau tendinţa de a acţiona), şi determină atitudinea persoanei [*apud* 13, p.160].

J.-C. Abric, încercând să extragă ideea principală din definiţia clasică a lui G. Allport, la fel se axează pe faptul că atitudinile sunt nişte predispoziţii acţionale. După el, „atitudinea este constituită din ceea ce se crede că se află îndărătul comportamentului... Sau: atitudinea este o cauză a comportamentelor” [1, p. 36].

A. Gavreliuc identifică atitudinile ca fiind „orientări primare care constituie o raportare selectivă faţă de un obiect social (eveniment, personalitate, instituţie) şi care determină un model de comportament propriu” [5, p. 75]. În această definiţie se scoate în prim plan factorul selectiv şi evaluativ al atitudinii şi relaţia sa cu comportamentul persoanei.

Mulţi autori sunt de acord cu faptul că „în oricare atitudine există un aspect de evaluare şi acest aspect este central” [2, p. 125]. În acelaşi context J.-C. Abric egalează atitudinile cu luările de poziţie ale unui individ în raport cu un obiect [1, p. 36]. La fel, R. Baron şi D. Byrne se centrează pe partea de evaluare, considerând atitudinile drept „evaluări de durată ale diferitelor aspecte ale lumii sociale” [*apud* 4, p. 300]. E lesne de observat că diferenţele în determinarea conceptului de atitudine ţin de centrarea pe una din componentele structurale ale lui. Cu siguranţă, această centrare pe o componentă atitudinală sau alta la definire depinde în mare măsură de orientarea teoretică a autorilor.

Totodată, mulţi autori vorbesc despre divergenţa dintre cele 3 reacţii: cog-

nitive, afective şi comportamentale, iar, în final, lipsa concordanţei dintre atitudine şi comportamentul real al persoanei. Paradoxul lui R. LaPierre, descris în majoritatea manualelor de psihologie socială, este unul din procesele socio-psihologice ce elucidează într-un mod spectaculos acest moment şi ne conduce la concluzia că între ceea ce spunem şi ceea ce facem există o divergenţă [4, 6, 9]. Problema majoră ce se pune în cadrul modelului tripartit al atitudinilor este legată de stabilirea modalităţilor de influenţă a unei componente atitudinale asupra schimbării celorlalte componente, care rămâne şi până în prezent obiectul multiplelor cercetări teoretice, dar şi experimentale. Cert este faptul că între comportament şi atitudine există o relaţie, dar nu una simplă, de tip monocauzal, ci mediată de o multitudine de factori [4, p. 308].

În acest context S. Rusnac evidenţiază două modalităţi de abordare a atitudinii sociale. Prin prima se afirmă că atitudinea este o reacţie afectivă, cognitivă sau comportamentală la un anumit obiect. Deoarece între aceste tipuri de reacţii pot fi stări de discordanţă, adepţii celei de-a doua tratări neagă modelul tripartit, dând prioritate în atitudine stărilor afective manifestate în raport cu ceea la ce se raportează persoana: obiecte, evenimente, persoane, fenomene [7, p. 158].

Este clar că atitudinile servesc satisfacerii unor necesităţi importante ale subiectului şi pentru precizarea lor se disting mai multe *funcţii* ale atitudinilor:

- *adaptativă* sau *utilitară*, prin care atitudinea orientează subiectul spre acele obiecte care îi servesc la realizarea scopului urmărit;
- *cognitivă,* care serveşte cel mai mult scopului cunoaşterii sociale, ajutând persoana să-şi organizeze reprezentările despre lumea înconjurătoare, să interpreteze evenimentele şi fenomenele vieţii cotidiene [8, p. 148]; „atitudinile constituie un fel de rezumat al evaluărilor unui obiect” [6, p. 130];
- *expresivă (uneori funcţia de autoreglare),* prin intermediul căreia atitudinea serveşte şi drept modalitate de eliberare a subiectului de tensiunea interioară, de exprimare, manifestare a sa ca personalitate;
- *funcţia de apărare,* realizată prin faptul că atitudinea contribuie la rezolvarea conflictelor interne ale personalităţii [8, p. 147-148].

Realizarea acestor funcţii este posibilă graţie structurii complexe pe care o prezintă atitudinea.

