

**Psihologie**  
**Revistă științifico - practică**  
**CUPRINS**

**The Psychology**  
**The scientifical - practical magazine**  
**CONTENTS**

**PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII**

**АНЦИБОР Людмила, ПОСТОЛАТИЙ Екатерина**

Особенности механизмов защиты у акцентуированной личности, склонной к гелотофобии.

**ROBU Viorel, ROBU Iuliana Elena**

Aspecte ale expunerii la violență a elevilor. Studiu comparativ.

**PSIHOLOGIA EDUCAȚIEI**

**ЗЛАТКОВСКИЙ Вячеслав**

Нарушения эмоциональной сферы у лиц с зависимыми формами химической зависимости.

**PSIHOLOGIE SOCIALĂ**

**COLOJA Răzvan T.,**

**DRUGAȘ Marius**

Influența minorității anonime asupra majorității în condițiile de spontaneitate ale unui mediu natural.

**PSIHOLOGIE CLINICĂ**

**ШЕВЧЕНКО Росина Петровна**

Применение арт-терапии для снижения состояния агрессивности в клинике психосоматических расстройств.

**DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY**

**ANTIBOR Ludmila, POSTOLATII Ecaterina**

Features of defense mechanisms have accentuated personality, prone to gelotophobia.

**ROBU Viorel, ROBU Iuliana Elena**

Aspects of the exposure to violence in students. A comparative study.

**PSYCHOLOGY OF EDUCATION**

**ZLATKOVSKY Veceslav**

Violations of the emotional sphere in individuals with dependent forms of chemical dependency.

**SOCIAL PSYCHOLOGY**

**COLOJA Razvan T.,**

**DRUGACH Marius**

The influence of an anonymous minority over a majority given the spontaneous conditions of a natural environment.

**CLINICAL PSYCHOLOGY**

**Chevcenco Rosina P.**

Application of art therapy to reduce of aggression in clinic psychosomatic disorders.

PSIHOLOGIE SPECIALĂ

**Svetlana RUSNAC,  
Mutalap GHIULNAZ**

Particularități ale proceselor psihice și învățarea de tip școlar la elevii cu sindromul Down.

PSIHOCORECTIE ȘI  
PSIHOTERAPIE

**РУСНАК Светлана, АЛБУ Анна**

Психодиагностическое исследование и коррекция когнитивных процессов у младших школьников с задержкой психического развития.

OPINII, DISCUȚII

**ŞLEAHITIȚCHI Mihai**

Instrumentele de analiză structurală a spațiului reprezentational: inducția prin scenariu ambiguu.

CERCETĂRI, SONDAJE,  
RECOMANDĂRI

**BATOG,Mariana**

Diferențe specifice și similitudini de gender în manifestarea și depășirea tulburării posttraumatic de stres.

**ЖИГЭУ Елена, КОСТЯ Татьяна**

Изучение некоторых особенностей переживания беременности и ситуации материнства.

SPECIALY PSIHOLOGY

**Svetlana RUSNAC,  
Mutalap GHIULNAZ**

Particularities of mental and learning processes type school pupils with Down syndrome.

PSYCHOCORRECTION AND  
PSYCHOTHERAPY

**RUSNAC Svetlana, ALBU Anna**

Psychodiagnostic research and correction of cognitive processes in primary school children with mental retardation.

OPINIONS AND DISCUSSIONS

**SHLEAHITITSCHI Mihai**

Structural analysis tools representational space: induction by scenario ambiguous.

RESEARCH, ANALYSIS  
AND RECOMMENDATIONS

**BATOG,Mariana**

Gender specific differences and similarities of posttraumatic stress disorder manifestation and overcoming.

**JIGAU Elena, KOSTEA Tatiana**

The study of some features of the experiences of pregnancy and motherhood situation.

## **PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII**

### ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ У АКЦЕНТУИРОВАННОЙ ЛИЧНОСТИ, СКЛОННОЙ К ГЕЛОТОФОБИИ

FEATURES OF DEFENSE MECHANISMS HAVE ACCENTUATED  
PERSONALITY, PRONE TO GELOTOFOBIA.

**Людмила АНЦИБОР, Екатерина ПОСТОЛАТИЙ**

**Cuvintele-cheie:** gelotofobie, gelotofob, mecanisme de apărare, intensitate generală a mecanismelor de apărare, accentuări de caracter.

#### **Rezumat**

*Articolul dat analizează esența și caracteristicile conceptului de "gelotofobie" – frica de a fi ridiculizat, de a fi obiect de batjocură, precum și manifestările gelotofobiei în caracterul și comportamentul uman. Problema gelotofobiei este studiată în legătură cu specificul utilizării mecanismelor de apărare și de manifestare a accentuărilor de caracter. Rezultatele cercetării pot servi ca bază pentru determinarea abordărilor psihoterapeutice în consilierea persoanelor predispușe spre gelotofobie și psihocorecția manifestărilor negative ale fenomenului dat: dezadaptare socială, probleme în relații interpersonale, dificultăți în autoprezentare.*

**Ключевые слова:** гелотофобия, гелотофоб, механизмы психологической защиты, общая напряженность защит, акцентуации характера.

#### **Резюме**

В статье рассматривается сущность и особенности понятия «гелотофобия» – боязнь быть высмеянным, страх оказаться объектом насмешки, а также проявления гелотофобии в характере и поведении индивида. Проблема гелотофобии рассматривается в ее связи с особенностями применения механизмов психологической защиты и спецификой акцентуаций характера. Полученные результаты позволяют выделить направления психотерапевтической работы с лицами, склонными к проявлению гелотофобии, и психологической коррекции отрицательных проявлений данного феномена – социальной дезадаптации, нарушений межличностных взаимоотношений и трудностей при самопрезентации.

**Key-words:** gelophobia, gelophob, defense mechanisms, intensity of defense mechanisms, accentuations of character.

#### **Summary**

This article is describing the problem of gelotophobia – fear to be laughed at, and its manifestations in human character and behavior. Basing on the analysis of existing psychological literature, is widened the integral concept of gelotophobia, and individ-

ual-typological features of a person, prone to gelotophobia. In this research the problem gelotophobia is described in its relation with the manifestations of accentuations of character and specifics in the usage of defense mechanisms. The obtained empirical data can be used by psychologist and educator in counseling individuals who are prone to gelotophobia.

В последние годы проблема изучения юмора все чаще привлекает внимание психологов. Чувство юмора является как критерием психического здоровья человека, так и механизмом совладания со стрессовыми жизненными ситуациями. В свою очередь, смех – выражение эмоций, присущее каждому человеку. Смех над другими распространен повсеместно и может считаться универсальным явлением, а смех над собой выступает показателем здоровой личности и правильно го отношения к окружающему миру. Тем не менее, страх насмешек вызывает у некоторых людей проблемы и оказывает сильное влияние на их жизнь. Как и при любом другом виде социофобии, люди с этой фобией держат свои страхи в секрете, их поведение часто неверно интерпретируется другими как отсутствие интереса, проявление враждебности или гордыни. Тем самым, они производят впечатление неприступных, холодных и странных людей, что затрудняет процесс общения.

**Гелотофобия** (gelotophobia, греч. “гелос” – смех, “фобос” – страх) определяется как стойкий и необоснованный страх выглядеть смешным и боязнь оказаться объектом насмешки. Под гелотофобией понимается также выраженная зависимость от боязни выглядеть смешно, в том числе по причине отсутствия чувства юмора. Предполагается, что у

таких людей практически полностью отсутствует чувство юмора, или же юмор у них принимает весьма специфические формы. Гелотофобы воспринимают смех как нечто негативное и убеждены, что их внешность или поступки на самом деле смешны и нелепы, т.е. смех окружающих над ними небезоснователен [7]. Человек с таким расстройством испытывает страх и зависимость от оценки и мнения окружающих его людей. Он тщательно просчитывает каждый свой шаг, неоднократно обдумывая каждое своё действие, заранее старается предусмотреть оценку людей (слушателей, читателей и т. п.). Такие люди смеются неохотно, против воли, близко к сердцу воспринимают юмористические замечания со стороны других людей, и могут шутить только среди близких. В целом, они воспринимают любую доброжелательную шутку как насмешку окружающих над собой. Люди, страдающие гелотофобией, не имеют представления о наличии своего страха, но испытывают такое напряжение, что этот страх (стать объектом насмешки) может драматическим образом влиять на их личную, социальную или профессиональную жизнь.

С точки зрения исследователей М.Титца, В.Руха и Е.А. Стефаненко, гелотофобия является одной из форм, разновидностей социофобии. Подтверждает эту точку зрения сходство

их симптомов. При социофобии, как и при гелотофобии, у субъекта возникают навязчивые неадекватные переживания страха конкретного содержания (боязнь покраснеть, боязнь быть осмеянным на публике и пр.). В обоих случаях возникает также страх перед осуществлением того или иного действия в социуме, и в разных социальных обстоятельствах человеку не хватает самообладания [8].

Согласно другой гипотезе, гелотофобия – это нарушение чувства юмора, связанное с ненормальным его использованием в детстве, когда со стороны окружающих (близких людей, знакомых, учителей) нередко появляются насмешки, подтрунивания, издевательства, саркастические и иронические замечания. Исследования показали, что гелотофобия коррелирует с самоуничижительным юмором по классификации Р. Мартина [ 7 ]. Смех и юмор у таких людей перестает выполнять функцию расслабления, не способствует появлению радости, а наоборот – вызывает напряжение.

Также причины проявления гелотофобии дифференцируются в зависимости от возрастного периода. В детстве причинами возникновения данного феномена могут стать развитие первичного стыда, проблемы в межличностных отношениях (особенно в системе детско-родительских взаимоотношений), в юношестве – травматический опыт неприятия всея ръез своей личности окружающими (насмешки, дразнение). В свою очередь, причиной возникновения и развития гелотофобии во взрослом возрасте обычно становится интенсивный травматичный опыт насмешки со стороны других – травля [8].

Типичная внешность индивида, склонного к гелотофобии, в работах М. Титца представлена следующим образом: нехватка живости и спонтанности, веселья, они часто выглядят дистантными и холодными по отношению к сверстникам; нередко у них развивается общее мышечное напряжение как отражение эмоционального дискомфорта и наблюдаются психофизиологические симптомы (повышенное сердцебиение, трепор, покраснение, сухость во рту и горле, учащенное дыхание, нарушения речи). Все эти проявления типичны также для социофобии. Специфическим же симптомом, отличающим гелотофобию, является замороженная экспрессивность, мимика. В ситуации острой тревоги (тревоги стыда) мимика таких пациентов становится обездвиженной и неживой, похожей на деревянную маску. Кроме того, эти пациенты начинают чрезмерно контролировать движения своих рук и ног, поэтому теряют спонтанность (“синдром Пиноккио”) [6].

Гелотофобия не связана с уровнем развития когнитивных способностей (верbalным и математическим интеллектом, пространственным мышлением, рассуждением, словарным запасом, памятью и вниманием), однако сами люди с высокой выраженностью гелотофобии склонны недооценивать их [7]. Ряд исследований показали, что люди с высокой выраженностью гелотофобии не различают добродушное подтрунивание и агрессивное дразнение; даже добродушный смех в свой адрес они воспринимают как угрожающий. Они менее веселые, чем остальные, характеризуются ин-

троверсией и нейротицизмом, низкой самооценкой, реже испытывают радость, склонны к переживанию страха, стыда, грусти и вины.

Обнаружена связь гелотофобии с психологическим полом (гендером): страх насмешки более свойствен фемининным, чем маскулинным личностям. Страх насмешки негативно связан с удовлетворенностью жизнью. Гелотофобия является одним из факторов, усиливающим переживания в связи с возрастными трудностями у пожилых людей [4].

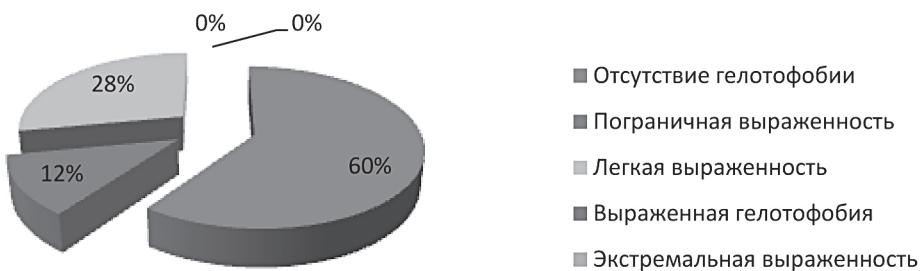
Клиницисты и исследователи разработали множество представлений о генерализованном тревожном расстройстве и фобиях, в то время как изучение гелотофобии находится на начальном этапе своего развития, и многие вопросы, касающиеся особенностей проявления гелотофобии, остаются открытыми. Отдельные исследования (Kagan&Snidman, 1999) позволяют предположить, что некоторые дети появляются на свет с врожденной социальной неполноценностью или застенчивостью, что увеличивает вероятность развития социальной фобии [3, с. 27]. В связи с этим нам представляется вполне вероятным, что типы акцентуаций и акцентуированные черты характера в некоторой степени определяют склонность личности к гелотофобии. Ввиду того, что юмор считается одним из зрелых механизмов защиты личности, особенности неадекватного реагирования на него могут указывать на то, что лица, склонные к гелотофобии, прибегают к своеобразному комплексу психологических защит. Таким образом, можно предположить, что ге-

лотофобам присущи определенные особенности в применении защитных механизмов психики.

Целью данного исследования является анализ особенностей проявления механизмов защиты и акцентуаций характера у лиц, склонных к гелотофобии. Методами исследования послужили русскоязычная версия опросника гелотофобии GELOPH<15> (в апробации Е.А. Степаненко), методика «Индекс жизненного стиля» (Опросник Плутчика-Келлермана-Конте) и опросник Леонгарда-Шмишека для выявления типов акцентуаций характера. В исследовании приняли участие 90 человек, сред. возраст 20,07 лет ( $\pm 3,64$ ) лет (19 юношей и 71 девушка, студенты USM и ASEM).

Анализ распределения респондентов с различными уровнями проявления гелотофобии показывает, что лишь 28% (25 человек) данной выборки проявляют склонность к гелотофобии и большинство (72%) респондентов (65 человек) не являются гелотофобами (см. фиг.1).

Как показали результаты исследования, среди испытуемых данной выборки не было зарегистрировано ни одного случая проявления “экстремальной” выраженности, а также “выраженного” уровня страха насмешки. Большинство респондентов – 60% (54 человека) продемонстрировали, согласно классификации В.Руха, “отсутствие” гелотофобии. “Легкая” степень гелотофобии с относительно выраженным уровнем проявления страха насмешки отмечена среди 28% респондентов (25 ч.), и “пограничный” уровень выраженности проявления склонности к гелотофобии, где страх



*Фигура 1. Уровень выраженности гелотофобии (боязни быть высмеянным) у всех испытуемых (контрольная и экспериментальная группа)*

выглядеть смешным выраженным незначительно, показали 12% испытуемых (11 ч.). Тем не менее, в нашей работе, исходя из результатов, полученных при диагностировании респондентов по методике GELOPH<15>, под гелотофобом – личностью, склонной к проявлению гелотофобии, мы будем подразумевать респондентов, показавших как минимум легкую степень гелотофобии, согласно соответствующей шкале, где испытуемый согласился как минимум с половиной утверждений (экспериментальная группа).

Анализ результатов исследования с помощью методики «Индекс жизненного стиля» (см. фиг. 2) показал, что наиболее часто в качестве механизма психологической защиты испытуемые данной выборки используют: *отрицание* (61%), затем следуют такие механизмы защиты как *интеллектуализация* (51%), *проекция* (49.13%) и *ретрессия* (47.9%).

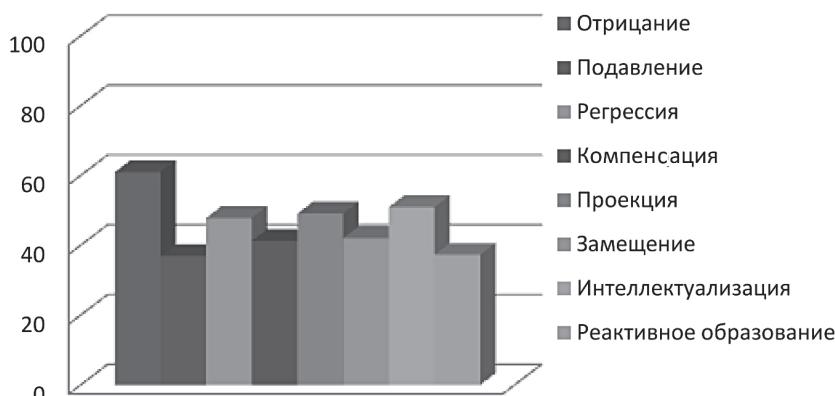
Практически полный отказ от осознания неприятной информации (*отрицание* – 61%), видимо, является самой простой и надежной формой защиты от трудной, жизненной ситуации. Часто в качестве защиты

от неприятной ситуации человек неосознанно стремится контролировать свои эмоции и импульсы на основе рациональной интерпретации ситуации (*интеллектуализация* – 51%). Такими же частыми формами защиты являются ошибочное восприятие своих внутренних процессов как происходящих извне (*проекция* – 49.13%) и возврат к ребячливым, детским моделям поведения (*ретрессия* – 47.9%).

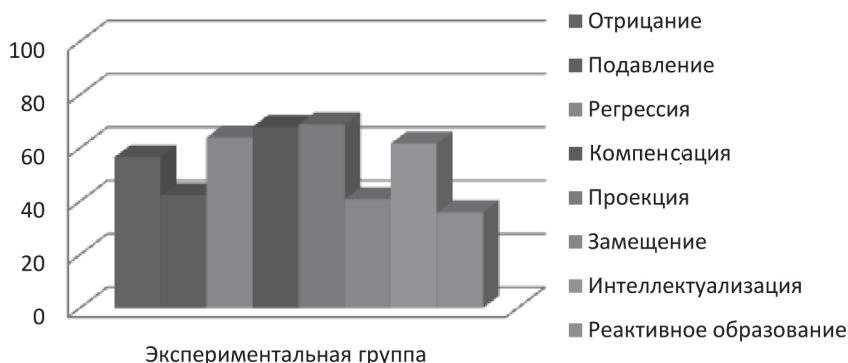
В то же время, как видно на фигуре 2, в поведении «гелотофоба» преобладают несколько иные механизмы защиты: *ретрессия* (63,9%), *компенсация* (68%), *проекция* (68,91%) и *интеллектуализация* (61,72%).

Таким образом, полученные результаты подтверждают наше предположение о том, что, чем выше уровень гелотофобии, тем чаще личность прибегает к таким механизмам психологической защиты как: *ретрессия* ( $r=0,43$  при  $p\leq 0,01$ ), *компенсация* ( $r= 0,68$  при  $p\leq 0,01$ ), *проекция* ( $r=0,56$  при  $p\leq 0,01$ ) и *интеллектуализация* ( $r=0,60$  при  $p\leq 0,01$ ).

Когда гелотофоб подвергается действию фрустрирующих факторов, т.е. становится объектом насмешки, при моделировании выхода из сложной жизненной ситуации он чаще



Фигура 2. Механизмы психологической защиты (по всей выборке)



Фигура 3. Механизмы психологической защиты среди респондентов, склонных к гелотофобии

прибегает к более простым поведенческим стереотипам и использует такой механизм психологической защиты, как *ретрессия*. У личности, склонной к гелотофобии, данный механизм заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и привычные поведенческие стереотипы. Такая личность избегает активной социальной жизни, прибегая к самоизолированию от социальной действительности, и чтобы не стать объектом насмешки откывается от публичных выступлений. Отсутствие чувства юмора и «замо-

роженность» существенно обедняют общий арсенал преодоления гелотофобов сложных, фрустрирующих ситуаций и обстоятельств.

