Psihologie
Revistă ştiinţifico - practică
CUPRINS

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

ROBU Viorel, CIUDIN Mirela
Inteligenţa emoţională şi socială în rândul adolescenţilor superior dotaţi. Studiu comparativ.

ВАШКИТЕ Инна Дариюсовна
Изучение социально-психологических факторов, влияющих на формирование и развитие депрессивных реакций различного генеза у студентов вузов.

BÂRSA Elena, POTÂNG Angela
Relaţia dintre valorile profesionale şi motivaţia spre succes la adolescenţi şi tineri.

PSIHOLOGIE SPECIALĂ

CUCER Angela
Formarea încrederii în sine la persoanele cu deficienţe locomotorii – premisă de dezvoltare armonioasă a personalităţii.

PSIHOLOGIE CLINICĂ

ШЕВЧЕНКО Росина Петровна
Интроспективный метод в системе психокоррекционных мероприятий в клинике невротических расстройств.

The Psychology
The scientifical - practical magazine
CONTENTS

DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

3 **ROBU Viorel, CIUDIN Mirela**
Emotional and social intelligence in gifted adolescents. A comparative study.

20 **Vashkite Inna**
The study of social and psychological factors that influence the formation and development of depressive reactions of various origins in university students.

29 **BIRSA Elena, POTING Angela**
The relationship between professional values and motivation to success of adolescents and young.

SPECIAL PSYCHOLOGY

36 **CUCER Angela**
Formation of self-confidence of the people with locomotor disabilities - a prerequisite for the harmonious development of personality.

CLINICAL PSYCHOLOGY

43 **Shevchenko Rosina**
Introspective methods in corrective treatment in clinic neurotic disorders.

НИКОНЕНКО Виктория Анатольевна Дифференциально-диагностические подходы и лечебно-реабилитационная тактика терапии тревожно-депрессивных расстройств при гипертонической болезни. *52* **NIKONENKO Viktoriya** Differential-diagnostic approach, rehabilitation tactics of treatment on anxiety and depressive disorders in hypertension.

SFATURI PENTRU PĂRINȚI | TIPS FOR PARENTS

SAVCA Lucia Prevenţia abaterilor în conduita copiilor din familii dezmembrate. *61* **SAVCA Luciya** Prevent disorders in conduct of the children from broken families.

CERCETĂRI, SONDAJE, RECOMANDĂRI | RESEARCH, ANALYSIS AND RECOMMENDATIONS

SHAMOUNIAN Edgar, KAMKARY Kambiz ş.a. Sondajul de caracterizare psihologică a echipei de ciclişti de elită din Iran. *68* **SHAMOUNIAN Edgar, KAMKARY Kambiz et. al.** The survey of psychological characteristics of elite cyclists of Iran.

OPINII, DISCUȚII | OPINIONS AND DISCUSSIONS

POTÂNG Angela, ŞIŞIANU Anna Starea subiectivă de bine în funcţie de tipul de personalitate. *78* **POTING Angela, CHICHIANU Anna** Status subjective well versus of personality type.

ШУРМА Игорь Михайлович Нарушения психической адаптации у руководящих работников в системы здравоохранения. *87* **SHURMA Irog** Psychological maladjustment of executive workers in health-care agencies.

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ ŞI SOCIALĂ ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR SUPERIOR DOTAȚI. STUDIU COMPARATIV

EMOTIONAL AND SOCIAL INTELLIGENCE IN GIFTED ADOLESCENTS. A COMPARATIVE STUDY

Viorel ROBU, Mirela CIUDIN

Termeni-cheie: inteligență emoțională, inteligență socială, adolescenți superior dotați, programe educaționale.

Rezumat

Unii dintre copii şi adolescenți prezintă un nivel ridicat al abilităților intelectuale (academice) sau în alte domenii, precum cel muzical, artistic sau sportiv. Conform studiilor efectuate pe copii şi adolescenți superior dotați sau excepționali, aceştia tind să fie precoce nu numai în planul abilităților cognitive şi intelectuale, ci şi din punct de vedere al competențelor sociale şi inteligenței emoționale. Astfel de copii şi adolescenți tind să se diferențieze de covârstnicii care au un nivel obişnuit al dotării în plan intelectual. Datele studiului pe care l-am realizat în rândul elevilor care frecventau Centrul Regional de Excelență pentru Tineri Capabili de Performanțe din Iaşi (N = 31) au evidențiat un nivel semnificativ mai ridicat al inteligenței emoționale, comparativ cu elevii care aveau un nivel obişnuit al dotării în plan intelectual (N = 135). De asemenea, în ceea ce priveşte inteligența socială, adolescenții superior dotați au înregistrat un nivel mai ridicat decât cel obținut de către adolescenții dotați normal, însă diferența nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic. Sunt prezentate câteva implicații ale rezultatelor în raport cu programele educaționale destinate copiilor şi adolescenților superior dotați.

Keywords: emotional intelligence, social intelligence, higher adolescent gifted educational programs.

Summary

Some children and adolescents can have a high level of intellectual (academic) abilities or in other areas, such as music, arts or sports. According to studies which have been conducted in gifted or exceptional children and adolescents, such children or adolescents tend to show precocity not only in terms of cognitive and intellectual abilities, but also in terms of social skills and emotional intelligence. Such children and adolescents tend to differentiate themselves from peers who have a regular level of intellectual endowment. The survey that we conducted on students attending the Regional Center of Excellence for Gifted Young People from Iaşi (N = 31) revealed a significantly higher level of emotional intelligence, compared with students who had a regular level of intellectual endowment (N = 135). Also, in terms of social intelligence, gifted adolescents scored higher than those non-gifted, but the difference was not statistically significant. Some implications of the results in relation to educational programmes for gifted children and adolescents are presented.

Introducere. Dotarea de nivel superior sau supradotarea din punct de vedere intelectual reprezintă o realitate a şcolii româneşti. Unii dintre elevi prezintă un nivel foarte ridicat al abilităţilor şcolar-intelectuale şi al abilităţilor în anumite domenii (de exemplu, abilităţi pentru matematică sau pentru alte ştiinţe exacte, abilităţi artistice, abilităţi de comunicare şi problematizare etc.), la care se adaugă un anumit complex motivaţional şi de personalitate, caracterizat prin: un nivel de aspiraţie foarte înalt, căutări asidue ale răspunsurilor la o serie de probleme complexe, potenţial creativ, capacitatea de reflecţie asupra unor fenomene înconjurătoare, perseverenţă şi meticulozitate în abordarea sarcinilor, etc.

Modelul psihometric al inteligenţei (propus de C. Spearman) arată că abilităţile social-emoţionale ar trebui să coreleze, cel puţin moderat, cu abilitatea cognitivă [14]. Dintr-o perspectivă developmentală, abilitatea cognitivă poate avea o influenţă asupra competenţelor social-emoţionale pe care le prezintă o persoană. La polul opus, H. Gardner oferă o abordare sistemică a inteligenţei, prin teoria inteligenţelor multiple, potrivit căreia inteligenţa socială şi emoţională (pe care le numeşte prin termenii inteligenţă intrapersonală şi inteligenţă interpersonală) ar trebui să fie total independente de inteligenţa cognitivă şi de aptitudinea şcolar-intelectuală.

Cele mai multe concepţii actuale despre supradotare includ atât o serie de caracteristici cognitive şi intelectuale, cât şi o serie de caracteristici noncognitive (de exemplu: perseverenţa în căutarea raspunsurilor la o serie de probleme complexe, motivaţia de realizare sau orientarea către asumarea riscului, alte trăsături de personalitate) [7]. Se pleacă de la premisa că talentul sau supradotarea nu reprezintă o trăsătură unitară, ci o constelaţie complexă de componente care pot fi dezvoltate în cursul educaţiei [7]. F. Gagné, J. S. Renzulli, A. J. Tannenbaum sunt autori care au propus modele compozite ale supradotării. Conform acestor modele, supradotarea este posibilă datorită interacţiunilor complexe dintre abilităţile intelectuale şi cele nonintelectuale, iar unele caracteristici de mediu (familial, educaţional, oportunităţi de creaţie) sunt mult mai susceptibile la schimbare, putând contribui la diferenţele în ceea ce priveşte materializarea supradotării unui individ [7]. Conform acestor modele, caracteristicile nonintelectuale care contribuie la materializarea talentului în realizări notabile includ nivelul superior al angajarii în sarcini sau motivaţia, rezilienţa în raport cu situaţiile dificile, independenţa în gândire şi acţiuni, trăirea intensă a reacţiilor emoţionale, asertivitatea, internalismul (ca stil de atribuire a cauzelor succeselor şi eşecurilor), sentimentul autoeficienţei, stabilitatea concepţiei despre sine şi creativitatea. Toate aceste caracteristici nonintelectuale permit resurselor cognitive pe care individul le posedă în stare de germene să se dezvolte plenar, să fie utilizate în cadrul eforturilor de studiu, al activităţii profesionale într-un anumit domeniu şi al realizării în viaţă, în general.

Un număr impresionant de studii arată că elevii şi studenţii supradotaţi sunt precoce nu numai din punct de vedere cognitiv-intelectual, dar şi din punct de vedere social şi emoţional de-

monstrând maturitate şi o capacitate de adaptare superioară comparativ cu cea a tinerilor nesupradotaţi cu vârste similare [7]. În cadrul acestor studii, s-a arătat că elevii supradotaţi (cu vârste corespunzătoare şcolii elementare sau liceului) tind să obţină scoruri semnificativ mai ridicate la o serie de măsuri care vizează inteligenţa emoţională şi cea socială, comparativ cu elevii cu vârste similare, dar care nu sunt supradotaţi.

Scopul studiului. Prin studiul de teren pe care l-am realizat în populaţia de elevi de liceu, am urmărit să răspundem la următoarele întrebări: 1) *Elevii de liceu superior dotaţi din punct de vedere cognitiv-intelectual şi care au performanţe şcolare notabile se diferenţiază de elevii de liceu dotaţi normal (mediu) în ceea ce priveşte inteligenţa emoţională ? În cazul în care diferenţa există, care este sensul şi mărimea acesteia ?*; 2) *Elevii de liceu superior dotaţi cognitiv-intelectual se diferenţiază de elevii de liceu dotaţi normal, în ceea ce priveşte inteligenţa socială ? În cazul în care diferenţa există, care este sensul şi mărimea acesteia ?* Studiul pe care l-am realizat a fost descriptiv-constatativ, bazându-se pe un design transversal.

Definiţii operaţionale ale variabilelor măsurate. Prin adolescenţi supradotaţi, Comisia pentru Educaţie a Ministerului Educaţiei din SUA înţelegea tineri care "...posedă abilităţi demonstrate sau potenţiale ce arată o mare capacitate de realizare în domenii ca intelectualul, creativitatea, activitatea academică, capacitatea de lider sau în artele teatrale şi vizuale." [*cf.* 2, p. 13] şi care, din acest motiv, necesită activităţi sau servicii speciale de educaţie. Noţiunea de (supra)dotat reprezintă un termen generic care include toate persoanele cu un talent special. Uneori, termenul este utilizat interşanjabil cu cel de *genialitate*, însă acesta din urmă se referă la cel mai ridicat nivel de funcţionare intelectuală sau creativă [10]. O definiţie a supradotării care are meritul de a nu fi restrictivă şi care implică atât o dimensiune cognitiv-intelectuală, cât şi una nonintelectuală este cea oferită de psihopedagogul american E. P. Torrance: un copil este supradotat dacă demonstrează "o performanţă excelentă în orice domeniu al comportamentului uman care este important pentru societate." [10, p. 303].

Cu toate că inteligenţa socială prezintă anumite suprapuneri conceptuale cu inteligenţa emoţională, conţinutul psihologic al celor două tipuri de inteligenţă este diferit. Astfel, definiţia operaţională a inteligenţei sociale, de la care am pornit în demersul de alegere a unei probe de evaluare, a fost cea oferită de P. E. Vernon: "abilitatea individului de a se înţelege cu ceilalţi în general, dezinvoltură în societate, cunoştinţe despre chestiuni sociale, sensibilitate la stimulii oferiţi de alţi membri ai grupului, la care se adaugă intuirea stărilor de spirit temporare sau a trăsăturilor intime de personalitate ale altora." [6, p. 359]. Pe scurt, este vorba despre aptitudinea unei persoane de a înţelege gândurile, sentimentele şi intenţiile comportamentale ale altor persoane cu care interrelaţionează în diverse contexte sociale.

J. D. Mayer şi P. Salovey văd inteligenţa emoţională ca implicând un set de abilităţi referitoare la: abilitatea individului de a percepe cât mai corect propriile emoţii şi de a le exprima în

diverse contexte, abilitatea de a-şi regla propriile emoţii şi capacitatea de a-şi gestiona emoţiile în rezolvarea diverselor probleme [*cf.* 13]. În viziunea renumitului D. Goleman [4], inteligenţa emoţională desemnează un set de abilităţi individuale care implică *conştiinţa de sine*, *autocontrolul*, *motivaţia puternică pentru acţiune şi pentru dezvoltare personală*, *empatia* şi *aptitudinile sociale* (capacitatea de influenţă/persuasiune, capacitatea de comunicare, capacitatea de manageriere a situaţiilor conflictuale, capacitatea individului de a stabili şi de a menţine relaţii adecvate cu ceilalţi, capacitatea de colaborare şi de cooperare, capacitatea de lucru în echipă etc.). Pentru R. Bar-On [1], inteligenţa emoţională implică o dimensiune emoţională, una personală şi o alta socială – toate contribuind la înţelegerea propriei persoane şi a celorlalţi, gestionarea situaţiilor sociale pe care individul le traversează şi la adaptarea optimă la solicitările externe. Bar-On a rafinat modelul inteligenţei emoţionale pe care l-a propus iniţial, dezvoltând modelul inteligenţei emoţional-sociale, pe baza identificării unor clusteri de relaţii între competenţele emoţionale şi sociale care au un impact deosebit asupra eficienţei şi stării de bine din punct de vedere psihologic.

Primele definiţii care au fost oferite conceptului de *inteligenţă socială* par să fi influenţat modalitatea în care a fost conceptualizată mai târziu inteligenţa emoţională. Astfel, modelul propus de Mayer şi Salovey concepe inteligenţa emoţională ca pe o parte a inteligenţei sociale arătând că ambele concepte sunt relaţionate, în sensul în care reprezintă componente ale unui construct mai larg referitor la abilitatea social-emoţională.

Participanţi. În cadrul studiilor prin care a fost vizată diferenţa în ceea ce priveşte anumite caracteristici dintre persoanele supradotate şi cele dotate normal din punct de vedere cognitiv-intelectual şi şcolar, selecţia subiecţilor supradotaţi a fost realizată apelându-se la recrutarea lor dintre participanţii la diverse programe educaţionale destinate persoanelor supradotate, precum şi la administrarea unor probe care vizau inteligenţa abstractă (cognitivă), respectiv a unor probe de achiziţii şcolare/academice. În prezentul studiu, am folosit trei criterii distincte în vederea departajării elevilor superior dotaţi din punct de vedere cognitiv-intelectual de elevii cu un nivel normal al dotării cognitiv-intelectuale:

1. rezultatele (scorurile brute) la Testul Wonderlic pentru Evaluarea Aptitudinii Cognitive Generale, cunoscut şi sub numele de Testul Wonderlic pentru Evaluarea Personalului sau Wonderlic Personnel Test/WPT [16]; au fost luate în calcul trei scoruri brute: scorul obţinut în urma completării probei în limita de 12 minute (propusă pentru ediţia în limba engleză a testului), scorul obţinut în urma completării probei pentru o perioadă de încă 3 minute (acesta a fost format din scorul pentru limita de 12 minute, la care s-a adăugat numărul de itemi corect rezolvaţi în cele 3 minute care le-au fost acordate suplimentar elevilor), respectiv scorul (numărul total de itemi corect rezolvaţi) pe care un elev l-a obţinut în urma completării probei fără limită de timp (după acordarea „bonusului” de 3 minute, elevii au fost lăsaţi

să parcurgă restul itemilor probei până la capătul acesteia); luarea în considerare a celor trei scoruri a fost motivată de posibilitatea diferenţierii între un scor iniţial care să exprime randamentul cognitiv-intelectual al elevului (adică rapiditatea în rezolvarea unor probleme teoretice) – este vorba despre scorul pentru limita de timp de 12 minute, un scor care să permită monitorizarea evoluţiei randamentului – este vorba despre numărul de itemi corect rezolvaţi în cele 3 minute care au fost acordate drept bonus, respectiv un scor fără limită de timp care să exprime nivelul aptitudinii cognitiv-intelectuale generale;

2. performanţele (premiile) obţinute de către elevi la olimpiadele şcolare naţionale şi internaţionale organizate pentru diverse discipline: matematică, fizică, chimie, biologie, informatică, limba şi literatura română, limbi străine, geografie, istorie, etc.; am urmărit ca în grupul elevilor superior dotaţi din punct de vedere intelectual-şcolar să includem doar pe acei elevi care au obţinut menţiuni, menţiuni speciale, premiile I, II sau III – la olimpiadele naţionale de matematică, informatică, fizică, chimie, biologie, geografie, limba engleză sau limba şi literatura română (pentru liceeni), respectiv la olimpiadele naţionale de ştiinţe pentru juniori (care sunt destinate elevilor de clasele a VIII-a şi a IX-a), au fost selectaţi pentru loturile lărgite sau restrânse care să reprezinte România la olimpiadele internaţionale de matematică, biologie, chimie, fizică, etc. sau au fost selectaţi şi au obţinut medalii de bronz, argint sau aur (individual sau pe echipe) la olimpiadele internaţionale; de asemenea, în grupul elevilor supradotaţi au fost incluşi şi elevii care au obţinut menţiuni sau premii la campionatele naţionale, europene sau internaţionale de dezbateri (concursuri la care participă echipe formate din doi sau mai mulţi elevi având drept temă *debats*-urile pe diferite teme sociale şi culturale);

3. performanţele şcolare propriu-zise exprimate prin mediile generale pe care elevii le obţinuseră în anii şcolari anteriori (ne referim la perioada liceului); pentru elevii de clasa a IX-a, acest criteriu a fost mai puţin aplicabil; acest ultim criteriu nu a fost considerat ca fiind esenţial în diferenţierea elevilor superior dotaţi de cei dotaţi normal din punct de vedere intelectual, din mai multe motive: a) elevii din ambele grupuri au provenit din aceeaşi instituţie (Colegiul Naţional "Emil Racoviţă" din Iaşi), în care exigenţele cu privire la achiziţii şi la performanţe sunt ridicate şi, în consecinţă, majoritatea elevilor au medii semestriale/anuale bune sau foarte bune; b) sunt şi elevi care au un nivel foarte bun sau excelent al aptitudinilor cognitiv-intelectuale (evaluate cu probe clasice de inteligenţă generală sau de aptitudini speciale), dar au medii semestriale/anuale mai modeste, după cum sunt elevi cu un nivel mediu al inteligenţei, dar care compensează prin conştiinciozitate reuşind să obţină medii semestriale/anuale bune sau chiar foarte bune; cu alte cuvinte, este vorba despre corelaţia, de obicei modestă, dintre nivelul aptitudinii cognitive generale, respectiv nivelul diverselor aptitudini speciale, pe de o parte, iar pe de alta, notele şi mediile pe care elevii le obţin la diverse discipline sau performanţele şcolare globale (mediile semestriale/anuale).

Confirmarea justeţei criteriilor de selecţie a elevilor în cadrul celor două grupuri pe care le-am aplicat a impus realizarea comparaţiilor în ceea ce priveşte nivelul aptitudinii cognitive-generale, respectiv nivelul performanţelor şcolare. Precizăm că scorul brut maxim pe care un elev îl putea obţine la testul Wonderlic era 50 (în cazul în care rezolva toţi itemii probei). Ţinând cont de această observaţie, am constatat că atât în limita de timp de 12 minute, cât şi în cea de 15 minute, nu doar elevii dotaţi superior (N = 31), ci şi elevii dotaţi normal (N = 135) au rezolvat corect, în medie, peste jumătate dintre cei 50 de itemi ai testului Wonderlic. Totuşi, în limita de timp de 12 minute, elevii supradotaţi au rezolvat corect, în medie, cu aproape 9 itemi mai mult (m = 34,93; s = 4,02) decât elevii normal dotaţi (m = 26,37; s = 4,00), diferenţa dintre performanţele medii ale celor două grupuri de elevi fiind semnificativă din punct de vedere statistic [t (164) = 10,73; p < 0.001]. Acordarea bonusului de timp de 3 minute a păstrat diferenţa în valoare absolută dintre performanţele medii ale elevilor supradotaţi (m = 38,35; s = 4,07) şi cele ale elevilor normal dotaţi (m = 29,47; s = 4,35), aceasta fiind semnificativă statistic [t (164) = 10,34; p < 0,001]. Atât elevii supradotaţi, cât şi cei normal dotaţi au rezolvat corect, în medie, încă 3 itemi din testul Wonderlic.

Comparaţia performanţelor medii pe care elevii din cele două grupuri le-au obţinut la proba Wonderlic administrată fără limită de timp (după încă 3 minute care le-au fost acordate ca bonus, elevii au fost lăsaţi să parcurgă toţi itemii probei) a evidenţiat o diferenţă în valoare absolută de aproximativ 6 puncte în favoarea elevilor dotaţi superior din punct de vedere intelectual. În medie, elevii superior dotaţi au rezolvat corect 41 dintre cei 50 de itemi ai testului Wonderlic, în timp ce elevii cu un nivel obişnuit al dotării au rezolvat corect 35 de itemi, adică nici trei sferturi dintre itemi. Diferenţa dintre media scorurilor brute obţinută de către elevii dotaţi superior din punct de vedere cognitiv-intelectual (m = 41,03; s = 2,91) şi media înregistrată de către elevii cu un nivel obişnuit al dotării (m = 35,16; s = 4,79) a fost semnificativă din punct de vedere statistic [t (72,54) = 8,8; p < 0,001]. Totuşi, este de remarcat faptul că, atunci când nu li s-a mai impus nicio limită de timp, atât elevii superior dotaţi, cât şi cei cu un nivel obişnuit al dotării intelectuale au rezolvat corect, în medie, un număr mare din totalul itemilor testului Wonderlic.

Pe de altă parte, pentru ambele grupuri de elevi, am constatat un nivel bun sau foarte bun al performanţelor şcolare (medii ale distribuţiilor performanţelor şcolare superioare valorii de 9,33). Pentru elevii de clasa a X-a, comparaţia a vizat mediile generale obţinute în clasa a IX-a. Pentru elevii de clasa a XI-a, comparaţiile au vizat mediile pe care le obţinuseră în clasele a IX-a, respectiv a X-a. În fine, pentru elevii de clasa a XII-a, comparaţiile au vizat mediile generale pe care le obţinuseră în fiecare dintre primele trei clase de liceu. Pentru fiecare dintre treptele şcolare, elevii superior dotaţi au obţinut, în medie, performanţe semnificativ mai ridicate decât cele înregistrate de către elevii dotaţi normal din punct de vedere cognitiv-intelectual. În general, diferenţele (în valoare absolută) dintre

mediile performanţelor şcolare pe care le-au raportat elevii din cele două grupuri nu au depăşit valoarea de 0.35 (de exemplu, media performanţelor şcolare pentru clasa a XI-a pe care le-au indicat elevii de clasa a XII-a supradotaţi a fost egală cu 9,77, în timp ce media performanţelor din clasa a XI-a pentru elevii de clasa a XII-a dotaţi normal a fost egală cu 9,47).

Baza pentru selecţia elevilor superior dotaţi din punct de vedere cognitiv-intelectual a constituit-o populaţia de elevi de liceu integraţi în activităţile Centrului Regional de Excelenţă pentru Tineri Capabili de Performanţe din Iaşi, care îşi are sediul la Colegiul Naţional "Emil Racoviţă" şi care a fost înfiinţat în anul 2001. Centrul din Iaşi coordonează activitatea în alte patru judeţe din Moldova (Bacău, Botoşani, Neamţ şi Suceava), având menirea de a asigura tinerilor superior dotaţi din punct de vedere cognitiv-intelectual o pregătire peste nivelul şcolar obişnuit, focalizată în principal pe aptitudinile şi pe nevoile de instruire ale elevilor talentaţi. Centrul îşi propune să promoveze metodologii pentru identificarea valorilor autentice şi stimularea creativităţii specifice în rândul elevilor cu un nivel superior al dotării cognitiv-intelectuale şi cu performanţe şcolare deosebite. Disciplinele la care centrul organizează programe de pregătire intensivă a elevilor sunt: matematică, informatică, biologie, chimie, fizică, geografie, limba şi literatura română, limbi moderne, istorie, discipline socio-umane. Orele sunt susţinute de profesorii care au obţinut rezultate deosebite la olimpiadele naţionale şi internaţionale.

Toţi elevii selectaţi în grupul subiecţilor cu un nivel superior al dotării intelctuale obţinuseră diverse premii (de la menţiuni până la premiile I, II şi III) la olimpiadele şcolare naţionale desfăşurate pentru discipline, precum: matematică, informatică, fizică, chimie, biologie, limba şi literatura română, limba engleză, geografie. Unii dintre elevi aveau medalii de bronz, argint sau aur la olimpiadele europene sau internaţionale de matematică şi chimie. Alţii fuseseră selectaţi în loturile lărgite sau restrânse pentru olimpiadele internaţionale. De asemenea, un număr de elevi obţinuseră premii în cadrul campionatelor naţionale, europene sau internaţionale de dezbateri.

În urma analizei perfomanţelor şcolare (premii la concursuri şi olimpiade – etapele naţionale sau internaţionale, respectiv medii anuale) şi a rezultatelor la testul Wonderlic pentru evaluarea aptitudinii cognitive generale (au fost luaţi în calcul toţi elevii care rezolvaseră în limita de timp de 12 minute cel puţin 30 din cei 50 de itemi), au fost selectaţi în grupul elevilor cu un nivel superior al dotării cognitiv-intelectuale un număr de 31 de elevi (dintre care 13 erau băieţi şi restul fete). În limita celor 12 minute, elevii din acest grup rezolvaseră corect, în medie, 34,93 itemi (s = 4,02). În limita celor 3 minute care le-au fost acordate drept bonus, elevii dotaţi superior au rezolvat corect în plus la proba Wonderlic un număr de itemi situat între 0 şi 8 (m = 3,41; s = 1,72). Doar 2 dintre cei 31 de elevi nu au reuşit să mai rezolve corect niciun item în plus, în limita de timp care le-a fost acordată drept bonus.

Vârstele elevilor cu un nivel superior al dotării erau cuprinse între 15 şi 19 de ani (m = 17,3 ani; s = 1,16 ani). Repartiţia elevilor dotaţi superior în

funcţie de clasa şcolară a fost: clasa a IX-a – 7 elevi, clasa a X-a – 5 elevi, clasa a XI-a – 7 elevi şi clasa a XII-a – 12 elevi.

Jumătate dintre elevii superior dotaţi nu-şi testaseră aptitudinile intelectual-şcolare, pe cele practice şi trăsăturile de personalitate, pentru a vedea ce domeniu şcolar şi profesional li se potrivea cel mai bine. În acelaşi timp, doar unul dintre elevii superior dotaţi a declarat că nu era interesat să-şi testeze aptitudinile intelectual-şcolare şi personalitatea, pentru a se cunoaşte mai bine. Aceste rezultate arată importanţa evaluării aptitudinilor cognitiv-intelectuale, a celor nonintelectuale şi a performanţelor şcolare în raport cu demersul de consiliere vocaţională a elevilor şi cu elaborarea programelor educaţionale, mai ales a celor destinate copiilor şi adolescenţilor talentaţi într-un anumit domeniu de studiu.

La rândul lor, 30 dintre cei 135 de elevi dotaţi normal din punct de vedere intelectual rezolvaseră corect între 30 şi 36 de itemi, însă nu participaseră la etapele naţionale sau internaţionale ale olimpiadelor şcolare sau, dacă fuseseră selectaţi pentru etapa naţională, nu obţinuseră niciun premiu. Din acest motiv, nu au fost selectaţi în grupul elevilor superior dotaţi din punct de vedere cognitiv-intelectual. Pentru cele 3 minute care le-au fost acordate bonus, domeniul de variaţie a rezultatelor la proba Wonderlic a fost 0-9 (m = 3,1; s = 1,95). Diferenţa dintre numărul mediu de itemi corect rezolvaţi de către elevii dotaţi normal din punct de vedere intelectual, în limita celor 3 minute care le-au fost acordate drept bonus şi numărul mediu de itemi corect rezolvaţi de către elevii superior dotaţi a fost nesemnificativă din punct de vedere statistic [t (164) = 0,82; p > 0,05].

Probele administrate. În vederea evaluării inteligenţei emoţionale, am utilizat o versiune tradusă în şi adaptată pentru limba română a Self-Reported Emotional Intelligence Test/SREIT [13]. În construcţia probei SREIT, autorii au pornit de la modelul inteligenţei emoţionale propus de Salovey şi Mayer, care accentuează asupra a patru abilităţi ale individului: perceperea, exprimarea, reglarea şi utilizarea propriilor emoţii. Versiunea administrată elevilor a inclus 33 de itemi, la care elevii au răspuns pe o scală de tip Likert în cinci trepte: de la DP – dezacord puternic, la AP – acord puternic. Pentru estimarea fidelităţii versiunii în limba română a probei SREIT, am calculat consistenţa internă, utilizând binecunoscutul coeficient α propus de J. L. Cronbach. Acest indicator poate fi cuprins între 0 şi 1, depinzând de valorile corelaţiilor dintre itemi şi de varianţele acestora. Valoarea minimă recomandată pentru coeficientul α este 0.70, pentru ca o probă să poată fi utilizată în scopuri de cercetare [*cf.* 9]. Pentru lotul format din cei 42 de elevi pe care am pretestat proba, valoarea coeficientului α a fost egală cu 0.80, indicând o fidelitate bună. Pentru fiecare dintre elevi, a fost calculat un scor total indicând nivelul inteligenţei emoţionale. Acesta a fost obţinut prin însumarea scorurilor la cei 33 de itemi. Scorul total al unui elev putea fi cuprins teoretic între 33 şi 165. Scorurile elevilor din ambele grupuri au variat între 100 şi 153 (m=125.63; s=10.24). Un scor total ridicat a fost interpretat ca indicând un nivel ridicat al inteligenţei emoţionale.

Cele patru teste de inteligență socială din proba propusă de J. P. Guilford, M. O'Sullivan şi R. De Mille [vezi 5] acoperă patru dintre aşa-numitele aptitudini de cunoaştere a comportamentelor celorlalţi (adică aptitudinile de a înțelege gândurile, sentimentele şi intenţiile altor persoane). Testele pot fi aplicate cu deosebire adolescenţilor (cu vârste mai mari de 14 ani) şi adulţilor. În România, această probă a făcut obiectul unui demers de adaptare întreprins în cadrul Societăţii de Psihologie Aplicată PSITEST din Iaşi de către o echipă coordonată de psiholog principal Mihail Gaspar. Bateria include patru teste: 1) testul povestirilor de încheiat (29 de itemi), cu un timp de rezolvare limitat la 12 minute; 2) testul grupurilor de expresii (30 de itemi), cu limita de timp pentru rezolvare de 14 minute; 3) testul expresiilor verbale (24 de itemi), cu un timp de rezolvare limitat la 10 minute; 4) testul povestirilor de completat (28 de itemi), cu un timp de rezolvare de 20 de minute. Scorarea răspunsurilor pe care elevii le-au dat la cele patru teste a fost realizată cu ajutorul unei grile. Suma scorurilor brute la cele patru teste (care poate să varieze, teoretic, între 0 şi 111) oferă o estimare a nivelului inteligenţei sociale, care este mult mai predictivă decât scorurile brute la fiecare probă, atunci când probele sunt utilizate în cadrul investigaţiilor aplicative.

Testul Wonderlic a fost dezvoltat de corporaţia Wonderlic, fiind adaptarea probei Otis Self-Administering Test of Mental Ability, care a fost propusă de A. S. Otis [*cf.* 16]. Utilizarea sa îndelungată a permis strângerea unui bogat cumul informaţional privind fidelitatea şi validitatea (în special, cea legată de criteriile profesionale), precum şi a unor date normative extinse. Ultima ediţie a testului prezintă o distribuţie normală a scorurilor pe un eşantion normativ de 118.549 de subiecţi acoperind o paletă largă de ocupaţii, vârste şi nivele de educaţie, ceea ce reprezintă expresia unor eforturi apreciabile de perfecţionare. Istoria testului cuprinde aproape 60 de ani de cercetări aplicative pe o populaţie de peste 700.000 de tineri şi adulţi aflaţi în formare sau având diferite ocupaţii din mai multe ţări ale lumii: Anglia, Australia, China, Coreea, Franţa, Germania, Japonia, Portugalia, Rusia, Spania, SUA, Suedia, Vietnam, etc. În România, H. Pitariu [8] s-a ocupat cu experimentarea acestui test pe un lot de 670 studenţi la facultăţi cu profil tehnic şi economic. De asemenea, proba a făcut obiectul unui demers de adaptare întreprins în cadrul Societăţii de Psihologie Aplicată PSITEST din Iaşi de către Mihail Gaspar şi colaboratorii săi. Din acest motiv, în cadrul studiului nostru, proba nu a mai fost pretestată.

