

Psihologie
Revistă științifico – practică
CUPRINS

The Psychology
The scientifical – practical magazine
CONTENTS

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

CHISARI Liliana, MORARU Ina

Psihodrama ca metodă de dezvoltare a încrederii în sine la adolescenții contemporani.

VÎRLAN Maria, ȚURCAN Cristina
 Relația dintre imaginea de sine a adolescenților și relațiile lor interpersonale cu părinții și semenii.

PSIHOLOGIA EDUCAȚIEI

ROBU Viorel

Distanța socială față de persoanele de alte rase în rândul studenților români.

PSIHOLOGIA CLINICĂ

ЯКИМ Лилия

Особенности эмоциональных состояний раковых больных.

Victoria GONTĂ, TARABEIH Mahdi
 Nevoile psihologice ale cuplului cu un membru bolnav de insuficiență renală.

**PSIHOCORECTIE ȘI
 PSIHOTERAPIE**

SAVCA Lucia

Terapia multisistemică a tulburărilor de conduită la preadolescenți.

AGE SPECIFIC PSYCHOLOGY

3 CHISARI Liliana, MORARU Ina

Psychodrama as a method of developing the self-confidence at the contemporary teenagers.

17 Vîrlan Maria, ȚURCAN Cristina

The relationship between adolescent self-image and relationships their parents and peers interpersonal.

PSYCHOLOGY OF EDUCATION

24 ROBU Viorel

Social distance towards people of other races among Romanian students.

CLINICAL PSYCHOLOGY

38 YAKIM Lily

Features of the emotional states of cancer patients.

47 Victoria GONTĂ, TARABEIH Mahdi

Psychological needs of the couple during kidney failure.

**PSYCHOCORRECTION AND
 PSYCHOTHERAPY**

63 SAVCA Lucia

Multisystemic therapy to Conduct disorders at the preadolescent.

OPINII, DISCUȚII

OPINIONS, DISCUTIONS

КАУНЕНКО Ирина

К проблеме трансформации
этнической идентичности
молдаван трудовых мигрантов.

CERCETĂRI, SONDAJE,
RECOMANDĂRI

VERDEŞ Angela

Студiu experimental asupra relației
dintre stima de sine și autonomia
față de partenerul de cuplu.

69

KAUNENKO Iirina

The problem of the transformation
of ethnic identity of Moldovans
migrants.

STUDIES, RESEARCHES,
RECOMMENDATION

81

VERDES Angela

Experimental study on the relationship
between self-esteem and autonomy
to the spouse of the couple.

АНЦИБОР Людмила

Изучение факторов, обуславливающих
удовлетворенность брачными
отношениями.

88

ANTSIBOR Ludmila

The study of the factors causing
satisfaction with marriage.

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

*„Trăsătura esențială a tehnicii psihodramatice,
a visului este aceea că visul nu este povestit, ci pus în act..,”*

J. L. Moreno

PSIHODRAMA CA METODĂ DE DEZVOLTARE A ÎNCREDERII ÎN SINE LA ADOLESCENȚII CONTEMPORANI

Liliana CHISARI, Ina MORARU

Termeni cheie: psihodramă, încredere în sine, chatarsis în psihodramă, teatrul social, spontaneitate psihodramatică, concept de rol.

Summary

The work reflects the research and examination of the psychodrama role as a working instrument with the self-confidence at teenagers. Respectively clarifying the tangent between the psychodrama as a therapeutic method through which we live here and now and self-confidence at teenagers, initiative, social courage which they express or not express, fact that could emphasize their psychological and behavioral adjustment, school, social success or failure, and own self-overcoming as a free and integrated personality.

We precedes from the idea that psychodrama could provide that opportunity to young generation to develop the feeling of safety, confidence, self-appreciation at the fair value, fact that would facilitate that they themselves will raise their wings, and so building up a safe, harmonious and integral way in life.

Actualitatea temei

Lucrarea este dedicată cercetării și examinării rolului psihodramei ca instrument de lucru cu încrederea în sine la adolescenți. Anume conceptul de rol al teatrului social induce o reorientare a propriului fel de-a fi atât personal cât și social.

Obiectivul psihodramei a fost, încă de la elaborarea sa, construirea unui cadru terapeutic care utilizează viața ca model, pentru a integra în el toate modalitățile de a trăi, începând cu elementele universale – timpul, spațiul, realitatea și cosmosul – până la toate detaliile vieții.

Astăzi psihologia este deschisă pentru perceperea constructivă și pentru fo-

losirea datelor teoretice și empirice ale cercetărilor diferitor orientări ale psihologiei mondiale cu referite la psihodramă – Goldman Elaine [1984]; Hare June Rabson [1979]; Heysei Marion J [1982]; Leveton Eva [1977]; Starr Adeline [1977] și-n particular, a celor reflectate de promotorul psihodramei J. L. Moreno [1966].

Cercetările acestor autori vizează posibilitățile adaptative și dezadaptative infiltrate social care sunt întărite în propria conștiință prin montaje cognitive, tipaje comportamentale ce induc interrelaționarea funcțională sau disfuncțională din cadrul vieții noastre, iar psihodrama constituie un antidot al autodepășirii, prin

teatrul social, prin rolurile care odată ce fac parte din propria viață, o reorienteză terapeutic spre rezolvarea constructivă a problemelor personale sau sociale.

Problema cercetării

În mare parte confruntarea tinerei generații cu problema identității de sine, a găsirii propriului Eu în societate, pornind de la propria sa familie, de la propria sa imagine indusă de membrii ei sau de școală, de stradă, prietenii, care, de fapt, nu sunt prietenii, colegi, față de care de fapt tinerii nu simt coeziune și nici dorință de a-și deschide sufletul, ca urmare a unor trădări ce continuă să trăiască în amintirile lor, putem menționa că încrederea în sine a adolescentilor de astăzi constituie o problemă stringentă și actuală.

Observăm că în societate, mai ales în rândul tinerei generații, se simte o frică de-a evidenția propria personalitate, de-a fi tu însuți, de-a avea propria păreare, trecând-o prin subiectivitate și prin facultatea de-a gândi, neajustându-se la multime. Respectiv în mare parte tinerii sunt blamați pentru încercarea de-a fi ei însăși – modești, constructivi, luptători, corecți, neindiferenți, liberi de frustrări, fermi, calmi, altruisti etc. Nu mai este atât de important pentru mulți să fii mai bun decât ai fost ieri, să dai mai mult din inima ta, să faci mai mult, să iubești mai mult, să cedezi mai mult...

Urmarea acestui fapt este că tinerii se închid în propriile gânduri, păreri, rămân față în față cu propria singurătate, cu propriile neînțelegeri, cu propria realitate dură și obscură.

Noi premergem de la ideea că psihodrama ar oferi acea posibilitate de a dezvolta la Tânără generație sentimentul de siguranță, de încredere în sine, de auto-

precire la justă valoare, fapt ce i-ar ajuta să-și crească propriile aripi, construindu-și astfel un drum sigur, armonios și integru în viață.

Scopul cercetării:

- Elucidarea procesului de influență a tehniciilor psihodramatice asupra dezvoltării și evoluării încrederii în sine la adolescenti.

Ipoteza științifică a cercetării:

- Presupunem că tehniciile psihodramatice inițiate în cadrul teatrului social influențează dezvoltarea autoaprecierii de sine și a încrederei în sine la adolescenti.

Ipoteze practice:

- Presupunem că tehniciile psihodramatice condiționează reevaluarea constructivă a încrederei și autoaprecierii la adolescenti;

- Presupunem că psihodrama influențează inițierea contactelor sociale, favorizând creșterea încrederei în sine la adolescenti.

Obiectul cercetării:

- Procesul de dezvoltare a încrederei în sine prin psihodramă.

Baza experimentală a cercetării:

- Adolescenti, 70 la număr, 17-18 ani, aleși aleatoriu pentru experimentul de constatare și 10 adolescenti: gen masculin – 2, feminin – 8, aleși aleatoriu pentru experimentul de formare, L.T. "M. Viteazul" municipiul Chișinău.

Baza metodologică a cercetării:

Constatare:

- Testul Romek „Încrederea în sine” [1972];
- Testul „Toulouse – Stima de sine” [1986];
- Testul „Rubenstein: Autoapreciere” [1983];
- Programul statistic SPSS – 15;

Formare:

- Intervenția psihologică: „Dezvoltarea încrederii în sine la adolescenți prin psihodramă” [Moreno J. L., 1964]; [Rusnac S., 2005].

Valoarea practică:

Adolescența constituie obiectul unor preocupări deosebite atât în Republica Moldova, cât și în străinătate, determinate de importanța cunoașterii profunde a acestei vârste viu discutate. Deși numărul cercetătorilor este mare, totuși tabloul adolescenței e departe de a fi unitar, nu numai în privința particularităților specifice de vîrstă, dar și a definirii obiectului de cercetare însuși, unii accentuând latura biologică, alții cea psihologică sau socială.

Respectiv elucidarea tangenței între psihodramă ca metodă terapeutică prin care trăim aici și acum și încrederea în sine a adolescenților, inițiativa, curajul social pe care-l manifestă sau nu-l manifestă, ar evidenția adaptarea psihologică, comportamentală a acestora, respectiv reușita sau nereușita școlară, socială, autodepășirea proprie ca personalitate liberă și integră.

Drept inovație științifică a cercetării noastre ar putea servi aplicarea în cadrul intervenției psihologice a tehnicilor combine ale psihodramei și art-terapiei care favorizează eliberarea adolescentină de banalitatea și cotidianul timpului, în care tinerii uită că viața lor proprie este o scenă și fiecare clipă este o participă din scenariul propriei lor soarte pe care ei își trebuie să o conducă, să o trăiască din plin, fără regrete, căutând armonie în fiecare pas și secundă trăită lângă cei dragi sau cei necunoscuți care pot deveni în timp oameni dragi.

Psihodrama și rolul ei în formarea personalității

„Omul este un actor”, afirma Mo-

reno. Conceptul lui Moreno de sănătate mentală era bazat pe ideea de personalitate cu mai multe roluri, individul cu un vast repertoriu de roluri și cu flexibilitatea de a juca un rol în modul potrivit la momentul potrivit. În același timp, acțiunea era esența abordării lui terapeutice.

„*Trăsătura esențială a tehnicii psi-hodramatice, a visului este aceea că visul nu este povestit, ci pus în act*”, scria el [1, p. 81]. Moreno considera că lumea noastră socială, ceea ce el a ajuns să numească atomul social, este extrem de semnificativă pentru sentimentul nostru de stare de bine. Într-un tipar aflat în schimbare permanentă, ne îndreptăm către sau respingem indivizii din atomul nostru social, iar ei, la rândul lor, fac același lucru cu noi. Dacă suntem izolați, statutul nostru socio-metric este redus, iar noi suntem expuși rănirilor. Cea mai mare parte din munca lui Moreno a fost direcționată către îmbunătățirea poziției celui izolat.

Increderea în sine reprezintă o caracteristică psihologică complexă a personalității umane, baza căreia reflectă atitudinea pozitivă a individului față de propriile capacitați, aptitudini și posibilități care sunt suficiente și intr-oținearea scopurilor propuse [3, p. 12].

Unul dintre instrumentele de bază în construirea lumii psihodramatice a unei persoane este acela al Eului auxiliar, care este reprezentarea indivizilor, iluziilor, halucinațiilor, simbolurilor, idealurilor, animalelor și obiectelor absente. Acestea fac reală, concretă și palpabilă lumea protagonistului [2, p 20].

Cele cinci instrumente ale psihodramei

Psihodrama poate fi definită ca știința care explorează „adevărul” prin intermediul metodelor dramatice. Ea are de-a

face cu relațiile interpersonale și lumile particulare. *Metoda psihodramatică utilizează, în principal, cinci instrumente — scena, subiectul ca actor, regizorul, personalul de ajutorare terapeutice sau Eurile auxiliare și audiența* [3, p. 32].

Primul instrument este scena.

De ce o scenă? Aceasta oferă actorului un spațiu viu care este pluridimensional și flexibil la maximum. Spațiul viu al realității este adesea îngust și constrângător; actorul poate foarte ușor să își piardă echilibrul. Pe scenă îl poate găsi din nou, datorită metodologiei libertății – libertate în raport cu stresul insuportabil și libertate pentru experiență și expresie. Spațiul scenei este o extensie a vieții, dincolo de testul realității, al vieții însăși. Realitatea și fantezia nu sunt în conflict, însă amândouă sunt funcții în cadrul unei sfere mai largi – lumea psihodramatică a obiectelor, persoanelor și evenimentelor.

Al doilea instrument este subiectul sau actorul. Aceastuia îl se cere ca pe scenă să fie el însuși, să își ilustreze propria sa lume particulară. Nu este un actor mânăt să își sacrifice propriul sine pentru rolul care i-a fost impus de autorul piesei. Odată ce este încălzit pentru sarcină, este relativ ușor pentru subiect să relateze în acțiune viața sa zilnică, din moment ce nimenei nu are la fel de multă autoritate asupra sa pe cât are el [4, p. 96].

Trebuie să acționeze liber, aşa cum lucrurile îi vin în minte; acesta reprezintă motivul pentru care trebuie să îl se acorde libertate de expresie, spontaneitate.

Alături de spontaneitate, *al doilea element ca importanță este procesul de punere în scenă.* Nivelul verbal este transcens și inclus în nivelul acțiunii. Există mai multe forme de punere în scenă – a

pretind că ești într-un rol, repunerea în scenă sau în act a unei scene trecute, a trăi o problemă interesantă actuală sau auto-testarea pentru viitor [4, p. 111].

Testarea realității, care este doar un cuvânt în cadrul altor metode, chiar este făcută adevărată pe scenă. Procesul de încălzire a subiectului până la ilustrarea psihodramatică este stimulat cu ajutorul a numeroase tehnici, dintre care aici sunt menționate doar câteva [5, p. 113]:

➤ *Autoprezentare; Monolog; Proiec-*
tare; Intercalarea rezistenței; Inversarea
rolurilor; Eu dublu; Oglindă; Lume auxili-
ară; Realizare și tehnici psicho-chimice.

Scopul acestor tehnici variate nu este acela de a transforma subiecții în actori, ci mai degrabă de a-i iniția pentru a fi pe scenă ceea ce sunt, mai adânc și mai explicit decât par a fi în viață.

Al treilea instrument este regizorul. Aceasta are trei funcții: producător, consilier și analist. În calitate de producător, trebuie să fie mereu alert pentru a transforma fiecare indiciu oferit de subiect în acțiune dramatică, să facă linia producției aceeași cu cea a vieții subiectului și să nu permită producției să piardă.

Cel de-al patrulea instrument este un personal format din Eurile auxiliare. Eurile auxiliare sau actorii participanți au o semnificație dublă. Ei sunt prelungiri ale regizorului, care explorează și ghidează, dar sunt și prelungiri ale subiectului, ilustrând personajele reale sau imaginare din drama vieții acestuia. Funcțiile Eului auxiliar sunt trei: aceea de a fi actor, ilustrând rolurile solicitate de lumea subiectului; aceea de a fi consilier, ghidând subiectul; și aceea de anchetator social [6, p. 57].

Instrumentul numărul cinci îl reprezintă audiența, care are rol dublu. Aceasta

poate ajuta subiectul sau poate să devină „problema”, fiind ajutată de subiectul de pe scenă. În ajutarea subiectului, devin o cutie de rezonanță a opiniei publice. Răspunsurile și comentariile sale sunt improvizate, ca și cele ale subiectului; acestea pot varia de la râs la protest violent. Cu cât subiectul este mai izolat, de exemplu, pentru că drama pe scenă este conturată de iluzii și halucinații, cu atât devine mai importantă pentru el prezența unei audiенțe dispuse să îl accepte și să îl înțeleagă. În situația în care audiența este ajutată de subiect, devenind astfel subiectul însuși, situația se inversează. Astfel, audiența se vede pe sine, adică unul dintre sindroamele colective, portretizate pe scenă.

Se poate spune, foarte bine, că *psihodrama oferă subiectului o experiență a realității nouă și mai extinsă, o realitate „plus” un câștig care justifică, cel puțin parțial, sacrificiul pe care l-a făcut colaborând la producția psihodramatică* [7, p. 22].

Respectiv aceste instrumente psihodramatice, aplicate prin intervenția psihologică adolescentilor, pot constitui un antidot al formării și dezvoltării încrederei în sine, al ridicării autoaprecierii justă și-a spiritului de inițiativă, cooperare și integrare socială constructivă în viața adolescentilor.

Teatrul social prin spontaneitate psihodramatică ca instrument de lucru cu încrederea în sine.

Încrederea în sine nu poate fi formată și dezvoltată de la sine. Adolescentul urmează a înțelege rostul acestor situații în care urmează să-și antreneze atât intelectul cât și spiritul, și anume datorită spontaneității.

Una dintre dogme, spre exemplu, a

fost considerarea spontaneității ca un fel de energie psihică – o cantitate care se autodistribuie într-un câmp care, dacă nu găsește actualizare într-o direcție, curge în altă direcție, pentru a menține „echilibru”.

Formarea spontaneității are drept preludiu teoretic mai multe metode experimentale cu privire la spontaneitate. Într-una dintre ele, subiectul se cufundă într-o stare, într-o emoție, un rol sau o relație cu alt subiect, fiecare dintre aceste stări operând ca un stimul. Aceasta nu înseamnă că este de așteptat ca unitățile care cuprind starea să fie absolut noi și fără precedent pentru subiect; înseamnă că experimentul este astfel intenționat încât să aducă subiectul, ca întreg, să se sprijine pe actul său, să crească numărul de combinații și variațiuni posibile, și în sfârșit, să prilejuiască o astfel de flexibilitate subiectului încât el să convoace orice cantitate de spontaneitate necesară pentru orice situație cu care poate fi confruntat. Prin urmare, este clar că factorul (spontaneitatea) care îi permite subiectului să se pregătească pentru astfel de stări nu este, în sine, un sentiment, o emoție, un gând sau un gest care se atașează singur unui lanț de improvizări, pe măsură ce are loc procesul de încălzire. Spontaneitatea este o stare de pregătire a subiectului pentru a răspunde aşa cum i se cere [5, p. 82]. Este o condiție a subiectului, o pregătire a sa pentru acțiunea liberă. În acest fel, libertatea unui subiect nu poate fi atinsă printr-un act de voință. Ea crește în grade, ca rezultat al formării în ceea ce privește spontaneitatea. Prin urmare, pare sigur că, prin formarea spontaneității, un subiect devine relativ mai liber de produsele conservate trecute sau viitoare comparativ

cu situația de dinaintea formării, ceea ce demonstrează că spontaneitatea este o valoare biologică, precum și una socială [4, p. 68].

Termenul „spontan” este adesea utilizat pentru a descrie subiecți al căror control al acțiunilor este diminuat [4, p. 76].

În cazul nostru aceasta este o utilizare a termenului „spontan” care nu respectă etimologia cuvântului, care îl înfățișează ca derivat din *latinescul sponte*, „libertate de voință”. Din moment ce am demonstrat relația dintre stările spontane și funcțiile creative, este clar că încălzirea pentru o stare de spontaneitate duce la și are ca scop tipare de conduită mai mult sau mai puțin organizate.

Mentionăm că anume datorită conștientizării de către adolescenti a rolului spontaneității în viața lor proprie, în conlucrarea cu cei din jur, ei își vor asigura reacția promptă și constructivă la diferenți stimuli ce-i fac să se simtă mai nefericiti sau le induc o stare de tensiune sufletească.

Formarea încrederii în sine prin teatrul social și conceptul de rol al acestuia

În situația de viață a unui individ,oricând poate avea loc o schimbare. Respectiv în viața adolescentilor exact e momentul când ei își pot orienta privirea spre noi viziuni constructive pe care încă nu le-au trăit și încercat în viață, precum ar fi teatrul social ca parte integrativă a psihodramei ce include atomul social unde ei își pot manifesta personalitatea și catharsisul spre care tind.

În atomul social al adolescentilor poate intra o nouă persoană sau o alta poate ieși, sau individul poate fi obligat să părăsească pe toți membrii atomului său social și să dezvolte relații noi pentru că a

emigrat în altă țară. În situația sa de viață poate surveni o schimbare, datorită anumitor dezvoltări ale atomului său cultural [4, p. 13].

Catharsisul în psihodramă are un rol deosebit. Prin propriul impuls, situația psihodramatică stârnește oamenii să își pună în scenă problemele la un nivel la care își găsesc expresia cele mai intime relații interindividuale și interroluri. Acest impuls este un factor dinamic care conduce subiecții odată ce au început să exprime lucrurile, comportamental și verbal, într-un fel care îi ia (pe ei și pe spectatori) prin surprindere. Există o diferență semnificativă între catharsisul trăit de spectatorul unei piese de teatru convenționale și acela trăit de spectatorul unei reprezentări psihodramatice. Există o întrebare care se pune mereu: Care factor produce diferența și în ce constă această diferență? Persoanele de pe scena psihodramatică nu joacă într-adevăr un rol în sensul conventional. Ele se prezintă pe sine, prezintă propriile lor probleme și conflicte și acest lucru trebuie subliniat nu încercă să facă piese de teatru din problemele lor [8, p. 37]. Sunt extrem de serioase; sunt hăituite de un conflict și, încercând să scape, au ajuns în fața unui zid. Spectatorul din teatrul convențional și spectatorul din jocul psihodramatic pot fi comparați cu un om care vede filmul unui vulcan în erupție și, respectiv, cu un om care privește erupția de la poalele muntelui. Tocmai drama vieții, în formă primă este cea care, prin intermediul vehiculului teatrului terapeutic se așterne în fața ochilor; și nu o face de căd în acest fel. Omul protejează astfel relații și situații intime de inspecții, cu toate mijloacele posibile de tăinuire. Caracterul fundamental, privat și totuși anonim al

psihodramei face din fiecare spectator din auditoriu un complice silentios al celor de pe scenă, indiferent de ce este dezvăluit acolo.

Rolul poate fi definit ca forma actuală și tangibilă pe care o ia Sinele. Astfel, definim *rolul ca forma de funcționare pe care și-o asumă individul în momentul specific în care reacționează la o situație specifică, în care sunt implicate și alte persoane sau alte obiecte.* Reprezentarea simbolică a acestei forme de funcționare, percepția de individ și de ceilalți, se numește rol. Forma este creată de experiențe trecute și de tiparele culturale ale societății în care trăiește individul, și poate fi satisfăcută de tipul specific al productivității sale. Fiecare rol este o fuziune de elemente private și colective. Fiecare rol are două laturi, una privată și alta colectivă. Conceptul de rol se întrelapă cu științele umaniste, fizioogie, psihologie, sociologie, antropologie și le unește într-un nou plan. Sociologii G.H. Mead și R. Linton au limitat teoria rolurilor la o singură dimensiune, cea socială.

Teoria psihodramatică a rolului care operează cu o orientare psihiatrică este ceva mai cuprinzătoare. Aceasta cuprinde conceptul de rol în toate dimensiunile vieții; începe la naștere și continuă pe tot parcursul vieții individului și a solumului. A construit modele în care rolul începe să funcționeze de la naștere. Nu putem începe procesul de rol în momentul dezvoltării limbajului, ci pentru că acesta să fie consistent, trebuie să îl ducem prin etapele nonverbale ale vieții. Prin urmare, teoria rolului nu poate fi limitată la roluri sociale; trebuie să includă cele trei dimensiuni: rolurile sociale, care exprimă dimensiunile sociale; rolurile psihosomatici-

ce, exprimând dimensiunile fizioogice; și rolurile psihodramatice, care exprimă dimensiunea psihologică a sinelui. Ilustrări ale rolurilor psihosomaticice sunt rolul celui care mănâncă și rolul sexual. În procesul de hrănire, tiparele caracteristice ale interacțiunii dintre mamă și bebeluș produc constelații de rol ale celui care mănâncă, care pot fi urmărite pe parcursul diferitelor perioade de viață. *Formele psihodramatice ale jocului de rol, ca de exemplu inversarea rolului, identificarea de rol, jocul dublu și în oglindă, toate contribuie la dezvoltarea mentală a individualui* [4, p. 204].

Rolurile sociale se dezvoltă într-o etapă târzie și se bazează pe roluri psihosomaticice și psihodramatice, ca forme timpurii de experiență. Funcția rolului este aceea de a intra din lumea socială în inconștient și de a-l modela și ordona. Relația rolurilor cu situațiile în care operatează individul (status) și relația de rol ca fiind semnificativ relaționată cu Eul. Rolul este unitatea de bază a culturii; Eul și rolul se află în continuă interacțiune. Percepția rolului este cognitivă și anticipatează răspunsurile la îndemână.

Rezultatele cercetării.

Analiza cantitativă și calitativă a rezultatelor obținute a celor trei teste: Testul Romek „Încrederea în sine”; Testul „Toulouse – Stima de sine”; Testul „Rubenstein: Autoapreciere” pe eșantionul din 70 elevi cu vârstă cuprinsă între 17-18 ani, aleși aleatoriu a evidențiat următoarele rezultate: Prin corelarea rezultatelor, aplicând Programul statistic SPSS, am relevat că există corelație între **Încrederea în sine** și **Curajul social**: cu cât încrederea de sine crește, cu atât curajul social

scade. Deci, încrederea în sine este invers proporțională cu curajul social $r=-0,350$ și $p=0,003$. În acest caz noi presupunem că elevii au o încredere în sine la nivel înalt, dar aceasta nu le motivează curajul și manifestarea acestuia în grupul de referință școlar. Ei se simt împliniți de sine și nu este neapărat să se manifeste social prin curaj și inițiativă.

Training orientat la dezvoltarea încredерii în sine și a imaginii de sine prin psihodramă

Pentru experimentul formativ, am selectat aleatoriu 10 adolescenți la care s-a depistat *încrederea în sine scăzută*: 2–gen masculin, 8–feminin, pe care ne-am propus s-o dezvoltăm prin intermediul tehnicilor psihodramatice.

În continuare descriem succint *intervenția psihologică în dezvoltarea încredерii în sine prin psihodramă*.

Scopul intervenției psihologice:

- Dezvoltarea încredерii în sine la adolescenți, a imaginii de sine la nivel personal și social prin psihodramă.

Obiectivele intervenției psihologice:

➤ De cunoștințe:

- Prezentarea noțiunii de „încredere în sine” și a componentelor ei: capaciți de autoperzentare, autoapreciere adekvată, optimism;

- Prezentarea conceptului de „psihodramă” și a tehnicilor de intervenție terapeutică;

- Asimilarea modurilor de identificare a scapurilor primordiale la vârstă adolescentină și stabilirea traseelor de realizare a acestora prin intermediul tehnicilor psihodramatice.

➤ De capaciți:

- Dezvoltarea capacițiilor de colab-

borare și coeziune a grupului, pornind de la teatrul social;

- Antrenarea capacițiilor de comunicare și relaționare socială armonioasă prin intermediul tehnicilor psihodramatice;

- Definirea modurilor eficiente de manifestare a propriilor dorințe și sentimente în relațiile cu alții, pornind de la „trăirea aici și acum” în teatrul social.

➤ De atitudini:

- Formarea abilităților de autoanaliză și orientare spre autoperfecțiune prin psihodramă;

- Aprecierea capaciții de utilizare a cunoștințelor în diverse medii și în soluționarea diferitor probleme în care se integrează Sinele personal și cel social al adolescenților;

- Exersarea tehnicilor de comunicare sinceră și armonioasă prin intermediul rolurilor psihodramatice.

➤ Termenul realizării intervenției psihologice:

- 26.10.2010 – 30.11.2010. Trainingul a durat **11 ședințe** a câte **90 min.**

Propunem selectiv proiectele didactice a câtorva ședințe realizate de noi:

Sedința 1. Ce înseamnă încrederea în sine. Noțiuni de psihodramă

➤ Scopurile sedinței:

- Cunoașterea reciprocă a participanților, dezvoltarea coeziunii de grup prin tehnici psihodramatice;

- Concretizarea intereselor și scopurilor fiecărui participant și ale grupului;

- Instituirea unei atmosfere favorabile lucrului în grup prin confirmarea unor reguli ale participanților;

- Informarea asupra noțiunii de

„încredere în sine” și conceptului de psi-hodramă.

1. Exercițiu „Autoprezentare”;
2. Tehnica „Monologul”;
3. Exercițiu ”Portretul unui necunoscut”;
4. Tehnica „Dublarea Eul-ui”;
5. Exercițiu „Regulile grupului”;
6. Exercițiu „Pomi și fructe”;
7. Tehnica „Improvizare spontană”.
8. Tema de acasă: „Eroul din visele mele – identificarea unui protagonist”.

Sedința 2. Cine sunt Eu?

➤ **Scopurile sedinței:**

- Dezvoltarea capacităților de autoprezentare prin intermediul psihodramei;
- Dezvoltarea atmosferei de colaborare și coeziune grupală;
- Construirea relațiilor Eu-El-Noi prin tehnici psihodramatice.

1. Exercițiu „Suflul comun”
2. Tehnica „Joc de rol”
3. Exercițiu „Cine sunt eu, cum sunt eu”
4. Tehnica „Monolog”
5. Exercițiu „Ce cred oamenii despre mine?”
6. Tehnica „Inversarea rolurilor”
7. Tema de acasă: „Un altul din mine...Cine ar fi?”

Sedința 3. Optimist sau pesimist?

➤ **Scopurile sedinței:**

- Instituirea unei atitudini pozitive față de evenimentele din viață prin tehnici psihodramatice;
- Exersarea unui model de comportament optimist/pesimist;
- Aprecierea stărilor de spirit – optimistă și pesimistă.

1. Exercițiu „Numele meu”
2. Tehnica „Improvizarea fanteziei”

3. Exercițiu „Transformarea problemelor în scopuri”

4. Tehnica „Oglinda din spate”

5. Exercițiu „Un altul din mine... Cine ar fi?”

6. Tehnica „Proiectarea viitorului – joc de rol”

7. Tema de acasă: „Realizarea unui lucru de care cred la moment că nu sunt capabil/ă”.

Sedința 4. Lucrul cu scopul

➤ **Scopurile sedinței:**

- Dezvoltarea capacităților de stabilire a priorităților în realizarea scopurilor prin intermediul tehnicielor psihodramatice și art-terapiei prin desen;
- Cunoașterea motivației personale și orientarea pozitivă a acesteia.

1. Exercițiu „Anotimpuri”

2. Exercițiu „Harta Vieții Mele!”

3. Tehnica „Proiectarea psihodramatică prin desen: „Harta Vieții Mele!”

4. Tehnica „Oglinda – trecut, prezent și viitor”

5. Tema de acasă: „Cauzele cele mai frecvente ale eșecurilor personale și sociale”

Prezentăm mai jos un model a exercițiului 3 efectuat de adolescentii din grupul experimental.

Sedința 5. Dezvoltarea capacităților de depășire a barierelor în realizarea scopurilor

➤ **Scopurile sedinței:**

- Dezvoltarea capacităților de stabilire a priorităților în realizarea scopurilor prin intermediul tehnicielor psihodramatice;

- Înlăturarea mecanismelor de apărare și a rezistențelor;

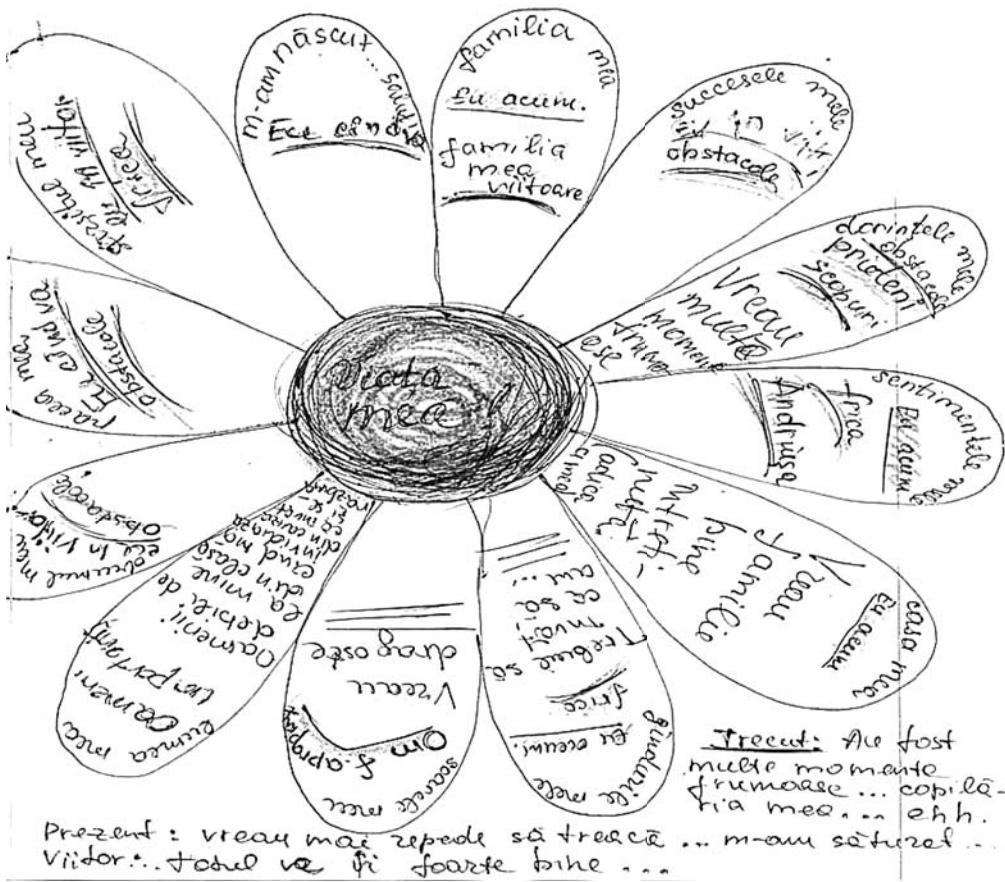


Figura 1 Tehnica „Proiectarea psihodramatică prin desen: Harta Vieții Mele!”

Scopul: Evidențierea prin desen a rolurilor avute de adolescent în propria sa viață

- Construirea noilor modele comportamentale prin tehnicele psihodramatice.
 1. Exercițiu „Magazinul visurilor”
 2. Tehnica „Fantezia improvizată”
 3. Exercițiu „Viața mea – o decizie Eu!”
 4. Tehnica „Autorealizarea”
 5. Tehnica „Dublarea Eu-lui”
 6. Tema de acasă: „ $\frac{3}{4}$ din zi Monolog – Eu peste 10 ani...”