Для гелотофобического социального реагирования характерна также защита в виде *компенсации*, которая может принимать форму защиты от низкой самооценки и комплекса неполноценности, или же рассматриваться как стремление компенсировать некую свою «особенность» – повышенную чувствительность к насмешкам – достижениями в других сферах. В частности, гелотофобичес-

кое реагирование на сложные жизненные ситуации в большей степени отмечено среди студентов математического факультета (специальность информатика).

Проявлением компенсаторных защитных механизмов у гелотофобов может стать ситуация преодоления фрустрирующих обстоятельств с помощью фантазирования о своих реальных или воображаемых достоинствах. Люди, для которых компенсация является наиболее характерным типом психологической защиты, часто оказываются мечтателями, ищущими идеалы в различных сферах жизнедеятельности, что может быть применимо и к личности, склонным к гелотофобии, в частности, в их стремлении реализовать себя вне сферы социальной жизни – в виртуальной реальности.

В случае применения механизма “проекции” предполагается, что личность, испытывающая страх стать объектом насмешки, приписывает социальному окружению желание насмехаться над ней. Однако ряд исследований выявил, что гипотеза о том, что люди с гелотофобией, по сравнению с другими, чаще подвергались насмешкам, не подтвердилась. Во взрослом возрасте страх выглядеть смешным не связан с реальным опытом (частотой) переживания насмешек, но коррелирует с субъективной интенсивностью этих переживаний [8].

Действие интеллектуализации проявляется в основном на фактах чрезмерно «умственном» способе преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний. Иными словами, личность при

помощи логических установок и манипуляций пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией, даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного чувства [4]. Таким образом, личность, склонная к гелотофобии, при использовании механизма интеллектуализации/рационализации пытается внутренне аргументировать свое неадекватное поведение разумными доводами и защищает себя от его негативного действия путем снижения значимости для себя и для других своего страха оказаться высмеянным.

Степень напряженности защиты определяется многими факторами, важнейшими из которых являются сила мотивации, значимость ситуации, ригидность (негибкость) психических функциональных структур, вовлеченных в тот или иной вид деятельности. Среди факторов, порождающих психическую напряженность, наибольшее значение имеют фruстрации и конфликты в сфере значимых отношений личности и ее социального окружения. Также высокий показатель общей напряженности защиты говорит о склонности личности к использованию защитных механизмов в сложных жизненных ситуациях вместо использования собственных личностных ресурсов для разрешения возникающих противоречий. Излишнее использование психологических защит приводит к невротизации личности, что заметно в личности гелотофоба, который склонные отстраненно относиться к происходящему, подолгу «носить в себе» конфликты, отрицать существующие проблемы. Сравнительный

анализ при помощи t-критерия Стьюдента показал, что участники исследования, склонные к гелотофобии, демонстрируют сравнительно более высокую ( $t$  эмп – 8,7) общую напряженность защит (61,84%) нежели респонденты с более низким уровнем гелотофобии (38,01%). Существует мнение, что общая напряженность защит, превышающая 50-процентный рубеж, отражает реально существующие, но неразрешенные внешние и внутренние конфликты [2]. Таким образом, можно говорить о том, что невротизация личности, способствует тому, что перед определенного рода психотравмирующими переживаниями (смех окружающих) человек в большей степени проявит склонность к гелотофобии.

На следующем этапе исследования были проанализированы результаты применения методики, направленной на выявление *акцентуаций характера* (опросник Леонгарда-Шмишека). Нам представляется вполне вероятным, что типы акцентуаций и акцентуированные черты характера, как крайний вариант нормы, которая обнаруживает избирательную уязвимость человека перед определенного рода психотравмирующими переживаниями, в некоторой степени определяют его склонность к проявлению гелотофобического социального реагирования в сложных, не понятных для личности и поэтому фрустрирующих его ситуациях.

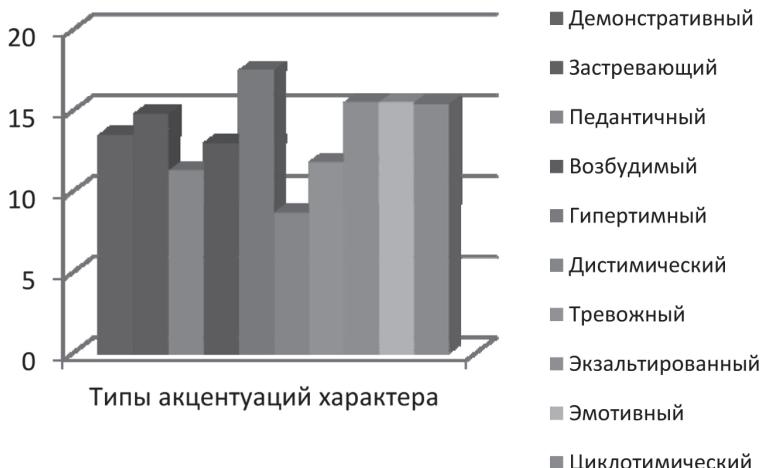
Как видно из рисунка 4, полученные результаты свидетельствуют о том, что среди респондентов данной выборки наиболее выраженными являются такие акцентуированные черты как **гипертимность** (17,5

балла). Также довольно часто встречаются **экзальтированный** (15,5 балла), **эмотивный** (15,5 балла) и **циклотимный** (15,4 балла) типы акцентуаций характера.

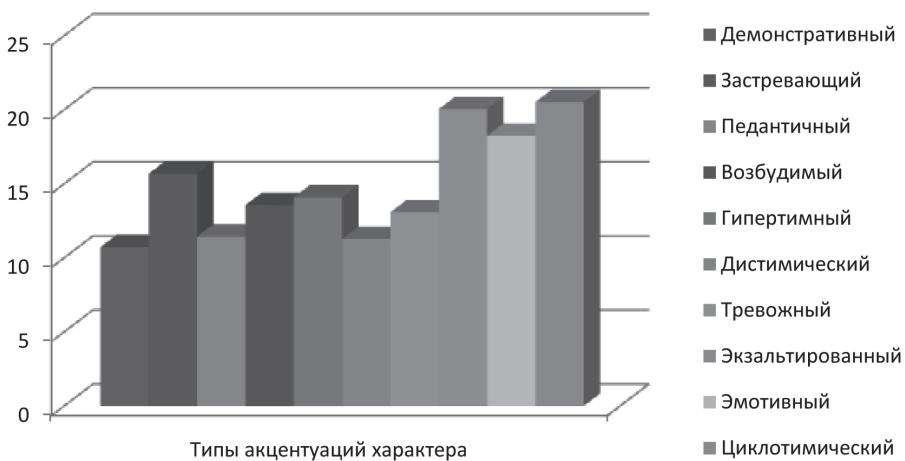
В то же время у респондентов, склонных к гелотофобии, наблюдались несколько иные показатели (см. фиг. 5). Так, наиболее выраженными оказались такие типы акцентуаций, как экзальтированный (20,4 балла;  $r=0,30$  при  $p\leq 0,01$ ), эмотивный (18,24 балла;  $r=0,34$  при  $p\leq 0,01$ ) и циклотимный (20,52 балла;  $r=0,53$  при  $p\leq 0,01$ ).

Как известно, главной особенностью экзальтированной личности является бурная аффективная реакция, их отличает крайняя впечатлительность по поводу печальных событий и фактов [1]. Возможно, высокая степень выраженности экзальтированной акцентуации характера у гелотофобов объясняется тем, что эти люди склонны крайне остро реагировать на насмешки и собственные неудачи в сфере межличностной коммуникации. Данные характеристики также совпадают с проявлениями гелотофобии в том, что у тех, кто подвергается насмешкам (мнимым или реальным) – гелотофобов, существует склонность впадать в отчаяние, они «близко к сердцу» воспринимают юмористические замечания со стороны других людей.

Эмотивная акцентуация характера проявляется в том, что ей присуща высокая чувствительность и глубокие реакции в области тонких эмоций. Для лиц с подобной акцентуацией характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, боязливость, впечатлительность. Эмотивные акцен-



*Фигура 4. Выраженность различных типов акцентуаций характера у всех испытуемых*



*Фигура 5. Выраженность типов акцентуаций характера у гелотофобов*

туанты любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди, редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескивая» их наружу. В свою очередь, при описании поведения гелотофоба, также используются такие характеристики как: близко к сердцу воспринимают юмористические замечания со стороны других людей, переживают по поводу того, что, “как им кажется”,

именно они выступают в роли объекта насмешки. Такие люди могут шутить только среди «близких», а доброжелательные шутки «окружающих» воспринимают как насмешку над собой. Яркая выраженность циклотимической акцентуации характера связана с тем, что важнейшей её особенностью является смена гипертимических и дистимических состояний [1]. Таким личностям свойственны частые пе-

риодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий. Здесь сочетаются нестандартное отношение к миру, серьезность и романтичность с погруженностью в свой внутренний мир и субъективность оценок. Всё это также характерно и для личности гелотофоба, который склонен к сокращению социальных контактов, интроверсии, погружению в собственный мир и интересы. По всей видимости, личность, склонная к гелотофобии, в большей степени подвержена проявлению дистимических акцентуаций, о чем свидетельствует довольно высокий уровень проявления дистимических акцентуированных черт. У него печальные события вызывают не только огорчение, но и подавленность. В этом состоянии характерны замедленность реакций и мышления, а также снижение эмоционального отклика. Такая же манера общения и особенность пантомимики, которые выдают скованность и подавленность личности, некий «уход в себя» в процессе коммуникации, характерна и для гелотофобов. В психологической науке данный феномен получил название «синдрома Пиноккио» (М. Титц).

Также корреляционный анализ выявил обратную взаимосвязь гелотофобии с такими акцентуациями характера как демонстративная ( $r = -0,39$  при  $p \leq 0,01$ ) и гипертимная ( $r = -0,44$  при  $p \leq 0,01$ ). Как известно, одной из особенностей гипертимического типа личности является постоянное (или частое) пребывание в приподнятом настроении, которое сочетается с высокой активностью и жаждой деятельности, в то время как гелотофобу в большей степени присущи замкнутость, подавленность и перепады настроения. Таким образом, гелотофобия в меньшей степени проявляется у гипертимической личности, у которой, наоборот, можно даже обнаружить так называемый «тяжелокровный юмор». Согласно литературным данным, демонстративный тип личности характеризуется более высокой степенью приспособляемости, по сравнению с другими типами, неким «позерством», а также определенной «живостью», подвижностью и легкостью в установлении контактов. Однако подобные особенности поведения – приподнятость настроения и легкость в установлении контактов – не сочетаются с гелотофобичным социальным восприятием и реагированием. Для гелотофобов характерна некая отстраненность от социальной реальности, поэтому они и испытывают значительные трудности в процессе общения. Таким образом, демонстративная личность со своим «беспребедельным эгоцентризмом, ненасытной жаждой постоянно го внимания к своей особе, восхищения и удивления» оказывается более резистентной к гелотофобии.

В заключение отметим, что изучение страха выглядеть смешным имеет большое значение для многих областей научной и практической психологии, так как гелотофобия может играть важную роль в полоролевых отношениях, в взаимодействии с людьми, и при выборе досуга.

Как известно, в детстве причинами возникновения гелотофобии могут стать развитие первичного стыда, проблемы в межличностных отношениях (особенно в системе детско-родительских взаимоотношений). Также

причиной гелотофобии может стать гиперопекающий стиль воспитания или использование в качестве метода воспитания “пристыжение”. Часто ребенок, который хорошо “усвоил семейные правила” поведения, не ориентируется в иной, более расширенной социальной среде, он не знаком с общими социальными нормативами взаимодействия с разными, порой дерзкими, задиристыми и недоброжелательными детьми. Он не обладает опытом, умением противостоять вербальному насилию и, одновременно, у него мало друзей, тем самым он оказывается в некой уязвимой позиции «смешного аутсайдера». Учитывая тот факт, что порой дети с гелотофобией сами провоцируют насмешки со стороны сверстников “своеобразным внешним видом”, родителям следует обратить особое внимание на манеру одеваться и на культуру общения ребенка. Также при взаимодействии с гелотофобом необходимо учитывать стиль семейного воспитания – избегать чрезмерной опеки, стараться не переусердствовать с “пристыжением” и не формировать установку на социальное порицание и насмешку (например, «если ты *так сделаешь*, люди будут смеяться!»).

Изучение феномена гелотофобии также необходимо для формирования адекватного образа Я, например, в процессе самопрезентации при выступлении перед большими аудиториями. Особенное значение проявления страха выглядеть смешным и боязнь оказаться объектом насмешки обнаруживается в процессе адаптации детей к образовательным учреждениям, где часто встречаются такие феномены как “дразнение” и “высме-

ивание”. Возможно, подверженность в раннем возрасте различным формам насилия, в частности, вербальной агрессии – дразнению, насмешкам, граничащим с оскорблением, может стать причиной появления гелотофобии. В старшем школьном возрасте особую опасность, не только для проявления гелотофобии, но и для психики ребенка в целом, представляет такой феномен как травля или моббинг (от англ. mobbing; психологический террор, основанный на одной из форм дискриминации).

Вероятно, гелотофобия формируется только в том случае, если на индивида воздействуют одновременно несколько факторов – биологические, психологические и социальные. Поэтому при составлении психокоррекционной программы необходимо использовать различные техники, направленные одновременно на психофизиологическую и на психосоциальную сферы личности. Например, можно использовать техники для снятия напряжения и моделирование, систематическую десенситизацию и тренинг социальных навыков, когнитивную, а также клиент-центрированную терапию. При составлении коррекционной программы по проблемам гелотофобии можно также рекомендовать применение рационально-эмотивной терапии А. Эллиса, которая положительно зарекомендовала себя в коррекционной работе при социальных фобиях. Кроме устранения иррациональных суждений, можно также использовать метод парадоксальной интенции В. Франкла.

Задача, которая стоит перед психотерапевтом, состоит в том, чтобы

научить подопечного с юмором относиться к собственным страхам. Порой человеку необходимо посмеяться над своими тревогами, переживаниями и лишними волнениями, или же научиться обнаруживать некие позитивные аспекты данного феномена. Одним из психотерапевтических методов, который может быть использован в работе с гелотофобами – это проигрывание роли “шута” или “жертвы”, “невидимки” или “соглашателя с задирой”. Проигрывание своей гипертрофированной, гротескной реакции на “раздражитель”, который обычно вызывает тревогу или даже страх, можно также реализовать в юмородраме. Юмородрама – это особый вид психодрамы Моррено, разработанный специально для коррекции фобий, связанных с восприятием юмора, где центральной фигурой является терапевтический клоун [8]. Суть юмородрамы заключается в том, чтобы выявить существование в прошлом гелотофоба такой ситуации, в которой он когда-то давно испытал стыд, и у него возникло чувство, ощущение того, что над ним смеются, а затем эти давние “травмы-воспоминания” проработать в театрально-клоунском представлении.

Таким образом, результаты исследования показали, что тип акцентуации характера, степень невротизации и определенные структурные компоненты системы психологической защиты личности являются факторами, которые создают предпосылки для формирования такого личностного расстройства, как гелотофобия. Полученные данные позволяют выделить важные личностные мишени и тактики психотерапевтической ра-

боты с лицами, склонными к проявлению гелотофобии. Ранняя диагностика позволит выбрать эффективные направления психотерапевтической работы с подопечным, идентифицировать сходство и различие социофобии от страха перед смехом и юмором в целом, а также от природной застенчивости и интроверсии.

#### **Библиография:**

1. Батаршев, А. В., *Диагностика черт личности и акцентуаций*. Москва: Психотерапия, 2006, 288 с.
2. Каменская, В. Г., *Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта*. Москва, 1999, 125 с.
3. Комер, Р., *Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики*. 4-е изд., СПб: ЕВРОЗНАК, 2005, 640 с. (Проект «Психологическая энциклопедия»).
4. Platt, T., Emotional responses to ridicule and teasing: Should gelotophobes react differently? В: *Humor: International Journal of Humor Research*, 2008, №21, 105-128.
5. Романова, Е. С., Гребенников, Л. Р. *Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика*. Мытищи: Издательство «Талант», 1996, 144 с.
6. Ruch, W., & Proyer, R. T. The fear of being laughed at: Individual and group differences in gelotophobia. В: *Humor: International Journal of Humor Research*, 2008, №21(1), 47-67.
7. Стефаненко, Е. А., Иванова, Е. М., Ениколов, С. *Диагностика страха выглядеть смешным*. В: Психологический журнал, 2011, том 32, №2, с. 94-108.
8. Titze M., (2009). Gelotophobia: The fear to be laughed at. // *Humor: International Journal of Humor research*. С. 27-48.

## ASPECTE ALE EXPUNERII LA VIOLENȚĂ A ELEVILOR. STUDIU COMPARATIV

ASPECTS OF THE EXPOSURE TO VIOLENCE IN STUDENTS.  
A COMPARATIVE STUDY

***Viorel ROBU, Iuliana Elena ROBU***

**Termeni-cheie: expunere la violență, elevi, mediu de rezidență, studiu comparativ.**

### **Rezumat**

*Expunerea la violență reprezintă un concept care, în ultimele decenii, a generat o preocupare din ce în ce mai mare din partea specialiștilor, precum și a societății civile. Eforturile s-au concentrat pe identificarea populațiilor vulnerabile (copii, adolescenți, persoane instituționalizate, bătrâni, femei, minorități etnice etc.) și pe implementarea de programe pentru prevenirea fenomenului. Prezenta anchetă a fost realizată pe un lot de 139 de elevi în clasele V-VIII. Scopul a fost să estimeze prevalența expunerii la diferite forme de manifestare a violenței (în familie, școală sau în comunitate), care au fost diferențiate după severitatea consecințelor în planul funcționării fizice, emoționale și sociale. Datele au fost colectate cu ajutorul chestionarului Life Experiences Survey (Singer și al., 1995, 1999). Expunerea la violență a înregistrat un nivel comparabil în funcție de mediul de rezidență. Mai mult, frecvența expunerii la violență a elevilor a prezentat o asociere semnificativă cu frecvența angajării în comportamente violente.*

**Keywords: exposure to violence, students, residence, comparative study**

### **Summary**

*The exposure to violence represents a concept which, in the last decades, has generated an increasing interest from specialists and civil society. Efforts were focused on the identification of vulnerable populations (children, adolescents, institutionalized persons, older people, women, ethnic minorities etc.), as well as the implementation of preventive programmes. The present survey was carried out in a sample of 139 5th-, 6th-, 7th-, and 8th-grade students. Its purpose was to estimate the prevalence of exposure to various forms of violence (in family, school, or community), which were differentiated based on the severity of their physical, emotional and social consequences. Data were collected using the Life Experiences Survey [6, 7]. The exposure to violence showed a comparable level, as a function of the residence. Moreover, data indicated a significant association between the frequency of exposure to violence in students and frequency of the engagement in violent behaviours.*

**Introducere.** În societatea contemporană, violența reprezintă un fenomen cotidian. Zilnic, emisiunile de

știri prezintă diferite cazuri de manifestare a violenței (bătăi, vătămări corporale soldate cu moartea victimei, abu-

zuri sexuale etc.) în diferite medii – familie, comunitate (conflicte între vecini sau grupuri etnice) sau școală. Fenomenul este cu atât mai ingrijorător, cu cât multe dintre măsurile de reducere sau de prevenire nu au condus la ameliorarea acestui fenomen, iar *mass-media* (reviste de consum, presa scrisă sau TV, Internetul, jocurile în rețea) reprezintă o sursă de proliferare a modelelor de conduită agresivă, mergând, uneori, până la o violență extremă.