Testul a fost construit cu scopul examinării *aptitudinii mentale generale* a persoanelor tinere/adulte care se prezintă la programe de selecţie pentru formare sau angajare pe un post. Aptitudinea mentală generală desemnează capacitatea unei persoane de a învăţa, adică de a se adapta din punct de vedere cognitiv la sarcini variate – foarte importantă pentru reuşita în orice domeniu de activitate profesională [12]. A găsi soluţii corecte la anumite probleme practice şi/sau abstract-teoretice, a lua rapid decizii bune, a evalua corect anumite situaţii problematice, a fi capabil de utilizarea cunoştinţelor achiziţionate în noi contexte, precum

şi de raţionament abstract sunt expresii ale unui nivel ridicat al aptitudinii mentale generale. Testul se aplică cu limită de timp (12 minute). Administrarea individuală (completarea de către subiect, scorarea şi raportarea la norme) durează în jur de 20 de minute, ceea ce-l recomandă ca un test eficient sub aspectul costurilor legate de timp. Conţine 50 de itemi al căror conţinut se referă la: analogii, relaţii spaţiale, probleme de aritmetică, raţionament matematic, aranjări de cuvinte în propoziţii, vocabular, compararea înţelesurilor unor proverbe, raţionamente axate pe logica deductivă (silogisme). Problemele urmăresc capacitatea de a înţelege şi de a gândi în termeni verbali, raţionamentul numeric, precum şi cel abstract acoperind trei aptitudini de bază care se regăsesc în modelele factoriale tradiţionale (de exemplu, cel propus de P. E. Vernon). În acelaşi timp, avem de-a face cu un test de tip omnibus – o gamă largă de itemi operaţionalizând diferite componente ale aptitudinii mentale generale, aranjaţi după principiul spiralei nivelului de dificultate în vederea uşurinţei administrării (primii itemi din fiecare tip sunt cei mai uşori, urmaţi de itemi din fiecare tip puţin mai dificili, apoi de itemi din fiecare tip şi mai dificili ş.a.m.d). Scorul total al unui subiect se obţine prin determinarea numărului de itemi rezolvaţi corect în limita de timp de 12 minute. Subiectul nu este penalizat pentru itemii la care nu răspunde.

Procedură. Probele au fost administrate în perioada aprilie-mai 2010. Elevii au fost împărţiţi în grupuri de 5-10 participanţi şi aduşi în sala de festivităţi a Colegiului Naţional "Emil Racoviţă", pentru a li se administra probele. Probele nu au fost administrate toate în cadrul unei singure întâlniri. În medie, fiecare elev a participat la două sesiuni de evaluare, în cadrul cărora i-au fost administrate cele patru probe.

În prima întâlnire, elevii au completat chestionarul de selecţie, testul pentru autoevaluarea inteligenţei emoţionale, respectiv testul Wonderlic. Testul Wonderlic a fost completat înaintea probei pentru evaluarea inteligenţei emoţionale, pentru a se evita efectul oboselii sau al plictiselii asupra performanţelor. Elevilor nu le-au fost precizate variabilele care erau urmărite prin probele pe care urmau să le completeze. Elevilor li s-a cerut acordul de a participa la cercetare, precizându-li-se că răspunsurile la chestionarul de selecţie şi la testul pentru evaluarea inteligenţei emoţionale, respectiv performanţele la testele de inteligenţă socială şi la testul Wonderlic vor fi confidenţiale, le vor fi restituite sub forma unui raport de evaluare şi nu vor antrena niciun fel de consecinţă asupra evaluării performanţelor şcolare. Timpul necesar administrării celor trei probe a fost cuprins, în general, între o oră şi o oră şi jumătate.

În cadrul celei de-a doua întâlniri, elevii au completat cele patru probe ale bateriei Guilford-O'Sullivan, întrucât administrarea acesteia necesita mai mult timp, iar elevilor li se cerea performanţă cognitivă într-un timp limitat. Cu tot cu citirea individuală a instrucţiunilor de completare, timpul necesar administrării celor patru teste ale bateriei a fost cuprins, în general, între o oră şi o oră şi jumătate. În cazul unora dintre elevi, bateria a fosat aplicată în două şedinţe, în funcţie şi de gradul de oboseală şi interesul pe care

aceştia îl manifestau, după completarea primei jumătăţi. Ordinea administrării celor patru probe ale bateriei a fost: povestiri de încheiat – grupuri de expresii – expresii verbale – povestiri de completat. Unora dintre elevi, li s-a acordat o pauză de 10 minute după completarea primelor două probe.

Pentru unii dintre elevi, au fost organizate trei sesiuni de evaluare (din motive de interferenţă cu programul şcolar), în cadrul acestora fiind administrate pe rând: 1) chestionarul de selecţie şi testul Wonderlic; 2) testul pentru evaluarea inteligenţei emoţionale şi primele două probe din bateria destinată evaluării inteligenţei sociale; 3) ultimele două probe din bateria pentru evaluarea inteligenţei sociale.

Testele bateriei Guilford-O'Sullivan, respectiv testul Wonderlic au fost administrate cu limită de timp, o atenţie deosebită fiind acordată controlului strict al timpului alocat rezolvării itemilor. Din acest punct de vedere, precizăm că protocoalele cu răspunsurile la testul Wonderlic, care a fost administrat elevilor unei clase de a X-a, au fost invalidate, datorită observaţiilor pe care le-am realizat în timpul completării probei şi care probau un nivel scăzut al implicării în sarcină pentru majoritatea dintre elevi.

Testul Wonderlic a fost administrat cu limita de timp de 12 minute, după care elevilor li s-a cerut să tragă o linie sub ultimul item pe care îl parcurseseră, fiind apoi lăsaţi să continue rezolvarea itemilor. După încă trei minute, elevilor li s-a cerut din nou să tragă o linie sub ultimul item pe care îl parcurseseră, fiind ulterior lăsaţi să termine proba, fără nicio restricţie de timp. Pentru această probă, au fost calculate trei scoruri brute: 1) numărul de itemi corect rezolvaţi în limita de timp de 12 minute; 2) numărul de itemi corect rezolvaţi în limita de timp de 15 minute şi 3) numărul de itemi corect rezolvaţi după ce au fost lăsaţi să termine proba. Relaţia dintre cele trei scoruri a fost progresivă, aşa cum decurgea din natura logică a timpilor de administrare.

Rezultate. Tabelul 1 prezintă rezultatele comparaţiilor între grupul elevilor dotaţi superior din punct de vedere intelectual şi grupul elevilor dotaţi normal.

Tabelul 1.

Comparaţii între elevii superior dotaţi şi cei dotaţi normal

Variabile dependente	**Grup**	**N** [a]	m	s	**t**
Inteligenţă emoţională	elevi dotaţi superior	30	129,00	10,45	2,02 *
	elevi dotaţi normal	122	124,81	10,06	
Inteligenţă socială	elevi dotaţi superior	26	75,15	7,84	1,60
	elevi dotaţi normal	71	71,71	9,84	

[a] Numărul diferit de subiecţi se datorează faptului că unii dintre elevii din unul sau din celălalt grup nu au completat fie testul pentru evaluarea inteligenţei emoţionale, fie bateria pentru evaluarea inteligenţei sociale.

* $p < 0.05$

Se poate constata că elevii superior dotaţi au înregistrat o medie a scorurilor la proba prin care a fost evaluată inteligenţa emoţională (m = 129) semnificativ mai ridicată decât media (m = 124,81) obţinută de grupul elevilor dotaţi normal din punct de vedere intelectual [t (150) = 2,02; p = 0,04 < 0,05], în condiţiile în care varianţele scorurilor au avut valori destul de apropiate. De asemenea, elevii superior dotaţi au înregistrat, la bateria de teste prin care am evaluat inteligenţa socială, o medie a scorurilor totale (m = 75,15) mai ridicată decât media (m = 71,71) obţinută de către elevii normal dotaţi, însă diferenţa a fost nesemnificativă din punct de vedere statistic [t (95) = 1,60; p = 0,11 > 0,05]. Pentru această variabilă, este de remarcat faptul că elevii cu un nivel obişnuit al dotării intelectuale au obţinut rezultate mai eterogene (s = 9,84) comparativ cu elevii superior dotaţi (s = 7,84).

Datele pe care le-am obţinut au fost convergente cu cele raporate în alte studii [vezi, de exemplu, 7], care au identificat un nivel mai ridicat al domeniului emoţional în rândul adolescenţilor supradotaţi din punct de vedere intelectual comparativ cu adolescenţii cu un nivel obişnuit al dotării, dar au fost divergente cu cele raportate în cadrul altor studii efectuate pe adolescenţi americani şi israelieni. Astfel, M. Zeidner şi colaboratorii săi [14] au identificat – atât pentru băieţii, cât şi pentru fetele de liceu cu vârste cuprinse între 13 şi 16 ani – nivele medii ale inteligenţei emoţionale (evaluată cu proba SREIT) semnificativ mai ridicate în rândul elevilor normal dotaţi din punct de vedere cognitiv-intelectual, atunci când aceştia au fost comparaţi cu elevi având vârste echivalente, dar care erau superior dotaţi din punct de vedere intelectual. Superioritatea elevilor normal dotaţi în ceea ce priveşte nivelul inteligenţei emoţionale s-a păstrat şi atunci când nu s-a ţinut cont de efectul variabilei *gen*. Autorii studiului au arătat că scorurile mai ridicate la SREIT pe care le-au obţinut elevii normal dotaţi nu se datorau nici variabilei *gen*, nici nivelului abilităţii verbale (evaluat cu versiunea în limba ebraică a subtestului de vocabular din WISC-Revised).

Aşadar, datele pe care le-am obţinut sunt contradictorii cu datele furnizate de unele studii care s-au preocupat de diferenţele dintre adolescenţii superior dotaţi din punct de vedere intelectual şi cei dotaţi normal în ceea ce priveşte nivelul inteligenţei emoţionale [14]. Totuşi, mediile mai ridicate (comparativ cu cele obţinute de elevii dotaţi normal) pe care elevii superior dotaţi din grupul selectat în grupul nostru le-au înregistrat la probele pentru evaluarea inteligenţei emoţionale şi a inteligenţei sociale arată că adolescenţii talentaţi s-ar putea remarca şi prin abilităţi social-emoţionale de nivel mai ridicat, acestea fiind resurse care pot să le susţină orientarea şi eforturile într-un anumit domeniu de activitate. Pentru estimarea mărimii diferenţei dintre adolescenţii superiori dotaţi în domeniul cognitiv-intelectual şi şcolar şi adolescenţii cu un nivel obişnuit al dotării, în ceea ce priveşte competenţele emoţionale şi cele interpersonale, sunt necesare studii extinse, de factură metaanalitică.

Concluzii. Implicaţii pentru programele de intervenţie educaţională destinate elevilor supe-

rior dotaţi în plan cognitiv-intelectual. Supradotarea include atât o serie de *caracteristici cognitive şi intelectuale* (un nivel ridicat al inteligenţei generale şi al abilităţilor specifice, capacitatea ridicată de concentrare a atenţiei, capacităţi mnezice superioare mediei, abilitatea de emitere a judecăţilor şi de rezolvare a unor probleme teoretice complexe, dezvoltarea precoce a vocabularului, curiozitatea ştiinţifică, capacitatea de elaborare a unor idei originale, etc.), la care se adaugă o serie de *caracteristici noncognitive*, care ţin de motivaţie şi de trăsăturile de personalitate: senzitivitatea în plan emoţional, sentimentul de a fi diferit de ceilalţi adolescenţi, receptivitatea faţă de nou şi faţă de diferite valori, stiluri de gândire şi de acţiune, stiluri originale de abordare a sarcinilor şi nivel ridicat al angajării în acestea, un nivel ridicat al motivaţiei pentru succes şi al aspiraţiei, ataşament puternic faţă de anumite idei originale şi faţă de anumite activităţi intelectuale, perseverenţă şi meticulozitate, orientarea către asumarea riscului, dorinţa de independenţă, sentimentul valorii personale, etc.

Astăzi, se vorbeşte despre o abordare interacţionistă a dimensiunilor excelenţei într-un anumit domeniu şi a factorilor care o susţin. Sunt luaţi în calcul factori explicativi care ţin de aptitudini, motivaţie, potenţial creativ, dezvoltare emoţională, imagine de sine. Acţiunea conjugată a acestora este mediată de interacţiunile formale şi informale din interiorul familiei, mediului şcolar şi reţelei de colegi şi prieteni. Toate aceste variabile au fost incluse în *modelul succesului global* [vezi 3]. Resursele mediului reprezentat de familie, şcoală şi reţelele informale, la care se adaugă personalitatea, motivaţia şi modelele care constituie sursa identificării la vârsta copilăriei şi a adolescenţei reprezintă un catalizator în relaţia dintre abilităţile intelectuale, creative, socio-emoţionale sau în alte domenii ale adolescenţilor supradotaţi, pe de o parte şi, pe de alta talentul materializat în excelenţa în anumite domenii [2, 3].

În modelele contemporane ale supradotării sau excelenţei într-un anumit domeniu (propuse de J. S. Renzulli, F. Mönks, E. Landau, F. Gagné, A. J. Tannenbaum), dezvoltarea emoţională reprezintă unul dintre factorii care contribuie la creşterea motivaţiei pentru succes şi pentru materializarea aptitudinilor cognitiv-intelectuale în realizări deosebite [3]. Profesorul israelian E. Landau, director al Institutului pentru Promovarea Artelor şi Ştiinţelor pentru Copii şi Adolescenţi din Israel, sugerează că încurajarea emoţională (libertatea şi securitatea) oferită de mediul în care adolescentul creşte şi se dezvoltă (familie, şcoală, reţea informală de colegi şi prieteni) îl ajută să capete curajul şi motivaţia de a-şi exersa abilităţile de nivel superior şi de a-şi manifesta talentul într-un anumit domeniu [*cf.* 3]. În relaţia cu adolescenţii talentaţi, educatorii trebuie să-i stimuleze permanent din punct de vedere intelectual, motivaţional şi emoţional, pentru ca aceştia să ajungă să-şi actualizeze potenţialul aptitudinal şi să-l exprime prin realizări valorizate social.

Numeroase cercetări de teren au arătat că, în comparaţie cu adolescenţii normal dotaţi, cei dotaţi superior din punct de vedere cognitiv-intelectual tind să obţină nivele mai ridicate şi în ceea ce priveşte inteligenţa emoţională

(când aceasta este evaluată global sau dintr-o perspectivă multidimensională). În cadrul studiului pe care l-am realizat, elevii de liceu superior dotaţi din punct de vedere cognitiv-intelectual şi cu performanţe şcolare deosebite au înregistrat la proba SREIT, prin care a fost evaluată inteligenţa emoţională, o medie a scorurilor semnificativ mai ridicată decât media obţinută de un grup de elevi cu nivele obişnuite ale dotării în plan cognitiv-intelectual. De asemenea, la bateria Guilford-O'Sullivan, prin care am evaluat inteligenţa socială, elevii superior dotaţi au înregistrat o medie a scorurilor mai ridicată decât media grupului de elevi normal dotaţi, însă, de această dată, diferenţa a fost nesemnificativă statistic. Datele noastre le-au confirmat pe cele raporate în alte studii [vezi 7], dar au fost divergente cu datele obţinute în cadrul unor studii efectuate pe adolescenţi americani şi israelieni [vezi 7, 14].

Studiul nostru – restrâns doar la un lot comunitar de adolescenţi (elevi de liceu) cu rezultate deosebite în domeniul şcolar, susţinute de un nivel ridicat al aptitudinii cognitive generale – sugerează importanţa educării abilităţilor emoţionale şi sociale în rândul elevilor dotaţi superior, în vederea transformării acestora în resurse pentru obţinerea unor performanţe deosebite. Totuşi, dincolo de observaţiile şi de studiile empirice care au fost realizate, se pune întrebarea cu privire la nivelul de prezenţă şi natura caracteristicilor nonintelectuale. Anumite date de teren rămân, totuşi, contradictorii. De exemplu, în ceea ce priveşte inteligenţa emoţională, cercetările publicate în literatura de specialitate [7, 14] nu ne permit să afirmăm cu certitudine faptul că adolescenţii superior dotaţi din punct de vedere intelectual sunt caracterizaţi şi printr-un nivel mai ridicat al abilităţii privitoare la procesarea informaţiilor emoţionale comparativ cu adolescenţii normali.

Pe de altă parte, numeroase date empirice sunt descriptive şi nu permit identificarea factorilor care explică particularităţile emoţionale şi sociale ale copiilor şi adolescenţilor care prezintă un potenţial ridicat din punct de vedere intelectual şi şcolar (Zenasni şi Mouchiroud, 2005). Astfel, se cunoaşte puţin cu privire la natura articulării între nivelul ridicat al inteligenţei cognitive şi dispoziţiile noncognitive ale copiilor şi adolescenţilor supradotaţi. De exemplu, se pune întrebarea: Personalitatea copiilor şi adolescenţilor care prezintă un nivel ridicat al aptitudinilor intelectuale diferă de cea a copiilor şi adolescenţilor obişnuiţi, pentru că primii sunt extrem de inteligenţi sau, dimpotrivă, personalitatea copiilor şi adolescenţilor supradotaţi este total independentă de nivelul ridicat al capacităţii lor cognitive ? Rămâne ca, prin studii sistematice, să căutăm răspunsul la această întrebare, pentru a elucida mecanismele prin care copiii şi adolescenţii talentaţi într-un anumit domeniu ajung să manifeste o anumită excelenţă şi în ceea ce priveşte funcţionarea nonintelectivă (în domeniul emoţional şi social).

Chiar dacă datele obţinute în cadrul studiilor empirice – care s-au preocupat de diferenţele, în ceea ce priveşte inteligenţa emoţională, dintre adolescenţii supradotaţi în domeniul cognitiv-intelectual şi în cel şcolar şi adolescenţii obişnuiţi – sunt, de multe ori, contradictorii, existenţa unor deo-

sebiri trebuie integrată în programele diferenţiate de intervenţie educaţională destinate adolescenţilor talentaţi în anumite domenii. Integrarea acestor deosebiri este cu atât mai necesară cu cât s-a demonstrat că mulţi dintre adolescenţii şi tinerii supradotaţi tind să întâmpine anumite probleme în domeniul autoreglării emoţionale, în cel al imaginii de sine şi anumite dificultăţi în relaţiile cu ceilalţi adolescenţi ,,normali" şi în gestionarea situaţiilor stresante, mai ales a situaţiilor în care alte persoane semnificative din reţeaua socială a tânărului supradotat – familie, profesori, grupuri de prieteni – exercită presiuni asupra lui în vederea obţinerii unor performanţe din ce în ce mai bune [14]. Aceste dificultăţi îi fac vulnerabili în raport cu adaptarea psihologică în general şi pot conduce la subrealizare performanţială, în ciuda nivelului superior al inteligenţei şi a potenţialului de învăţare de care dispun. De aceea, în cadrul *programelor educaţionale destinate adolescenţilor supradotaţi*, trebuie să se pună accentul pe domenii care ţin de imaginea de sine, dezvoltarea în plan emoţional şi în planul competenţelor sociale: comunicarea asertivă, prezentarea de sine (inclusiv faptul de a ,,accepta că sunt supradotaţi" şi de a exprima acest lucru în relaţiile sociale), gestionarea conflictelor intrapersonale şi interpersonale, dezvoltarea capacităţii de control al propriilor emoţii şi de utilizare a potenţialului emoţional ca resursă creativă, etc.

Dacă ne raportăm la *competenţele sociale şi emoţionale în rândul adolescenţilor superior dotaţi* din punct de vedere cognitiv-intelectual şi care prezintă excelenţă în domeniul şcolar, *intervenţia în vederea antrenamentului* acestora ar putea să includă următorii paşi:

1. Evaluarea gradului de dezvoltare a competenţelor sociale (asertivitate, comunicare verbală şi nonverbală, empatie şi cooperarea în echipă, prezentarea de sine şi rezolvarea problemelor care apar în contextele interpersonale), precum şi *a celor emoţionale* (identificarea, analiza şi înţelegerea propriilor emoţii, precum şi a emoţiilor şi sentimentelor exprimate de alte persoane, exprimarea emoţiilor şi a sentimentelor în cadrul relaţiilor sociale, controlul propriilor emoţii şi utilizarea acestora în rezolvarea diverselor situaţii problematice). În vederea evaluării competenţelor sociale şi emoţionale, pot fi utilizate o serie de probe standardizate (chestionare, inventare sau scale), probe situaţionale sau jocuri de rol.

2. Stabilirea punctelor tari (resurse personale care pot fi utilizate) *şi a punctelor slabe* (caracteristici personale slab evidenţiate, care trebuie antrenate sau caracteristici personale disfuncţionale, care trebuie schimbate) şi sprijinirea adolescentului să le conştientizeze. În vederea parcurgerii acestui pas, se poate apela la clasica analiză SWOT: puncte tari – puncte slabe – oportunităţi – ameninţări (dificultăţi) în îndeplinirea scopurilor pe care elevul superior dotat şi le propune.

3. Parcurgerea unor programe de dezvoltare personală, elaborate şi testate special pentru antrenarea competenţelor sociale şi pentru educarea potenţialului emoţional.

Adesea, copiii sau adolescenţii talentaţi într-un anumit domeniu nu

sunt descoperiţi la timp neavând, astfel, ocazia să demonstreze ceea ce pot şi să ajungă la un nivel de realizare în plan şcolar, vocaţional şi social potrivit cu potenţialul lor intelectual. Atunci când sunt identificaţi şi se începe lucrul intensiv cu ei, mulţi ajung să se lovească de prejudecăţile congenerilor şi, de multe ori, de stereotipurile profesorilor şi ale părinţilor, care tind să-i considere „buni la toate" şi care acceptă cu greu eşecurile – expresie a dificultăţilor de adaptare prin care astfel de copii şi tineri trec.

Părinţii şi profesorii trebuie să cunoască faptul că, dacă nu este lucrat încă de la o vârstă fragedă şi în mod intensiv, potenţialul unui tânăr supradotat nu se va materializa în realizări valorizate social. Transformarea resurselor intelectuale ale tinerilor supradotaţi în performanţe deosebite implică şi ajutorul acordat tinerilor, pentru ca aceştia să depăşească dificultăţile din celelalte domenii ale funcţionării.

În acest demers, familia şi şcoala au un rol esenţial. Astfel, schimbarea mentalităţii părinţilor care au copii sau adolescenţi care dovedesc un potenţial deosebit reprezintă o direcţie pe care trebuie să se lucreze, pentru a se înlătura una dintre barierele actualizării potenţialului intelectual şi creativ (E. Landau). Totodată, în cadrul *curriculum*ului diferenţiat care se adresează copiilor şi adolescenţilor supradotaţi, au început să fie incluse o serie de intervenţii care vizează dezvoltarea competenţelor sociale şi emoţionale, precum şi a resurselor necesare adaptării optime la solicitări şi obţinerii performanţelor notabile, care să justifice potenţialul ridicat al acestor copii şi adolescenţi. Aşadar, şcoala este unul dintre cei mai importanţi agenţi capabili să contribuie la valorificarea resurselor pe care copiii şi adolescenţii supradotaţi le pot oferi comunităţii din care fac parte şi societăţii, în ansamblul ei.

Bibliografie

1. Bar-On R., *The Bar-On model of emotional-social intelligence*. În: Fernández-Berrocal P., Extremera N. (Guest Editors), *Psicothema (Special issue on emotional intelligence)*, 2005, vol. 18, p. 13-25.

2. Benito Y., *Copiii supradotaţi. Educaţie, dezvoltare emoţională şi adaptare socială*. (trad.). Iaşi: Editura Polirom, 2003, 192 p.

3. Creţu C., *Psihopedagogia succesului*. Iaşi: Editura Polirom, 1997, 232 p.

4. Goleman D., *Inteligenţa emoţională* (trad.). Bucureşti: Editura Curtea Veche, 2001, 420 p.

5. Guilford J.-P., O'Sullivan M., *Manuel d'application des tests d'intelligence sociale* (adaptation francaise). Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, 1978, 39 p.

6. Kihlstrom J. F., Cantor N., *Social intelligence*. În Sternberg R. J. (Editor), *Handbook of Intelligence* (p. 359-379). Second Edition. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000, 692 p.

7. Lee S. Y., Olszewski-Kubilius P., *The emotional intelligence, moral judgment, and leadership of academically gifted adolescents*. În: *Journal for the Education of the Gifted*, 2006, vol. 30, nr. 1, p. 29-67.

8. Pitariu H., *Experimentarea testului Wonderlic*. În: Revista de Psihologie, 1990, tom. 36, nr. 3-4, p. 265-273.

9. Pitariu H., Albu M., *Psihologia personalului. Măsurarea şi interpretarea diferenţelor individuale*. Cluj-Napoca: Casa de Editură şi Presă Clujeană, 1996, 163 p.

10. Reber A. S., *Dictionary of Psy-*

chology. London: Penguin Books, 1985, 848 p.

11. Roco M., *Creativitate şi inteligenţă emoţională*. Iaşi: Editura Polirom, 2004, 248 p.

12. Salgado J. F., *Prédiction de la performance au travail: Pourquoi faut-il utiliser des épreuves d'aptitude mentale générale en recrutement*. În Lévy-Laboyer Cl., Huteau M., Loche Cl., Rolland J.-P. (Sous la direction de). *RH. Les apports de la psychologie du travail. Tome 1: Management des personnes* (p. 7-19). Paris: Éditions d'Oganisation, 2001, 495 p.

13. Schutte N. S., Malouff J. M., Hall L. E., Haggerty D. J., Cooper J. T., Golden C. J., Dornheim L., *Development and validation of a measure of emotional intelligence*. În: Personality and Individual Differences, 1998, vol. 25, nr. 2, p. 167-177.

14. Zeidner M., Shani-Zinovich I., Matthews G., Roberts R. D., *Assessing emotional intelligence in gifted and non-gifted high school students:* Outcomes depend on the measure. În: Intelligence, 2005, vol. 33, nr. 4, p. 369-391.

15. Zenasni F., Mouchiroud C., *Aspects socio-émotionnels du phénomène du haut potentiel*. În T. Lubart (Sous la coordination de). Enfants exceptionnels: précocité intellectuelle, haut potentiel et talent. Rosny-sous-Bois, Cedex: Bréal, 2005, 271 p.

16. Wonderlic Personnel Test and Scholastic Level Exam User's Manual. Libertyville, IL: Wonderlic, Inc., 1999, 62 p.

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

THE STUDY OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS THAT INFLUENCE THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF DEPRESSIVE REACTIONS OF VARIOUS ORIGINS IN UNIVERSITY STUDENTS.

Инна Дариюсовна ВАШКИТЕ

Termeni-cheie: reacţii depresive, studenţi, îngrijire medicală primară, diagnostic, tratament.

Rezumat

În lucrare se abordează cauzele, metodele de diagnostic şi tratament al tulburărilor depresive printre studenţi. Activitatea desfăşurată pe materialul studierii a 71 de pacienţi. Sunt prezentate analiza rezultatelor obţinute de la studierea sferei emoţionale a studenţelor investigaţi. Au fost elaborate recomandări cu privire la diagnosticul si tratamentul pacientilor cu depresie în sistemul de asistenţă medicală primară.

Ключевые слова: депрессивные реакции, студенты, первичное медицинское звено, диагностика, лечение.

Резюме

Рассматриваются причины, методы диагностики и лечения депрессивных расстройств у студентов ВУЗов. Работа проведена на материале 71 обследованных. Приведены диагностические результаты исследования эмоциональной сферы студентов. Сформулированы рекомендации по диагностике и лечению больных с депрессиями в системе первичного медицинского звена.

Keywords: depressive reactions, students, primary care, diagnosis, treatment.

Summary

We consider the causes, methods of diagnosis and treatment of depressive disorders among university students. Work carried out on the material of 71 patients. Also describes diagnostic results of a study of the emotional sphere students. Recommendations on the diagnosis and treatment of patients with depression in primary health care.

На современном этапе развития общества среди общемедицинских проблем особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно тревожных и депрессивных расстройств. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время более чем у 110 млн. человек в мире – 3-6% популяции – выявлены те или иные клинически значимые проявления данных расстройств.

Аналогичная тенденция отмечается и в Украине [3].

Растущая актуальность проблемы депрессий обусловлена их распространенностью, существенным влиянием болезни на качество жизни и социальное функционирование человека, а также наиболее высоким среди всех психических расстройств уровнем вызванных ими суицидов. Все это приводит к социальным проблемам и экономическим убыткам [2, 3].

Целью настоящего исследования явилось изучение социально-психологических факторов, влияющих на формирование и развитие депрессивных реакций невротического и аффективного регистров у студентов ВУЗов.

Задачи ранней диагностики и первичной профилактики психических изменений у студентов ВУЗов в состоянии дезадаптации делает необходимым проведение анализа социально-психологических факторов, влияющих на их формирование и развитие, т.е. изучение условий их жизни, учебы и работы, выявление факторов оказывающих отрицательное влияние на состояние их здоровья. Для достижения указанных целей была использована специально разработанная карта клинико-анамнестического обследования больного.

Нами были обследованы 71 студент различных ВУЗов, обнаруживающих признаки нарушений эмоционально-аффективной сферы. Клинически у всех обнаруживались различные варианты тревожно-депрессивной симптоматики.

Все обследованные студенты в браке не состояли, детей не имели и не состояли на диспансерном учете по инвалидности.

Распределение обследованных по полу и возрасту представлено в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по полу без психической патологии (%)

Пол	Аффективный регистр n=22		Невротический регистр n=49	
	Абс.к.	%±m	Абс.к.	%±m
Мужчины	3	13,6±7,31	13	26,5±6,3*
Женщины	19	86,4±7,31	36	73,5±6,3**

*- достоверные различия частоты встречаемости мужчин в группе с аффективным регистром относительно группы с невротическим регистром (p< 0,05)

** достоверные различия частоты встречаемости женщин в группе с аффективным регистром относительно группы с невротическим регистром (p< 0,05)

Как видно из представленной таблицы 1, 13,6%±7,31% обследованных составили мужчины, страдающие депрессивными расстройствами аффективного регистра, при этом 26,5%±6,3% обследованных мужчин имели клинические признаки депрессивного расстройства невротического регистра. 86,4%±7,31% женщин обнаружили признаки депрессивного расстройства аффективного регистра, 73,5%±6,3% женщин имели депрессивное расстройство невротического регистра.

Таблица 2

Распределение обследованных больных по возрасту (%)

Возраст	Аффективный регистр n=22		Невротический регистр n=49	
	Абс.к.	%±m	Абс.к.	%±m
17-18	1	4,5±4,4	15	30,6±6,6*
19-20	2	9,1±6,1	12	24,5±6,1
21-25	19	86,4±7,3	7	14,3±5*
>25	-	-	1	2,04±2,02

* достоверные различия частоты встречаемости мужчин в группе с аффективным регистром относительно группы с невротическим регистром (p< 0,05)

** достоверные различия частоты встречаемости женщин в группе с аффективным регистром относительно группы с невротическим регистром (p< 0,05)

Среди обследованных подавляющее большинство составили больные в возрасте от 21 до 25 лет (86,4%±7,3%), страдающие депрессивными расстройствами аффективного регистра, в сравнении с обследованными в возрасте от 17 до 18 лет страдающие депрессивными расстройствами невротического регистра (30,6%±6,6%).

77,5% обследованных студентов воспитывались в полных семьях. На момент исследования 88,7% обследованных студентов проживали в общежитиях или на съемных квартирах.

В ходе исследования был выделен ведущий аффект, который был представлен тревогой. Все обследованные обнаруживали разной степени выраженности субдепрессивный-депрессивный синдром со значительной степенью «соматизации».

Практически во всех случаях до начала аффективного расстройства на его фоне выявлялись психотравмирующие факторы, имевшие различную личностную актуальность. Доминировали хронические неразрешенные конфликтные ситуации в семье – 70,3%, а также обострения хронических конфликтов в виде разрыва отношений – 15,4%. Остальные факторы встречались реже: смерть близкого отмечалась – 4,6%. болезнь близкого – 4%, служебные конфликт 4%, угроза благополучию – 1,7%.

Анализ ответов на вопросы анкет позволил оценить наличие степени выраженности таких социально-психологических факторов риска, как неполная или негармоничная семья, свободное воспитание, отсутствие интереса к учебе и работе, неуверенность в своем будущем, отсутствие внимания со стороны родителей и окружающих, неудовлетворительные условия проживания, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ. Методика позволила определить психическое состояние на момент возникновения текущего депрессивного эпизода, а также содержание конфликта, приведшего к дезадаптации.