Sedința 6. Sinele meu personal și

social

➢ **Scopurile ședinței:**

- Dezvoltarea capacității de auto-prezentare constructivă prin intermediul tehniciilor psihodramatice;
- Identificarea și valorificarea posibilităților de stabilire a contactelor interpersonale.
 1. Tehnica „Monologul terapeutic: Povestea stejarului”
 2. Exercițiu „Dugheana cu minuni”.
 3. Tehnica „Monologul terapeutic:

Povestea curcubeului”

4. Exercițiul „capacitatea de-a convinge o persoană”

5. Tehnica „Joc de rol”

6. Tema de acasă: „Utilizarea metodelor de-a obține simpatia în cotidian. Notarea rezultatelor – schimbărilor pozitive în capacitatea de-a comunica”

Şedința 7. Încrederea în sine în situații complicate

Scopurile ședinței:

- Dezvoltarea capacitaților de orientare în spații complicate prin implicarea spiritului creativ;
- Identificarea propriilor capacitați creative prin intermediul tehniciilor psihodramatice;

1. Exercițiul „Șapte pălării gânditoare”

2. Tehnica „Lumea auxiliară”

3. Exercițiul „Capacități și soluții”

4. Tehnica „Schimb de roluri”

5. Exercițiul „Clipele cunoașterii”

6. Tehnica „Scaunul gol – proiecție”

7. Tema de acasă: „Utilizarea soluțiilor creative elaborate la training, în situații de cotidian atunci când intervin situații complicate personale sau sociale.

Şedința 8. Sentimente și dorințe

Scopurile ședinței:

- Dezvoltarea abilităților de autoanaliză și identificare a dificultăților de interacțiune cu alții prin intermediul psihodramei;

▪ Definirea modurilor eficiente de manifestare a propriilor dorințe și sentimente în relațiile cu alții.

1. Exercițiul „Ce doresc să-i comunic persoanei care nu este lângă mine?”

2. Tehnica „Oglinda”

3. Exercițiul „Ce-mi limitează acțiunile în relațiile interpersonale?”

4. Tehnica „Lumea auxiliară”

5. Exercițiul „Identificăm și înălăturăm dificultățile în comunicare”

6. Tehnica „Publicul cu spatele la protagonist”

7. Tema de acasă: „Utilizarea comunicării artistice în cotidiin”. Notarea rezultatelor.

Şedința 9. Ce-am învățat pentru mine și despre mine (ședință de totalizare)

Scopurile ședinței:

- Verificarea rezultatelor intervenției psihologice;
- Stabilirea unor moduri de dezvoltare a abilităților cultivate în cadrul ședințelor intervenției psihologice;
- Identificarea unor „locuri slabe” și modelarea unor moduri independente de înălăturare a lor prin tehniciile psihodramatice.

1. Exercițiul „Spirit de echipă”

2. Tehnica „Inversarea rolurilor”

3. Exercițiul „Povestea șanselor realizate”

4. Tehnica „Fantasia improvizată”

5. Exercițiul „Mașina timpului”

6. Exercițiul „Dicționarul”

7. Tehnica „Monologul intern”

8. Tema de acasă: „Utilizarea comunicării sincere/spontane în cotidian. Notarea rezultatelor”

Şedința 10. Totalizarea rezultatelor și finalizarea activității de grup

Scopurile ședinței:

- Totalizarea rezultatelor intervenției psihologice de dezvoltare a încrederii

în sine prin psihodramă;

- Stabilirea unor însărcinări, prin care s-ar perpetua experiența căpătată în grupul psihologic în condițiile sociale reale.

1. Exercițiul „Ce am învățat în grup?”
2. Tehnica „Visurile în stare de vechie”
3. Exercițiul „Ce aş dori să realizez?”
4. Tehnica „Monologul”
5. Exercițiul „Floarea soarelui”
6. Tehnica „Oglinda”
7. Tehnica „Monologul terapeutic: Dincolo de noi...”

Sedința 11. Întărirea Sinelui personal și social prin psihodramă

Scopurile sedinței:

- Posttestare [testelete aplicate înainte de training].
- Întărirea imaginii de sine la nivel personal și social prin intermediul tehnicilor psihodramatice.

1. Tehnica „Proiectarea psihodramatică prin desen: Călătorie în Lumea Fericirii...”

2. Tehnica „Oglinda”

3. Tehnica „Monologul terapeutic: Eu într-o lume imaginară...”

4. Tehnica „Monolog”

▪ *Prezentăm mai jos un model al exercițiului 1 efectuat de adolescenții din grupul experimental:*

CONCLUZII

Pe scena psihodramatică a vieții adolescente, prin studiul dat, relevăm o importanță majoră a tehnicielor acestei metode care a permis tinerilor contemporani să-și simtă personalitatea, să simptă viața



Figura 2 Tehnica „Proiectarea psihodramatică prin desen: Călătorie în Lumea Fericirii...”

Scopul: Evidențierea prin desen a întruchipării Lumii Fericirii lăuntrice a adolescenților

celor din jur într-un alt mod, mult mai aproape de sufletul lor, respectiv, într-una dintre aceste situații cotidiene, persoanele vor renunța la eschivări, reticențe și ambiguități și vor scoate la iveală emoțiile și sentimentele lor reale, aşa cum sunt ele, orientându-le spre constructivitate și armonia vieții proprii în raport cu a celor din jur.

În mod esențial, pe scena psihodramatică, adolescenții rămân aceiași indivizi care, cu o clipă în urmă, au pășit pe scenă, dar sunt dezvăluite fațete ale naturii lor de existență cărora uitase fiecare — dacă, într-adesea, au fost vreodată evidente. Tocmai aici, la acest nivel, este dezvăluit adevărul punct central al conflictului care, prin tehnici psihodramatice precum Monologul, Oglina, Dublarea Eului, Autorealizarea, Scaunul gol, Lumea auxiliară etc. își găsește eliberarea și renașterea spirituală protagonistul.

Formele psihodramatice ale jocului de rol, ca de exemplu inversarea rolului, identificarea de rol, jocul dublu și

în oglindă, toate contribuie la dezvoltarea imaginii de sine, a încrederii, dorinței și motivației intrinseci de-a iniția, forma și menține relațiile sociale, având curaj și dorință de afirmare, astfel adolescenții asigurându-și echilibrul emoțional și o stare lăuntrică armonioasă întru afirmarea lor ca personalități independente, puternice și demne de succes.

Intervenția psihologică „*Dezvoltarea încrederii în sine la adolescenti prin psihodramă*”, din cadrul cercetării noastre, relevă:

- *Confirmarea ipotezei științifice*, conform căreia tehniciile psihodramatice inițiate în cadrul teatrului social, influențează dezvoltarea autoaprecierii de sine și-a încrederii în sine la adolescenti;
- *Confirmarea ipotezelor practice* care reflectă că tehniciile psihodramatice condiționează reevaluarea constructivă a încrederii și autoaprecierii la adolescenti, respectiv favorizează inițierea contactelor sociale și reorientarea personalității spre spectrul autoafirmării sociale, iar cel mai important – deschiderea propriului Sine, implicarea activă în viața ce nu-i mai pare străină, respectiv păstrarea echilibrului afectiv prin faptul că societatea apreciază Sinele propriu al fiecărui adolescent și el se simte integru și sigur pe viitorul său pe care-l poate conduce, astfel împlinindu-se atât personal, cât și social.

RECOMANDĂRI

Privind retrospectiv la studiul efectuat de noi, menționăm următoarele idei:

- Recomandăm Intervenția psihologică „*Dezvoltarea încrederii în sine la adolescenti prin psihodramă*” persoanelor implicate în spectrul politic, management, artă etc. și celor care, pur și simplu,

doresc să-și conducă propria soartă în mod organizat;

- De asemenea recomandăm acest studiu persoanelor care se simt izolate social, care nu au încredere în forțele proprii sau care simt dependență față de aprecierea și remunerarea morală a celor din jur;
- Tehnicile psihodramatice sunt binevenite aplicării în cadrul trainingurilor cu copiii instituționalizați, care au nevoie de socializare constructivă, au nevoie de formare, modelare și dezvoltarea încrederii în sine, în propria personalitate, respectiv au nevoie de ridicarea curajului social, a sentimentului de demnitate psihosocială, respectiv acest fapt i-ar poziționa cu fața spre societate, spre succesele preuniversitare și dorința de a-și continua drumul profesional prin inițiativă, perseverență și muncă asiduă;
- Studiul privind metoda psihodramatică, având influență constructivă asupra imaginii și încrederii în sine, poate reorienta pozitiv și viața persoanelor cu dizabilități. Anume tehniciile psihodramatice condiționează modelarea propriei personalități, lupta pentru șansele egale și dorința de-a învinge provocările vieții;
- Cercetarea dată poate fi continuată în scopul elucidării diferențelor gender și a aspectelor etnice, a persoanelor din mediul urban sau rural care, mai mult sau mai puțin, recurg la închiderea în sine și blocarea personalității în fața socialului și nu la rezolvarea constructivă a comunicărilor lor cu societatea;
- Anume prin psihodramă fiecare persoană își poate reorienta Eul personal spre spiritualitatea artistică ascunsă în noi, spre tainele lăuntricului, ale sine-lui nostru, încă nedescoperit de nimeni și pe care doar noi însine îl putem elibera

în lumea frumosului, lumea artei, lumea în care fiecare clipă poate fi o schimbare, poate fi un nou început, datorită teatrului social, datorită faptului că fiecare dintre noi poate juca pe scena vieții rolul său, poate scrie scenariul propriei sale vieți, căci doar noi însine suntem regizorii eșecului sau împlinirii și fericirii personale și sociale în unica viață pe care o trăim pe acest pământ!

BIBLIOGRAFIE

1. POWELL, A. (1976). “*Object relations in the psychodrama group*”, Group Analysis. New York: Beacon House, p. 125-38.
2. MORENO, Z. (1996). “*Sociogenesis of individuals and groups*” in The International Handbook of Group Psychotherapy. New York: Academic Press, 150 p.
3. CHARNEY, M. (1997). “*Psychodrama and self-identity*”, Journal of Group Psychotherapy. New York: Academic Press, 118 p.
4. BOWEN, M. (1996). *La Différenciation du Soi: les Triangles et les Systèmes Émotifs Familiaux*, Paris: E.S.F190p.
5. MORENO, Z. (1995). “*Psychodrama, role theory, and the concept of the social atom*” in “Evolution of Psychotherapy”. New York: Academic Press, 209 p.
6. POWELL, A. (1976). “*Object relations in the psychodrama group*”, Group Analysis. New York: Beacon House, 19: 125-38.
7. COOLEY, C. (1993). *Human Nature and Social Order*. New York: Springer. 47 p.
8. KIPPER, D. (1997). Psychotherapy Through Clinical Role Playing. New York: 200 p.
9. FOX, J., SCHATTNER, G. and COURTNEY, R. (1996). *Drama in Therapy*. New York: Academic Press, 120 p.
10. RUSNAC, S. (2005). *Consilierea psihologică în grup. Forme și metode*. Chișinău: ULIM, 127 p.
11. РОМЕК В.Г. *Психологические особенности уверенной в себе личности. Социальная психология личности в вопросах и ответах: Учеб. пособие*. Москва: Изд-во РУДН, 2000. 225 с.
12. РОМЕК, В.Г. *Тесты уверенности в себе. Практическая психодиагностика и психологическое консультирование*. Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. 108 с.

RELATIA DINTRE IMAGINEA DE SINE A ADOLESCENTILOR ȘI RELAȚIILE LOR INTERPERSONALE CU PĂRINȚII ȘI SEMENII

Maria VÎRLAN, Cristina TURCAN

Cuvinte-cheie: adolescent, imagine de sine, relații interpersonale, părinți, semeni, inconsecvență, interes pozitiv.

Summary

In this article the authors highlight too aspect: gender differences in terms of self – image, and interpersonal relationships; relation between self – image and interpersonal relationships in teen age.

Concerning to the first aspect, the authors indicate the following differences: girls are considered with a higher level of intellect, authority on others and look, and boys are considered with a higher level of courage and skill.

As at the second aspect the authors shows statistics that there are mutual relationship between teen self – image and their interpersonal relationships with parents and their peers, and these variables are mutual influences.

Imaginea de sine are la bază fenomenul percepției sociale, se realizează treptat în procesul de socializare, prin raportarea la sistemul de norme și valori socio-culturale ale grupului. Ea reflectă statusurile familiale, profesionale, civice, organizaționale și rolurile persoanei în decursul vieții exprimate în respectul de sine, atitudini, opinii, comportamente.

Vasile Pavelcu sublinia că această “cunoastere de sine este cheia apropierea de cei din jur, mă cunosc prin alții, iar pe alții îi identific prin mine... obiectivarea Eului, cristalizarea imaginii adevărate despre Sine se produce prin reversibilitatea imaginii despre Sine cu imaginea altora despre noi cu capacitatea de a ne privi cu ochii altora și de a privi pe altul cu ochii noștri”[1].

Perioada adolescenței are un rol decisiv în dezvoltarea imaginii de sine, deter-

minată fiind, pe de-o parte, de către modificările ce survin în sistemul general de cerințe ce se manifestă față de adolescent, iar, pe de altă parte, de către schimbările prin care trece personalitatea cu structurile și substructurile ei. Schimbările survenite în situația socială de dezvoltare, noile rolu și relații necesită intensificarea autocontrolului și autoreglării. Această necesitate îi face pe adolescenți să se concentreze asupra lumii interioare. Ca urmare, începe descoperirea Eu-lui, considerată de psihologii drept una din cele mai importante realizări ale adolescenței. Lumea interioară, propriile trăiri emotionale, gânduri, capacitați devin pentru adolescent principala realitate, pe când realitatea fizică capătă semnificația unui fundal pe care se desfășoară experiența subiectivă a personalității în această perioadă. Are loc dezvoltarea sensibilității față de problemele psihologi-

ce, interioare [8].

Adolescența, vîrstă “viselor de aur”, este vîrstă când apare un nou nivel al conștiinței de sine. Trăsătura specifică a acestui nivel al conștiinței de sine o constituie apariția la adolescent a meditației asupra propriei lui persoane, ca proces lăuntric de sine stătător, ca o necesitate. În centrul meditațiilor adolescentilor asupra propriei lor persoane stă fapta, ca act de conduită socială a omului. Aceste meditații sunt pentru ei un mijloc necesar în organizarea activității și a relațiilor cu cei din jur. Aprecierea de către adolescenti a însușirilor lor, prin prisma cerințelor sociale, duce la apariția necesității de autoeducare [4].

Adolescentul își formează un mod propriu de a înțelege viața, își cristalizează o concepție proprie despre alegerile pe care le face. El devine conștient de forțele sale, le compară cu cele ale părinților și se crede superior acestora, aspirând la același rol în societate ca și părinții [7].

În linii generale, se poate afirma că la această vîrstă relațiile cu părinții capătă o dimensiune calitativ nouă, determinată de noile însușiri de personalitate și de noile sfere de activitate ale adolescentilor [7].

Eu-l este în căutarea unui nou echilibru datorită contactelor sociale mai variate și mai ușor de stabilit decât în perioada pubertății.

La descoperirea de sine se adaugă descoperirea celorlalți, pe lângă nevoia de afirmare, apăr și nevoia de comunione.

Preocupările morale și valorice sunt semnificative, iar pendularea între alternative pentru viitor, speranțe, idealuri și dezamăgire e la fel de comună. Relațiile și comunicarea cu semenii ocupă un loc important în viața adolescentilor. În primul rând, ele reprezintă un izvor de informa-

ții, în special de cunoștințe, care nu pot fi obținute de la adulții, în al doilea rând, ele constituie un teren pentru autorealizare, oferă posibilitatea confirmării apartenenței de grup. De asemenea, relațiile cu persoanele de aceeași vîrstă satisfac necesitatea de comunicare intimă. În această perioadă de vîrstă scade valoarea grupurilor formale – școală, clasă, unde relațiile sunt reglementate în mare măsură și supravegheate de adulții. Adolescentii preferă grupurile neformale, companiile, care se constituie după criterii sau parametri ce satisfac necesitățile caracteristice vîrstei. Sfera de comunicare și de noi relații interpersonale determină activismul comunicativ, îi determină pe adolescenti să caute noi relații.

Pentru o mare parte de adolescenti există riscul de a nimeri sub influența grupurilor antisociale, iar aceasta trebuie să constituie obiectul unei atenții deosebite din partea părinților și pedagogilor. Organizarea activităților extracurriculare, stimularea adolescentilor pentru muncă, grija față de modul de organizare a timpului liber pot să evite devierile și orientarea antisocială a comportamentului acestora.

Relațiile interpersonale ale adolescentilor sunt influențate de o multitudine de factori, atât subiectivi, cât și obiectivi.

În cercetarea realizată de noi s-a insistat pe necesitatea evidențierii relației dintre imaginea de sine a adolescentilor și relațiile lor interpersonale, care, de fapt, și constituie problema acestei cercetări.

Scopul cercetării a fost evidențierea relației dintre imaginea de sine a adolescentilor și relațiile interpersonale ale acestora cu semenii și părinții.

Baza experimentală a cercetării au constituit-o 50 adolescenti din clasele a X-a.

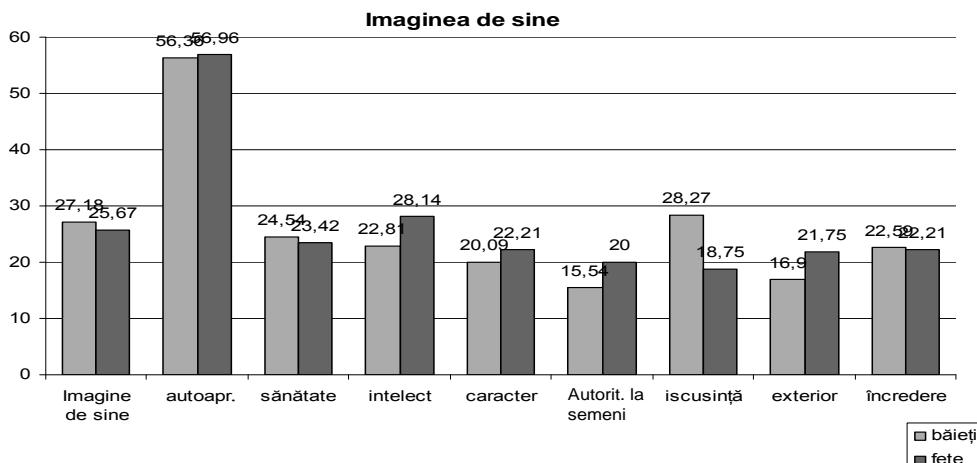


Fig. 1 Rezultatele privind imaginea de sine a adolescenților cercetați

La faza inițială a cercetării ne-am întâmpinat următoarele **ipoteze**:

- ✓ Există deosebiri gender în ceea ce privește particularitățile imaginii de sine a adolescenților și relațiile lor interpersonale cu semenii și părinții.
- ✓ Între imaginea de sine a adolescenților și relațiile lor interpersonale există o relație reciprocă.

Valoarea practică a studiului constă în posibilitatea aplicării metodelor utilizate în cercetarea de față ca instrument de diagnosticare a particularităților imaginii de sine și relațiilor interpersonale ale ado-

lescenților; rezultatele obținute pot fi utilizate în prevenirea eșecurilor în formarea imaginii de sine la adolescenți.

În scopul realizării scopului și obiectivelor propuse, am studiat imaginea de sine a adolescenților, apoi particularitățile relațiilor lor cu semenii și părinții și, în final, am corelat între ele aceste două variabile pentru a stabili relația dintre ele.

În cele ce urmează vom analiza rezultatele care ne permit să confirmăm prima ipoteză.

Rezultatele obținute de subiecți la probleme de studiere a imaginii de sine.

Tabelul 1

Diferența statistică la scalele privind imaginea de sine între fete și băieți

	Imaginea de sine	Intelectul	Autoritatea la semenii	Iscusință	Exteriorul
Mann-Whitney U	210,000	203,500	202,000	206,000	205,500
p	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05

Datele din figura și tabelul de mai sus ne indică următoarele diferențe statistice între imaginea de sine a băieților și cea a fetelor: fetele se autoapreciază mai înalt la aşa parametri ca intelectul, autoritatea

în fața semenilor, exteriorul, pe când băieții își apreciază mai înaltă iscusință.

În continuare vom prezenta rezultatele obținute de subiecți experimentați la probleme de studiere a relațiilor interpersonale.

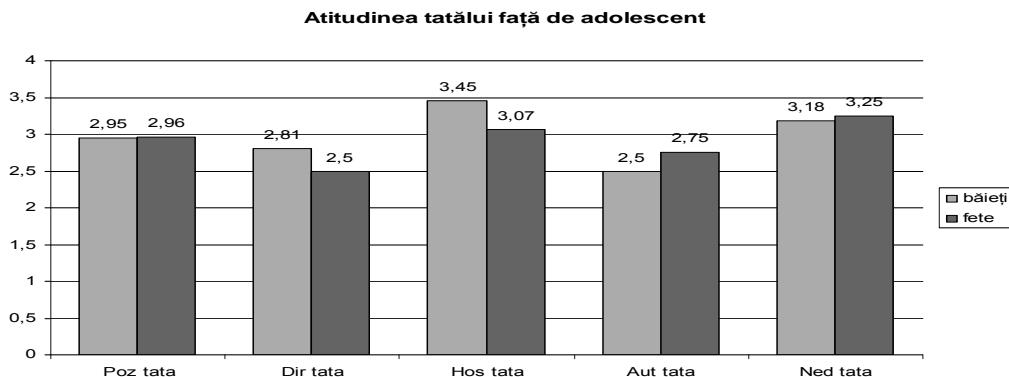


Fig. 2 Rezultatele privind atitudinea taților față de adolescenți

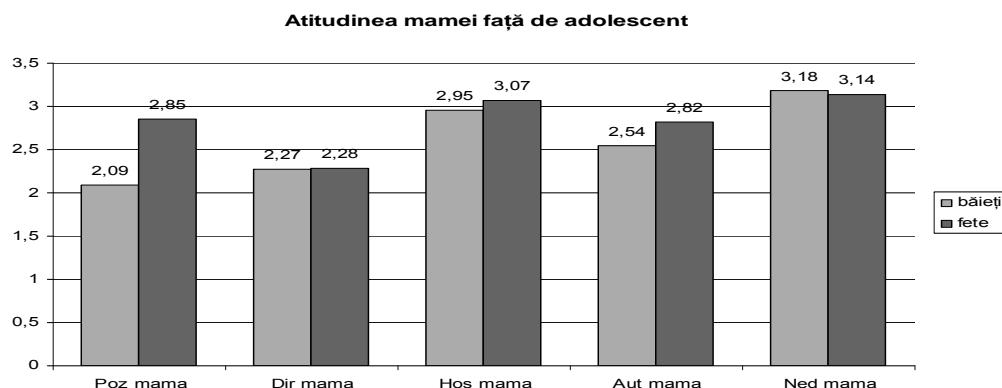


Fig. 3 Rezultatele privind atitudinea mamelor față de adolescenți

Relațiile adolescentilor cu părinții:

Cât privește relațiile subiecților experimentați cu tații lor, studiul nostru nu a evidențiat deosebiri în ceea ce privește atitudinile taților față de băieți și față de fetele adolescente. Valori ridicate am obținut la aşa scale, ca:

- **Ostilitatea față de copii.** Atât fetele, cât și băieții adolescenti își percep tații ca fiind dușmanoși, ostili față de ei. Tatăl ostil cade de acord cu părerea acceptată de alții, se conduce de convenții, tinde să satisfacă trebuințele altora fiind un tată bun și să mențină relații bune.

Educând copilul, se străduie să-l muștruiască în corespondere cu opinia social acceptată despre un „copil ideal”.

- **Scara inconsecvenței.** Adolescentii percep inconsecvența în educație din partea tatălui în imposibilitatea de a presupune, prevedea cum va reacționa tatăl într-un caz sau altul.

Conform studiului nostru, diferențe statistice semnificative există între rezultatele la scara „Interesul pozitiv” al mamei față de băieți și cel față de fete: U- 202, la un prag de semnificații de $p < 0,05$, unde fetele înregistrează valori medii mai mari

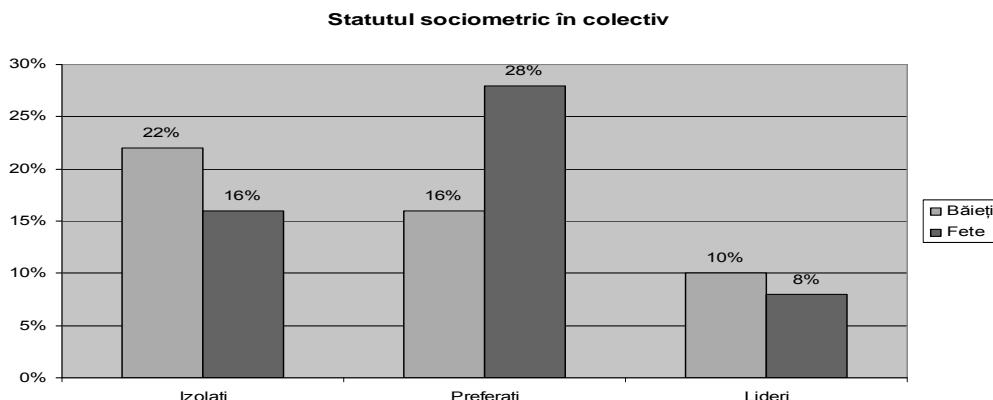


Fig. 4 Rezultatele obținute la tehnica sociometrică

– 2,85, decât băieții – 2. Atitudinea pozitivă bazată pe acceptarea psihologică este percepță de către fete ca atitudinea mamei specifică unui copil mic, ce necesită atenție, grijă, ajutor, acolo unde el întâmpină dificultăți. Pentru băieți acceptarea psihologică este percepță ca o atitudine critică a mamei față de ei. Adolescentii au trebuința de a fi susținuți de mamă, în multe situații iau în considerare părerea ei, sunt de acord adesea cu ea. Însă comportamentul autoritar, tendința de lider în familie, suspiciunea sunt respinse.

Ca și în cazul tașilor, și aici, în ce privește atitudinea mamelor față de copii, rezultate mai mari se înregistrează la scara "Inconsecvență". Fetele explică inconsecvența mamei prin schimbarea bruscă a stilului, procedurilor de educație. Băieții percep inconsecvența în educație din partea mamei ca o alternare, în funcție de importanță, a stilului de dominare cu stilul de supunere.

Relațiile adolescentilor cu semenii:

La această tehnică am obținut o diferență statistică de U-210, la un prag de semnificații $p<0,05$, fetele înregistrând valori medii mai mici (4,5) decât băieții (5,8).

Datele analizate mai sus denotă unele deosebiri gender cu privire la particularitățile imaginii de sine ale adolescentilor și relațiile interpersonale ale acestora cu părinții și cu semenii.

În continuare vom analiza rezultatele privind relația dintre imaginea de sine a adolescentilor și relațiile interpersonale ale lor cu semenii și părinții.

Datele din figura 5 ne arată că adolescentii cu imagine de sine înaltă ocupă și o poziție socială mai înaltă în colectivul clasei.

Cât privește influența imaginii de sine asupra stabilirii relațiilor în colectivul clasei, am obținut următoarele rezultate (tab. 3).

Cele ilustrate mai sus ne arată că relațiile interpersonale ale adolescentilor în colectivul clasei sunt determinate în mare parte de o imagine de sine înaltă în ce privește caracterul propriu, exteriorul, autoritatea în fața semenilor.

Vom analiza în continuare rezultatele care denotă rolul relațiilor adolescentilor cu părinții asupra imaginii lor de sine.

Imaginea de sine a adolescentilor co-

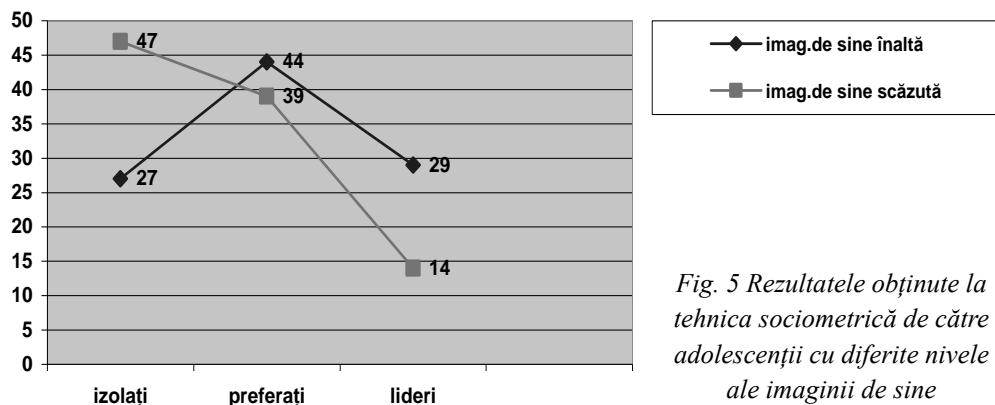


Fig. 5 Rezultatele obținute la tehnica sociometrică de către adolescenții cu diferite nivele ale imaginii de sine

Tabelul 3

Corelația dintre rezultatele la tehnica sociometrică și imaginea de sine a adolescenților cercetați (Spearman)

		Imaginea de sine	Autoaprecierea generală	Caracter	Exterior	Autoritatea la semenii
sociometria	r	0,373	0,571	0,369	0,379	0,744
	p	0,05	0,05	0,05	0,05	0,01

relează cu următoarele scale ale testului de studiere a atitudinilor părinților față de copii:

- **Scala interesului pozitiv (tata):** $r=0,371$, la un prag de semnificație de $p<0,05$; **Scala interesului pozitiv (mama):** $r=0,416$, la un prag de semnificație de $p<0,05$, adică, dacă părintele se străduie să obțină simpatia și respectul autorității de părinte fără să recurgă la declararea diferitor dogme, își acceptă necondiționat copilul, stabilește cu el relații bazate pe încredere atunci adolescentul are o imagine de sine mai înaltă.

- **Scala ostilitatea tatălui:** $r=-0,413$, la un prag de semnificație de $p<0,05$. Aici avem o corelație negativă, invers proporțională. Adică, dacă tatăl manifestă față de adolescent o atitudine ostilă, dacă el tinde să satisfacă trebuințele altora “fiind un tată bun” și să mențină relații bune mai degrabă cu alții decât cu propriul copil, dacă îl educă

prin muștruluiuială, dacă este sever și pedant cu copilul, atunci adolescentul nu poate să-și formeze o imagine de sine adecvată, mai mult ca atât – are una scăzută.

- **Scala inconsecvenței (tata):** $r=-0,483$, la un prag de semnificație de $p<0,05$; **Scara inconsecvenței (mama):** $r=-0,500$, la un prag de semnificație de $p<0,05$ (corelație negativă, invers proporțională). Dacă părinții sunt inconsecvenți în educația copiilor lor, sunt imprevizibili în ce privește reacția proprie la comportamentul copiilor, acest fapt se răsfrângе negativ asupra imaginii acestora despre propria persoană.

Autoaprecierea sănătății adolescenților corelează cu:

- **Scala direcționării:** $r=-0,322$, la un prag de semnificație de $p<0,05$ (corelație negativă, invers proporțională). În cazul când părinții impun copiilor lor sentimentul de vină în raport cu aceștia, când le de-

clară permanent că ei poartă responsabilitate de toate ce face copilul, confirmând dependența primară, copiii își apreciază mai scăzut nivelul lor de sănătate.

• **Scala inconsecvenței (tata):** $r=-0,376$, la un prag de semnificație de $p<0,05$ (corelație negativă, invers proporțională). Dacă în educația lor părinții manifestă inconsecvență, asta se răspândește negativ asupra autoaprecierii sănătății copiilor.

Autoaprecierea intelectului copiilor corelează cu:

• **Scala interesului pozitiv (mama):** $r=0,387$, la un prag de semnificație de $p<0,05$, adică, dacă părintele se străduie să obțină simpatia și respectul autorității de părinte fără să recurgă la declararea diferitor dogme, își acceptă psihologic copilul bazându-se pe încredere, părintele și copilul găsesc adevărul în dispută, ținând cont de anumite argumente, acceptând ideile logice, atunci adolescentul își apreciază nivelul intelectual propriu mai înalt.

Autoaprecierea caracterului corelează cu:

• **Scala interesului pozitiv (tata):** $r=0,764$, la un prag de semnificație de $p<0,05$, **Scala interesului pozitiv (mama):** $r=0,792$, la un prag de semnificație de $p<0,05$. Ca și în cazul autoaprecierii intelectului, interesul pozitiv al părinților față de copiii lor le determină acestora o autoapreciere mai înaltă a caracterului.

• **Scala ostilitatea tatălui:** $r=-0,886$, la un prag de semnificație de $p<0,01$. Aici avem o corelație negativă, invers proporțională. Cu cât mai ostilă va fi atitudinea tatălui față de adolescent cu atât acesta va avea tendința de a-și aprecia mai scăzut propriul caracter.

Autoaprecierea autorității în fața semenilor corelează cu:

• **Scala autonomiei:** $r=-0,943$, la un

prag de semnificație de $p<0,01$, adică, dacă părinții manifestă o autonomie mai mare în relații cu copilul lor, atunci acesta își va aprecia mai înaltă autoritatea în fața semenilor.

Autoaprecierea exteriorului corelează negativ cu:

• **Scala ostilitatea tatălui:** $r=-0,434$, la un prag de semnificație de $p<0,05$. Aici avem o corelație negativă, invers proporțională. Atitudinea ostilă a tatălui față de propriul copil își determină acestuia o subapreciere a exteriorului propriu.

Autoaprecierea încrederii în sine corelează cu atitudinea pozitivă atât a mamei cât și a tatălui față de copiii lor.

Cele analizate mai sus ne permit să concluzionăm că atunci când părintele își acceptă necondiționat copilul, manifestă un interes pozitiv față de el, adolescentul poate să-și formeze o imagine de sine mai ridicată. Dacă însă părinții sunt ostili cu copiii, inconsecvenți în educația lor, atunci asta se răspândește negativ asupra imaginii de sine a adolescentului.