În ultimele trei decenii, fenomenul expunerii (acute sau cronice) la violență a atras atenția cercetătorilor și a practicienilor, eforturile acestora concentrându-se pe identificarea populațiilor vulnerabile (copii, adolescenti instiționalizați sau locuind în familiile lor de origine, bătrâni, femei, persoane cu anumite dizabilități, rezidenți din periferiile marilor orașe, minorități etnice etc.), a rolului jucat de anumiți indicatori socio-demografici (gen, vîrstă, situație familială, mediu de rezidență, nivel de educație etc.) în creșterea riscului de expunere la violență, precum și a formelor de manifestare a acestui fenomen. Instituțiile școlare, căminul familial, strada, cartierele din marile orașe sunt locurile în care mulți copii sau tineri cad victime ale actelor violente, comise de către alți copii și tineri, părinți, profesori sau alte persoane. Copiii, puberii și adolescentii (mai ales cei nesupravegheați de către părinți, care sunt tot mai ocupați din punct de vedere profesional, sau cei care provin din familii dezorganizate) reprezintă o categorie socio-demografică aflată în risc crescut în raport cu expunerea la violență [6]. Societatea românească contemporană oferă numeroase scene de agresivitate și violență stradală (în

ultima vreme, din ce în ce mai frecvent în armată), conjugală, parentală sau de violență manifestată în incintele școlilor și ale liceelor publice. Scenele de agresiune și violență intrafamilială sau comunitară s-au înmulțit considerabil, în special datorită accentuării sărăciei, sentimentului de marginalizare, multiplicării modelelor negative de conduită, diversificării mentalităților cu privire la sensul existenței individuale și la rolul pe care societatea îl îndeplinește, scăderii responsabilității individuale cu privire la respectarea normelor și a valorilor sociale și culturale, individualismului [5].

Pornind de la criteriul temporaliției, în literatura de specialitate au fost identificate două forme ale expunerii la violență [6, 7]: *expunere recentă* (în ultimul an), respectiv expunerea *în trecut, adică în copilărie* (care include istoria actelor de violență, pe care copilul, puberul sau adolescentul le-a experimentat, în traseul propriei creșteri și socializări). Pe de altă parte, tipurile de violență au fost delimitate după *criteriul severității consecințelor pe care le au în planul funcționării fizice și cognitiv-emoționale*, deosebindu-se între: amenințări, pălmuirii-lovituri-îmbrânceli, bătăi, atacuri cu un cuțit, atacuri cu o armă de foc-împușcături, respectiv abuzuri sexuale (atingeri în locuri intime, fără consumământul victimei). Printre efectele pe care victimizarea prin expunerea la violență a copiilor și adolescentilor le are în planul funcționării psihoemoționale și sociale, în literatura de specialitate cel mai des citate sunt [2, 3, 4, 6, 7]: simptomele de anxietate sau depresie (însoțite de comportamente compulitive, automutilări sau tentative suicidare), tulburările

disociative (amnezii disociative, tulburarea de identitate disociativă, depersonalizarea), stresul acut și tulburarea de stres posttraumatic, sentimente de înstrăinare și izolare, scăderea interesului pentru activitățile sociale, culpbilizarea excesivă, consumul abuziv de substanțe psihoactive, tulburări la nivelul procesării informațiilor relevante pentru adaptarea la situațiile interpersonale (de exemplu, distorsiuni ale evaluărilor pe care victimele le fac persoanelor dragi), agresiuni orientate către alți copii/adolescenți etc.

#### **Scopul și design-ul anchetei.**

Prin ancheta pe care am realizat-o în populația școlară de elevi de gimnaziu, ne-am propus obținerea de date pentru estimarea prevalenței expunerii elevilor la diferite forme de manifestare a violenței (în familie, școală sau comunitate – pe stradă), forme care au fost diferențiate după criteriul severității consecințelor pe care le au în planul funcționării fizice, emotionale și sociale. Studiul a pornit de la o abordare comparativă, în funcție de variabila *mediu de rezidență* (rural vs. urban). Ne-a interesat să evidențiem modul în care frecvența expunerii (directe – în calitate de victimă sau indirekte – în calitate de martor) a elevilor de gimnaziu la diferite forme de violență (amenințări, pălmuiriri-lovituri-îmbrânceli, bătaie, atac cu un cuțit sau cu o armă de foc, respectiv abuz sexual sub forma atingerilor în locuri intime fără propriul consimțământ) se diferențiază după mediul de rezidență. Cadrul de analiză cantitativă a datelor a fost oferit de răspunsurile pe care le-am căutat pentru următoarele întrebări: a) *Câtă dintre elevii de gimnaziu au experimentat în ultimul an, în familie, școală sau în comunitatea din*

*care făcea parte, un tip sau altul de violență, înând cont de două ipostaze în care aceștia s-au putut afla - în cea de victimă sau martor ? Datele se diferențiază în funcție de mediul de rezidență al elevilor ?; b) *Câtă dintre elevii de gimnaziu au experimentat în trecut, în familie, școală sau în comunitate, un tip sau altul de violență, în calitate de victimă sau de martor ? Datele se diferențiază în funcție de mediul de rezidență al elevilor ? c) Există relații de asociere între frecvența expunerii (recente sau în copilărie) la diferite forme de manifestare a violenței și frecvența propriilor comportamente violente, pe care elevii le-au manifestat în ultimul an ? În ce sens au loc aceste relații și care sunt mărimile lor ?.**

**Participanți.** Chestionarul prin care au fost investigate experiențele de viață a fost completat de un număr de **139 de elevi** de clasele V-VIII, dintre care 62 de la Grupul Școlar „Ovidiu Caledoniu” din Municipiul Tecuci și restul de la Școala Generală „Natalia Negru” din Comuna Buciumeni (județul Galați). Elevilor li s-a cerut (verbal) consimțământul, pentru a participa la un studiu. Răspunsurile au fost anonime. Toate protocoalele cu răspunsuri au fost valide, fiind reținute pentru prelucrările ulterioare.

Repartiția elevilor în funcție de variabila *gen* a fost: 68 – băieți și 71 – fete. Elevii aveau vârste cuprinse între 11 și 15 ani ( $m = 12,7$  ani;  $s = 1,2$  ani). În ceea ce privește persoanele cu care locuiau acasă adolescenții, situația s-a prezentat astfel: 13 elevi – locuiau cu ambii părinți (nu aveau frați); 80 de elevi – locuiau cu ambii părinți și aveau un frate sau mai mulți; 11 elevi – locuiau doar cu mama (nu aveau frați), tata fiind plecat

la muncă în străinătate (2 cazuri), decedat (un caz), plecat prin divorț de mamă (un caz), abandonând familia (3 cazuri) sau având situația neprecizată (4 cazuri); 17 elevi – locuiau doar cu mama și aveau un frate sau mai mulți, tata fiind decedat (un caz), plecat la muncă în străinătate (6 cazuri), plecat prin divorț de mamă (5 cazuri) sau având situația neprecizată (5 cazuri); 5 elevi – locuiau doar cu tata și aveau un frate sau mai mulți, mama fiind plecată la muncă în străinătate (2 cazuri) sau având situația neprecizată (3 cazuri); 12 elevi – locuiau cu bunicii din partea mamei sau a tatălui (ambii părinți fiind plecați la

muncă în străinătate – 2 cazuri, decedați – un caz, unul plecat la muncă în străinătate și celălalt decedat – un caz, ambii părinți își abandonaseră copiii – 2 cazuri, situația părintilor nu a fost precizată – 6 cazuri); un elev locuia cu alte rude (mătușă, unchi, văr etc. după mamă sau după tată), situația părintilor nefind precizată.

Tabelul 1 prezintă datele care au servit la evaluarea gradului de echivalență (din punctul de vedere al caracteristicilor socio-demografice) a elevilor din cele două subploturi: elevi care locuiau în mediul rural, respectiv elevi care locuiau în mediul urban.

Tabelul 1.

### Echivalența subploturilor de elevi diferențiate în funcție de mediul de rezidență

| Variabile   | Modalități                              | Rural | Urban | Testul $\chi^2$ |
|---|---|-------|-------|-----------------|
| gen   | băieți                                  | 37    | 31    | 0,05            |
|   | fete                                    | 40    | 31    |                 |
| clasa școlară   | clasa a V-a                             | 19    | 22    | 6,19            |
|   | clasa a VI-a                            | 19    | 6     |                 |
|   | clasa a VII-a                           | 20    | 20    |                 |
|   | clasa a VIII-a                          | 19    | 14    |                 |
| vârstă  | 11 ani                                  | 14    | 18    | 11,06 *         |
|   | 12 ani                                  | 21    | 6     |                 |
|   | 13 ani                                  | 22    | 15    |                 |
|   | 14 ani                                  | 17    | 15    |                 |
|   | 15 ani                                  | 3     | 8     |                 |
| situație familială (persoane alături de care locuiau) | mama și tata (nu avea frați)            | 7     | 6     | 7,46            |
|   | ambii părinți și un frate sau mai mulți | 51    | 29    |                 |
|   | Doar mama (nu avea frați)               | 4     | 7     |                 |
|   | doar mama și un frate sau mai mulți     | 7     | 10    |                 |
|   | doar tata și un frate sau mai mulți     | 2     | 3     |                 |
|   | bunicii după mamă sau tată              | 5     | 7     |                 |
|   | alte rude                               | 1     | -     |                 |

\*  $p < 0.05$ 

Elevii care locuiau în mediul rural nu s-au diferențiat semnificativ din punct de vedere statistic de cei care lo-

cuiau în mediul urban, în ceea ce privește repartitia după gen, clasa în care erau, respectiv situația familială (per-

soanele alăruri de care locuiau acasă). Singura diferență semnificativă a fost obținută pentru variabila *vârstă* ( $\chi^2 = 11,06$ ;  $p < 0,05$ ), în sensul în care, comparativ cu elevii care locuiau în mediul urban, au fost mai mulți elevi din mediul rural care aveau 12 sau 13 ani.

**Chestionarul pentru colectarea datelor.** Datele anchetei pe care am realizat-o au fost colectate cu ajutorul chestionarului *Life Experiences Survey* („Ancheta asupra experiențelor de viață”). Instrumentul a fost construit și utilizat de M. Singer și colaboratorii săi [6, 7], în cadrul a două studii comunitare care au vizat simptomele specifice traumei psihologice în rândul adolescentilor expuși la diferite forme de manifestare a violenței, respectiv relația dintre victimizarea prin expunerea la violență a copiilor de vîrstă școlară medie și a adolescentilor, respectiv frecvența proprietelor lor comportamentale violente. Instrumentul pe care l-am administrat elevilor care au participat la anchetă reprezintă o adaptare a versiunii experimentate și utilizate de către O. Gavrilovici [1], în cadrul unei anchete realizată în rândul copiilor și adolescentilor din centrele rezidențiale din Municipiul Iași, prin care a urmărit relația dintre expunerea la diferite forme de violență și consecințele în planul funcționării psihice.

Chestionarul a fost conceput, pentru a măsura frecvența (nivelul) expunerii la diferite forme de manifestare a violenței, în rândul copiilor, puberilor și al adolescentilor, precum și impactul psihologic al acesteia. Versiunea pe care am adaptat-o după cea prezentată de Gavrilovici [1] în teza sa de doctorat și pe care am administrat-o elevilor a inclus 43 de întrebări, dintre cele 96 propriu-zise din

versiunea originală, fiind structurată în patru secțiuni (în total, 50 de itemi): date socio-demografice și familiale (7 itemi), expunerea recentă la violență (26 de itemi), expunerea în trecut (copilărie) la diferite forme de manifestare a violenței (12 itemi), respectiv propriile comportamente violente, pe care elevii le manifestaseră recent (5 itemi).

Expunerea recentă la violență a fost evaluată prin itemi care au vizat faptul de a fi victimă (a suferi direct) sau doar martor la o serie de acte violente, diferențiate în: amenințări, pălmuiiri-lovituri-îmbrânceli, bătăi, atac cu un cuțit, atac cu o armă de foc-împușcături, respectiv atingeri în locuri intime, fără consumământul victimei. Elevilor li s-a precizat să nu includă evenimente pe care le-au văzut sau le-au auzit din alte surse cum ar fi emisiunile TV. Pentru primele trei forme de manifestare a violenței (amenințări, pălmuiiri-lovituri-îmbrânceli, respectiv bătăi), itemii au fost separați în funcție de mediul în care aceastea se pot manifesta: acasă (în familie), la școală sau în comunitate (pe stradă). Pentru fiecare item în parte, elevii au indicat pe o scală de tip Likert cu patru ancore verbale (*niciodată – câteodată – deseori – aproape în fiecare zi*) cât de frecvent, în ultimul an, asistaseră la forma de manifestare a violenței la care se referea itemul. Pentru fiecare respondent, indicatorul referitor la nivelul expunerii recente la diferite forme de manifestare a violenței a fost calculat ca media scorurilor la itemii scalei, putând avea valori cuprinse între 0 și 3. O valoare ridicată a indicatorului a semnificat faptul că, în ultimul an, elevul fusese victimizat frecvent.

Expunerea la diferite forme de manifestare a violenței în trecut (în propria

copilărie) a fost evaluată prin folosirea unei variante modificate a scalei omonime din versiunea în limba română pentru *Life Experiences Survey* [1]. Elevilor li s-a cerut să indice cât de frecvent au trăit în propria lor copilărie, în calitate de victimă sau de martor, o serie de acte specifice de violență, fără a include ce li s-a întâmplat în anul precedent. Au fost incluse aceleași forme de manifestare a violenței, ca în scara referitoare la expunerea recentă. Locurile în care s-a înregistrat actul violent (în familie, la școală, în comunitate) au fost excluse, deoarece autorii scalei originale au considerat îndoialnică capacitatea copiilor sau a adolescentilor de a-și reaminti cu exactitate evenimentele din propria experiență care s-au produs cu mai mult de un an în urmă. Pentru fiecare item în parte, au existat patru răspunsuri posibile (*niciodată – câteodată – deseori – foarte des*). Indicatorul referitor la nivelul expunerii în copilărie la diferite forme de manifestare a violenței a fost calculat ca media scorurilor la itemi. Valoarea indicatorului putea fi cuprinsă între 0 și 3.

Frecvența propriilor comportamente violente a fost măsurată întrebând elevii cât de des li s-a întâmplat, în ultimul an, să fie în una dintre următoarele situații: amenințări la adre-

sa altor copii, pălmuiiri-lovituri-îmbrânceli *înainte* ca o altă persoană să-i pălmuiască, lovească sau îmbrânceasă (deci, acte violente anticipatorii), pălmuiiri-lovituri-îmbrânceli *după* ce au fost pălmuiți, loviți sau îmbrânciți (deci, manifestări violente care au avut loc ca răspuns de apărare), bătăi, respectiv atacuri cu un cuțit asupra altor persoane (itemul referitor la abuzul sexual sub forma atingerilor în locuri intime fără consumămantul victimei a fost eliminat, datorită potențialului foarte mare de a genera răspunsuri distorsionate din partea copiilor sau a adolescentilor). Pentru autoevaluarea frecvenței propriilor manifestări violente, elevii au avut la dispoziție o scală de tip Likert cu patru ancore verbale (*niciodată – câteodată – deseori – aproape în fiecare zi*). Indicatorul referitor la frecvența propriilor comportamente violente a fost calculat ca media scorurilor pe care un elev le-a obținut la cei 5 itemi. Valoarea acestui indicator putea fi cuprinsă între 0 și 3.

Pornind de la scorurile pe itemi, am calculat consistența internă (coeficientul  $\alpha$ ), pentru a estima fidelitatea chestionarului prin care au fost investigate experiențele de viață ale elevilor. Tabelul 2 prezintă valorile obținute.

Tabelul 2.

### Valorile consistenței interne pentru chestionarul administrat elevilor

| Scale  | Fete<br>(N = 71) | Băieți<br>(N = 68) | Total lot<br>(N = 139) |
|--|------------------|--------------------|------------------------|
| Expunerea recentă la diferite forme de violență      | 0,80             | 0,75               | 0,78                   |
| Expunerea în copilărie la diferite forme de violență | 0,74             | 0,68               | 0,72                   |
| Propriile comportamente violente                     | 0,55             | 0,73               | 0,67                   |

În raport cu obiectivele de cercetare pe care mi le-am propus, valorile pe care le-am obținut pentru consistența

internă a scalelor chestionarului au fost satisfăcătoare.

**Rezultate.** Analiza indicatorilor globali referitori la frecvența expunerii recente, frecvența expunerii în copilărie, respectiv a indicatorului referitor la frecvența propriilor comportamente vi-

olente a evidențiat diferențe nesemnificate din punct de vedere statistic între elevii care locuiau și învățau în mediul rural, respectiv cei din mediul urban (Tabelul 3).

Tabelul 3.

### **Comparații în funcție de mediul de rezidență al elevilor (indicatori globali)**

| Variabile  | Mediu de rezidență | m    | s    | t-Student |
|--|--------------------|------|------|-----------|
| Frecvența expunerii recente (ultimul an) la diferite forme de violență       | rural              | 0,23 | 0,15 | - 1,96    |
|  | urban              | 0,30 | 0,22 |           |
| Frecvența expunerii în trecut (copilărie) la diferite forme de violență      | rural              | 0,35 | 0,23 | - 0,59    |
|  | urban              | 0,38 | 0,30 |           |
| Frecvența propriilor comportamente violente, manifestate recent (ultimul an) | rural              | 0,27 | 0,32 | 0,47      |
|  | urban              | 0,24 | 0,29 |           |

Comparativ cu elevii care locuiau și învățau în mediul rural, cei care locuiau în mediul urban au înregistrat, în medie, o frecvență ușor mai ridicată a situațiilor în care fuseseră victimizați în ultimul an, prin expunerea la diferite forme de manifestare a violenței, precum și în trecut (copilărie), însă diferențele în valoare absolută între medii au fost foarte mici ( $0,07$ , respectiv  $0,03$  puncte) și nu au fost semnificative sub aspect statistic. Acest rezultat poate fi raportat la aglomerația mai mare a colectivităților umane (de exemplu, școlare) din mediul urban, în interiorul căror membru sunt mult mai suscepibili de a experimenta presiuni mai numeroase și, prin aceasta, de a fi mai vulnerabili în raport cu riscul victimizării prin producerea și/sau escaladarea unor situații conflictuale, cu potențial violent. În plus, la oraș, spațiile în care se pot produce acte de agresiune (de multe ori, violente) sunt mult mai numeroase și mai întinse, evenimentele violente producându-se, de multe ori, în locuri ascunse, puțin frecventate de

trecători. Aceste considerații pot fi luate drept ipoteze pentru explorare, mai ales pentru formele de violență care se manifestă în școală sau pe stradă (în comunitate).

În ceea ce privește frecvența propriilor manifestări violente în ultimul an, elevii care locuiau și învățau în mediul rural au înregistrat o medie ușor mai ridicată ( $m = 0,27$ ) față de cea obținută de elevii care provineau din mediul urban ( $m = 0,24$ ), însă, din nou, diferența nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic. Probabil că, indiferent de caracteristicile socio-demografice (în particular, de mediul de rezidență) toți elevii de gimnaziu experimentează cu aceeași intensitate și la fel de frecvent anumite simptome de disconfort în plan psihic și anumite reacții și comportamente agresive – care apar ca răspuns la complicațiile emotionale produse de victimizarea prin expunerea la diferite forme de violență.