Среди основных особенностей юношеской депрессии отмечаются выраженная гипертрофия идеаторного компонента (когнитивные расстройства в виде трудностей осмысления, сосредоточения, концентрации внимания, нарушений памяти)

на фоне стертого тимического компонента депрессии. Было выявлено наличие ряда общих психопатологических особенностей: выраженный полиморфизм клинической картины с незавершенностью, фрагментарностью, изменчивостью психопатологических симптомов и нечеткой оформленностью аффективной триады. Было установлено, что особенности депрессивных состояний у изученных больных и их своеобразие следует объяснять существенным вкладом пубертатных психобиологических факторов в их формирование, что приводит к выходу на первый план характерных для подростково-юношеского возраста когнитивных, поведенческих и сомато-вегетативных расстройств, не только маскирующих их депрессивную основу, но и затрудняющих правильную трактовку отдельных симптомов заболевания. В связи с этим наибольшие затруднения при диагностике вызывают не развернутые формы депрессий, а относительно неглубокие депрессивные состояния, ограничивающиеся аффективными, невротическими, сверхценными и психопатоподобными расстройствами, при которых взаимодействие между болезнью и юношеским этапом онтогенеза носит наиболее сложный характер.

У студентов наблюдаются эпизодические интенсивные периоды депрессии в сочетании с периодами улучшения. Для юношеских депрессий характерен также длительный, подчас затяжной и ундулирующий характер течения, с размытостью временных границ состояния и волнообразностью выраженности клинических проявлений, определяющийся возрастной динамикой. В таблице 3 представлено процентное соотношение выявленных расстройств.

Таблица 3.

Распределение клинически очерченных проявлений эмоциональных расстройств у студентов ВУЗов

Депрессивные расстройства афективного регистра (n=22)		
Клинические проявления	Абс.к.	%±m
Депрессивный эпизод(F32)	10	45,5±10,6*
Рекуррентное депрессивное расстройство (F 33)	8	36,4±10,3*
Циклотимия (F 34.0)	3	13,6±7,3
Дистимия (F 34.1)	1	4,5±4,4
*- достоверные различия частоты встречаемости клинических проявлений в группе с аффективным регистром (p< 0,05)		
Депрессивные расстройства невротическго регистра (n=49)		
Клинические проявления	Абс.к.	%±m
Депрессивная реакция (F43.2)	19	38,8±6,96**
Реактивная (психогенная) депрессия (F 43)	13	26,5±6,3
Невротическая депрессия (F 43.21)	17	34,7±6,8
** достоверные различия частоты встречаемости клинических проявлений в группе с аффективным регистром (p< 0,05)		

Исследование уровней тревоги и депрессии у обследуемых проводилось нами по трем шкалам: шкале Гамильтона, шкале Монтгомери-Асберга и самооценочной шкале депрессии Бека.

Проведенное исследование показало, что по шкале Гамильтона у большинства исследуемых достоверно присутствуют проявления тревоги и депрессии (77,8%±6,2% и 88,9%±6,2% – показатели тревоги и депрессии у женщин; 73,1%±8,7% и 80,8%±7,7% – соответственно у мужчин, p<0,05) (таб.4.)

Таблица 4.

Степень выраженности депрессии и тревоги по шкале Гамильтона

Степень выраженности тревоги и депрессии	Женщины				Мужчины			
	тревога, % n=45		депрессия, % n=45		тревога, % n=26		депрессия, % n=26	
	Абс.к.	%±m	Абс.к.	%±m	Абс.к.	%±m	Абс.к.	%±m
Отсутствие	10	22,2±6,2	5	11,1±4,7	3	13,6±6,7	7	31,8±9,1
Легкая степень	17	37,8±7,2	7	15,6±5,4*	8	36,4±9,4	9	40,9±9,6**
Умеренная степень	9	20±5,97	20	44,4±7,4*	11	50±9,8	6	27,3±8,7**
Тяжелая степень	9	20±5,97	13	28,9±6,8	4	18,2±7,6	4	18,2±7,6

*- достоверные различия частоты встречаемости у женщин тревоги относительно депрессии в группе с аффективным регистром (p< 0,05)

** достоверные различия частоты встречаемости у мужчин тревоги относительно депрессии в группе с невротическим регистром (p< 0,05)

Анализируя данные по шкале Гамильтона, было выявлено, что среди женщин легкая степень депрессии присутствовала только у 15,6%±5,4% женщин, тогда как умеренная и тяжелая степени присутствовали у 44,4%±7,4% и у 28,9%±6,8% соответственно. Тревога в умеренной и тяжелой формах присутствовала поровну у 20%±5,97% женщин, тогда как легкая степень – у 37,8%±7,2% женщин. У мужчин наблюдалась совсем иная картина: тревога легкой степени наблюдалась у 36,4%±9,4% мужчин, умеренная тревога – у 50%±9,8% и тяжелая степень тревоги и депрессии одинаково – у 18,2%±7,6%. Депрессия легкой степени в свою очередь наблюдалась у 40,9%±9,6%, а депрессия умеренной степени наблюдалась у 27,3%±8,7% человек.

При анализе шкалы Монтгомери-Асберга у большинства женщин и мужчин присутствовали клинические проявления депрессии (86,7%±5,1% и 53,8%±9,8% соответственно). Малый депрессивный эпизод наблюдался у женщин и мужчин чаще – 53,3%±7,4% и 26,9%±8,7% соответственно. Умеренный депрессивный эпизод встречался у женщин в 22,2%±6,2% случаев и в 11,5%±6,3% случаев у мужчин.

В свою очередь большой депрессивный эпизод встречался у женщин в 11,1%±4,7% и у мужчин в 15,4%±7,1% случаев. (таб. 5.)

Таблица 5.

Оценка тяжести депрессии по шкале Монтгомери-Асберга

Степень депрессивного эпизода	**Женщины** n=45		**Мужчины** n=26	
	Абс.к.	%±m	Абс.к.	%±m
Отсутствие депрессивного эпизода	6	13,3±5,1	12	46,2±9,8
Малый депрессивный эпизод	24	53,3±7,4	7	26,9±8,7*
Умеренный депрессивный эпизод	10	22,2±6,2	3	11,5±6,3
Большой депрессивный эпизод	5	11,1±4,7	4	15,4±7,1
*- достоверные различия частоты встречаемости депрессивного эпизода у женщин относительно мужчин (p< 0,05)				

По самооценочной шкале депрессии Бека у большинства обследованных нами женщин и мужчин присутствовали субъективные проявления депрессии (95,6%±3,1% у женщин и 96,2%±3,7 у мужчин). Субклинические проявления депрессии у женщин составляют 8,9%±4,2% и 19,2%±7,7% у мужчин. Субъективные проявления депрессии у женщин встречаются чаще, чем у мужчин – 22,2%±6,2%, 31,1%±6,9% и 33,3%±7,03% случаев над 15,4%±7,1%, 30,8%±9,1% и 30,8%±9,1% соответственно (p<0.05) (таб. 6.).

Таблица 6.

Самооценочная шкала депрессии Бека

Степень депрессивного эпизода	**Женщины** n=45		**Мужчины** n=26	
	Абс.к.	%±m	Абс.к.	%±m
Отсутсвие депрессивных симптомов	2	4,4±3,1	1	3,8±3,7
Легкая депрессия (субдепрессия)	4	8,9±4,2	5	19,2±7,7
Умеренная депрессия	10	22,2±6,2	4	15,4±7,1
Выраженная депрессия (средней тяжести)	14	31,1±6,9	8	30,8±9,1
Тяжелая депрессия	15	33,3±7,03	8	30,8±9,1

Полученные данные пациентов группы исследования по субъективным оценкам показывают, что женщины оценивали свое эмоциональное состояние как тяжелое и в 31,1%±6,9% случаев имели депрессию средней тяжести и в 33,3%±7,03% – тяжелую депрессию, что подтверждается объективными исследованиями – в 44,4%±7,4% умеренный показатель депрессии и в 28,9±6,8 показатель депрессии по шкале Гамильтона. Таким образом, у женщин выявлено совпадение между самооценкой и реальной клинической психопатологической картиной. У мужчин показатель депрессии наоборот, при субъективной

оценке оказался выше, чем при объективной диагностике (30,8%±9,1% – депрессия средней и тяжелой степени поровну по самооценочной шкале депрессии Бека и 31,8%±9,1% – отсутствие депрессивного эпизода и 40,9%±9,6% – наличие малого депрессивного эпизода по шкале тревоги и депрессии Гамильтона).

При анализе ответов обследуемых по методике Айзенка было выявлено, что у студентов с депрессивными расстройствами средней и тяжелой степени тяжести соответствовали высокие цифры по шкалам экстраверсии и нейротизму. При субдепрессивном уровне расстройства данные по этим шкалам были слегка завышены, что указывает на «предрасположенность» к более тяжелой форме данного заболевания.

Выявлено, что студенты используют менее конструктивные способы совладания со стрессом, нежели взрослые люди. В то же время, конфликтным ситуациям, возникающим у студентов окружающие могут не придавать значения как факторам риска суицидального поведения, так как фабула психотравмирующих ситуаций в большинстве случаев не является экстраординарной.

В терапии депрессивных расстройств можно выделить два основных направления.

1. Психофармакологическое.

2. Психотерапевтическое.

Первое направление представлено специфической группой препаратов психотропного действия – антидепрессантами.

В клинической практике, особенно в первичном звене, до настоящего времени часто употребляемой группой являются трициклические антидепрессанты (ТЦА). [1]

Однако применение трициклических антидепрессантов сопряжено с целым рядом побочных эффектов, связанных, прежде всего, с их холинолитическими свойствами: устойчивая тахикардия, экстрасистолия, повышение артериального давления, головокружение, запоры, тремор, увеличение массы тела и т.п. Эти побочные эффекты существенно ограничивают возможность применения таких препаратов как амитриптилин у соматических больных, а предотвращение этих осложнений ставит под вопрос дешевизну лечения. Наряду с этим такой компонент действия ТЦА как седация сегодня рассматривается как не имеющий отношение к антидепрессивному эффекту и снижающий уровень социального функционирования больного. Однако, негативно эти побочные эффекты проявляются как раз у больных соматизированными депрессиями, которые отличаются повышенной чувствительностью к подобному действию этих препаратов, и сами по себе побочные эффекты «вплетаются» или усиливают имеющиеся «физические» симптомы.

Кроме этого, назначение ТЦА требует индивидуального подбора дозы до появления терапевтического эффекта. Опасность применения ТЦА в общесоматической практике обусловлена тем, что диапазон между терапевтически эффективной и токсической дозами у них невелик, что требует осторожности в подборе препарата.

В связи с этим в настоящее время средствами первого выбора при

лечении депрессивных расстройств, особенно соматизированных, симптоматических и коморбидных вариантов, становятся антидепрессанты нового поколения – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Препараты этой группы обладают высокой степенью конформизма при сочетанном применении их со многими другими лекарственными препаратами в общесоматической практике [1].

Учитывая, что обследованные студенты продолжали учебный процесс, психофармакологическое сопровождение применялось только у 15% студентов.

Реализация второго терапевтического направления – психотерапевтического – была последовательно-ступенчатой. Методом выбора является когнитивно-поведенческая терапия в различных модификациях.

Когнитивная психотерапия лучше всего зарекомендовала себя в лечении депрессий, тревоги, фобий, панических атак. В основе когнитивного подхода лежит утверждение: «Эмоции и поведение человека определяются тем, как он оценивает мир». Т. е. если в глубинах подсознания у человека есть убеждение «мир недружелюбен», то и поведение его и эмоции будут соответствующими.

Целью КБТ при лечении депрессивных нарушений является изменение эмоционального состояния и настроения больного благодаря рационально-логической переработке пациентом субъективного взгляда на себя и на мир, что достигается рациональным переубеждением врачом пациента относительно необоснованности негативной и сниженной оценки себя и своих достижений. Важным является разъяснение механизмов развития депрессивных симптомов, чтобы у больного было четкое представление о собственной болезни, возможности терапевтического вмешательства. Пациенту предоставляется информация, что от его собственных усилий зависит его состояние, он может влиять на собственные эмоции и настроение. Необходимо изменить болезненное представление о собственной беспомощности относительно себя и болезни и безысходности ситуации депрессивного расстройства и помочь пациенту определить позитивные факторы, на которые он может опираться при преодолении депрессии [2].

Наиболее эффективной является КБТ в модификации А.Бека и А. Эллиса. В концепции рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии Эллиса главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются рациональные и иррациональные «когниции». В концепции когнитивной психотерапии (когнитивное консультирование) Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) «когниции».

Оба автора признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

А. Эллис в своей рационально-эмотивно-поведенческой психотера-

пии ориентировался на представления, согласно которым положительные эмоции, такие как чувство любви или восторга, часто связаны или являются результатом внутреннего убеждения, выраженного в виде фразы «Это для меня хорошо», а отрицательные эмоции, такие как гнев или депрессия, связаны с убеждением, выраженным фразой «Это для меня плохо». Он полагал, что эмоциональный отклик на ситуацию отражает «ярлык», который «навешивают» ей (например, опасна она или приятна), даже в том случае, когда эта стигма не соответствует действительности. Для достижения счастья, по Эллису, необходимо рационально сформулировать цели и выбрать адекватные средства. В любую ситуацию привносятся два отличных типа «когниций»: убеждения и предположения [2].

Особенности течения депрессивных расстройств затрудняют своевременное обращение за медицинской помощью, диагностику и назначение адекватного лечения депрессивных состояний у студентов, ведут к затяжному течению депрессий, с нарушением учебной адаптации, вплоть до оформления академических отпусков и отчисления студентов из вузов. В настоящее время для диагностики используются методики, стандартизированные на выборке взрослых, которые все же не отражают полноту клинической картины юношеских депрессий. В обозначенных условиях возникает необходимость разработки валидного диагностического инструмента для рассматриваемой социально-возрастной группы.

Применение сформированной нами модели психотерапии, построенной по интегративному принципу, показало ее высокую эффективность. Благодаря проведенному комплексному подходу в терапии депрессивных расстройств у студентов вузов по завершении курса психотерапевтических мероприятий наблюдалось повышение уровня мотивации и интереса к учебе, а также дальнейшему трудоустройству. У студентов было выявлено улучшение когнитивной сферы, которое проявлялось в повышении концентрации внимания, улучшении памяти и устойчивости к стрессогенным факторам.

Литература:

1. Кутько І. І., Напреєнко О. К., Козидубова В. М. *Афективні розлади.* //Психіатрія /Під ред. проф. О. К.Напреєнка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 353 — 372.

2. Михайлов В. В. *Проблема депрессий в общесоматической практике.* //Здоров'я України, №3 (136). – 2006. – с. 18-19

3. Михайлов Б. В., Чугунов В. В. *Поведенческая психотерапия*: *Методические рекомендации* // Х.: ХМАПО, 2002.— с. 6–11

RELAȚIA DINTRE VALORILE PROFESIONALE ŞI MOTIVAȚIA SPRE SUCCES LA ADOLESCENȚI ŞI TINERI

THE RELATIONSHIP BETWEEN PROFESSIONAL VALUES AND MOTIVATION TO SUCCESS OF ADOLESCENTS AND YOUNG

Elena BÂRSA, Angela POTÂNG

Termeni - cheie: valori profesionale, motivația pentru succes, realizare, studenți, elevi de liceu.

Rezumat

În prezent, vorbim foarte mult despre succes şi dezvoltarea carierei. Mulți oameni de ştiință încearcă să explice complexitatea acestui subiect şi modul în care motivația spre succes poate fi crescută. Prin urmare, am făcut o cercetare despre relația dintre valorile profesionale şi motivația de succes în rândul adolescenților şi tinerilor.

În cercetarea noastră am aplicat 2 teste: la determinarea valorilor profesionale le-am folosit inventarul valorii profesionale Super, care prezintă o listă de 15 de valori profesionale (stimulare intelectuală, altruism, avantaje economice, estetice, prestigiu, realizare, autoritatea, speranța profesională, mediu, relația cu superiorii, independența, modul de viață, varietate şi creativitate). Pentru a măsura motivația de a reuşi am folosit Motivation chestionar Ehler la succes. Eşantionul de cercetare este format din **80 de persoane**: **40 de studenți** şi **40 de elevi** *de liceu. Persoanele implicate în studiu sunt cu vârsta cuprinsă între 17 - 23 de ani. În urma studiului realizat am găsit corelație pozitivă între valorile profesionale şi motivația pentru succes, 9 din 15 valori profesionale au obținut rezultate statistic semnificative la Coeficientul de corelație liniară Pearson. Aceste valori profesionale sunt: independența, stimularea intelectuală, prestigiul, reuşita profesională, conducere, speranța profesională, ambianța fizică, modul de viață şi creativitatea. De asemenea, am obținut o clasificare a valorilor profesionale printre studenți şi elevi de liceu. Ambele au ca valori la modul de viață, speranța profesională, avantaje economice.*

Keywords: professional values, motivation to success, achievement, university students, high school students.

Summary

Nowadays we talk a lot about succes and carrier development. Many scientists try to explain the complexity of this topic and how it can be increased. Therefore we made a research about relation between professional values and motivation to success among adolescents and youngsters.

In our research we applied 2 tests: to determinate professional values we used Super's **Professional Value Inventory** *which show a list of 15 professional values (intellectual stimulation, altruism, economic returns, esthetics, prestige, achievement, authority, professional expectance, surroundings, supervision relation, associates, independence, way of life, variety and creativity) and to measure the mo-*

tivation to succeed we used Ehler's questionnaire Motivation to success. Our sample consists of 80 person: 40 university students and 40 high school students. The ages of the people involved in the study ranged from 17 to 23 years.

We have found the correlation between professional values and motivation to success, 9 of 15 professional values obtain a significant results at Pearson linear correlation coefficient. These professional values are: independence, intellectual stimulation, prestige, achievement, authority, professional expectance, surroundings, way of life and creativity. Also we obtain a classification of professional values among university students and high school students. Both have as a major professional values way of life, economic returns and surroundings.

Schimbările de ordin socio-economic prezente în societatea contemporană cauzează modificări ale sistemului axiologic al indivizilor, inclusiv valorile profesionale. Baza acestora se pune din perioada adolescenţei şi continuă pe parcursul tinereţii, astfel încât tinerii îşi formează propriul sistem de valori care le va ghida activitatea în carieră. Aceste valori apar în urma socializării individului şi a preluării modelelor comportamentale. La sfârşitul studiilor el cunoaşte care sunt interesele cu privire la viitoarea profesie şi încearcă să folosească întreg potenţialul de care dispune. Autul Newman [1, p.2] oferă o definiţie a valorilor profesionale, acestea reprezentând „*principalele convingeri care direcţionează alegerile noastre în ceea ce priveşte activitatea de la locul de muncă*". Astfel, reprezentările pe care le are individul cu privire la activitatea sa conduc spre formarea unui set de valori profesionale ce vor fi responsabile de obţinerea succesului la locul de muncă.

La sfârşitul anilor '30 ai sec. trecut Muray prezintă motivul succesului ca fiind una dintre trebuinţele fundamentale ale unei persoane [5, p.201]. Cercetările lui sunt continuate de către McClelland şi Atkinson, care vor încerca să definească termenul de realizare. Astfel, conform lui McClelland [5, p.189], realizarea presupune „o competiţie ce include criterii de cea mai înaltă calitate". Deci, prin prisma unor standarde se poate evalua succesul sau insuccesul unei activităţi. Heckhausen a definit motivaţia spre succes ca fiind o „*încercare de a creşte sau păstra la un nivel maximal capacităţile individului faţă de toate tipurile de activitate la care pot fi aplicate criteriile de succes şi realizarea căreia poate, deci, duce spre succes sau spre eşec*" [5, p.205]. Individul devine responsabil de succesul sau insuccesul unei activităţi desfăşurate.

La Heckhausen putem observa tendinţa de a relaţiona motivaţia spre succes cu tipul de sarcină şi rezultatul obţinut (succes sau eşec). Aceeaşi idee este prezentă şi în lucrările lui McClelland, Atkinson, Clark, care văd motivul succesului legat de acele scopuri la care poate fi „administrat criteriul de succes" [5, p.17]. Pentru majoritatea indivizilor, motivul succesului este relaţionat cu activitatea desfăşurată sau cu hobbyul pe care îl practică. Dat fiind faptul că toţi oamenii sunt diferiţi, criteriile de măsurare a motivului succesului nu pot fi identice, însă motivul include în sine două porniri: tendinţa spre obţinere a succesului sau tendinţa de evitare a eşecului [Ibidem, p.18-19].

Motivul succesului este prezent în clasificarea lui Murray cu privire la trebuinţele fundamentale [2, p.46; 4.p37] şi în clasificarea valorilor-scop a lui Schwartz [3, p.5-7]. Acest motiv este relaţionat cu activitatea socială a individului şi presupune obţinerea unor performanţe superioare în diferite domenii.

În cadrul cercetării noastre ne-am propus să determinăm relaţia dintre valorile profesionale şi motivaţia spre succes la adolescenţi şi la tineri, dat fiind faptul că originile formării valorilor profesionale şi a motivaţiei spre succes apar în perioada adolescenţei şi continuă pe parcursul tinereţii. Pentru studierea temei respective am cercetat un eşantion compus din 80 de persoane. Dintre ei 40 sunt elevi ai Liceului cu Profil Real din Chişinău, având vârsta cuprinsă între 17-20 ani, iar 40 sunt studenţi de la Universitatea de Stat din Moldova, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, specialitatea Psihologie şi au vârsta cuprinsă între 19-23 ani.

Pentru determinarea relaţiei dintre valorile profesionale şi tipurile de motivaţie am utilizat chestionarul elaborat de către D. E. Super, *Inventarul de valori profesionale*. Chestionarul permite evidenţierea a 15 valori profesionale : altruism, estetică, stimularea intelectuală, reuşita profesională, independenţă, prestigiu, conducere, avantaje economice, speranţa profesională, ambianţa fizică, relaţii cu superiorii, relaţii cu colegii, mod de viaţă, varietate şi creativitate. Pentru a determina nivelul motivaţiei spre succes am folosit chestionarul *Motivaţia spre succes*, elaborat de către T. Ehlers. Acesta evidenţiază 4 nivele ale motivaţiei spre succes : foarte ridicat, ridicat, mediu şi scăzut.

Elevii şi studenţii au prezentat o diferită manifestare a valorilor profesionale. Cele 15 valori profesionale, conform chestionarului lui Super, au fost clasificate de către elevi în următoarea ordine (vezi fig. 1):

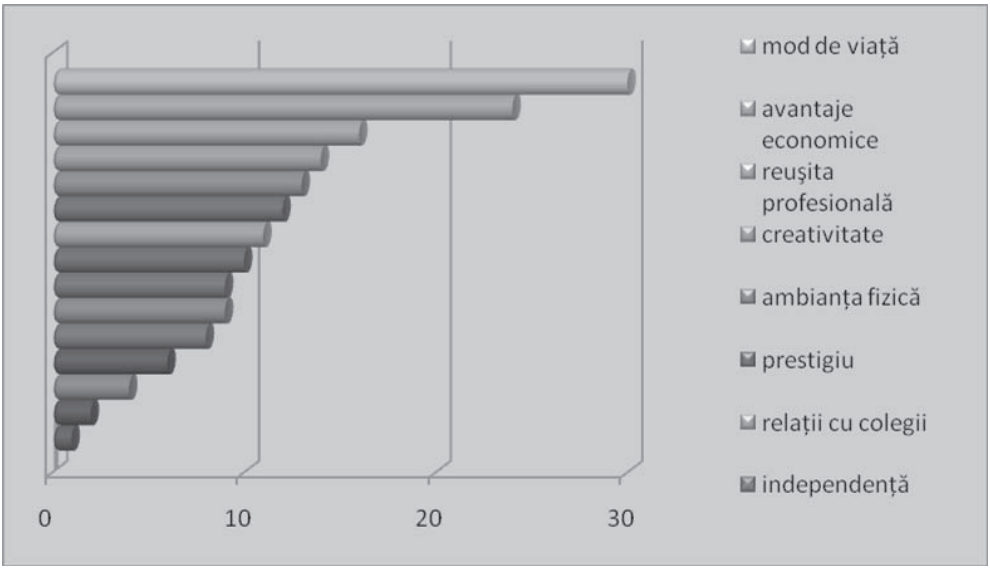


Figura 1. Manifestarea valorilor profesionale la elevi

Putem observa primele 5 valori care au obţinut cotele cele mai ridicate (modul de viaţă, avantajele economice, reuşita profesională, creativitatea şi ambianţa fizică), dar şi valorile la care a fost acordat cel mai mic punctaj : conducere, altruism şi stimulare intelectuală. Concluzionăm că în rândurile elevilor aceste valori nu sunt privite ca fiind semnificative fie din motivul numărului mare de responsabilităţi (în cazul conducerii) sau din lipsa unor tendinţe spre o dezvoltare a propriilor capacităţi (în cazul stimulării intelectuale).

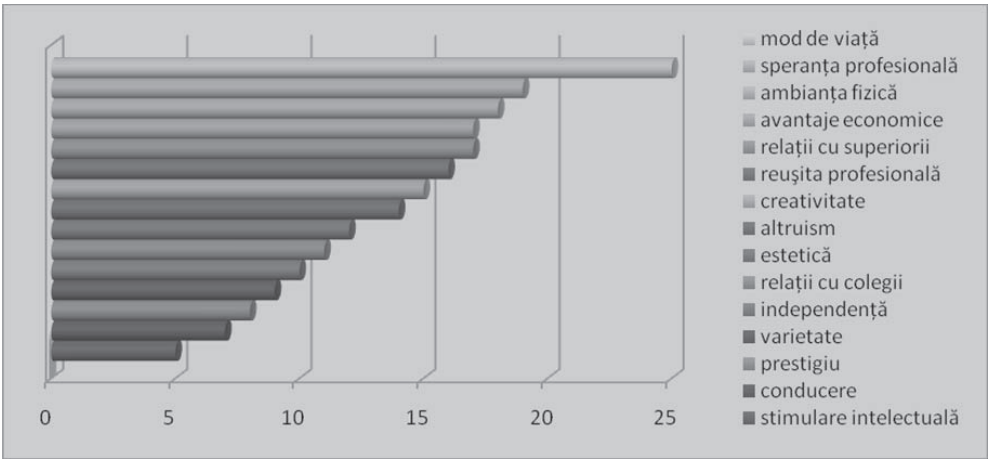


Figura 2. Manifestarea valorilor profesionale la studenţi

La studenţi repartiţia valorilor profesionale a suferit o modificare. Rezultatele obţinute sunt prezentate în figura 2.

Atât în cazul studenţilor cât şi în cel al elevilor, pe primul loc este plasat ca valoare modul de viaţă, ceea ce indică concepţii bine formate despre stilul de activitate pe care doresc să-l desfăşoare. La studenţi, unele valori sunt situate mai jos în ierarhie decât la elevi: relaţii cu colegii, varietatea, conducere, prestigiul profesional. Alte valori au înregistrat rezultate mai ridicate: altruism, relaţiile cu superiorii, ambianţa fizică. Unele valori sunt plasate pe aceleaşi nivele la ambele grupuri de subiecţi: stimularea intelectuală, valorile estetice şi modul de viaţă. La studenţi, valorile profesionale au înregistrat cote mai ridicate decât la elevi, ceea ce indică o dezvoltare mult mai profundă a sistemului axiologic şi o orientare mai clară spre domeniul ales. Studenţii cunosc mai bine cerinţele pieţii de muncă şi îşi formează valorile profesionale în funcţie de domeniul ales şi propriile capacităţi.

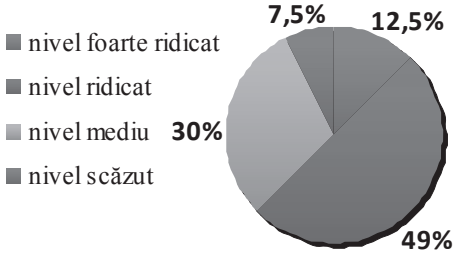


Figura 3. Nivelul motivaţiei spre succes la elevi

În ceea ce priveşte nivelul motivaţiei spre succes am obţinut rezultate care nu diferă semnificativ la ambele grupuri de subiecţi. Cotele obţinute de către elevi sunt inserate în figura 3.

Conform datelor din figura 3, putem observa prezenţa unor valori mari la nivelul ridicat (50%) şi cel mediu (30%) al motivaţiei spre succes. Acest fapt denotă o orientare bine stabilită a scopurilor şi tendinţa de a realiza întreg potenţialul de care dispune persoana. De asemenea, observăm cota de 12,5% pentru nivelul foarte ridicat al motivaţiei spre succes, ceea ce indică prezenţa unui număr mediu de persoane care sunt orientate spre o realizare în cariera dorită şi valorificarea propriului potenţial.

Studenţii au prezentat rezultate cu o diferenţă statistic nesemnificativă în ceea ce priveşte nivelul motivaţiei spre succes. Rezultatele sunt prezentate în figura 4.

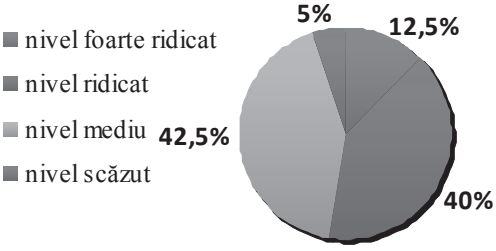


Figura 4. Nivelul motivaţiei spre succes la studenţi

În baza datelor din figura 4 putem constata faptul că la studenţi nivelul ridicat al motivaţiei spre succes este mai mic în comparaţie cu rezultatele obţinute de către elevi. Putem concluziona că studenţii sunt mai puţin motivaţi spre obţinerea unor succese remarcabile în domeniul ales. Studenţii prezintă cote diferite la nivelele ridicat (40%) şi mediu (42,5%) al motivaţiei spre succes, cote ce diferă faţă de rezultatele elevilor. La studenţi, este dominant nivelul mediu al motivaţiei spre succes.

În baza rezultatelor obţinute am încercat să determinăm repartiţia valorilor profesionale la elevi şi la studenţi în funcţie de nivelul motivaţiei spre succes. La elevi, pentru nivelul foarte ridicat al motivaţiei spre succes (12,5%), sunt caracteristice 14 valori profesionale, pe primele poziţii fiind situate modul de viaţă, reuşita profesională, independenţa, prestigiul, speranţa profesională, relaţiile cu colegii şi estetica. Aceşti elevi se orientează spre ascensiunea în carieră, obţinerea independenţei în luarea deciziilor, prestigiul viitoarei activităţi şi speranţa profesională a locului de muncă. Liceenii pun un mai mare accent pe ceea ce ţine de calităţile profesiei, şi mai puţin pe relaţiile din câmpul muncii. Astfel, pe ultimul loc este plasat altruismul, ceea ce indică orientarea spre lucru, nu şi spre ajutorul acordat altora.

Cei care manifestă un nivel ridicat al motivaţiei spre succes au indicat o ierarhie ce conţine mai puţine valori: mod de viaţă, avantaje economice, ambianţa fizică, reuşita profesională, estetica, prestigiul, etc. Elevii vor obţinerea câştigurilor materiale şi realizarea activităţii într-un mediu confortabil, toate acestea fiind în corelaţie cu ideile pe care le au cu privire la profesie. De asemenea, se pune accent pe partea estetică şi cea de avansare în carieră, ambele fiind necesare pentru realizarea activităţii. Relaţiile cu superiorii sunt plasate pe unul dintre ultimele locuri, fapt corelat cu ierarhia celor care manifestă un nivel foarte ridicat al motivaţiei spre succes.

Cei care au un nivel mediu al motivaţiei spre succes au pledat pentru următoarele valori profesionale: mod de viaţă, avantaje economice, relaţii cu colegii, creativitatea, ambianţa fizică, relaţiile cu superiorii, etc. Aceşti elevi sunt orientaţi spre obţinerea câştigurilor materiale şi menţinerea unui mod de viaţă în conformitate cu aşteptările proprii. Drept o nouă valoare în acest şir menţionăm relaţiile cu colegii, ceea ce indică deschidere spre menţinerea contactelor cu persoanele din anturajul profesional. Un mare accent este pus şi pe creativitate în realizarea sarcinilor, dar şi pe activarea într-un mediu agreabil.

Pentru cei care manifestă un nivel scăzut al motivaţiei spre succes sunt specifice mai puţine valori profesionale. Acestea sunt doar 3: modul de viaţă, avantajele economice şi creativitatea. Elevii sunt interesaţi de obţinerea unui post de muncă ce va fi unul avantajos din punct de vedere economic, dar în cadrul căruia te poţi implica şi în activităţi de ordin creativ.