Studiul literaturii din domeniu scoate în evidenţă cauza interesului constant şi sporit pentru problema atitudinilor, care se regăseşte în abordarea atitudinii în calitate de condiţie indispensabilă a comportamentului, ceea ce transformă formarea şi schimbarea deliberată a atitudinilor într-o sursă semnificativă pentru controlul comportamentului. Timp îndelungat cercetătorii s-au preocupat de studiul atitudinilor anume în speranţa că vor explica cu mai multă precizie comportamentul. Totodată, multiple cercetări demonstrează contrariul, adică divergenţa dintre comportamentul real şi atitudinile individului: nu întotdeauna prezenţa anumitor atitudini dictează şi un anume gen de comportament. A răspunde la întreba-

rea cu referire la determinarea comportamentului de către atitudini înseamnă a răspunde la întrebarea fundamentală despre legătura dintre ceea ce suntem noi şi ceea ce facem [13, p.161].

În intenţia de a explica natura divergenţei dintre comportament şi atitudine, A. Gavreliuc vorbeşte de influenţa factorilor situaţionali asupra acestei divergenţe. I. Ajzen şi M. Fiscbein enumeră patru elemente care trebuie luate în calcul pentru micşorarea divergenţei dintre atitudine-comportament, şi anume: acţiunea sau intenţia ei, obiectul vizat, contextul în care se produce şi momentul efectuării ei [*apud* 5, p. 81]. Cu cât mai bine vor fi definite aceste elemente, cu atât mai precisă va fi predicţia comportamentului persoanei în baza atitudinilor pe care le prezintă. Evidenţiem aici caracterul social al atitudinii, *dependenţa ei de contextul social* (normele, valorile sociale, tipul de societate în general, modelul cultural dominant, contextul dat). La rândul lor, nici atitudinile nu sunt singurele care determină comportamentul uman.

Gradul de concordanţă dintre atitudine şi comportament este influenţat, după cum susţine S. Chelcea, şi de caracteristicile atitudinii propriu-zise, cum ar fi intensitatea ei, semnificaţia pentru individ, accesibilitateas, gradul de coincidenţă cu interesele persoanei, decurgerea procesului de formare. De asemenea, relaţia atitudine-comportament mai depinde şi de însăşi personalitatea umană, de trăsăturile ei [4, p. 310]. După cum remarcă R. Atkinson, atitudinile tind să anticipeze cel mai bine comportamentul atunci când îndeplinesc câteva condiţii: sunt puternice şi consistente; se bazează pe experienţa directă a persoanei; sunt specific legate de comportamentul anticipat [3, p. 862].

În **concluzie,** menţionăm că în multitudinea încercărilor de a defini conceptul de atitudine autorii accentuează rolul lor reglator asupra comportamentului uman, relaţiilor pe care şi le construieşte individul uman cu lumea înconjurătoare. Diversele abordări prezentate se completează reciproc şi vizează diverse aspecte ale atitudinilor, menţionând mai multe caracteristici comune ale atitudinii:

- atitudinea prezintă o predispoziţie acţională, un anumit grad de pregătire pentru a reacţiona într-un anumit mod la diferite influenţe externe (obiecte, fenomene, persoane);
- atitudinea este o stare latentă, potenţială, care se manifestă în opinii, sentimente, comportament (verbal şi nonverbal), din care fapt reiese şi necesitatea măsurării ei indirecte;
- atitudinea poartă un caracter relativ stabil, manifestând rezistenţă la schimbare;
- atitudinea este cea care conferă comportamentului uman coerenţă, integritate;
- împreună cu relaţiile interpersonale, reprezintă două laturi solitare ale unei entităţi. Din unitatea activităţii şi conştiinţei rezultă unitatea relaţiei şi atitudinii;
- atitudinilie sunt supuse influenţelor externe şi astfel pot fi schimbate;
- toţi autorii menţionează legătura atitudinilor cu emoţiile şi sentimentele personalităţii: ele întotdeauna au caracter afectiv, deoarece apar în urma evaluării

obiectelor, fenomenelor, persoanelor;
- în cadrul atitudinii se evidenţiază câteva componente: componenta cognitivă (opinii, idei), afectivă (trăiri, sentimente, stări de dispoziţie) şi comportamentală (dispoziţii acţionale).