Tabelul 4 prezintă frecvențele procentuale referitoare la elevii care experimentaseră în ultimul an una sau alta

dintre formele de manifestare a violenței, în calitate de victimă sau de martor. Datele au fost sistematizate separat, în funcție de mediul de rezidență al elevilor și au fost obținute prin cumularea frecvențelor (absolute) cu care au fost alese variantele de răspuns *câteodată, deseori sau aproape în fiecare zi* și transformarea sumelor în frecvențe procentuale. În ceea ce privește expunerea la violența manifestată sub forma amenințărilor în cadrul familiei, peste 15% dintre elevii din mediul rural, însă puțin peste 1% dintre cei din mediul urban au indicat că fuseseră cel puțin o dată victime, în timp ce peste un sfert dintre elevii rezidenți în mediul rural, respectiv aproximativ 10% dintre cei rezidenți în mediul urban au indicat că asistaseră la amenințarea unei alte persoane. Aproximativ un sfert dintre elevii rezidenți în mediul rural, respectiv peste un sfert dintre cei rezidenți în mediul urban au indicat că fuseseră cel puțin o dată expuși, în școală, la amenințări, în calitate de victimă. Proportiile elevilor care fuseseră expuși la amenințări, în școală, în calitate de martori au fost mult mai mari: aproximativ 55% dintre elevii din mediul rural, respectiv aproximativ 70% dintre elevii din mediul urban. Mai ales în mediul urban, școala pare să fie mult mai des (comparativ cu familia) scena unor acte de violență, cărora puberii le cad victime – fie direct, fie indirect (în calitate de martori). Acest rezultat poate fi și expresia tendinței – mai accentuată în rândul copiilor, puberilor și al adolescentilor – de a ascunde scenele agresive sau violente care au loc în familie, de teama unor represiuni negative (de exemplu, ostracizarea din partea colegilor de școală sau pedepsirea de către părinti).

Pentru expunerea la amenințări în cadrul comunității (pe stradă), în calitate de victimă sau de martor, procente din totalul elevilor rezidenți în mediul rural, respectiv din mediul urban au fost mai ridicate decât cele obținute pentru expunerea la amenințări în cadrul familiei, însă mai scăzute decât cele înregistrate în cazul mediului școlar: aproximativ 16% – în calitate de victimă, pentru elevii din mediul rural și 18% – pentru elevii din mediul urban, respectiv 61.03% – pentru elevii din mediul rural, expuși în calitate de martor, respectiv 53.22% – pentru elevii din mediul urban, în calitate de martor. La fel ca în cazul amenințărilor în familie sau al celor ce au loc în școală, prevalența expunerii elevilor din mediul rural, respectiv a celor rezidenți în mediul urban, în comunitate, în calitate de martor, a fost mai ridicată, comparativ cu prevalența expunerii în calitate de victimă.

Aproximativ 21% dintre elevii rezidenți în mediul rural, respectiv aproximativ 23% dintre cei rezidenți în mediul urban fuseseră expuși, în mod direct (ca victime), la pălmuiiri, lovituri sau îmbrânceli în familie, în ultimul an. De asemenea, aproximativ un sfert dintre elevii din mediul rural, respectiv aproximativ 18% dintre elevii din mediul urban fuseseră expuși, în mod indirect (ca martori), la pălmuiiri, lovituri sau îmbrânceli, în ultimul an, în mediul familial. Pentru mediul reprezentat de școală, prevalența expunerii elevilor rezidenți în mediul rural și a celor rezidenți în mediul urban, în calitate de victime sau de martori, la pălmuiiri, lovituri sau îmbrânceli, a fost mai ridicată (mai ales pentru condiția *martori*), comparativ cu prevalența expunerii la

Tabelul 4.

**Comparații între elevii din mediul rural și elevii din mediul urban în ceea ce privește prevalența victimizării prin expunere la violență (recent)**

| Formă de manifestare a violenței         | Mediu      | Rural       |             | Urban       |             | Z proporții victimă rural/urban | Z proporții martor rural/urban |
|--|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|
|  |            | victima (%) | mar-tor (%) | victima (%) | mar-tor (%) |                                 |                                |
| Amenințări                               | familie    | 15,58       | 25,97       | 1,29        | 9,67        | 0,74                            | 2,60 **                        |
|  | școală     | 24,60       | 54,54       | 29,03       | 69,35       | - 0,58                          | - 1,81                         |
|  | comunitate | 15,58       | 61,03       | 17,74       | 53,22       | - 0,33                          | 0,92                           |
| Pălmuiiri, lovituri, îmbrânceli          | familie    | 20,77       | 24,67       | 22,58       | 17,74       | - 0,25                          | 1,00                           |
|  | școală     | 33,76       | 64,93       | 46,77       | 87,09       | - 1,56                          | - 3,20 **                      |
|  | comunitate | 23,37       | 64,93       | 16,12       | 56,45       | 1,08                            | 1,01                           |
| Bătaie                                   | familie    | 7,79        | 7,79        | 8,06        | 6,45        | - 0,05                          | 0,30                           |
|  | școală     | 7,79        | 41,55       | 11,29       | 53,22       | - 0,69                          | - 1,37                         |
|  | comunitate | 7,79        | 41,55       | 1,61        | 40,32       | 1,79                            | 0,14                           |
| Amenințare/ cu o/injunghiere cu un cuțit | -          | 2,59        | 7,79        | 1,61        | 16,12       | 0,40                            | - 1,49                         |
| Amenințare cu o armă de foc              | -          | 3,89        | 2,59        | 0,00        | 0,00        | 1,76                            | 1,43                           |
| Atac cu o armă de foc (împuşcături)      | -          | 3,89        | 3,89        | 0,00        | 0,00        | 1,76                            | 1,76                           |
| Abuz sexual (atingeri în locuri intime)  | -          | 20,77       | 36,36       | 17,74       | 45,16       | 0,45                            | - 1,05                         |

\*\* p < 0,01

aceleasi forme de manifestare a violenței, în mediul familial. Astfel, peste o treime dintre elevii rezidenți în mediul rural, respectiv aproximativ jumătate dintre elevii rezidenți în mediul urban fuseseră expuși (în ultimul an), în calitate de victime (deci, în mod direct), la pălmuiiri, lovituri sau îmbrânceli, în mediul școlar. De asemenea, aproximativ 65% dintre elevii rezidenți în mediul rural, respectiv 87% dintre cei rezidenți în mediul urban fuseseră expuși, în calitate de martori (deci, în mod indirect), la pălmuiiri, lovituri sau îmbrânceli, în mediul școlar. În fine, în comunitate,

aproximativ un sfert dintre elevii care locuiau în mediul rural, respectiv puțin peste 16% dintre elevii rezidenți în mediul urban fuseseră expuși la pălmuiiri, lovituri sau îmbrânceli, în calitate de victime, în timp ce aproximativ 65% dintre elevii rezidenți în mediul rural, respectiv puțin peste 56% dintre elevii rezidenți în mediul urban fuseseră expuși în mod indirect, în calitate de martori.

Din Tabelul 4, se poate sesiza ușor faptul că, pentru condiția de victimă a expunerii la violență menifestată sub forma bătăilor, procentele elevilor (atât

rezidenți în mediul rural, cât și rezidenți în mediul urban) au fost mult mai scăzute decât cele înregistrate pentru condiția de victimă a expunerii la violență manifestată prin amenințări sau sub forma pălmuirilor, loviturilor și a îmbrâncelilor. Această tendință a fost constatată pentru toate cele trei medii sociale pe care le-am analizat – familie, școală și comunitate. Pe de altă parte, procentele de elevi de gimnaziu care au indicat expunerea indirectă la bătaie, în calitate de martor, în școală sau comunitate, au fost mai ridicate decât procentele de elevi care au indicat expunerea în școală sau în comunitate la același tip de violență, în calitate de victimă, iar acest lucru s-a întâmplat atât pentru elevii care erau rezidenți în mediul rural, cât și pentru cei care erau rezidenți în mediul urban.

Pentru expunerea la violență manifestată sub forma amenințării, atacului sau înjunghierii cu un cuțit, respectiv a amenințării sau atacului cu o armă de foc (atât în calitate de victimă, cât și în calitate de martor), frecvențele procentuale, atât pentru elevii care locuiau și învățau la sat, cât și pentru cei care locuiau și învățau la oraș, au fost mult mai scăzute decât cele înregistrate pentru primele trei tipuri de violență (în cazul atacului cu o armă de foc, respectiv al amenințării cu o armă de foc, nu am înregistrat nici un caz nici în calitate de victimă, nici în calitate de martor – pentru elevii care erau rezidenți în mediul urban).

În ceea ce privește abuzul sexual, datele pe care le-am obținut sunt foarte îngrijorătoare, dacă avem în vedere consecințele deosebit de grave pe care le poate avea asupra dezvoltării ulterioare a personalității individului această

formă de abuz (chiar și sub forma atingerilor în locuri intime, fără consumămantul victimei), mai ales atunci când este repetată. Din Tabelul 4, putem constata ușor faptul că elevii au înregistrat un procent mai ridicat de cazuri pentru condiția de martor (expunere indirectă), comparativ cu cea de victimă directă. Astfel, aproximativ 21% dintre elevii rezidenți în mediul rural fuseseră expuși direct (în calitate de victime) la abuzul sexual sub forma atingerilor în locuri intime, în timp ce peste trei sferturi fuseseră expuși în calitate de martori (deci, în mod indirect). De asemenea, aproximativ 18% dintre elevii rezidenți în mediul urban fuseseră expuși, în calitate de victime, la abuzul sexual sub forma atingerilor în locuri intime, în timp ce peste 45% fuseseră expuși, în mod indirect, la aceeași formă de manifestare a violenței. Pe de altă parte, cel puțin aşa cum rezultă din declarațiile pe care elevii le-au făcut, prevalența expunerii elevilor la abuzul sexual, manifestat sub forma atingerilor în locuri intime, a fost mult mai ridicată decât prevalența expunerii la amenințări, atacuri sau înjunghieri cu un cuțit ori cu o armă de foc. În opinia noastră, mai multe explicații pot concura la această situație. Prima trebuie să ia în calcul existența reală a fenomenului legat de abuzurile sexuale, mai ales că avem de-a face cu elevi care pot raporta situații care, în realitate, nu au existat. O altă posibilă explicație trebuie să ia în calcul faptul că mulți dintre elevii care au răspuns la întrebările anchetei ar fi putut include, în raportările lor, fapte pe care le-au văzut, probabil, la televizor sau pe care le-au auzit de alte persoane, amestecându-le cu propriile experiențe reale. Este posibil ca acest fapt să fi contribuit la creș-

terea artificială a prevalenței cazurilor de expunere la violență manifestată sub forma abuzului sexual (atingeri în locuri intime). Totuși, chiar dacă numărul de cazuri de expunere directă la violență manifestată sub forma atingerilor în locuri intime a fost mult mai scăzut decât numărul de cazuri de expunere indirectă, în calitate de martori, rezultatul ni s-a părut foarte îngrijorător. Avem în vedere mai ales situația multor familii în care pot exista o serie de disfuncționalități favorizate de factori, precum: dependența de alcool la un părinte sau la ambii, nivelul educațional scăzut, patologia personalității unuia sau a ambilor părinți sau a copiilor/adolescentilor – care poate fi legată de „istorii personale traumatische”, problemele materiale și sociale foarte grave, mentalitatea părinților despre lume, viață și practicile familiale, absența comunicării dintre părinți și copii, promiscuitatea morală caracteristică ambianței familiale, strategiile educationale deficitare etc. Toți acești factori pot conduce direct la (sau pot crea terenul propice pentru) manifestări nesănătoase, printre care pot fi incluse și conduitele abuzive, cu semnificații sexuale. Adesea, astfel de manifestări rămân ascunse comunității și factorilor care pot interveni, datorită consemnului secretomaniei, indus în rândul copiilor de către unul dintre părinți (de obicei, și el victimă a celuilalt părinte abuzator) sau indus de către victimă însăși (din sentimentul de teamă sau rușine).

Analiza detaliată (pe forme de manifestare a violenței) a prevalenței expunerii la violență a elevilor a evidențiat diferențe semnificative din punct de vedere statistic doar în cazul expunerii la amenințări, în calitate de martori, în

familie ( $z = 2,60$ ;  $p < 0,01$ ) – în sensul în care elevii rezidenți în mediul rural au înregistrat o proporție a cazurilor critice semnificativ mai ridicată decât elevii rezidenți în mediul urban, respectiv în cazul pălmuirilor, loviturilor sau îmbrâncelilor, în calitate de martori, în școală ( $z = -3,20$ ;  $p < 0,01$ ) – în sensul în care elevii care erau rezidenți în mediul rural au înregistrat o proporție a cazurilor critice semnificativ mai scăzută decât elevii care erau rezidenți în mediul urban.

Tabelul 5 prezintă frecvențele procentuale pentru experimentarea, în trecut (adică în cursul copilăriei), a uneia sau a alteia dintre formele de manifestare a violenței, atât în calitate de victimă, cât și de martor, de către elevii din cele două medii de rezidență, pe care le-am analizat. Peste un sfert dintre elevii din mediul rural au indicat că fuseseră, în trecut, cel puțin o dată victime ale amenințărilor din partea altor persoane. De asemenea, peste o treime dintre elevii rezidenți în mediul urban au indicat faptul că fuseseră victime la amenințările adresate altor persoane. Aproximativ 60% dintre elevii din mediul rural, respectiv puțin peste 58% dintre elevii din mediul urban au indicat faptul că fuseseră, în copilărie, cel puțin o dată, martori la amenințările pe care o persoană le-a adresat unei alte persoane.

În ceea ce privește pălmuirile, loviturile sau îmbrâncelile, procentele au fost mai ridicate – atât pentru condiția de *victimă*, cât și pentru condiția de *martor*. Astfel, peste jumătate dintre elevii rezidenți în mediul rural, respectiv peste 43% dintre elevii din mediul urban au indicat că fuseseră, în copilărie, cel puțin o dată victime directe ale pălmuirilor, loviturilor sau îmbrâncelii-

lor, în timp ce peste 70% dintre elevii din mediul rural, respectiv peste trei sferturi dintre cei din mediul urban au indicat că asistaseră, în calitate de mar-

tori, la pălmuiiri, lovituri sau îmbrânceli manifestate de o persoană asupra unei alte persoane.

Tabelul 5.

### Comparații în ceea ce privește prevalența cazurilor de victimizare prin expunere la violență (în trecut/copilărie)

| Formă de manifestare a violenței        | În calitate de | % adolescenți care au experimentat-o cel puțin o dată (au ales variantele de răspuns câteodată/deseori/foarte des) |       | z proporții rural/urban |
|---|----------------|--|-------|-------------------------|
|   |                | Rural  | Urban |                         |
| Amenințări                              | victimă        | 27,27  | 33,8  | - 0,83                  |
|   | martor         | 59,74  | 58,06 | - 0,20                  |
| Pălmuiiri, lovituri, îmbrânceli         | victimă        | 50,64  | 43,54 | 0,83                    |
|   | martor         | 70,12  | 75,80 | - 0,75                  |
| Bătaie                                  | victimă        | 15,58  | 4,83  | 2,17 *                  |
|   | martor         | 61,03  | 51,61 | 1,11                    |
| Amenințare/atac/înjunghiere cu un cuțit | victimă        | 5,19   | 6,45  | - 0,31                  |
|   | martor         | 18,18  | 16,12 | 0,32                    |
| Atac sau împușcare cu o armă de foc     | victimă        | 1,29   | 0,00  | 1,00                    |
|   | martor         | 9,09   | 4,83  | 1,00                    |
| Abuz sexual (atingeri în locuri intime) | victimă        | 12,98  | 17,74 | - 0,77                  |
|   | martor         | 37,66  | 41,93 | - 0,51                  |

\* p < 0,05

În ceea ce privește bătaia, procentele cazurilor critice au fost semnificativ mai ridicate pentru condiția de *martor* decât pentru condiția de *victimă*, ca și în cazul amenințărilor, respectiv al pălmuiirilor, loviturilor sau îmbrâncelilor. Astfel, doar 15,58% dintre elevii care erau rezidenți în mediul rural au indicat faptul că fuseseră, în propria lor copilărie, victime directe ale violenței manifestată sub forma bătailor, în timp ce numai aproximativ 5% dintre elevii care erau rezidenți în mediul urban au indicat că fuseseră victime ale violenței manifestată sub forma bătailor. În schimb, peste 61 % dintre elevii din me-

diul rural și aproximativ 52% dintre elevii din mediul urban au indicat faptul că fuseseră, în copilărie, victime indirecte (martori) la violentarea altor persoane prin bătaie.

O tendință asemănătoare a fost constată în cazul amenințării, atacului sau înjunghierii cu un cuțit, respectiv a abuzului sexual sub forma atingerilor în locuri intime, fără consumământul victimei. Astfel, în ceea ce privește amenințarea, atacul sau înjunghierea cu un cuțit, doar 5,19% dintre elevii din mediul rural, respectiv 6,45% dintre elevii din mediul urban au raportat faptul că fuseseră, cel puțin o dată, victime. Pes-

te 18% dintre elevii rezidenți în mediul rural, respectiv peste 16% dintre elevii rezidenți în mediul urban au indicat că fuseseră martori la astfel de evenimente, în copilăria lor. Pe de altă parte, ca și în cazul expunerii recente la violență, frecvența atingerilor în locuri intime fără voia victimei a fost îngrijorătoare – atât pentru condiția de *victimă directă* (aproximativ 13% dintre elevii din mediul rural, respectiv aproximativ 18% dintre elevii din mediul urban), cât și pentru condiția de *martor* (aproximativ 38% dintre elevii din mediul rural, respectiv aproximativ 42% dintre elevii din mediul urban). Pentru violență manifestată sub forma atacurilor sau a împușcăturilor cu o armă de foc, datele au fost nerelevante și au indicat diferențe mici între elevi, în funcție de mediul de rezidență.

Pe lângă explicațiile pentru datele îngrijorătoare, referitoare la abuzul sexual prin atingeri în locuri intime, pe care le-am discutat mai sus, dorim să precizăm faptul că factorul mnezic poate juca un rol foarte important în evocarea de către copii sau adolescenți a experiențelor de abuz, la care au fost victime directe sau martori. Astfel, cu cât perioada de timp scursă de la momentul când au fost experimentate situațiile de abuz este mai mare, cu atât este mai mare și riscul distorsionării amintirilor legate de contextul în care a avut loc abuzul, persoanele implicate sau gravitatea actelor comise. O altă posibilă explicație a rezultatelor pe care le-am obținut trebuie să ia în calcul faptul că mulți dintre elevii care au participat la ancheta noastră este posibil să fi inclus atât experiențele de abuz (sexual) trăite recent, cât și pe cele trăite într-un trecut mai îndepărtat, de unde a rezultat

o posibilă supraestimare a procentelor pentru condițiile de *victimă*, respectiv *martor*.

Singura diferență semnificativă între elevii rezidenți în mediul rural și cei rezidenți în mediul urban a vizat frecvența cazurilor de expunere la bătaie, în calitate de victimă directă. Elevii din mediul rural au înregistrat un număr semnificativ mai ridicat al cazurilor critive, comparativ cu numărul de cazuri obținute în rândul elevilor din mediul urban ( $z = 2,17$ ;  $p < 0,05$ ).

Tabelul 6 prezintă corelațiile dintre frecvența expunerii recente (în ultimul an) la violență, frecvența expunerii în trecut (de-a lungul copilăriei), respectiv frecvența propriilor comportamente violente, manifestate de către elevi în ultimul an. Pentru toți elevii, ca și pentru fete și băieți, respectiv pentru elevii rezidenți în mediul rural și cei rezidenți în mediul urban, corelațiile dintre valoarea indicatorului global referitor la frecvența expunerii recente la diferite forme de violență și valoarea indicatorului referitor la frecvența expunerii în copilărie au fost semnificative din punct de vedere statistic ( $p < 0,01$ ) și au avut valori cuprinse între 0,56 și 0,63, semnificând asociere de intensitate moderată. Sensul pozitiv al tuturor corelațiilor indică faptul că frecvența crescută a expunerii recente la diferite forme de manifestare a violenței a tins să se asocieze cu frecvența crescută a expunerii la violență în trecut (copilărie). Datele pe care le-am obținut întăresc observația cercetătorilor potrivit căreia socializarea copiilor într-un mediu educațional violent crește riscul victimizării prin violență, atunci când copiii ajung puitori, adolescenți sau tineri.