Bibliografie

1. Bonchis, E., (1997). *Studierea imaginii de sine în copilarie și adolescență*. Oradea: Editura Imprimeriei de Vest.
2. Crețu, T., (2005). *Psihologia vîrstelor*. București: Editura Credis.
3. Demarais A., (2005). *Prima impresie. Cum te văd ceilalți*. București: Editura Curtea Veche.
4. Gonța, V., (2004). Formarea imaginii de sine la adolescenți. Chișinău.
5. Munteanu, A. (1998) Psihologia copilului și adolescentului, Editura Augusta, Timișoara
6. Racu Ig., (1998). Psihogeneza conștiinței de sine în condiții sociale diferite, Chișinău. 2004.
7. Racu Ig., Racu I., (2007). Psihologia dezvoltării, Chișinău.
8. Șchiopu U., (1997). Criza de originalitate la adolescenți, Editura Didactică și Pedagogică, Buc.

PSIHOLOGIA EDUCAȚIEI

DISTANȚA SOCIALĂ FAȚĂ DE PERSOANELE DE ALTE RASE ÎN RÂNDUL STUDENȚILOR ROMÂNI

Viorel ROBU

Termeni-cheie: racism, distanță socială, atitudine față de diversitatea rasială, studenți.

Summary

The racism is conceived as an ideological orientation having cultural, social, political, legal and economic implications. In some extent, the racism is opposed to the principles of interculturalism and multiculturalism. In Romania, the racial attitude is central to public questioning. The public opinion is divided: some voices believe that Romanians tend to express a racial and xenophobic attitude, while others shows that Romanians seem to be more tolerant. The present paper addresses the issue of racism, as well as racial attitude. The psychological coordinates of the racial attitude among Romanian university students are explored. The students represent a populational category which is very exposed to the interracial, interethnic, and intercultural contexts. Racial attitude was operationalized by social distance toward people of other races. The findings suggests the Romanian students are open to people of other races, tending to express a low social distance. However, the phenomenon seems to be more complex than appears at first glance.

Introducere

Numerouase definiții ale termenului *rasism* se bazează pe conceptul central de *rasă* care comportă o dimensiune socială și nu una biologică, deoarece caracteristicile prin care sunt identificate rasele nu sunt, de regulă, relevante din punct de vedere biologic. Definirea racismului poate părea dificilă, acest demers fiind legat de dezbatările politice și morale. Nu se poate stabili o definiție a racismului în funcție de un anumit discurs, iar în absența oricărei definiții conceptul își pierde orice sens (Miles și Brown, 2003, p. 112).

În esență, racismul este credința conștientă sau inconștientă în superioritatea unei rase față de alta și în dreptul acelei rase de a domina. Rasiștii cred că trăsăturile fizice, care sunt moștenite biologic,

determină personalitatea, intelectul și cultura. Rasismul presupune convingerea că, „de la natură”, anumite rase sunt superioare sau inferioare altora (Voinea și Bulzan, 2003, p. 70)

Rasiștii îi consideră inferiori pe cei având caracteristici fizice diferite, cum ar fi culoarea pielii și a ochilor, textura părului, forma feței etc. De fapt, nu există diferențe clare și semnificative care să susțină această poziție. Cercetările recente arată că rasa este o entitate imaginată de anumite grupuri minoritare. În urma unei analize minuțioase, s-a conchis că 85.4 % din variația genomului uman se regăsește în rândul indivizilor aparținând acelorași rase și numai 6.3 % la nivelul raselor umane, luate în sens tradițional (R. Lewontin, 1972; citat de Horvát, 2001, p.

10). Ca atare, biologia modernă nu confirmă viziunea unei umanități net divizate în categorii rasiale distințe.

Cuvântul *racism* este folosit pentru a descrie un comportament abuziv sau agresiv, îndreptat împotriva membrilor unei aşa-numite rase inferioare. Istoria ne dovedește că, de-a lungul timpului, racismul a îmbrăcat diverse forme. Cea mai nouă formă de racism întâlnită este *diferențierea etnică și culturală* (având o față socială și politică subtilă), care susține neamestecul raselor și al culturilor, în vederea păstrării originalității fiecăreia (Encyclopedia of Race and Racism, 2008, p. 467). Racismul nu este numai o construcție teoretică, ci și un câmp disciplinar, lichidând identitatea culturală a altora, tratând fobia de melanj și exaltând disprețul pentru altul care este întotdeauna inferior (A. Palicar; citat de Neculau și Ferréol, 1996, p. 11).

Conform literaturii de specialitate, racismul se manifestă la mai multe niveluri, între care există interdependențe: individual, instituțional și cultural (Yang, 2000, p. 146). Astfel, la *nivel individual*, se vorbește de racism reflectat în atitudinile, valorile și credințele personale ale unui individ despre superioritatea propriei rase. La *nivel instituțional*, vorbim despre practici și legi care cauzează sistematic inegalități rasiale în societate, organizații sau instituții. La *nivel cultural*, trebuie să luăm în calcul tradițiile, obiceiurile, valorile și normele de comportament social care promovează propria cultură, ca normă și standard în societate.

Într-o accepțiune foarte generală, termenul *discriminare* desemnează tratarea inegală a indivizilor sau a grupurilor în raport cu unele trăsături specifice, cum ar fi apartenența etnică sau cea religioasă. În

mod normal, termenul este folosit pentru a descrie acțiunea unei majorități dominante în raport cu o minoritate, care cauzează un prejudiciu unei persoane sau unui grup de persoane. Când puterea este asociată cu discriminarea rasială, se manifestă racismul. Discriminarea rasială este expresia credințelor și a atitudinilor care își au rădăcina în racism și include violarea drepturilor civile sau marginalizarea unei persoane sau a unui grup de persoane pentru simplul fapt că aparține (apărțin) unei anumite rase. Discriminarea rasială poate fi intenționată sau neintenționată, conștientă sau inconștientă (Jackson, 2006, p. 407).

Este foarte important să facem diferență între racismul modern și racismul tradițional. În mod tradițional, racismul a fost direct și „dureros” (evrei, negrii, arabi sau est-europeni etc. erau considerați leneși, violenți, minciunosi etc.) în timp ce noul racism este mai ascuns și „drept” (Rex, 1998, p. 604). Cercetările au pus în antiteză racismul de modă veche, care se manifestă în mod deschis, cu forma modernă a racismului, mai subtilă. Rasiștii moderni sunt persoane ambivale care, datorită influenței societății (de exemplu: cultura americană), tend să reacționeze negativ față de anumite minorități etnice sau rasiale, dar, în același timp, posedă valoarea sau ideea de egalitate, care este promovată de societatea dominantă. Datorită acestei particularități, racismul modern nu mai poate fi măsurat folosind metodele clasice (de exemplu: scalele sau chestionarele), deoarece rasiștii moderni nu doresc să pară, în mod deschis, că sunt rasiști.

Scopul studiului

Fiind un concept clasic în sociologie, *distanța socială* desemnează „gradul de înțelegere și afecțiune pe care persoanele

îl simt unele față de celealte.” (E. Bogardus, 1925; citat de Chelcea, 2004, p. 359). Într-o accepțiune foarte generală, distanța socială se referă la un interval cu o mărime variabilă care separă, în spațiul social, pozițiile a două sau mai multe persoane aparținând unor clase sociale, confesiuni religioase, caste profesionale, etnii, culturi sau rase diferite (Besnard, 1996, p. 91). Înțând cont de semnificațiile pe care le are, distanța socială (ridicată) poate fi considerată un indicator al atitudinii rasiste pe care o manifestă anumite grupuri majoritare față de alte grupuri minoritare.

Prin studiul de față, ne-am propus *identificarea relațiilor dintre indicatorii distanței sociale față de persoanele de alte rase, pe de o parte, iar pe de alta, compararea variabilelor referitoare la religie și frecvența participării la activitățile cultului religios, contactul anterior cu persoane de alte rase, respectiv atitudinea față de diversitatea rasială în rândul studenților de etnie română.*

Prin ancheta de teren pe care am realizat-o în rândul studenților, am urmărit să răspundem la următoarele întrebări: 1) Studenții de etnie română (care, în ceea ce privește *background*-ul rasial, sunt caucaziieni) prezintă o „distanță socială” ridicată față de persoanele de alte rase (de exemplu: negri nativi, afro-americanii, asiatici, hispanici, mixturi etc.) sau, dimpotrivă, una scăzută ? 2) Genul, vîrstă, facultatea, anul de studiu, religia și frecvența participării la activitățile specifice cultului religios, respectiv existența unor contacte anterioare cu persoane de alte rase și frecvența acestora, au vreun efect semnificativ asupra distanței sociale a studenților români față de persoanele de alte rase ? 3) Există o relație de asociere

semnificativă între distanța socială față de persoanele de alte rase, respectiv atitudinea față de diversitatea rasială în rândul studenților români ?

Participanți și procedură

Inițial, 165 de studenți la diferite facultăți au completat, în cadrul orelor obișnuite de seminar sau de curs, trei chestionare reunite într-un set: un chestionar cu itemi socio-demografici și doi itemi referitori la contactele sociale cu persoane de alte rase, o versiune a *Scalei Bogardus* adaptată pentru măsurarea distanței sociale față de persoanele de alte rase, respectiv *Scala pentru măsurarea atitudinii față de diversitatea rasială*. Toți studenții erau de etnie română.

Dintre cei 165 de studenți, zece au fost eliminați, deoarece: 1) șase studenți au avut la *Scala pentru măsurarea distanței sociale față de persoanele de alte rase* protoale cu răspunsuri invalide; 2) patru studenți aveau vîrste egale cu sau mai mari decât 30 de ani (în selecția participanților, s-a urmărit ca studenții să fie cât mai omogeni din punctul de vedere al vîrstei).

Repartiția în funcție de variabila *gen* a celor 155 de studenți, ale căror protoale cu răspunsuri au fost introduse în baza de date finală, a fost: 20 % - gen masculin și 80 % - gen feminin. Vîrstele participanților au fost cuprinse între 18 și 26 de ani ($m = 21.02$ ani; $s = 1.63$ ani). Au predominat participanții de religie ortodoxă (91.4 % dintre respondenți care au indicat religia). Restul erau: catolici (3.3 %), pentecostali (4 %) sau creștini după Evanghelie (1.3 %).

În momentul realizării studiului, aproape 57 % dintre respondenți au useră contacte anterioare cu persoane de

alte rase (de exemplu: negri nativi, afro-americanii, hispanici, asiatici etc.). Dintre aceștia, aproximativ 31 % intraseră foarte rar în contacte cu persoane de alte rase, 34 % - rar, aproximativ 30 % - desul de des, iar restul des.

Scalele utilizate pentru colectarea datelor

A. *Scala pentru măsurarea distanței sociale*, elaborată de Emory S. Bogardus, reprezintă cel mai vechi și mai utilizat instrument pentru măsurarea atitudinii etnice. Publicată pentru prima dată în anul 1925, în *Journal of Applied Sociology*, această scală a fost revizuită în 1933 și republicată în *Sociology and Social Research* (cf. Chelcea, 1994). Bilanțul prezentat de Bogardus, după 40 de ani de cercetări, este impresionant. În România, adaptarea și publicarea scalei pentru măsurarea distanței sociale a fost făcută de profesorul bucureștean Septimiu Chelcea (1994, 2004). Plecând de la conținutul variantei din 1933, autorul a modificat unele enunțuri din scala originală, pentru a căpăta sens în contextul socio-cultural românesc.

Itemii adaptati de noi au fost formulați pornindu-se de la varianta stabilită de Chelcea (1994, 2004). Spre deosebire de varianta adaptată de S. Chelcea, am schimbat forma în care respondenții puteau oferi răspunsurile la itemii scalei, diferențiind pe coloane variantele DA/NU. Itemii au fost prezențați în ordinea descrescătoare a intensității atitudinii față de persoanele de alte rase, și anume: de la cea mai favorabilă atitudine (itemul 1: „*Ați accepta să vă căsătoriți cu o persoană de altă rasă decât cea a dvs. ??*“) până la cea mai nefavorabilă atitudine (itemul 7: „*Ați accepta ca o persoană de altă rasă decât cea a dvs. să fie expulzată din*

România pe motive rasiale ??“). În conținutul itemului 7, a fost adăugată, în mod intenționat, expresia „*pe motive rasiale*”, pentru a spori validitatea itemului și a nu crea confuzii respondenților. Întrucât nu ne-a interesat atitudinea expresă a studenților față de persoanele de o anumită rasă (de exemplu: negri nativi, afro-americani, asiatici, hispanici, mixturi etc.), am renunțat la categoriile de persoane diferențiate după rasă.

Răspunsurile favorabile la toți primii șase itemi ai scalei, respectiv respingerea ultimului item validează protocolul unui respondent, despre care vom spune că manifestă o atitudine foarte favorabilă față de persoanele de alte rase (distanța socială este absentă). Un răspuns favorabil la itemul 7, însotit de răspunsuri favorabile la toți ceilalți itemi, invalidează protocolul cu răspunsuri al unui respondent, întrucât răspunsul la ultimul item intră în contradicție cu acceptarea tuturor celorlalți itemi. Răspunsul favorabil la itemul 7, în condițiile în care, la toți ceilalți itemi, răspunsurile sunt tot favorabile, trebuie să-l determine pe cercetător să se chesteioneze cu privire la atenția, seriozitatea sau sinceritatea de care un respondent a dat dovadă, în etapa de completare a scalei. În fine, dacă itemii 1-6 ar fi respinși, iar itemul 7 ar fi acceptat, protocolul cu răspunsuri trebuie considerat ca fiind valid (respondentul manifestă, la extremă, o atitudine nefavorabilă față de persoanele de alte rase).

În cadrul prezentului studiu, răspunsurile pe care le-a oferit un participant la *Scala pentru măsurarea distanței sociale față de persoanele de alte rase* au fost sintetizate în trei indicatori (semnificația acestor indicatori este prezentată, pe

larg, în volumele publicate de S. Chelcea – 1994, 2004): 1) IDS – indicele distanței sociale (engl. *social contact distance/SCD*) care reprezintă numărul posibilităților de contact social respinse de un respondent; în total, sunt șase posibilități de contact efectiv – de la situația unei persoane de altă rasă de a fi doar vizitator în țara noastră până la căsătoria cu aceasta; cu alte cuvinte, este vorba despre numărul de răspunsuri nefavorabile (NU) pe care un participant le-a dat la primii șase itemi ai scalei; valoarea indicelui distanței sociale poate fi cuprinsă între 0 (toate posibilitățile de contact efectiv sunt acceptate/attitudine foarte favorabilă față de persoanele de alte rase) și 6 (toate posibilitățile de contact sunt respinse/attitudine foarte nefavorabilă sau negativă față de persoanele de alte rase); 2) ICS – indicele contactelor sociale (engl. *social contact range/SCR*) dat de numărul posibilităților de contact social acceptate de către un participant sau, mai simplu spus, numărul de răspunsuri favorabile (DA) la itemii 1-6; valoarea acestui indice poate fi cuprinsă între 0 (toate posibilitățile de contact efectiv sunt respinse/attitudine foarte nefavorabilă față de persoanele de alte rase) și 6 (toate posibilitățile de contact efectiv sunt acceptate/attitudine foarte favorabilă față de persoanele de alte rase); se înțelege că valoarea indicelui ICS este complementară valorii indicelui IDS (pentru un lot de subiecți, corelația dintre cele două valori trebuie să fie perfect negativă); cu alte cuvinte, în totdeauna $IDS + ICS = 6$; 3) ICCS – indicele calitativ al contactelor sociale (engl. *social contact quality/SCQ*) – care rezultă prin însumarea ponderilor acordate fiecărui răspuns favorabil pe care un respondent le oferă la primii șase itemi ai scalei;

se înțelege că, la itemul 7, un respondent trebuie să răspundă nefavorabil, pentru ca protocolul să fie valid; ponderile pe care le-am acordat fiecărui răspuns favorabil la itemii 1-6 au fost: *Ați accepta să vă căsătoriți cu o persoană de altă rasă decât cea a dvs.?* (7 puncte), *Ați accepta să aveți un(o) prieten(ă) apropiat(ă) de altă rasă decât cea a dvs.?* (6 puncte), *Ați accepta să aveți un(o) vecin(ă) de altă rasă decât cea a dvs.?* (5 puncte), *Ați accepta să aveți la serviciu (facultate) un (o) coleg(ă) de altă rasă decât cea a dvs.?* (4 puncte), *Ați accepta ca o persoană de altă rasă decât cea a dvs. să primească cetățenia română?* (3 puncte), respectiv *Ați accepta ca o persoană de altă rasă decât cea a dvs. să viziteze România?* (2 puncte); când un student a răspuns favorabil la itemul 7 – *Ați accepta ca o persoană de altă rasă decât cea a dvs. să fie expulzată din România pe motive rasiale?*, iar la restul de șase itemi, a răspuns nefavorabil, ponderea acordată, pentru calculul indicelui calitativ al contactelor sociale, a fost egală cu 0 puncte (nu am întâlnit nici o astfel de situație); teoretic, ICCS poate să varieze între 0 și 27.

Am urmărit ca versiunea adaptată scoperilor studiului nostru să respecte principalele exigențe ale unei scale ierarhice, construită după tehnica propusă de Louis L. Guttman. Asigurarea validității interne, pentru o scală de tip Guttman, presupune verificarea satisfacerii mai multor criterii legate de valoarea *coeficientului de reproductibilitate* (CR) pe ansamblul itemilor scalei, ca și pentru fiecare item în parte. Valoarea acestui coeficient depinde de ponderea erorilor pe ansamblul scalei, ca și pentru fiecare item în parte (Chelcea, 2004). Coeficientul de reproductibilitate

este un indicator care exprimă, de fapt, măsura în care *pattern*-urile răspunsurilor date de subiecții dintr-un lot la itemii unei scale de tip ierarhic sau cumulativ corespund *pattern*-ului ideal de răspunsuri (fără nici o eroare). Pentru un subiect, CR arată măsura în care răspunsurile acestuia sunt scalabile – adică sunt conforme cu modelul teoretic de răspunsuri preconizat de Guttman. Pentru o scală, în ansamblul ei, coeficientul de reproductibilitate se calculează după formula:

$$CR = 1 - \frac{E}{N \times k},$$

unde: E este numărul total de erori pentru scală (răspunsuri care nu corespund matricii ideale), N este numărul total de subiecți care au răspuns la scală, iar k este numărul de itemi ai scalei. Pentru un subiect, formula de calcul este aceeași, doar că $N = 1$. Pentru un item, coeficientul de reproductibilitate se poate obține cu aceeași formulă, înlocuind pe k cu 1.

În cazul scalelor perfect ierarhice (situație foarte rară), valoarea lui CR este egală cu 1 (aceasta fiind limita superioară a intervalului de variație pentru CR). Este situația în care nu avem nici o eroare, pe ansamblul răspunsurilor date de subiecții dintr-un lot la itemii scalei. Cum, în practică, o astfel de situație este cvasireală, Guttman a stabilit valorile ipotetice $CR = 0.85–0.90$ ca fiind limite critice, în funcție de care putem stabili dacă un ansamblu de itemi formează sau nu o scală ierarhică sau cumulativă (cf. Chelcea, 2004). Aceasta înseamnă că numărul total de erori pe care subiecții dintr-un lot le pot obține la un ansamblu de itemi despre care presupunem că alcătuiesc o scală ierarhică

nu trebuie să depășească 10-15 % din numărul total de răspunsuri la itemi (egal cu produsul dintre numărul de subiecți cărora li s-a administrat scara și numărul de itemi ai scalei). Atunci când numărul total de erori, pentru ansamblul itemilor unei scale, este egal cu numărul total de răspunsuri posibile la scală, valoarea coeficientului de reproductibilitate este egală cu 0 (în acest caz, scara nu are nimic de-a face cu modelul de tip Guttman).

Pentru calcularea valorii coeficientului de reproductibilitate (CR) al scalei pe care am administrat-o studenților, am determinat mai întâi numărul total de erori, pornind de la răspunsurile furnizate de cei 155 de studenți. Astfel, toate răspunsurile favorabile la unul sau altul dintre itemii 1-4, în condiția în care la itemul 7 răspunsul era NU (deci, protocolul era valid), la itemul 6 – DA, iar la itemul 5 – NU, au fost considerate erori. Tot așa, toate răspunsurile de DA la unul sau la altul dintre itemii 1-3, în condiția în care la itemul 7 răspunsul era NU, la itemii 6 și 5 – DA, iar la itemul 4 – Nu, au fost considerate erori. La fel, răspunsurile de DA la unul sau la ambii dintre itemii 1 și 2, în condiția în care, la itemul 7, răspunsul era NU, la itemii 6, 5 și 4 – DA, iar la itemul 3 – NU, au fost considerate erori. În fine, răspunsul de DA la itemul 1, în condiția în care, la itemul 7, răspunsul era NU, la itemii 6, 5, 4 și 3 – DA, iar la itemul 2 – NU, a fost considerat eroare.

În total, dintre cele 155 (studenți) $\times 6$ (itemi) = 930 de răspunsuri, 12 (sau 1.2 %) au fost erori (abateri de la *pattern*-ul ideal al unei scale de tip Guttman). Valoarea coeficientului de reproductibilitate a fost egală cu 0.98. Pentru cei șase itemi care au fost luați în calcul, în operația de

determinare a erorilor, valorile coeficien-
tului de reproductibilitate au fost: itemul
1 – 0.97, itemul 2 – 0.98, itemul 3 – 0.98,
itemul 4 – 0.98, itemul 5 – 1.00 și itemul
6 – 1.00 Aceste valori au fost interpretate
ca indicând o validitate internă (scalabili-
tate) foarte bună a *Scalei pentru măsura-
rea distanței sociale față de persoanele de
alte rase*, pe care studenții au completat-o
în cadrul studiului pe care l-am realizat.

B. Cel de-al doilea instrument pe care
l-au completat studenții a fost reprezentat
de o scală destinată măsurării sentimen-
tului identității etnice în rândul adoles-
cenților. Este vorba despre *Ethnic Identi-
ty – Teen Conflict Survey* propusă de K.
Bosworth și D. Espelage – doi cercetători
de la *Centrul pentru studiul problemelor
adolescenților*, Universitatea din Indiana
(SUA). Scala a fost utilizată, pentru prima
dată, în cadrul unui studiu efectuat pe
elevi americanii din școlile elementare (cf.
Dahlberg, Toal, Swahn și Behrens, 2005).
Conform autorilor, scala este destinată
măsurării mândriei pe care o persoană o
resimte în legătură cu faptul de a aparține
propriului grup etnic, ca și respectului
față de diversitatea etnică, caracteristică
societăților de pe mapamond. Prin exten-
sie, putem vorbi și despre atitudinea față
de diversitatea rasială.

Scala conține patru itemi, la care stu-
denții au răspuns alegând una dintre ur-
mătoarele cinci variante: A – *niciodată*,
B – *foarte rar*, C – *uneori*, D – *deseori*
și E – *mereu*. Conținutul itemilor a fost
adaptat, pentru a fi ușor de înțeles de către
respondenți și pentru a se evita confuzii
le conceptuale, în etapa de interpretare a
rezultatelor. În traducerea scalei în limba
română și adaptarea pentru scopul stu-

diului nostru, am renunțat la termenii în
limba engleză *cultural*, *culture*, *religion*,
fiind conservați numai termenii *race/raci-
onal*, pentru a crește validitatea aparentă
și cea de conținut a itemilor. Prin urmare,
în cadrul studiului pe care l-am realizat,
scala a fost adaptată pentru a evalua ati-
tudinea pe care studenții o au față de per-
soanele de alte rase, fiind denumită *Scala
pentru măsurarea atitudinii față de diver-
sitatea rasială*.

Pentru fiecare item în parte, scorul
poate fi 1, 2, 3, 4 sau 5, în funcție de varia-
nta de răspuns aleasă de un subiect.
Scorul total al unui respondent se obține
prin însumarea scorurilor la cele patru
itemi. Acesta poate fi curprins între 4 și
20. Un scor ridicat este interpretat ca indi-
când o atitudine pozitivă (favorabilă) sau
de deschidere a respondentului față de di-
versitatea rasială și față de persoanele de
alte rase. Pentru lotul reprezentat de cei
155 de studenți, ale căror protocoale cu
răspunsuri au fost reținute în baza de date
finală, valoarea coeficientului de consis-
tență internă α-Cronbach a fost egală cu
0.54, indicând o fidelitate satisfăcătoare
(trebuie să se aibă în vedere numărul foarte
mic de itemi).

Rezultate și comentarii

În lotul reprezentat de cei 155 de stu-
denți, valorile indicelui distanței sociale
au fost cuprinse între 0 și 4. Șaizeci și
nouă la sută dintre acestea au fost egale
cu zero, iar altele 26.5 % au fost egale cu
1. Doar 7 dintre ele (sau 4.5 % din totalul
participanților) au fost egale cu 2, 3 sau
4 (valori care exprimă o distanță socială
moderată sau ridicată față de persoanele
de alte rase). Tendința la care ne-am refé-
rit s-a exprimat și în valoarea foarte scă-
zută a mediei indicelui distanței sociale

față de persoanele de alte rase, obținută în lotul de studenți care au participat la studiu ($m = 0.39$; $s = 0.71$).

Datele referitoare la indicele contactelor sociale cu persoane de alte rase trebuie analizate corelativ cu datele care se referă la indicele distanței sociale. Astfel, media valorilor indicelui contactelor sociale cu persoane de alte rase (ICS), înregistrată în lotul studenților români care au participat la studiu, a fost egală cu 5.60 ($s = 0.71$) – o valoare ridicată, în raport cu valoarea maximă posibilă a acestui indice (= 6). Rezultatul este absolut firesc, dacă avem în vedere complementaritatea indicilor referitor la distanța socială și la contactele sociale (care au semnificații exact opuse). Cu cât valoarea indicelui contactelor sociale este mai ridicată, cu atât atitudinea unui student (deschiderea spre contacte sociale) față de persoanele de alte rase este mai accentuată.

De asemenea, întrucât indicele calitativ al contactelor sociale față de persoanele de alte rase (ICCS) este strâns legat de indicele contactelor sociale (numărul posibilităților de contact social cu persoane de alte rase acceptate de către un student), este normal ca tendința distribuției valorilor indicelui calitativ al contactelor sociale să fie aceeași cu tendința distribuției valorilor indicelui contactelor sociale. Astfel, în lotul de studenți români care au participat la studiu, media valorilor indicelui calitativ al contactelor sociale cu persoane de alte rase a fost egală cu 24.45 ($s = 4.39$). Valorile indicelui au fost cuprinse între 9 și 20, cu o preponderență a valorilor egale cu 27 (69 % din totalul valorilor), corespunzătoare numărului maxim (= 6) de posibilități de contact social cu persoane de alte rase. Gru-

pul acestor valori a fost urmat de grupul valorilor egale cu 20 (24.5 % din totalul valorilor), corespunzătoare acceptării de către studenți a patru dintre cele șase posibilități de contact social cu persoane de alte rase.

Pentru atitudinea față de diversitatea rasială în rândul studenților care au participat la studiu, am obținut o distribuție a scorurilor pronunțat asimetrică spre stânga (tendință studenților de a obține scoruri ridicate). Peste 47 % dintre studenți au obținut la *Scala pentru măsurarea atitudinii față de diversitatea rasială* scorurile ridicate 18, 19 sau 20. Rezultatele la care ne-am referit s-au reflectat și în media scorurilor obținute de către studenți: 17.04 ($s = 2.40$). Așadar, studenții români care au participat la studiu au manifestat tendința de a exprima o atitudine pozitivă (de deschidere) față de diversitatea rasială.

Tabelul 1 prezintă comparațiile mediiilor indicatorilor distanței sociale față de persoanele de alte rase, respectiv ale mediilor scorurilor la atitudinea față de diversitatea rasială, în funcție de religia studenților și de frecvența participării la activitățile cultului religios. În rândul studenților români care au participat la studiul nostru, atât variabila *religie*, cât și variabila *frecvența participării la activitățile religioase* au avut un efect nesemnificativ din punct de vedere statistic asupra nivelului distanței sociale față de persoanele de alte rase. În cazul religiei, studenții ortodocși au obținut o medie a indicelui distanței sociale foarte apropiată de media înregistrată în rândul studenților de alte religii. Aceeași tendință a fost constatătă atunci când variabila dependentă a fost reprezentată de indicele contactelor sociale cu persoane de alte rase, aspect care este logic, dacă ținem cont

Tabelul 1

Comparații în funcție de: gen, vârstă, statut academic, religie, activitate religioasă și existența contactelor anterioare cu persoane de alte rase

Variable independenție	Grupuri N	Indicele distanței sociale				Indicele contactelor sociale				Attitudinea față de diversitatea rasială			
		m	s	t	m	s	t	m	s	t	m	s	t
gen	masculin	31	0.25	0.44	5.74	0.44	1.60	25.45	2.81	1.88	16.48	2.52	-1.46
	feminin	124	0.42	0.76	5.57	0.76		24.20	4.67		17.18	2.35	
vârstă	18-20 ani	65	0.40	0.76	5.60	0.76		24.43	4.69	-0.06	17.30	2.33	1.15
	21-26 ani	90	0.38	0.68	5.61	0.68		24.47	4.18		16.85	2.44	
statut academic	student	131	0.38	0.71	5.61	0.71		24.54	4.36	0.60	17.16	2.25	1.49
	masterand	24	0.45	0.72	5.54	0.72		23.95	4.57		16.37	3.04	
religie	ortodoxă	138	0.39	0.73	5.60	0.73		24.41	4.45	-0.21	17.02	2.36	-0.28
	altele	13	0.38	0.65	5.61	0.65		24.69	4.15		17.23	2.97	
frecvența activitate religioasă	cu religie și merge ocasional la biserică	103	0.38	0.75	5.61	0.75		24.49	4.59		17.03	2.25	
	cu religie și merge permanent la biserică	43	0.46	0.66	5.53	0.66		23.90	4.21	0.72	17.23	2.61	-0.45
contact anterior cu persoane de alte rase	NU	67	0.53	0.87	5.46	0.87	-2.07 *	23.49	5.27	-2.29 *	16.65	2.79	-1.69
	DA	88	0.28	0.54	5.71	0.54		25.19	3.43		17.34	2.02	

* p < 0.05

de complementaritatea celor doi indici. În fine, deși, comparativ cu media înregistrată de studenți ortodocși ($m = 24.41$), sublotul studenților de alte religii a înregistrat o medie ușor mai ridicată a valorilor indicelui calitativ al contactelor sociale cu persoane de alte rase ($m = 24.69$), din nou, diferența a fost nesemnificativă din punct de vedere statistic. Aceeași tendință s-a constatat în cazul comparației mediilor scorurilor la atitudinea față de diversitatea rasială.

În cazul comparațiilor în funcție de variabila *frecvența participării la activitățile religioase*, valorile testului t-Student au fost ceva mai ridicate, dar tot nesemnificative din punct de vedere statistic. Totuși, este de remarcat că, în comparație cu studenții care declaraseră că au religie și merg permanent la biserică, cei care declaraseră că au religie și merg doar ocazional la biserică au obținut o medie ușor mai scăzută a indicelui distanței sociale față de persoanele de alte rase (ceea ce înseamnă o deschidere mai mare). Această tendință s-a exprimat în valori mai ridicate ale mediilor la indicele contactelor sociale și la indicele calitativ al contactelor sociale, pentru studenții care au declarat că au religie și merg doar ocazional la biserică.

Pentru atitudinea față de diversitatea rasială, tendința a fost inversă: studenții care aveau religie și mergeau ocazional la biserică au înregistrat o medie mai scăzută decât cea a studenților care aveau religie și mergeau permanent la biserică.

Din Tabelul 1, se pot constata diferențe semnificative între studenții care au declarat că nu avuseseră contacte cu persoane de alte rase și studenții care au declarat că avuseseră anterior astfel de contacte, în ceea ce privește: media indicelui distanței

sociale ($t = 2.07$; $p < 0.05$), media indicelui contactelor sociale ($t = -2.07$; $p < 0.05$), respectiv media indicelui calitativ al contactelor sociale ($t = -2.29$; $p < 0.05$). Studenții care nu avuseseră experiența unor contacte anterioare cu persoane de alte rase au înregistrat o medie ($m = 0.53$) mai ridicată a indicelui distanței sociale (ceea ce înseamnă tendința de a fi mai închiși față de persoanele de alte rase), comparativ cu media ($m = 0.28$) înregistrată de către studenții care avuseseră contacte anterioare cu persoanele de alte rase. Corelativ, pentru studenții care nu avuseseră anterior contacte cu persoane de alte rase, media indicelui contactelor sociale ($m = 5.46$) a fost mai scăzută, comparativ cu media înregistrată de studenții care avuseseră astfel de contacte ($m = 5.71$). Aceeași tendință a fost constată și în cazul indicelui calitativ al contactelor sociale, strâns legat de indicele contactelor sociale.

În schimb, în cazul atitudinii față de diversitatea rasială, studenții care au declarat că nu avuseseră contacte cu persoane de alte rase au obținut o medie mai scăzută ($m = 16.65$), comparativ cu media înregistrată de către studenții care au declarat că avuseseră contacte cu persoane de alte rase ($m = 17.34$). Deși diferența a fost nesemnificativă ($t = -1.69$; $p > 0.05$), datele indică tendința studenților care aveau experiența unor contacte anterioare cu persoane de alte rase de a manifesta o atitudine mai favorabilă față de diversitatea rasială, comparativ cu atitudinea manifestată de către studenții care nu aveau astfel de contacte.