Importanţa modelului atitudinal tridimensional constă în precizarea naturii răspunsurilor individului faţă de obiectele atitudinii, care variază într-o manieră consistentă în procesul de raportare atitudinală. Atitudinea reprezintă o formaţiune integră complexă, care se formează pe parcursul întregii vieţi a individului uman. La fiecare etapă a acestui proces atitudinile reprezintă un tot întreg, o totalitate de cunoştinţe, emoţii şi experienţă practică. Ele fac parte din viaţa noastră, ne dirijează în multe cazuri comportamentul şi constituie elementul indispensabil al procesului de comunicare, de unde deducem şi importanţa problemei cunoaşterii lor.

Referinţe bibliografice

1. Abric, J.-C., (2002), *Psihologia comunicării: teorii şi metode*. Iaşi: Polirom, 208 p.

2. Ardeleanu, A. ş.a., (2006), *Marele dicţionar al psihologiei*. Bucureşti: Ed. Trei, 1360 p.

3. Atkinson, R., ş.a., (2002), *Introducere în psihologie*. Bucureşti: Editura Tehnică, 1099 p.

4. Chelcea, S. ş. a., (2008), *Psihosociologie: teorii, cercetări, aplicaţii*. Iaşi: Polirom, 420 p.

5. Gavreliuc, A., (2006), *De la relaţiile interpersonale la comunicarea socială: psihologia socială şi stadiile progresive ale articulării sinelui*. Iaşi: Polirom, 272 p.

6. Neculau, A. ş. a., (2004), *Manual de psihologie socială*. Iaşi: Polirom, 352 p.

7. Rusnac, S., (2007), *Preocupări contemporane ale psihologiei sociale*. Chişinău: F. E.-P. „Tipografia Centrală”, 264 p.

8. Андреева, Г., (2000), *Психология социального познания*. М.: Аспект Пресс, 288 с.

9. Андреева, Г., (1997), *Социальная психология*. М.: Аспект Пресс, 376 с.

10. Бодалев, А., (1994), *О взаимосвязи общения и отношения*. В: Вопросы психологии, № 1, с.122-126.

11. Божович, Л. И., (1997), *Проблемы формирования личности*. М: Издательство «Институт практической психологии». Воронеж: НПО «МОДЭК», 352 с.

12. Люблинская, А., (1983), *Система отношений – основа нравственной воспитанности личности*. В: Вопросы психологии, № 2, с. 74-78.

13. Майерс, Д., (2010), *Социальная психология*. СПб.: Питер, 794 с.

14. Мясищев, В., (1995), *Психология отношений*. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 356 с.

15. Рубинштейн, С., (2008), *Основы общей психологии*. СПб.: Питер, 713 с.

AUTORII NOŞTRI

BATOG Mariana, master în psihologie, cercetător ştiinţific, stagiară la IŞE, Chişinău.

DRIGA Octavian (decedat la 5 ianuarie, 2012), medic primar psihiatru, psiholog, şef de lucrări doctor Asociaţia "Crucea Albastră" Iaşi (România), Ambulatoriul de Specialitate de pe lângă Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi, Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gh. T. Popa" Iaşi, Facultatea de Bioinginerie Medicală.

FURDUI Emilia, cercetător ştiinţific, IŞE, Chişinău.

LOBUNEŢ Anna Yu, cercetător şt., catedra psihoterapie, Academia Medicală din Harcov, instruirea postuniversitară.

MURARU Antoaneta Andreea, doctorandă, psihoterapeut de cuplu şi familie, Departamentul de Psihologie, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţie, Universitatea Alexandru Ioan Cuza, Iaşi (România).

ROBU Viorel, psiholog, lector universitar doctor, Universitatea "Petre Andrei" din Iaşi (România), Departamentul de Ştiinţe Socio-Umane, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Centrul de Consiliere Vocaţională şi Formare Creativă "Ion Holban".

STĂRICĂ Elena Cristina, lector universitar doctor, Universitatea "Petre Andrei" din Iaşi, Departamentul de Ştiinţe Socio-Umane, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Centrul de Consiliere Vocaţională şi Formare Creativă "Ion Holban" (România).

ŞEVCENKO Rosina P., dr., conf. univ., catedra filosofie, ONMU (o. Odesa), cercetător ştiinţific la Departamentul de Psihoterapie din Harcov HMAPE.

TURLIUC Maria Nicoleta, profesor universitar doctor, Departamentul de Psihologie, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţie, Universitatea Alexandru Ioan Cuza, Iaşi (România).

VASIAN Tatiana, cercetător ştiinţific, doctorandă, sectorul Psihosociologia Educaţiei şi Incluziune Şcolară, Institutul de Ştiinţe ale Educaţiei.