Tabelul 6.

**Corelații între frecvența expunerii la violență și  
frecvența propriilor comportamente violente**

| <b>Variabile</b>   | <b>Lot total</b> |          | <b>Fete</b> |          | <b>Băieți</b> |          | <b>Elevi din mediul rural</b> |          | <b>Elevi din mediul urban</b> |          |
|--|------------------|----------|-------------|----------|---------------|----------|-------------------------------|----------|-------------------------------|----------|
|  | <b>1</b>         | <b>2</b> | <b>1</b>    | <b>2</b> | <b>1</b>      | <b>2</b> | <b>1</b>                      | <b>2</b> | <b>1</b>                      | <b>2</b> |
| 1. Frecvența expunerii recente (ultimul an) la diferite forme de violență  | -                |          | -           |          | -             |          | -                             |          | -                             |          |
| 2. Frecvența expunerii în trecut (copilărie) la diferite forme de violență | 0,42 **          | 0,60 **  | 0,45 **     | -        | 0,33 **       | 0,63 **  | 0,37 **                       | 0,57 **  | 0,55 **                       | 0,42 **  |
| 3. Frecvența propriilor comportamente violente, manifestate recent         |                  |          |             |          |               |          |                               | 0,48 **  | 0,57 **                       | 0,47 **  |

\*\* p < 0,01

Din Tabelul 6, se poate constata că, în rândul elevilor de gimnaziu care au participat la ancheta realizată, valorile indicatorilor globali referitor la expunerea recentă, respectiv în trecut la diferite forme de manifestare a violenței au co-relat semnificativ și pozitiv cu valoarea indicatorului referitor la frecvența propriilor comportamente violente. Valorile corelațiilor au fost cuprinse între 0,33 și 0,57, indicând fie asociere mai modeste (de exemplu, pentru sublotul de fete), fie asociere de intesitate moderată. Datele pe care le-am obținut confirmă rezultatele altor studii, potrivit cărora victimizarea sistematică a copiilor și adolescentilor prin diferite forme de manifestare a violenței tinde să se asocieze semnificativ cu un risc mai ridicat pentru manifestări comportamentale agresive sau violente (în relațiile interpersonale), care apar ca expresii ale distresului pe care copiii și adolescentii îl experimentează [2, 7].

**Concluzii.** Studiul pe care l-am realizat a vizat fenomenul expunerii la

violență (în familie, școală sau în comunitate – pe stradă) în rândul elevilor de gimnaziu. Cercetările, puține la număr în România, au indicat o amploare îngrijorătoare a acestui fenomen nu numai în subpopulația vizată de noi, ci și în rândul elevilor din școală primară și al adolescentilor. De asemenea, numeroasele cazuri prezentate în mass-media românească, mai ales în ultimii ani, confirmă realitatea existenței fenomenului, în cadrul instituțiilor școlare, în unele dintre familiile dintr-o comunitate sau în anumite areale comunitare (de exemplu, la periferia marilor orașe sau în minoritățile marginalizate social). Cazurile de violență manifestate tot mai frecvent în familie (vătămări corporale grave ale soției și copiilor de către soț sau ale copiilor de către părinți, abuzuri emotionale și sexuale repetitive), în școală (bătăi între elevi sau între elevi și profesori, violuri, etc.) sau în comunitate (violență stradală sau din parcurile de joacă, violență din baruri și discotecii) și

care sunt prezentate în programele de ştiri, în emisiunile sociale sau în emisiunile de divertisment sunt relevante pentru ceea ce se poate întâmpla în realitate și pentru dramele care îi mutilează pe viață pe mulți dintre copiii, tinerii și adulții care sunt vulnerabili în raport cu acest fenomen.

Rezultatele anchetei pe care am realizat-o trebuie analizate din perspectiva următoarelor aspecte: a) stilurile de răspuns la chestionarul administrat elevilor și atitudinea față de chestionar pe care aceștia au manifestat-o; b) obiectivele pe care le-am urmărit; c) implicațiile pe care rezultatele le au pentru factorii de decizie din sistemul de protecție socială și de asistență psihologică, educațională, socială și juridică a persoanelor care sunt în risc crescut de victimizare, prin expunerea la violență.

Din punctul de vedere al validității răspunsurilor pe care elevii le-au dat la chestionar, trebuie să ținem cont de o serie de posibile distorsiuni, și anume: a) neraportarea unor situații în care au fost expuși la diferite tipuri de violență, datorată sentimentului de culpabilitate sau de rușine; b) distorsiuni ale amintirilor legate de experiențele trăite într-un trecut mai îndepărtat sau chiar în cel recent; c) confuzia între conținutul unor itemi și o serie de experiențe mai puțin specifice în raport cu expunerea la violență; d) un nivel mai scăzut al seriozității și al responsabilității de care unii dintre respondenți au dat dovedă, în sarcina de completare a chestionarului.

Atât pentru cercetătorii preocupați de expunerea la violență a copiilor, adolescenților și tinerilor instituționalizați (din centrele de plasament, centrele rezidențiale), cât și pentru cei preocupați de fenomenul expunerii la violență în

familiile unei comunități, în școli sau în arealul mai larg al comunității, studiile comparate pot aduce informații substanțiale privind prevalența fenomenului, categoriile populationale vulnerabile și măsurile de prevenire și de combatere a acestui fenomen, despre care am văzut că implică costuri sociale și economice ridicate.

### Bibliografie

1. Gavrilovici, O. (2004). *Exposure to Violence and its Psychological Correlates in Institutionalized Children and Adolescents 8 to 17 Years of Age in Iasi County, Romania* (Teză de doctorat). Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University, 191 p.
2. Lynch, M. (2003). Consequences of children's exposure to community violence. În: *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 6, nr. 4, p. 265-274.
3. Mazza, J. J., Overstreet, S. (2000). Children and adolescents exposed to community violence: a mental health perspective for school psychologists. În: *School Psychology Review*, vol. 29, nr. 1, p. 86-101.
4. Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. În: *The Future of Children*, vol. 9, nr. 3, p. 33-49.
5. Robu, V. (2012). Violență comunitară: cauze, forme de manifestare și prevenire. În: *Psihologie: Revistă științifico-practică*, nr. 3, p. 36-53.
6. Singer, M. I. și al. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. În: *Journal of the American Medical Association*, vol. 273, nr. 6, p. 477-482.
7. Singer, M. I. și al. (1999). Contributors to violent behavior among elementary and middle school children. În: *Pediatrics*, vol. 104, nr. 4, p. 878-884.

## **PSIHOLOGIA EDUCAȚIEI**

### **НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С ЗАВИСИМЫМИ ФОРМАМИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

### **VIOLATIONS OF THE EMOTIONAL SPHERE IN INDIVIDUALS WITH DEPENDENT FORMS OF CHEMICAL DEPENDENCY**

**Вячеслав Владимирович ЗЛАТКОВСКИЙ**

**Termeni - cheie: tulburări emoționale, emoțiogeneză, dependență chimică, dependență de droguri, narcomanie.**

#### **Rezumat**

*Lucrarea conține analiza tulburărilor emoționale la pacienții cu diverse forme de dependență chimică. S-a studiat mecanismul de formare a dependenței de diferite tipuri de substanțe psihoactive, evidențiindu-se, condițiile ce determină mecanismele patopsihologice, diferite structuri de euforie și frecvența de apariție a lor, ca urmare a consumului de droguri; specificul tulburărilor emoționale funcționale. Sunt descrise de asemenea deficitele emoționale specifice, intronizarea de stres emoțional.*

**Ключевые слова: эмоциональные нарушения, эмоциогенез, химическая зависимость, наркомания.**

#### **Резюме**

*Проведен анализ эмоциональных нарушений у больных с различными формами химической зависимости.*

*Изучен механизм формирования зависимости от различных видов психоактивных веществ, иерархичность условий патопсихологических механизмов: эйфория различной структуры и частоты возникновения в результате применения наркотического средства; функциональные эмоциональные нарушения; специфическая эмоциональная дефицитарность; интронизация эмоциональных переживаний.*

**Keywords: emotional disturbances, emotsiogenez, chemical dependency, drug addiction.**

#### **Summary**

*The analysis of emotional disorders in patients with various forms of chemical dependency.*

*The mechanism of formation depending on the different types of psychoactive substances, the hierarchy of conditions patopsihologicheskikh mechanisms: the euphoria of different structure and frequency of occurrence as a result of drug use, functional emotional disorders, specific emotional Deficits; enthronement of emotional distress.*

В настоящее время зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) привлекает все большее внимание исследователей. Особенно актуальным является комплексный медико-психологический подход к характеристикам личности зависимых от ПАВ (в частности, это касается предикторов развития аддикций). Достаточно широко исследованы психопатологические аспекты зависимости от различных видов ПАВ, постоянно пополняется арсенал знаний о природе действия тех или иных веществ на мозг и психику человека. Тем не менее в медицинской психологии до сих пор мало представленными остаются профильные научные исследования в области некоторых «сферных» изменений со стороны психического состояния, в частности - эмоционального. Традиционная клиническая классификация нарушений эмоций и чувств, подразумевающая категории патологического усиления и ослабления, а также нарушения подвижности и адекватности, не отражает полноты изменений эмоциональной сферы. Не раскрыты количественные и качественные характеристики процессов эмоционального реагирования в сопряжённости от вида наиболее часто употребляемых в Украине ПАВ [1-4]. При химической зависимости страдают все основные компоненты личности: биологическая, психологическая, социальная и духовная. Зависимая личность сохраняет определенный психологический дефицит как в период активного злоупотребления ПАВ, так и длительное время после его прекращения [7]. Традиционно исследования, посвященные наркоманиям, имеют

клинико-эпидемиологическую направленность [5, 6], что отражает социальную значимость проблемы химической зависимости в целом. Социальная значимость проблемы обусловливает в отношении наркоманий и превалирующую роль ресоциализационно-реабилитационных мероприятий, направленность которых имеет социальный характер. Что касается психотерапии различных форм зависимости, то она не имеет системного характера и является эклектической, сформированной на уровне отдельных психотехник, не выходящих за рамки методик; при этом направлена преимущественно на устранение патологической тяги к психоактивному веществу (ПАВ) и не имеет четких мишеней. Мишенью же психотерапии в отношении различных видов наркоманий является, прежде всего, эмоциональная сфера, поскольку как вовлечение, так и поддержание тяги к ПАВ базируется на принципе гедонизма и затрагивает эмоциональный гомеостаз индивида. Под эмоциогенезом понимается количественная и качественная совокупность процессов эмоционального гомеостаза в его онтогенетическом (стадиальность) и повседневном (функционирование) выражении. Под эмоциональным гомеостазом понимается постоянный уровень эмоций (эмоциональный фон), присущий человеку в его обычном состоянии бодрствования и определяющий психосоматическое состояние нормы при взаимодействии данного человека с окружающим миром. При зависимости от ПАВ состояние эмоционального гомеостаза нарушается: с одной стороны, формируется пос-

Таблица 1

**Распределение уровней личностной и реактивной тревожности у больных с различной формой наркозависимости  
(по данным методики Спилбергера-Ханина)**

| Шкала тре-<br>вожности | Группа 1<br>n=48 |             | Группа 2<br>n=47 |             | Группа 3<br>n=41 |             |
|------------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
|                        | абс              | %±%m        | абс              | %±%m        | абс              | %±%m        |
| <b>Реактивная</b>      |                  |             |                  |             |                  |             |
| низкая                 | 8                | 16,6 ± 5,37 | 13               | 27,6 ± 6,52 | 9                | 21,9 ± 6,45 |
| умеренная              | 9                | 18,7 ± 5,62 | 28               | 59,5 ± 7,16 | 26               | 63,5 ± 7,51 |
| высокая                | 31               | 64,7 ± 6,89 | 7                | 14,9 ± 5,19 | 6                | 14,6 ± 5,51 |
| <b>Личностная</b>      |                  |             |                  |             |                  |             |
| низкая                 | 5                | 10,4 ± 4,4  | 3                | 6,4 ± 12,7  | 2                | 4,9 ± 3,37  |
| умеренная              | 10               | 20,8 ± 5,85 | 8                | 17 ± 5,47   | 7                | 17,1 ± 5,88 |
| высокая                | 33               | 68,8 ± 6,68 | 36               | 76,6 ± 6,17 | 32               | 78 ± 6,46   |

тоянное побуждение к повторению опыта эмоционального удовольствия, эйфории, с другой — стремление вернуться к обычному уровню эмоционального равновесия. В указанной клинической классификации не учитывается и медико-психологический аспект проблемы, состоящий в выявлении характера и степени нарушения функций эмоций, который проявляется в преобладании одних функций (переключающей, подкрепляющей, компенсаторной, побудительной, предвосхищающей, дезорганизующей) и ослаблении, вплоть до выпадения, других (отражательно-оценочной, эвристической, синтетической, активирующей-мобилизационной, экспрессивной). Целью нашего исследования является изучение нарушений эмоциональной сферы и их роли в функционировании зависимостей от различных видов ПАВ. Нами обследованы 137 лиц с наркотической зависимостью, которые были разделены на две группы: основную (75 человек) составили

лица с зависимостью: от этанола (27 больных), от опиоидов (23), от психостимуляторов (25) и контрольную (62 человек) — лица, употребляющие: от этанола (21 человек), от опиоидов (19 человек), от психостимуляторов (22 человек), проходящие лечение и реабилитацию в наркодиспансерах государственных лечебных учреждениях. Эти группы зависимостей являлись «модельными» по параметрам изменений процессов эмоциогенеза и клинико-семиотических проявлений эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств.

Изучение эмоциональной сферы осуществлялось с помощью методики Спилбергера-Ханина для исследования уровня тревоги у наркозависимых. Шкала реактивной и личностной тревоги Ч. Д. Спилбергера является способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревоги как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Состояние тревоги рассматривается

Таблица 2

**Соотношение среднегрупповых показателей реактивной и личностной тревожности у больных с различной формой наркозависимости**  
(в баллах, по данным методики Спилбергера-Ханина)

| Уровень тревожности | Группа 1<br>n=48 | Группа 2<br>n=47 | Группа 3<br>n=41 |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|
|                     | %±%m             | %±%m             | %±%m             |
| Реактивная          | 43,7 ± 8,64      | 37,2 ± 6,71      | 37,3 ± 6,09      |
| Личностная          | 45,06 ± 7,91     | 46,6 ± 6,83      | 46,8 ± 6,41      |

как реакция человека на различные стрессы, чаще психогенного, социально-психологического характера. Личностная тревожность определяется как свойство индивида, являющиеся конституциональным признаком, и служит предрасположенностью, облегчающей возникновение реакций тревоги. Выбор данной методики для целей нашего исследования был обусловлен именно тем, что оценка результатов предусматривает дифференциацию факторов личностной тревожности и реактивной тревоги.

Группа испытуемых была разделена на три подгруппы, которые отражают форму наркотической зависимости больных. Таким образом: группа 1 - наркозависимые от этанола; группа 2 - наркозависимые с использование психостимуляторов (первитин); группа 3 - опиоидная наркомания (табл. 1).

Общая картина уровня реактивной тревоги у наркозависимых такова, что достоверно более высокий показатель преобладает в группе больных с этанол зависимостью 64,7 ± 6,89 (соответственно p<0,001 и p<0,001). Тогда как достоверно более низкие показатели тревоги в группе с использованием психостимуляторов 27,6 ± 6,52 (соответственно p<0,001 и p<0,05).

В группе 1 (этанолзависимые) при исследовании уровня реактивной тревоги были получены результаты, которые указывают на преобладание высокого уровня (64,7 ± 6,89) реактивной тревоги над низким (16,6 ± 5,37) и умеренным (18,7 ± 5,62, соответственно p<0,001 и p<0,05).

В группе 2 (психостимуляторы), в отличие от группы 1, достоверно значимо преобладает умеренный уровень реактивной тревоги (59,5 ± 7,16), при этом высокий уровень достоверно менее выражен (14,9 ± 5,19, соответственно p<0,001).

Анализ показателей в группе 3 (опиоидная зависимость) показал обратную выраженностей реактивной тревоги, как и в группе 2, достоверно значимо умеренный уровень реактивной тревоги (63,5 ± 7,51, соответственно p<0,001) преобладает над высоким (21,9 ± 6,45) и низким (14,6 ± 5,51, соответственно p<0,001).

Проведенный анализ показателей личностной тревожности выявил, что достоверно значимо высокий уровень тревожности выражен в группе с опиоидной зависимостью (78 ± 6,46, соответственно p<0,001) и в группе 2, с употреблением психоактивных веществ (76,6 ± 6,17, соответственно p<0,001), чем в группе 1 (68,8 ± 6,68).

Помимо анализа распределения уровней тревожности в исследуемых группах больных, нами был проведен расчет и сопоставление среднегрупповых уровней тревожности (табл.2).

Анализ полученных данных показал, что в группе больных с зависимостью от этанола показатели реактивной и личностной тревожности имели близкие значения, однако они соответствовали высокому уровню ( $43,7 \pm 8,64$  и  $45,06 \pm 7,91$  балла соответственно). Различия в среднегрупповых показателях как реактивной, так и личностной тревожности между этими группами не достигали статистической значимости.

В группах больных с зависимостью от психостимуляторов и опиоидов обратное соотношение реактивной и личностной тревожности: в группе 2 спеднегрупповой показатель личностной тревожности соответствовал высокому уровню и значимо превышал аналогичный показатель как реактивной тревожности у этих больных, соответствующий умеренному уровню ( $46,6 \pm 6,83$  и  $37,2 \pm 6,71$  балла соответственно,  $p < 0,001$ ), так и аналогичный показатель в группе 3 ( $37,3 \pm 6,09$  и  $46,8 \pm 6,41$  балла,  $p < 0,001$ ).

Также в ходе исследования был проведен компараторный анализ нарушений в эмоциональной сфере при различных видах зависимости от ПАВ. Все нарушения оценивались по различным группам признаков, которые определяли этиопатогенетические составляющие формирования зависимости от ПАВ.

Анализ результатов исследований показал, что каждому ПАВ

свойственна специфическая структура эйфории и ее особые клинические проявления.

*Первая группа – структура эйфории, расцениваемой в качестве феномена (или синдрома) «чистой» экзогении; вторая – характер симптоматики; скорость развития эмоциональных нарушений; со-пряженность с иными «сферными» расстройствами; третья – наличие и скорость формирования дефицитарности эмоциональной сферы; скорость формирования «гомеостатического плато»; способность к эмпатии; наличие критики к собственному состоянию; четвертая – онтогенетический гедонический компонент.*

Выходы: полученные результаты показывают, что в формировании зависимости от различных видов ПАВ участвуют четыре сложно организованных и иерархически подчиненных условия патопсихологических механизмов: эйфория различной структуры и частоты возникновения в результате применения наркотического средства; функциональные эмоциональные нарушения; специфическая эмоциональная дефицитарность; интроверсия эмоциональных переживаний. На основании проведенных исследований были выявлены следующие клинико-психопатологические особенности *нарушения эмоциональной сферы* у лиц с зависимостью от различных видов ПАВ: от алкоголя – сохранность основных процессов и стадий эмоциогенеза; от опиоидов – нарушения основных процессов и относительная сохранность стадий эмоциогенеза;

от психостимуляторов — нарушения основных процессов и стадий эмоциогенеза.