Repartiţia valorilor profesionale, la studenţi, în funcţie de nivelul motivaţiei spre succes, a suferit anumite modificări. Pentru un nivel foarte ridicat al motivaţiei spre succes au fost obţinute următoarele valori profesionale: mod de viaţă, reuşita profesională, estetica, conducerea, independenţa, creativitatea, relaţiile cu superiorii, etc. Putem concluziona că pentru a fi orientat spre obţinerea unor rezultate remarcabile, este necesar de a avea un post care corespunde aşteptărilor şi oferă o creştere profesională, permite implementarea capacităţii de conducere şi a independenţei în decizii, dar şi o exprimare a propriilor concepţii.

În cadrul nivelului ridicat al motivaţiei, studenţii demonstrează un alt set de valori profesionale: mod de viaţă, ambianţa fizică, avantajele economice, reuşita profesională, creativitatea, prestigiul, speranţa profesională, etc. Acest nivel al motivaţiei spre succes l-au indicat 40% din cei chestionaţi, ceea ce denotă o predispunere mult mai vizibilă spre realizarea propriilor scopuri folosind capacităţile de care dispune individul. Persoanele cu acest nivel al motivaţiei sunt orientate spre realizarea activităţii într-un mediu sigur şi agreabil şi obţinerea unor câştiguri de ordin economic din activitatea prestată.

Studenţii care manifestă un nivel mediu al motivaţiei spre succes sunt în proporţie de 42,5%, iar principalele valori profesionale indicate de ei sunt: modul de viaţă, speranţa profesională, relaţiile cu superiorii, altruismul, avantajele economice, ambianţa fizică, etc. Şi ei tind spre obţinerea unei profesii ce va fi în concordanţă cu propriile concepţii cu privire la aceasta, un loc de muncă sigur şi stabil din punct de vedere profesional. Relaţiile cu superiorii ei le plasează pe o poziţie mai înaltă în comparaţie cu ceilalţi respondenţi, ceea ce indică prezenţa unui conformism faţă de normele impuse de către autorităţi. La acest nivel al motivaţiei este prezent, ca valoare profesională, altruismul, ceea ce reprezintă o deschidere spre satisfacerea rugăminţilor ce vin din exterior şi, drept urmare, menţinerea unor relaţii amicale cu colegii de birou.

Pentru cei care au prezentat un nivel scăzut, de 5%, al motivaţiei spre succes, sunt caracteristice cel mai mic număr de valori: estetica, reuşita profesională, independenţa, avantajele economice şi relaţiile cu colegii. În cadrul

acestei grupe pentru prima dată apar ca valori profesionale estetismul şi relaţiile cu colegii. Indivizii cu un nivel scăzut al motivaţiei spre succes pun accent pe componenta estetică a muncii şi mai apoi pe obţinerea unei poziţii în domeniul ales.

Pentru a determina relaţia dintre valorile profesionale şi nivelul motivaţiei la elevi şi studenţi am folosit coeficientul de corelaţie liniară Pearson, pentru un $p < 0,005$. Astfel am obţinut o listă formată din 9 valori profesionale: independenţa, stimularea intelectuală, prestigiul, reuşita profesională, conducere, speranţa profesională, ambianţa fizică, modul de viaţă şi creativitatea. Aceste valori profesionale au prezentat rezultate statictic semnificative, ceea ce demonstrează că ele sunt relaţionate direct cu motivaţia spre succes.

Concluzii şi recomandări

În perioada contemporană un accent tot mai mare se pune pe succes şi motivaţia individului de a obţine acest succes. Motivaţia spre succes este relaţionată cu percepţiile şi valorile pe care le posedă persoana, pe modul ei de implicare în activitatea desfăşurată. Prin intermediul sistemului axiologic noi ne dezvoltăm moral şi spiritual, stabilim relaţii productive cu cei din jur. Studiul relaţiei dintre valorile profesionale şi nivelul motivaţiei spre succes este util în domeniul educaţional pentru dezvoltarea viitorilor specialişti în domeniu. Pentru organizaţii este necesar de a cunoaşte care sunt valorile profesionale ale angajaţilor. Studiul acestora permite înţelegerea şi prognozarea comportamentului în diferite situaţii. Spre exemplu, persoanele care pun accent pe relaţiile interumane pot părăsi organizaţia dacă colegii lor pleacă. Alţii necesită implicarea creativităţii şi detestă rutina. Dacă fiecare angajat va fi valorizat iar potenţialul său va fi într-o continuă dezvoltare, acest fapt va fi unul benefic pentru companie, salariat şi procesul economic în general.

Considerăm că rezultatele obţinute în cadrul acestui studiu deschid noi posibilităţi pentru alte lucrări în domeniu: studiul valorilor profesionale la alte specialităţi sau licee (am analizat doar LRPR), nivelul motivaţiei spre succes la diferite cursuri (anii 1-3), studii longitudinale despre schimbările ce pot apărea în structura motivaţională a subiecţilor.

Bibliografie:

1. Agbayani J.,Benson M., Wilson K. – Professional Values and Ethics http://ru.scribd.com/doc/98051641/Professional-Values-and-Ethics-FINAL.

2. An overview of the Schwartz theory of basic values, Schwartz S. 2012, ISBN 978-0-9845627-0-1.

3. McClelland D. C., *Human motivation,* p. 609, 1984, ISBN 0 521 36951 7 http://books.google.md/books?id=vic4AAAAIAAJ&printsec=frontcover&dq=david+mcclelland&hl=en&sa=X&ei=xRqjUfr9NIeXO_vLgIgN&redir_esc=y.

4. Общая психология. Психология мотивации и эмоции : учебно - методический комплекс для специальности 030301.65 Психология / Зоткин Н. В., Серебрякова М. Е., - Самара : Изд-во “Универс групп”, 2007, 196 с.

5. Хекхаузен, Х. (2003) *Мотивация и деятельность*, 2-е Изд. – СПб.: Питер; М.: Смысл, – 860 с: илю – (Серия “Мастера психологи

PSIHOLOGIE SPECIALĂ

FORMAREA ÎNCREDERII ÎN SINE LA PERSOANELE CU DEFICIENȚE LOCOMOTORII – PREMISĂ DE DEZVOLTARE ARMONIOASĂ A PERSONALITĂȚII

FORMATION OF SELF-CONFIDENCE THE PEOPLE WITH LOCOMOTOR DISABILITIES - A PREREQUISITE FOR THE HARMONIOUS DEVELOPMENT OF PERSONALITY

Angela CUCER

Termeni-cheie: asistenţă psihologică, încredere în sine, tineri cu deficienţe locomotorii.

Rezumat

Articolul conţine unele sugestii referitor la specificul dezvoltării încrederii în sine la tinerii cu deficienţe locomotorii. Autorul promovează ideea necesităţii asigurării intervenţiei psihologice pentru tinerii cu tulburări locomotorii pentru a le dezvolta încrederea în sine, încrederea în forţele sale, fapt ce i-ar ajuta să se integreze mai uşor în mediul social.

Keywords: psychological, confident, young people with, mobility impairments.

Summary

Article reveals some specific suggestions on the development of self-confidence in young people with mobility impairments. The author promotes the necessity of ensuring psychological intervention for young people with mobility disorders to develop in them self-confidence in his esteem, which again helps to integrate more easily into the social environment.

Încrederea în sine se bazează pe conştientizarea propriilor cunoştinţe şi competenţe într-un anumit domeniu, pe rezultatele pozitive obţinute anterior şi este întreţinută prin abordarea treptată a altor experienţe în scopul de a fixa şi transfera competenţele, precum şi pentru a descoperi alte competenţe de care nu eram conştienţi.

Încrederea în sine este o activitate mentală complexă, ce constă din surprinderea esenţei şi legităţii unor fenomene, pe baza integrării de noi informaţii, în sistemul celor dobândite anterior. Încrederea se poate realiza direct şi rapid în situaţii simple sau în legătură cu cele pentru care s-au făcut anterior multe încercări, încrederea este inclusă în intuiţie şi este însoţită adesea de exclamaţia „Aha!” sau „Evrika!”, din care motiv se mai numeşte şi fenomenul Evrika sau fenomenul Aha. În unele cazuri, încrederea este discursivă, străbate diferite faze şi conduce

treptat la descifrarea esenţei condiţionate de particularităţile domeniului în care se desfăşoară; se vorbeşte astfel de încredere tehnică, artistică, literară etc. – dar şi de încredere fragmentară, totală, greoaie, facilă etc. [4].

Oricare ar fi relaţia anterioară intrării în procesul de „încredinţare", între subiect şi obiect, pe parcursul acestuia se va transforma într-o relaţie de încredere. În încredere, relaţia fondatoare supradetermină orice altă relaţie anterioară: „Relaţia de încredere se construieşte pe parcursul interacţiunii şi este, în general, o situaţie a cauzalităţii circulare" (V. S. Dîncu, 1999).

Făcând comparaţie între persoanele care au încredere în sine şi cele care nu o au, putem scoate în evidenţă următoarele: persoanele *care au încredere în sine: f*ac ceea ce ele cred că este bine, fară să le intereseze prea mult părerea celorlalţi; îşi asumă riscuri şi depun efort ca să îşi atingă scopurile; îşi recunosc greşelile, învaţă din ele şi trec mai departe; nu se laudă singure şi nu aşteaptă laude de la ceilalţi; acceptă complimentele şi îşi asumă "efortul" depus. Persoanele *care nu au încredere în sine:* îşi schimbă comportamentul des în funcţie de ce cred ceilalţi despre ele; ramân în zona de confort, se tem de eşec şi evită riscurile; muncesc din greu ca să îşi ascundă greşelile de ceilalţi sperând că pot să rezolve problema înainte ca cineva să observe; se afişează mereu cu ceea ce au făcut la cât mai mulţi oameni cu putinţă; refuză complimentele etc.

O încredere în sine crescută favorizează dezvoltarea potenţialului uman. Când încrederea în sine este mărită, individul nu încetează să creadă că merită să reuşească şi nu precupeţeşte nici un efort înspre atingerea scopului său. Este vorba, în fond, despre o atitudine care atrage succesul, care confirmă încrederea. Când încrederea în sine este scăzută, persoana riscă să-şi abandoneze proiectele din cauza lipsei de tenacitate, fiindcă ea nu posedă suficientă forţă pentru a atinge reuşita. Iar lipsa de perseverenţă este adesea responsabilă de eşecuri şi duce la lipsă de încredere. O astfel de persoană se mulţumeşte cu puţin, nu se străduieşte, nu-şi face planuri: trăieşte „de azi, pe mâine". Din cele expuse constatăm că lipsa de încredere în sine poate provoca frică de eşec, negativism, contribuie la distrugerea din interior a persoanei, nu-i permite să-şi asume anumite riscuri.

Încrederea în sine se dezvoltă în orice perioadă a vieţii, ea este asociată cu o relaţie de ataşament şi se construieşte acumulând experienţe agreabile în cursul cărora se face dovada unor calităţi, talente şi capacităţi relaţionale. Dar în diferite perioade ale vieţii încrederea în sine se manifestă diferit. Spre exemplu, perioada tinereţii este considerată o perioadă dificilă, deoarece tânărul trebuie să-şi definească propria identitate de sine şi să-şi consolideze acest sentiment, pentru a se putea bucura de el. În această situaţie tânărul trebuie să se cunoască, să-şi cunoască calităţile, forţele, dificultăţile, defectele şi vulnerabilităţile, înainte de a se respecta, pentru a ajunge să cântărească cu grijă ceea ce descoperă în interiorul său.

Stima de sine se consolidează pe un sentiment bun al identităţii personale. Tânărul pe baza achiziţiilor deja realizate, sub influenţa exercitată de factorii mediului ambiant şi datorită propriei activităţi, ajunge treptat să-şi cunoască viaţa sspirituală, să se descifreze pe sine ca om şi ca membru al societăţii. Acest salt în planul vieţii psihice are efecte de-

osebite asupra echilibrului psihic şi social al tânărului. Înţelegându-se pe sine ca o fiinţă, el reuşeşte să se diferenţieze de cei din jur, să-şi stabilească în mod clar locul său în mijlocul oamenilor printre care trăieşte şi să-şi prefigureze un nou loc, în viitor, printre aceştia.

Formarea încrederii în sine la tinerii cu deficienţe fizice în mare măsură depinde de gradul deficienţei, de felul cum reacţionează persoana la deficienţa sa. Deficienţele fizice ca atare sunt definite ca abateri de la normalitate, în forma şi funcţiile fizice ale organismului, care tulbură creşterea normală şi dezvoltarea armonioasă a corpului, modifică aspectul exterior, reduc aptitudinile şi puterea de adaptare la efortul fizic şi diminuează capacitatea de muncă productivă a individului [1, p. 118].

Categoria deficienţelor fizice/locomotorii include o gama foarte diversă de afecţiuni morfologice şi funcţionale, multe dintre ele fiind efecte ale unor maladii ereditare ce conduc la malformaţii congenitale, respective consecinţe de tip sechelar ale unor boli, traumatisme, expuneri la factori teratogeni (chimici, radioactivi etc.) în perioada fetală. Prin urmare, acestea se constituie ca invalidităţi corporale ce slăbesc puterea şi mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp ori numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă *cuprinde atât infirmii cu probleme locomotorii* (tulburări de mişcare, ce au o proveniență centrală sau periferică) , cât şi pe cei care suferă de unele boli permanente (boli respiratorii, cardiopatii, diabet etc.) ce influenţează negativ capacitatea fizică". [2, p. 105]. La tinerii cu deficienţe fizice, imaginea de sine este impregnată de elemente de specificitate, ce derivă atât din caracteristicile handicapante ale deficienţelor primare, cât şi din conflictul psihologic cu lumea.

Ţinând cont de cele expuse, ne-am propus să determinăm nivelul de dezvoltare al încrederii în sine la tinerii cu deficienţe locomotorii în comparaţie cu tinerii cu o dezvoltare psihofizică normală. În cercetarea noastră au participat 20 subiecţi, cu vârsta cuprinsă între 20 şi 31 de ani: 10 subiecţi beneficiari ai Centrului Comunitar pentru Copii şi Tineri cu deficienţe fizice (CCCT) din municipiul Chişinău şi 10 subiecţi de aceeaşi vârstă cu dezvoltare psihofizică normală. Obiectivele preconizate vizau: determinarea nivelului încrederii în forţele proprii, de adaptare la situaţiile de viaţă; determinarea abilităţii de a avea curaj în plan social şi capacitatea de a întreţine relaţii interpersonale; determinarea autoaprecierii subiectului şi a atitudinii acestuia faţă de sine. În cadrul cercetării au fost aplicate următoarele metode de cercetare: testul "Sigur pe forţele proprii" (Ştefan Illi);Tehnica de studiere a încrederii în forţele proprii (Romek V. G.); testul "Animalul inexistent".

Datele obţinute la determinarea nivelului încrederii în forţele proprii, de adaptare la situaţiile de viaţă la tinerii atât cu deficienţe locomotorii cât şi cu o dezvoltare normală ne demonstrează că subiecţii cu deficienţă locomotorie, din punctajul maxim de 25 de puncte, au obţinut între 6–19 puncte, pe când cei cu o dezvoltare normală au obţinut între 12–22 puncte. Diferenţa dintre punctajul maxim şi cel obţinut la subiecţii cu deficienţe locomotorii este de 13,4 puncte, dar la subiecţii cu o dezvoltare normală deferenţa este mult mai mică, fiind de 7,7 puncte (figura 1).

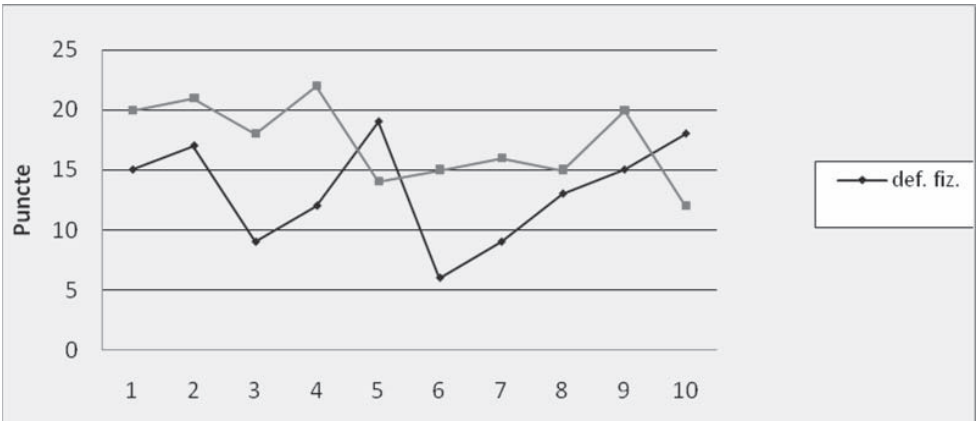


Figura 1. *Reuşita subiecţilor la testul: Sigur pe forțele proprii.*

Pentru a evidenția mai bine decalajul dintre rezultatele obţinute de către subiecţii cu deficiente locomotorii şi cei cu o dezvoltare normală punctajul înregistrat a fost atribuit la trei nivele: înalt, mediu, scăzut.

În figura 2 observăm că 10% din subiecţii cercetaţi cu deficiente locomotorii şi 40 % dintre cei cu dezvoltarea normală au un nivel înalt de încredere în sine, sunt persoane care îşi rezolvă problemele, sunt încrezuţi în forţele proprii. Le place să cunoască şi să învețe lucruri noi, sunt deschişi şi receptivi la nou, pot depăşi relativ uşor dificultăţile.

O mare parte din subiecţii cercetaţi (60%), atât acei cu deficiente, cât şi cei cu o dezvoltare normală au un nivel mediu de încredere în sine. Aceştia au posibilităţi de a face faţă problemelor vieţii, deşi nu întotdeauna preferă o confruntare directă şi ofensivă cu acestea, ei resimt viaţa ca pe o luptă. Un nivel scăzut de încredere în sine au manifestat doar subiecţii cu deficiente motorii (30%), ei întâmpinând dificultăţi în primul rând datorate nesiguranţei şi lipsei de încredere în propriile forţe (vezi fig. 2). Deci, în baza rezultatelor obţinute, observăm că 30% subiecţi cu deficiente locomotorii au demonstrat un nivel scăzut al încrederii în sine, în comparaţie cu persoanele cu o dezvoltare normală (0%), ceea ce ne vorbeşte despre dificultăţi de adaptare socială a celor cu deficiente.

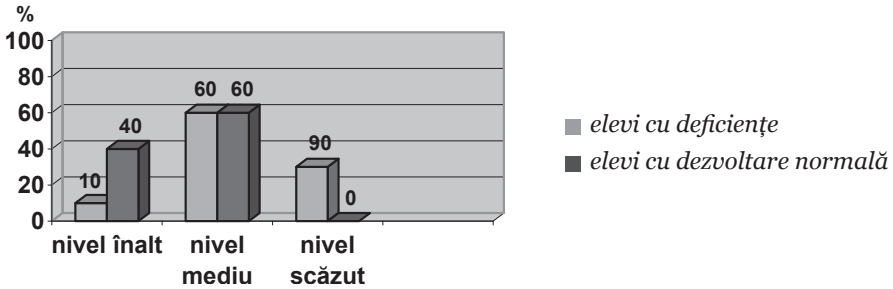


Figura 2. Rezultatele la testul: Sigur pe forțele proprii.

Studierea nivelului încrederii în forţele proprii, a abilităţii de a avea curaj în plan social şi a capacităţii de a întreţine relaţii interpersonale ne-a permis să constatăm că pentru scala încrederii în sine (ÎS) subiecţii au obţinut între 16 şi 25 de puncte şi între 12 şi 26 de puncte s-au acumulat la scala curajului social (CS), la scala iniţierea contactelor sociale (ICS) subiecţii cercetaţi au obţinut între 12 şi 22 de puncte. Punctajul maxim acordat pentru fiecare scală este de 30 de puncte.

Diferenţa dintre punctajul maxim şi punctajul acumulat de către subiecţii cercetaţi este de 8,6 puncte pentru ÎS, 9,2 puncte pentru CS şi 11,6 puncte – ICS. Observăm că cel mai mare decalaj s-a obţinut la scala ICS, deci subiecţii cu deficienţe locomotorii întâlnesc dificultăţi pronunţate la interrelaţionarea cu cei din jur, ei au tendinţa de a se izola, de a se retrage.

Rezultatele cercetării ne indică că 30% din subiecţii cu o dezvoltare normală au demonstrat un nivel înalt al încrederii în sine. Spre regret, printre subiecţii cu deficienţe locomotorii nici unul nu a demonstrat un nivel înalt al încrederii în sine. Un nivel mediu s-a înregistrat atât la subiecţii cu deficienţe motorii (70%), cât şi la cei cu o dezvoltare normală (70%). Nivelul scăzut al încrederii în sine a fost identificat în exclusivitate la tinerii cu deficienţe locomotorii (30%).

Conform datelor obţinute, 10% dintre subiecţii cu deficienţe locomotorii şi 20% dintre cei cu o dezvoltare psihofizică normală au un nivel înalt al curajului social (CS). Majoritatea persoanelor cu o dezvoltare normală (80%), precum şi o bună parte dintre cei cu deficienţe locomotorii (50%) au un nivel mediu al curajului social. Un număr semnificativ de subiecţi cu deficienţe (40%) au înregistrat un nivel scăzut al CS. Cât priveşte capacitatea de a iniţia contacte sociale, 30% din persoanele cu o dezvoltare normală au obţinut un nivel înalt. Atât subiecţii cu o dezvoltare normală (70%) cât şi cei cu deficienţe locomotorii (60%) au înregistrat un nivel mediu al ICS. Nivel scăzut s-a înregistrat doar la subiecţii cu deficienţă fizică (40%).

Rezultatele obţinute de către subiecţii cu deficienţe locomotorii în urma aplicării Tehnicii de studiere a încrederii în sine (Romek V. G.) ne permit să remarcăm prezenţa dificultăţilor în comunicarea şi întreţinerea unor contacte sociale la subiecţii cu deficienţe locomotorii în comparaţie cu cei cu o dezvoltare psihofizică normală. Studierea unor aspecte ale personalităţii tinerilor cu deficienţe locomotorii (autoaprecierea subiectului, atitudinea acestuia faţă de sine) ne-a permis să constatăm că 90% din subiecţii cu o dezvoltare normală şi 50% subiecţi cu deficienţe locomotorii se autoapreciază adecvat. Diferenţa se remarcă şi prin faptul că 30% dintre subiecţii cu deficienţe locomotorii se supraapreciază, sunt nemulţumiţi de poziţia/locul lor în societate, de atenţia insuficientă a celor din jur, au o dorinţă exagerată pentru promovare şi recunoaştere, ceea ce nu s-a observat la persoanele cu dezvoltare normală. Ceilalţi subiecţi (20%) cu deficienţe fizice şi 10% cu dezvoltare normală) au demonstrat neîncredere în sine, se subapreciază, sunt nehotărâţi, neinteresaţi de poziţia lor în societate, nu tind spre autoafirmare.

Manierele demonstrative de comportament, interesul de a uimi pe cei din jur prin frumuseţea exterioară şi

prin modul de a se îmbrăca este prezent în 40% cazuri în egală măsură la ambele categorii de subiecţi. Toţi subiecţii (100%) cu o dezvoltare normală şi 70% din cei cu deficienţe locomotorii au demonstrat o gândire raţională, sunt apţi de a lua decizii, de a trage concluzii, de a formula idei, gânduri, de a înţelege informaţia, ceilalţi 30% au o gândire slab dezvoltată, sunt infantili, impulsivi în luarea deciziilor. Majoritatea subiecţilor (80%) cu dezvoltare normală şi 30% subiecţi cu deficienţe locomotorii sunt persoane energice, încrezute în sine, dornice de a participa la cât mai multe activităţi împreună cu cei din jur, să-şi câştige "locul lor sub soare", pasionaţi de propriile activităţi, curajoşi în a lua decizii. Lucrările subiecţilor ne demonstrează că 60% din subiecţii cu deficienţe locomotorii şi 10% din cei cu o dezvoltare normală au o atitudine negativă faţă de propriile acţiuni, comportamente, gânduri, decizii.

Vom menţiona că majoritatea (80%) din tinerii cu dezvoltare normală şi doar 30% din cei cu deficienţe locomotorii sunt persoane energice. La 20% subiecţi cu deficienţe locomotorii s-a observat astenie, prezenţa unor boli somatice cronice, iar la 20% – anxietate. În egală măsură, la 30% subiecţi din ambele categorii, este prezent infantilismul, emoţiile superficiale. Este important să remarcăm că la 10% din subiecţii cu deficienţe locomotorii s-a observat tendinţa de izolare, de închidere în sine, nedorinţa de a fi supus unei testări. Reieşind din cele expuse, putem afirma că subiecţii cu deficienţe locomotorii au o autoapreciere neadecvată în comparaţie cu persoanele cu o dezvoltare normală. La unii se manifestă probleme de anxietate, n-au încredere în forţele proprii, alţii sunt nemulţumiţi de poziţia pe care o ocupă în societate.

Aceste rezultate ne demonstrează necesitatea implicării tinerilor cu deficienţe locomotorii în cadrul unor activităţi psihocorecţionale, care au drept scop explorarea propriei persoane, autocunoaşterea, autoeducarea, formarea încrederii în sine, modelarea unor aspecte ale personalităţii acestora. Dezvoltarea încrederii în sine la tinerii cu tulburări motorii va contribui la sporirea şanselor spre succes ale acestora. Doza optimă de încredere îi va ajuta să se perceapă pozitiv, să fie mai atrăgători pentru cei din jur, să aibă plăcere din ceea ce fac, să obţină noi realizări. Pentru aceasta este nevoie de un ansamblu de măsuri care să le garanteze confortul fizic şi psihologic.

Este cunoscut faptul că fiecare persoană dispune de un potenţial recuperator, care este influenţat de găsirea resurselor necesare unei automobilizări. Reieşind din acesta, deficientul motor trebuie instruit să-şi folosească mecanismele compensatorii şi să-şi dezvolte propriile forţe disponibile. Pentru a avea succes în activitatea cu aceste persoane este nevoie de atitudinea înţelegătoare a celor din jur, inclusiv a familiei, astfel încât să atingă un nivel de dezvoltare cât mai ridicat posibil, să-şi accepte handicapul şi să-şi dobândească acele capacităţi ce sunt necesare pentru a surmonta obstacolele cărora trebuie să le facă faţă. Este necesar de a valorifica la maximum obiceiurile şi structurile familiei şi chiar ale comunităţii, provocându-le abilităţile necesare ale acestora, de a răspunde nevoilor persoanei cu tulburări locomotorii. Important este ca recuperarea, sprijinită de serviciile comunităţii, să se deruleze

în mediul firesc, în cadrul structurilor existente, apelând la instituţii specializate numai în măsura în care este necesară educaţia specială.

Terapia de tip psihologic folosită în recuperarea tinerilor cu deficienţe locomotorii trebuie să lucreze în direcţia acceptării deficienţei fizice, a recâştigării încrederii în sine, a diminuării anxietăţii, frustrării, a valorizării pozitive a personalităţii acestora. Datorită fenomenului empatic ce se manifestă la toate categoriile de deficienţi, se învaţă relaţionarea socială cu cei din jur, ceea ce contribuie la identificarea psihologică cu modelul. Astfel, ”Ego” realizează o transpoziţie şi referinţă în raport cu ”Alter” ajungând la elaborarea de conduite cât mai variate, implicând decentrarea Eului, empatia devine modalitate pentru stabilirea relaţiilor interpersonale şi crearea unui climat afectiv în colectivitate. Orice om învaţă de la alţii, iar deficientul devine în multe cazuri dependent de ceea ce vine în contact cu altul. În funcţie de modul în care reuşim să-l cointeresăm şi să-i creăm o motivaţie corespunzătoare, realizăm relaţii de armonie în grup, iar atunci când este dezinteresat şi participarea este coercitivă, interacţiunea grupală este dizarmonică şi finalizarea unor comportamente pozitive devine aleatoare. Atât învăţarea, cât şi activismul subiectului trebuie stimulate printr-o serie de întăritori, aplicaţi cu consecvenţă, pe bază de laudă, încurajare, recompensă, îndemn, formarea conştiinţei sentimentului datoriei, admonestrare, sancţionare verbală şi materială, penalizarea prin notă, etc. [6]

Încrederea în sine îi oferă tânărului cu deficienţe locomotorii libertatea de a face greşeli şi de a trece peste eşecuri fără a se simţi lipsit de valoare. Doar având încredere în propria persoană putem caştiga încrederea altora. Este important ca tânărul cu deficienţe locomotorii, dezvoltându-şi încrederea în sine, să se sprijine pe cei şase piloni ai încrederii în sine, propuşi de **Nathaniel Branden**, psiholog, professor, doctor, speaker, psihoterapeut şi specialist în dezvoltarea personalităţii. [2]:

- Trăieşte consistent.
- Autoacceptarea.
- Autoresponsabilitatea.
- Autoafirmarea.
- Trăieşte cu scop.
- Integritatea personală.

Totodată, în cadrul recuperării este de dorit să se apeleze şi la exerciţii de gimnastică, fizioterapie, kinetoterapie, reflexoterapie, acupunctură, terapie ocupaţională, etc.

Bibliografie:

1. Avramecu, Monica Delicia, (2007). *Defectologie şi logopedie*. Ed. Fundaţiei România de Mâine, Bucureşti 295 p.

2. Branden, Nathaniel, (2008). *The Six Pillars of Self-Esteem*. (*Cei sase stâlpi ai încrederii in sine)*. ed: Ana Maria Stânca, AMSTA Publishing, Bucureşti,

3. Savca Lucia, Vîrlan Maria, (2008). *Psihoteste,* vol II, Ed. Univers Pedagogic, Chişinău, 168p.

4. Şchiopu U., (1997). *Dicţionar de psihologie*. Ed. Babel, Bucureşti, 740 p.

5. Verza E., (1998). *Psihopedagogie specială*, manual pentru clasa a XIII-a, Ed. Didactica şi pedagogica, Bucureşti, 148 p.

6. http://psihoconsultanta.wordpress.com/discipline/defectologie-si-logopedie/

PSIHOLOGIE CLINICĂ

ИНТРОСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД В СИСТЕМЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КЛИНИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

INTROSPECTIVE METHODS IN CORRECTIVE TREATMENT IN CLINIC NEUROTIC DISORDERS

Росина Петровна ШЕВЧЕНКО

Termeni - cheie: introspecţie, nevroză, abateri psihosomatice, inadaptare psihosocială, corecţie psihologică.

Rezumat

Lucrarea prezintă posibilitatea de a utiliza metoda introspectivă în tratamentul tulburărilor nevrotice în clinic. Sunt prezentate rezultatele în urma utilizării acestei metode în clinică.

Ключевые слова: интроспекция, невроз, психосоматическое отклонение, психосоциальная дезадаптация, психокоррекция.

Резюме

В статье представлены возможности использования интроспективного метода в клинике невротических расстройств, результаты его использования в клинике.

Keywords: introspection, neurosis, psychosomatic deviation, psychosocial maladjustment, psychological correction.

Summary

The paper presents the possibility of using the introspective method in the clinic neurotic disorders, the results of its use in the designated clinic.

Актуальность темы. Интроспективный метод, согласно данным ряда авторов [3, 5, 6] состоит в самонаблюдении, психологическом анализе собственно субъектом событий собственной жизни, факторов, ставших причиной сложившейся жизненной ситуации. Одной из особенностей использования интроспективного метода является требование анализа собственных психических процессов без использования каких-либо стереотипов, общепринятых эталонов, когда сам субъект, опираясь на собственную систему жизненных ценностей, эталонов.

Согласно Дж. Локку [6, 12], есть два источника знаний: объекты внешнего мира и деятельность собственного ума. На первые направляются внешние чувства и в результате получаются впечатления (идеи) о вне-

шних вещах. Вторые, к ним автор отнес мышление, эмоциональные процессы: сомнение, вера, а так же рассуждения, познание и желания познается особым внутренним чувством — рефлексией.

Психическая деятельность, таким образом, может рассматриваться с нескольких позиций. С одной стороны – это собственное восприятие происходящего с субъектом, возникающие в этой связи мысли и желания, реализуемые и не имеющие возможности или необходимости воплощения в реальной действительности. С другой, анализ всей собственной душевной деятельности, созерцание и оценка своих мыслей, чувств, совершенных и отложенных по каким-либо причинам жизненных выборов.

Следуя логичному выводу о том, что действительная причинность поведения субъекта, совершенных им выборов в пользу тех или иных жизненных возможностей открыты лишь индивиду, интроспективный метод представляется как единственно верный, когда непосредственно сознание, породившее сложившуюся картину мира, дает оценку произошедшим событиям, а так же находит возможные и приемлемые для индивида пути выхода из сложившихся обстоятельств.

Учитывая тот факт, что самооценка, самосознание индивида – важные факторы механизма формирования психосоматических взаимосвязей в развитии невротических расстройств, изучение интроспективного метода как вспомогательного в работе с больными обозначенной клинической группы представляется важным, нуждается в изучении как в теоретическом аспекте, так и в клинической практике.