În rândul studenților care au participat la studiu, frecvența contactelor sociale anterioare cu persoane de alte rase a avut efecte nesemnificative asu-

Tabelul 2

ANOVA One-Way în funcție de facultatea, anul de studiu și frecvența contactelor anterioare cu persoane de alte rase

<i>Variabile independente</i>	<i>Niveluri</i>	<i>Variabile dependente</i>	<i>F</i>
facultate	litere	indicele distanței sociale	0.94
	istorie	indicele contactelor sociale	1.25
	economie și administrație publică	indicele calitativ al contactelor sociale	1.25
	filosofie și științe sociale-politice	atitudinea față de diversitatea rasială	1.01
an de studiu	I	indicele distanței sociale	0.80
	II	indicele contactelor sociale	1.24
	III	indicele calitativ al contactelor sociale	1.24
	IV sau V (master)	atitudinea față de diversitatea rasială	1.61
frecvența contactelor anterioare cu persoane de alte rase	foarte rar	indicele distanței sociale	0.29
	rar	indicele contactelor sociale	0.69
	destul de des	indicele calitativ al contactelor sociale	0.69
		atitudinea față de diversitatea rasială	0.66

pră valorilor indicelui distanței sociale ($F = 0.29$; $p > 0.05$), ale indicelui contactelor sociale ($F = 0.69$; $p > 0.05$), respectiv ale indicelui calitativ al contactelor sociale ($F = 0.69$; $p > 0.05$) (Tabelul 2). Totuși, în cazul studenților care au declarat că avuseseră foarte rar contacte anterioare cu persoane de alte rase, media indicelui distanței sociale ($m = 0.37$) a fost mai ridicată (ceea ce înseamnă tendință de închidere), comparativ cu cea înregistrată de către studenții care au declarat că avuseseră rar ($m = 0.20$) sau destul de des astfel de contacte ($m = 0.30$).

Corelativ, media indicelui contactelor sociale a fost mai scăzută în rândul studenților care avuseseră foarte rar contacte cu persoane de alte rase ($m = 5.62$), compa-

rativ cu studenții care avuseseră rar ($m = 5.80$) sau destul de des astfel de contacte ($m = 5.69$). Aceeași tendință a fost constată în cazul mediilor pentru indicele calitativ al contactelor sociale: $m = 24.70$ – pentru studenții care au declarat că avuseseră foarte rar contacte cu persoane de alte rase, $m = 25.73$ – pentru studenții care avuseseră rar astfel de contacte, respectiv $m = 25.00$ – pentru studenții care avuseseră destul de des contacte cu persoane de alte rase. Datele pe care le-am obținut nu au prezentat un trend foarte clar.

De asemenea, frecvența contactelor anterioare cu persoane de alte rase a avut un efect nesemnificativ asupra scorurilor pe care studenții care au participat la studiu le-au obținut la atitudinea față de diversita-

tea rasială ($F = 0.66$; $p > 0.05$), chiar dacă studenții care avuseseră destul de des contacte cu persoane de alte rase au înregistrat o medie mai ridicată ($m = 17.53$), comparativ cu media înregistrată de către studenții care avuseseră rar ($m = 17.13$) sau foarte rar astfel de contacte ($m = 17.22$).

Corelațiile dintre valorile indicelui distanței sociale față de persoanele de alte rase, valorile indicelui contactelor sociale, respectiv valorile indicelui calitativ al contactelor sociale, pe de o parte și, pe de alta, scorurile pe care studenții care au participat la studiu le-au obținut la *Scala pentru măsurarea atitudinii față de diversitatea rasială* au fost semnificative din punct de vedere statistic, au avut sensurile așteptate (negativ – pentru indicele distanței sociale față de persoanele de alte rase, respectiv pozitiv – pentru indicele contactelor sociale și indicele calitativ al contactelor sociale), însă valori modeste spre scăzute ($r = 0.21$ – pentru indicele distanței sociale și indicele contactelor sociale, respectiv $r = 0.19$ – pentru indicele calitativ al contactelor sociale).

Concluzii

Chiar dacă genetica a arătat că nu putem conchide asupra existenței unor diferențe clare și semnificative între diferite rase (cu alte cuvinte, rasele nu au numai baze pur biologice), racismul continuă să fie o *amenințare la adresa stabilității sociale* din partea a diverse grupei ideologice. Racismul implică diverse *prejudecăți și stereotipuri*, precum și *atitudini negative* față de persoanele de anumite rase. O serie de practici sociale, politice, culturale și instituționale, ca și o serie de structuri politice și economice susțin și facilitează puterea ierarhică

a unui grup rasial asupra altuia întărind, astfel, racismul.

Studiul pe care l-am realizat a abordat problema atitudinii față de persoanele de alte rase în rândul studenților de etnie română. Datele pe care le-am obținut au indicat, în rândul studenților români, o distanță socială scăzută (o deschidere accentuată) față de persoanele de alte rase. La prima vedere, am putea spune că rezultatul se datorează unei erori de selecție a participanților: faptul că majoritatea (72.9 %) era formată din studenți în domenii (istorie, litere sau filosofie, științe social-politice) care implică (sau ar trebui să implice) deschiderea față de varietatea socială și culturală de pe mapamond. Însă, am abandonat această explicație, de vreme ce variabila *facultate* a avut un efect nesemnificativ din punct de vedere statistic asupra valorilor indicatorilor distanței sociale, precum și asupra scorurilor la atitudinea față de diversitatea rasială. Prin urmare, rezultatele pe care le-am obținut pot fi puse mai degrabă pe seama experiențelor sociale anterioare pe care studenții care au participat la studiu le-au avut cu persoane de alte rase, a „deschiderii în mentalitate” a acestora, precum și a faptului că, în peisajul social și cultural românesc actual, prezența străinilor de diverse etnii (rase) este o constantă, care nu poate să nu lase „urme”.

Societatea românească este din ce în ce mai cosmopolită. Românii de pretutindeni și de aproape toate condițiile social-economice au ocazia unor interacțiuni cu persoane de alte etnii și/ sau rase. Cu atât mai mult putem vorbi despre categoria socio-demografică a studenților, care învață în universități în

care există numeroase schimburi internaționale și trăiesc în *campus-uri* (orașe) universitare, în care au ocazia unor interacțiuni cu studenți de alte etnii și/sau rase. Alături de schimbarea mentalității tinerei generații de români (facilitată și de numeroasele ieșiri peste hotare), această caracteristică a contribuit, probabil, la deschiderea studenților români față de interacțiunile cu persoane de alte rase.

Datele obținute de la studenții români care au participat la studiul nostru au evidențiat anumite tendințe în ceea ce privește relația dintre apartenența la o confesiune religioasă (respectiv frecvența participării la activitățile cultului religios) și distanța socială față de persoanele de alte rase, însă relațiile obținute au fost nesemnificative din punct de vedere statistic. Acest rezultat sugerează că, în rândul studenților, religia tinde să nu fie un factor care blochează deschiderea față de persoanele de alte etnii și/sau rase. Totuși, pentru a clarifica relația dintre religie și distanța socială față de persoanele de alte rase în rândul studenților români, este necesar un volum mai mare de date de teren obținute de la studenți la facultăți mai variate.

Din răspunsurile pe care le-au dat studenții români care au participat la studiu, a rezultat că experiența contactelor cu persoane de alte rase pare să conteze în raport cu „nivelul” distanței sociale: în rândul studenților care avuseseră experiența unor contacte cu persoane de alte rase, distanța socială a manifestat tendința de a fi semnificativ mai scăzută decât distanța socială în rândul studenților care nu avuseseră astfel de contacte sociale. Contactele cu persoanele de alte

etnii și/sau rase prilejuiesc schimburi informative, împărtășirea unor opinii și atitudini cu privire la diverse aspecte ale vieții sau fenomene sociale, împărtășirea și trăirea în comun a unor emoții, demonștarea unor stereotipuri evaluative (generatoare de conflicte), ajustarea reciprocă a imaginii despre celălalt etc. Contactele repetitive cu persoane de alte etnii și/sau rase creează premsa unui pluralism al opiniei și al atitudinii exprimate de către actorii sociali care interacționează, generând fie relații de comunicare asertivă, bazată pe toleranță reciprocă și pe cooperare, fie relații conflictuale (bazate pe prejudecăți și stereotipuri etnice și/sau rasiale). Este și cazul studenților care pot coopera cu studenți de alte etnii și/sau rase, în implementarea unor proiecte interculturale. Astfel de activități nu pot fi decât benefice pentru menținerea și/sau creșterea toleranței interculturale, interetnice și interrasiale, adică în asigurarea unei atitudini și a unor modele comportamentale pacifiste.

Rezultatele studiului pe care l-am realizat sugerează că, cel puțin la nivel declarativ, studenții români par să fie deschiși și toleranți față de persoanele de alte rase. Totuși, nu putem ignora posibilitatea unei discrepanțe „ascunse” în structura atitudinii față de persoanele de alte rase în rândul studenților: la nivel declarativ, atitudinea unui student poate părea favorabilă, însă, la nivel comportamental, este posibil să se reflecte un anumit nivel al intoleranței. Această posibilă inconsistență între declarații și potențialele comportamente manifeste merită să fie studiată, în cadrul unor studii experimentale de anvergură.

Bibliografie

1. Besnard, P., (1996). „Distanță socială”, în R. Boudon, P. Besnard, M. Cherkaoui, B. P. Lécuyer (coordonatori), *Dicționar de sociologie* (trad.), Editura Univers Enciclopedic, București.
2. Chelcea, S., (1994). „Atitudinile etnice ale românilor”, în vol. *Personalitate și societate în tranziție – studii de psihologie socială*, Societatea Știință și Tehnică, București.
3. Chelcea, S., (2004). *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*, Editura Economică, București.
4. Dahlberg, L. L., Toal, S. B., Swahn, M. H., & Behrens, C. H., (2005). *Measuring Violence-Related Attitudes, Behaviors, and Influences Among Youth. A Compendium of Assessment Tools*, Second Edition, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta
5. Horváth, I., (2001). *Sociologia relațiilor etnice*, Universitatea Babeș-Bolyai, Centrul de Formare Continuă și Învățământ la Distanță, Cluj-Napoca.
6. Jackson, Y. K. (Editor), (2006). *Encyclopedia of Multicultural Psychology*, Sage Publications, New York.
7. Miles, R., & Brown, M., (2003). *Racism*, Second Edition, Routledge, London.
8. Moore, J. H. (Editor-in-Chief), (2008), *Encyclopedia of Race and Racism*, Thomson Gale, USA.
9. Neculau, A., Ferréol, G., (1996). „Prefață” la vol. A. Neculau, G. Ferréol (coordonatori), *Minoritari, marginali, excluși*, Editura Polirom, Iași.
10. Rex, J., (1998). *Rasă și etnie* (trad.), Editura DU Style, București.
11. Voinea, M., Bulzan, C., (2003). *Sociologia drepturilor omului*, Editura Universității din București, București.
12. Yang, P. Q., (2000). *Ethnic Studies. Issues and Approaches*, State University of New York Press, New York.

PSIHOLOGIE CLINICĂ

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ РАКОВЫХ БОЛЬНЫХ

Лилия ЯКИМ

Ключевые слова: больной, интенсивность, личность, психологическое вмешательство, раковый больной, страх смерти, стрессовый агент, тип реагирования, эмоциональное состояние.

Summary

Improving methods of treatment promotes survival of patients, however, the process of adaptation to the diagnosis is usually difficult and adversely affects quality of life of people. The appearance of danger to life, fear of illness and death, leads to a sense of helplessness and depression, lack of confidence in the future. These components have led us to conduct studies that would highlight some of the psychological problems that may affect the intensity of the experience of fear of death as a reaction to cancer, because the treatment of cancer in the modern world is impossible without the involvement of psychological services.

Актуальность проблемы.

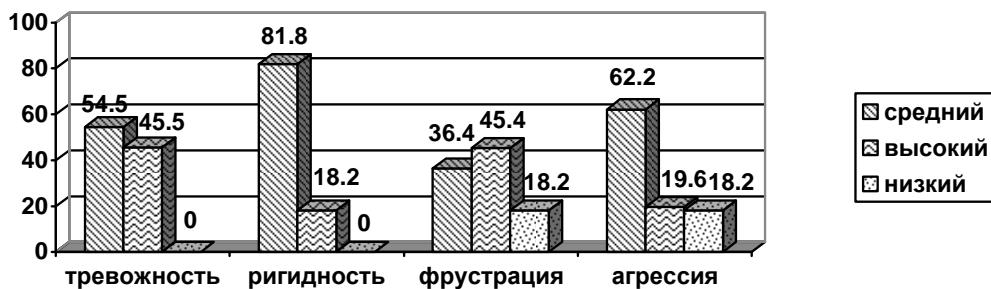
В течении последних десятилетий наблюдается рост раковых заболеваний, которые вызывают концентрацию усилий специалистов из различных областей. Врачи уже начали понимать, что заболевания часто появляются на фоне ряда психологических и социальных факторов. Поэтому в результате растущего интереса к психологическим и социальным факторам, болезнь начали рассматривать в более широком контексте. Пациент рассматривается не только как носитель болезни, но и как заболевшая личность.

Совершенствование методов лечения способствует продолжительности жизни больных, тем не менее, сам процесс адаптации к диагнозу обычно проходит тяжело и негативно влияет на качество жизни людей. Возникновение

опасности для жизни, страх перед болезнью и смертью ведут к ощущению беспомощности и депрессии, к отсутствию уверенности в завтрашнем дне. Эти составляющие привели нас к проведению исследований, которые позволили бы остановиться на некоторых психологических проблемах, которые могут повлиять на интенсивность переживания страха смерти как реакция на раковое заболевание. Прежде всего, потому что лечение рака в современном мире невозможно без привлечения психологических услуг.

Гипотезы исследования:

1. Онкологическое заболевание представляется как стрессовый агент, вызывая серьезные эмоциональные состояния: страх смерти, тревога, депрессия, ригидность и эмоциональное истощение.



Фигура 1. Самооценка психических состояний

2. Страх смерти, тип реагирования на ситуацию болезни и психические состояния больного взаимообуславливаются.

3. Психические состояния онкологического больного можно контролировать и корректировать с помощью психологического вмешательства, способствуя снижению интенсивности переживания страха смерти.

Цель исследования заключается в том, чтобы изучить психические состояния и страх смерти у онкологических больных, а также влияние психологического вмешательства на интенсивность переживания страха смерти.

В исследовательском проекте приняли участие 68 человек, из которых 34 послеоперационных больных, которые проходят лечение в отделении химиотерапии Онкологического Института, и 34 человек контрольной группы, не имеющих онкологических болезней.

Применяя методы, упомянутые выше, мы проверяем гипотезу, в которой отмечается, что онкологическое заболевание представляется как стрессовый агент, вызывая серьезные эмоциональные состояния: страх смерти, тревога, депрессия, ригидность и эмоциональное истощение. Для этого мы использовали метод сбора данных по Опроснику для

самоопределения психологических состояний (H.Eysenck), чтобы определить уровень тревожности и ригидности, клинический вопросник для выявления и оценки невротической состояний (измерение беспокойства, переутомления, невротические депрессии, обсессивно-фобических расстройств и вегетативных реакций).

Данные методы были применены и в работе с испытуемыми контрольной группы, чтобы сравнить средние статистические данные с помощью Т-студент и выявить специфические особенности терминальных больных раком.

Согласно интерпретации опросника самоопределения психологических состояний, тревога больных составляет в среднем 13,7 (8 - 14 баллов) - средний уровень тревожности), ригидность – 11,5 (8-14-средний). По всей выборке больных раком, мы выявили: низкий уровень тревоги – 0%, средний – 54,5%, высокий – 45,5%

Мы получили низкий уровень фрустрации – в 18,2% случаев, средний показатель – 36,3%, высокий уровень – 45,4%. Больные раком имеют высокий уровень фрустрации. Агрессивность выявлена на низком уровне в 18,2% случаев, средний – 62,2%, высокий уровень – 19,6%. Пациенты с он-

кологическими заболеваниями имеют средний уровень агрессии.

Полученные результаты для всей выборки по шкале ригидность: низкий уровень – 0%, средний – 81,8%, высокий уровень – 18,2%. Пациенты имеют средний уровень ригидности. В figure 1 (данные приведены только для параметров, которые были взяты для исследования).

В таблице № 1 приведены данные на основе сравнения условий Студент-т, где мы можем видим, что существует значительная разница в тревоге, а в среднем выше, у больных раком, чем у тех, кто раком не болеет: 13,7 в сравнении с 9,7. Для других переменных не установлено существенных различий.

Эта цифра демонстрирует то, что онкологическое заболевание провоцирует тревожные состояния. Самооценка психологических состояний (таб. 1) сопровождающих злокачественные заболевания показывает преобладание повышенной тревоги, фрустрацию, обусловленной страхом перед болезнью, страхом перед повторением страдания, страхом смерти.

Пациент, одолеваемый неуверенностью, ощущает путаницу в том, что будет в будущем, чувство беспомощности. Пациенты ощущают различные биологические дисфункции, сопровождаемые анорексией, тошнотой, рвотой, поносом, усталостью и бессонницей.

Таблица 1

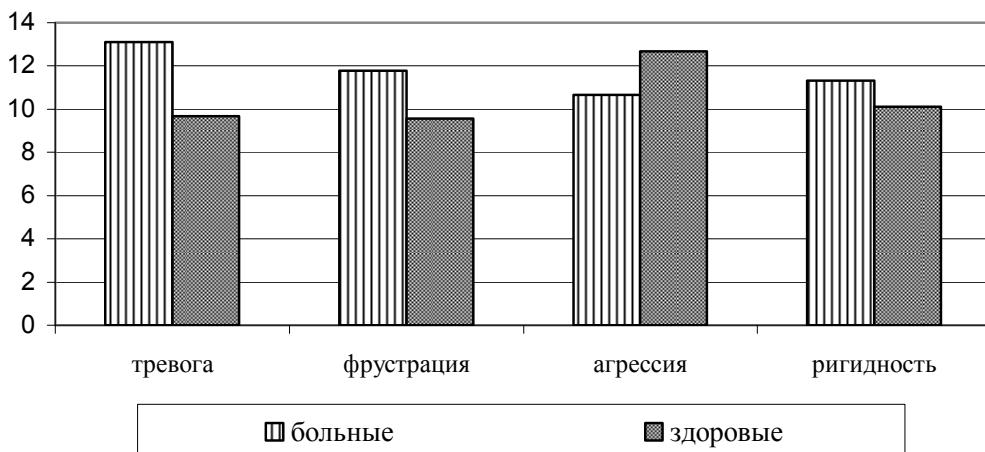
Самооценка психических состояний

		M	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	p
Тревога	больные	13,7	2,4210	,8070	4,124	,003
	здоровые	9,7	3,2404	1,0801		
Фрустрация	больные	11,8	3,0322	1,0107	1,493	,174
	здоровые	9,6	3,7118	1,2373		
Агрессия	больные	10,7	3,6056	1,2019	0,140	,985
	здоровые	12,6	2,5981	,8660		
Ригидность	больные	11,3	3,3166	1,1055	,816	,438
	здоровые	10,1	2,0883	,6961		

Ниже, для сравнения, мы показали сравнительные эмоции на обеих группах испытуемых.

Из фигуры 2 видна разница в тревоге: $p = 0,003$, $t = 4,124$, которая отсутствует в фрустрации: $p = 0,174$ и $t = 1,493$, по агрессии: $p = 0,985$ и $t = 0,140$, ригидность: $p = 0,438$ и $t = 0,816$. Анализируя фигуру 2, мы можем сказать, что у пациентов с онкологическими заболеваниями, находящихся в процессе лечения,

наблюдаются высокие показатели по тревоге, фрустрации, ригидности, а у контрольной группы с отсутствием онкологических заболеваний, наблюдаются высокие показатели агрессии. Раковые больные, находящиеся в различных условиях, демонстрируют наличие чувства неуверенности, страха по отношению к изменениям, которые происходят на эмоциональном и физиологическом уровнях.



Фигура 2. Психические состояния онкологических больных

Таблица 2
Невротические проявления у раковых больных

	Minim	Maxim	Mean	Std. Deviation
Тревога	-7,25	,75	-2,7045	2,4513
Депрессия	-9,42	,42	-5,4327	3,0669
Астении	-6,74	2,82	-1,9673	2,9956
Истерия	-9,22	3,63	-4,1200	4,7471
Навязчивые страхи	-6,65	1,24	-2,7718	2,7033
Вегетативные расстройства	-17,00	4,86	-3,0527	6,1082

С помощью клинического опросника для обнаружения и оценки невротических состояний, было проведено измерение тревожности, астении, невротической депрессии, истерии, обсессивно-фобических и вегетативных расстройств. При описании результатов для пациентов с онкологическими заболеваниями, по всей выборке, были получены результаты, которые показаны в таблице 2, в которой указываются минимальные значения -6,65, максимальные 4,86, высокие значения средних показателей -5,4327. Границы значений не-

вротических реакций являются от -1,28 до 1,28. В случае больных онкологического профиля, все виды невротических реакций превышают минимальный уровень. Таблица 2 дает возможность оценить полученные результаты, средняя депрессия -5,4327 означает, что лечение онкологической болезни не только вызывает тревогу, но также невротическую депрессию, с учетом соматических признаков: утомляемость, отсутствие аппетита, снижение веса. Будучи в продвинутой стадии проявления болезни, пациентов характеризует: глубинное со-

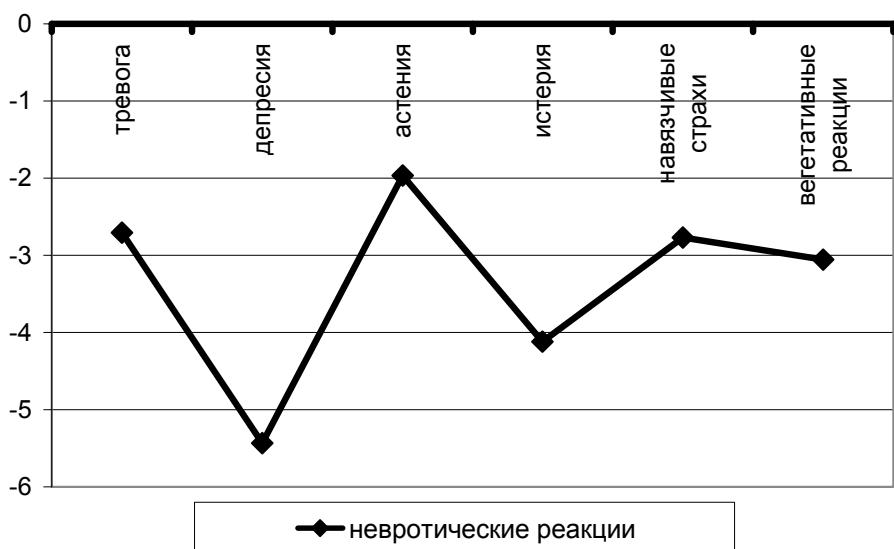
стояние уныния, поиск смысла в нравственных страданиях, психомоторное замедление. Состояние глобальной беспомощности, отчаянного страха смерти предполагает срочное вмешательство и необходимость принятия срочных мер по улучшению морального состояния больных.

Анализируя данные таблицы 2, показывающие минимальные и максимальные коэффициенты, мы видим,

что испытуемые не показывают симптомов депрессии.

Диаграмма (Фиг. 3) показывает данные, полученные у онкологических больных, в процентном соотношении.

Чтобы убедиться в том, что депрессия характерна для этой категории пациентов, я применила т-Стьюарт, для сравнения средних показателей раковых больных со средними показателями не больных раком (табл. 3).

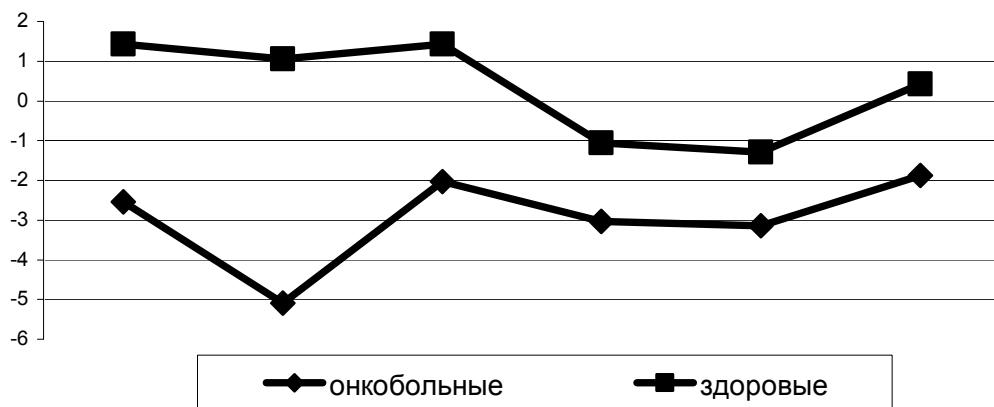


Фигура 3. Невротические проявления

Таблица 3

Сравнительный анализ невротических проявлений

		M	t	p
Тревожность	Раковые	-2,5356	3,115	,000
	Не раковые	1,4333		
Депрессия	Раковые	-5,0811	10,296	,000
	Не раковые	1,0522		
Астения	Раковые	-2,0267	4,758	,000
	Не раковые	1,4344		
Истерия	Раковые	-3,0422	1,833	,078
	Не раковые	-1,0622		
Обсессивно-фобические	Раковые	-3,1500	2,686	,012
	Не раковые	-1,2911		
Вегетативные	Раковые	-1,8756	1,497	,146
	Не раковые	,4256		



Фигура 4. Невротические реакции онкологических пациентов в сравнении со здоровыми испытуемыми

Эти данные свидетельствуют о том, что у онкологических больных присутствует тревога, депрессивные состояния, состояния астении, поскольку снижен иммунитет, моторные реакции медленнее, есть апатия, они устают, много спят, но поверхностно.

Обсессивно – фобические реакции возникают из-за страха и ответственности перед близкими, особенно в отношении детей, и которые проявляются в навязчивой форме, в виде: «Что я должен делать?», «Не будет слишком поздно?».

Таким образом, подтверждается вторая часть гипотезы: раковые больные переживают эмоциональные состояния, которые отличаются от состояний здоровых людей: высокая тревога, депрессия, обсессивно – фобический синдром.

С помощью анкеты «Реакция на стресс» Goldzeka мы исследовали особенности эмоционального реагирования больных раком на стресс. В таблице 4 указаны результаты статистической корреляции методом Бравис Пирсона.

В результате анализа данных методики мы получили следующие типы реа-

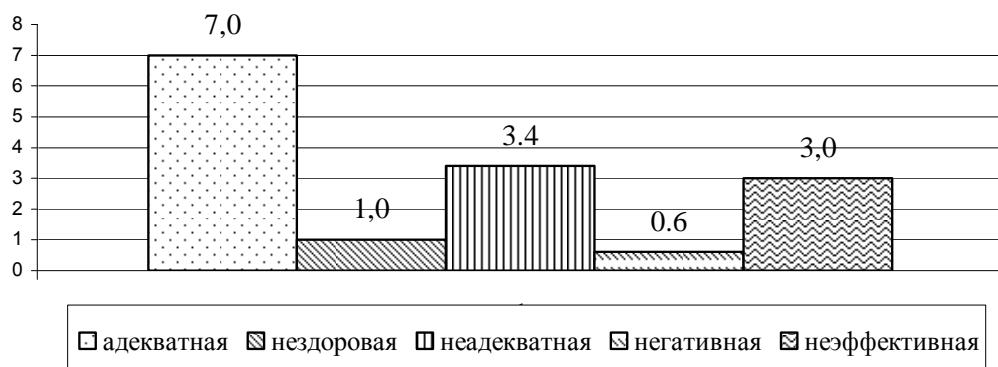
гирования на стресс: адекватная реакция – 7,0; нездоровая реакция – 1,0; неадекватная реакция – 3,4; негативная реакция – 0,6; неэффективная реакция – 3,0.

Средние данные указывают на адекватную реакцию на стресс.

Таблица 4
Типы реагирования онкологических больных на стрессовую ситуацию

Реакция на стресс	Media
Соответствующая реакция	7,0000
Нездоровый тип реагирования	1,0000
Несоответствующая реакция	3,3636
Негативный тип реагирования	0,6364
Неэффективность	3,0000

Хотя большинство пациентов проявляют адекватную реакцию на стресс, всё-таки многие из них проявляют нездоровую, неадекватную или неэффективную реакцию. Чтобы рассмотреть, с чем связано адекватное и неадекватное реагирование, мы провели корреляционный анализ между типом реа-



Фигура 5. Тип реагирования на стрессовую ситуацию онкобольными

Таблица 5.

**Статистическое описание результатов, полученных
за счет применения Bravais Pearson**

Тип реакции	Тревога	Ригидн.	Депрессия	Астения	Н.страхи	Вег.реакц.	Истощ.
Адекватный	r	-,197	-,108	,085	-,545	-,618	,009
	p	,149	,433	,538	,000	,000	,948
Нездоровый	r	,415	,142	-,171	,551	,234	-,236
	p	,002	,302	,212	,000	,085	,082
Неадекватный	r	,330	,350	-,202	-,231	,372	,369
	p	,014	,009	,138	,089	,005	,169
Негативный	r	-,249	-,152	-,069	,333	,408	,160
	p	,067	,268	,617	,013	,002	,242
Неэффективный	r	,392	-,136	,191	-,403	-,237	-,228
	p	,003	,323	,163	,002	,082	,095

гирования на стресс и психическими состояниями пациентов. Полученные данные указаны в таблице 5.

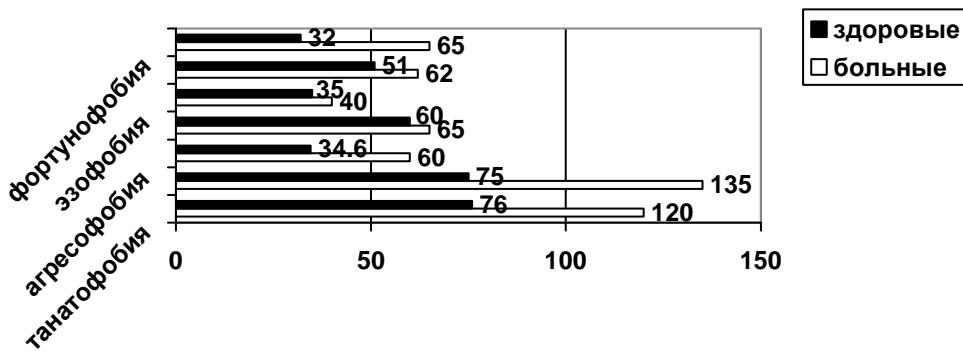
Из таблицы 5 можно вывести следующие кореляции:

- Адекватная реакция на стресс кореллирует негативно с астенией, наязчивыми страхами и истощением, то есть чем выше адекватность реакции тем ниже данные психологического состояния и наоборот: при высоком уровне астении, страхов и истощения тип реагирования неадекватен.

- Нездоровая реакция кореллирует с тревожностью, астенией и истощением: чем выше данные психического состояния, тем нездоровее их реакция.

- Очень высокая кореляция между неадекватной реакцией и уровнем тревожности, ригидности, страхов и вегетативных реакций: чем выше тревожность, ригидность, страхи и вегетативные реакции, тем неадекватнее реакция.

- Негативная реакция кореллирует так же с данными психических состояний.



Фигура 6. Исследование фобии

- Неэффективная реакция корелирует с тревожным состоянием и истощением.

Таким образом, ясно выделяются потребности психологической поддержки онкологическим больным.

Результаты исследования страхов у испытуемых показали:

- ❖ у больных испытуемых высокий уровень страхов (в баллах):
 - Танатофобии: страхи смерти, боли, болезней, пространств: открытых, закрытых;
 - Социофобии: социально-оценочные страхи: боязнь выступлений, экзаменов, встреч;
 - Агрессофобии: страхи перед агрессией;
 - Панфобии: общебытийные страхи;
 - Фортунофобии: страхи перед судьбой.

❖ у здоровых испытуемых: средний и низкий уровень тревожности (в баллах):

- Танатофобии: страхи смерти, боли, болезней, пространств: открытых, закрытых;
- Социофобии: социально-оценочные страхи: боязнь выступлений, экзаменов, встреч;

- Агрессофобии: страхи перед агрессией;
- Зависимостные страхи;
- Панфобии: общебытийные страхи;
- Эзофобии: мистические страхи;
- Фортунофобии: страхи перед судьбой.

В среднем по всем шкалам высчитывается уровень тревоги (в баллах):

- (0-3) – совершенно лишенный страха;
- (4-40) - низкий уровень тревожности;
- (41-120) - средний уровень тревожности;
- (121-220) - уровень тревожности, в общем, в норме;
- (221-350) - уровень тревожности в целом выше нормы, расположены к страхам;
- (351-550): господин вашей жизни - страх, вы воспринимаете все как сплошную угрозу;
- От 551: ваша жизнь - сплошной ад боязней, страхов и ужасов.

Результаты исследования тревоги у испытуемых показали: у больных испытуемых высокий уровень тревоги, а у здоровых средний.

Заключение. В работе рассматривался один из самых актуальных аспект-

тов психосоматических заболеваний – психическое состояние терминальных больных, в частности онкологических больных. Мы рассматривали в рамках психосоматических заболеваний роль стрессогенных факторов, а также соматопсихические расстройства, то есть стресс болезни.

Качество жизни терминального больного зависит не столько от проявления болезни, сколько от личности больного. Рак является одним из сильнейших стрессогенных факторов в жизни человека связанным с пониманием того, что смерть неизбежна. Если человек относится к смерти как к нормальному экзистенциальному явлению, то и реакция на раковый диагноз будет адекватной или, по крайней мере, не деструктивной. Страх смерти является одним из сильнейших страхов, которые зарождаются в инстинкте самосохранения.

В работе было доказано, что страх смерти и тип реагирования на ситуацию болезни зависит от психического состояния больного, которое можно контролировать и корректировать с помощью психологической службы.