### **Литература**

1. Козлов А. А., Рохлина М. Л. *Наркоманическая личность*. // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2000. № 7. С. 23–27.
2. Линский И. В., Минко А. И., Первомайский Э. Б. *Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине*. // Наркология.— 2005.— № 4.— С. 12–17.
3. Линский И. В. *Метод оценки предрасположенности к психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ*. // Укр.вісн. психо- неврології.— 2000.— Т. 8, вип. 1.— С. 60–63.
4. Личко А. Е., Битенский В. С. *Подростковая наркомания*.— Л.: Медицина, 1991.-304 с.
5. Мінко О. І., Гегешко В. В. *Проблема когнітивних розладів у осіб, залежних від психоактивних речовин*. // Матер. IX Української науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів Довженківські читання: Актуальні питання соціальної і клінічної наркології (Харків, 8–9 квітня 2008 р.).— Харків, 2008.— С. 261-263.
6. Dupont H. *Emotional Development. Theory and Applications: A Neo-Piagetian Perspective*.— Westport, CT: Praeger, 1994. 132 p.

## **PSIHOLOGIE SOCIALĂ**

**INFLUENȚA MINORITĂȚII ANONIME ASUPRA MAJORITĂȚII ÎN CONDIȚIILE DE SPONTANEITATE ALE UNUI MEDIU NATURAL**

**THE INFLUENCE OF AN ANONYMOUS MINORITY OVER A MAJORITY GIVEN THE SPONTANEOUS CONDITIONS OF A NATURAL ENVIRONMENT**

**Răzvan T. COLOJA, Marius DRUGAŞ**

**Termeni-cheie: conformism, minoritate anonimă**

### **Rezumat**

*O majoritate poate da dovadă de conformism nonnormativ în raport cu o minoritate anonimă în condiții de mediu natural. Treizeci și opt de eșantioane de persoane au fost înregistrate prin tehnica video, pentru a se observa în ce fel grupurile majoritare urmează exemplul unui inițiator, prin încălcarea conștientă a regulilor de circulație în mediul urban. S-au obținut diferențe la nivelul deciziei între eșantioanele observate, bărbații fiind mai predispuși la conformism nonnormativ. Rezultatele sunt în concordanță cu studiile care sugerează că influența minorității se resimte cu precădere la un nivel privat, în detrimentul situațiilor publice. Totuși, datele pe care le-am obținut sugerează că minoritatea anonimă poate influența un grup majoritar, printr-un contact minim. Problema influenței minorității este încă puțin exploată în domeniul psihologiei, deși aceasta are aplicabilitate practică în domeniile juridic, militar și sociologic.*

**Keywords: conformity, anonymous minority**

### **Summary**

*A majority can show non-normative conformity in relation to an anonymous minority given the spontaneous conditions of a natural environment. Thirty-eight samples were recorded by video technique to see in what way the majority groups followed the example of an initiator by consciously infringing upon traffic regulations in an urban environment. There were differences at a decision level between the observed samples, and men were more vulnerable to non-normative conformity. The results support the findings of previous studies which were related to how minority influence is felt mostly at a private level. However, data we report in this paper suggests that an anonymous minority can influence a majority through a minimal contact. This topic is less studied in the field of Psychology, although there are certain implications in Law, Military or Sociology.*

**Introducere.** Ca obiect de studiu în psihologia socială, influența majorității asupra unui grup minoritar a

prezentat interes începând cu studiile de factură experimentală realizate de Solomon Eliot Asch [1], însă prea pu-

ține studii s-au concentrat asupra reversului medaliei, și anume influența pe care o minoritate o poate avea asupra majorității. Cu excepția studiilor realizate de Serge Moscovici și Charlane Jeanne Nemeth [vezi 13], interesul psihologilor s-a concentrat, în speță, asupra impactului pe care majoritatea îl are asupra puterii de decizie a minorității. În acest sens, se remarcă o breșă care trebuie acoperită, și anume o breșă care să abordeze problematica conformității nonnormative [2, 4, 7, 15] într-o situație spontană [9]. Prin *acțiuni nonnormative*, se înțelege ansamblul acțiunilor care nu reflectă normele unui sistem (de exemplu: o organizație, o minoritate etnică sau o colectivitate), însă nici nu fac rău nimănui.

Dependența individului uman de societatea în care trăiește implică, încă din timpuri imemoriale, un grad de conformitate față de un set scris sau nescris de reguli impuse de societate, prin intermediul grupurilor active sau pasive. Pentru păstrarea armoniei sociale, indivizi umani tend să fie dispuși să afișeze un grad de conformitate față de aceste reguli, deoarece orice abatere de la normele sociale prezintă un pericol de ostracizare și o posibilă pedeapsă aplicată persoanelor incriminate.

Deși, în general, este percepță ca un lucru negativ, conformitatea unui individ la grupul din care face parte poate avea valențe pozitive, atunci când discutăm despre respectarea normelor și a regulilor impuse de societate (de exemplu: legile de drept ale unui stat, regulile de circulație sau etichetele sociale). Exemple de conformitate pozitivă includ păstrarea liniștii în sala de cinema, respectarea indicațiilor semnelor de circulație, mularea pe eticheta bune-

lor maniere în timpul unei cine într-un restaurant etc. Conformarea individului la grupul de apartenență poate avea drept cauză elemente variate, dar, în general, acestea sunt cele impuse de conștiința comună [5], sub forma legilor ori a regulilor general acceptate, care s-au dovedit a fi anterior eficace.

Studiile legate de influența pe care o majoritate o poate avea asupra unei minorități au relevat o serie de aspecte, precum faptul că oamenii sunt influențați de acțiunile și de convingerile altora [1], femeile sunt mai predispuse decât bărbații să respecte regulile, pentru a păstra armonia socială [Wiggins, 1994; citat în 9] sau normele de conformitate variază de la un individ la altul, în funcție de cultura de apartenență sau de gradul de colectivizare al societății din care individul face parte [Brehm, 1996; citat în 9].

Printre altele, cercetarea relației grup-individ a sugerat că, pe măsură ce un grup este mai compact, indivizii din grup răspund mai bine influențelor membrilor grupului [Brehm, 1996; citat în 9]. Societățile omogene tend să fie mai puțin tolerante față de indivizi care nu se supun normelor sociale impuse în aceste societăți. În acest sens, o analiză pertinentă poate fi realizată cu privire la comunitățile rurale, prin comparație cu cele urbane. De exemplu, colectivitățile rurale tend să fie mai stricte în aplicarea regulilor și a normelor, spre deosebire de colectivitățile din mediul urban. Acest aspect a fost pus în legătură cu orientarea către colectivism a colectivităților rurale, respectiv către individualism a celor urbane. Colectivitățile rurale tend să fie mai colectiviste datorită faptului că densitatea populației este mai mică și, prin urmare, co-

munitătile sunt mai mici. De asemenea, în comunitățile rurale, relațiile dintre indivizi tind să fie mai strânse și de durată mai lungă [Beggs, 1996; citat în 9], ceea ce conduce la un mai mare accent pe acceptarea regulilor și a normelor, în vederea păstrării armoniei sociale. În plus, când vine vorba despre individ și despre posibila lui nonconformitate față de reguli, acesta resimte o presiune mai mare din partea colectivității rurale de a se conforma regulilor și normelor sociale [Nease, 1993; citat în 9]. Membrii comunităților din mediul rural eazătă în încălcarea regulilor și a normelor, pentru a nu ajunge să fie ostracizați. Deoarece grupurile sociale din mediile rurale găsesc mai puține modele sociale de analizat și, prin urmare, mai puține reguli de comparat, acestea sunt mai predispuse să urmeze regulile prestabilite, iar membrii grupurilor tind să fie mai puțin dispuși să le încalce.

Treptat, interesul cu privire la influența majorității asupra minorității s-a ramificat și spre alte domenii, precum cercetarea în domeniul *leadership*-ului și, implicit, a influenței unei minorități consistentă asupra unei majorități [12]. Până în prezent, studiile realizate asupra calităților *leader*-ului și-au concentrat atenția asupra biografiilor unor lideri deja notorii, precum Adolf Hitler sau Mahatma Ghandi. Jucând un rol decisiv pe scena istoriei omenirii, aceștia sunt personalități care nu reflectă și nu reprezintă *leader*-ul anonim și spontan [Popper, 2000; citat în 14]. Alte studii s-au concentrat asupra anumitor grupuri umane specifice, precum soldații din armata israeliană [14]. Însă, unul dintre neajunsurile acestor studii este legat de controlul multiplelor variabile exogene care pot

influența validitatea rezultatelor, astfel încât rezultatele acestor studii pot să nu reflecte predispoziția individului anonim spre *leadership*.

Există puține lucrări care tratează problema influenței unei minorități asupra majorității [11, 12] și cu atât mai puține lucrări care au fost preocupate să disece această problemă, din ungii anonimității subiecților. De luat în considerare este și faptul că studiile întreprinse de Serge Moscovici au fost desfășurate în condiții de laborator, aspect care ar fi putut introduce o presiune suplimentară în decizia indivizilor (participanților la experimente) de a se conforma. Revenind la *leadership*, majoritatea cercetărilor efectuate în domeniu au ignorat necesitatea și implicarea *leader*-ului într-o situație spontană, anonimă [8]. Puține lucrări au abordat problema identificării *leader*-ului anonim și spontan, iar cele mai multe studii din domeniu s-au concentrat, în speță, asupra mediilor în care *leadership*-ul este imperios necesar [14].

Implicațiile teoretice ale influenței minorității anonte asupra majorității se răsfrâng asupra aspectului referitor la spontaneitatea cu care anumite grupuri sociale, alcătuite din indivizi care nu se cunosc între ei, reacționează în situații critice. Amintim idei și evenimente aparent minore, care au fost inițiate de indivizi fără un nume și un loc important în istoria omenirii, însă care, ulterior, au condus la revolte sociale, schimbări de guverne, linșări în masă și la dărâmarea unor concepte politice sau religioase. Deși aveau un substrat anterior de neliniște socială, astfel de schimbări sociale cu impact major au izvorât din vorbele, mesajele sau din acțiunile unei singure persoane. Astfel de

persoane și-au atribuit rolul de *leader* în raport cu grupurile din care făceau parte și, aspect foarte important, au fost acceptate de către grupuri, în poziția de *leader*.

**Scopul cercetării.** Pornind de la analiza literaturii din domeniu, precum și de la importanța practică pe care o are observarea formării și manifestării potențialului *leader* spontan și analiza influenței pe care un individ anonim poate să aibă asupra unei majorități, am proiectat și am implementat un studiu de factură experimentală. Demersul investigativ a avut ca obiectiv observarea, dincolo de condițiile de laborator, a influenței unei minorități anonime asupra unei majorități anonime. S-a pornit de la premisa că factorul decisiv, în exercitarea acestei influențe, este reprezentat de spontaneitatea manifestării minorității anonime, care este redusă la forma ei de bază (un singur individ).

**Ipoteză și design.** Studiul a pornit de la ipoteza potrivit căreia situațiile sociale (de grup) spontane care implică prezența unui „ton” atitudinal sau comportamental dat de către o persoană anonimă din grup („minoritate”) sunt susceptibile de a genera o frecvență ridicată a deciziei conștiente a altor persoane din grup („majo ritate”) de a urma exemplul oferit de persoana care a inițiat atitudinea sau comportamentul.

Pentru realizarea studiului, s-a utilizat un *design* unifactorial, intergrup. Variabila independentă a fost reprezentată de inițiativa unei persoane de „a da tonul” în trecerea zebrei, pe culoarea roșie a semaforului (cu două modalități: inițiativă prezentă vs. inițiativă absentă). Principala variabilă dependentă a fost reprezentată de numărul de per-

soane din eșantioanele observate care au adoptat (individual) aceeași decizie de a traversa pe zebribă la culoarea roșie a semaforului. O variabilă dependentă secundară a fost reprezentată de genul persoanelor din eșantioanele observate, care s-au conformat (nonnormativ) minorității anonime.

**Subiecți.** Experimentul a fost realizat *in vivo* în iarna anului 2012, fără ca subiecții să aibă cunoștință de faptul că sunt observați, în condiții meteorologice favorabile care nu au implicat precipitații sau vânt puternic și într-un mediu care a presupus o cale de acces deschisă. În total, au fost observate succesiv, timp de 68 de minute, 38 de eșantioane *ad-hoc* de persoane (grupuri sau „instanțe”) care au parcurs un spațiu de acces pietonal în data de 11 decembrie 2012, începând cu ora 11.22. Dintre aceste eșantioane, au fost selectate 11 reprezentative, totalizând 234 de persoane (vezi secțiunea *Procedură*). Subiecții au fost de ambele genuri, din categorii sociale variate specifice mediului urban și s-au încadrat în medii de vîrstă care au variat de la 10 la 80 de ani (conform observațiilor înregistrate video și sistematizate în etapa post-experimentală). Media vîzezei de parcurgere a spațiului de acces dedicat pietonilor s-a încadrat în media observată pentru cele 38 de eșantioane successive.

**Instrumente.** Înregistrarea acțiunilor persoanelor și a grupurilor din care au făcut parte a fost realizată cu ajutorul unei camere de filmat digitale, cu o capacitate de stocare de 20GB, pe bază de *hard-disk* mecanic intern. Formatul folosit în cazul secvențelor video înregistrate a fost de 16:9, la setarea calitativă cea mai înaltă permisă de tehnologia de înregistrare. Aparatura de

filmare a fost susținută în permanență de un trepied, la o distanță de un metru de nivelul solului (pentru ca imaginile să fie cuprinzătoare și clare). Odată cu începerea înregistrării video a reacției persoanelor din eșantioanele observate, s-a notat data și ora. În prealabil, experimentatorii s-au asigurat că echipamentul de înregistrare este imobil și are acces clar și neîngrădit spre mediu.

În faza de postprocesare, fișierele video digitale (în format MOD) au fost prelucrate pe un sistem Ubuntu Linux 11.04 rulând pe un laptop Dell Inspiron Mini 1018, cu memorie internă de 2GB RAM și spațiu de stocare de 280GB. Pentru conversia fișierelor din format MOD în format AVI, s-a folosit utilitarul din linia de comandă MENCODER, iar pentru selecția și decuparea secvențelor video, a fost folosit utilitarul *open-source* AVIDEMUX.

**Procedură.** S-a recurs la observarea unei treceri de pietoni cu mijloc de semnalizare automat, pentru a se obține informații cât mai precise despre modul în care pietonii care nu se conformau semnalului de interdicție a accesului pe zebă reușeau să determine grupul de pietoni din care făceau parte să le urmeze exemplul. În România, regulile de circulație deprinse de pietoni în societate, familie și în școală sunt specifice și uniforme la nivel național, iar interdicția de a trece pe culoarea roșie a semaforului a fost considerată ca fiind foarte cunoscută membrilor grupurilor analizate. Acest aspect a reieșit și din faptul că, inițial, grupurile de pietoni observate s-au conformat regulii de oprire la culoarea roșie a semaforului și și-au păstrat temporar poziția.

Pentru maximizarea eficacității observației și sporirea gradului de va-

rietasă a grupurilor, s-a ales o trecere de pietoni din mediul urban, aflată în proximitatea celei mai aglomerate piețe alimentare din municipiul Oradea (România) și în imediata vecinătate a unei stații de tramvai. Trecerea de pietoni traversa două benzi de circulație unidirectionale dedicate autoturismelor. Maximizarea șanselor ca regulile de circulație să fie încălcate, în mod intenționat și conștient, de unul sau mai mulți dintre subiecți a fost asigurată prin necesitatea parcurgerii celor două benzi de circulație. Un alt factor care a contribuit la sporirea șansei de apariție a comportamentului vizat prin experiment a fost reprezentat de existența unui spațiu fizic de repaus, de un metru, între aceste două benzi. Intervalul de menținere a indicației semaforului, menită să îndrume pietonii, era de 64 de secunde în cazul colorii roșii, respectiv 30 de secunde în cazul colorii verzi.

Pentru fiecare dintre instanțele observate, accesul la drum al grupurilor de pietoni a fost liber, neîngrădit de trecerea automobilelor pe benzile care intersectau zebra și neinfluențat de vreo variabilă exogenă de tipul unui pericol localizat în spatele ori în lateralul grupurilor sau a unui stimulent aflat în fața lor. Intenția vădită a persoanei-initiator de a încălca normele sociale (regulile de circulație) a fost considerată ca fiind validă în momentul depășirii unei linii imaginare, aflată la distanță de un metru de punctul în care subiectul staiona, anterior trecerii străzii. De asemenea, ca o condiție adițională a asigurării validității intenției de traversare, momentul inițierii deplasării a trebuit să se situeze peste pragul de zece secunde, anterior schimbării culorii semaforului din roșu în verde.

Au fost excluse din eșantioanele observate toate persoanele care au ajuns la limita impusă de locul de așteptare dedicat pietonilor (capătul zebrei), după ce inițiatorul și-a declarat, prin acțiunea de deplasare, intenția de a încălca regulile de circulație. Pe de altă parte, dintre cele 38 de eșantioane observate (instanțe înregistrate), au fost eliminate 27, întrucât persoanele din eșantioane s-au conformat unanim regulilor de circulație. Astfel, au fost selectate pentru analiză doar 11 instanțe, în care o persoană reprezentând minoritatea a ales să inițieze încălcarea regulilor de circulație în mod voit și conștient.

Momentul ales pentru realizarea studiului a fost cu două săptămâni înainte de sărbătoarea Crăciunului, în aşa fel încât proximitatea sărbătorilor de iarnă să ofere un maximum de participanți, dar, în același timp, să nu influențeze decizia acestora de a trece strada din cauza unei variabile exogene, precum graba realizării cumpărăturilor necesare pentru Crăciun. Pe de altă parte, distanța dintre linia de tramvai și capătul imediat alăturat al zebrei era îndeajuns de mare, pentru a putea fi controlată influența din partea variabilei parazite reprezentată de pericolul mijloacelor de transport în comun, fiind eliminate toate eșantioanele în care decizia de traversare și de încărcare a regulilor de circulație (adoptată de către persoana-initiator) a fost luată, pentru a putea ajunge la timp la mijloace de transport în comun.

Experimentatorii nu au intervenit în nici un fel asupra deciziei și comportamentelor persoanelor din eșantioanele observate și nu au influențat procesul de măsurare a variabilei dependente, permitând, astfel, desfă-

șurarea evenimentelor într-un mod natural. După postprocesarea secvențelor video, s-a trecut la sortarea manuală a acestora, prin observație directă și prin segmentarea instanțelor (eșantioanelor observate), în funcție de obiectivul urmărit în studiu. Cele 11 instanțe care au fost considerate relevante (valide) pentru etapa de analiză a datelor au fost reanalizate, notându-se pentru fiecare numărul total de persoane, precum și numărul de persoane („majoritatea”) care au decis să traverseze strada, ca urmare a inițierii comportamentului de către o persoană necunoscută („minoritatea anonimă”).

**Rezultate.** Dintre cele 11 eșantioane observate, cinci au oferit cazuri concrete de apariție a conformității grupului majoritar în raport cu inițiativa unei singure persoane. În trei dintre instanțele reținute pentru analiză, grupul de personae nu a urmat inițiativa persoanei reprezentând minoritatea anonimă, iar în alte trei, doar câte o singură persoană din grupul majoritar a urmat exemplul inițiatorului. Cel mai ridicat grad de conformitate a fost observat în cazul eșantionului 11 (58,3%), în timp ce eșantionul 6 a prezentat cel mai mic grad de conformitate (21%). Dintr-un număr total de 234 de persoane care au compus grupurile majoritare, 50 (ceea ce reprezintă un procent de 21,3%) s-au conformat intenției persoanei minoritare, care a inițiat încălcarea regulilor de circulație (Tabloul 1). Pe ansamblu, diferența a fost semnificativă în favoarea persoanelor care nu s-au conformat inițiatorului [ $\chi^2 = 76,73$ ;  $p < 0,001$ ], acest rezultat global nesușinând ipoteza de la care s-a pornit.