Цель исследования. Исследования авторов [7, 13] показывают, что отношение больного к факту наличия у него соматического отклонения играет важную роль в общей картине протекания болезни. В связи с этим интроспективный метод получает особые возможности в психокоррекционных процессах. Разъяснение больному невротическими расстройствами причин, возможностей излечения вспомогательными психологическими средствами является важным компонентом общего хода лечения. Изучение вопроса о возможностях использования интроспективного метода как составляющей в системе коррекционной помощи в клинике невротических расстройств является целью данной работы.

Для достижения поставленной цели необходима реализация следующих **задач**. Во-первых, необходимо определить медико-психологическую категорию больных для коррекционной работы при помощи интроспективного метода. Во-вторых, определить методы контроля эффективности работы интроспективного метода с больными обозначенной клинической группы.

Результаты исследования. Для определения места использования интроспективного метода в общей системе коррекционной помощи в клинике невротических расстройств необходимо предварительное изучение анамнеза больного, а так же его общего соматического состояния.

Для определения уровня информационного наполнения интроспективного метода был изучен уровень образования больного, позволяющий воспринимать информацию на достаточном научном уровне. В случае необходимости мы упрощали заготовленную информацию до объемов, которые были понятны больному. В доступной для больных форме мы разъясняли понятие психофизиологической связи. Рассказывали о том, что в организме человека существуют особые психофизиологические связи, благодаря которым явления, происходящие на психологическом уровне, в ряде случаев отражаются на соматическом компоненте: самочувствии, состоянии здоровья и т.д. Мы разъясняли больным, что негативные психологические переживания систематически повторяющиеся приобретают для человека статус стрессора - фактора играющего роль пускового механизма в процессе формирования, развития и рецидивов соматического отклонения.

Мы доводили до сведения больных информацию о том, что анализируемая информация событий собственной жизни должна быть лишена оценочных терминов «хорошо - плохо». Анализу подлежат лишь ощущения, связанные с переживаемыми событиями.

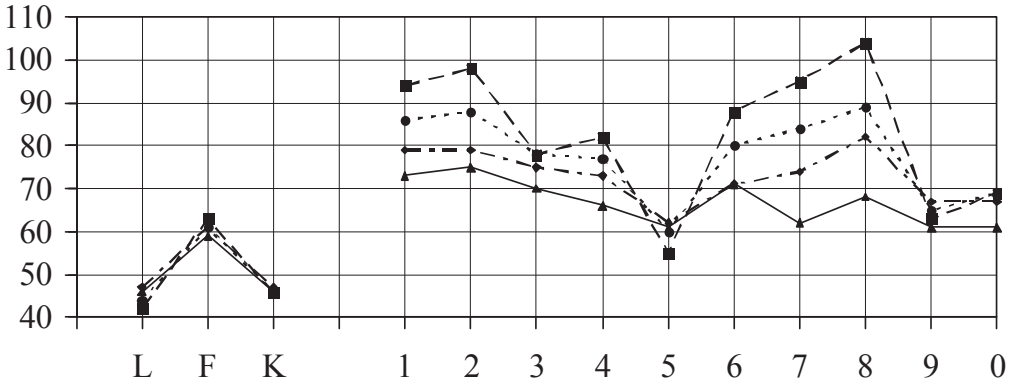
Для определения личностных особенностей, как показателей к использованию интроспективного метода, был использован Стандартизированный многофакторный метод исследования личности MMPI [1]. Клиническое исследование было проведено на базе 411 Военного госпиталя (г. Одесса, Украина). Больные, принявшие участие в исследовании, были разделены на возрастные группы: 1-ая – от 18 до 29 лет, 2-ая – 30 до 39 лет, 3-я – от 40 до 49 лет, 4-я – от 50 до 59 лет. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Вследствие значимых отличий в количестве больных в представленных группах для определения статистически достоверных отличий в характеристике психо-эмоциональных отклонений необходимо увеличение количества больных в группах. В то же время следует отметить отчетливо выраженную тенденцию увеличения показателей наличия стресса, нарушенной адаптации в группах более старших по возрасту больных.

Показатели по шкалам достоверности (L, F, K), полученные в средних профилях больных, распределённых в группах по возрасту, свидетельствуют о достаточной к дальнейшему изучению степени достоверности полученных результатов.

Средний профиль больных 1-ой группы характеризуется наличием повышений, свойственных для акцентуированных черт (67T – 75T) на шкалах депрессии, ипохондрии, ригидности, истерии, индивидуалистичности.

Умеренно высокий показатель по шкале депрессии свидетельствует о наличии у данных больных преобладающей пассивной личностной позиции. Для больных данной группы характерны высокий уровень осознания проблем, пессимистическая оценка своих перспектив. В принятии каких-либо решений больные



Фигура 1. Средние профили больных невротическими расстройствами по методике MMPI

Примечание: - 1-ая возр. гр., - 2-ая возр. гр.
- 3-я возр. гр., - 4-я возр. гр.

Шкалы: L – ложь; F – достоверность; K – коррекция; 1 - ипохондрия; 2 - депрессия (тревоги и депрессии); 3 - истерии (конверсиональная истерия, эмоциональная лабильность); 4 - асоциальная психопатия; 5 - мужественность, женственность; 6 - паранойя, ригидность; 7 - психастения, тревожность; 8 - шизофрения, индивидуалистичность; 9 - гипомания, пессимизм, 10 - социальная интроверсия.

Код профиля по Уэлшу:
1 возр. гр 2163'847590-F'LK 3 возр. гр 82176"34'095F-KL
*2возр. гр 8"123746'905F-LK 4 возр. гр. 8"*271*64"3'09-5'F-K*

Шкала		L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Баллы	1 возр. гр.	46	59	46	73	75	70	66	61	71	62	68	61	61
	2 возр. гр.	47	61	47	79	79	75	73	62	71	74	82	67	67
	3 возр. гр.	44	61	46	86	88	78	77	60	80	84	89	65	69
	4 возр. гр.	42	63	46	94	98	78	82	55	88	95	104	63	69

отличались инертностью, склонностью к долгим размышлениям.

Умеренно высокие показатели по шкале ипохондрии сигнализировали о наличии у данных больных инертности, догматического стиля мышления. В оценке межличностных отношений они отличались высокой требовательностью, что затрудняло налаживание позитивных взаимоотношений с окружающими.

Умеренно высокие показатели по шкале ригидности свидетельствуют о стеничности установок у данных больных. В межличностных отношениях они часто занимали позицию

соперничества, эмоционально отстаивали свою точку зрения. Подобная аффективная захваченность доминирующей идеей приводит в свою очередь не только к нарушению межличностных связей, но со временем к дезадаптивному состоянию и личностной дисгармонии.

Умеренно высокие показатели по шкале эмоциональной лабильности свидетельствуют об импульсивности в принятии решений у данных больных. Недостаточный контроль собственной эмоциональности так же затруднял налаживание социальных контактов.

Следовательно, результаты, полученные в исследовании данных больных, обнаруживают комплекс психо-эмоциональных отклонений, затрудняющих процессы адаптации личности.

Средний профиль больных 2-ой группы отличается наибольшим (выше 75Т) повышением на шкалах индивидуалистичности, ипохондрии, депрессии и значимым, выделяющим акцентуированные черты, повышением (67Т – 75Т) на шкалах истерии, тревожности, асоциальной психопатии, ригидности, пессимизма, социальной интроверсии.

Наиболее высокий показатель в среднем профиле по шкале индивидуалистичности, что говорит о внутренней напряжённости, нервозности. Данные больные отличались склонностью к бесконечному, часто бесплодному взвешиванию и обдумыванию сложившихся жизненных ситуаций. В межличностных отношениях они часто занимали позицию нонконформизма, противопоставление собственных убеждений взглядам окружающих.

Высокие показатели по шкале ипохондрии свидетельствуют о наличии в структуре личности невротического сверхконтроля. В отношениях с окружающими они отличались высоким уровнем требований. Мотивационная направленность на соответствие нормативным критериям касалась так же физиологической сферы, что обусловливало образование психосоматических механизмов.

Высокие показатели по шкале депрессии свидетельствовали о наличии в состоянии исследованных резкого разочарования, подавленности в результате переживания психотравмирующей ситуации. Данные больные отличались высоким уровнем осознания собственных проблем.

Высокие показатели по шкале эмоциональной лабильности свидетельствуют о наличии в структуре личности импульсивности, слабом контроле эмоциональных проявлений. Данные больные часто проявляли определённую инфантильность в оценке событий, собственных суждениях.

Высокие показатели по шкале тревожности сигнализируют о тревожно-мнительном типе личности данных больных. Они часто отличались неуверенностью в правильности собственных мнений, решений. Были склонны к излишне тщательному взвешиванию происходящих событий.

Высокие показатели по шкале асоциальной психопатии проявлялись в гипертимных чертах характера данных больных. Обилие эмоцио-

нальных переживаний часто мешало исследованным объективно оценивать происходящее, принимать взвешенные решения.

Высокие показатели по шкале ригидности свидетельствовали о склонности данных больных к аффективной захваченности происходящим. Они часто преувеличивали значимость какой-либо конфликтной ситуации. В межличностных отношениях часто отличались повышенной раздражительностью, что затрудняло налаживание позитивных взаимоотношений с окружающими.

Следовательно, результаты, полученные в исследовании больных 2-ой группы, позволяют выделить комплекс негативных психо-эмоциональных отклонений, затруднения в адаптационном процессе.

Средний профиль больных 3-ей группы характеризуется повышением, свойственным для дезадаптационного состояния (выше 75Т), на шкалах индивидуалистичности, ипохондрии, депрессии, тревожности, ригидности, истерии, асоциальной психопатии и повышением, характерным для наличия определенных девиаций (67Т – 75Т), на шкале социальной интроверсии.

Выраженно высокий (89Т) показатель в данном графике был обнаружен по шкале индивидуалистичности. Сочетание данной шкалы с другими шкалами профиля позволяет предположить наличие у данных больных акцентуации по типу «сенситивный шизоид». В поведении больных это проявлялось в повышенной обидчивости, болезненном самолюбии.

Высокие показатели по шкале ипохондрии свидетельствуют о наличии в состоянии личности ярко выраженной пессимистичности. Данные больные отличались выраженным скептицизмом в оценке окружающих и происходящих событий. В общении с окружающими проявляли излишние переживания по незначительным поводам.

Высокие показатели по шкале тревожности свидетельствуют о психастеническом типе личности данных больных. Они отличались нерешительностью в принятии решений, зависимостью от мнений окружающих.

Высокие показатели по шкале ригидности сигнализируют о личностной дисгармонии, проявляющейся в аффективной захваченности доминирующей идеей. Сочетание с остальными шкалами профиля позволяет предположить наличие в поведении отреагирования вовне по внешнеобвиняемому типу. Данные больные часто приписывали окружающим собственные негативные черты.

Следовательно, результаты, полученные в 3-ей возрастной группе, позволяют отметить комплекс ярко выраженных психо-эмоциональных переживаний, а так же значительные затруднения в процессах адаптации личности.

Характеризуя 4-ую группу больных, следует отметить высоко расположенные, сигнализирующие о наличии стрессового состояния, показатели шкал индивидуалистичности, депрессии, тревожности, ипохондрии, ригидности, асоциальной психопатии, истерии, а также повы-

шение, характерное для акцентуированных черт характера (67Т – 75Т) на шкале социальной интроверсии.

Ярко выраженный пик (104Т) в данном профиле был выявлен по шкале индивидуалистичности. В сочетании с показателями остальных шкал это сигнализировало о наличии акцентуации по экспансивно-шизоидному типу. Поведение данных больных характеризовалось нонконформизмом, противопоставлением окружению своих субъективных установок, выраженным эгоцентризмом. В структуре личности данных больных отмечалось выраженное состояние социальной дезадаптации.

Высокие показатели по шкале депрессии свидетельствовали о выраженном снижении в общем психо-эмоциональном фоне. Стиль межличностного поведения данных больных характеризовался чертами зависимости. Одна из ведущих тенденций в структуре личности – неудовлетворённая аффилиативная потребность. Данные больные часто жаловались на недостаточное количество любви, сострадания, получаемое от окружающих.

Высокие показатели по шкале тревожности сигнализируют о высокой чувствительности, подвластности средовым влияниям данных больных. В структуре личности снижен порог толерантности к стрессу. Незначительные происшествия вызывали у данных больных состояние дезадаптации.

Высокие показатели по шкале ипохондрии свидетельствуют о наличии в структуре характера невротического сверхконтроля.

В поведении данных больных часто наблюдалось подавление собственной спонтанности, в их поступках отсутствовала непринуждённость, непосредственность реакций.

Высокие показатели по шкале ригидности свидетельствовали наличии у данных больных склонности сосредотачиваться на негативных переживаниях. В межличностных контактах они с трудом переключались от сложившихся стереотипов на новый стиль взаимоотношений.

Высокие показатели по шкале асоциальной психопатии отражали тенденцию делегировать ответственность за собственные промахи окружающим. Данные больные часто высказывали неудовлетворённость собственным социальным статусом. При этом причину находили во внешних обстоятельствах, недоброжелательности окружающих и т.д.

Высокие показатели по шкале эмоциональной лабильности сигнализируют об импульсивности данных больных. Эмоциональная неустойчивость, демонстративность в поведении затрудняли процессы адаптации.

Следовательно, результаты, полученные в 4-ой группе, позволяют отметить комплекс ярко выраженных негативных психо-эмоциональных отклонений, а так же значительные затруднения в процессах адаптации личности.

Выводы. Необходимо упомянуть стоящую на первом месте в средних профилях во всех представленных группах, шкалу индивидуалистичности. Отражая в 4-ой

группе больных состояние ярко выраженного стресса, затем, постепенно снижаясь с уменьшением возраста, показатель шкалы индивидуалистичности доходит до степени акцентуированной черты у больных 1-ой группы. Таким образом, с увеличением возраста у больных повышалась внутренняя напряженность, нервозность, что нуждается в дополнительной коррекционной помощи данной категории больных при помощи интроспективного метода. Склонность к бесконечному, ни к чему конкретному не приводящему обдумыванию одного и того же круга проблем приводит в данном случае к формированию чувства обособленности. Субъект чувствует, что находится один на один с собственными проблемами, и никто не в силах ему оказать реальную действенную помощь. Возникающее ощущение душевного дискомфорта снижает общий уровень продуктивности. Не чувствуя себя полезным, нужным членом общества, субъект обвиняет себя в неполноценности. Такого рода комплекс вины образуется на фоне длительной эмоциональной и физиологической астенизации хронически протекающим соматическим отклонением. Отмеченная психо-эмоциональная особенность, нарастая до степени психотической тревоги у больных 4-ой группы, снижается до уровня заостренной черты характера, затрудняющей процесс социализации, у больных 1-ой группы. Рассматривая причины подобной напряженности, следует отметить недоброжелательность, непонимание ощущаемые субъектом со стороны социума, что дополнительно подчеркивает необходимость интроспекции как дополнительного вспомогательного метода работы с больными данной клинической категории.

По нашим наблюдениям, интроспективный метод, как вспомогательный в работе с больными невротическими расстройствами достаточно эффективен, нуждается в дополнительном изучении. Об этом свидетельствует контроль результативности нашей работы, проведенный при помощи разработанной нами системы оценивания степени эффективности работы системы прихокоррекционных мероприятий.

Литература

1. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. *Методика многофакторного исследования личности*.- М.: Фолиум, 1994.-220с.

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

3. Гронезенкова Н. И., Снежневский А. В. *Справочник невропатолога и психиатра*.- М.: Медицина, 1968.- 580с..

4. Гульдан В. В., Назаренко Ю. В. *Психологическая служба в системе здравоохранения: состояние и перспективы* // Вопросы психологи.- 1991.- №3.- с.5-9.

5. Завалянський И. Я. Завалянская Л. И. *Деонтология в психиатрии*.- Киев, 1979.- 124с..

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

7. Ильина И. К. *Роль психологической адаптации при посттравмати-*

ческих стрессовых расстройствах. (Обзор литературы) / И. К. Ильина, Н. О. Дешура, Н. Г. Кушнир и др. // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, № 1 (56). – С. 60–64.

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

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

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

11. Каннабих Ю. Л. *История психиатрии*.- М.: Госмедиздат, 1929.- 520с.

12. Карвасарский Б. Д. *Медицинская психология*.- Л., 1982.- 272с.

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТАКТИКА ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC APPROACH, REHABILITATION TACTICS OF TREATMENT ON ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN HYPERTENSION

Виктория Анатольевна НИКОНЕНКО

Termeni-cheie: hipertensiune arterială, manifestări psihice, tulburari de imagine, anxietate şi tulburări depressive, clinica, diagnostica, tratamentul.

Rezumat

Pe baza studiului clinic multiaspectual, psihopatologic, studiul psiho-diagnostic se descriu caracteristicile de anxietate nonpsihotice şi tulburarile depresive la pacienţii cu hipertensiune arterială. Sunt descrise particularităţile clinice ale tulburarilor anxioase şi depressive, criteriile diagnosticului diferenţial, creat şi implementarea tratamentului diferenţiat în sistemul de reabilitare.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, психопатологические проявления, клиническая картина, тревожно-депрессивные расстройства, диагностика, терапия.

Резюме

В статье на основе комплексного клинического, клинико-психопатологического, психодиагностического обследования представлено описание изучения особенностей непсихотических тревожно-депрессивных расстройств у больных гипертонической болезнью, раскрыты особенности их клиники, критериев дифференциальной диагностики, создана и реализована дифференциальная лечебно-реабилитационная система.

Keywords: hypertonic disease, psychopathology, clinical picture, depressive-anxiety disorders, diagnosis, therapy.

Summary

Psychotheraputist, Dnepropetrovsk regional psychiatric clinical hospital.

In this article, based on comprehensive clinical, clinical psychopathology, psychodiagnostic study describes the characteristics of non-psychotic anxiety and depressive disorders in patients with hypertension, disclosed the features of their clinics, criteria of differential diagnosis, created and implemented a differential treatment and rehabilitation system.

Сегодня вопросы о причинно-следственных связях между сердечно-сосудистой патологией и психическим состоянием человека относятся к числу наиболее актуальных, несмотря на многочисленные исследования в течение последних десятилетий [3,4, 5].

Согласно последним данным отсутствуют четкие дифференциально-диагностические критерии ТДР при ГБ, остаются неосвещенными вопросы разработки тактик лечебно-реабилитационных мероприятий по ТДР среди контингентов больных ГБ [8, 13].

Совокупность указанных обстоятельств и обусловила актуальность данного исследования в области охраны психического здоровья в клинике соматических заболеваний.

В исследовании нами была поставлена *цель* - на основе клинико-психопатологического обследования больных гипертонической болезнью, клинико-психологической оценки и психодиагностикой их личности разработать дифференциально-диагностические критерии и систему лечебно-реабилитационных мероприятий.

Задачами исследования были:

1. Определить клинико-психопатологические проявления и особенности течения ТДР непсихотичного уровня у больных ГБ 1 и 2 стадии.

2. Изучить клинико-психологические и личностные особенности течения ТДР непсихотичного уровня у больных ГБ 1 и 2 стадии.

3. Исследовать динамику непсихотических ТДР у больных ГБ и сформулювать критерии дифференциальной диагностики данных расстройств.

4. Разработать дифференцированную лечебно-реабилитационную систему для больных с ТДР непсихотичного уровня при ГБ 1 и 2 стадии.

Нами проводились такие методы исследования: клинический, клинико-психопатологический, психодиагностическийий, социально-демографический, катамнестический, методы математической статистики.

В условиях ЛПО «Городского клинического психоневрологического центра» г. Днепропетровска и городской поликлиники нами были обследованы 194 человека. Контингенты распределены на следующие группы.

Основной контингент обследованных (156 человек) составили больные, которые находились на стационарном лечении в отделении неврозов психоневрологического центра. 38 больных были обследованы в условиях городской поликлиники и составили выборку контрольной группы. Контингенты были распределены на клинические и контрольную группы согласно стадийности течения ГБ.

Первую основную клиническую группу (110 человек) составили больные с 1 стадией ГБ, контрольную группу с 1 стадией ГБ составили 22 человека из городской поликлиники. Вторую клиническую группу (46 человек) составили больные с 2 стадией ГБ, соответствующую контрольную группу из 2 стадий ГБ составили 16 человек из общесоматической поликлиники.

Социально-демографический анализ выявил однородность показателей, что было основой для вывода о гомогенности групп и репрезен-

тативности полученных данных.

Средний возраст стационарных больных психоневрологического центра составил 40,9 лет, а у больных из терапевтической поликлиники 44,0 года. В группах обследованных больных преобладали пациенты со средним образованием у больных с 1 стадией ГБ (50,90 % больных основной группы и 59,10 % больных контрольной), среди больных со 2 стадией ГБ пациенты с высшим образованием в основной группе (50,00 %) и средним образованием в контрольной (68,80 %).

Подострое начало заболевания ГБ имело место в 69,20 % больных основной группы и у 92,10 % – из контрольной группы. Острое начало заболевания отмечалось реже, однако сопровождалось чаще последующим присоединением непсихотических психических расстройств. Большая часть обследованных проходила курс лечения в соматическом стационаре по поводу ГБ, что, однако, не предостерегало развитие у них непсихотических расстройств. Подчеркнем, что лечение в психиатрическом стационаре получали больные основной группы. При этом большая часть обследованных в стационар была госпитализирована впервые (65,50 % больных с I стадией и 71,70% больных со II стадией).

К комплексу проведенных исследований входило клиническое обследование с определением соматического, неврологического, психического статусов; всем больным было проведено психодиагностическое обследование.

Психодиагностический метод в виде отдельных методик и шкал был направлен на выявление отдельных клинико-психологических и личностных характеристик обследованных контингентов. С целью исследования данных характеристик, а также для оценки эффективности выполненных в дальнейшем программ лечебно-реабилитационного направления с акцентом на психотерапию для больных с ТДР невротического спектра, а также создания системы психопрофилактики для больных ГБ, был разработан набор следующих методик (или «батарея тестов»): модифицированная форма (форма В) Фрайбургского личностного опросника (А. А. Крылова, Т. Ронгинский, F. Korodi, 1989); личностная шкала проявлений тревоги Д. Тейлора (J. Teylor, 1953; адаптации Т. А. Немчин, 1960); личностный опросник Айзенка (G. Eysenck, S. Eysenck, 1969); характерологический опросник определения черт акцентуаций характера (K. Leonhard - G. Smishek, 1970); опросник изучения типологии отношения к своему болезненному состоянию «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, А.Б. Карпова, 2005).

Катамнестические исследования проводили для оценки эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий. Для статистической обработки данных использовались методы описательной статистики, математической статистики по таблицам процентов и ошибок.

Результаты исследования. По результатам клинико-психопатологического исследования контингентов основных групп (первых подгрупп больных с ГБ 1 и 2 стадии)

нами было определено существование фактически во всех группах клинических проявлений ТДР, которые отражены психопатологическими признакам невротического регистра. В большинстве случаев имела место доминанта существенного тревожного компонента, в основном у больных ГБ 2 стадии.

У больных 1 стадии ГБ психические нарушения были недостаточно выраженными. Они сводились к проявлению астенического симптомокомплекса – повышенной утомляемости (76,30 %), эмоциональной неустойчивости (45,40 %) и легких депрессивных (21,34 %) или депрессивно-ипохондрических (34,50%) компонентов. В некоторых случаях развивались неврозоподобные (5,43%) или психопатоподобные синдромы (24,70 %) , которые проявлялись раздражительностью и беспричинной тревогой.

У больных 2 стадии ГБ психопатологические нарушения были более выраженными. Особенно это касалось тревожно-депрессивных признаков с параноидными компонентами (12,70 %). Подобные состояния чаще возникали остро, непродолжительно и лишь в отдельных случаях имели затяжное течение. Психопатологические расстройства сопровождались сосудистыми спазмами (23,45%), головными болями (17,68%), расстройствами речи (9,65%), обмороками (21,11 %), кратковременными парезами (5,67%). Выраженных интеллектуально-мнестических нарушений нами не отмечалось.

Наиболее высокой во всех группах была выраженность признаков показателей эмоциональной лабильности, раздражительности, застенчивости, маскулинности.

Практически во всех клинических группах, кроме второй, отмечался значительно выраженный показатель по шкале «невротичность» (8,12 - 8,63 баллов), который характеризует уровень невротизации. Высокие показатели отмечены по шкале «эмоциональной лабильности» (8,00 - 8,86 баллов), что указывает на неустойчивость эмоционального состояния, что проявляется в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточном умении владеть собой.

Высокие показатели по шкале «маскулинность-фемининность» (8,30 - 8,59 баллов) свидетельствуют о психической деятельности преимущественно по мужскому типу, соображениями собственной инициативы, достаточной активности, а, возможно, и агрессивности.

У больных 1 стадии ГБ с основной группы очень высокий уровень тревоги –был определен у 40 пациентов, что составило 36,40 % от числа всех больных в группе. У больных 2 стадии ГБ с основной группы очень высокий уровень тревоги был выявлен у 31 пациентов, что составило 67,40 % от числа всех больных в группе. Высокий уровень тревоги определялся у 14 пациентов, что составило 30,40 %. У 1 пациента наблюдался средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги. Среди больных этой группы средний (с тенденцией к низкому) и низкий уровень тревоги не определялся.

Итак, тревога обнаружена у всех

обследованных больных ГБ с не психотическими ТДР. Наиболее часто диагностируется высокий и средний уровень тревоги.

Личностные особенности у больных ГБ по результатам опросника Айзенка выглядят так: для больных ГБ 1 стадии характерен средний (54,50 % больных основной группы и 50,00 % – контрольной) и высокий (45,50 % больных основной группы и 50,00 % – контрольной группы) уровнь психотизма. Для больных ГБ 2 стадии характерен высокий (97,80% больных основной группы и 87,50% – контрольной группы) уровень психотизма. Реже отмечался средний уровень (2,20 % больных основной группы и 12,50 % – контрольной группы). У больных ГБ 2 стадии чаще определялся высокий уровень нейротизма (41,80 % больных основной группы и 68,20 % – контрольной группы). У больных контрольной группы также диагностировали средний уровень нейротизма у 1 больного.

У больных ГБ 2 стадии преобладали интроверты (65,20 % больных основной группы и 68,80 % – контрольной группы). Неискренность ответов при желании пациента «давать хорошие ответы» была зарегистрирована у 1 больного.

Таким образом, для больных ГБ характерны весьма высокие показатели уровня нейротизма, что может свидетельствовать о высоком риске развития невротической симптоматики, а также высокий уровень психотизма, что может свидетельствовать о риске развития психического расстройства вообще.

Исследования темперамента по опроснику Айзенка показали, что у пациентов с ГБ 1 стадии были определены все четыре типа темперамента. При этом у больных основной группы чаще всего определялся холерический (71,80 % больных) и меланхоличный (26,4% больных) типы темперамента. Напротив, у больных контрольной группы чаще отмечался сангвинический (59,10 % больных) тип темперамента. Несколько реже определялся флегматичный и меланхоличный типы (13,60 % больных).

У больных ГБ 2 стадии определялись только меланхоличный (73,90% больных основной группы и 87,50% – контрольной группы) и холерический типы темперамента (26,10 % больных основной группы и 12,50 % – контрольной группы). У больных ГБ 1 стадии представлены все 4 типа темперамента. Проявление темперамента у больных 2 стадии ГБ характеризуется большим однообразием и ограничивается описанными выше типами темперамента, что, возможно, большей устойчивостью типологических особенностей личности на более поздних стадиях развития ГБ.

По результатам характерологического опросника определения черт акцентуации характера нами были определены средние показатели.

Среди больных ГБ 1 стадии преобладали гипертимные (24,50 % больных основной группы и 27,30 % – контрольной), дистимные (12,70 % больных основной группы и 31,80 % – контрольной), и экзальтированные (40,00 % больных основной группы и 22,70 % – контрольной). Следовательно, у больных ГБ 1 стадии наибольшей выраженности достигают аффективные черты характера

– гипертимные, экзальтированные и дистимные, а наименьшей выраженности – демонстративные и педантичные акцентуированные черты характера.

Среди больных с ГБ 2 стадии преобладали тревожные (47,80 % больных основной группы и 37,50 % – контрольной), дистимные (41,30 % больных основной группы и 31,30 % – контрольной) и экзальтированные личности (4,30 % больных основной группы и 12,50 % – контрольной). В меньшей степени представлены возбудимые и неуравновешенные личности (по 2,70 % больных основной группы и 4,50 % – контрольной). Кроме этого, у больных основной группы определялся возбудимый, циклотимный и экзальтированный тип акцентуации личности. Гипертимный, педантичный и неуравновешенный типы акцентуации у больных ГБ 2 стадии обнаружить не удалось.

При этом у больных ГБ 2 стадии со средней выраженностью признаков акцентуации характера степени и акцентуации (т.е. более 12 баллов) достигала лишь выраженность тревожного типа (15,98 ± 1,60 баллов у больных основной группы и 13,69 ± 1,37 баллов в контрольной группе). Также была значительной выраженность дистимных черт характера (14,74 ± 1,50 баллов у больных основной группы, 13,06 ± 1,31 баллов у больных контрольной группы).

Следовательно, по данным анализа, у больных ГБ 2 стадии наибольшей выраженности достигают аффективные черты характера, тревожные и дистимные, а наименьшей выраженности - демонстративные, педантичные и неуравновешенные.

У больных ГБ чаще всего встречаются дистимные черты характера и не определяются черты педантичности. Кроме того, у больных ГБ 1 стадии преобладают черты экзальтированного и гипертимного типов, а у больных ГБ 2 стадии преобладают черты тревожного типа. Гипертимные черты были характерны только для больных 1 стадии.

С помощью личностного опросника «Тип отношения к болезни» были получены следующие результаты. Среди больных ГБ 1 стадии преобладал эйфорический (38,20 % больных основной группы и 40,90% - контрольной), анозогнозический (17,30 % больных основной группы и 22,70 % – контрольной) и тревожный тип отношения к болезни (11,80% больных основной группы и 9,10 % – контрольной группы).

Далее проводилось тщательное наблюдение за состоянием пациентов на фоне лечения. Через месяц мы вновь провели повторное психодиагностическое обследование.

На основе анализа указанной динамики нами были сформулированы основные принципы дифференциальной диагностики непсихотических ТДР у больных ГБ:

- прямая зависимость адекватного лечения основного соматического заболевания (ГБ) и выраженность непсихотичкой тревожно-депрессивной симптоматики. Чем правильнее и раньше подобрана терапия ГБ в сочетании с психотерапевтическим комплексом воздействия, тем меньше риск развития психических расстройств и риск возникновения психотических проявлений;

- устойчивость эмоциональной лабильности и раздражительности в основном при лечении ГБ 2 стадии;

- устойчивость черт темперамента у больных ГБ 2 стадии отличается большей стабильностью как при проведении специфической терапии, так и при ее отсутствии;

- обострение акцентуированных признаков характера: неуравновешенности, демонстративности и тревожности;

- ослабление адаптивных сил самосознания, формирование неконструктивного типа отношения к болезни;

- сохранность защитных психологических механизмов (отношение к своему заболеванию) у больных ГБ с меньшей прогредиентностью заболевания.

Данные принципы учитывались также при разработке дифференцированной лечебно-реабилитационной программы. С целью лечения для больных с ГБ мы применяли модификацию аутогенной тренировки (АТ), которая заключалась в проведении групповой психотерапии в форме гетеротренинга и включала элементы АТ и прямого действия суггестии. Отличительной особенностью вмешательств было то, что во время обучения больные запоминали (и в дальнейшем, при самостоятельных тренировках, вспоминали) не психотерапевтические формулы, а комплекс ощущений, возникающих при релаксации с использованием формул, которые способствуют появлению и усилению чувства тепла и тяжести в конечностях, тепла в области солнечного сплетения, прохлады в области лба, а также формул, касающиеся сердечной деятельности и дыхания, что позволяло добиться временного или устойчивого снижения АД на 10 – 15 мм.рт.ст. Проведение гипнотических сеансов выполнялось в 2 основных этапа: погружение в гипноз и лечебные внушения. Тактика терапевтических мероприятий зависела от стадии заболевания, преобладания того или иного психопатологического синдрома.

Все психотерапевтические воздействия показали себя достаточно эффективно (84,5 %), при наличии уменьшения психопатологических непсихотических тревожно-депрессивных феноменов и с сокращением пребывания пациентов в стационаре как психиатрическом, так и соматическом, и субъективном удовлетворении больных. Этапы разработанной лечебно-реабилитационной программы включали 1 этап воздействия, 2 этап – диагностический, 3 этап – лечебно-коррекционный, 4 этап – контроль оценки состояния и подготовка к выписке и социо-реабилитационный, профилактический.

Комплекс психотерапии включал также бихевиоральную, личностно–ориентированную, семейную психотерапию, немедикаментозные методы лечения – индивидуальную иглорефлексотерапию (осуществлялся подбор рецепта игл гипотензивного и седативного действия), фитотерапию, физиотерапию, массаж, лечебную физкультуру.