Библиография

1. Александр, Ф. , (2003). *Психосоматическая медицина*. Москва: Геррус.
2. Блинов, Н. Н.; Хомяков, И. П. *Об отношении онкологических больных к своему диагнозу*. В: *Вопросы онкологии*. 1990, №8.
3. Бройтигам, В., Кристиант П., (1999). *Психосоматическая медицина*. Москва: ГЭОТАР Медицина.
4. Вагин, Ю. Р., (2005). *Страх. Тифоаналитический подход*. Пермь: Поница.
5. Дубровский, Д. И., (1991). *Психические явления и мозг*. Москва: Восток.
6. Елисеев, Ю. Ю., (2003). *Психосоматические заболевания. Справочник*. Санкт-Петербург: Питер.
7. Карвасарский, Б. Д., (1982). *Медицинская психология*. Ленинград: Питер.
8. Квасенко, А. В.; Зубарев, Ю. Г., (1980). *Психология больного*. Ленинград: Питер.
9. Ковалев, А. Г., (1993). *Психология личности*. Ленинград: Питер.
10. Конечный, Р.; Боухал, М., (1983). *Психология в медицине*. Прага: Медицинское.
11. Кьеркегор, С., (1993). *Страх и трепет*. Москва: Астрель.
12. Лакосина, Н. Д.; Ушаков, Г. К., (1984). *Медицинская психология*. Москва: Медицина.
13. Лебединский, М. С.; Мясищев, В. Н., (1996). *Введение в медицинскую психологию*. Ленинград: Пармикс.
14. Менделевич, В. Д., (1998). *Клиническая и медицинская психология*. Москва: МЕДпресс.
15. Наенко, Н. И., (1976). *Психическая напряженность*. Москва: Московский университет.
16. Русина, Н. А., Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях. In: *Мир психологии. Научно-методический журнал*, №4, 2002.
17. Сандомирский, М. Е., (2005). *Психосоматика и телесная психотерапия*. Практическое руководство. Москва: Независимая фирма Класс.
18. Сидоров, П. И., Парников, А. В., (2000). *Введение в клиническую психологию*: Учебник для студентов медицинских вузов. Екатеринбург: Деловая книга.
19. Харди, И., (1981). *Врач, сестра, больной. Психология работы с больными*. Москва: Будапешт.
20. Чаклин, А. В. *Психологические аспекты онкологии*. In: *Вопросы онкологии*, №7, 1992.

PSYCHOLOGICAL NEEDS OF THE COUPLE DURING KIDNEY FAILURE.

Mahdi TARABEIH, Victoria GONTA

Termeni-cheie: bolnav cronic, insuficiență renală, îngrijire, metaforă.

Abstract

Acestă relatare reflectă viziunea autorilor asupra unui studiu de caz prezentat de către un psihoterapeut care a fost convețuit cu soția ce suferea de insuficiență renală timp de 29 de ani. Persoanele care îngrijesc bolnavii cronici nu sunt pacienți, de aceea nevoie lor psihologice tind să fie neglijate de către profesioniști. Însă acestea afectează în mare măsură sănătatea și calitatea vieții lor, plinătatea relațiilor lor cu persoana bolnavă, alegerile de viață, cum ar fi să pună capăt sau nu sau să limiteze relația lor de îngrijire. O puternică influență asupra însoțitorilor o are metafora, aleasă în mod constient sau inconscient, cu privire la soarta sa, modul de viață și de relația lor. Asistenții profesioniști trebuie să fie conștienți de potențialul conflict de interes, care poate exista între îngrijitor și bolnavii cronici – persoane dragi și importante. În lucrare se propun soluții practice pentru grija de îngrijitorii de către medici, asistente medicale și profesionistii din sfera sănătății mintale.

The work was not done at a hospital or institution and no support was received. This is adapted from a paper supervised by Dr. Kenneth Keeling and accepted as a degree requirement by the Adler School of Professional Psychology.

The undercurrent of chronic illness is like the volcano: it does not go away. It menaces. It erupts. One damned thing follows another. (Arthur Kleinman, M. D. 1988)

Once you [the support person] decide you have to talk, the problem is to whom? The loved one is probably not the best person to discuss some of your problems with, simply because they often *are* your problem. (Ken Wilber, 2000)

I do know I'll never walk down the street with my man, feeling part of an ordinary couple. I'll be holding [my husband's] hand to support him, or pushing

his chair. (Maggie Strong, 1988)

If you live facing the challenge of chronic illness in your life or in the life of someone you love, you have no choice but to master the dance. Once you put on your dancing shoes, find the proper music, create the appropriate atmosphere, *you will lead* your chronic illness, your partner, onto the dance floor like a world-champion dancer, with dignity and grace. (Louise Giroux, 1998)

Introduction

There are roughly five to eight million well spouses of chronically ill people in the United States alone (see Strong, 1988). The strain of caregiving may seriously affect the health of these caregivers (Haug, 1999).

The incidence of diseases may be estimated somewhat more precisely. By one account, "14 percent of all Americans

are limited in their activities by a chronic medical condition" (McDaniel Hepworth and Doherty, 1992). This includes people afflicted by dementia (Alzheimer's syndrome, vascular dementia and other causes), cancer, multiple sclerosis, serious mental illness (including substance dependence and PTSD), Crohn's disease, congenital birth defects and retardation, and AIDS (Lindqvist, Carlsson and Sjoden, 2000). Kidney failure affects about 200,000 people in the United States, or four out of every 10,000 people (Cameron, 1996).

This article reflects my personal experience of 29 years of marriage to a spouse with kidney failure. My wife and I experienced the effects of two kinds of dialysis and of kidney transplantation. We had many warm and loving times, including some in the midst of health traumas, and there were other times of frustration, fear and despair. My wife demonstrated great courage, perseverance and love in the face of overwhelming setbacks. By living with her, I became a more compassionate, caring person.. Shortly before she died, I left her.

Caregivers are entitled to respect for their own personal suffering (McDaniel 1992; McDaniel, Hepworth and Doherty, 1995; Strong, 1988; Wilber, 2000). The well spouse, with support from the ill partner, can seek an equal relationship in which each supports the other through times of suffering. It should not be assumed that the interests of the well spouse should be subordinated to that of the patient or that they are identical to that of the patient (Strong, 1988). It also should not be assumed that the ill person is too weak to provide support for her well partner (but see Wilber, 2000). If she is, then

the support person may find it necessary to rely on a support group or on psychotherapy (Wilber, 2000).

It is all too easy for both a kidney failure patient and a well spouse to be noble victims, willingly accepting their suffering as Christ accepted his crucifixion. This metaphor is limiting. It severely restricts the ability to embrace and enjoy life (Dreikurs, 1997), to enhance the quality of a marital relationship and to make sound decisions, including whether to adopt a child. As Rudolf Dreikurs (1997) wrote, "[W]e are all the masters of our fate to an unbelievable degree, but we feel and act as if we were the victims of circumstances beyond our control." To live their lives fully and successfully, the chronically ill and their well spouses might choose another, more life-sustaining metaphor than the "willing suffering" or martyrdom (Dreikurs, 1997). One powerful metaphor -- dancing with chronic illness -- has been suggested by a person who *dances* with multiple sclerosis (Giroux, 1998).

The patient, the well spouse and their therapist should be aware of the important place that metaphor plays in the quality of life. As Kopp (1995) has written:

Metaphor carries meaning over from one domain to another. When Romeo declares, "Juliet is the sun," for example, the sun's qualities convey the meaning that is "carried over" to Juliet.

Metaphors suggest the existence of *imaginative-cognitive processes*, which combine the mental processes that characterize both the left and right sides of the brain (Kopp, 1995). By working with and modifying metaphors, new patterns and connections can be established and a client may be encouraged to take an entirely

new approach to existing life circumstances. In the context of chronic illness, metaphor work is promising because it may powerfully affect the quality of life (Kopp, 1995). As trauma follows trauma, the quality of life can continue to be improved. The extent to which metaphors can cope with the descending ladder of disease is as yet uncertain because there are no data about the consistent use of this method of therapy.

Chronic disease may also be thought of as necessitating grief concerning losses that have occurred or are clearly foreseeable. The well spouse and the patient both experience enormous loss as the result of the chronic illness and its complications, and it may well be necessary for both to grieve this loss in order to go beyond the sadness, anger and fear that may at first engulf them (Giroux, 1998; Strong, 1988). After they grieve, they may be freer to determine the direction in which each is going to move (Dreikurs, 1997).

Whether or not a couple is coping well with a chronic illness requires a complex, sensitive clinical judgment. It is common even among healthy people for them to justify themselves and to ignore the possibility of further enriching their lives, so a therapist cannot necessarily count on the client to know what changes are possible (Ehrlich, 2000; Scott, 2000). (See Strong, 1988, who assumes that her husband could not face some personal truths that she withheld from him; Wilber, 2000; *but see* Scott, 2000.)

A professional caregiver may wonder, in light of the patient's known physical ailments, how well a patient and well spouse are coping with difficulties. Are they *unnecessarily* avoiding interpersonal

or sexual contact? Are they communicating well (Ehrlich, 2000)? Are they cooperating with their doctors in effective care of the patient? Are they hurting the quality of their life by abusing substances (Giroux, 1998)? Are they appropriately involved in socially useful and personally satisfying activities (Dreikurs, 1997; Wilber 2000)? Are they using metaphors that support the quality of their lives (Kopp, 1995)? Are they being real (Scott, 2000)? These important questions, whose answers may be elusive, can be pursued with the affected couple by the primary care physician, a capable nurse or a psychotherapist. Then, if appropriate, referrals can be made for group, couples, family or individual psychotherapy or for a caregiver support group (Strong, 1988; Well-Spouse Foundation, 1992; Wilber 2000).

Professional caregivers should guard against overprotecting their patient by understating the seriousness of their condition. Whether or not this lack of truth may at times be justified for avoiding harmful effects on the ill person, it is very likely to have harmful effects on those who care for them.

A purpose of this article is to improve the care given by health care professionals to all well spouses and caregivers, particularly those coping with End Stage Renal Disease (ESRD), more commonly called "kidney failure." The article intersperses citations to the existing literature with personal insights and reflections about caring for my late wife during her chronic kidney failure.

Literature Review

For the most part, the caregiver of the chronically ill has been a forgotten person. One exception to this rule is a superb

book written in 1988 by Maggie Strong, *Mainstay: For the Well Spouse of the Chronically Ill*. In her book, Strong provides a sensitive account of her marriage to a husband who suffered from multiple sclerosis. In addition, Strong founded the Well Spouse Foundation, which runs support groups for well spouses.

Another bright spot in the literature is Louise Giroux's book, *Taking the lead: Dancing with Chronic Illness* (1998). She intersperses her story of her struggle with multiple sclerosis with comments sensitive to the needs of caregivers. A third, superbly sensitive, spiritually alive and emotionally balanced chronicle is Ken Wilbur, *Grace and grit: Spirituality and healing in the life and death of Treya Kil-lam Wilber* (2000).

Generally speaking, the focus in the existing literature is on the patient and the independent needs of the well spouse are ignored or minimized (McDaniel, Hepworth and Doherty, 1992). Although there have been useful studies of the coping mechanisms used by the spouses of kidney failure patients (Lindqvst, Carlsson and Sjoden, 2000), these studies are single frames taken from a long, often depressing movie. The literature also includes stories of chronic illnesses. One involves a patient suffering kidney failure associated with diabetes mellitus and hypertension. In that article, there is intensive analysis of the relationship of health professionals to the patient and her spouse but the spouse viewed as a caregiver and is not considered as a separate individual (Swartz and Prochaska, 1998). Similarly, Kleinman (1988) sees the importance of the patient's *response* to the chronic disease, but he does not offer special assis-

tance to caregivers. Kleinman states:

Chronic illness places the family under substantial, ongoing pressure that exacerbates existing conflicts while it creates new ones. The practitioner may come to see the entire family as the focus of care. He will want to determine specific problems in its functioning and respond, where appropriate, to them.. The response should include regular assessment and follow-up of the family's problems along with counseling and, if necessary, referral to family therapy specialists.

There is growing awareness of the importance of holistic treatment for the chronically ill, but there is far less awareness of the independent needs of spouses, relatives or other regular caregivers (Doherty & Macaran 1983; Dreikurs (deceased) 1997; Kleinman, 1988; McDaniel, Hepworth and Doherty, 1992). The emphasis in these sources is on *families* and, with the exception of McDaniel, Hepworth and Doherty (1992), the special needs of caregivers are generally not recognized. By ignoring the needs of a spouse, the literature may even inadvertently increase the already substantial risk (Giroux, 1998; Strong, 1988) that family breakup may occur.

That there are now a few sources acknowledging the specific needs of caregivers, indicates that a new phase of awareness may be beginning. The Life Options Rehabilitation Advisory Council and the American Association of Kidney Patients or AAKP (2000) and Phillips (1987) provide substantial assistance to the spouses of kidney failure patients. The Life Options Rehabilitation Advisory Council and the AAKP provide many useful insights, including a thoughtful chap-

ter on, "Building on Your Relationship." They state that, "If your relationship was healthy before dialysis, it still can be. . . . Nothing is more important than a loving relationship, which can be preserved and grown, even with kidney failure." Phillips provides helpful advice about living with someone with kidney failure and about how a kidney failure patient may improve family interactions and learn to cope with difficult emotions. However, both of these sources are developed from the standpoint of the patient.

The Life Options Rehabilitation Advisory Council and the AAKP (2000) surface various important life issues, including some very difficult feelings that caregiver-spouses may experience. It does not recognize, as Strong (1988) does, that the well spouse has one option the ill spouse does not have: to be relieved of the continuous blows dealt by the sick spouse's illness by leaving the relationship. It also does not recognize that caregivers may need to seek *separate* psychotherapy or group support to find a constructive resolution that is suited to their particular interests.

In the area of sexual compatibility, The Life Options Rehabilitation Advisory Council and the AAKP (2000) acknowledge that chronic illness may affect a couple's sex life. Dr. David Schnarch also addresses this problem, stressing that couples who are "fused" may need to become more individualized or differentiated in order to improve their relationship and their sexuality (Schnarch, 1998). Unless a couple undertakes serious work on their relationship, they will never discern whether their couple problems are psychological – due to their metaphors and misunderstandings – or physiological.

In addition, as Strong (1988) and Wilbur (2000) I have observed, it is important for a well spouse to develop independent spiritual resources and interests, including activities outside of the home and activities separate from patient (The Life Options Rehabilitation Advisory Council and AAKP, 2000). I found meditation to be a particularly useful spiritual practice and I also took comfort from prayer and the worship of Jesus Christ (Bloch, 1997).

There appear to be two principal reasons why the needs of caregivers may sometimes be overlooked. One reason may be deduced from the first sentence of an article by Ann Burack-Weiss (1995), who states, "A commitment to families is the hallmark of the social work profession, and the emphasis is nowhere more evident than in the intervention of *enhancing informal supports in cases of illness and disability.*" [Emphasis added.] That statement, also endorsed by some family physicians (Doherty & Macaran, 1983), implies that the client is the kidney failure patient and that the caregiver is support. I infer that another reason that the needs of caregivers are not fully appreciated, is greater empathy for the patient and the likelihood that the caregiver may not represent or understand their own best interest because of guilt about the greater suffering of the patient.

The well spouse and the patient make the physician's job harder because they often cope through harmful denial, also called "optimism" (Lindqvst, Carlsson and Sjoden, 2000). For example, my spouse and I implicitly decided, early in her illness, that I would not express my emotional reactions to her physical deterioration, permitting her to "deny" the

impact of her disease on me (*see* Strong, 1988). My spouse tried always to do her best with her illness, but she acknowledged that she needed support. I took the role of the *strong* supporter. When I once broke this unspoken rule by mentioning that I felt a heavy weight on my chest when I approached our home, my spouse responded that *she* was happy during the same time period in which I felt distress. In this way, the importance of my feelings was dismissed, much in the same spirit as Strong's pain was dismissed by her husband's remark that, "He hurt more." (Strong, 1988).

Professionals May Mislead Caregivers and Provide Incomplete Information

During my late wife's lengthy illness, there were times when doctors provided incomplete information or told us less than they knew -- though there were times when they also knew less than we wanted them to know. They may have failed to reveal some things because they had many patients with complex illnesses and felt that they did not have the time to explain things fully. They also may have remained vague in part because they wanted to spare their patient additional mental pain related to an uncertain future. However, the result was poor information about her illness (Lindqvist, Carlsson and Sjoden, 2000). For example, before we were married a doctor misled us by reassuring us (without a sound basis) that she probably would not have serious consequences from her glomerulonephritis until she was 80. Later on, poor information was given about the effects her illness might make have on her ability to care properly for an adopted child. And in the last year of my wife's final illness, doc-

tors responded to specific medical concerns but not to honest fears that my wife was dying.

These omissions, while important to me, do not seriously affect my gratitude that my wife received superbly effective, caring medical attention under very difficult circumstances. I am grateful to all the medical people who assisted both of us, including two psycho-therapists: a psychologist, Rudi Bauer, who gave me superb care (Bloch, 1997) and another psychologist who cared for my wife and met with us a few times in joint session. In addition, I was very fortunate to have attended EST (Erhard Seminar Training, now called The Forum) and Lifespring, both marathon experiential courses. These controversial courses helped me greatly to understanding myself and to recover from misconceptions about my life and from the numbness that developed as a defense to my wife's illness and my son's serious difficulties (Bloch, 1997).

Despite these superb therapeutic experiences, there were a few unresolved couples issues whose importance I never appreciated. This did not keep my wife and me from having a loving relationship, with many wonderful high points. But I now am aware that the relationship could have been even better.

At the time my wife and I adopted a child, we were unaware of the special problems of adoption. Since I now believe that all adopted children have a pre-verbal awareness of abandonment by their natural mother (Maté 2000; Verrier 1999), our son was less able to withstand the special pressures of chronic illness and the fear that his mother might die, representing a second abandonment.

Illness also prevented my wife from giving our son the attention a healthy mother can freely give. We were not aware of the extent to which my wife would be handicapped as a mother or the extent to which the home of a chronically ill mother might be affected by tension and anger that is harmful for a child (Bowlby 1998; Maté 2000; Strong 1988; *see also* AAKP Patient Plan 2000). We also were not aware that the pressures of chronic illness would keep us from becoming educated, effective parents. While there may be some chronically ill mothers whose condition and strength-of-spirit permit them to be good mothers, caution should be exercised before adopting a child because the job of "mother" is difficult and demanding even for healthy mothers. Because the mother often is the primary attachment figure (Bowlby 1998), the father's illness may be important primarily as it affects the mother, but caution also should be taken about having or adopting a child into a home with a chronically ill secondary attachment figure.

Caretaking During Repeated Medical Setbacks

There are some chronically ill people whose perspective on their own illness permits them to live so fully that they inspire their families and loved ones rather than only burdening them (Kleinman, 1988). Two particularly noteworthy examples are Dr. Richard Kopp, a psychologist and author with kidney failure, and Louise Giroux, a psychotherapist and author with multiple sclerosis. However, it is more often the case that the course of kidney failure or end stage renal disease (ESRD) is traumatic, both for the patient

and the caregiver. This may depend both on the perspective or "metaphor" that the chronically ill and their caregivers adopt (Kopp, 1995; Wilbur 2000), and also on the course of the illness (Strong, 1988).

Many complications occur during an extended course of kidney failure (Cameron 1996; Phillips 1999). No simple list is adequate to describe the events that occur. My wife's illness predated the use of erythropoietin so she suffered from extreme anemia, necessitating regular blood transfusions. She had osteodystrophy, a more profound deterioration of the bones than osteoporosis, and she had so many small fractures of the rib that x-rays were incapable of identifying recent breaks. Osteodystrophy also contributed to several broken bones, including spontaneous breaks in both of her large leg bones and the upper bone in the left arm.

Access clotting and infection and the need for surgical "revision" or relocation was a regular source of anxiety and of frequent local, "relatively minor" surgery. My wife would sometimes say that she could not take even one more setback. For one ten year period, peritoneal dialysis was appropriate for my wife's kidney failure (Cameron 1996; Phillips 1999). In this process, dialysate was introduced into her belly through a surgically implanted catheter. The flesh around the catheter was an open wound, and my wife suffered several incidents of peritonitis, a life-threatening infection treated only by powerful intravenous antibiotics. My wife also suffered peri-carditis, a painful event that could be distinguished from angina and aneurysm only by the emergency catheterization, requiring the insertion of a plastic tube through a large artery in the

leg and into the heart area, for necessary dye studies.

My wife also suffered systemic streptococcus infections, primarily from infections of access sites. These infections slowly hardened her heart valves.

Kidney transplants did not work well for my wife (Cameron 1996; Phillips, 1999). Data on the “survival” of transplanted kidneys are becoming more encouraging, making transplantation an increasingly attractive alternative, but my wife and I delayed transplantation, fearing complications that might lead to serious illness or death (Cameron 1996, Phillips 1999). My wife’s first transplant occurred after 15 years of dialysis. The kidney never functioned fully, being lost through an incident of peritonitis. During this transplant, anti-rejection medications caused delirium, with psychotic symptoms and fear that she might commit suicide. A second transplant was given after my wife’s 29th year on dialysis, when she was in a noticeably weakened condition. The second transplant led to a respiratory collapse and to death.

There were many other complications, each less “significant” than those already discussed. These complications included surgical alteration of the body, loss of physical vigor, brain deterioration causing speech seizures, an increased tendency to fall, and general seizures. The disease caused my wife to age more rapidly than others, so that hospital personnel often inquired whether my wife was my mother.

During my spouse’s chronic illness, our energies were absorbed by her illness (Strong, 1988; Verrier 1999). Our son developed borderline personality disor-

der, bi-polar II disorder, and substance dependency. It was not uncommon for his crises to occur simultaneously with his mother’s. I have a particularly vivid memory of leaving the hospital where my wife was being treated for seizures to take my son to the hospital because he was suicidal.

The need to deal simultaneously with both kidney failure and serious mental illness caused repeated trauma to everyone, including my wife, my son and myself.

The Need for Truth and Sensitivity

Doctors ordinarily should tell the truth. Accurate information is needed both by dialysis patients and their spouses at different stages of the illnesses that precede kidney failure (McDaniel, Hepworth and Doherty, 1992). When a medical person is too gentle on the kidney failure patient, this conveys the implicit message that the doctor does not think he or she can bear up under the stress. This gentleness has the effect, therefore, of increasing anxiety when the stresses actually materialize. In addition, “gentleness” requires that inaccurate impressions be conveyed to the patient, assuring that these same inaccuracies will be passed on to those who care for the chronically ill.

For clarity, I discuss the illness in the following stages: (1) *preliminary*: illness that may progress to the stage of kidney failure, (2) *imminent*: illness resulting from serious loss of kidney function, (3) *kidney failure*: illness that would be fatal in the absence of dialysis or transplant, (4) *complications*: loss of some important bodily functions, including the skeletal system, the neurological system, the skin and the desire for sexuality, and (5) *deteri-*

oration: loss of multiple bodily functions, necessitating adaptation to a restricted life and to approaching death.

Preliminary. At this stage, the physician knows that the patient has a disease that may at some point result in kidney failure. This is a shock, and the patient may cope with it by denial or by mourning the loss and preparing to accept the future.

Doctors monitor the patient carefully during this stage. It is common for the patient to be anxious. Blood pressure readings may be even higher than they should be due in part to fear from being in the physician's office. Doctors may suggest that the patient get a blood pressure cuff and measure blood pressure at home. This deals with the need for an accurate blood pressure reading, but it ignores the need to address the patient's underlying anxiety, which has serious implications for coping with chronic illness.

The *preliminary* stage is an opportunity for a complete psychological diagnosis and for therapy that may help both the patient and prospective caregivers to face the future. It also is an excellent time to educate the patient and potential caregivers in detail about the likely course of the disease and the resources that are available to them. The best available sources are Cameron 1996, The Life Options Rehabilitation Advisory Council and AAKP (2000), and Phillips (1987). This education may be an inoculation that will prevent or reduce future trauma (Carson, Butcher & Mineka, 1998).

For prospective caregivers, the *preliminary* stage can be particularly important. It is at this time that a potential caregiver can assess the burden of care. Per-

forming this assessment may, of course, have a negative social cost to others – because the "caregiver" may decide to make a limited commitment or even to leave, preventing society from depending on the potential caregiver. However, the welfare of the caregiver is also worth considering and no one should undertake such a heavy burden unless fully and accurately reflect on their situation.

Imminent. There are many physical and emotional problems that occur as kidney failure nears, including a change in patterns of urination, edema (swelling of the face, feet, belly and other areas), high blood pressure, loss of appetite or nausea, bad tastes (often described as an odor of ammonia), feeling tired or weak, mental changes such as an inability to concentrate or confusion, and headaches (AAKP, 2000; Cameron, 1996). Some patients may have spikes in blood pressure and retained fluid, threatening possible congestive heart failure.

The *imminent* stage is an important time for psychological adjustment. The changes in the body clearly signal that something "wrong" is going on. The sense of mortality may be heightened. There may be emotional symptoms, including severe anxiety or panic attacks. These panic attacks may be related to serious, physiological irregularities and they may trigger trips to hospital emergency rooms.

These are also times that people begin to consider the effect of chronic disease because their kidneys are failing. A woman patient may consider whether or not to bear a child. Consideration may also be given to adoption as an alternate way to add a child to the family (AAKP Patient

Plan 2000). However, an informed decision about adoption requires knowledge of the likely effect on an adoptive child of having a chronically ill mother with a diminished capacity for child care and an increased likelihood of dying (Strong, 1988). This may require detailed advance consideration of the physical limitations and risks of kidney failure.

Careful consideration should be given to the special needs of a child that may be adopted. Nancy Newton Verrier, a psychotherapist for adopted children and adults, believes that all adopted children suffer a "primal wound" due to a pre-verbal awareness of their abandonment by their natural mother. In her book, *The Primal Wound: Understanding the Adopted Child* (1999), she states that in 1985 adoptee's comprised 2 to 3% of the population of the U.S. but represented 30 to 40% of individuals found in residential treatment centers, juvenile halls or special schools. It is easy to believe this expert judgment since it also is known that certain prebirth experiences, including rhythmic and stress patterns, may be recognized or felt after birth (DeCasper and Fifer 1980).

Adoption in the home of a chronically ill person may cause a child to be fearful of a *second* abandonment on top of the relinquishment of her child by the natural mother. The child will be exposed to an increased risk of temporary and permanent "abandonment" by an adoptive mother. Even worse, the lack of time and energy that some mothers have may result in unintentional neglect, which may be experienced by the child as if it had been partly abandoned.

Even if it is the father who is the

patient, serious advance consideration should be given before deciding to have or to adopt a child. It is less likely that the home will be relaxed and nurturing. The strain of illness may well make it very difficult to provide appropriate parenting.

In addition, serious attention needs to be given to changes in relationships resulting from kidney failure. For a married person, it is likely that the spouse will perceive that they have lost a healthy life partner (Strong, 1988) who could engage in sports and outdoor activities, travel without interruptions, and be free of health problems that affect sexual relations. Unless the couple's friends are untypical, there may also be some friends who find it uncomfortable to associate with a chronically ill person, whose condition sensitizes them to their own mortality. When the patient retains an active zest for life and a lively interest in activities, this effect can be minimized. But even if there is no alteration in the level of "zest," some friends may still drift away (Strong, 1988).

From a medical standpoint, this is also the time to evaluate different treatment alternatives. These choices are not always comfortable, as all of them involve risks and life style restrictions. Kidney transplants risk increased illness from the necessary use of immunosuppressive drugs, possible complications or death from transplant surgery, serious neurological side effects from immunosuppressive medications, transplant rejection, and the possible need for additional surgery to remove the transplant. The consideration of these alternatives may be stressful, calling for assistance from professional coun-

seling or support groups.

Kidney Failure. Once kidney failure occurs, it is no longer a feared future event. It has happened. If the transition to kidney failure is well handled, dialysis may begin before the patient's health deteriorates, causing congestive heart problems or coma. My wife suffered kidney failure in 1970 when advanced planning was uncommon. She suffered a uremia induced coma.

It is during the *kidney failure* stage that patients often get their first exposure to a dialysis unit. One way to think of dialysis is as a special life-prolonging blessing. This positive point of view may be very helpful to a patient. However, many patients do not adopt such a positive metaphor.

In the dialysis unit, patients in various stages of kidney failure are treated in a large room. In that room, many clear plastic "lines" carry blood from the patient to the dialysis machine. During dialysis, "street" education begins, both for the patient and indirectly for the well spouse. The patient learns of complications experienced by other patients. In time, there are medical emergencies and news of the serious deterioration or death of fellow patients. Often this news of tragedies for friends is very difficult to bear. Patients with children may have special problems. If a child visits the dialysis unit, the exposure may be emotionally difficult. Likewise, keeping a child away from dialysis may have an impact because of the concealment.

It is also during this time following kidney failure that patients begin to adapt to dialysis. Individual patients may need either shorter or longer dialyses, depend-

ing on physiological needs and dietary habits. Some patients perform professional work while being dialyzed. Others sleep or try to sleep, being interrupted by nausea, dizziness and occasional cramps. Some watch television. Some suffer from physiological symptoms after dialysis and "sleep it off" for two to four hours after each dialysis session.

If the patient chooses to have a kidney transplant, then they may leave dialysis for a time. For some, the transplant is fruitful. For others, the absence may be short and filled with disappointment. Often, after a transplant fails, the patient must return to dialysis and readjust – perhaps awaiting another transplant.

Deterioration. As the disease progresses, death is more likely than for those who do not have kidney failure. Thus, accommodating to one's own death is somewhat more urgent than for others. At times adjustment is unnecessary because of sudden death, which may occur for a variety of reasons, including infection and heart difficulties. If death does not occur, then physical deterioration is likely. The longer the patient is on dialysis, the more frequent and potentially more disturbing the deterioration. Under these circumstances, both the patient and the supporting spouse must adjust to a situation in which death is prematurely approaching and physical capacity is lost. They may "grieve on each rung of the ladder down" (Strong, 1988), giving them greater strength to face the future.

Continuing setbacks may be difficult to accept, even for patients and spouses with the best of attitudes and beliefs. Some patients may be unrealistically optimistic, seeing each event as

independent and hoping or praying for a restoration of comparative health. After all, there have been better periods in the past. Why should those periods not recur in the future?

The spouse, on the other hand, observes the deterioration, sometimes more objectively than the patient. Emotionally this is difficult, but the caregiver is not personally losing physical capacity. Each loss means that caretaking becomes more arduous. There can be increasing resentment at the increasing caretaking load and, if it occurs, at the spouse's denial of the reality that is occurring. It is natural in this stage to be ambivalent toward the spouse. There is hope that the spouse will get better, at the same time wishing that the caretaking load would be lightened. The death of the spouse may be seen as an ambivalent event, marking the end of a loving relationship and also of a very great burden. It is also quite natural to long for another, lighter, more carefree relationship that is more reciprocal and that demands less day-to-day personal strength from the caregiver (Strong, 1988).

During the stage of *deterioration*, the patient may want to deny the seriousness of what is occurring. The well spouse may well want accurate information, even if the patient does not. If the spouse has already devoted many years of care, it is natural not to want to be a deserter in the final illness. On the other hand, if there is no way to estimate realistically how much longer the illness may last, then the spouse may decide to leave, as I did. Accurate information concerning the progression of the disease and the increased risk of mortality may well induce the caregiver spouse to stay the course – rather than to strike

out on a new life while the chronically ill spouse is dying.

Psychotherapeutic Issues

The principal therapeutic issue is that the extent of a caregiver's trauma may depend on perspective. New metaphors may be created by the well spouse, either alone or with professional help (Kopp, 1995). Depending on the course of the illness, this may make it possible for medical difficulties to be accepted and life to be more fully embraced, even with the difficulties.

With the losses and stresses caused by illness and its effects, pre-existing personal psychological problems, interpersonal problems or sexual problems may be even more difficult to resolve than if the couple were healthy (Life Options Rehabilitation Advisory Council and AAKP, 2000). For example, if the caregiver has been emotionally shut down before the kidney failure occurred, the increased tension may lead to emotional numbing (Bloch, 1997).

I found that I was "proud" to be a caregiver. This means that I told others that I was doing well and had developed spiritual wisdom with which to cope with my difficulties. This was, however, only partly true for I was often close to tears. Fortunately, I benefitted from two major experiential courses, from the practice of meditation, and from superb individual psychotherapy. I also benefited from physical exercise, which is both "palliative" coping (Lindqvist, Carlsson and Sjoden, 2000) and an effective way to maintain continuing health (Life Options Rehabilitation Advisory Council and AAKP, 2000; Strong, 1988). However, these practices did not remove the

entire burden. It was only after my wife died and I developed a new, loving relationship that is not clouded by chronic illness that I appreciated the freedom and the fulness of life that I had been missing (Strong, 1988).

The “proud” caregiver may also be an enabler, preventing the patient from full involvement and commitment to self-care (McDaniel, Hepworth and Doherty, 1992). Though the patient suffers from many ailments, including pre-existing emotional weaknesses, the patient and spouse may be capable of living a far richer, more fulfilling life than they choose. If the caregiver does too much, then the patient may give in to the natural tendency of sick children (or adults) to be overly dependent and “momish” (Bowlby, 1998). This may reduce the incentive to resolve pre-existing emotional weaknesses. It also may reduce the patient’s self-esteem by validating their retreat from socially useful activities (Life Options Rehabilitation Advisory Council and AAKP 2000). According to Doherty and Baird (1983), “It is especially difficult diagnostically to differentiate families that are appropriately supporting their disabled member . . . from families that are over-supporting the members by keeping these persons dependent.” (See Life Options Rehabilitation Advisory Council and AAKP, 2000; Strong, 1988.)

An important couples issue may arise directly from the caretaking relationship. If the chronically ill person is upbeat and independent, then this issue may not be of major importance. However, if the chronically ill person is overprotected or emotionally dependent, then the caregiver may either suppress or repress

emotional responses to avoid imposing extra, unnecessary stress on the spouse (Strong, 1988; Wilbur, 2000). While this coping mechanism may, to some degree, be “necessary,” it may prevent the couple from being equal partners and may prevent the patient from experiencing a sense of “communion” or a full loving relationship (Dreikurs, 1997; McDaniel, Hepworth and Doherty, 1992). The caregiver may try to bear-up emotionally for both of them and may even feel guilty that the patient suffers so much in their illness. In the process, there is an implicit contract that the caregiver is not entitled to express negative feelings toward the chronically ill person – including feelings of burden, embarrassment, lack of physical companionship, sexual frustration, or even the occasional wish that the stress might be relieved by the spouse’s death. Indeed, this secrecy may be the hardest burden. Yet, sharing this feeling might be threatening to a dependent spouse (Strong, 1988; Wilbur, 2000).

Several different kinds of therapy are potentially helpful to the caregiver, including individual therapy, homogenous group therapy with other caregivers, general group therapy, family therapy, and a non-facilitated support group for the family or for the well spouse. Some support groups for the well spouse may be so concerned with the welfare of the patients, that they may find it difficult to concentrate on the well spouses needs rather than those of the patients (Strong, 1988). Support groups appear to be effective, whether they are led by peers or by trained facilitators (Park & Folkman, 1997; Wilbur, 2000).