Tabelul 1.

**Gradul de conformare în instanțele selectate pentru analiză  
(frecvențe absolute)**

| Instanța     | Participanți în eșantion | Persoane care s-au conformat | Bărbați care s-au conformat | Femei care s-au conformat | Genul inițiatorului |
|--------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------|
| 1            | 21                       | 8                            | 6                           | 2                         | masculin            |
| 2            | 10                       | -                            | -                           | -                         | masculin            |
| 3            | 14                       | 1                            | 1                           | -                         | masculin            |
| 4            | 21                       | 6                            | 5                           | 1                         | masculin            |
| 5            | 20                       | -                            | -                           | -                         | masculin            |
| 6            | 19                       | 4                            | -                           | 4                         | feminin             |
| 7            | 25                       | 1                            | 1                           | -                         | masculin            |
| 8            | 29                       | 1                            | 1                           | -                         | masculin            |
| 9            | 34                       | 15                           | 11                          | 4                         | feminin             |
| 10           | 17                       | -                            | -                           | -                         | masculin            |
| 11           | 24                       | 14                           | 8                           | 6                         | masculin            |
| <b>Total</b> | <b>234</b>               | <b>50</b>                    | <b>33</b>                   | <b>17</b>                 | -                   |

Înănd cont de faptul că a fost manipulată o regulă de circulație a cărei încălcare se poate pedepsi cu amendă, precum și de faptul că s-au constatat 50 de încălcări ale regulii de circulație, într-un interval de 68 de minute și în condiții de maximă vizibilitate publică, adică nonanonimat (participanții au ales deliberat să încalce regula), am considerat necesare câteva analize suplimentare. Astfel, în cazul inițiatorului minoritar care a exercitat sau nu o influență asupra grupului majoritar, s-a observat predominanța bărbaților, în a preluă inițiativa încălcării regulilor de circulație. În doar 18,1% dintre cazuri (două instanțe din cele 11 care au fost analizate), inițiatorul a fost o persoană de gen feminin. Pe de altă parte, dintr-un total de 50 de persoane care s-au conformat inițiativei de a trece strada pe culoarea roșie a semaforului (deci s-au conformat minorității), 33 au fost

de gen masculin (66%) și 17 de gen feminin (34%). Diferența dintre genuri, în ceea ce privește decizia de conformare, a fost semnificativă statistic [ $\chi^2 = 5,12$ ;  $p = 0,024$ ].

Cel mai mare grad de conformitate în rândul femeilor a fost înregistrat în cazul eșantionului 6, când toate persoanele care au decis să urmeze inițiativa de a trece strada pe culoarea roșie a semaforului au fost de gen feminin. Media de conformitate în rândul femeilor din cele 11 eșantioane observate a fost de 19,1%, cu un maxim de 100% în cazul eșantionului 6 și un minim de 0% în cazul altor șase eșantioane. La o medie de 20 de persoane per eșantion, s-a observat o asociere marginală (ca semnificație statistică) între numărul total al persoanelor dintr-un eșantion și numărul celor care au decis să urmeze exemplul inițiatorului, raportat la eșantionul respectiv [ $r = 0,58$ ;  $p = 0,057$ ].

De asemenea, notabil este faptul că persoanele de gen masculin au dat dovedă de „individualism” în număr mai mare decât persoanele de gen feminin, prin inițiativa lor de a se detășa de grup și de a încălca normele (regulile de circulație) la care grupul se supunea inițial.

**Discuții și concluzii.** Rezultatele obținute de noi sunt în concordanță cu datele studiilor care sugerează că influența minorității se resimte cu precădere la un nivel privat, intim, în detrimentul situațiilor publice [13]. Ultima afirmație este întărită, la rândul ei, de rezultatele studiilor realizate asupra conformității față de minoritate în condiții de laborator [12].

Factorul anonimitate, la care se adaugă cel referitor la mediul public, conduce la un grad de conformitate mai mic din partea majorității, comparativ cu nivelul pe care aceasta l-ar putea înregistra în cazul în care am vorbi de conformitatea individului față de majoritate. Parte a acestui fapt se datorează ideii de posibilă ridiculizare și ostracizare. Un grup majoritar va evita să se conformeze punctelor de vedere și acțiunilor unui grup minoritar, de teama dislocării armoniei sociale instaurată, fie și temporar, în grupul respectiv.

Un alt aspect demn de luat în considerare este că, potrivit studiilor lui Moscovici și Nemeth [vezi 13], fără puterea dată de numărul ridicat al membrilor de partea sa, un grup minoritar va căuta să-și întărească poziția sau punctul de vedere prin comportament verbal și nonverbal. În cazul eșantioanelor observate în studiul nostru, acest fapt a fost exprimat de persoanele care „au dat tonul” (la trecerea zebrei pe culoarea roșie a semaforului) și al căror comportament a fost acceptat și urmat,

în unele cazuri, de grupurile majoritare.

Relevantă pentru studiul nostru este încrederea în sine manifestată prin comportament [Moscovici, 1976; citat în 13], o caracteristică de bază a afinității față de ideea de *leadership* [14], încredere sugerată și chiar manifestată prin expresia publică a liderului anonim din studiul pe care l-am realizat. Cuplată cu dorința membrilor grupului majoritar de a-și atinge scopul, păstrând în același timp un sentiment de apartenență socială, încrederea în sine, manifestată prin gestică de către lider, a reușit să mobilizeze o masă de oameni, a căror relație unul față de celălalt a fost, în mare parte, temporară și rece.

Un individ poate prelua frâiele puterii, fără ca grupul pe care acesta îl influențează să aibă informații detaliate legate de acest individ, altele decât cele date de prima impresie, primul contact realizat de grup cu acesta (redus la informațiile survenite pe cale vizuală). Mai mult, minoritatea anonimă poate influența un grup majoritar printr-un contact minim care nu implică un apel verbal, scris ori de orice altă natură menită să treacă dincolo de mimica și gestica nedirecționată spre acest grup majoritar.

Un neajuns al observației libere și al eșantioanelor anonime este faptul că subiecții unui studiu nu pot fi analizați, premergător sau ulterior studiului, la nivel neurobiologic. O condiție a observării conformității în raport cu anonimitatea este lipsa de intervenție din partea experimentatorului, ceea ce implică automat lipsa unor corelații neurobiologice în raport cu această conformitate socială [3]. Asemenea date ar furniza informații adiționale cu privire la modul în care o minoritate stimulează

ză o majoritate și ar elibera parte din variabilele exogene care ar putea afecta rezultatele studiilor ulterioare.

De menționat că unul dintre rezultatele studiului pe care l-am realizat este legat de faptul că persoanele de gen feminin se conformează mai ușor decât cele de gen masculin unei influențe exterioare, de ordin uman [6]. Ipoteza nu a fost susținută de datele studiului nostru, dar un factor de influență ar putea fi dat de variabila exogenă legată de numărul mai mare de subiecți de gen masculin, care au fost observați în locația și pe perioada de colectare a datelor din teren. O altă variabilă exogenă este gradul de toleranță la frustrare al fiecărui participant la studiu, frustrare dată de frecvența modificării culorii semaforului și a disponibilității căii de acces în condiții de culoare roșie, factor nemăsurabil în studiul nostru, din cauza absenței condițiilor de laborator. De asemenea, se pune întrebarea dacă indivizii din grupul majoritar cedează ulterior în fața minorității, în ciuda faptului că știu că grupul minoritar încalcă legea, sau se conformează acestuia, deoarece percepția lor a fost alterată.

Aplicabilitatea practică a influenței minorității anonime asupra unei majorități se răsfrângă asupra unor arii de activitate umană variante. Una dintre acestea ar fi instanțele reprezentate de grupurile de jurați din țările în care sistemul legislativ se bazează pe implementarea lor în procesul decizional. Asemenea grupuri de jurați presupun eșantioane fixe de persoane alese aleator dintre cetățenii națiunilor respective, eșantioane care trebuie, de multe ori, să ajungă la un acord unanim, în vederea soluționării unei anume cauze. Puterea influență pe care un singur jurat ar

putea să o aibă asupra grupului din care face parte poate reprezenta un factor de care depinde libertatea învinuitului, în condițiile în care acest prim jurat ar fi capabil să exercite o anumită putere de convingere asupra majorității anonime. În acest sens, filmul *12 Angry Men* care a fost difuzat publicului în anul 1957 [10] ilustrează perfect puterea de convingere a unei singure persoane dintr-un juriu asupra celorlalți.

Un alt domeniu în care influența minorității și-ar găsi o aplicabilitate practică este cel al armatei. Anumite țări, precum Israelul, practică o ascensiune liberă în rândul soldaților, în ceea ce vizează numirea ofițerilor de infanterie, ascensiune ce este observată încă din primele zile în care gradul de familiaritate dintre soldați se situează la un nivel minim și se poate vorbi chiar de o anumită anonimitate temporară în rândurile acestora.

Un al treilea domeniu de aplicabilitate este dat de studiul sociologic al modului în care grupuri mari și active de persoane decid să ocupe o poziție sau o alta, dictate scurt și sub impulsul momentului de o minoritate anonimă. De exemplu, studiile în această direcție pot arăta dacă influența minorității anonime este un factor decisiv, alături de neliniștea socială, ori un posibil substrat de neliniște socială în formarea rapidă a mulțimilor violente.

Momentan, studiul influenței exercitate de o minoritate anonimă prezintă o nișă neglijată în domeniul psihologiei sociale, consensul general continuând să fie acela că, pentru ca influența să se facă simțită, este nevoie de putere numerică sau, cel puțin, de o minoritate față de care acea majoritate să dețină un grad minim de familiarita-

te. Rezultatele experimentului pe care l-am prezentat în lucrarea de față sugerează că această influență se poate face simțită și în situații prezente dincolo de pereții unui laborator, în condițiile impuse de anonimat.

### Bibliografie

1. Asch S. E., *Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority*. În: *Psychological Monographs*, 1956, vol. 70, nr. 9, p. 1-70.
2. Baron R. S., Vandello J. A., Brunsman B., *The forgotten variable in conformity research: Impact of task importance on social influence*. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, vol. 71, nr. 5, p. 915-927.
3. Berns G. S. și al., *Neurobiological correlates of social conformity and independence during mental rotation*. În: *Biological Psychiatry*, 2005, vol. 58, p. 245-253.
4. Burger J. M., *Desire for control and conformity to a perceived norm*. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, vol. 53, nr. 2, p. 355-360.
5. Durkheim E., *Suicide: A Study in Sociology* (translated by Spaulding J. A., Simpson G.). Glencoe, IL: The Free Press, 1951, 405 p.
6. Eagel A. H., *Gender and social influence: A social psychological analysis*. În: *American Psychologist*, 1983, vol. 38, nr. 9, p. 971-981.
7. Griskevicius V. și al., *Going along versus going alone: When fundamental motives facilitate strategic (non)conformity*. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 2006, vol. 91, nr. 2, p. 281-294.
8. Johns G., *Comportament organizațional. Înțelegerea și conducederea oamenilor în procesul muncii*. București: Editura Economică, 1998, 634 p.
9. Kuntz K. M., Gunderson S. K., *Non-normative and pro-social conformity: A study of rural and urban differences*. În: *Journal of Undergraduate Research: University of Wisconsin-La Crosse*, 2002, vol. 5, p. 233-239.
10. Lumet, S. (regizor), *12 Angry Men* [film]. Los Angeles: MGM, 1957.
11. Mori K., Arai M., *No need to fake it: Reproduction of the Asch experiment without confederates*. În: *International Journal of Psychology*, 2010, vol. 45, nr. 5, p. 390-397.
12. Moscovici S., Lage E., Naffrechoux M., *Influence of a consistent minority on the responses of a majority in a color perception task*. În: *Sociometry*, 1969, vol. 32, nr. 4, p. 365-380.
13. Nemeth C. J., *Minority influence theory*. În: van Lange P. A. M., Kruglanski A.W., Higgins E. T. (Eds.), *Handbook of Theories in Social Psychology*. New York: Sage, 2011, p. 362-377.
14. Popper M. și al., *The capacity to lead: Major psychological differences between leaders and nonleaders*. În: *Military Psychology*, 2004, vol. 16, nr. 4, p. 245-263.
15. Pronin E., Berger J., Molouki S., *Alone in a crowd of sheep: Asymmetric perceptions of conformity and their roots in an introspection illusion*. În: *Journal of Personality and Social Psychology*, 2007, vol. 92, nr. 4, p. 585-595.

## **PSIHOLOGIE CLINICĂ**

### **ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СОСТОЯНИЯ АГРЕССИВНОСТИ В КЛИНИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

### **APPLICATION OF ART THERAPY TO REDUCE OF AGGRESSION IN CLINIC PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

***Росина Петровна ШЕВЧЕНКО***

**Ключевые слова:** арт-терапия, психосоматическое отклонение, агрессия, стрессор, психотерапия, психосоциальная дезадаптация.

#### **Резюме**

*В статье отражены особенности использования арт-терапии как вспомогательного метода в клинике психосоматических расстройств, преимущества использования арт-терапии в работе с больными с повышенным уровнем агрессивности.*

**Termeni - cheie:** terapie prin artă, tulburări psihosomatice, agresivitate, stresori, psihoterapie, inadaptare psiho-socială.

#### **Rezumat**

*Lucrarea descrie modalitățile de aplicare a terapiei prin artă în reducerea stărilor de agresiune în clinica pentru tulburări psihosomatice. Sunt evidențiate beneficiile utilizării terapiei prin artă în lucrul cu pacienții cu nivel crescut de agresivitate.*

**Keywords:** art therapy, psychosomatic rejection, aggression, stressor, psychotherapy, psychosocial maladjustment.

#### **Summary**

*The paper describes the features of the use of art therapy as an auxiliary method in the clinic of psychosomatic disorders, the benefits of the use of art therapy in working with patients with increased levels of aggression.*

**Актуальность темы.** Анализ понятия «агрессия» в современной научной литературе [1, 2, 4, 6] показывает большое количество толкований. Э. Фромм [6] включил в понятие все те действия, которые причиняют (или намерены причинить)

ущерб другому человеку, животному или неживому объекту. Автор подчеркнул, что под данную категорию попадают разнообразные типы реакций и импульсов, предложил строго различать агрессию биологически адаптивную, способствующую под-

держанию жизни, доброкачественную и злокачественную, не связанную с сохранением жизни.

Биологически адаптивная агрессия [6] - это реакция на угрозу витальным интересам индивида; она заложена в филогенезе, свойственна как животным, так и людям, носит взрывной характер и возникает спонтанно как реакция на угрозу, следствие ее устранение либо самой угрозы, либо ее причины. Биологически неадаптивная, злокачественная агрессивность не заложена в филогенезе, является, по мнению автора, спецификой только человека, приносит биологический вред и социальное разрушение. Причем действия наносят вред не только жертве, но и самому агрессору. В основе злокачественной агрессивности не инстинкт, а некий человеческий потенциал, уходящий корнями в условия самого существования человека.

Другие авторы [1, 2] иначе истолковали агрессию: как врожденную реакцию человека для «защиты занимаемой территории» (Лоренц, Ардри); как установку к господству (Моррисон); реакцию личности на враждебную человеку окружающую действительность (Хорци); как производную от фruстрации (Маллер, Дуб, Доллард).

Необходимо отметить тот факт, что деструктивный компонент человеческой активности – агрессивность – является необходимым в созидательной деятельности, так как потребности индивидуального развития, социального самоутверждения формируют потребность в устранении препятствий, преодолению сопротивления со стороны общества.

Агрессивность имеет различную степень выраженности: от почти полного отсутствия до ее предельного развития. Обладая той или иной степенью выраженности агрессивности, личность ведет себя с различной степенью социальной активности: от пассивности, конформности до выраженной конфликтности, неспособности на сотрудничество.

**Цель исследования:** изучить возможности использования арт-терапии в работе с больными с повышенным уровнем агрессивности в клинике психосоматических расстройств. Для реализации поставленной цели необходимо выполнение ряда **задач**. Во-первых, при помощи опросника Баса-Дарки определить категорию больных психосоматическими расстройствами с повышенным уровнем агрессивности; во-вторых, разработать систему занятий арт-терапией для выделенной категории больных; в-третьих, разработать критерии изучения эффективности проведенной работы.

**Результаты исследования.** В исследовании, организованном на базе 417 Одесского военного госпиталя, приняло участие 60 больных в возрасте от 18 до 60 лет. Были сформированы три возрастные подгруппы по 20 человек. В первую вошли больные в возрасте от 18 до 30 лет, во вторую от 31 года до 45 лет, в третью от 45 до 60 лет.

Степень выраженности и качества агрессивности у больных выделенной клинической группы были исследованы при помощи опросника Баса-Дарки. В таблице 1 представлено количество больных, показавших повышенные показатели по шкалам опросника.

Таблица 1.

**Зависимость агрессивных реакций от возраста больных в клинике психосоматических расстройств**

| №<br>п/п | Виды реакций        | Количество испытуемых (n), выявивших повышенную агрессивность |    |             |    |             |    |
|----------|---------------------|---|----|-------------|----|-------------|----|
|          |                     | 1 возр. гр.   |    | 2 возр. гр. |    | 3 возр. гр. |    |
|          |                     | n   | %  | n           | %  | n           | %  |
| 1.       | Физическая агрессия | 7   | 35 | 9           | 45 | 9           | 45 |
| 2.       | Косвенная агрессия  | 9   | 45 | 12          | 60 | 8           | 40 |
| 3.       | Раздражение         | 8   | 40 | 12          | 60 | 11          | 55 |
| 4.       | Негативизм          | 10  | 50 | 13          | 65 | 10          | 50 |
| 5.       | Обида               | 9   | 45 | 11          | 55 | 12          | 60 |
| 6.       | Подозрительность    | 6   | 30 | 7           | 35 | 7           | 35 |
| 7.       | Вербальная агрессия | 8   | 40 | 10          | 50 | 9           | 45 |
| 8.       | Чувство вины        | 7   | 35 | 8           | 40 | 8           | 40 |

Данные таблицы свидетельствуют о том, что индекс враждебности, представленный в шкалах 5 и 6, в наибольшей степени выражен у больных третьей возрастной группы: «обида» – 12 чел., что составляет 60% от числа больных в данной возрастной группе; «подозрительность» – 7 чел., что составляет 35% от числа обследованных в 3-й возрастной группе. В меньшей степени данные показатели были обнаружены во 2-ой возрастной группе: «обида» – 11 чел., 55% от числа больных в данной группе, «подозрительность» – 7 чел. (35% от числа больных в данной группе). Наименьшие показатели в 1-ой возрастной группе: «обида» – 9 чел. (45% от числа больных в данной группе), «подозрительность» – 6 чел. (30% от числа больных в данной группе).

Индекс агрессивности (прямой и мотивационной), отраженный в шкалах 1, 3, 7, наиболее выражен во 2-ой возрастной группе: «физическая агрессия» – 9 чел. (45% от числа обследованных в данной группе), «раздражение» – 12 чел. (60% от числа обследованных в данной группе), «вербаль-

ная агрессия» – 10 чел. (50% от числа обследованных в данной группе). Меньшие показатели были обнаружены в 3-й возрастной группе: «физическая агрессия» – 9 чел. (45% от числа обследованных в данной группе), «раздражение» – 11 чел. (55% от числа обследованных в данной группе), «вербальная агрессия» – 9 чел. (45% от числа обследованных в данной группе). Наименьшие показатели в изученном качестве у представителей 1-ой возрастной группы: «физическая агрессия» – 7 чел. (35% от числа обследованных в данной группе), «раздражение» – 8 чел. (40% от числа обследованных в данной группе), «вербальная агрессия» – 8 чел. (40% от числа обследованных в данной группе).