Выводы:

1. В научной работе на основании сочетанного клинико-психопатологического исследования больных гипертонической болезнью, клинико-психологической оценки и психо-

диагностики личности разработаны дифференциально-диагностические критерии и система сопроводительных лечебно-реабилитационных воздействий на непсихотические ТДР у больных ГБ.

2. По результатам клинико-психопатологического обследования контингентов основных групп определено существование фактически у всех пациентов с ГБ клинически сформированных ТДР, которые отражены психопатологическими признаками невротического регистра. У больных 1 стадии ГБ психические нарушения были недостаточно выраженными. Они сводились к проявлениям астенического симптомокомплекса. В отдельных случаях заболевания развивались неврозоподобные или психопатоподобные синдромы. У больных 2 стадии ГБ психопатологические нарушения были более выраженными. Особенно это касалось тревожно-депрессивных признаков с параноидными компонентами.

3. По результатам клинико-психологического обследования подчеркнуто, что для начальных этапов болезни (1 стадия) более характерно эйфорическое, необоснованно беззаботное отношение к болезни в сочетании с активным отрицанием факта самого заболевания и его возможных последствий. Для более поздних этапов заболевания (2 стадия) характерным является непрерывное беспокойство и недоверчивость в отношении неблагоприятного течения заболевания в сочетании с сосредоточенностью на собственных неприятных и болезненных ощущениях и переоценкой факта самой болезни и ее возможных последствий. Для больных ГБ не является характерным угнетение болезнью с неверием в выздоровление, а также уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла.

4. Для дифференциального клинического психиатрического диагноза непсихотических ТДР необходимым является учет следующих параметров: прямая зависимость адекватного лечения в основного соматического заболевания (ГБ) и формирования непсихотических проявлений тревожно-депрессивной симптоматики; устойчивость эмоциональной лабильности и раздражительности в основном при лечении ГБ 2 стадии; черты темперамента у больных ГБ 2 стадии отличаются большей стабильностью; обострение акцентуированных признаков характера: неуравновешенности, демонстративности и тревожности; ослабление адаптивных сил самосознания, формирование неконструктивного типа отношения к болезни; сохранность защитных психологических механизмов у больных с меньшей прогредиентностью заболевания.

5. Разработаная дифференцированная лечебно-реабилитационная программа состояла из 4 основных этапов: диагностического, лечебно-коррекционного, контроля оценки состояния и подготовка к выписке, социо-реабилитационного, профилактического. Этапность мероприятий учитывала параметры воздействий: особенности лечебного режима, фармакологический фон, методы психотерапии, немедикаментозные методы лечения, трудовую терапию,

социальные мероприятия. С целью лечения для больных с ГБ применялась модификация аутогенной тренировки (АТ), которая заключалась в проведении групповой психотерапии в форме гетеротренинга и включало элементы АТ и прямого действия суггестии со специальными подходами к сердечно-сосудистой системе.

Литература:

1. Васюк Ю. А. *Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания.* / Ю. А. Васюк, Т. В. Довженко. – М. : Моск. НИИ психиатрии Минздрава РФ. – 2004. – 24 с.

2. Гиляровский В. А. *Избранные труды.* / В. А. Гиляровский. – М. : Медицина, 1973. – 328 с.

3. Гиндикин В. Я. *Соматогенные и соматоформные психические расстройства.* : Справочник. – М. : Триада-Х, 2000. – 256 с.

4. Еремеев М. С. *Варианты психосоматического развития при гипертонической болезни.* / М. С. Еремеев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1974. – № 11 (74). – С. 1699 – 1703.

5. Жолондз М. Я. *Новый взгляд на гипертонию : причины и лечение.* / М. Я. Жолондз. – М. : Питер, 2011. – 192 с.

6. Набиуллина Р. Р. *Результаты психотерапии больных артериальной гипертензией с различной генетической детерминированностью.* / Р. Р. Набиуллина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2006. – № 2. – С. 15 – 17.

7. Незнанов Н. Г. *Характер и особенности дезадаптивного поведения больных гипертонической болезнью.* / Н. Г. Незнанов, С. Л. Соловьёва, Е. А. Довлатянц // Артериальные гипертензии. Актуальные вопросы патогенеза и терапии / Под ред. В. А. Алмазова, Е. В. Шляхто. – СПб., 1995. – С. 125 – 131.

8. *Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология.* / Под ред. А. Б. Смулевича, А. Л. Сыркина. – М.: Либрис, 1994. – 188 с.

9. Сарвир И. Н. *Сравнительные данные экспериментально-психологического исследования личности больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца с анксиозными состояниями.* / И. Н. Сарвир // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 41 – 43.

10. Смулевич А. Б. *Депрессии при соматических и психических заболеваниях.* / А. Б. Смулевич. – М. : Медицинское информационное агентство. – 2003. – С. 23 – 28.

11. Тиганов А.С. *Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга.* / А. С. Тиганов // Вопросы клиники и патогенеза психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга / под общ. ред. В. М. Банщикова. – М., 1963. – 160 с.

12. Титков Ю. С. *Психологические особенности личности у больных гипертонической болезнью и их родственников.* / Ю. С. Титков, А. Ю. Прохватилов // Кардиология. – 1990. – Т. 30, № 1. – С. 77 – 78.

13. Яцков Л. П. *Клиника, психотерапия, психопрофилактика пограничных состояний.* / Л. П. Яцков. – Владивосток : изд-во ДВГУ. – 1991. – 231 с.

SFATURI PENTRU PĂRINȚI

PREVENȚIA ABATERILOR ÎN CONDUITA COPIILOR DIN FAMILIA DEZMEMBRATĂ

PREVENT DISORDERS IN CONDUCT OF THE CHILDREN FROM BROKEN FAMILIES

Lucia SAVCA

Termeni - cheie: divorţ, consecinţele divorţului, suferinţe, copii disperaţi, abateri emoţionare, tulburări comportamentale, asistenţă psihologică.

Rezumat

În articol se descriu suferinţele copilului din familiile dezmembrate în funcţie de vârstă. Se fac recomandări pentru părinţi cum ar putea diminua aceste suferinţe în cazul dezmembrării familiei şi după acest eveniment neplăcut.

Keywords: divorce, divorce consequences connected suffering, children in despair deviations emotional behavioral disorders, psychological assistance.

Summary

The article describes the sufferings of the children of different ages from broken families. Recommendations are made for parents for the minimalize his childrens sufferings after this unfortunate event.

Actualitatea problemei este condiţionată de sporirea numărului divorţurilor în societate, devalorizarea institutului familiei şi impactul negativ al divorţului asupra sferei emoţionale şi conduitei copilului.

Orice copil are dorinţa să fie iubit, protejat, să aibă ambii părinţi, aşa cum este modelul mediului social în care el trăieşte. În cazul unui divorţ copiii, în funcţie de vârstă, diferit trăiesc despărţirea de un părinte. Este universal cunoscut faptul că în faţa unui divorţ copiii reacţionează diferit, de obicei le este foarte greu, iar rănile sunt mult mai profunde decât ale celor doi parteneri care se despart. Fiecare copil este unic, are propria sa personalitate, evoluţie şi ritm de dezvoltare. Sondajele realizate de mai mulţi cercetători atestă că pentru copiii de vârstă fragedă, până la 2-3 ani, divorţul este mai puţin dureros. Ei nu conştientizează despărţirea de tată sau de mamă, chiar dacă tânjesc după lipsa unui părinte. Despărţirea de mamă din vârsta fragedă dezvoltă la copil sindromul privării materne care se manifestă prin anxietate sporită, frici, fobii, comportament opozant. După vârsta de 7-8 ani plecarea tatălui din familie declanşează pentru fete depresia, neîncrederea în sine, iar pentru băieţi, mai frecvent, un comportament antisocial.

Lombozo, psihiatru şi medic legist, în lucrarea sa „Cauzele şi remediile criminalităţii”, menţiona despre copi-

ii nelegitimi, lipsiţi de unul sau ambii părinţi sau descendenţi ai părinţilor vicioşi că aceştia prezintă cea mai mare criminalitate pentru că ei au posibilităţi reduse de educaţie [2, p. 4].

În majoritatea cazurilor, divorţul este însoţit de conflicte în care fiecare partener se străduie să-l umilească pe celălalt. Această situaţie conflictuală este destul de dureroasă pentru copil şi diferit se răsfrânge asupra personalităţii sale. Perioada divorţului este şi mai dificilă pentru copilul care este ataşat de ambii părinţi şi care, atrăgând atenţia prin comportamentul său neordinar, încearcă să împace părinţii.

Ca urmare a divorţului, părinţii ar putea fi nu numai mânioşi, ci şi înspăimântati, anxioşi, îndureraţi după relaţia pe care au pierdut-o. Astfel, o perioadă de timp părinţilor *le este dificil să acorde atenţie cuvenită copilului, să se concentreze asupra nevoilor lui*. Astfel, copilul suferă după afecţiunea nu numai a părintelui plecat, dar şi acelui care a insistat să rămână cu el. Aceste suferinţe îl fac nervos, plângăreţ, irascibil, dezorientat, datorită cărui fapt nu se poate concentra asupra îndeplinirii sarcinilor şcolare.

Schimbările în comportament şi în sfera emoţională sunt un semn că un copil trece printr-un moment dificil de despărţire. Aceşti copii au adesea accese de furie, se izolează de colectiv, devin mai puţin comunicativi. Copiii mai sensibili, cu un sistem nervos slab, cei de vârstă mică (4-7 ani), din cauza conflictelor sistematice, psihotraumei după divorţul părinţilor, **regresează**, în special, cei mai mulţi regresează în domeniul ultimelor achiziţii. Dacă tocmai a reuşit să rămână uscat noaptea, ar putea începe să se ude din nou. Dacă înainte reuşise să vorbească bine, acum ar putea începe să se bâlbâie. Lipsa de afecţiune din copilărie poate conduce la maturizarea timpurie, la pierderea respectului de sine, la pesimism, intoleranţă, prag scăzut al frustrării, stresului, lipsă de autocontrol, dificultăţi în stabilirea unor relaţii sociale etc. După divorţ copilul disperat poate deveni fie prea cuminte, închis în sine, fie provocator, intolerant la observaţie, agresiv faţă de cei din jurul său, în special faţă de membrii familiei, manifestă agresiune verbală în relaţii cu părintele prezent în familie, dând vina pe el pentru divort, are conflicte cu colegii de clasă. Prin dorinţa lor de a reintegra familia, de a avea ambii părinţi, unii copii şi după 1-2 ani de la divorţ, mai vorbesc încă despre părintele lipsă la prezent, cu toate că nu au nici un fel de relaţii, nu se mai văd. Adolescenţii în peroada despărţirii pot manifesta comportamente violente, însoţite de episoade depresive sau chiar pot exprima gânduri suicidale. Din experienţa noastră un elev din clasa a 7-a care nu-şi cunoaşte propriul tată (divorţul a avut loc imediat după naşterea minorului şi mama nu s-a mai recăsătorit), la testul proiectiv "Propoziţii neterminate" a indicat "Tatăl meu rar vorbeşte cu mine", "Cel mai mult aş dori ca tata să vină acasă", "Tatăl meu mă ignoră", "Mi-aş dori ca tatăl meu să prietenească cu mune". Aceste fraze reflectă suferinţele şi dorinţele neîmplinite a unui preadolescent crescut fără tată.

Studiile longitudinale efectuate de psihologul Mavis Hetherington asupra copiilor din familii dezmembrate subliniază că *divorţul în sine poate să nu fie mai nociv pentru dezvoltarea copiilor mici si abilitatea părintelui de a-l îngri-*

ji, decât certurile care au loc într-o căsnicie nereuşită. Autoarea menţionează că 75% din copii au depăşit conflictele şi tristeţea condiţionată de divorţ după şase ani şi funcţionează normal. Restul 25% mai prezintă probleme majore o perioadă mai îndelungată de timp. Hetherington concluzionează că divorţul este o situaţie de mare risc, dar nu neapărat întotdeauna afectează rău copilul [4].

Printre cele mai grave consecinţe *indirecte ale divorţului* pot fi menţionate:

a) delincvenţa juvenilă. Studiile au demonstrat că, în mare măsură, comportamentul deviant al copiilor poate fi condiţionat de climatul nefavorabil din familiile dezorganizate;

b) acte asociale şi antisociale. Lipsa autorităţii părinteşti, a controlului, precum şi a afecţiunii acestora, ca urmare a divorţului poate determina copiii la comiterea unor.

Divorţul, înseamnă, de obicei, dezorganizarea familiei, şi el poate favoriza apariţia unor serioase tulburări afective şi comportamentale ce conduc la neadaptarea socială (V. Szyrunski, 1971). Uneori, divorţul poate duce la:

a) anumite tulburări psihiatrice (F. John, Mc. Dermott, 1970);

b) aversiune faţă de *partenerul* de sex opus şi faţă de viaţa de familie. Climatul tensionat şi conflictual din cadrul familiei dezorganizate poate afecta atât *de* profund psihicul şi comportamentul copiilor, încât aceştia ajung să percea-pă deformat locul şi rolul căsătoriei în viaţa societăţii. Pentru unii familia e locul chinurilor prelungite, al certurilor şi neînţelegerilor, al încălcării demnităţii, al manifestării brutale etc.

Scopul acestui studiu este de a evidenţia corelaţia dintre comportamentul elevilor de diferită vârstă din familiile destrămate şi abaterile înregistrate în funcţie de perioada scursă după divoţ.

Lotul de cercetare a fost alcătuit din 92 elevi 22 fete (32%), 70 băieţi (68%), cu vârsta cuprinsă între 7-18 ani cu diverse probleme şcolare care s-au adresat la CDR "Armonie" al DGETS, Chişinău în a. 2012-2013. Ei au fost selectaţi după criteriul "familie destrămată" cu o perioadă după divorţ de 0-15 ani. În tabelul 1 este reflectată repartizarea elevilor din lotul de cercetare după sex şi vârstă.

Tabelul 1.

Repartizarea elevilor din lotul de cercetare după sex şi vârstă

Gen	Vârsta 7 ani ±6 luni	n=92	%
Fete	7-10	12	13
	10-16	8	8,7
	16-19	2	2,2
Băieţi	7-10	35	38
	10-16	31	33,7
	16-19	4	4,4

Din datele reflectae din tabelul 1 observăm că în lotul de cercetare este alcătuit dintr-un număr mai mare de băieţi. Aceasta ne permite să afirmăm că băieţii sunt mai afectaţi de plecarea tatălul din familie, decât fetele.

Baza metodologică a cercetării o constituie: metoda interviului, anamneza selectată de la unul din părinţi sau bunică, persoana de tutelă; "Chestionarul pentru părinţi" Eidemiller; "Desenul familiei";.Chestionarul Beck; testul proiectiv "Animal inexistent".

Problemele generale cu care s-au adresat la CDR "Armonie" elevii din familii destrămate sunt următoarele: infantilism, imaturitate şcolară, conflicte cu colegii, agresiune faţă de colegi, închistare, indispoziţie, stare depresivă.

În clasele primare prevalează imaturitatea, eşecul şcolar; în clasele medii şi superioare se atestă reuşită scăzută, tulburări de conduită, cu preponderenţă comportament agresiv, irascitabilitate, conflicte cu părinţii, comportament adictiv: dependenţă de nicotină, de computer. La majoritatea elevilor se combină reuşita scăzută cu tulburările de conduită.

Anamneza selectată şi interviul s-au centrat pe evidenţierea relaţiilor dintre părinţi în perioada divorţului şi suferinţelor psihologice ale copilului în urma evenimentului psihotraumatizant, evaluarea gradului de afectare al elevului de situaţia familială şi despărţirea lui de un părinte.

Perioada scursă după divorţ a familiilor din care fac parte elevii din lotul de cercetare este de la 1-2 luni până la 15 ani (vezi tab. 2).

Tabelul 2.

Repartizarea elevilor din lotul de cercetare după perioada trecută după divorţ a familiilor

Perioada după divorţ a familiei (ani)	Nr. elevi	%
0-1	20	21,7
2-3	28	30,4
3-5	32	34,8
5-7	3	3,3
7-9	4	4,3
9-10	3	3,3
10-15	2	2,2

Potrivit datelor din tabelul 2 21,7% din familii au o perioadă după divorţ de până la un an; 30,4% de 2-3 ani; 34,8% - de la 3 până la 5 ani; 3,3% din familii au 5-7 ani după divorţ; 4,3% - până la 2,2% familii au o perioadă după divorţ de 7-15 ani.

Interviul a fost realizat în câteva etape. Rezultatele au evidenţiat următorul fapt: cu cât mai puţin timp a trecut după destrămarea familiei cu atât copiii sunt mai afectaţi şi suferă mai mult, sperând la reintegrarea ei.

Analiza calitativă şi cantitativă a datelor obţinute de la“Chestionarul pentru părinţi” Eidemiller, “Desenul familiei” a evidenţiat: 84,8% nivel scăzut de cooperare a membrilor familiei, conflicte dintre membrii familiei, agresiune verbală, atmosferă duşmănoasă dintre copil şi părinte şi numai la 15,2% se constată nivel mediu de integrare; în 34,8% cazuri s-a evidenţiat hiperprotecţie, dar concomitent părintele ignoră trebuinţele copilului – s-a constatat la 45,7% de familii**.** Totodată, la părinţii chestionaţi s-a depistat incoerenţă în educaţie: 73% înaintează cerinţe, interziceri şi restricţii exagerate faţă de propriul copil, iar la restul (34,8%), din contră, cerinţele, interzicerile şi restricţiile sunt insuficiente; 41,3% din părinţi proiectează calităţile lor nedorite asupra copilului. În 12 cazuri (13%) s-a depistat transferul conflictului dintre soţi în sfera educaţiei (vezi fig. 1).

La tehnica *„Desenul familiei”* 6 elevi (6,5%) au refuzat să deseneze pe unul dintre membrii prezenţi în familie (mamă, frate, soră sau şi pe sine), ceea ce denotă prezenţa conflictelor dintre el şi părinţi, prezenţa relaţiilor conflictuale, distanţare între membrii familiei.

În majoritatea cazurilor, mama care a rămas cu copilul munceşte mult pentru a asigura familia, copilul de diferită vârstă se află toată ziua singur. Comunicarea dintre mamă şi copil are loc prea puţin timp – maximum 60 min. din cele 24 ore – şi se reduce la

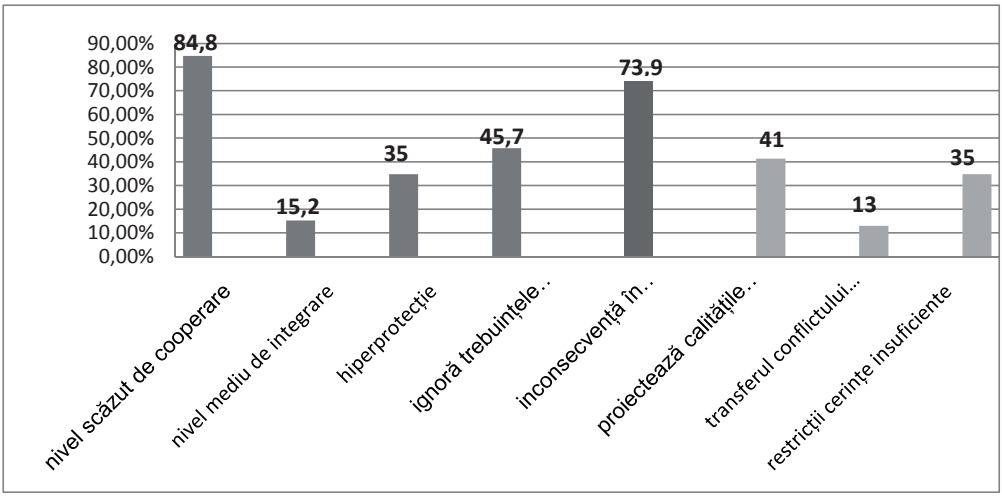


Figura 1. Stilul educaţional al părintelui şi carenţele educaţionale în familie

interogarea dacă copilul a făcut lecţiile, a mâncat, citirea notaţiilor referitor la greşelile comise. În cele mai dese cazuri copilul este dirijat prin telefon. O parte din copii (29,3%) sunt lăsaţi în grija bunicilor. O bună parte din mame după divorţ au plecat peste hotare, astfel copilul suferă nu numai despărţirea de tată, dar si separarea de mamă.

Divorţul este mai dureros pentru preadolescenţi şi adolescenţi, chiar dacă de la producerea lui au trecut mai mult de 10 ani.

Aplicarea testului proiectiv "Animal inexistent" a evidenţiat nivel înalt de anxietate la 67,4%, nivel mediu de anxietate la 28,3% şi anxietate la nivel scăzut la 4,3%. La majoritatea celor examinaţi (69,6%) s-a depistat sentimentul neîncrederii în sine, nivel jos al autoaprecierii, tip de autoapărare impulsiv.

Chestionarul Beck a fost aplicat la 28 elevi din clasele medii şi superioare din lotul de cercetare, care a evidenţiat la 12 (42,9%) elevi depresie severă; la 11(39,3%) elevi nivel mediu al stării depresive şi la 5 (17,9%) elevi nivel scăzut al depresiei.

Din cauza incoerenţei în educaţie, a lipsei de înţelegere din partea părinţilor, incapacităţii copiilor de a-şi dirija propriile impulsiuni, în cele mai dese cazuri, ei utilizează mecanisme agresive de apărare.

De obicei, copiii *neagă* evenimentele traumatizante care au avut loc: maltratarea fizică în familie sau în colectivul de copii. O parte dintre ei *deplasează* propriile acţiuni, revarsă frustrările prin furie, agresiune asupra prietenilor, părinţilor, fraţilor mai mici, asupra persoanelor străine. Ei atribuie sentimentele şi calităţile proprii nedorite altor persoane, în special prietenilor, fraţilor, colegilor, profesorilor.

În majoritatea cazurilor rezultatele academice ale acestor copii scad în perioada divorţului, graţie suferinţelor ei nu se pot concentra asupra temelor, iar părinţii lor, fiind prea ocupaţi de propriile suferinţe, nu mai acordă atenţie suficientă reuşitei şcolare sau compor-

tamentului copilului. Studiile au demonstrat că elevii ce provin din familii destrămate prezintă risc sporit de a se lăsa de şcoală şi sunt mai puţin susceptibili de a urma o facultate.

Studiu de caz I

Elevul Valeriu, cl.5, 11 ani 8 luni. Din familie dezmembrată, reconstituită prin concubinaj de 2 ani. S-a adresat cu probleme de chiul şcolar, 240 ore absente, reuşită scăzută, neatestat din cauza absenţelor la 4 obiecte, vagabondaj, adesea nu doarme acasă, conflicte cu mama şi concubinul ei, duşmănie cu fratele mai mic.

Din anamneză şi rezultatele examenului psihologic : Cauza divorţului : maltratarea fizică a mamei, conflicte zilnice cu tatăl biologic. Potrivit deciziei de judecată, mama a rămas cu doi copii într-o odaie. Tata trebuia să plătească indemnizaţii lunare şi să se vadă cu copiii de 4 ori pe lună. Tata nu lucrează oficial şi nu plăteşte lunar indemnizaţiile, nu respectă programul de vizite cu copiii, motivând că este ocupat. Mama a adus în casă alt bărbat, fără ca ambii minori să fie pregătiţi pentru această schimbare. Valeriu mai visează să se întoarcă tata biologic şi este categoric împotriva tatălui vitreg, care vrea să-i înfieze. De aceea zilnic au loc conflicte, băiatul încalcă grosolan orice cerinţe înaintate de concubinul mamei. Doarme pe la prieteni, motivând că va veni acasă când acesta va pleca de la ei.

Terapia individuală, de grup, consilierea mamei, concubinului ei, tatălui biologic, stabilirea unor cerinţe unice, organizarea timpului liber al minorului cu membrii familiei (mama şi-a luat concediu o perioadă mai îndelungată de timp), a readus minorul la normalitate. A dat toate restanţele şi a fost transferat la alt liceu.

Studiu de caz II

Elena, 17 ani, cl. X. Familia s-a destrămat de 8 luni. În familie sunt 2 copii. Sora mai mare (22 ani) nu are probleme după divorţul părinţilor. Minora era ataşată de tată, care asigură familia material şi erau satisfăcute toate capriciile ei.

După plecarea lui din familie eleva a devenit nervoasă, irascibilă, a început să aibă relaţii sexuale dezordonate, nu o respectă pe mama, a scăzut reuşita, deşi a fost eminentă. A avut două tentative de suicid, prin otrăvire cu pastile. Are conflicte cu profesorii, este agresivă cu colegii. Are un comportament provocator, arogant, vestimentaţie extravagantă. Dacă tatal este implicat l la rezolvarea conflictelor, ea se ceartă cu el, folosind un vocabular indecent.

Matricele progresive Raven au indicat IQ peste mediu. Chestionarul Beck – depresie severă. Chestionarul Teylor a depistat un nivel înalt al anxietăţii.

În procesul interviului s-au evidenţiat fricile de viitor ale minorei – că tata se va recăsători şi nu-i va asigura material, nu-i va plăti contractul la universitate, ea nu va avea posibilitate să termine juridica şi să se angajeze avocat ca tata. Psihoterapia individuală şi în grup a fost însoţită de tratament antidepresant. Tata, pentru o perioadă de timp, va fi în familie de 2-3 ori pe săptămână seara şi va petrece mai mult timp cu minora.

Recomandări:

1. Un rol important în perioada divorţului îl are colaborarea soţilor pentru binele copilului. Ei trebiue să înţeleagă că orice copil depăşeşte dificil

despărţirea de un părinte. Conflictele şi violenţa dintre părinţi afectează negativ starea psihică şi emoţională a copilului.

2. Părinţii trebuie să explice pe înţelesul copilului ce se întâmplă între mama şi tata. Este bine ca părinţii să explice copilului că ei vor locui separat însă el rămâne să fie iubit de ambii părinţi şi se va întâlni cu celălalt părinte ori de câte ori va dori.

3. Copilul trebuie să fie convins de ambii părinţi că el nu poartă nicio vină de cele întâmplate şi că ambii părinţi îl iubesc foarte mult, indiferent de faptul dacă trăiesc împreună sau separat.

4. După divorţ şi separarea deplină e necesar de stabilit anumite limite care urmează să fie respectate de ambii părinţi. Limitele asigură copilul că unul dintre părinţi păstrează controlul asupra acţiunilor lui.

5. Părinţii trebuie să fie informaţi cât de mult îl poate afecta divorţul pe copil. Ca părinte, fiecare trebuie să poarte responsabilitate de situaţia creată ca să poată ajuta copilul să depăşească aceste suferinţe, ca să fie cât mai puţin dureroasă pentru copil, asigurându-l că indiferent cum vor trăi părinţii, el rămâne copilul lor iubit şi se va vedea cu fiecare după dorinţa lui.

6. Copiilor de o vârstă mai mică trebuie să li se spună că ei nu au nicio vină prin propriul lor comportament în aceea că părinţii nu vor locui împreună.

7. Copilul trebuie să se întâlnească cu ambii părinţi. În nici un caz nu trebuie folosit copilul ca o armă pentru a amâna divorţul. Această situaţie o pot rezolva doar părinţii.

8. Părinţii trebuie să se abţină de la blamarea celuilalt, de la etichetare, să evite să spună lucruri negative unul despre celălalt în prezenţa copilului, atunci efectele divorţului vor fi minimalizate şi copilul nu va manifesta agresiune faţă de celălalt părinte.

9. Conflictele şi scandalul, comportamentul agresiv al unuia dintre părinţi, implicarea copilului în scandal, manipularea copilului, îndreptarea copilului împotriva celuilalt părinte influenţează negativ sfera emoţional-cognitivă a copilului, apoi comportamentală.

10. Pentru prevenirea divorţului, care se răsfrânge atât de negativ asupra copilului, este necesară pregătirea tineretului către viaţa de familie, ridicarea culturii comunicării eficiente a tinerilor.

Bibliografe

1. Savca L., (2008) *Psihologia personalităţii în dezvoltare*. Chişinău.

2.Scripcaru G., Pirozynski T., Boişteanu P., (1998). *Ataşamentul şi proiecţia sa comportamentală*. Ed., PsihOmnia, Iaşi 206 p.

3.http://www.pleteriu.ro/articol/Efectele-divortului-asupra-copiilor

4. http://www.sanatateabuzoiana.ro/terapeutul-tau-copii-in-criza/#.UiYoYH-smjI

CERCETĂRI, ANALIZE ŞI RECOMANDĂRI

SONDAJUL DE CARACTERIZARE PSIHOLOGICĂ A ECHIPEI DE CICLIŞTI DE ELITĂ DIN IRAN

THE SURVEY OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ELITE CYCLISTS OF IRAN

Edgar SHAMOUNIAN, Kambiz KAMKARY, Farshad TOJARY, Naghmeh KARIMINEZHAD, Najmeh GHOLAMSHAHI, Narges GHOLAMSHAHI

Termeni - cheie: caracteristici psihologice, personalitate, cognitive, biciclişti

Abstract

Scopul acestei cercetări constă în studierea caracteristicilor psihologice ale subiecţilor din echipele naţionale de ciclism din Iran. S-a studiat caracteristicile psihologice: trăsăturile de personalitate şi cognitive ce conturează personalitatea subiecţilor şi care conduc la obţinerea succesului în ciclism. În lotul de cercetare au fost incluşi toţi membrii echipelor nationale de ciclism din Iran, atât juniori şi seniori, grupuri pe disciplina de rezistenţă şi viteză. În acest studiu au fost utilizate următoarele instrumentele de măsurare: Scala de Inteligenţă Teheran - Stanford - Bineh, Chestionar de măsurare a Rezistenţei Madi şi Kobasa şi Testul de Personalitate Multifactorial Minnesota (MMPI - 2RF), Fiabilitate, validarea şi standardizarea inventarului MMPI au fost efectuate de către Kamkary şi Shokrzadeh (2009).

Pentru a analiza rezultatele obţinute şi pentru corelarea rezultatelor au fost utilizate multivariate metode statistice. Rezultatele au arătat că nu a existat nici o diferenţă semnificativă între profilul de biciclişti iranieni şi standardele de informaţii internaţionale şi numai memoria de lucru a acestor oameni a fost mai mare decât nivelul normal . Rata de angajare, controlul si rezistenta (total) au fost mai mari decât nivelul mediu sau aşteptat la biciclişti, în timp ce provocarea a fost mai mică decât nivelul aşteptat de populaţie. Apariţia simptomelor de depresie, isterie, psihopatie, schizoidă şi stări maniacale la biciclişti au fost depistate la nivelul aşteptat de populaţie, dar accentuaţiile de character ca paranoic, nivel înalt de anxietate şi de stres au fost mai mari decât se aştepta, iar starea hypochondrică este mai mică decât sunt normele generale în societate.

Keywords: psychological characteristics, personality, cognitive, cyclists

Summary

The purpose of this research was to study the psychological characteristics of national cycling teams of Iran. The main research question was discussed as what

is the underlying psychological characteristics (personality – cognitive) lead to the success of Iranian elite cyclists.

The statistical population included all members of national cycling teams of I. R. Iran in both junior and senior groups of endurance and speed disciplines. Due to the number of statistical population members which was 22 as well as the descriptive pattern of the current study and the method of survey, sampling has not been accomplished and all of statistical population was assumed as sample. The measurement instruments were used in this study was Tehran– Stanford- Bineh Intelligence Scale, Hardiness Questionnaires Madi and Kobasa, and Minnesota Multiphasic Personality of Restructure Form Inventory (MMPI-2RF). Reliability, Validation and Standardization of the last mentioned inventory have been carried out by Kamkary and Shokrzadeh (2009).

Eventually, multiple analysis variance and multivariate regression statistical models were used in order to analyze the data and to test the research questions. The results showed that there was no significance difference between the profile of Iranian cyclists and intelligence standards and only working memory of these people was higher than normal extent. Commitment rate, controlling and hardiness (overall) were higher than average or expected level in cyclists, while challenging was lower than the expected level in population. The appearance of depression symptoms, hysteric, psychopathic, schizoid and manic in cyclists were within the level the expected in population, but paranoid, anxiety and stress were higher than expected and hypochondrias specification is less than expected of society norms.

Introduction

Sport management is one of the new-born sciences which have been grown in to different branches including sport psychology. Sport management areas are closely connected to sport psychology, meaning that they both are necessary for managing elite athletes and providing them with ideal environment. Combination of two mentioned sciences resulted in management sport psychology appearance (Zartoshtian, 2007).

Subjects such as mental health, motivation in athletic, cognitive empowerment and self-esteem are considered as psychological constructs applicable in both sport management and sport psychology. New practices need to be proposed in order to identify mental health, personality characteristics, intelligence profile and creativity in elite athletes leading to performance enhancement (Kamkary, 1997).