The literature also suggests that the

caregiver take vacations from caretaking duties (Life Options Rehabilitation Advisory Council and AAKP, 2000; Strong, 1988). Consideration might be given to taking these vacations in pastoral settings, which are as relaxing as possible. Some caregivers may also choose, as I did, to have sexual affairs. While this is labeled immoral and may weaken or destroy the existing marital bond, some well spouses may consider this alternative to be attractive and acceptable. It may even be in keeping with the more democratic spirit of our times (Dreikurs, 1997). Some therapists may address this question by asking the well spouse the Rawlsian question, "What would you want the other to do if the situation were reversed (Strong, 1988)?"

When psychotherapy or support groups are utilized, care should be taken to inform the caregiver how much the work will focus on the patient and how much on the well spouse. In some groups and in family therapy, the caregiver's thoughts about dissolving their relationship may not be welcomed. Even in individual psychotherapy, the therapist may not be willing to fully explore all possibilities out of personal concern for the patient and a fear that a full exploration of alternatives may leave the patient without a caregiver.

Future Research

This article is based on personal experience and on a few sources that address the long-term issues of being the well spouse of a kidney failure patient. Additional information could be gained by panel studies of well spouses and other caregivers, following them from the moment that they became aware that kidney

failure (or other chronic illness) was a serious risk.

An important issue, highlighted in this paper, is the need to study the metaphors used by patients and by well spouses and the possible effectiveness of metaphor therapy. What effect do these metaphors have on the quality of life? How do metaphors change as time passes? How successful are well spouses in their marriage and in the quality of their lives? What limitations, if any, does the course of the illness place on the effectiveness of metaphors?

There also is a need for the publication of subjective story telling. What are the stories of well spouses and patients (Giroux, 1998; Kleinman, 1988; Strong, 1988)? In addition, it would be helpful to compile case studies written by knowledgeable therapists. It could be that the Well Spouse Foundation can play a role in stimulating these studies.

Conclusion

Spouses and others who care for patients with kidney failure have a variety of physical, emotional and spiritual needs that have not yet been adequately considered by medical and psychotherapeutic professions. A heightened awareness of these needs may be dawning. Well spouses experience stress from the multiple crises in the life of their loved one. Their needs are significant and are not always the same as the needs of the patient. Some of the impact on them depends on the metaphors they use to adapt to this trying life situation.

The well spouses of kidney failure patients and of other chronically ill people need separate, distinct consideration. As we become more effective in keeping

the chronically ill alive for longer periods, the needs of their caregivers become increasingly important.

Acknowledgments

My wife, Mary Anna, who suffered with me. My wife, I-Ping, who has taught me the full meaning of love. Kenneth Keeling, Ph.D., who was my supervisor in developing this research paper. Rudi Bauer, Ph.D., who was my insightful, loving psychotherapist and who reviewed this paper and encouraged me to seek publication. Sheldon Kopp, Ph.D., who contributed essential ideas about the importance of metaphors and who encouraged me in developing this paper.

References

1. Burack-Weiss, A. (1995). The caregiver's memoir: A new look at family support. *Social Work* 40(3), pp. 391-395.
2. Bowlby, J (1998). Attachment and Loss. London: Random House.
3. Cameron, S. (1996). Kidney failure: The facts. New York: Oxford University Press Inc.
4. Carson, R. C., Butcher, J. N. & Mineka, S. (1998). Abnormal Psychology and Modern Life (10th ed.). New York: Longman.
5. Cockerill, R. & Warren, S. (1990). Care for caregivers: The needs of family members of MS patients. *Journal of Rehabilitation* (January/February/March).
6. DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208, 1174-1176.
7. Doherty, W. J. & Baird, M. A. (1983). Family therapy and family medicine. New York: The Guilford Press.
8. Dreikurs, R. (deceased, 1997). Holistic medicine. *Individual Psychology* 53(2), pp. 128-205.
9. Ehrlich, F. M. (2000). Dialogue, couple therapy, and the unconscious. *Contemporary Psychoanalysis* 36(3), pp. 483-503.
10. Giroux, L. (1998). Taking the lead: Dancing with Chronic Illness. Kelowna, British Columbia, Canada: Northstone Publishing Inc.
11. Haug, M. R., Ford, A. B., Stange, K. C., Noelker, L. S. & Gaines, A. D. (1999). Effect of giving care on caregivers health. *Research on Aging* 21 (4).
12. Kleinman, A. (1988). The illness narratives: Suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books, Inc.
13. Kopp, R. (1995). Metaphor therapy: Using client-generated metaphors in psychotherapy. New York: Bruner/Mazel.
14. The Life Options Rehabilitation Advisory Council and the American Association of Kidney Patients (AAKP) and the (undated, about 2000). New life, new hope: a book for family and friends of renal patients. Tampa, Florida: AAKP.
15. Lindqvist, R., Carlsson, M. & Sjoden, P. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing* 31(6), pp. 1398-1408.
16. Maté, G. (2000). Scattered Minds: A new look at the origins and healing of attention deficit disorder. Toronto, ON (Canada): Alfred A. Knopf.
17. McDaniel, S. H., ed. (1995). Counseling families with chronic illness. Alexandria, VA: American Counseling

- Association.
18. McDaniel, S. H., Hepworth, J. & Doherty, W. J. (1992). Medical family therapy: a biopsychosocial approach to families with health problems. New York: Basic Books.
 19. Park C. L. & Folkman, S. (1997). Stability and change in psychosocial resources during caregiving and bereavement in partners of men with AIDS. *Journal of Personality* 65(2), pp. 421-444.
 20. Phillips, R. H. (1987). Coping with kidney failure. Garden City Park, NY: Avery Publishing Group, Inc.
 21. Ponder, R. J. & Pomeroy, E. C. (1996). The grief of caregivers: How pervasive is it? *Journal of Gerontological Social Work* 27(½), pp. 3 20.
 22. Renal Web [comprehensive internet resources] (2001).
 23. Rivera-Mizzoni, R. et al. (Undated: about 2000). AAKP [American Association of Kidney Patients] Patient Plan. Tampa, FL: AAKP.
 24. Schnarch, D. (1998). *Passionate Marriage*. New York: Henry Holt Co.
 25. Scott, B. (2000). *Being Real*. Berkeley, CA: Frog Ltd.
 26. Strong, M. (1988). *Mainstay: For the well spouse of the chronically ill*. New York: Penguin Books USA Inc.
 27. Swartz, R., Perry, E., Prochaska, C, et. al. (1998). Breakdown on the path of chronic illness: Opportunities for learning. *Advances in Renal Replacement Therapy* 5(4).
 28. Toseland, R. W., Rossiter, C. N. & Labrecque, M.S. (September 1989). The effectiveness of two kinds of support groups for caregivers. *Social Service Review*.
 29. Verrier, N. N. (1999). *The primal wound: Understanding the adopted child*. Baltimore, MD: Gateway Press, Inc.
 30. Wilber, K. (2000). *Grace and grit: Spirituality and healing in the life and death of Treya Killam Wilber*. Boston, MA: Shambhala.

PSIHOCORECȚIE ȘI PSIHOTERAPIE

TERAPIA MULTISISTEMICĂ A TULBURĂRILOR DE CONDUITĂ LA PREADOLESCENȚI

Lucia SAVCA

Termeni-cheie: tulburări de conduită, minciuni, furt, fuga de acasă, vagabondaj, mecanism de apărare, protecție psihologică, disfuncționalitatea familiei, terapie multisistemică.

Summary

The article analyzed conduct disorder and antisocial type of refuge, in particular, lying, stealing, running away from home, the preadolescent homelessness. Recovery of the behavior is focused on systemic therapy, involving parents in changing their attitude towards the child, providing affection, attention to achieve success.

Introducere

În literatura de specialitate unii cercetători atenționează că circa 46,2% dintre preadolescenții în vîrstă de 12-14 ani acuză măcar una dintre tulburările comportamentale [5, p. 116]. Până la 30% dintre minori, la anumită vîrstă, manifestă comportamente ce contravin normelor sociale și încalcă drepturile personale sau de proprietate ale altor persoane. Mulți copii au în dezvoltarea lor evenimente izolate de tipul: furt, minciuni, chiul școlar, fuga de acasă etc. De asemenea, putem afirma, din practica noastră de mai mulți ani, că o bună parte dintre preadolescenți acuză concomitant majoritatea dintre tulburările menționate. De aici conchidem că aceste tulburări se caracterizează prin interacțiunea și interdependența dintre ele și este greu de sesizat începutul lor. De exemplu, puberul fură bani pentru a-și satisfacă anumite trebuințe, neglijate de părinți. Frica de pedeapsă îl stimulează să mintă, iar în dese cazuri – să plece de acasă (din mediul în care poate fi pedepsit pentru faptele sale nefaste).

Cercetările longitudinale asupra tulburărilor de conduită de tip antisocial și a ce-

lor de refugiu, în special, minciuna, furtul, fuga de acasă, vagabondajul, realizate în CDR „Armonie” al DGETS, Chișinău, au relevat că totuși, preadolescenții care manifestă aceste tulburări pot fi ajutați să le depășească, utilizând terapia multisistemică. Așa cum cauzele care provoacă aceste tulburări sunt diverse, este necesar să găsim metode și procedee diverse de influență asupra puberului și familiei lui pentru remedierea comportamentului negativ. Dintre tulburările menționate, faptele care cel mai mult deranjează părinții care se adresează cu copilul la noi sunt furtul de bani repetitiv în sume mari (mai mult de o mie – cinci mii lei) și chiulul de la lectii, fuga de acasă, vagabondajul preadolescentului. Toate aceste tulburări, de cele mai dese ori, se dezvoltă la copiii cu disfuncționalitate relațională în familie. Orice conflict dintre copil cu unul dintre părinți poate provoca declanșarea delincvenței la minor [4, p. 21]. De obicei, părinții se adresează după ajutor atunci când fenomenul dat a durat o perioadă de 1-2 ani, au fost aplicate de către ei mai multe metode reeducaționale care au eşuat. O bună parte dintre puberi sunt luați în evidență la

Comisia pentru minori a preturii de la locul de trai. Toate acestea au format deja o imagine de sine negativă a minorului, au format convingerea că el este incorrigibil, rău sau el însuși s-a convins că astfel de comportament este o normalitate, prin care mai poate sănătaja părinții (amenință că va pleca de acasă). În astfel de cazuri este necesară multă măiestrie și tact din partea psihologului atât în lucru cu minorul, cât și cu familia, colectivul de copii, profesorii. Astfel, terapia comportamentului deviant trebuie să poarte un caracter multisistemnic.

Caracterizarea tulburărilor de conduită de tip antisocial și a celor de refugiu

Furtul este considerat cel mai frecvent delict întâlnit la minori, fiind definit ca o însușire cu intenție frauduloasă a unor proprietăți particulare a altei persoane sau publice. Furtul devine un simptom al tulburărilor de conduită dacă se repetă, în ciuda aflării și pedepsirii lui de către părinți [1, p. 388]. Psihiatruл Bowlby în studiile efectuate asupra micilor „tâlhari” a evidențiat că majoritatea dintre ei au părinți irascibili, nervoși, care acordă puțină afecțiune copilului. Acest comportament al părinților nu numai că trezește furia la copii, dar suscă și trebuința nesătioasă de dragoste, pe care o compensează cu achiziționarea lucrurilor, adesea inutile [2, p.388]. Acest tip de comportament deviant poate avea mai multe cauze, cum ar fi:

- furt învățat (copii proveniți din familii de hoți, impunerea minorului de semenii din grupul de referință);
- dorința de a se impune în fața celor din jur, dorința de a-și crește prestigiul sau dorința de posesiune;
- furtul ca mecanism de apărare (dorința de a compensa lipsa afecțiunii parentale cu obiecte, acțiuni ce-i aduc satisfacție);
- furtul ca exprimare a ostilității;

de răzbunare pe alte persoane (părinți);

- furtul ca modalitate de asigurare a unei existențe parazite;
- furtul ce are cauze patologice, se caracterizează prin existența unor tulburări de conștiință sau prin motivații delirante, poate apărea ca simptom în tulburările isterice sau poate fi cauzat de o insuficiență psihică.

Furtul este adesea urmat de minciună. Acoperirea furtului este prima minciună care începe să apară. Furtul urmat de minciună se permanentizează, dacă părinții și profesorii devin permisivi. Cea mai bună variantă este acea care oferă minorului o sansă să recunoască furtul, în loc să se minimalizeze seriozitatea faptei.

Minciuna reprezintă tendința persoanei de a denatura parțial sau total adevărul sau starea de lucruri. Preadolescenții adesea recurg la minciună, motivele căreia pot fi:

- expresia tendințelor de autoapărare; dorința de a se salva dintr-o situație neplăcută, de a ascunde adevărul pentru a evita pedeapsa;
- dorința de a atrage atenția sau tendința de a se lăuda;
- manifestare a fanteziei sau este rezultatul nevoii de a imita;
- intenția de a însela, cu un scop de răzbunare pe cineva sau denigrarea cuiva de către persoana psihopată, de a induce în eroare pe cei din jur sau acesta are senzația de plăcere de la fenomenul dat;
- dorința de compasiune față de altă persoană, de protejare a ei, din sentimentul de simpatie sau antipatie;
- raționamente superficiale sau prezența în cadrul unei afecțiuni psihice.

Minciuna la elevi apare cel mai frecvent într-un context legat de performanțele școlare, care sunt „ascunse de părinți”. Ea devine un act delictual dacă se însotesc

te și de alte manifestări (nerecunoașterea furtului etc.). Astfel, nu orice denaturare a realității poate fi un delict.

Fuga și vagabondajul, chiulul de la lecții reprezintă erupția violentă din mediul familial (școlar) ca expresie a unei stări de încordare emotivă sau ca simptom psihotic. Fuga are un caracter de criză, iar vagabondajul este o fugă permanentă, un mod de viață fără domiciliu stabil și fără mijloace materiale clare și stabile de subzistență, putând intra ușor în sfera delinvenției prin asocierea aproape inevitabilă cu delictele ca furtul, cerșetoria și prostituția, în calitatea lor de modalități de asigurare a existenței.

Un caz aparte îl reprezintă *fuga de acasă* (părăsirea domiciliului) care este, de cele mai multe ori, un deznodământ al relației conflictuale a copilului cu anțurajul, atât ca reacție de opoziție față de mediul care nu-l satisfacă cât și ca dorință de a găsi altundeva ceea ce îi este refuzat aici. Perioada care precede fuga oferă informații asupra contextului socio-familial (șomaj, sărăcie, mutare, marginalizare, conflict relațional). Acest fenomen al fugii de casă are o caracteristică temporală, limitată, îndepărându-l pe copil de mediul familial (adesea disociat sau factor de insecuritate afectivă) sau de școală (chiulul). Se poate vorbi despre mai multe tipuri de fugă de acasă, inclusiv:

➤ fuga ca reacție de apărare și protest determinată de factori de mediu ca: dezorganizarea familială, alcoolismul și conduitelor agresive ale părinților, sau cărențele afective ale acestora. Deseori îmbrăcă forma unei conduite de refugiu la rude, prieteni, cunoștințe;

➤ fuga ca manifestare predelinventă, generată de lipsa supravegherii, laxitate educațională, influența unor anturaje nefaste în care se propagă o inducție

negativă de participare la acte ilicite, fie din teribilism, fie din solidaritate de grup; aceasta poate fi semnul unei viitoare inserții sociale defectuoase;

➤ dromomania este o fugă patologică asociată unor tulburări psihice grave: oligofrenie, schizofrenie, epilepsie și se caracterizează prin impulsiunea morbidă de a pleca brusc și neașteptat, adesea fără nici o întă, urmată fiind de amnezia asupra episodului, constituind o manifestare asociată tulburărilor de bază.

Fuga este, aşadar, un semnal de alarmă care trebuie să permită instaurarea unei supravegheri în scopul reorganizării condițiilor socio-familiale, educative și psihologice pentru prevenirea recidivelor fugarului, care trebuie ajutat să-și depășească dificultățile.

Organizarea terapiei multisistemice

Fiecare copil este o parte dintr-un sistem: familie, școală, mediu ambiental. Fiecare sistem diferit influențează personalitatea copilului. În funcție de factorul nociv, sunt implicate în remediere toate sistemele ce influențează negativ minorul.

Pentru fiecare copil se selectează terapia potrivită, ținând cont de temperament, gravitatea problemei, disponibilitatea părinților de a schimba situația în familie, de a crea condiții de dezvoltare a copilului cu probleme. În linii generale activitatea echipei multidisciplinare se reduce la:

- Construirea relației
- Definirea problemei
- Intervenția asupra problemei
- Rezolvarea problemei

1. Scopul construirii relației este de a crea o atmosferă benefică pentru minor ca el mai mult să vorbească despre problemele și dificultățile personale. Observațiile noastre denotă că preadolescenții nu doresc să recunoască faptele neplăcute. Ca discu-

ția să fie susținută și stimulată e necesar să manifestăm cât mai multă empatie, căldură, abordări noncritice, compasiune etc.

2. Definirea problemei permite de a obține o evaluare diagnostică a problemelor, induse psihologic sau bazate pe realitate. Pentru a ajuta preadolescentul în descrierea problemei este necesar să începem discuția cu o afirmație simplă (pe care o avem de la părinți, poliție, asistent social, persoana care îl aduce la noi) de tipul „Înțeleg că ești aici, pentru că ai furat niște bani de acasă”. Aceasta duce la o discuție activă centrată pe problemă. De asemenea, este benefic să utilizăm desene, scheme pentru a evidenția neplăcerile lui cu alții.

3. Intervenția asupra problemei implică ajutarea minorului să recunoască, discute și să corecteze atitudinile iraționale care cauzează problemele lui, distres și generează comportamente autodistructive. La această etapă se mai includ alte metode de influență: NLP, sugestie, antrenament autogen, gestalt terapie.

4. Rezolvarea problemei are scopul de a persuada puberul să transfere cunoștințele achiziționate în cadrul terapiei în situații de viață specifice și concrete. La această etapă dificilă pentru puber se menține controlul direct din partea părinților asupra comportamentului.

Interviul cu preadolescentul poate avea următoarea consecutivitate:

- Concretizăm ce simte la moment, și indiferent de senzațiile pe care le are, le acceptăm aşa cum el se simte.
- Rugăm preadolescentul să povestească ce crede despre problemele lui cu amânunte în desfășurarea comportamentului dat, ce crede despre consecințe.
- Generalizăm împreună cu subiecțul cele povestite de el cu accentul pe consecințe și stabilim înțelegerea în remedie-

rea comportamentului dat.

- Analizăm consecințele în cazul în care comportamentul nu se va schimba.
- Stabilim etapele și posibilitățile de remediere.

Studiu de caz:

Mirela, 13 ani. A venit la consultatie cu mama. Acuzele prezentate de mamă: fură bani în sumă de până la 2000 lei, reușită scăzută, de la școală se întoarce târziu, nu îndeplinește însărcinările școlare, nici cele casnice. Manifestă neascultare, se ceartă cu sora, cu mama.

Din anamneză: Părinții au divorțat înainte cu trei ani de decesul tatălui (când minora avea 7 ani). Decesul tatălui biologic a coincis cu nașterea altei surori în afara căsătoriei.

Din **interviul** cu minora, rezultatele de la testele aplicate denotă psihotraumă de la moartea tatălui biologic, cu toate că mama îl caracterizează ca fiind o persoană negativă, cu abuz de alcool, furt de bani de la mama, abuz fizic față de mamă și sora mai mare, cauză ce a declanșat divorțul.

Testul CCO, Chestionarul de diagnosticare a stărilor depresive (Beck) a evidențiat *depresie severă, nervozitate, anxietate la nivel înalt*; Testul proiectiv “Propoziții neterminate (Lewi)” relevă idealizarea tatălui decedat, comportament opozant, relații încordate cu mama, sora, sentimentul culpabilității, nerecunoaștere a problemelor. Desenul cinetic al familiei indică un nivel scăzut de integrare, cooperare dintre membrii familiei, relații tensionate, conflictuale în familie; Stima de sine – nivel jos, autoapreciere scăzută; Aspirațiile – nedeterminate; Motivația școlară – scăzută. IQ – mediu. Discuția cu adolescente denotă indiferență față de învățătură, interes scăzut față de activitățile după interes, incapacitatea de a îndeplini

la nivel sarcinile școlare din cauza sarcinilor suplimentare în familie, care adesea întrec posibilitățile ei (pe care le îndeplinește parțial – cauză a conflictelor cu sora mai mare, mama).

Programul dezvoltativ-corecțional a inclus câteva direcții:

- ameliorarea relațiilor cu membrii familiei; dezvoltarea ajutorului reciproc dintre membrii familiei; repartizarea concretă a obligațiilor dintre membrii familiei;

• consilierea repetată a mamei și surorii în vederea schimbării atitudinii față de minoră, stabilirea ajutorului reciproc și organizarea timpului liber cu membrii familiei; implicarea mai activă a mamei în efectuarea menajului, stimularea materială a minorei pentru sarcinile îndeplinite la nivel, pentru a avea propriii bani de buzunar. Sancționarea prin plătirea amenzilor pentru neîndeplinirea sarcinilor (întoarcerea în bugetul familiei în egală măsură ca și stimularea – 5 lei) - pentru o singură abatere comisă: note negative, eschivarea de la lucru casnic;

• dezvoltarea proceselor cognitive, gândirii abstracte, abilităților de analiză și rezolvare a problemelor, formarea planului de perspectivă, orientarea în carieră;

• lichidarea traumelor psihice suportate din frageda copilărie până la momentul psihoterapiei prin aplicarea tehniciilor NLP;

• sugestia, aromoterapie, antrenamentul autogen, orientat la înlăturarea nervozității, întărirea încrederii în sine, exerciții de relaxare Yoga;

• formarea unei noi imagini de sine, ridicarea autorității în colectivul de copii, stabilirea planului de manifestare în plan pozitiv în grupa de elevi, dezvoltarea abilităților organizatorice, îndeplinirea unor activități stabilе în clasă (consilierea dirigintelui).

După o perioadă de 8 ședințe cu mi-

nora, desfășurate de 2-3 ori pe săptămână, 4 consultații cu mama individual și cu minoră, s-au ameliorat: relațiile în familie, nu s-au repetat cazuri de furt de bani, fuga de acasă, nu s-au înregistrat minciuni. O zi în săptămână familia își organizează timpul liber împreună. Cina este organizată pentru toți membrii familiei, în timpul căreia se discută realizările zilnice, problemele fiecărui membru.

Costel, 12 ani.

A venit la consultație cu mama. Acuzele prezentate de mamă: chiul de la lecții, după lecții până târziu nu vine acasă, fură bani de la părinți, este în evidență inspecției pentru minori de doi ani, părinții au încercat diverse metode educaționale, inclusiv pedeapsa fizică, dar situația se înrăutățește. Manifestă neascultare, este nervos, se ceartă cu sora, mama. De tata, care aplică pedeșpe fizice severe - se teme, dar oricum nu-l ascultă. La școală este agresiv față de colegi.

Din anamneză: Familie completă. O perioadă de 8 ani cu familia au locuit și buneii, în îngrijirea cărora a fost mai mult copilul. Minorul a suferit traumatism cerebral în timpul nașterii și la vîrstă de 10 ani, a urmat tratament în staționar. Sora mai mică s-a născut când minorul a intrat în clasa I. Programa școlară o însușește pe note de 5-7. Are mai mari dificultăți la matematică. Adesea acuză céfalee, obosește ușor când face lecțiile. Ambii părinți lucrează de la 8:00-18:00. Copilul, începând din clasa a II-a, este lăsat de unul singur toată ziua, fără supraveghere.

Examenul psihologic a evidențiat:

QI – mai jos de mediu, nivel jos al atenției, memorie slabă. Aplicarea chestionarului caractereologic (Bontilă) a evidențiat dorința de a camufla eșecurile, de a fi în centrul atenției, exigent față de cei din jur, încăpățânat, ambicioz, mândru. Teh-

nica Propoziții neterminate (Lewi) a evidențiat relații nefavorabile cu tata, frică de el, simțul culpabilității, comportament opozant, relații încordate cu profesorii, colegii. Chestionarul pentru părinți (Eidemiller) a relevat că față de minor sunt înaintate cerințe, restricții și obligațiuni exagerate. Educație contradictorie. Desenul cinetic al familiei a evidențiat nivel scăzut de integrare și cooperare în familie.

Programul corecțional a fost orientat la ameliorarea relațiilor interpersonale în familie, în special, ameliorarea relațiilor dintre tată și fiu, schimbarea atitudinii părinților față de copil, sistarea pedepselor corporale, organizarea timpului liber (o zi din săptămână) cu toți membrii familiei, dezvoltarea proceselor cognitive, formarea abilităților de comunicare asertivă în grup, diminuarea fricii, anxietății, neîncrederii în sine.

Ca metode de influență au fost utilizate: terapia rațional emotivă și comportamentală, terapia prin povești, antrenamentul autogen și sugestia, orientată la diminuarea încordării musculare, dezvoltarea activismului, dezvoltarea încrederei în sine, autoaprecierii adecvate, autocontrolul asupra emoțiilor și conduitei, consilierea familiei o dată pe săptămână.

Fiecare elev cu probleme complexe este supus la 10-15 ședințe de terapie efectuate individual și în grup (de două-trei ori pe săptămână), și consilierea familiei o dată în săptămână. Cura de tratament se repetă de două-trei ori pe an. În perioada dintre curele de tratament minorul primește consultații de la psiholog după necesitățile lui. Durata tratamentului este în funcție de particularitățile individuale ale subiectului și ale părinților, de dorința lor de a rezolva problema.

Consilierea familială este benefică mai ales dacă părinții sunt receptivi, ca-

pabili să observe comportamentul și să găsească soluții. Consilierea părinților este orientată la:

- în familiile complete, este necesar ca tata să se implice mai activ în educația copilului, organizarea timpului liber;
- părinții sunt ajutați să aibă o educație consecventă în familie, să acorde mai multă afecțiune puberului, să remарce importanța lui în familie, să-și modifice comportamentul aşa ca acesta să înțeleagă că este acceptat, iubit de părinți, nu în vorbe, dar în fapte;
- controlul direct și indirect asupra îndeplinirii sarcinilor școlare; stimularea cu bani de buzunar pentru îndeplinirea sarcinilor școlare și îndrumarea în cheltuirea rațională a lor;
- menținerea unui "jurnal" zilnic în care minorul(a) să-și însemne sincer observațiile asupra comportamentului.

Bibliografie

1. Dobrescu, Iuliana. (2010). *Tulburarea de conduită*. În Manual de psihiatrie a copilului și adolescentului. Infomedica. București. Vol. I. 424 p.
2. Young, Howard. (2006). *Evaluarea și tratamentul REBT la adolescenți*. În: Terapia rațional emotivă și comportamentală în tulburările copilului și adolescentului. Sub red. Ellis, Albert, Bernard, Michael E., Editura RTS, Cluj-Napoca. 464 p.
3. Savca, Lucia. (2003). *Psihologia personalității în dezvoltare*. „Sirius”. Chișinău. 150 p.
4. Savca, Lucia. coord., (2008) *Sănătatea copilului în școală*. Univers Pedagogic, Chișinău.
5. Kazdin, Alan, E. (2005). *Лечение поведенческих расстройств*. В: *Расстройства поведения детского и подросткового возраста*. Под ред. Хилла Д. и Моэн Б., Изд. Сфера. Киев.

OPINII ȘI DISCUȚII

К ПРОБЛЕМЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭТНИЧЕСКОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ МОЛДАВАН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Ирина КАУНЕНКО

Основные понятия: этническая идентичность, этнические стереотипы, культурные ценности, культурная дистанция.

Summary

In the article the empirical material about transformation of ethic identity of Moldavian labour migrants is analyzed. The ethnic stereotypes, the attitude towards one's ethnic group, a motives of affiliation, cultural valubles were studied. The comparative analyze is carried out between ethic identity of labour migrants and the Moldavian residents. Generally the migrants have positive ethic identity. However the transformation processes which take place latently, the increase of negative feelings concerning the one's ethnical group, the change of preference's hierarchy, the process of moving off relative the one's ethnical group were revealed. In the article is pointed out the necessity of systematic and profound examination of the identity of labour migrants as important component of social group.

Проблема изучения трудовой миграции, трудовых мигрантов всё больше привлекает внимание исследователей из разных областей, так как данный феномен оказывает всё большее влияние на структуру общества, его социальные группы. Группа трудовых мигрантов становится *активным субъектом* и способна реально влиять на молдавское общество. В связи с этим необходимо изучить особенности данной группы, её функции и место в обществе. Нас к этой проблематике «подтолкнули» эмпирические исследования по проблеме становления этнической идентичности в трансформирующемся обществе. А так же практическая тренинговая деятельность по межкультурной коммуникации, проводимая нами с представителями разных этнических групп.

Мы в течении ряда лет, изучая этническую идентичность разных возрастных и этнических групп, обратили внимание на всё увеличивающееся влияние трудовой миграции на этническое самоопределение молодого поколения. Впервые мы столкнулись с этим на практике в процессе реализации проектов по межкультурной коммуникации и оптимизации межэтнических отношений («Развитие этнической толерантности у подростков» (при поддержке Фонда Сороса в Молдове – 2001г.; «Толерантность – образ жизни в поликультурном мире» (при поддержке посольства США в Молдове, 2003г и др.) [5;1,2].

В процессе проведения тренингов по межкультурной толерантности мы столкнулись с тем, что старшие подростки часто приводили примеры

об особенностях культурных традиций, образе жизни стран пребывания в трудовой миграции их родителей. А так же, всё чаще с каждым годом, на летние каникулы дети уезжали к родителям, где и происходило практическое знакомство с иной культурой, и естественно, сравнение со своей. И именно *практическая работа* с подростками и молодёжью определила необходимость изучения этнической идентичности трудовых мигрантов разных этнических групп, понимания трансформационного направления развития идентификационных процессов этой, всё увеличивающейся социальной группы. В данной статье мы остановимся на анализе эмпирического исследования этнической идентичности молдаван.

Для нас, при исследовании этнической идентичности, принципиально важным являлось понимание её «как результата когнитивно-эмоционального процесса *самоопределения* индивида в конкретном социальном пространстве относительно многих этносов. Это не только осознание, но и восприятие, понимание, оценивание, переживание своей принадлежности к этнической общности» [7,180].) Так же, для нас важным является методологico-теоретическое положение об активности субъекта при конструировании своей этнической идентичности, на которое не раз обращала внимание российский этнопсихолог Стефаненко Т. Г., длительно исследовавшая проблемы социальной (этнической) идентичности разных этнических групп на современном этапе.

Этническую идентичность исследователи рассматривают как *центральный конструкт и системообразующее*

основание этнической группы. Поэтому изучение её даёт большие возможности так же для прогнозирования социокультурного развития той или иной этнической группы.

Целью нашего исследования было изучение этнической идентичности молдаван, включённых в процесс мятниковой трудовой миграции. Выборка – 32 респондента, возраст – 25-55 лет. Исследование было проведено в Молдове, во время приезда трудовых мигрантов домой, а так же в Москве (Россия), месте работы некоторых респондентов. Регионы трудовой миграции наших респондентов – Италия, Ирландия, Россия. Исследование проходило в 2008-2009 г.

Для сравнительного анализа особенностей этнической идентичности мы включим данные нашего эмпирического исследования по респондентам молдаванам, постоянно работающим в стране. Выборка резидентов молдаван составила 35 чел.; возраст -25-55 лет.

Методический инструментарий: для исследования *этнических стереотипов* базовой методикой в нашем исследовании мы использовали «Диагностический тест отношений» (ДТО) (Солдатовой Г. У, 1998); изучение аффилиативных тенденций проводилось с помощью методической разработки «Этническая аффилиация» (Солдатова Г. У., Рыжова С.); показателями *валентности этнической идентичности* являлись чувства, связанные с этничностью. Для исследования, групповых *ценностных ориентаций* в пределах психологической универсалии «индивидуализм – коллективизм» нами был применена методика «Культурно-ценностный дифференциал» Солдатовой

Г. У. (1999). Для исследования *системы этнических предпочтений* мы применили «Цветовой тест отношений» (Боронеев А. О., Павленко В. Н.). Для исследования *субъективной культурной дистанции* была применена «Шкала культурной дистанции» (разработанная в ИЭА РАН). Для исследования ценностной сферы нами была применена методика изучения ценностей личности Шварца [4].

Для сравнения средних показателей по ценностям теста Шварца нами был применён критерий Крускала-

Уоллиса; для сравнения различий параметров этнических стереотипов был применён критерий Манна-Уитни; для выявления различий параметров культурных универсалий был применён критерий Фишера. При обработке данных использовались статистические пакеты SPSS 12.0.

Итак, обратимся к результатам эмпирического исследования. По этническим стереотипам молдаван трудовых мигрантов мы получили данные по амбивалентности, направленности и выраженности (таб.1).

Таблица 1
Средние величины коэффициентов амбивалентности (A), выраженности (S), направленности (D – диагностический коэффициент) - взрослые.

	Молдаване (резиденты)			Молдаване (мигранты)		
	A	S	D	A	S	D
Я сам	0,56	0,32	0,27	0,59	0,26	0,22
Идеал	0,40**	0,57*	0,44*	0,47**	0,45*	0,36*
Автостереотип	0,63	0,19	0,17	0,63	0,17	0,14
Русские	0,73	0,06	0,05	0,69	0,13	0,11

*Достоверность различий $p < 0,05$

** Достоверность различий $p < 0,01$

*** Достоверность различий $p < 0,001$

При изучении этнических стереотипов мигрантов молдаван мы сопоставили:

- автостереотипы молдаван трудовых мигрантов с образом «Я», для выявления значимости этнической компоненты на личностном уровне;

- образ «Я» и гетеростереотип русских;

- амбивалентность (A), выраженность (S), направленность (D) стереотипа мигрантов и резидентов.

Итак, этнические стереотипы трудовых мигрантов положительные

(авто- и гетеростереотипы). Выявлены статистические различия между образом «Я» и автостереотипом. Это означает, что этническая переменная не значима на личностном уровне, что может свидетельствовать об определённой позитивной адаптации в инокультурной среде. Так как признаком дезадаптивности, для данного возрастного периода, является центральность этнической компоненты на личностном уровне, когда события окружающей жизни преломляются через этническую компоненту.