The components of mental health are discussed in personality related fields and Minnesota Multiphasic Personality of Restructure Form Inventory (MMPI-2RF) is the appropriate instrument in measuring personality characteristics emphasizing on mental health. Intelligence profile is another major construct in sport psychology with great importance in elite athletes' performance. Therefore, intelligence, personality and mental health profiles are among most important psychological constructs affecting the performance of elite athletes (Shahintab, 2009).

Personality characteristics of elite cyclists are different from amateur ones. Sport psychologists professional in cycling are constantly trying to enhance the mental health in speed cyclists and

to suggest suitable methods in order to control the excitements. Developing cognitive abilities will assist them to improve the quantitative reasoning in endurance cyclists and to carefully plan the timing of well-proportioned moves such as sudden attacks (Sohrabi, 2008).

A research carried out by Gholamshahi and Kamkary in 2009, identified the effectiveness of psychological interventions of Elise Excitement Oriented Approach on mental health of female members of cycling national team and founded out that they did not experience good mental and good health situation and they needed consultation. Moreover, there were a significant relationship between mental health and performance in a way that any increase in mental health would enhance the performance of female cyclists especially in endurance riders (Gholamshahi, 2009).

Some ambiguities exist regarding psychological factors leading to successful sport performance in cycling records and International rankings. Therefore, insufficient reviews concerning impact of psychological factors are the main theme of current study. Psychological characteristics deal with psychological constructs and are expressed via two terms of personal and cognitive characteristic. Personal characteristics are related to personality models of mental health and personal weaknesses. However, intelligence and creativity (cognitive characteristics) are connected to mental abilities. Several researches about effective factors on sport success showed that mental health will increase sport success (Besharat, 2005). Moreover, mental hardiness will increase mental success (Kamkary and Shokrzadeh, 2007).

Eventually, it has been recognized that cognitive abilities and intelligence profile have decisive role in skill-based sports (Shahintab, 2008). According to the research literature review, we can say that intelligence profile has no significant impact on endurance runs (Stine, 2006). Meanwhile, there is no significant impact of mental health on successful performance in karate (Hajian, 2002). In handball also no significant relationship has been proved among mental hardiness, intelligence and creativity in successful athletes. However taking into consideration the contradiction in research literature review, the research issues were to identify the share and role of intelligence profile, mental health profile and mental hardiness profile on sport success of Iranian elite cyclists.

Although some researches showed high level of mental hardiness in athletes in comparison with non-athletes (Kamkary and Shokrzadeh, 2007), still we were not able to present valuable reasons regarding mental health characteristics of cyclist of national team and there were some ambiguities. Such ambiguities also existed regarding intelligence profile of cyclists of national team. External researches emphasized on increasing audio-visual processing and resistance in quantitative reasoning ability in sprint riders (Marnius 2008 and lincuine, 2000).

No documentary, however, have been found regarding cognitive characteristics specially intelligence profile of national team cyclists and we feel lack of theory and empirical findings.

Thus, the main question of this research was ‘’ what are the psychological characteristics (personality & cognitive)

leading to athletics success in Iranian elite cyclists? ''.

Also, three secondary questions based on the main subject were:

- How was the cognitive profile (intelligence) of national team cyclists?
- How was the hardiness profile of national team cyclists?
- How was the personality profile of national team cyclists?

To defend the importance of the current research, considering the great share cycling has in quantity of Olympic and Asian medals, almost 18 medals in individual and group disciplines on one hand, and the growing capacities of this sport within the country on the other hand, necessitated creation of proper ground for growing scientific hypothesis in cycling. Scientific professionalization along with research-oriented approach would assist the latter to happen.

Development or dissemination of sport nutrition, conditioning and most important, sport psychology for cycling; has been considered as a strategic action which would support the future scientific research findings in cycling for long term period.

Careful study of personality characteristics as well as mental health and intelligence profiles of Iranian elite riders, comparing them with International standards led to carry out a psychological assessment in order to take applied measures to decrease the gap between current and desirable situation.

After reviewing cyclists psychological characteristics precisely in both junior and senior aged grouped (sprint and endurance), useful information were collected for psychological interventions which would increase the psychological empowerment in elite cyclists. Through identification of intelligence profile, we would be able to gain access to psychological interventions in cognitive areas such as attention, concentration, concentration recovery, quantitative reasoning, and visual-spatial processing and so on. Cognitive empowerment in training and competition planning for sprint and endurance riders are of great importance. Endurance riders, who did not possess the ability to plan sudden attacks using quantitative reasoning, have not used their maximum capacity. Sprint riders who did not develop visual-spatial processing ability, would not be able to complete their attacks in stressed conditions and would not gain desirable balance according to aerodynamics rules.

Multidimensional planning in psychological interventions, especially mental health construct would be the outcome of this current research. Mentioned procedure has been called special mission in applied sport psychology which is considered as a tool in sport management.

Research Methodology

A descriptive study based on survey was the research methodology. Current research analyzed the relationship among research variables (intelligence, hardiness and personal characteristics). The process involved in descriptive studies only reviewed the causal relationship of variables as well as current status and none of variables were changed.

All national team riders at both junior and senior aged group (sprint and

endurance) formed the research population. Since all members of research population were accessible and it was possible to prepare a name list of all, the research populations were among finite population. Therefore, research population composed of 22 cyclists. Hence, sampling was not used and the whole research populations were considered statistical population using census method.

Below table shows the sampling categories of populations

Group	Junior		Senior		Total
Index	Speed	Endurance	Speed	Endurance	
Frequency	4	7	6	5	22
Percentage	18.2	31.8	27.3	22.7	100

Tehran- Stanford Binet intelligence test, Kobbasa and Maddi hardiness questionnaire and MMPI-2RF were used as research assessment tools.

Tehran- Stanford Binet Intelligence Test

The test possesses validity regarding its content, criteria and construct.

Professional judgment, convergence of main constructs and empirical analysis of questions were used to assess the content validity of mentioned intelligence criteria (Kamphaus, 2003).

The test included two subtests of verbal intelligence and nonverbal intelligence. It also composed of ten subtests in two combined area of verbal intelligence index and nonverbal intelligence index, each of them had five subtests. It should be mentioned that each factor has been measured in both verbal and nonverbal methods and in total the test had five factors.

The reliability of Stanford Binet intelligence test, concerning the internal consistency approach was varied from 0.95 to 0.98 for total intelligence, from 0.90 to 0.92 for each five factors and 0.84 to 0.89 for each ten subtests. In addition, reliability studies of examiners and test-retest showed consistency and stability of this test as all scores were above 0.75.

In other words, reliability scores for total index, nonverbal, verbal and shortened form of the test were 0.98, 0.95, 0.96 and 0.91 respectively by using split-half model and correction by Spearman-Brown formula, all of which showed desirable stability. Cases with reliability score higher than 0.90, suggested desirable psychometric characteristics relating to internal consistency of mentioned test (Korni, Barbara and Gilman, 2004).

To estimate the reliability score of Stanford Binet intelligence test, split-half modeling was used for scores of ten subtests; four in intelligence areas and five factors. Then Spearman-Brown formula was used to correct the scores.

All reliability scores were above 0.70 which indicated the internal consistency of the test (Royd, 2005).

Kobbasa and Maddi Hardiness Questionnaire

Hardiness questionnaire had 50 items. The scale contained 17, 16 and 17 items for measuring challenge, commitment and control, respectively. Scores of 39 items were considered inverted.

In total, one score was given to hardiness and three were given to three separated factors.

Studies showed that hardiness factors; commitment, control and challenge had reliability scores of 0.70, 0.52 and 0.52 correspondingly and 0.75 for hardiness as a whole. Worth mentioning that the above scores were the least scores reported bye the various studies. It meant that most reliability scores were above 0.80 for three factors of hardiness and hardiness itself (Kusaka and Morttaka 1996).

Findings of other researches showed that reliability scores of other hardiness scales were 0.79, 0.78 and 0.64 (Sheperd and Kashani, 1991).

Different studies have been done on validity of personal point of view questionnaire. Primary review carried out on twenty executive managers by Kubasa et al.

Managers with high level of hardiness were divided from managers with low level of hardiness. Numbers showed, people those who were higher in hardiness, had higher score rather than those with low level of hardiness concerning empirical aspect (enjoying physical activity, to be interested in physical activity, having good temper, importance of activity and feeling of having no support from others).

Minnesota Multiphasic personality of restructure form inventory (MMPI-2RF)

MMPI-2RF measured the personality construct, reliability of which has been assessed and has been validated and standardized by Kamkary and Shokrzadeh (2009).

The new MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2RF) had been released in the year 1943 for the first time. The original authors of MMPI were Hathaway and Mekinley. They wished to solve the problem of personality studies of psychologists. Considering the main responsibility of clinical psychologists and psychiatrists during 1930 and 1940 decades, which was primary medical diagnosis, the routine measures taken were interview, assessment of mental condition and mental tests for each client.

Experience proved that written test administered to a group of examinees were more effective in mental assessment.

Since in epidemiological studies of mental issues and standardization of mental health the emphasis should be on precise review and quantitative norms, a research was carried out concerning reliability and standardization of 71 item MMPI questionnaire on students of imam Sadeq University (1514 sample subjects). Psychometric analysis indicated the internal validity of the current questionnaire as well as content and external validity (criterion). In addition the reliability score reported at 0.71 which was acceptable. Therefore the 71 itemed questionnaires invented and standardized by Baraheni and Okhoval could be used for future studies (Kamkary, 1998).

MMPI-2RF was introduced as an accurate alternative tool to long form MMPI after one-year precise psychological estimation.

It had one validity profile and four profiles concerning clinical scales including reliability scores higher than 0.85 in all scales (Kamkary and Shokrzadeh 2009).

Researches finding

Table 1.

One sample t-test related to cognitive profile review of national team cyclists

N/o	Variable	Theoretical mean	Empirical mean	T value	Degree of freedom	Significance level
1	Nonverbal Intelligence	100	104.86	1.66	21	0.111
2	Verbal Intelligence	100	100.22	0.07	21	0.939
3	Intelligence Quotient	100	102.45	0.93	21	0.360
4	Fluid Reasoning	100	102.72	1.02	21	0.319
5	Knowledge	100	96.68	-1.08	21	0.290
6	Quantitative Reasoning	100	105.27	1.63	21	0.117
7	Visual-spatial Processing	100	96.40	-1.39	21	0.179
8	Working Memory	100	109.59	3.31	21	0.003

Considering the result showed in table-1, there was no significant difference between empirical and theoretical means as far as quantitative reasoning, fluid reasoning, knowledge, visual-spatial processing, verbal and non-verbal intelligence and intelligence quotient was concerned ($\alpha=0.05$). Therefore similar values in empirical and theoretical means proved that the intelligence levels of Iranian national team cyclists were at the expected level (society norms).

Whereas, there was a significant difference in working memory between empirical and theoretical means ($\alpha=0.01$).

It should be mentioned that empirical mean was higher than theoretical mean in working memory. As a result it could be indicated that working memory of Iranian national team riders was higher than expected level (society norms).

Table 2

One sample t-test related to mental hardiness profile review of national team cyclists

No	Variable	Theoretical mean	Empirical mean	T Value	Degree of freedom	Significant level
1	Commitment	25.5	30.89	2.36	18	0.030
2	Challenge	25.5	21.17	-3.35	16	0.004
3	Control	24	34.45	6.08	19	0.001
4	Mental Hardiness	75	87.35	2.43	13	0.030

As showed in table 2, it could be noticed that there was significant difference between empirical and theoretical means in commitment, control, challenge and mental hardiness at level of α=0.05. Higher level of empirical mean rather than theoretical mean in commitment, challenge and mental hardiness and vice versa in control factor resulted in higher level of commitment, challenge and mental hardiness factors in Iranian national team cyclists, which was higher than the expected level according to the norm of society. This was while the control factor had a lower level than expected by the researcher (society norms).

Table 3

One sample t-test related to personality profile review of national team cyclists

N/o	Variable	Theoretical mean	Empirical mean	T Value	Degree of freedom	Significance level
1	Hypochondria	12	5.86	-7.79	21	0.001
2	Depression	20	18.59	-0.74	21	0.464
3	Hysteric	18	18.18	0.11	21	0.906
4	Psychopath	16	17.40	0.94	21	0.355
5	Paranoid	8	12.77	4.18	21	0.001
6	Anxiety and stress	25	17.13	-4.45	21	0.001
7	Schizoid	24	20.04	-1.79	21	0.087
8	Manic	17	18.95	1.20	21	0.242

As indicated in table 3, there was no significant difference between theoretical and empirical means in depression, hysteric, psychopath, schizoid and manic variable (α=0.05).

Concerning the similar level of empirical and theoretical means, it could be said that the mentioned personality characteristics possessed by Iranian national team riders were within the expected level (society norms).

Whereas, there was a significant difference between empirical and theoretical means as far as hypochondria, paranoid, anxiety and stress were concerned (α=0.01).

It is notable that empirical mean in hypochondria, anxiety and stress was lower than theoretical mean but higher in paranoid variable. Therefore, level of hypochondria, anxiety and stress were lower than expected level (society norms) in Iranian national team cyclists. While paranoid was higher than the society norm.

Discussion

In current research the psychological characteristics (personality and cognitive) of Iranian national team cyclists were reviewed. Cognitive characteristics composed of intelligence and personality characteristics. Athletes as a cultural population of the society are highly notable and their responsibility to spread the sport culture within the society will solve the current needs for better fulfillment of what has been mentioned. Identification of cognitive

and personality characteristics of elite athletes at professional level has been considered as a hint and open ended paths in order to determine the sport planning procedure and to provide the sport planners with vital information.

As a result, during recent years, athletes cognitive and personality characteristics have been studied widely as it has been the main objective of sport psychologists.

It is also considerable to indicate that mental hardiness as an outstanding characteristic of athletes has gone through a lot of review. The following result revealed, by using one sample t-test statistical model:

Question no 1. How was the cognitive profile (intelligence) of Iranian national cyclists?

The answer to the above question was analyzed by using one sample t-test. Findings showed that intelligence level of national team members were within society norms level considering verbal and nonverbal areas as well as fluid reasoning, knowledge, quantitative reasoning and visual-spatial processing.

As far as working memory was concerned, however, the estimated mean was higher than average level of the society norm and difference was significant ($\alpha=0.01$). Since there was no significant difference between intelligence profile of Iranian national team cyclists and intelligence standards and only they were higher in working memory than the normal range, it could be mentioned that findings were contradicted to the similar researches carried out by Kamkary (2007), Mansoobifar (2009), Shahintab (2001), Navabi (2008) and Halaji (2008) as the related result showed high level intelligence in elite athletes. Although no significant difference has been found regarding intelligence profile of endurance and sprinters, it could be said that Iranian national team cyclists possessed average cognitive ability during the year of 2009. The claim could be confirmed according to their educational background and the time they devoted to study, so we reached to the fact that only five of the subjects were within intelligence level.

Question no 2. How was the mental hardiness profile of Iranian national team cyclists?

One sample t-test were used to analyze the findings and it showed higher level of commitment, control and hardiness (in total) in subjects rather than the expected average level; whereas, challenge was lower than expected level (society norm). Worth mentioning that mean differences were significant at $\alpha=0.01$ level.

Comparing the current research findings with previous one on mental hardiness (Kamkary and Shokrzadeh 2007, Shakernya and Mohammadpour 2009 and Richard 2003) it was concluded that mental hardiness of subjects especially in commitment and control variables were higher than normal level of society and the results were similar. Previous studies also indicated higher level of mental hardiness in elite basketball players as well as amateur athletes.

Question no 3. How was the personality profile of Iranian national team cyclists?

As two previous questions the answer were analyzed by one sample t-

test statistical model. Results showed the level of depression, hysteric, psychopath, schizoid and manic in cyclists were within the normal range of the society. Whereas paranoid, was higher than expected level. Hypochondria, anxiety and stress were lower than the society level.

Differences were significant at α=0.01 level. Findings of current research regarding paranoid was contradictory to previous findings (Wang 1986, Schaubhut 2006, Hughes et al 2003 and Geron 1987) which reported personality characteristics of athletes strong in extroversion, independence seeking, expression and leadership and normal in other important personality features.

However it was similar to research done by Cratty (1989) which indicated that athletes had high level of anxiety.

References:

1. Cratty;B.J,(1989), psychology in contemporary sport(3rd.ed) Englewood cliffs, N J: prentice Hall.

2. Geron, E; Weingarten, G; Hietalahti, B; Goldbourt, V; (1978), Relationship between MMPI score and competitive behavior. International symposium on psychological assessment in sport, Wingate Institute for physical Education and sport , Netanya , Israel.

3. Gholamshahi, N, (2009), the Effects of Albert Alice Approach Psychological Interventions on National Women Cycling Team Participating in Asian Championship, Islamic Azad University, Research Sciences Branch.

4. Halaji, M, (2008), The effects of Transformational and Task-Oriented Leadership on Job Satisfaction and Commitment of Handball Coaches of Super League, Islamic Azad University, Central Branch.

5. Hughes; Sherri Lind, case; H.samuel, stuempfle; Kristin.j, Evans; Deborah.s (2003) personality profiles of Iditasport Ultra-Marathon participants, journal of applied sport psychology, 15:256-261.

6. Kamkari, K, (1997), the Comparison of Self-esteem of Male and Female Athletes Practicing Basic Disciplines at National Levls, Swimming, Diving, Track and Fields and Gymnastics, Islamic Azad University, Roodehen Branch.

7. Kamkari, K; Kiomarsi, F; Shokrzadeh, Sh; (2007), Measurement Methods, Islamic Azad University Publications, Islamshahr Branch.

8. Navabi, Sh, (2008), the Survey of Personality Characteristics of Elite Chess Players, Islamic Azad University, Central Branch.

9. Schaubhut; Nancy.A, Donnay; David.A.C, and Thompson; Richard.c, (2006) , personality profile of north American professional football players, Annual convention of the society and organizational psychology, dallas,TX,May 5-7.

10. Shahintab, M, (2009), the Effects of Psychological Interventions on Characteristics, Emotional Intelligence and Competitive Anxiety Profiles and Sport Performance of Elite Basketball Players, Shahid Beheshti University.

11. Shakeriniya, I; Mohammadpour, M, (2009), A Survey of Psychological Characteristics of Elite Mountain Climbers, Journal of Psychology, Issue 27.

12. Sohrabi, M, (2008), Cycling Psychology, Sport Psychology Department of National Olympic Academy of Iran.

13. Zartoshtian, Sh, (2007), the Effects of Leadership Styles on Sport Motivation of Elite Super League Basketball Players, Teacher Training University.

OPINII ŞI DISCUŢII

STAREA SUBIECTIVĂ DE BINE ÎN FUNCŢIE DE TIPUL DE PERSONALITATE

STATUS SUBJECTIVE WELL VERSUS OF PERSONALITY TYPE

Angela POTÂNG, Anna ŞIŞIANU

Termeni-cheie: calitatea vieţii, fericire, bunăstare emoţională, bunăstare materială, extraversiune, introversiune, starea subiectivă de bine.

Abstract

Acest studiu a fost realizat în contextul interesului în creştere în evidenţierea factorilor responsabili de menţinerea bunăstării psihologice în rândul tinerilor. Astfel, pentru a studia aceste subiecte am întreprins două seturi experimentale. Primul set experimental, realizat pe 50 de persoane, a avut ca scop delimitarea conceptelor de fericire, pentru determinarea factorilor responsabili de fericire şi extaz şi a identifica ierarhia componentelor fericirii.

Rezultatele arată că viziunea tinerilor asupra fericirii este asociată cu dragoste, satisfacţie în relaţiile de familie, bucurie, sănătate, realizări şi bogăţie materială. Printre factorii care pot determina fericirea s-au observat două direcţii: factori dependenţi şi factori independenţi. Astfel, la factorii independenţi se referă: dragoste, sănătate, mediu, şansă, societate, circumstanţele şi stabilitate, în timp ce factorii dependenţi includ - munca, familia, dedicare, relaţii interpersonale, bunăstare materială, perseverenţă şi curaj. S-a observat că pentru tineri, fericirea presupune sănătate, satisfacţie în relaţiile de familie, în timp ce aspectul material a fost plasat tocmai pe poziţiea a şasea, iar viaţa socială - pe a opta. Sondajul a fost realizat pe un lot de 90 de persoane, a implicat determinarea relaţiei dintre stat şi subiectiv şi tipul de personalitate al tinerilor (extrovertit sau introvertit).

S-a constatat că extravertiţii au mai multe şanse decât introvertiţii pentru a avea o bunăstare mai bună, si chiar fericire, în timp ce bunăstarea şi fericirea la introvertiti este mult mai stabilă. La aceştia din urmă ea depinde strict de sentimentele interioare şi de percepţii adecvate. Bunăstarea tinerilor variază în funcţie de tipul de personalitate: bunăstarea extravertiţilor este flexibilă, variind în funcţie de ceea ce se întâmplă în exterior, dar poate atinge cele mai înalte niveluri, având senzaţia de bucurie intensă şi chiar fericire. Introverţii sunt preocupaţi de bunăstare.

Keywords: quality of life, happiness, emotional well-being, material well-being, extroversion, introversion, subjective state well.

Summary

This research was done in the context of increasing interest in highlighting the factors responsible for maintaining psychological well-being in young people. Thus, to study this subjects we have achieved two experimental sets:

The first experimental set, done on 50 people, was aimed at delimiting concepts

for happiness, for determining the factors responsible for the happiness and bliss to identify the hierarchy of happiness components. The results showed that the youngsters vision on happiness is associated with love, satisfaction, family and interrelations, joy, health, achievements and material wealth. Among the factors that may cause happiness were observed two directions: independent and dependent factors – subordonate by themselves and their efforts. Thus, independent factors are considered: love, health, environment, chance, society, circumstances and stability; while dependent factors include - work, family, dedication, interpersonal relations, material welfare, perseverance and courage. It was noted that for young people, happiness involves health, family and emotional well-being, while the material aspect was placed precisely on the sixth position, and social life - on the eight.

The second experimental assembly, conducted on 90 individuals, involved determining the relationship between subjective well state and personality type of the youngsters (extrovert or introvert). It was found that extraverts are more likely than introverts to live more intense wellbeing, and even happiness, while introverts's wellbeing and happiness is more stable as strictly depends on inner feelings and proper perceptions.

Wellbeing of young people varies according to the type of personality: extroverted wellbeing is flexible, varying depending on what happens on the outside, but can reach the highest levels, people feeling intense joy and even happiness. The opposite side is occupied by the wellbeing of introverts, its intensity is much lower while the stability being much higher.

Introducere

Dacă în trecut emoţiile negative erau investigate de zeci de ori mai mult decât cele pozitive, în ultimul deceniu s-a atestat o creştere a interesului pentru evidenţierea factorilor responsabili de menţinerea bunăstării psihologice. Astăzi, tot mai des observăm că oamenii sunt în căutare de fericire şi de factorii ce o pot crea. Indiferent de faptul că ar fi un concept subiectiv şi că fiecare dintre noi găseşte fericirea în ceva caracteristic personal, s-a demonstrat că termenul aferent *fericirii*, cel de *calitate a vieţii* poate fi măsurat şi obiectiv, prin indicatori cuantificabili sociali, economici şi de sănătate.

Esenţa stării de bine, ca şi satisfacţia personală, pot să nu se regăsească printre indicatorii tradiţionali, adaptaţi pentru o oarecare societate, de aceea există o necesitate obiectivă – de a descoperi sau inventa scale şi indicatori prin intermediul cărora s-ar putea măsura fericirea, indiferent de faptul că oamenii evaluează diferit condiţiile de viaţă, fiind conduşi de propriile expectanţe, valori şi experienţe [5].

Însăşi denumirea "starea de bine" implică evaluarea propriei vieţi. Dincolo de prosperitatea materială, percepţia calităţii propriei vieţi este rezultatul unei „filtrări" a experienţelor trăite prin intermediul unor scheme sau judecăţi de valoare referitoare la ceea ce înseamnă satisfacţie de viaţă (*life satisfaction*) şi fericire (*happiness*) [4].

Tipul de personalitate (extravert sau introvert) determină modul în care gîndim, acţionăm şi stabilim relaţiile cu cei din jur. Dacă simţirile extraverţilor cu uşurinţă pot fi citite în exterior, prin intermediul mimicii, timbrului şi intensităţii vocii, acţiunilor şi cuvintelor, ceea ce simte un introvert va ieşi la iveală doar dacă acesta va dori să-şi exteri-

orizeze sentimentele, ceea ce se poate întâmpla foarte şi foarte rar.

Oare există vreo diferenţă între starea de bine a extroverţilor şi cea a introverţilor? Mai fericite sunt persoanele care au nevoie de stimulare exterioară sau cele ce au nevoie de una interioară? Ce este mai important pentru "fericire" – relaţiile cu ceilalţi sau echilibrul sufletesc?

Abordarea psihologică a stării de bine

Există patru termeni care prea des se confundă: bucuria, fericirea, starea de bine şi calitatea vieţii. Chiar de au multe în comun şi descriu aceeaşi sferă, ar trebui desemnată diferenţa, şi anume: *bucuria* este una dintre emoţiile de bază, având caracter elementar, intensitate ridicată, stabilitate redusă şi o expresivitate observabilă. *Fericirea* nu este altceva decât o stare de spirit, are un caracter mult mai profund, intensitate şi stabilitate variabilă. *Starea de bine* este trăirea noastră în momentele de bucurie şi fericire. *Calitatea vieţii* este determinată de intensitatea stării de bine şi desigur – de prezenţa fericirii.

- **Componentele fericirii şi stării de bine**

Psihologul american Martin Seligman arată – pe baza studiilor de specialitate – că fericirea are trei componente („fericiri") diferite:

1) Fericirea produsă de ceea ce faci (ex. faci sport, gândeşti, ieşi cu prietenii etc.) – Viaţă Plăcută**;**

2) Fericirea produsă de îndeplinirea/ satisfacerea dorinţelor personale care exprimă punctele tari pe care le avem ca indivizi (ex. realizarea unui proiect dacă eşti un om de ştiinţă etc.) – Viaţă Bună**;**

3) Fericirea produsă de îndeplinirea/ satisfacerea dorinţelor transpersonale (ex. norme şi valori asumate de noi şi comunitate) – Viaţă cu Sens**.**

Conform OMS, starea de bine are următoarele componente:

☆ Acceptarea de sine – atitudine pozitivă faţă de propria persoană, acceptarea calităţilor şi defectelor personale, percepţia pozitivă a experienţelor trecute şi a viitorului;

☆ Relaţii pozitive cu ceilalţi – încredere în oameni, sociabilitate, intimitate, nevoia de a da şi de a primi afecţiune, atitudine empatică şi deschisă;

☆ Autonomie – independenţă, hotărâre, subiectul rezistă presiunilor exercitate de grup, se evaluează pe sine după standardele personale, nu este excesiv de preocupat de expectanţele şi evaluările celorlalţi;

☆ Control – sentiment de competenţă şi control personal asupra sarcinilor, creează oportunităţi pentru valorizarea nevoilor personale, face opţiuni conforme cu valorile proprii;

☆ Sens şi scop în viaţă – subiectul este direcţionat de scopuri de durată medie şi lungă, de experienţa pozitivă a trecutului, de bucuria prezentului şi relevanţa viitorului, de convingerea că merită să te implici [6, 7].

- **Teoria stării de bine versus teoria autentică a fericirii**

Seligman, în "Teoria stării de bine", spune că *starea de bine (well-being)* este un construct ce stă la baza psihologiei pozitive. Starea de bine are cinci elemente componente (PERMA):

1) emoţia pozitivă
2) angajamentul
3) relaţiile
4) sens şi scop
5) realizarea

Nici unul dintre elementele componente enumerate nu definesc starea

de bine, dar fiecare contribuie la ea. Unele aspecte ale elementelor date sunt măsurate subiectiv în baza raportului / evaluării personal(e), dar altele pot fi măsurate obiectiv.

În Teoria autentică a fericirii se vorbeşte despre faptul că anume *fericirea* este conceptul de bază al psihologiei pozitive şi este descris de trei elemente: emoţia pozitivă, angajamentul şi sensul, fiecare dintre acestea având aport direct către calitatea vieţii şi satisfacţia ei şi este evaluată individual de fiecare dintre noi.

Există totuşi o clarificare concretă: în Teoria autentică a fericirii, puterea şi virtuţile – bunătatea, inteligenţa socială, umorul, curajul, integritatea etc. – definesc angajamentul. În Teoria stării de bine, toate aceste virtuţi sunt înrolate în cele cinci elemente.

Aşadar, diferenţa dintre aceste două teorii este ilustrată în tabelul 1.

Tabel 1

Teoria autentică a fericirii versus Teoria stării de bine

Caracteristici / Teoria	**Teoria autentică a fericirii**	**Teoria stării de bine**
Concept-cheie	Fericirea	Starea de bine
Măsoară	Satisfacţia de viaţă	Emoţia pozitivă, angajamentul, relaţiile pozitive, sensul şi realizarea
Scop	A intensifica satisfacţia de viaţă	A spori prosperitatea/ ”înflorirea” prin intensificarea emoţiei pozitive, a angajamentului, a relaţiilor pozitive, a sensului şi a realizării

Teoria autentică a fericirii este unidimensională – este despre ”a fi bine”, susţinând că de alegerea cursului vieţii noastre va depinde intensificarea a ceea ce simţim – ”maximalizarea binelui”. Teoria stării de bine are cinci faţete, baza acestor elemente constituind-o puterea. Teoria stării de bine este pluralistă prin metode şi prin esenţă: emoţia pozitivă este o variabilă subiectivă, definită de ce crezi şi simţi [2].

Metodologia cercetării

• Primul montaj experimental

Pentru a identifica reprezentarea socială a fericirii, subiecţii (50 de persoane: 25 fete şi 25 băieţi, cu vârsta cuprinsă între 20-26 ani; 30 studenţi ai Universităţii de Stat din Moldova (câte 5 fete şi 5 băieţi de la următoarele facultăţi: Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, Ştiinţe Economice, Drept); 10 studenţi ai Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie “Nicolae Testemiţanu” (Medicină Generală); 10 studenţi ai Universităţii Tehnice din Moldova (facultatea de Calculatoare, Informatică şi Microelectronică)) au fost rugaţi să realizeze 3 sarcini:

1. Să numească 3 asociaţii pentru FERICIRE
2. Să identifice factorii independenţi şi dependenţi ce le aduc fericirea
3. Să aranjeze în ordine ierarhică cele 8 componente ale Modelului Rahman: Familie, Sănătate, Prieteni, Muncă şi activitate, Bunăstare materială, Viaţa socială, Siguranţă, Bunăstare emoţională.

Prima sarcină s-a soldat cu următoarele rezultate (vezi tab. 1):

Tabelul 2

Asociaţii pentru FERICIRE

Fericirea se identifică cu:	Frecvenţa (f)	Frecvenţa (%)
Dragoste	33	66
Satisfacţie	23	46
Familie	20	40
Interrelaţii	20	40
Bucurie	17	34
Sănătate	15	30
Realizări	13	26
Bunăstare materială	7	14

Din cele reflectate în tabelul 2 conchidem că 33 persoane (66%) identifică fericirea cu dragostea, 23 persoane (46%) – cu satisfacţia, 20 persoane (40%) – cu familia şi interrelaţiile, 17 persoane (34%) – cu bucuria, 15 persoane (30%) – cu sănătatea, 13 persoane (26%) – cu realizările şi 7 persoane (14%) – cu bunăstarea materială.

A doua sarcină a dezvăluit următoarele rezultate (tab. 3, 4):

Tabelul 3

Factori independenţi – motiv al fericirii

Factori independenţi	Frecvenţa (f)	Frecvenţa (%)
Oferirea afectivităţii din partea persoanelor semnificative	25	50
Sănătate	22	44
Ambianţă	17	34
Noroc	14	28
Societate	10	20
Circumstanţe	8	16
Stabilitate	5	10

Potrivit datelor reflectate în tabelele 3 şi 4 se observă că tinerii consideră că pentru fericire au nevoie de mai mulţi factori independenţi, decât de cei dependenţi de propriile forţe, desluşim şi un alt mesaj: tinerii conştientizează că trebuie să muncească, să se dedice, să fie perseverenţi, iar sănătatea, afectivitatea şi circumstanţele le servesc ca imbold pentru a realiza ceea ce-şi propun.

Dintre factorii independenţi ce determină fericirea: 25 de persoane (50%) consideră dragostea, 22 persoane (44%) – sănătatea, 17 persoane (34%) – ambianţa, 14 persoane (28%) – norocul, 10 persoane (20%) – societatea, 8 persoane (16%) – circumstanţele şi 5 persoane (10%) – stabilitatea.

Tabelul 4

Factori dependenţi – motiv al fericirii

Factori dependenţi	Frecvenţa (f)	Frecvenţa (%)
Activitate	20	40
Familie	15	30
Dedicaţie	14	28
Relaţii interpersonale	13	26
Bunăstare materială	11	22
Perseverenţă	10	20
Curaj	10	20

Dintre factorii dependenţi ce asigură fericirea, 20 persoane (40%) optează pentru activitate, 15 persoane (30%) – pentru familie, 14 persoane (28%) – pentru dedicaţie, 13 persoane (26%) – pentru relaţii interpersonale, 11 persoane (22%) – pentru bunăstarea materială, câte 10 persoane (câte 20%) – pentru perseverenţă şi curaj.

Definind componentele fericirii, Rahman vine cu ideea de a egala con-

ceptele *fericire* şi *calitate a vieţii*, enumerând următoarele elemente ce se cuprind în acestea: *Familie, Sănătate, Prieteni, Muncă şi activitate, Bunăstare materială, Viaţă socială, Siguranţă, Bunăstare emoţională.*

Subiecţilor li s-a cerut să ierarhizeze elementele-componente ale fericirii. Rezultatele obţinute sunt prezentate în tabelul 5:

Tabelul 5

Ierarhizarea elementelor componente ale fericirii

Poziţia	**Sfera**
I	Sănătate
II	Familie
III	Bunăstare emoţională
IV	Muncă şi activitate
V	Prieteni
VI	Bunăstare materială
VII	Siguranţă
VIII	Viaţa socială

Subiecţii dau prioritate sănătăţii şi familiei, iar cea mai mică importanţă o acordă vieţii sociale. La fel, s-a demonstrat că bunăstarea materială nici pe departe nu joacă un rol primordial pentru fericire, plasându-se doar pe locul al şaselea. Deci subiecţii sunt conşienţi de faptul că banii nu cumpără fericirea, iar ceea ce într-adevăr îi face fericiţi, cel mai valoros lucru din viaţa lor de fapt nu este un lucru, nu poate fi palpat, dar este şi poate fi simţit.

Pentru a vedea dacă există anumite diferenţe în ceea ce priveşte reprezentarea fericirii, am analizat datele pe facultăţi (vezi tab. 6).

Tabelul 6

Ierarhizarea elementelor componente ale fericirii în funcţie de domeniul de activitate al subiecţilor

Sfera/ Categoria	**Medicină**	**Psihologie**	**Drept**	**Economie**	**TI**
Familie	1	2	2	1	2
Sănătate	2	1	1	2	1
Prieteni	7	6	7	3	4
Muncă şi activitate	5	7	4	5	3
Bunăstare materială	6	5	5	5	7
Viaţă socială	8	8	8	8	5
Siguranţă	4	4	6	7	8
Bunăstare emoţională	3	3	3	4	5

Dacă pentru toţi subiecţii sănătatea şi familia ocupă locurile de frunte, atunci importanţa celorlalte sfere variază.

Pentru studenţii a trei specialităţi, şi anume pentru cei de la psihologie, medicină şi drept, bunăstarea emoţională se include în "Top 3", în timp ce pentru studenţii de la economie locul 3 îl ocupă prietenii, iar pentru cei de la TI – munca şi activitatea.

Palierul numărul 4, studenţii de la medicină şi cei de la psihologie îl acordă siguranţei, în timp ce cei de la drept – muncii şi activităţii, cei de la economie – bunăstării emoţionale, iar cei de la TI – prietenilor.

Pentru subiecţii a două facultăţi – psihologie şi drept, poziţia a 5-a este dedicată bunăstării materiale. (Acest rezultat nu a fost pe măsula aşteptărilor noastre. Ne aşteptam ca viitorii jurişti să plaseze bunăstarea materială pe un

palier mai înalt.) Cei de la economie, pe lângă starea materială, pun pe acelaşi loc munca şi activitatea, în timp ce pentru cei de la TI poziţia a 5-a este pentru viaţa socială alături de bunăstarea emoţională, iar pentru cei de la medicină - muncă şi activitate.

Nivelul 6, viitorii medici îl acordă bunăstării materiale, viitorii psihologi – prietenilor, iar viitorii jurişti – siguranţei.

Subiecţii de la două facultăţi - medicină şi drept, acordă locul 7 prietenilor, în timp ce cei de la psihologie – muncii şi activităţii, cei de la economie – siguranţei, iar cei de la TI – bunăstării materiale. Această diferenţă, după părerea noastră, se datorează faptului că studenţii, în dependenţă de facultatea ce şi-au ales-o, au aranjate priorităţile; astfel, cei de la medicină şi drept nu prea găsesc timp pentru prieteni; cei de la psihologie invers, axându-se pe latura om-om, uită de muncă şi activitate în favoarea relaţiilor prietenoase; viitorii economişti uită de siguranţă, preferând partea materială; iar pentru cei de la TI bunăstarea materială vine exact după bunăstarea emoţională.

Subiecţii a 4 din cele 5 facultăţi interogate, plasează pe poziţia a 8-a viaţa socială şi doar cei de la TI – siguranţa. Aceasta înseamnă că pentru studenţii de la TI siguranţa nu descrie fericirea, în timp ce pentru reprezentanţii celorlalte facultăţi – viaţa socială nu este importantă, dând prioritate altor lucruri, considerate mult mai importante: familia, sănătatea, prietenii, siguranţa, bunăstrarea emoţională şi materială, munca şi activitatea.

- **Al doilea montaj experimental**

Tot mai des în literatura de specialitate se pune accentul pe dimensiunile psihologice ale calităţii vieţii, de aceea am fost tentaţi să determinăm dacă extraverţii sau introverţii sînt mai predispuşi spre stări subiective de bine şi de fericire.

Pornind de la aceste premise, neam propus să identificăm corelaţia dintre extraversiune/ introversiune şi starea subiectivă de bine la tineri.

Drept instrumente de măsură am utilizat: chestionarul *Cinci criterii de apreciere a stării de bine*, elaborat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, care măsoară starea subiectivă de bine. Chestionarul este compus din 5 întrebări şi presupune câte şase variante de răspuns - de la ”tot timpul” până la ”niciodată”, şi *Chestionarul de personalitate Eysenck*, care identifică tipul de personalitate - introvert/extravert. Am selectat doar scala ce măsoară extraversiunea, astfel chestionarul a fost compus din 24 de întrebări cu alegere duală, subiecţii răspunzând prin ”da” sau ”nu”.

În cercetare a fost inclus un eşantion format din **90 subiecţi,** cu vârsta cuprinsă între 18-35 ani: studenţi de la facultăţile - psihologie, medicină, TIC, economie, drept; jurnalism; profesori; agenţi de vânzări; contabili şi ingineri.

În urma aplicării *Chestionarului de personalitate* am identificat 34 introverţi şi 56 extraverţi, din numărul total de subiecţi – 90. În baza chestionarului *Cinci criterii de apreciere a stării de bine,* am identificat ce nivel al stării de bine au aceşti subiecţi:

Majoritatea subiecţilor au un *nivel mediu spre ridicat* al stării de bine, fiind reprezentat de 36% din respondenţi. Apoi urmează persoanele cu un nivel mediu spre scăzut al stării de bine, adică – 23%. Locul 3 este ocupat de persoanele cu un nivel mediu al stă-

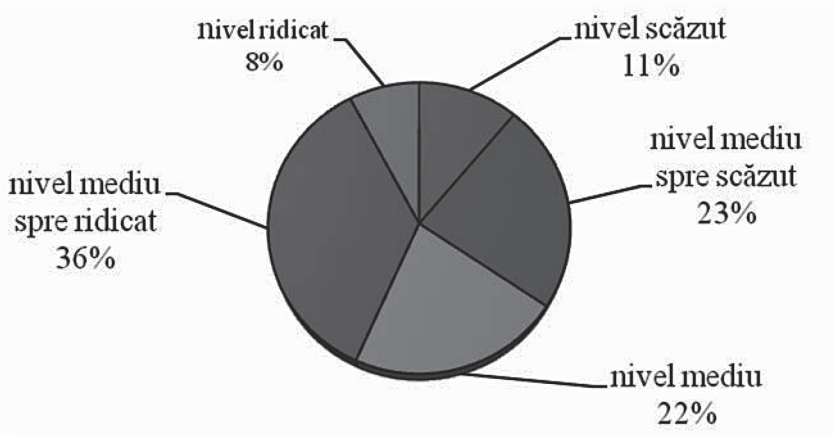


Figura 1: Starea subiectivă de bine

rii de bine, care au reprezentat 22% din respondenţi. După care au urmat cei cu un nivel scăzut al stării de bine – 11%, iar cel mai mic număr de respondenţi, care alcătuiesc 8%, au un *nivel înalt* al stării de bine.

În baza ambelor chestionare folosite, am analizat starea de bine din perspectiva nivelului de extraversiune (vezi fig. 2).

Extraverţii au un nivel mai înalt al

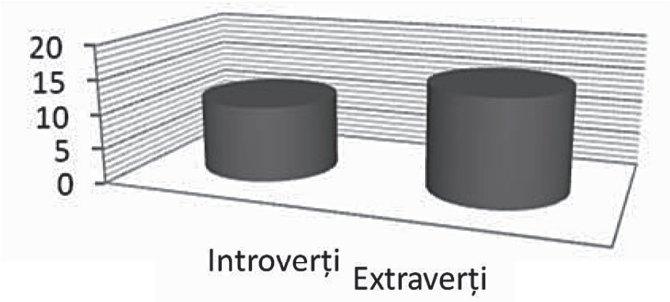


Figura 2: Starea subiectivă de bine la introverţi şi la extraverţi.

stării de bine în comparaţie cu introverţii, ceea ce înseamnă că extraverţii trăiesc mai intens atât starea de bine, cât şi fericirea.

Pentru a stabili corelaţia dintre starea de bine şi extraversiunea am folosit coeficientul de corelaţie simplă Bravais-Pearson, astfel: $r = 0.45$, $p < 0.01$, deci, pentru eşantionul cercetat, între variabilele starea de bine şi extraversiune există o corelaţie semnificativă. De aici conchidem că extraversiunea este direct proporţională cu starea de bine.

Concluzii şi recomandări

Conform lucrării de faţă, s-a constatat că extraverţii sunt mai predispuşi spre a trăi mai intens stările de bine şi chiar fericirea. Introverţii au rămas în urmă din perspectiva intensităţii stării de bine şi a repetării acesteia, dar au

câştigat din perspectivea stabilităţii. A fi fericit nu înseamnă a trăi într-o lume perfectă, ci a perfecţiona lumea în care trăieşti după propriile dorinţe.

În baza rezultatelor obţinute putem afirma că starea de bine este direct proporţională cu fericirea, deci persoanele extravertite trăiesc mai intens stările de bine şi chiar fericirea, în timp ce trăirile persoanelor introvertite sunt mai stabile, chiar de mai puţin intense.

Aşadar, propunem următoarele recomandări: pentru a trăi cât mai des stări de bine şi pentru a fi fericiţi,

- extraverţii au nevoie de stimulare, sprijn, motivaţie (laudă, îmbrăţişări, surprize);
- introverţii au nevoie de spaţiu personal, linişte sufletească şi îndeplinirea lucrului plăcut.

Bibliografie:

1) Zlate, M., (1999). *Eul şi personalitatea*. Bucureşti: TREI.

2) Seligman, M. E., Flourish P., (2011). A *Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being,* New York: Atria Books,. ISBN 978-1-4391-9076-0.

3) Eysenck H. J, ş.a. (1972). *Encyclopedia of Psychology,* London Search Press, vol. I, p. 356, vol. II, p. 157, 325.

4) Turchină T., Platon C., Bolea Z., (2012). *Starea subiectivă de bine – semnificaţii şi implicaţii*. În: Studia Universitatis. Seria Ştiinţe ale Educaţiei. nr. 1, pp. 115-118. ISSN 1857-2103.

5) Bergheim S., (2006). *Measures of well-being*. In: Deutsche Bank Research, September 8.

6) http://www.wellbeingwizard.com/index.php?option=com_content&task=view&id=570&Itemid=202

7) http://www.irpi.ro/index.php?option=com_k2&view=item&id=310:starea-de-bine-subiectiv%C4%83-%C5%9Fi-teoria-autodetermin%C4%83rii&Itemid=83

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У РУКОВОДЯЩИХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT OF EXECUTIVE WORKERS IN HEALTH-CARE AGENCIES

Игорь Михайлович ШУРМА

Termeni - cheie: sindromul de epuizare profesională, managerilor în agenţiile de sănătate, dereglările psihologice, reacţii specifice situaţiei de inadaptare psihologică.

Rezumat

S-a studiat structura clinică şi dinamică de formare a dereglărilor psihologice a managerilor din sistemul de sănătate. Este descrisă metodologia de studiere şi sunt prezentate rezultatele obţinute. Au fost depistate două variante de bază ale neadaptării psihologice: sindromul de epuizare profesională şi situaţiile specifice de neadaptare psihologică.

Ключевые - слова: синдром профессионального выгорания, руководящие работники учреждений здравоохранения, состояния психической дезадаптации, ситуационно обусловленные реакции психической дезадаптации.

Резюме

Рассмотрены вопросы клинической структуры и динамики формирования состояний психической дезадаптации у руководящих работников учреждений здравоохранения. Описанная методика их обследования и представлены полученные результаты. Выделенные два основных варианта состояний психической дезадаптации: синдром профессионального выгорания и ситуационно обусловленные состояния психической дезадаптации.

Keywords: professional burnout syndrome, executive workers in health-care agencies, psychological maladjustment states, situation-specific reactions of psychological maladjustment.

Summary

The clinical structure and dynamics of psychological maladjustment states of executive workers in health-care agencies are considered. The methodology of examinations is described and the obtained results are presented. Two basic variants of psychological maladjustment state are distinguished: professional burnout syndrome and states of situation-specific psychological maladjustment.

В последнее время большое внимание уделяется состоянию психической сферы у специалистов так называемых помогающих профессий, к которым относятся и работники сферы здравоохранения. Руководящие работники учреждений здравоохранения, как правило, находятся в состоянии личностного дистресса, который со временем усиливается множеством добавочных социальных и психологических факторов. В последние годы особенное внимание уделяется психологическому обеспечению профессиональной деятельности. Появляется все больше трудов направленных, прежде всего, на изучение социальной и поведенческой профессиональной адаптации. Существуют работы, рассматривающие возникновение синдрома выгорания у медиков, работающих в звене скорой медицинской помощи, возникновение и психокоррекцию синдрома выгорания у врачей-психиатров. [1, 2, 3]. Вместе с тем до сегодняшнего дня практически не разработанным является изучение возникновения и особенностей динамики всего спектра нарушений психической адаптации у руководящих работников учреждений здравоохранения, что и обусловливает необходимость данного исследования.

Синдром выгорания, согласно определению ВОЗ (2001), – это физическое, эмоциональное и/или мотивационное истощение, которое характеризуется усталостью, подверженностью соматическим заболеваниям, снижением продуктивности в работе, нарушением сна, употреблением психоактивных веществ, чаще всего алкоголя, с частым развитием физиологической зависимости и иногда суицидального поведения. Данный синдром расценивается как стресс-реакция на эмоциональные и социальные требования, возникающие у человека в связи с чрезмерной преданностью своей работе. Одним из основных признаков и симптомов «выгорания» являются нарушения психического функционирования, не доходящие до уровня невротического расстройства, а также ускорение нарушений соматического здоровья [4].

Синдром выгорания считают одним из вариантов хронической усталости, переутомления, требующего медицинского вмешательства. В МКБ-10 он выделяется в отдельный диагностический таксон – Z 73 (проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью). Существует как минимум несколько составляющих того сложного синдрома, который принято называть выгоранием [5, 6].

Известно, что профессия руководящего работника предъявляет особые требования к личности последнего, поэтому достаточно большое значение приобретает в данном контексте зависимость между адаптивной личностной структурой и профессиональными требованиями, предъявляемыми работающим в управленческой сфере индивидуумам. В частности, с этой точки зрения рассматривается утрата руководителями способности к отслеживанию и фиксации личностных реакций и адекватной способности к принятию решений в моменты сложных рабочих ситуаций вследствие синдрома выгорания [7 - 9].

Таблица 1

Распределение обследованных по возрасту, полу и месту работы (город или область)

Контингент обследованных	Возраст, лет				
	31 – 35 % ± m	36 – 40 % ± m	41 – 45 % ± m	46 – 50 % ± m	51 – 60 % ± m
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части города, n = 100					
мужчины, n = 57	3 ± 2	12 ± 4	23 ± 6	34 ± 6	28 ± 6
женщины, n = 43	5± 3	7 ± 4	26 ± 7	35 ± 7	27 ± 7
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части области, n = 100					
мужчины, n = 52	6 ± 3	15 ± 5	39 ± 7	27 ± 6	13 ± 5
женщины, n = 48	8 ± 4	17 ±6	23 ± 6	38 ±7	14 ± 5

В связи с вышесказанным, было проведено настоящее исследование, целью которого явилось изучение структуры и динамики формирования различных вариантов психической дезадаптации у работников руководящего звена учреждений здравоохранения.

Нами были обследованы 200 главных врачей и заместителей главных врачей по медицинской части лечебных учреждений г. Харькова (100 человек) и Харьковской области (100 человек). Возраст, место работы и гендерное распределение обследованных приведены в таблице 1.

Из представленных данных видно, что среди руководящих работников и городской и сельской сфер преобладали лица в возрасте от 41 до 50 лет. Что касается гендерного распределения, то можно увидеть, что среди главных врачей и заместителей главных врачей города и области значимого различия по полу не наблюдалось. Однако обследование показало, что имелось значимое различие по полу между главными врачами города и области, где преобладали мужчины (82% ± 4), и заместителями главных врачей по медицинской части города и области, где преобладали женщины (78% ± 4).

Вошедшие в обследование проходили структурированное нарративное интервьюирование и обследование по методике В. В. Бойко.

Были получены следующие результаты: нарушения психической дезадаптации были установлены у 160 обследованных.

У 90 (45±3,51%) эти нарушения были идентифицированы как ситуационно обусловленные реакции психической дезадаптации (СОРПД), а у 70 (35±3,37%) – как синдром профессионального выгорания (СПВ).

Данные по структуре СОРПД представлены в таблице 2.

Астенический вариант СОРПД.

К этому варианту дезадаптации было отнесено 17,77±4,03% обсле-

дованных с СОРПД. Этот вариант характеризовался широким кругом преимущественно астенических симптомов. Вначале появлялось чувство общей усталости, как умственной, так и физической, причем оно не воспринималось субъективно как болезненное, находило объяснение в излишней перегруженности, неприятных переживаниях.

Затем начинали присоединяться неустойчивость внимания, утомляемость, снижение запоминания, приводящие к снижению психической продуктивности. Замедлялось восприятие новой информации, для запоминания было необходимо большое количество повторений. Отмечалось затруднение воспроизведения нужных в данный момент данных, в особенности имен, дат и т.п. Отмечалась забывчивость, рассеянность, отвлекаемость мыслей на посторонние темы.

Таблица 2

Распределение клинических вариантов реакций психической дезадаптации у работников руководящего состава учреждений здравоохранения

Варианты	Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части города, n = 38		Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части области, n = 52		Всего n = 90	
	абс	% ± m	абс	% ± m	абс	% ± m
Астенический	10	11,11±3,31	6	6,66±2,63	16	17,77±4,03
Соматовегетативный	14	15,55±3,82	17	18,88±4,12	31	34,44±5,01
Обсессивно-фобический	9	10±3,16	15	16,66±3,93	24	26,66±4,66
Тревожный	5	5,55±2,41	14	15,55±3,82	19	21,11±4,30

В сфере соматических ощущений наблюдалось чувство общей разбитости, слабости, тяжести в мышцах, вялости. Возрастала потребность в отдыхе, который, однако, не приносил бодрости и восстановления сил. Напряженная деятельность была возможна только благодаря значительному напряжению воли, «через силу». Признаки физического утомления сопровождались цефалгическими ощущениями. Эти жалобы излагались как ощущение «тупости, тяжести в голове», преходящих головных болей различной локализации. Иногда обследуемые жаловались на нарушения сна, проявляющиеся в затрудненном засыпании, раннем пробуждении или недостаточной глубине сна. Наблюдались единичные эмоциональные расстройства в виде гипотимических эпизодов, эмоциональной лабильности, раздражительной слабости, тревоги. Снижение продуктивности деятельности обследуемыми не воспринималось как болезненный признак, относилось ими к лени, слабоволию.

У них не возникало потребности обратиться к врачу, хотя при активном расспросе эти жалобы охотно излагались.

Соматовегетативный вариант СОРПД.

К этому варианту были отнесены 34,44±5,01 обследованных с СОРПД. Он характеризовался сочетанием различных сомато-вегетативных симптомов.

На первый план выступали жалобы на головные боли, головокружения, неприятные ощущения в области сердца, живота, парестезии в конечностях, «спазмы» различной локализации, ощущения похолодания в конечностях или потливость. Наиболее типичными были тупые или пульсирующие головные боли, ощущения «сжимания», сдавливания в голове и в грудной клетке, слабость при умеренной физической или учебной нагрузке.

Комплекс вышеописанных нарушений не был постоянным, жалобы проявлялись в различных сочетаниях в разное время у одного и того же обследованного. Незначительная выраженность вегетативных дисфункций, полиморфизм, делали невозможным их отнесение к вагоинсулярным или симпатоадреналовым кризам. Отношение самих учащихся к вегетативным расстройствам было вполне критичным, они охотно излагали врачу жалобы.

Для этого варианта СОРПД характерной была меньшая актуальность эмоционального компонента нарушений. При дополнительном интерактивном интервью обследованные сообщали о своей раздражительности или обидчивости, впечатлительности, слезливости, не свойственных им ранее. Имелись колебания настроения по самым незначительным поводам, тревожность, страхи. Характерно, что эти невротические радикалы не обнаруживали тенденции к образованию какого-либо очерченного синдрома, сохраняя полиморфизм.

Чаще всего наиболее типичные проявления соматовегетативного варианта дезадаптации возникали в эмоционально напряженных ситуациях межличностного взаимодействия, затрагивающих индивидуально значимые ценности. При разрешении напряженной ситуации неприятные ощущения вегетативного спектра быстро проходили, в части случаев некоторое время сохранялись следовые эмоциональные реакции в виде сниженного настроения или раздражительности. Жалобы возникали лишь при угрозе индивидуально значимым ценностям, не отмечалось фиксации на неприятных переживаниях, через короткое время восстанавливалось ровное настроение.

Обсессивно-фобический вариант СОРПД.

Был диагностирован у 26,66±4,66% обследованных с СОРПД. Состояние определялось переживаниями навязчивого страха с четкой фабулой на фоне выраженной, практически постоянной тревоги. Фобии возникали при попадании человека в ситуацию или обстановку, обычно вызывающую у него страх, при ожидании столкновения с патогенной ситуацией. У части обследованных фобии появлялись и в индифферентной обстановке при

одном лишь мысленном представлении травмирующих объектов или ситуаций. Содержание навязчивых страхов было самым разнообразным: страх смерти или болезни, несчастного случая, открытых или замкнутых пространств, темноты, одиночества и т.п. Широким был спектр социальных страхов: несостоятельности, бесперспективности будущего и др.

В структуре данного синдрома можно было выделить два типа защитных поведенческих реакций. Характерным поведением было частичное избегание ситуаций, вызывающих или усиливающих тревогу и страх.

Кроме этого, в ряде случаев использовались другие пассивные способы самозащиты – поездки только в сопровождении близких лиц, ношение лекарств и другие варианты облегчения столкновения с пугающей ситуацией. Другим типом поведения лиц с обсессивно-фобическим синдромом была активная борьба со страхами, которая заключалась в попытках волевого преодоления страха перед различными ситуациями, аутопсихотерапия по типу самоотвлечения, самоубеждения, самовнушения.

В целом обсессивно-фобический синдром включал в себя широкий круг психопатологических феноменов. Астения, раздражительность, диссомнические расстройства, повышение (реже – снижение) идеомоторной активности составляли факультативные компоненты синдрома.

Следует отметить также, что, несмотря на кратковременное снижение критики на высоте развития фобии, в целом все обследованные осознавали болезненность своего состояния и безосновательность собственных страхов.

Тревожный вариант был выделен у 21,11±4,30% лиц с СОРПД и характеризовался доминированием ощущений тревоги и страха. Зачастую это ощущалось как «немотивированное» чувство без содержательного пояснения. Чаще тревога развивалась постепенно.

Постоянная тревога, которое носила неопределенный характер, описывалась как чувство тревожного предчувствия, беспокойства, внутреннего напряжения, «ожидание несчастья». Тревожность касалась различных сфер жизни и была направлена на близкое и отдаленное будущее. Обследуемые опасались, что не смогут оправдать ожидания окружающих, справиться с необходимым объемом обязанностей. «Содержание» тревоги постоянно менялось: это были опасения по поводу своего состояния, своих действий или поступков окружающих лиц. Особенно мучительными для этих учащихся были любые ситуации ожидания. Дополнительным фактором, обострявшим чувство тревоги, было изменение привычного уклада жизни, необходимость встречи с чем-то новым – с незнакомыми людьми, новой обстановкой. Иногда разнообразные тревожные опасения приобретали сверхценный характер. Зачастую удавалось выявить идеи виновности (совершенной ошибки). Сужение диапазона эмоционального реагирования проявлялось в недостаточной реакции на события, ранее

Таблица 3

Распределение у обследованных итоговых колебаний баллов

Контингент обследованных n = 200		Колебания баллов			
		9 баллов и менее	10 – 15 баллов	16 – 19 баллов	20 баллов и более
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части города, n = 100	мужчины, n = 57	2±2,88	3±1,21	4±1,39	0,5±0,49
	женщины, n = 43	14±2,45	3,5±1,29	4±1,39	-
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части области, n = 100	мужчины, n = 52	13,5±2,41	5±1,54	6± 1,68	1,5±0,86
	женщины, n = 48	16,5±2,62	3±1,21	3,5± 1,29	1±0,7

вызывавшие радость. Рассеянность, снижение концентрации внимания, и, как следствие, ухудшение памяти, также были присущи данному варианту СОРПД.

По данным методики Бойко были получены следующие результаты, представленные в таблице 3.

Как следует из данных таблицы, синдром выгорания имел место у 70 сотрудников (35±3,37%), из них – у 30 главных врачей и заместителей главных врачей по медицинской части города (15±2,52% от общей численности обследованных) и у 40 главных врачей и заместителей главных врачей по медицинской части области (20±2,83% от общей численности сотрудников). Таким образом, синдром выгорания чаще регистрировался среди руководящих медицинских работников области, чем города ($p<0,05$).

Заключение.

Полученные данные показали, что значительное число лиц – 80%, из руководящего состава имеют признаки психической дезадаптации. При этом ни у кого из исследованных не были обнаружены варианты психической дезадаптации, достигающие степени выраженных клинических невротических проявлений. У 45% обнаружены ситуационно обусловленные реакции психической дезадаптации, у 35% - синдром профессионального выгорания. Полученные данные должны учитываться при разработке системы медико-психологического сопровождения профессиональной деятельности работников руководящего звена учреждений здравоохранения.

Литература:

1. Гавриленко М. А. Особенности синдрома «выгорания» у врачей-психиатров // Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии: Материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. Харьков, 2002. с. 55 – 56.

2.Федак Б. С. Синдром професійного вигоряння і його психотерапевтична корекція у медичного персоналу швидкої допомоги // Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Харків, 2009. 20с.

3.Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия. Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2000. 656с.

4.Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья // БМЖ. 2002. № 2. с. 12 – 18.

5.Тихонська І. М., Дарій Г. Д., Добродняк О. А. Досвід роботи групи для персоналу за типом балінтовської у дитячому відділенні Львівської обласної державної клінічної психіатричної лікарні // Форум психіатрії і психотерапії. 2000. Т. 2. с. 72 – 74.

6.Трунов Д. Г. «Синдром сгорания»: позитивный подход к проблеме // Журнал практического психолога. 1998. № 8. с. 84 – 89.

7.Юрьева Л. Н. Некоторые характеристики ментальности и эмоционального состояния врачей-психиатров // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1999. №1(5). с. 106 – 109.

8.Юрьева Л. Н. Социально-психологические проблемы врачей-психиатров Украины // Вісник Асоціації психіатрів України. – Київ, 1998. №1. с. 9 – 15.

9.Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция. К.: Сфера, 2004. – 272с.

CONDIȚIILE DE DESFĂȘURARE A SEMINARELOR LA INTERPELARE

Asociația Psihologilor Practicieni din Moldova (APPM) prestează servicii în efectuarea seminarelor la cererea contribuabililor după semnarea unui contract de colaborare.

Obligațiunile Asociației:

1. Seminarele sunt realizate de doctori în psihologie și pedagogie, psihologi, deținători de grade didactice unu și superior, cu experiență avansată, versați în domeniu.
2. Participanții la seminar primesc setul de materiale necesare și certificatul cu creditele acumulate de la seminar elaborat de Asociație.
3. Asociația asigură participanții cu materiale suplimentare, la solicitarea participanților.

Condițiile:

1. Achitarea cheltuielilor pentru pregătirea materialelor, muncii formatorilor în funcție de numărul participanților în grup.
3. Achitarea transportului formatorilor tur-retur.
4. Achitarea diurnei formatorilor.
5. Transportarea formatorilor: întâlnirea, însoțirea de la stație spre hotel, la locul de muncă.
6. Amenajarea încăperii pentru desfășurarea seminarului.

****

ÎNREGISTRAREA PARTICIPANȚILOR LA DIVERSE ACTIVITĂȚI REALIZATE DE ASOCIAȚIA PSIHOLOGILOR PRACTICIENI DIN MOLDOVA

• Înregistrarea la diverse activități efectuate de APPM este obligatorie. Telefoane de contact: 491314; 724765, 270667.

• La înregistrare se prezintă următoarele informații: Nume, prenume. Locul de muncă. Studiile. Stagiul de muncă în domeniul psihologiei, telefonul de contact , date despre studii.

• Numărul participanților în grup la unele activități este limitat. În caz de suprasolicitare organizatorii au dreptul să propună o altă perioadă pentru efectuarea activității solicitate.

• Membrii APPM beneficiază de reduceri la achitarea taxei de participare și la procurarea testelor psihologice, literaturii etc. elaborate de Asociație.

• Persoanele care participă la activitățile realizate de Asociație și au nevoie de cazare vor fi asigurate cu rezervarea unei camere la hotelul pe care îl solicită.

• Persoanele dornice de a participa la anumite activități ale Asociației, însă au nevoie de invitație nominală, cont bancar pentru achitarea taxei de participare prin transfer, vor fi asigurate cu cele solicitate din contul Asociației.

****

ABONAREA LA REVISTA "PSIHOLOGIE" PENTRU A II-A JUMĂTATE A ANULUI 2013

se poate face la oficiul poștal cu indexul PM 32009 și la redacție. Cheltuielilor pentru editarea revistei pe parcursul anului nu afectează abonamentele făcute la începutul acestuia.

Plata se efectuează pe contul revistei: REVISTA ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ "PSIHOLOGIE", B.C. " VICTORIABANC" S.A. filiala nr. 11, Chișinău, CODUL BĂNCII, VICBMD 2X883; CONTUL BANCAR : 2224311200; CODUL FISCAL: 42227016

Trimiteți pe adresa redacției prezentul talon completat, însoțit de copia bonului bancar.

****

Talon de abonare

Numele _____Prenumele_____

Adresa: Strada_____Nr. _____bl._____sc._____et._____ap_____

Localitatea: orașul/satul/raionul_____

----------Cod poștal_____

****

AUTORII NOŞTRI

BÂRSA Elena, licenţiată în psihologie, USM, Chişinău.

CUCER Angela, doctor psihologie, IŞE, Chişinău.

CIUDIN Mirela, psiholog, profesor Colegiul Naţional "Emil Racoviţă", Iaşi, România.

GHOLAMSHAHI Najmeh, M.S, Universitatea Azad Islamic, Sucursala Centrală de Ştiinte.

KAMKARY Kambiz, Ph.D, Universitatea Azad Islamic, Sucursala Centrală.

KARIMINEZHAD Naghmeh, M.S, Universitatea Azad Islamic, Sucursala Centrală.

NIKONENKO Viktoria, psihoterapeut, spitalul clinic regional de psihiatrie, Dnepropetrovk, Ucraina.

POTÂNG Angela, dr., conf. univ., USM, Chişinău.

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

SAVCA Lucia, dr., conf. univ., şefa CDR "Armonie", DGETS, Chişinău.

SHAMOUNIAN Edgar, M.S, Universitatea Azad Islamic, Sucursala Centrală.

ŞEVCHENKO Rosina, dr., conf. univ., Facultatea de Filosofie ONMU (Odessa) competitor Catedra de Psihoterapie Harkov, Ucraina.

ŞIŞIANU Anna, licenţiată în psihologie, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, Psihologie Generală, USM, Chişinău.

SURMA Igor psiholog, doctorand, Catedra de medicină socială, organizare şi economie de protecţie a sănătăţii, Universitatea Naţională de Medicină din Harkov, Ucraina.

TOJARY Farshad, Ph.D, Universitatea Azad Islamic, Sucursala Centrală.

Vaşkite Inna, doctorand, catedra psihoterapie a Academiei Medicale de Instruire Postuniversitară, Harkov, Ucraina.