У мигрантов молдаван выявлены статистически значимые различия между образом «Я» и гетеростереотипом русских ($p<0,01$). Сравнение амбивалентности, направленности, выраженной этических стереотипов резидентов и мигрантов выявило статистические значимые различия только по Идеалу. У мигрантов амбивалентность Идеала выше, т.е. стереотип более «смазан»; менее эмоционально насыщен. Пары качеств с наиболее высокими показателями амбивалентности в образе Идеала: «гордый-высокомерный» (0,66); «настойчивый-упрямый» (0,58), «темпераментный-вспыльчивый» (0,60). Наименьший уровень амбивалентности выявлен по качествам: «осторожный-трусливый» (0,36); «экономный-жадный» (0,36); «общительный-навязчивый» (0,38).

Нами был проведён анализ содержания стереотипов трудовых мигрантов молдаван. В образе «Идеала» мигрантами были выделены следующие качества: дипломатичен, активный, остроумный, настойчивый, осторожный, аккуратный, экономный, общительный (на уровне от 3 до 3,39). На личностном уровне (образ «Я») оценка качеств ниже и наиболее характерными представляются качества: общительный, активный, настойчивый, осторожный, аккуратный (на уровне от 2,20-2,88).

Типичного представителя своей этнической группы мигранты видят как общительного, остроумного, гордого, темпераментного (на уровне от 2,16 до 3). Наименее свойственно молдаванам: бесхарактерность, трусливость, навязчивость, агрессивность.

Образ «Другого», т.е. русских они видят как – общительных, диплома-

тических, гордых, находчивых, активных, упрямых (от 2,16 до 3,26). Наименее им свойственна бесхарактерность, трусливость.

Для определения *направленности стереотипа* мы использовали диагностический коэффициент отношений (D). Наибольшая эмоциональная направленность выявлена по Идеалу (0,36), затем образу Я (0,23) и наименьшая по автостереотипу (0,15), гетеростереотипу (0,10). Иными словами, трудовые мигранты наибольшую эмоциональную направленность проявляют при оценке идеала и себя. Аналогичная картина была выявлена и у резидентов. *Отличие резидентов от мигрантов заключается в большей эмоциональной выраженности идеала.*

Нами был проведён частотный анализ авто- и гетеростереотипов трудовых мигрантов. У большинства респондентов был выявлен положительный автостереотип и гетеростереотип – 58%, у резидентов – 60%.

Итак, в целом по этническим стереотипам трудовых мигрантов можно сказать, что они положительны, тождественны резидентам. Но отличаются несколько сниженной эмоциональной интенсивностью, «смазанностью» идеала.

С нашей точки зрения, постоянный мониторинг этнических стереотипов трудовых мигрантов очень важен, так как будучи связан с наиболее древней исторической системой отношений, он «особо жёстко фиксирован, чрезвычайно эмоционально насыщен, почти не подаётся произвольному изменению и обладает мощной психоэнергетикой. Именно эти свойства делают его эффективным регулятором любых социальных

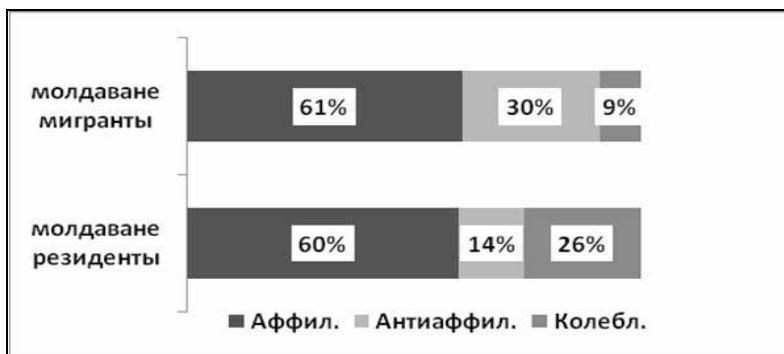


Рис. 1 Аффилиативные тенденции молдаван мигрантов и резидентов

отношений, когда они редуцируются в межэтнические отношения» [10, 23]

Нами были исследованы этноаффилиативные мотивы, т.е. устремлённость на группу, на групповые цели и включённость в её жизнедеятельность (рис.1). Как можно видеть, аффилиативные мотивы практически выражены одинаково у трудовых мигрантов и резидентов. Различия наблюдаются по группе «колеблющихся» (мы к данной группе отнесли респондентов, у которых одинаково выражены аффилиативные мотивы и антиаффилиативные). Так, у группы молдаван резидентов они составляют 26 %, а у мигрантов – 9%. Так же, большая индивидуализация наблюдается у трудовых мигрантов.

Антиаффилиативные мотивы составляют у них 30%. Из наших интервью многие резиденты отмечали, что хотя у них и есть работа, но они думают уехать на заработки («Не дай бог кто-то из родных заболеет, придётся поехать», «Скоро детям поступать в университет, придётся кому-то из нас уехать, может муж, может я. На зарплату мы их не выучим. Не сможем оплатить контракт»). Аналогичные высказывания мы фиксировали и при опросе резидентов гагау-

зов, болгар. Поэтому высокий уровень «колеблющихся» у резидентов отчасти связан, по нашему мнению, с длительной ситуацией социально-экономической нестабильности в стране. Данную группу мы обозначили как «пассивные мигранты». И это может стать отдельной проблемой исследования.

Высокий уровень антиаффилиативных мотивов у трудовых мигрантов так же объясним длительной включённостью в инокультурное пространство. Так, в интервью с некоторыми мигрантами молдаванами, работающими в России, часто можно было услышать – «Приедешь домой на неделю-две, сделаешь домашние дела (забор поставить, у врачей провериться, куматрия у финнов и т.д.) и обратно. Уже через неделю тянет обратно. Там работа, привык уже». При изучении мигрантов молдаван непосредственно в Москве, так же можно было услышать – «Приехали к родственникам, они давно здесь. Уже имеют российское гражданство, помогли устроиться. Вначале сильно тянуло домой, сейчас привыкли. Приедешь домой, а там полулицы нет, кто где – в Италии, Португалии, Франции. Здесь уже друзья, ра-

бота. Детей на лето привезём». То есть, социальные сети мигрантов работают уже достаточно активно, времена когда одиночки приезжали «в никуда», прошли. Относительно России, отмечается тенденция работы уже на заводах, фабриках, фермах, т.е. включение уже в более стабильные социально-производственные структуры.

Но вместе с тем, в целом, по группе молдаван мигрантов и резидентов, аффилиативные мотивы остаются превалирующими, в отличие, например, от группы гагаузов. У гагаузов мигрантов аффилиативные составляют 41%, а антиаффилиативные 32% и «колеблющиеся» 26%. То есть можно предположить, что представители разных этнических групп будут реагировать по-разному на пребывание в инокультурной среде.

Следующим этапом нашего исследования было изучение культурно-психологических универсалий. Для этого нами был применён «Культурно-ценностный дифференциал» Г. У. Солдатовой [8]. Цель методики – измерение в пределах психологической универсалии «индивидуализм-коллективизм» групповых ценностных ориентаций в четырёх сферах жизненной активности: ориентации на группу, ориентации на власть, ориентации друг на друга и ориентации на изменения.

Перейдём к результатам исследования групповых ценностных ориентаций. По шкале ориентация на группу–ориентация на себя, обе направленности выражены одинаково, статистических различий нет. Здесь мы можем высказать предположение, что продолжительная включённость в процесс трудовой миграции будет спо-

собствовать всё большей ориентации на себя, т.е. будет проходить актуализация личностного уровня.

По параметру подчинение группе-самостоятельность у трудовых мигрантов так же выражено одинаково, а у резидентов превалирует подчинение. По параметру традиционность превалирует верность традициям ($p \leq 0,001$), как и у резидентов.

Анализ ценностной сферы ориентация на изменения, т.е. открытость-закрытость переменам у трудовых мигрантов выявило, что по параметру открытости-закрытости культуры, превалирует закрытость, у резидентов – открытость. По параметру ориентация на перспективу значимо превалирует у трудовых мигрантов, и у резидентов – устремлённость в будущее. По параметру риска у трудовых мигрантов одинаково выражена ориентированность на риск и осторожность, в отличие от резидентов, у которых значима культурная ориентация на осторожность. По шкале ориентация на изменения, трудовые мигранты занимают серединное положение по отношению к риску-осторожности, но единодушны с резидентами в устремлённости в будущее, но более закрыты.

Сфера ориентации друг на друга, на взаимодействие выявило высокую схожесть групп. У трудовых мигрантов, резидентов молдаван превалирует толерантность, сердечность, уступчивость-соперничество выражены одинаково, т.е. ориентация на взаимодействие.

Сфера ориентации на власть выявило, что у трудовых мигрантов своеволие и дисциплинированность выражено одинаково, в отличие от резидентов, где значимо преобладает

дисциплинированность. По параметру законопослушность-анахия, у трудовых мигрантов ценностные ориентации выражены одинаково, в отличие от резидентов, у которых превалирует законопослушность. По параметру значимости авторитета у трудовых мигрантов и у резидентов превалирует недоверие к власти. По данной шкале мигранты занимают серединное положение.

Итак, сравнительный анализ ценностных ориентаций трудовых мигрантов и резидентов выявил тенденцию на индивидуализацию в ценностной сфере у трудовых мигрантов. Известный американский социальный психолог

Гарри К. Триандис отмечал что миграция, социальная мобильность, городская среда повышает уровень индивидуализма [9, 211]. А наши респонденты в основном работают вне Молдовы в мегаполисах, либо в больших городах.

Трудовые мигранты отличаются от резидентов следующими ценностными ориентациями: они большие нацелены на риск, меньшие ориентированы на запретительные стандарты общества, на подчинённость группе. И надо иметь ввиду, что сейчас уже эти взрослые начинают транслировать своим детям несколько иные культурные ценностные ориентации, а именно – с большей индивидуальной направленностью.

Таблица 2

Культурная близость к этносам

Признак общности с этносом:	Этнос						
	Млд	Рус	Укр	Гаг	Бол	Евр	Цыг
- общее место жительства	29	15	9	9	7	6	7
- общее историческое прошлое	24	23	10	3	2	4	1
- язык	28	17	3	0	0	0	0
- религия	29	21	12	0	3	0	0
- обычаи, обряды, традиции	28	9	7	0	1	0	0
- внешний вид	22	19	13	3	1	1	1
- поведение, черты характера	22	16	11	3	2	1	2
- что-то другое	5	3	3	3	1	1	0
По выборке:	187	123	68	21	17	13	11

Следующим этапом исследования было изучение культурной дистанции, которая выявляет значимые культурные маркеры для группы, и маркеры, сближающие их с другими этническими группами. Это представляет интерес, так как они не являются застывшими раз и навсегда, а значимость их меняется в зависимости от социальной ситуации. Как писал норвежский этнолог Ф. Барт, «в каждом конкретном случае

этнические границы поддерживаются с помощью ограниченного набора культурных признаков.» [3, 49]

Из таблицы 2 видно что наибольшая культурная близость у трудовых мигрантов происходит со своей группой. Значимыми маркерами являются: общее место жительства, язык, религия, обычаи, обряды. Наиболее близкой этнической группой по культурным маркерам являются русские.

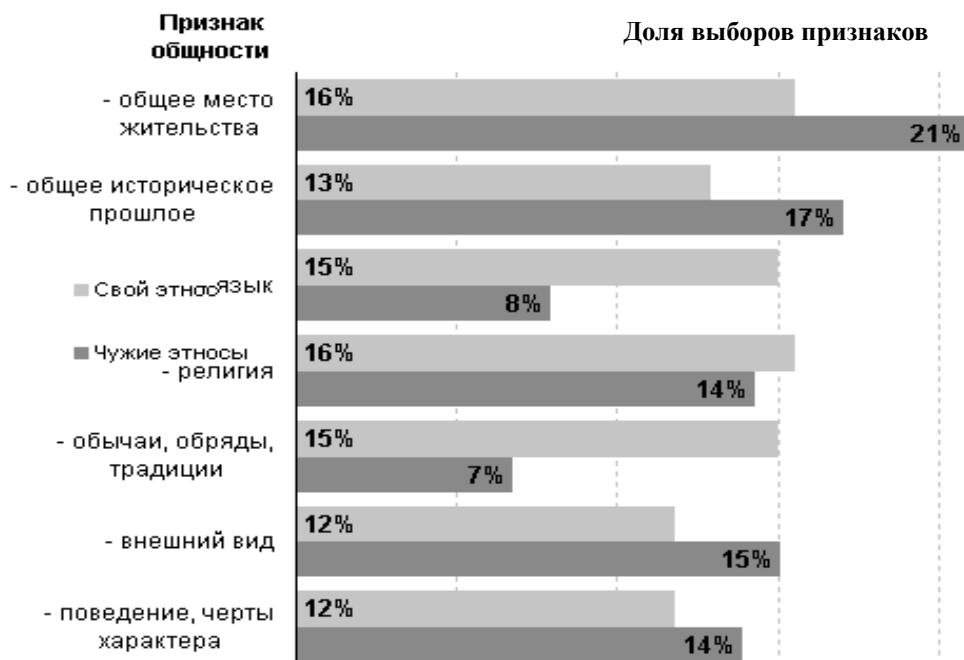


Рис.2 Сравнение важности признаков близости для своего и чужих этносов

Значимыми сближающими маркерами с группой русских являются – общее историческое прошлое, религия, внешний вид.

Следующей близкой группой является этническая группа – украинцы. С ними так же общими культурными маркерами являются – религия, внешний вид. Наиболее далёкими являются группы - евреи и цыгане.

Если сравнить культурную дистанцию молдаван трудовых мигрантов до других этносов, то мы можем видеть, что наиболее значимыми культурными маркерами являются – общее место жительства, общее историческое прошлое, внешний вид, религия, черты характера (рис.2). Аналогичные маркеры значимы и для резидентов, только они выражены более сильно (общее место жительство – 32%; религия – 22%).

Итак, у трудовых мигрантов, как и у резидентов, наиболее значимыми маркерами являются – общее историческое прошлое, язык, религия. Можно сказать, что сегодня это наиболее «чувствительные этнические зоны» в структуре этнической идентичности. С другими этносами их сближает общее место жительства, религия.

Важной составляющей этнической идентичности являются чувства, переживаемы относительно своей этнической принадлежности. Трудовые мигранты переживают относительно своей этнической принадлежности в своём большинстве гордость (17,1%), спокойную уверенность (29,3%). Однако у них, в сравнении с резидентами, больше негативных чувств. Так, обиду, стыд переживают - 14,6 %, унижение - 17,1%, вину - 4,9%.

Тогда как резиденты молдаване испытывают гордость – 41,3%, спокойную уверенность 37%, а негативные чувства обиду, стыд, вину – 13%. Итак, трудовые мигранты наряду с положительным эмоциональным переживанием относительно своей этнической принадлежности, испытывают и больше негативных, в сравнении с резидентами. Так как этническая идентичность это в первую очередь *переживание* своей этнической принадлежности, то можно говорить о *негативной трансформации этнической идентичности у трудовых мигрантов в эмоциональном плане*. Что может оказывать влияние на трансформацию этнической идентичности как в сторону «размытия» «маргинализации», так и в трансформации её в негативную. Хотелось бы особо отметить, что эмоциональная сфера является тем резервуаром, куда транслируются порой плохо осознаваемые переживания различных ситуаций, связанных со своей этнической принадлежностью. Нелегальное пребывание за рубежом, сложности лега-

лизации, выполнение непрестижных (чаще физических) работ и т.д могут порождать негативные переживания стыда, вины и т.д. Поэтому изучение эмоциональной сферы относительно своей этнической группы представляется актуальным и необходимым для глубинного понимания влияния трудовой миграции, которая у нас стабильно продолжает «омолаживаться».

Важным, для понимания феномена этнической идентичности является иерархия этнических предпочтений, т.е. понимание с кем сравнивают себя и каков этнический профиль предпочтений. «Цветовой тест отношений» даёт возможность выявить иерархию предпочтений на *интрапсихическом уровне*, максимально снизив социально желательные ответы (таб.3).

У трудовых мигрантов, как можно видеть из таблицы 3, декларируемый и реальный уровни не совпадают. На декларируемом уровне предпочтение отдаётся русским. На реальном уровне, делиться со своей группой. Разница выборов на реальном уровне между

Таблица 3

Иерархия этнических предпочтений

Этническая группа	Реальная		Декларируемая	
	сумма выборов	ранг	сумма выборов	ранг
Молдаване	17	1,5	24	2
Русские	17	1,5	25	1
Украинцы	13	3	17	3
Евреи	7	5,5	5	4
Болгары	5	7	5	4
Поляки	7	5,5	2	6,5
Гагаузы	10	4	2	6,5
Цыгани	2	8	0	8

Коэффициент ранговой корреляции Спирмана равен 0.80.

своей и русской группой минимальная, на бессознательном уровне эти группы делят первый ранг. Это, с нашей точки зрения, является результатом длительного пребывания в инокультурной среде, когда мотивация адаптации начинает оказывать трансформационное влияние на глубинные слои этнической идентичности. У резидентов молдаван, своя группа занимает первый ранг и на декларируемом уровне и на реальном. *Полученные результаты по иерархии этнических предпочтений и эмоциональной сфере трудовых мигрантов отражают трансформационные процессы этнической идентичности, которые идут пока латентно.*

Важной составляющей для понимания влияния трудовой миграции на этническую идентичность является изучение ценностей на уровне культуры. Мы отчасти этого коснулись данной сферы при изучении ценностей универсалии «индивидуализм-коллективизм».

Для изучения ценностей на уровне культуры нами был применён опросник Шварца. *Культура рассматривается Ш. Шварцем как широкий комплекс смыслов, убеждений, символов, норм и ценностей, доминирующих среди людей в обществе, на которые они ориентируются в повседневном поведении.* Ш. Шварц выявил три основных оси измерения ценностей культуры и определил семь ценностных ориентаций, проявляющихся в той или иной мере во всех странах мира.

1. *Автономия – Включённость.* Ось характеризует психологическую природу границ между индивидом и группой. В какой мере люди автономны или, наоборот включены в группы.

2. *Равенство–Иерархия.* Важней-

шая проблема общества – обеспечить ответственное социальное поведение, побуждать людей учитывать благополучие других и координировать с ними свои действия. Ценность «равенство» предполагает, что люди должны рассматривать других в качестве человеческих индивидов, морально равных и имеющих такие же базовые потребности. Ценность «иерархия» отражает иерархические системы предписанных ролей, которые обеспечивают ответственное поведение. Считается, что неравнное распределение власти, ролей и ресурсов логично и разумно.

3. *Гармония – Овладение.* Данная ценность характеризует то, как люди регулируют свои отношения с миром природы и социальным миром. Ценность «гармония» подчёркивает необходимость быть в ладу с другими людьми и физическим окружением. «Овладение» предполагает противоположный взгляд общества на данную проблему. Поощряется активно самоутверждение, направленное на овладение природным и социальным окружением [4,84-86]

Теория Шварца выделяет три bipolarных измерения культуры, представляющие альтернативные решения каждой из трёх проблем, с которыми сталкиваются общества: **Принадлежность** против **Автономии**, **Иерархия** против **Равноправия**, **Мастерство** против **Гармонии**. [6, 48-49]

Здесь мы хотели бы отметить чисто технический момент. Мы применяли методику Шварца, описанную в статье В.Н.Карандашева «Концепция ценностей культуры Ш.Шварца», поэтому и название мотивационных блоков дано в его переводе [4,.81]. Н.М.Лебедевой

Таблица 4

Блоки ценностей молдаван

Блоки ценностей	Молдаване	
	резиденты	мигранты
Включенность (Консерватизм)	4,06	4,23
Иерархия	2,72	3,10
Овладение (Мастерство)	3,96	4,18
Аффективная автономия	3,52	3,91
Интеллектуальная автономия	4,01	4,05
Равенство (Равноправие)	4,45	4,66
Гармония	4,61	4,43

и её сотрудниками, два мотивационных типа ценностей в методике Шварца переведены несколько иначе (но смысловая сторона тождественна). Так как исследования Н. М. Лебедевой для нас являются базовыми, мы в скобках даём её перевод трёх блоков ценностей - **Овладение (Мастерство)**, **Включенность (Консерватизм)**, **Равенство (Равноправие)**.

Обратимся к результатам эмпирического исследования молдаван трудовых мигрантов ценностной сферы на уровне культуры. У взрослых наиболее выражены ценности блоков **Включенность (Консерватизм)**, **Интеллектуальная автономия**, **Равенство (Равноправие)**, **Гармония** (таб.4.)

Статистически значимых различий между ценностями резидентов и мигрантов не обнаружено. Как можно видеть, для трудовых мигрантов и резидентов как значимы культурные ориентации *на группу (Включённость, Гармония)*, так и на *индивида (Автономия, Равенство, Овладение)*. Значимость ценностей **Включенность (Консерватизм)** вполне понятны для данной возрастной группы, как хранительницы социальных ролей в обществе.

Для молдаван мигрантов более значимы ценности **Автономии интеллектуальной**. В целом, можно сказать, что ценности резидентов и мигрантов по значимости и ценностному конструкту не отличаются.

По ценностной иерархии для трудовых мигрантов более значимы ценности равенства, включающие социальную справедливость, ответственность, честность, верность. Как можно видеть, проблема Справедливости, Социальной Ответственности особенно значима для трудовых мигрантов. Будучи в инокультурной среде, часто нелегально (по крайней мере, вначале, как было выявлено в наших интервью), им пришлось много претерпеть притеснений и несправедливости.

В целом, по ценностной сфере трудовых мигрантов молдаван, можно сказать, что для них значимы ценностные культурные ориентиры как на группу, так и на индивида. Иными словами, мигранты молдаване готовы к интенсивной работе (**Овладение (Мастерство)**), для них характерно вариативное видение мира (**Интеллектуальная автономия**), значима проблема справедливости (**Равенство (Равноправие)**)

и они готовы быть в ладу с людьми и физическим окружением. И можно только сожалеть, что такой потенциал реализует себя вне нашей страны.

Итак, изучение этнической идентичности трудовых мигрантов молдаван выявило направленность трансформационных процессов, а именно – тенденцию на индивидуализацию, дистанцирование от своей этнической группы, маргинализацию. Эти процессы идут пока латентно и не достигли того качественного «скакка», когда можно было бы говорить об ином типе этнической идентичности. Но в любом случае – эта социальная группа требует пристального изучения, так как она с одной стороны является транслятором социокультурных ценностей своим детям, а с другой составляет все увеличивающуюся, «омолаживающуюся» часть нашего поликультурного пространства, которая становится активным субъектом нашего социокультурного пространства.

Литература.

1. Caunenco I., Gashper L. The Formation of Ethnic Youth Identities and the Problem of Tolerance» // Internationalization, Cultural Difference and Migration. Challenges and Perspectives of Intercultural Education ./ Ed. Reinhard Golz. Transaction Publishers. New Brunswick (U. S. A.) and London (U.K.) LIT VERLAG Munster 2005. P. 35-41.
2. Caunenco I., Gaşper Lucia. Toleranţa etnică și particularităile socializării adolescenţilor la etapa contemporană. Familia: probleme sociale, demografice și psihologice. Red.responsabil: acad. Gh.Paladi, Chișinău, 2005, Pag. 120-197.
3. Барт Ф. Этническая группа и социальные границы. Социальная организация культурных различий. Сб. ст. под ред. Ф. Барта. М.2006.
4. Карапашев В. Н. Концепция ценностей культуры Ш. Шварца //Вопросы психологии, 2009.
5. Кауненко И. Формирование позитивной этнической идентичности – основа толерантности молодёжи Молдовы. Minoritățile naționale și relațiile interetnice. Coordonator: V. Moșneaga. Chișinău, 2002, p.81 -87.
6. Лебедева Н. М., Татарко А. Н. Культура как фактор общественного прогресса. Москва, 2009.
7. Солдатова Г. У. Психология межэтнической напряжённости. М.: Смысл, 1998.
8. Стефаненко Т. Г. Этническое самосознание, этничность, этническая идентичность – соотношение и содержание понятий. // Теоретические проблемы этнической и кросс-культурной психологии: Материалы Международной научной конференции 29-30 мая 2008 г. т. 2 /отв.ред. В. В. Гриценко. – Смоленск:Универсум, 2008 С.172-181.
9. Триандис Г. Культура и социальное поведение. М., 2007.
10. Шихирев П. Н. Межнациональные отношения как объект социально-психологического исследования //Социально-психологические исследования межнациональных отношений (Сборник научных трудов). М., Институт Психологии РАН, 1993.

CERCETĂRI, SONDAJE, RECOMANDĂRI

STUDIU EXPERIMENTAL ASUPRA RELAȚIEI DINTRE STIMA DE SINE ȘI AUTONOMIA FAȚĂ DE PARTENERUL DE CUPLU

Angela VERDES

Termeni-chie: stima de sine, autonomie, cuplu , partener de cuplu, relații echilibrate, respect, încredere, coabitare în concubinaj, căsătorie.

Summary

This article aims to study the relationship between self-esteem and partner autonomy in couple. Couples in cohabiting relationships have higher level of self-esteem, than married couples, and married couples show more self-determination, expected more positive attitude from others, conflict less because of partner autonomy and because of jealousy.

Men, who have formed cohabiting relationships have a greater degree of autonomy, U unlike women in the same experimental group. Older people (25-32) are more self-determined with higher self-esteem, are more sympathetic and less so because of jealousy conflicts as well as autonomy and dominance partner because unlike younger people (18-21).

As a general result of research, we determined that persons with high level of self-esteem, have high level of partner autonomy to the couple.

Pe măsură ce societatea devine tot mai tehnologizată, nu putem să nu simțim că mediul în care trăim este tot mai puțin personal. E natural să căutăm relații calde și personale care să compenseze acest lucru. Un vast domeniu de cercetare a atestat că încercăm să ne împlinim nevoile noastre de incluziune, control și afecțiune prin intermediul relațiilor. O stimă de sine sănătoasă stă la baza unei relații echilibrate. E mult mai ușor ca cineva să te placă atunci când tu te placi.

Orice persoană pentru a-și construi o relație intimă propriu-zisă trebuie să posede o stimă de sine cel puțin de nivel mediu. Autonomia în cuplu se bazează pe respect și încredere. Atașarea sănătoasă înseamnă a apartine cuiva și în același timp a ne păstra autonomia, a ne implica într-o relație respectând nevoile celuilalt, dar ținând cont și de nevoile noastre.

În această ordine de idei, am considerat oportun de a studia relația dintre stima de sine și autonomia față de partenerul de cuplu.

Ipoteza cercetării: am presupus că persoanele cu stima de sine pozitivă, la nivel ridicat au un nivel mai înalt al autonomiei față de partenerul de cuplu.

Eșantionul de cercetare a fost constituit din **30 de cupluri**, dintre care un lot de **15 cupluri erau căsătoriți**, iar alt lot de **15 cupluri trăiau în concubinaj**. Participanții la studiu aveau vârstă cuprinsă între 18-32 de ani, iar vechimea relației lor constituia de la 1 la 5 ani.

Pentru realizarea investigațiilor propuse am ales o serie de probe care să studieze variabilele supuse cercetării: Chestionarul „Scala stimei de sine” (Rosenberg), Testul-chestionar de evaluare a atitudinii față de sine a lui Stolin B.B.,

Scala de autodeterminare (The Self-Determination Scale (SDS) și Chestionarul „Caracterul interacțiunii partenerilor în situația de conflict”.

Nivelul stimei de sine al participanților la studiu a fost determinată cu ajutorul ***Scalei stimei de sine*** a lui Rosenberg. Rezultatele obținute în urma aplicării acestei scale sunt prezentate în continuare.

Majoritatea participanților la experiment aveau un nivel mediu al stimei de sine. Nici unul dintre ei nu avea stima de sine scăzută. Prezintă interes faptul că printre persoanele cu stima de sine înaltă erau mai mulți bărbați căsătoriți (27%) și mai multe femei ce concubinează (27%).

Potrivit rezultatelor obținute, am putea conchide că o căsătorie reușită ar putea fi factorul ce alimentează stima de sine a bărbaților, iar în cazul femeilor stima de sine se alimentează din conștiința faptului că mai poate fi cucerită.

Majoritatea subiecților experimentalni au obținut valori corespunzătoare unui nivel înalt al sentimentului integral al propriului Eu, ponderea deținând-o bărbații în relație de concubinaj (67%) și femeile căsătorite (60%).

Printre cei care aveau un nivel scăzut al sentimentului integral al eului întâiaetatea apartinea femeilor implicate în relație de concubinaj (20%).

Ca și la scala stimei de sine, la variabila „respectul de sine” a chestionarului de evaluare a atitudinii de sine ponderea celor cu nivel înalt au deținut-o bărbații căsătoriți (47%) și femeile în relație de concubinaj (40%), circa 2/5 dintre participanți aveau un nivel scăzut al respectului de sine. Nivel mediu au prezentat preponderent femeile căsătorite (47%) și bărbații în relație de concubinaj (40%).

Aproape jumătate de participanți au luat valori medii la scala autosimpatia. Printre ei prevaleau bărbații în relație de concubinaj (60%) și femeile în relație de concubinaj (53%). Femeile căsătorite s-au dovedit a fi cele mai numeroase (27%) printre cei care au obținut valori joase, iar bărbații căsătoriți erau cei mai numerosi (47%) printre cei care aveau valori înalte.

Mai mult de jumătate de participanți la studiu aveau așteptări reduse în ceea ce privește atitudinea pozitivă din partea celorlalți, această atitudine conta într-o măsură mai mare pentru 13% bărbați în relație de concubinaj și 7% femei în relație de concubinaj. Una dintre explicații ar putea consta în faptul că cuplurile căsătorite trăiesc deja starea „de a fi în rând cu lumea”, respectiv au mai puțin nevoie de aprobarea celor din jur, lucru ce poate fi destul de important pentru cuplurile ce sunt în relație de concubinaj.

Dacă interesul față de sine al bărbaților, indiferent de genul relației, era destul de înalt (la 47% dintre bărbații căsătoriți și 53% bărbați în relație de concubinaj), interesul femeilor față de sine era unul mai degrabă scăzut (40% femei căsătorite și 53% femei în relație de concubinaj).

În continuare prezentăm montajele despre unele acțiuni interioare în raport cu propriul Eu al participanților.

În cuplurile căsătorite predomină femeile cu nivel jos al încrederii în sine (67%) și bărbații cu nivel jos (47%). În cuplurile în relație de concubinaj majoritatea bărbaților (53%) au nivel mediu al încrederii în sine și peste 1/3 – nivel înalt. În cazul femeilor în relație de concubinaj mai mult de jumătate au nivel înalt al încrederii în sine. Menționăm, totuși, că 2/5 dintre ele au nivel jos al încrederii în sine.

Participanții la studiu în mare parte prezintau montaje reduse în raport cu atitudinea altora, remarcăm că bărbații sunt acei pentru care părerea altora contează mai mult: 33% bărbați căsătoriți și 27% necăsătoriți atribuie o importanță destul de mare atitudinii celor din jur.

Sunt mai mult orientați spre acceptarea de sine cuplurile în relație de concubinaj: 80% femei și 66% bărbați.

Mai mult de jumătate dintre femeile căsătorite (53%) au montaje reduse în ceea ce privește autoacceptarea, iar aproape jumătate dintre bărbații căsătoriți (47%) au obținut valori medii la această scală.

Cele mai slabe montaje în raport cu autogestionarea le-au avut majoritatea (60%) femeilor în relație de concubinaj și 40% femei căsătorite. Bărbații căsătoriți au obținut preponderent valori medii (60%), iar cei necăsătoriți – valori înalte (47%) și medii (33%).

Tendința de a se autoacuza este redusă la majoritatea femeilor căsătorite (60%) și bărbaților căsătoriți (60%).

În cuplurile în relație de concubinaj situația se polarizează: bărbații se autoacuza mai puțin (nivel jos – 40%), iar femeile recurg mai frecvent la autoacuzare (60% - nivel înalt).

La această scală remarcăm o polarizare aproape identică în ambele tipuri de cupluri. Majoritatea participanților (53-60%) au montaje reduse în ceea ce privește interesul față de sine. Este, totuși, impunător și numărul (40-47%) celor ce manifestă interes sporit față de sine însuși.

Mai mult de 1/3 dintre participanți manifestă tendință evidentă de a se înțelege pe sine însuși, femeile necăsătorite fiind cele mai numeroase (53%). Mai puțin sunt orientați spre înțelegerea propriei

persoane 47% bărbați necăsătoriți.

Corelarea rezultatelor obținute la testul dat pune în evidență faptul că „sentimentul integral al Eului” corelează puternic semnificativ cu: „respectul de sine” ($r = 0,659$, la $p = 0,01$), „autosimpatia” ($r = 0,561$, la $p = 0,01$), „așteptarea atitudinii pozitive” ($r = 0,498$, la $p = 0,01$), „interes față de sine” ($r = 0,585$, la $p = 0,01$), „încredere în sine” ($r = 0,538$, la $p = 0,01$), „autoacceptare” ($r = 0,343$, la $p = 0,01$), „autogestionare” ($r = 0,299$, la $p = 0,05$), „autoacuzare” ($r = -0,335$, la $p = 0,01$).

Deci, persoanele care posedă un sentiment integral al Eului sunt cele ce se respectă pe sine, manifestă simpatie față de propia persoană, așteaptă de la alții o atitudine pozitivă, aprecieri pozitive, manifestă interes față de sine însuși, de ceea ce reprezintă, față de propriile nevoi și dorințe, au încredere în forțele proprii, mizează pe capacitatea lor de a se descurca în diverse situații, își acceptă personalitatea – calitățile și defectele în ansamblu, sunt capabile de autogestionare, pot trasa scopuri personale, stabili prioritățile și răreori manifestă tendințe de autoacuzare.

Gradul în care participanții la studiu acționează într-un mod autonom a fost pus în evidență de rezultatele obținute la testul ***Scala de autodeterminare***.

În timp ce a câte 60% de femei căsătorite, femei necăsătorite și bărbați necăsătoriți acționează moderat în mod autonom, bărbații căsătoriți (47%) au preponderent un grad mai înalt al autonomiei. Totuși, printre ei este cel mai mare număr (20%) ce dău dovedă de nivel scăzut al autodeterminării. Remarcăm că în această categorie nu s-a inclus nici un bărbat necăsătorit.

Prin corelarea rezultatelor obținute la

testul ***Scala de autodeterminare*** și la ***testul-chestionar de evaluare a atitudinii față de sine (Stolin B.B.)***, am determinat că „autodeterminarea” este în strânsă legătură cu: „respectul de sine” ($r = 0,308$, la $p = 0,01$) și „autointeresul” ($r = 0,308$, la $p = 0,01$).

Deci, autodeterminarea, sau gradul în care individul acționează autonom este în strânsă concordanță cu respectul de sine și autointeresul, ceea ce înseamnă că o persoană capabilă să acționeze de sine stătător este acea care are încredere în capacitatea proprie de a gândi, a înțelege, a învăța, a alege și a lua hotărâri, are încredere în capacitatea sa de a înțelege faptele reale ce intră în sfera intereselor și nevoilor proprii, are considerație față de sine, este sigură de valoarea proprie, are o atitudine încrezătoare față de dreptul de a trăi și a fi fericită, se caracterizează prin ușurința de a-și declara gândurile, dorințele și nevoile, manifestă interes față de tot ce ține de propria persoană, față de gândurile și trăirile proprii, față de comportamentele sale în situațiile în care se găsește.

Rezultatele obținute la chestionarul „***Caracterul interacțiunii partenerilor în situație de conflict***” ne-au permis să identificăm sferele relațiilor în cuplu în care predomină conflictele.

Majoritatea participanților consideră că neînțelegările legate de rude sau prietenii sunt prezente în relația de cuplu, totuși ele nu sunt foarte frecvente. Acest gen de conflicte este mai frecvent întâlnit în cuplurile în relație de concubinaj (40% femei și 33% bărbați) decât în cuplurile căsătorite (20% femei și 27% bărbați). Menționăm că anume femeile în relația de concubinaj par preocupate cel mai mult de problemele în relațiile cu rudele și prietenii.

Problemele legate de educația copiilor sunt prioritare pentru 67% femei căsătorite, iar 60% femei în relație de concubinaj consideră că frecvența lor este relativă în relația de cuplu pe care o au. Indiferent de statutul civil al bărbaților, ei dau mai puțină importanță conflictelor pe marginea problemelor de educație a copiilor.

Cele mai preocupate de tendința către autonomie a partenerului sunt femeile în relație de concubinaj (33%), acest fapt îi deranjează și pe mai mult de 1/5 bărbați în relație de concubinaj. Par a fi mulțumiți de capacitatea soților de a fi autonome, a întreprinde acțiuni de sine stătător 20% de bărbați căsătoriți. Merită de accentuat că în cupluri, atât în cele căsătorite, cât și în cele în concubinaj, autonomia partenerului pentru majoritatea oamenilor poate deveni supărătoare.

Încălcarea așteptărilor de rol servește drept motiv pentru conflicte pentru majoritatea participanților, totodată circa 2/3 dintre ei consideră că conflictele din acest motiv sunt moderate.

Menționăm că frustrările apărute ca rezultat al nerealizării așteptărilor de rol sunt cauza unor frecvente conflicte pentru 1/5 dintre femei, indiferent de starea lor civilă. Situația este diferită la bărbați: cei necăsătoriți sunt mai frecvent (27%) frustrați decât cei căsătoriți (7%) din cauza încălcării așteptărilor de rol.

Cei mai toleranți față de divergențe în normele comportamentale sunt bărbații căsătoriți, 1/3 dintre ei consideră că în cuplurile lor lipsesc astfel de conflicte.

Femeile (33% căsătorite și 33% necăsătorite) sunt cele care consideră că incongruența normelor de conduită frecvent devine obiectul certurilor în cuplu. Totuși, în linii generale, acest subiect este relativ

rar abordat de către majoritatea participanților la studiu.

Pentru 60% de cupluri căsătorite și 67% cupluri în relație de concubinaj tendința celuilalt partener de a domina în cuplu poate fi motiv pentru ceartă. Manifestarea dominării unui partener devine o problemă priorităță în special pentru 27% bărbați, pe când 20% femei pretind că acest subiect nu stă la baza conflictelor în cuplu.

Conflictelor ce au ca obiect gelozia sunt deranjante mai frecvent pentru 53% din femeile căsătorite și 46% de bărbați necăsătoriți. Manifestarea geloziei poate duce moderat la apariția conflictelor - conform opiniei a 73% bărbaților căsătoriți și 60% femei în relație de concubinaj.

Menționăm că tot bărbații (27% necăsătoriți și 20% căsătoriți) sunt acei care consideră că în cuplurile lor lipsesc conflictele pe marginea manifestării geloziei.

Atitudinea diferită față de bani și modul de gestionare a lor devine obiectul conflictelor intense pentru 40% femei căsătorite și 33% bărbați în relație de concubinaj. Majoritatea (87%) femeilor în relația de concubinaj sunt de părere că acest subiect provoacă moderat neînțelegeri între parteneri.

Menționăm că în unele cupluri (13-20%) în relație de concubinaj banii nu sunt sursa conflictelor dintre parteneri.

Compararea rezultatelor obținute la testul dat a scos în evidență următoarele corelații semnificative:

- În cuplurile în care sunt frecvente conflictele din cauza autonomiei partenerului sunt frecvente și problemele cu rudele și prietenii ($r = 0,350$, $la\ p = 0,01$) și conflictele din cauza problemelor legate de educația copiilor ($r = 0,307$, $la\ p = 0,05$), și conflictele pe motiv de gelozie

($r = 0,255$, $la\ p = 0,05$);

- În cuplurile în care sunt frecvente conflictele din cauza dominării unui partener sunt frecvente și conflictele din cauza încalcării așteptărilor de rol ($r = 0,293$, $la\ p = 0,05$) și cele apărute din cauza problemelor legate de educația copiilor ($r = 0,380$, $la\ p = 0,01$).

În prelucrarea statistică a datelor am aplicat testul U Mann-Whitney pentru determinarea diferențelor între grupurile formate în baza diverselor criterii:

- ❖ Am comparat rezultatele cuplurilor căsătorite și ale celor în relație de concubinaj. Chiar dacă cuplurile în relație de concubinaj în raport cu cuplurile căsătorite au o stîmă de sine mai ridicată (media concubinaj – 30,16, media căsătoriți – 28,5), un sentiment integral al Eului mai înalt (valorile medii pe grupuri sunt 17,36 și 16,86), se simpatizează pe sine mai mult (9,6 și 9,2), sunt mai frecvente conflictele din cauza dominării unui partener (media concubinaj -0,6, media căsătoriți -0,33), iar cuplurile căsătorite manifestă mai multă autodeterminare (33,26 și 32,76), așteaptă mai mult o atitudine pozitivă din partea celorlalți (8,9 și 8,7), au mai rar conflicte din cauza autonomiei partenerului (media căsătoriți -0,16, media concubinaj -0,9) și mai mult din cauza geloziei (media căsătoriți -0,66, media concubinaj e de -0,36), totuși aceste diferențe nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

- ❖ Am comparat rezultatele femeilor căsătorite și bărbaților căsătoriți. Bărbații se stimează mai mult (mediile: 29 și 27,9), au un grad mai mare de autonomie (33,7 și 32,8), manifestă mai multă simpatie față de ei însăși (9,7 și 8,8) mai rar conflicte din cauza autonomiei partene-

rului (0,26 și -0,6) și a geloziei (0,46 și -1,8). Diferențele, însă nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

❖ Am comparat rezultatele femeilor în relație de concubinaj și bărbaților în relație de concubinaj. Bărbații au un grad mai mare de autonomie (33,7 și 31,8), un sentiment integral al Eului mai înalt (17,86 și 16,86), se ceartă mai mult din cauza autonomiei partenerului (-1,13 și -0,66), din cauza dominării unuia dintre parteneri (-1,0 și -0,2) și din cauza geloziei (-0,53 și -0,2). Diferențele însă nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

❖ Am comparat rezultatele cuplurilor ce sunt în relație de 1 an cu rezultatele cuplurilor ce sunt în relație de 4-5 ani. Cei cu o experiență mai mare de viață în cuplu sunt mai autodeterminați (mediile: 34,37 și 31,83), cu o stimă de sine mai înaltă (8,3 și 7,5), au mai rar conflicte din cauza dominării unui partener (-0,37 și -0,75), dar mai mult din cauza geloziei (-2,12 și 0,79). Diferențele însă nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

❖ Am comparat rezultatele persoanelor de 18-21 ani cu cele ale persoanelor de 25-32 ani. Cele mai în vîrstă sunt mai autodeterminate (33,65 și 30), cu stimă de sine mai ridicată (8,7 și 7), se simpatizează mai mult (10 și 9,3) și au mai rar conflicte atât pe motiv de gelozie (-0,45 și -0,85), cât și din cauza autonomiei (-0,5 și -0,78) și dominării partenerului (-0,4 și -0,78). Diferențele însă nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

❖ Diferențe semnificative am constatat între persoanele cu nivel diferit al stimei de sine. Cele cu stimă de sine mai ridicată au un grad mai înalt de autonomie ($U= 87,5$, la $p=0,01$, mediile: 38,2 și 32), un sentiment integral al Eului mai

înalt ($U= 76,5$, la $p=0,01$, mediile: 20,89 și 16,45), sunt în aşteptarea unei atitudini pozitive din partea celorlalți ($U= 132,5$, la $p=0,05$, mediile: 9,88 și 8,6). Acest fapt vine să confirme ipoteza precum că „*Persoanele cu stimă de sine ridicată au un nivel mai înalt al autonomiei față de partenerul de cuplu*”.

Studiul experimental realizat ne-a permis să tragem un sir de concluzii pe care le vom expune în continuare.

Cuplurile ce au format relație de concubinaj în raport cu cuplurile căsătorite au o stimă de sine mai ridicată, un sentiment integral al Eului mai înalt, se simpatizează pe sine mai mult, au mai frecvent conflicte din cauza dominării unui partener, iar cuplurile căsătorite manifestă mai multă autodeterminare, așteaptă mai mult o atitudine pozitivă din partea celorlalți, au mai puține conflicte din cauza autonomiei partenerului și mai multe din cauza geloziei.

Atât bărbații căsătoriți, cât și cei ce coabitează în concubinaj se stimează mai mult, au un grad mai mare de autonomie, manifestă mai multă simpatie față de ei însiși și mai puțin se ceartă din cauza autonomiei partenerului și a geloziei în comparație cu femeile incluse în studiul nostru.

Bărbații ce au format relații de concubinaj au un grad mai mare de autonomie, un sentiment integral al Eului mai înalt, au mai des conflicte din cauza autonomiei partenerului, din cauza dominării unuia dintre parteneri și din cauza geloziei, spre deosebire de femeile din același grup experimental.

La compararea rezultatelor cuplurilor ce sunt în relație de 1 an și a cuplurilor ce sunt în relație de 4-5 ani am determinat

că cei cu o experiență mai mare de viață în cuplu sunt mai autodeterminați, cu o stimă de sine mai înaltă, se ceartă mai puțin din cauza dominării unui partener, dar mai mult din cauza geloziei.

În ceea ce privește compararea rezultatelor persoanelor de 18-21 ani cu cele ale persoanelor de 25-32 ani, putem afirma că persoanele mai în vîrstă sunt mai autodeterminate, cu stimă de sine mai înaltă, se simpatizează mai mult și mai puțin au conflicte atât pe motiv de gelozie, cât și din cauza autonomiei și dominării partenerului, spre deosebire de persoanle mai tinere.

Am constatat că persoanele cu stima de sine mai ridicată au un grad mai înalt de autonomie, un sentiment integral al Eului mai înalt, sunt în aşteptarea unei atitudini pozitive din partea celorlalți. Acest fapt vine să confirme ipoteza precum că „Persoanele cu stimă de sine ridicată au un nivel mai înalt al autonomiei față de partenerul de cuplu”.

Bibliografie

1. Balan, Georgel., (2007). *Iubirea interzisă*. Chișinău, p. 15
2. Baran Petrescu, Adina., (1996). *Familia azi o perspectivă sociopedagogică*. București, 176 p.
3. Bărbulecu, Petre., Ștefan, Costi, (1970). *Tineretul și familia*. Editura Politică, București 420 p.
4. Dobson, J., (1994). *Armonia familiiei*. Timișoara, p. 90.
5. Mitrofan, Ioana și Mitrofan, Nicolaie., (1991), *Familia de la A la Z*. Editura Științifică, București 110 p.
6. Mitrofan, Ioana., (1996). *Elemente de psihologie ale cuplului*. București 253 p.
7. Mitrofan, Ioana., Cristian Ciupercă., (1997). *Psihologia relațiilor dintre sexe*. Editura Alternative, București, p. 368.
8. Voinea, Maria., (1996). *Psihologia familiei*. Editura Universității, București, p. 94.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАЧНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ

Людмила АНЦИБОР

Ключевые слова: Семейная жизнь, семейная этика, чувство самоуважения, жизненные потребности, потребности другого, чувство одиночества, удовлетворенность браком.

Abstract

Conform datelor cercetărilor efectuate de noi, nivelul de satisfacție de la relațiile intrafamiliale depinde de poziția vitală a partenerilor. Machiavellismul personalității are o influență negativă asupra calității relațiilor familiale. Alți factori care influențează relațiile sunt calitățile empatice ale personalității, precum și capacitatea partenerilor de a face față situațiilor de viață dificile.

Summary

According to the research promoted, the level of satisfaction by intra-familial relations depends of the position of vital partners. Machiavellismul personality has a negative influence on the quality of family relationships. Other factors that influence relationships are empathetic qualities of personality and ability of partners to cope with difficult life.

Одной из важнейших общественных ценностей, безусловно, считается семья. Удовлетворенность браком является основным параметром, характеризующим супружеские отношения. «Удовлетворенность, – пишет М. Аргайт, – это в известной мере спокойная рефлексивная оценка прошлого и настоящего положения дел» [1].

Значимое место в семейной жизни занимают удовлетворение эмоционально-психологических потребностей, которые включают в себя потребность любить и быть любимым, потребность в осознании значимости и ценности своей личности, потребность в понимании и в психологической поддержке, а также потребность в интимно-доверительном общении. Анализ человеческих взаимоотношений показывает, что в структуре личности самым бо-

лезненным и уязвимым является чувство самоуважения. Можно утверждать, что устойчивость брака и удовлетворенность семейной жизнью зависят от того, как супруги относятся друг к другу, как поддерживаются и сохраняется чувство собственного достоинства на достаточно высоком уровне. Брак стабилен лишь в том случае, когда супружеское общение несет в себе положительный эмоциональный заряд, когда ни один из супругов не испытывает чувства отчуждения и психического одиночества [8]. Однако увидеть и понять внутренний мир другого человека «нельзя, делая его объектом безучастного и нейтрального анализа, – пишет М. М. Бахтин, – нельзя овладеть им и путем слияния с ним, вчувствования в него. Нет, к нему можно подойти и его можно раскрыть – точнее, заставить

его самого раскрыться – лишь путем общения с ним, диалогически»[2].

Вступая в семейные отношения, партнерам необходимо перестраиваться, изменять привычный образ жизни, учитывая потребности другого человека (партнера). Отсутствие осмыслинности всей сложности семейных отношений, несформированность ответственного отношения к данному феномену приводит индивида к столкновению с многочисленными проблемами в семейном взаимодействии и к ослаблению устойчивости брака.

По мнению В. В. Бойко, устойчивость брака – имеет объективную и субъективную составляющие. Объективная сторона прочности брака зависит от вероятности развода. Субъективная сторона характеристики брака – включает в себя *удовлетворенность супружескими отношениями*, установку супругов на сохранение семьи. Показателями субъективной стороны устойчивости брака может служить оценка его прочности, которую дают сами партнеры [4; с.24].

В своем исследовании Валлерстайн предложил следующее определение «счастливого брака»: оба супруга разделяли точку зрения, что ими была найдена или достигнута «золотая середина» или особый «универсальный баланс» в индивидуальных потребностях, желаниях и ожиданиях, баланс, который они считают уникальным и, вероятно, незаменимым [5]. Это ощущение золотой середины, достигаемое совместными усилиями, творчески создается и развивается бесконечное количество раз самой супружеской парой в процессе подвижного, постоянно изменяющегося взаимодействия внутри семьи.

Баланс зиждется на реальностях настоящего и прошлого как внутри семьи, так и в социальной среде окружающей её. Он также создается за счет способности к эмоциональному созреванию, росту уровня сознания личности, а также способности все глубже понимать своего партнера и умение проявлять чувство к партнеру. В целом, удовлетворенность этими отношениями зависит от того, в какой мере супруги испытывают чувства радости и удовольствия от совместной жизни, которая во многом зависит от того, как людиправляются с трудными жизненными ситуациями, какой стиль взаимоотношений является в данной семье доминирующим.

В психологической литературе «трудная жизненная ситуация» определяется как ситуация, в которой в результате внешних воздействий или внутренних изменений происходит нарушение адаптации человека к жизни, в результате чего он не в состоянии удовлетворить свои основные жизненные потребности посредством моделей и способов деятельности, выработанных в предыдущие периоды жизни» [8].

Совладание с жизненными трудностями есть, как отмечает Р. Лазарус, постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающиеся его испытанию или превышающие его ресурсы» [10]. Задача с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, вытерпеть их.

Совладающее поведение опреде-

ляется как целенаправленное социальное поведение, позволяющее субъекту справиться с трудной жизненной ситуацией способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, – через осознанные стратегии действий [6]. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование поддающейся контролю ситуации, или же приспособление, если ситуация не поддается контролю. При таком понимании совладающее поведение важно для социальной адаптации здоровых людей. Стили и стратегии совладания рассматриваются как отдельные элементы сознательного социального поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями. Изменение поведения предполагает: оценку значимости изменений (когнитивная составляющая); оценку собственного отношения к изменениям и его последствиям (эмоциональная); и формирование определенного типа поведения.

Отсутствие или минимализация удовлетворенности в какой либо из потребностей, которые важны для супругов, создавших семью, ведет к отрицательным последствиям и может быть определена как трудная жизненная ситуация. Как показали исследования, наиболее конфликтогенным и влияющим на удовлетворенность супружескими отношениями являются систематические нарушения семейной этики в общении между супругами [7; с.47].

Игнорирование этических норм в семейном взаимодействии, по сути, нарушение прав и свобод супруга, есть восприятие партнера как «объекта» с которым, для достижения удовлетворения своих потребностей, необходимы

что-нибудь делать. Обращения с супругом как с объектом в открытой форме приводят к прогнозируемо нежелательным последствиям, например, сопротивление, конфликт и распад семьи, поэтому выбирается другая стратегия – скрытое воздействие. Этот способ воздействия, называемый манипуляцией, закрепляется в поведении супруга-манипулятора и со временем переходит в черту личности, называемую макиавеллизмом.

Макиавеллизм как психологическая черта личности проявляется в жизни человека как триада факторов: циничное отношение к другим людям как к средству, инструменту, с помощью которого достигается нужный результат; игнорирование морали, социальных норм мешающих достижению цели; и использование манипулятивных техник в процессе взаимодействия с другими людьми, с целью достижения личной выгоды для себя. Макиавеллист отвергает нравственные категории сострадание, милосердие, которые столь необходимы в семейной жизни, он не верит в самостоятельность и альтруизм других людей, считает их слабовольными и зависимыми. Поэтому наличие, хоть бы у одного из супругов макиавеллистских установок, несовместимы с чувством удовлетворения семейными отношениями у другого партнера.

Готтманом и др. был проведен целый ряд исследований брака, включая психологические и психофизиологические исследования многих сотен супружеских пар. Основной тезис этих работ можно сформулировать следующим образом: ключевым фактором, влияющим на стабильность брака, является баланс между позитивным

и негативным стилями в решении семейных конфликтов. Исследователи отмечают, что некоторые стили решения конфликтов («подтверждающий», «легко меняющийся» и «избегающий конфликтных ситуаций») коррелируют со стабильными браками, в то время как «активно враждебный» и «отчужденно неприязненный» разрушают стабильность и приводят к разводу. Они так же выявили, что на стабильность брака или его разрушение влияют различные стили выражения и разрешения конфликта, связанные с гендерными различиями [5]. Во-первых, на поведение участников конфликта оказывают влияние гендерные стереотипы, на основе которых строятся представления участников конфликта друг о друге, и в ожидании соответствующего поведения; во-вторых, некоторые свойства личности и гендерные различия социального поведения.

Обычно мужчинам приписывается большая агрессивность, ассертивность, конкурентность, доминантность, а женщинам – большая эмоциональность и меньшая агрессия, кооперативное поведение, подчиненность. Однако строгие научные исследования далеко не всегда подтверждают существующие стереотипы. Например, если мужчины превосходят женщин по проявлению прямой физической агрессии, то женщины – по скрытой вербальной агрессии. Вряд ли эти данные можно интерпретировать как большую агрессивность, провоцирующую конфликты у какого-то одного пола: скрытая агрессия может быть в такой же степени конфликтогенной, как и явная.

Также в исследованиях было установлено превосходство мужчин над

женщинами по доминантности и ассертивности, девочки и женщины, тем не менее, не являются более «подчиненным» полом, проявляя контрдоминантность [3]. Такое сочетание личностных черт у мужчин и женщин может вести к межполовым конфликтам, которые отрицательно сказываются на качестве брака и проявления чувства удовлетворенности брачными отношениями.

Мальчики и девочки прибегают к разным манипулятивным стратегиям (макиавеллизм): первые используют прямое принуждение по отношению к другим детям, а последние действуют более тонко. Взрослые мужчины – большие макиавеллисты, чем женщины [3]. Эти половые различия также могут вызывать конфликты между тем, кто манипулирует, и тем, на кого направлено манипулятивное влияние.

Таким образом, можно предположить, что макиавеллизм личности, как установка на манипулирование, низкий уровень развития эмпатических способностей и отсутствие умения совладать с трудными жизненными ситуациями, являются помехой на пути к установлению гармонических отношений между супружами.

Целью данного исследования стало изучение внутриличностных особенностей и межличностных факторов взаимодействия, оказывающие влияние на субъективное чувство удовлетворенности супружескими отношениями.

В исследовании принимали участие супружеские пары с брачным стажем от **3 до 7 лет**, в возрасте от **24 до 36 лет**. Всего в эксперименте приняло участие **120 человека** (60 пар). Для исследования были использованы: опросник удовлетворенности браком Столина,

шкала MAK-4 (Р. Кристи и Ф. Гейса, в апробации Знакова), опросник способов совладания (адаптация методики WCQ), методика Панкратова «Способны ли Вы решать свои проблемы?», опросник А. Меграбяна, диагностирующего «субъективный» и «объективный» показатели уровня развития эмпатии.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что существует обратная зависимость ($r=-0.75$; $p=0,01$) между макиавеллизмом личности (Мак-шкала-4) и уровнем удовлетворенности супружескими отношениями (опросник удовлетворенности браком), чем больше в структуре характера личности проявляется такая черта личности, как макиавеллизм, тем в меньшей степени партнеры удовлетворены качеством семейной жизни.

Тестирование совладания с трудными жизненными ситуациями (опросник способов совладания) показало, что макиавеллисты отдают предпочтение конфронтационному копингу ($r=0,307$), т.е. в сложной жизненной ситуации они чаще, чем немакиавеллисты принимают агрессивные усилия по изменению ситуации, выражают определенную степень враждебности по отношению к партнеру и готовы рисковать. Исследование также показало, что чем выше Мак-фактор, тем в меньшей степени личность признает свою роль в появлении проблемы, с сопутствующей ей попыткой решения этой проблемы, т.е. тем реже она использует стратегию «принятие ответственности» ($r=-0,392$). Результаты тестирования по методике Панкратова показали, что коэффициент корреляции между Мак-фактором и «умением решать свои проблемы» указывает на

слабую обратную связь ($r=-0,204$). Среди макиавеллистов чаще встречаются личности, которые «выплескивают проблемы и неприятности на других». Они в некоторой степени еще не научились владеть собой и им в большей степени необходимо сочувствие, в то время как сами они при вступлении в контакт с другими склонны держаться эмоционально отчужденно. Социальная отстраненность является основной характеристикой подобных людей. Кристи и Гейс называли высокий уровень макиавеллизма «синдромом эмоциональной холодности» [11].

Как показало исследование, макиавеллисты в большей степени владеют, и способны регулировать своими чувствами и действиями ($r=0,203$; $p=0,05$; шкала 3), но при этом они прилагают меньше усилий по созданию положительного значения трудной ситуации, с фокусированием проблемы на росте собственной личности ($r=-0,208$; $p=0,05$; шк.8) и реже обращаются за помощью к другим ($r=-0,078$; шк. 4), а также они избегают ситуаций, которые приносят им определенные сложности ($r=0,026$; шк.6).

Результаты тестирования при помощи Опросника А. Меграбяна, свидетельствуют о том, что существуют гендерные различия в «субъективном» и «объективном» показателях эмпатических способностей, которые в свою очередь взаимосвязаны с удовлетворенностью семьяно-брачными отношениями. У женщин коэффициент корреляции между удовлетворенностью браком и «субъективным» показателем уровня эмпатии находится на низком уровне значимости ($r_1=0.34$; $p=0,05$) и на высоком уровне с «объективным» показате-

лем ($r_2 = 0.87$; $p=0,001$) уровня эмпатии (Методика диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко). Следовательно, чем выше уровень эмпатических способностей, и при этом «объективный» показатель превышает «субъективный», тем удовлетворенность браком возрастает. Однако следует отметить, что у мужчин эти показатели находятся лишь на уровне тенденции: «субъективный» равен - $r_1 = 0.13$, а «объективный» лишь - $r_2 = 0.06$.

Эти данные могут свидетельствовать о том, что у женщин более выражена потребность быть «понимающими», «внимательными», «сочувствующими» и, преимущественно, не в собственных глазах, а в представлении и принятии супругом. Для женщин значимо, когда их супруг признает в них «чувственную», «понимающую» натуру, в то время как для мужчин данный фактор не влияет на качество семейно-брачных взаимоотношений.

Исследование также показало, что, несмотря на удовлетворенность или неудовлетворенность браком, как мужчинам, так и женщинам свойственно преувеличивать эмпатические способности своих партнеров. Желание сохранить семью искажает реальную картину эмпатических способностей партнера в сторону повышения, они присваивают им то, что желают видеть и, если даже сейчас партнер ими не обладает, то «это» возможно, хотя бы, с точки зрения партнера, в будущем.

Как гласит один из постулатов когнитивной теории личности Д. Келли, – все люди в повседневной жизни действуют как учёные, они ориентированы главным образом на будущие, а не на прошлые и настоящие события их жиз-

ни. Фактически Келли утверждал, что всё поведение человека можно понимать как предупреждение. В попытке предвидеть и проконтролировать будущие события, человек постоянно проверяет своё отношение к действительности. Прогноз делается не ради него самого; он проводится так, чтобы будущую реальность было лучше представить. Именно будущее беспокоит человека в большей степени, чем прошлое. Он всегда стремится к будущему через окно настоящего [12]. В этом случае наблюдается взаимосвязь адекватного реагирования в кризисных ситуациях, когнитивных и эмпатических способностей с перспективой развития в будущем.

Удовлетворённость или неудовлетворённость браком супругов зависит от способностей супругов понимать конструкты друг друга, которые, в свою очередь, являются инструментом, с помощью которого человек постигает явления и понимает других людей. Возможно, удовлетворенность/неудовлетворённость браком является следствием анализа и контроля индивидом событий, которые еще могут произойти. Он представляет себе своё будущее в настоящей семье и становится очевидной разница между реально происходящими событиями и ожидаемыми событиями. Это является толчком для возникновения неудовлетворенности браком.

Другим фактором, который оказывает отрицательное влияние на качество брака, является склонность личности к манипулированию, так как это препятствует возникновению взаимопонимания между партнерами. Макиавеллист не заинтересован в партнере, во взаимоотношениях с другим человеком он

руководствуется установкой – «людям нельзя доверять». Это не может не оказывать отрицательное влияние, как на эмоциональное состояние супружеских пар, так и на выбор стратегии поведения в трудной жизненной ситуации (чаще всего «выплескивание неприятности на других»), что, в конечном итоге, отрицательно сказывается на качестве брака.

Однако следует учитывать тот факт, что манипулирование может быть и неосознанным процессом. В таком случае человек может сам страдать от своего манипулятивного поведения. Поэтому, возможно, в исследовании неудовлетворенность браком высказывают оба партнера, а не только тот, кто является «жертвой» манипуляции, но и сам «манипулятор» испытывает дискомфорт от своего манипулятивного поведения.

Также в исследовании отмечены гендерные различия в способах совладания. У женщин из «благополучной» семьи в основном преобладают такие копинг-стратегии как: «противостояние», « поиск социальной поддержки» и «избегание». То есть, в трудной жизненной ситуации они проявляют неприязнь и гнев к тому, что создало проблему. При этом они прикладывают активные усилия, чтобы изменить ситуацию и стараются найти дополнительную информацию о том, что их волнует. Они также стремятся получить материальную и эмоциональную поддержку и помочь от других. Заранее продумывают свою жизнь, с целью чтобы впредь такой проблемной ситуации больше не возникало.

В отличие от женщин, у мужчин преобладают такие стратегии-совладания как: «самоконтроль» и «плановое решение проблемы». Видимо, стра-

тегия «контроль» над собственными чувствами и «план» действий, которому следует человек при столкновении с трудной ситуацией, в большей степени соответствует гендерным представлениям о «мужском стиле» поведения.

Таким образом, удовлетворенность отношениями в семье зависит, во-первых, от жизненной позиции супружеских пар, от уровня сформированности у каждого из них нормативного поведения и ответственности за соблюдение прав и свобод «своих-других», т.е. супруга (-и). Манипулятивная направленность поведения и высокая степень макиавеллизма личности хотя бы у одного из супружеских пар снижают вероятность достижения взаимопонимания между ними и оказывают негативное влияние на качество брака. Во-вторых, благотворное влияние на качество брака оказывают гендерные различия в соотношении «объективного»/«субъективного» показателей эмпатических способностей личности, а также стилей совладания супружеских пар с трудными жизненными ситуациями.

Совокупность жизненных задач, которые приходится супружеской паре решать на протяжении всей жизни, представляет основные проблемы взаимодействия людей в семье. Высокие резервы сопротивления стрессу, совладания с трудными жизненными ситуациями обусловлены особыми личностными качествами, личными диспозициями, в том числе и направленностью личности каждого из супружеских пар «на себя» или на «партнера». В противном случае, если приспособляемость, которая определяется способностью и умением адекватно реагировать на внешние воздействия, желанием приспособливаться к условиям семейной жизни и способ-

ностью понимать партнера и поддерживать взаимоотношения на субъект/субъектном уровне снижаются – брак становится непродуктивным и подвергается опасности распада. Именно этот основной контекст, включая силу и гибкость семейного союза, сообща созданного двумя людьми, отличает брак, удовлетворяющий обоих партнеров. Союз этот основан на уважительном отношении к партнеру, основанном, во-первых, на принятии его своеобразия и отличия от себя; во-вторых, на направленности к нему и стремлении понять его, как на рациональном, так и на эмоциональном уровне.

Для сохранения эмоциональных отношений в семье необходимо желание и способность партнеров к согласованным действиям, вести себя надо так, что бы создать атмосферу доверия и непринужденности. Распределение власти супругов во взаимоотношениях исключается: ни тот ни другой из супругов не должны иметь в браке друг над другом абсолютной власти. Скрытое применение власти одного из супругов вразрез с предполагаемой волей другого, отношение к нему как средству приводят к снижению супружеской удовлетворенности. Инициативность каждого супруга в решении семейных проблем, стремление в трудную минуту к эмоциональному единению и способность эмоционально согреть друг друга служат основой для сплочения и взаимопонимания.

Литература:

1. Аргайт, М., *Психология счастья*. М., 1990.

2. Бахтин, М. М., *Эстетика словесного творчества*. М., 1982.
3. Бенда, Т. В., *Гендерная психология: учебное пособие*. – СПб.: Питер, 2009, с. 325-326.
4. Бойко, В. В., *Малодетная семья (социально-психологический аспект)*. - М. «Мысль», 1988.
5. Волкова, А. Н., *Социально-психологические факторы супружеской совместимости*. Дис. канд. психол. наук. – Ленинград, 1979. – 141 с.
6. Крюкова, Т. Л., Куфтяк, Е. В., *Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ)*// Психологическая диагностика. 2005. №3. С.65-75.
7. Левкович, В. П., Зуськова, О. Э., *Социально психологический подход к изучению супружеских конфликтов*. Психологический журнал - № 3, 1985. С. 42-47.
8. Осухова, Н. Г., *Психологическая помощь в трудных экстремальных ситуациях*: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Наталья Георгиевна Осухова. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 288 с.
9. Сысенко, В. А., *Семья сегодня*. [Сб. статей]. М., 1979.
10. Lazarus, R. S., & Folkman, S., (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer.
11. *Studies in Machiavellianism*. (1970). / Ed. by Christie R., Geis F.L. New York: Academic Press,
12. Kelly, G., (1970). *A brief introduction to personal construct theory*. In D. Bannister (Ed.). *Perspectives in personal construct theory*. - New York: Academic Press, - p. 1-29.

AUTORII NOȘTRI

ANTIBOR Ludmila, dr., conf. univ., USM, Chișinău.

CHISARI Liliana, master în psihologie, psiholog, LT “Mihai Viteazul”, Chișinău.

GONTA Victoria, Facultatea Psihologie, ULIM, Chișinău.

IAKIM Lilia, drd., ULIM, psiholog, IMSP Spitalul clinic de psihiatrie, Chișinău.

KAUNENKO Irina, dr., conf. univ., cercetător științific superior, Centrul de Etnologie al Institutului Patrimoniului Cultural al A.Ş.M.

MORARU Ina, lector superior, ULIM, Chișinău.

ROBU Viorel, Lector universitar doctor, Universitatea ”Petre Andrei” din Iași, Departamentul de Științe Socio-Umane, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Centrul de Consiliere Educațională și Formare Creativă ”Ion Holban”, România.

SAVCA Lucia, dr., conf. univ., psiholog, gr. did. sup., director CDR ”Armonie” al DGETS Chișinău

TARABEIH Mahdi, dr., conf. univ., Rambam Health Care Campus, Israel.

TURCAN Cristina, master în psihologie, psiholog, CDR ”Armonie” al DGETS Chișinău.

VERDES Angela, dr., conf. univ., prodecan, UPS ”Ion Creangă”, Chișinău.

VIRLAN Maria, dr., conf. univ., șef catedră asistență socială, UPS ”Ion Creangă”, Chișinău.