Характеризуя полученные результаты, необходимо отметить данные по шкале «косвенная агрессия». Выявленное качество, отражающее состояние агрессии, завуалировано направленное на другое лицо или не имеющее четко оформленной направленности, в наибольшей степени было свойственно больным 2-ой возрастной группы – 12 чел. (60% от

числа обследованных в данной группе). В меньшей у представителей 1-ой возрастной группы – 9 чел. (45% от числа обследованных в данной группе) и 3-ей – 8 чел. (40% от числа обследованных в данной группе).

Количественные результаты по шкале «негативизм», отражающей, оппозиционную манеру поведения субъекта, варьирующуюся от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов, в наибольшей степени были обнаружены у представителей 2-ой возрастной группы – 13 чел. (65% от числа обследованных в данной группе). В меньшей степени у больных 1-ой и 3-ей возрастных групп – по 10 чел. в каждой, что составляет 50 % от числа обследованных в данных группах.

Результаты, полученные по шкале «чувство вины», отражающей возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, совершает недоброжелательные по отношению к окружающим поступки, а также ощущаемые в этой связи угрызения совести, свидетельствуют о наибольшей выраженности исследованного качества у представителей 2-ой и 3-ей возрастных групп – по 8 чел. в каждой, что составляет 40 % от числа обследованных в данных группах. Менее выражено характеризуемое качество у представителей 1-ой возрастной группы – 7 чел. (35% от числа обследованных в данной группе).

Для реализации **второй задачи** – разработать систему занятий арт-терапией для выделенной категории больных – мы использовали разработанную систему арт-терапевтических занятий в ходе работы [7].

Следует отметить, что основной задачей проведенных занятий арт-терапией было *установление эмоционального контакта* с респондентами с повышенным уровнем агрессивности. В ходе организованных занятий происходило знакомство пациентов друг с другом. Складывающаяся неформальная обстановка в ходе занятий арт-терапией, облегчала процесс изучения личностных особенностей больных с выраженным уровнем агрессивности для определения тактики организации дальнейших коррекционных мероприятий в рамках запланированной в дальнейшем групповой психотерапии.

Занятия арт-терапией были проведены согласно разработанной тематике рисования, опубликованной ранее [7, 8].

После выполнения рисунка проводилось внутригрупповое обсуждение, в рамках которого мы предлагали больным рассказать о содержании изображенного в рисунке, проанализировать насколько собственная недоброжелательность по отношению к окружающим повлияла на развитие событий. Вместе с испытуемым мы анализировали насколько можно повлиять на сложившуюся жизненную ситуацию, если занять позицию сотрудничества в общении с близкими, коллегами, друзьями и т.д.

После завершения психокоррекционной работы было проведено повторное обследование больных выделенной клинической группы при помощи опросника Баса-Дарки, что отвечает **третьей задачи** исследования – разработать критерии изучения эффективности проведенной работы.

Результаты повторного исследо-

вания, отраженные в таблице 2, свидетельствуют об общей тенденции уменьшения агрессивного состояния у больных по трем возрастным группам.

*Индекс враждебности* в наибольшей степени снизился у больных первой и второй возрастных групп: «обида» – на 10% от числа больных в данных возрастных группах; «подозрительность» – на 10% от числа обследованных в группах. В меньшей степени данные показатели были обнаружены во 3-й возрастной группе: «обида» – на 10% от числа больных в данной группе, в шкале «подозрительность» – количественных изменений не произошло (о % от числа больных в данной группе).

*Индекс агрессивности* (прямой и мотивационной) в наибольшей сте-

пени снизился у представителей 2-ой возрастной группы: «физическая агрессия» и «раздражение» снизилось на 15% от числа обследованных в данной группе, а «вербальная агрессия» – на 10 %. Меньшие изменения были обнаружены во 1-й возрастной группе: «вербальная агрессия», «физическая агрессия» и «раздражение» снизилось на 10 % от числа обследованных в данной группе. Наименьшие изменения у представителей 3-ой возрастной группы: «физическая агрессия» и «вербальная агрессия» снизилось на 5 % от числа обследованных в данной группе, а «раздражение» снизилось на 10 % (См. Таб. 2).

По шкале «косвенная агрессия» в наибольшей степени были снижены показатели у исследованных 1-ой воз-

Таблица 2

**Изменение показателей агрессивности после проведения психокоррекционной работы по возрастным категориям**

| Изучаемые параметры состояния личности | Изменение количества больных с выраженным состоянием агрессивности |         |        |        |                                    |         |        |        |                                    |         |        |        |
|--|--|---------|--------|--------|------------------------------------|---------|--------|--------|------------------------------------|---------|--------|--------|
|  | Возрастные категории   |         |        |        |                                    |         |        |        |                                    |         |        |        |
|  | Первая возраст. группа (18-30 лет)                                 |         |        |        | Вторая возраст. группа (31-45 лет) |         |        |        | Третья возраст. группа (46-60 лет) |         |        |        |
|  | «было»   | «стало» | % пок. | P      | «было»                             | «стало» | % пок. | P      | «было»                             | «стало» | % пок. | P      |
| Физическая агрессия                    | 7  | 5       | 10%    | p>0,05 | 9                                  | 6       | 15%    | p<0,05 | 9                                  | 8       | 5%     | p<0,05 |
| Косвенная агрессия                     | 9  | 6       | 30%    | p>0,05 | 12                                 | 8       | 20%    | p<0,05 | 8                                  | 7       | 5%     | p<0,05 |
| Раздражение                            | 8  | 6       | 10%    | p>0,05 | 12                                 | 9       | 15%    | p<0,05 | 11                                 | 9       | 10%    | p<0,05 |
| Негативизм                             | 10   | 7       | 15%    | p<0,05 | 13                                 | 8       | 25%    | p<0,05 | 10                                 | 8       | 10%    | p<0,05 |
| Обида                                  | 9  | 7       | 10%    | p>0,05 | 11                                 | 9       | 10%    | p<0,05 | 12                                 | 10      | 10%    | p<0,05 |
| Подозрительность                       | 6  | 5       | 5%     | p<0,05 | 7                                  | 6       | 5%     | p<0,05 | 7                                  | 7       | 0%     | p<0,05 |
| Вербальная агрессия                    | 8  | 6       | 10%    | p<0,05 | 10                                 | 8       | 10%    | p<0,05 | 9                                  | 8       | 5%     | p<0,05 |
| Чувство вины                           | 7  | 5       | 10%    | p>0,05 | 8                                  | 6       | 10%    | p<0,05 | 8                                  | 7       | 5%     | p<0,05 |

растной группы – на 30 % от числа обследованных в данной группе. В меньшей у представителей 2-ой возрастной группы – 20 % от числа обследованных в данной группе. В 3-ей – на 5 % от числа обследованных в данной группе.

По шкале «негативизм» наибольшее снижение показателей агрессивности были обнаружены у исследованных 2-ой возрастной группы – на 25 % от числа обследованных в данной группе. В меньшей степени у больных 1-ой и 3-ей возрастных групп – 15 % и 10% соответственно.

По шкале «чувство вины» наибольшие изменения у представителей 1-ой и 2-ой – на 10 % от числа обследованных в данных группах. Менее выражено характеризуемое качество у представителей 3-ей возрастной группы – на 5 % от числа обследованных в данной группе.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют о наиболее благоприятных изменениях, произошедших в результате проведенной психокоррекционной помощи у больных второй возрастной группы, куда вошли больные от 31 года до 45 лет. У данных больных были обнаружены выраженное снижение в индексе враждебности, агрессивности (в среднем на 10-15%), значительные изменения в состоянии негативизма – уменьшение количества больных с неблагоприятной психологической характеристистикой на 25%, уменьшение количества больных с чувством вины – на 10% от количества исследованных в данной возрастной группы. Также значительные положительные изменения вследствие проведения психокоррекционной работы произошли в пси-

хологическом состоянии больных первой возрастной группы: уменьшение больных с высоким уровнем индекса враждебности, агрессивности (в среднем на 10%), уменьшение больных с выраженным состоянием негативизма и чувства вины.

Необходимо отметить положительное влияние психокоррекционной работы в клинике психосоматических расстройств, а так же увеличение спектра психотерапевтических тактик в работе с больными выделенной клиники.

#### **Литература:**

1. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. *Словарь-справочник по психодиагностике.*- СПб, 1999.- 520с.
2. Карпенко Л. А. *Психология. Словарь.*- Москва Издательство политической литературы.-1990.-494с.
3. Михайлов Б. В. *Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи.* // Український вісник психоневрології. Том 18, вип. 3 (64), 2010. С. 137-138.
4. Михайлов Б. В. *Социальная психиатрия, психотерапия и медицинская психология в Украине.* / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк // Український медичний альманах – 2000. – Т. 3, № 2, (Додаток).
5. Сидоров П. И., Парняков А. В. *Введение в клиническую психологию.* – М.: Академический проект, 2000. – Т. II.
6. Фромм Э. *Анатомия человеческой деструктивности.* – М., 1994.
7. Шевченко Р. П. *Арт-терапия в клинике невротических и психосоматических расстройств.* // Psihologie. Revisa řtintifíco-practica.- 2013.- №1.- с. 71-78.
8. Шевченко Р. П. *Система психокоррекционных мероприятий в клинике невротических и психосоматических расстройств у военнослужащих и сотрудников вооруженных сил Украины.*// Наука і освіта.- 2012/ CVIV.- №3.- с. 121-125.

## **PSIHOLOGIE SPECIALĂ**

*Ceea ce vom semăna în sufletele copiilor aceea vom culege la urmă.  
Caracterul moral este un mărgăritar prețios, care strălucește ca un diamant,  
oriunde s-ar afla: într-o căsuță modestă ori într-un palat,  
luminează, clădește, răspândește bunătate în jurul său.  
Vazghen*

### **PARTICULARITĂȚI ALE PROCESELOR PSIHICE ȘI ÎNVĂȚAREA DE TIP ȘCOLAR LA ELEVII CU SINDROMUL DOWN**

### **PARTICULARITIES OF MENTAL AND LEARNING PROCESSES TYPE SCHOOL PUPILS WITH DOWN SYNDROME**

***Svetlana RUSNAC, Mutalap GHIULNAZ***

**Cuvinte-cheie: aferențe senzoriale, bariere de învățare, câmp perceptiv, învățare dirijată, procese cognitive, sindrom Down.**

#### **Rezumat**

*Copiii cu tulburări psihice, cum ar fi sindromul Down, necesită un tratament special pentru viața lor socială și, printr-o cunoaștere corectă a caracteristicilor lor mentale, ghidat de un proces continuu educațional, se va contribui la integrarea lor în comunitate în calitate de persoane pregătite de a deveni adulți care-și vor duce viața sub semnul normalității. Fiecare copil dorește să știe, să descopere și să înțeleagă lumea prin joc, astfel și copilul afectat de sindromul Down se joacă, descoperă, cunoaște și înțelege în același mod modificările vieții.*

**Keywords: associated sensory, learning barriers, perceptual field, directed learning, cognitive processes, Down syndrome.**

#### **Summary**

*Children with mental disorders, such as Down Syndrome, require a special treatment for their social life and, through a proper knowledge of their mental characteristics, guided by a continuous education, they could integrate into the community in the childhood, prepared to become an adult and live under the sign of normality. Every child longs to know, to discover and to understand the world through playing; so children affected by the Down syndrome – play, discover, study and understand the life as well.*

**Ключевые слова: связанные сенсорные, обучение барьеры, поля восприятия, режиссер обучение, когнитивные процессы, синдром Дауна.**

#### **Резюме**

*Дети с психическими расстройствами, в том числе и с синдромом Дауна, требуют особого подхода для подготовки к социальной жизни, чтобы*

*посредством познания их психических особенностей, в процессе непрерывного обучения, они могли интегрироваться в сообществе еще в детстве, а впоследствии, став взрослыми, жить в соответствии с нормативными предписаниями. Каждый ребенок жаждет познания, желает открыть и понять окружающий мир через игру. Дети с синдромом Дауна также играют, открывают, познают и понимают жизнь во всех ее измерениях.*

Specificul proceselor psihice la copiii/elevii cu cerințe educative speciale determină apariția unor particularități majore în activitatea didactică desfășurată cu aceștia. Dacă, în condiții obișnuite de dezvoltare și funcționalitate normală a analizatorilor, dependența de senzații a celorlalte procese cognitive poate trece neobservată, în situații speciale de blocare, diminuare sau suprimare a canalelor senzoriale, mai ales a celor auditive și vizuale, calitatea proceselor cognitive este dependentă în mare măsură de calitatea și aportul aferențelor senzoriale.

Pentru dezvoltarea personalității și pentru dezvoltarea psihică în general, învățarea are un rol decisiv, pentru că, în esență, cu ajutorul ei dobândim noi comportamente. Între învățare și celelalte procese psihice există relații de interdependență: pe de o parte, pentru a învăța este necesară antrenarea tuturor proceselor psihice, pe de altă parte, învățarea modifică și restructurează celelalte procese psihice.

L. S. Vâgotski, în lucrarea, „Opere psihologice alese”, pune accent pe progresul posibil, deci pe posibilitățile de dezvoltare intelectuală ale copiilor cu sindrom Down, posibilități ce își găsesc valoificarea într-una dintre cele mai firești activități ale copilăriei – învățarea dirijată, mediată de adult, inclusiv sub forma sa ludică, afectivă, practică, dar și cognitivă.

Orice activitate de învățare, inclusiv cea școlară, se realizează prin interrelaționarea funcțiilor și proceselor psihice,

cu accent predominant pe procesele psihice cognitive. Astfel, în cunoașterea elementară se evidențiază îndeosebi rolul senzațiilor, percepției, atenției și memoriei, aprofundarea cunoașterii accentuează rolul reprezentărilor, imaginării și gândirii, iar motivația și comunicarea elev-profesor acționează în permanență ca un motor al activității psihice. Activitatea de reflectare a realității în structurile superioare ale sistemului nervos are un caracter selectiv, iar dezvoltarea intelectuală, ca latură a dezvoltării psihice generale, este ea însăși condiționată de felul cum degurge și cum a decurs activitatea de însușire a anumitor cunoștințe și deprinderi. Arhitectura cognitivă a psihicului uman permite persoanei să învețe din raporturile sale cu factorii de mediu sau din propria sa experiență (învățarea depinde și de modul de organizare a bazei de cunoștințe prealabile). Baza de cunoștințe are un rol esențial atât în procesarea secundară a informației senzoriale, cât și în toate prelucrările ce au loc prin intermediul memoriei (modul de organizare al cunoștințelor în memorie facilitează reactualizarea lor) sau atenției (ca funcție psihică, atenția, cu toate că nu are conținut informațional propriu, facilitează performanțele celorlalte procese psihice, reprezentând, de fapt, orientarea activității intelectuale în raport cu scopurile implicate sau expuse ale învățării). Atenția apare ca o condiție primară pentru desfășurarea proceselor

de cunoaștere, autoanaliză și autoevaluare precum și a comportamentelor motorii, asigurând declanșarea, menținerea și optimizarea proceselor cognitive. Se poate spune că atenția este un nod, un releu al vieții și activității psihice. În cadrul sistemului psihic uman, interacțiunea tuturor părților componente este o condiție obligatorie, fără de care activitatea umană, adaptarea la mediu, creația unor valori nu ar fi posibile. Astfel, raportul gândire – limbaj – memorie – atenție rezidă mai întâi în apartenența lor la ceea ce numim inteligență, acel ansamblu de elemente ale psihismului ce permite cunoașterea prin detașarea de experiența nemijlocită și care se constituie treptat, în ontogeneză, prin interacțiunea cu mediul sociocultural.

Analizând specificul proceselor psihice la copiii/elevii cu diferite tipuri de deficiență, vom descoperi câteva particularități majore în activitatea didactică desfășurată cu aceștia. Dacă, în condiții obisnuite de dezvoltare și funcționalitate normală a analizatorilor, dependența de senzații a celorlalte procese cognitive poate trece neobservată, în situații speciale de blocare, diminuare sau suprimare a canalelor senzoriale, mai ales a celor auditive și vizuale, calitatea proceselor cognitive este dependentă în mare măsura de calitatea și aportul aferențelor senzoriale.

P. Popescu-Neveanu definește senzațiile ca procese psihice de semnalizare și reflectare, prin intermediul aferențelor unui singur analizator, a proprietăților simple și separate ale obiectelor și fenomenelor, în forma unor imagini directe, elementare [2, p 319]. Orice persoană prezintă o sensibilitate exteroceptivă (pentru semnalele venite din afara organismului), o sensibilitate interoceptivă (semnalele venite de la organele interne) și o sensibi-

litate propriocepțivă (semnalele venite de la receptorii specifici din mușchi, tendoane și articulații). În același timp, sensibilitatea este dependentă de integritatea și maturizarea căilor nervoase; prin urmare, la un copil cu SDR Down există o mare probabilitate de diminuare a sensibilității, fapt confirmat în realitate de prezența la acești copii a unor praguri ridicate în cazul sensibilității absolute, dar mai ales în cazul sensibilității diferențiale. Afectarea sensibilității normale reprezintă una dintre trăsăturile care pot fi constataate de timpuriu la copilul cu dizabilitate mentală și care va exercita o influență negativă asupra activității senzorial-perceptive și a formării în continuare a capacitaților cognitive ale acestuia.

Percepția este definită ca un proces cognitiv primar, de reflectare a obiectelor și fenomenelor în totalitatea însușirilor lor, în momentul când acestea acționează asupra analizatorilor noștri. Calitatea percepției, ca și cea a senzațiilor, este dependentă atât de caracteristicile reale ale obiectelor și fenomenelor percepute, cât și de starea funcțională a analizatorilor implicați în actul perceptiv, de preocupările, interesele și experiența perceptivă a persoanei. De asemenea, percepția este o conduită psihologică mai complexă, bazată în mare măsură pe experiența noastră personală și socială, o interpretare a realității, deci o stare subiectivă care implică întreaga personalitate.

La copiii cu SDR Down, percepția are un caracter fragmentar, incomplet, limitat, rigid, dezorganizat, dificultățile de analiză și sinteză determină confuzii și imposibilitatea delimitării clare a unor detalii din câmpul perceptiv sau incapacitatea reconstruirii întregului pornind de la elementele componente. Îngustimea câmpului perceptiv afectează foarte

mult orientarea în spațiu și capacitatea intuitivă de a stabili relații între obiectele din jur. Constanța perceptiei de formă, mărime, greutate și natura materialului din care este confectionat un obiect se realizează, la copilul cu SDR Down, într-un ritm foarte lent și cu mari dificultăți, comparativ cu perceperea culorilor, ce se realizează relativ mai ușor. Insuficiențele perceptive la acești copii pot fi accentuate și de explorarea nesistematică, haotică a realității, de activism explorator limitat și rigid, interacțiunea deficitară cu alți factori (memoria operațională, structurarea spațială etc.).

Reprezentările pot fi definite ca imagini secundare ale realității care reflectă un anumit grad de generalitate și selectivitate. Caracterul mai mult sau mai puțin cuprinzător al reprezentărilor depinde în mare măsură de calitatea activităților perceptive; ne reprezentăm nu numai obiecte și fenomene care stau la baza constituirii noțiunilor concrete (inclusiv a unei părți însemnate din vocabularul copilului), ci și procese, acțiuni, relații ce sunt puternic implicate în operațiile gândirii. Prin conținutul lor, reprezentările au multe în comun cu percepția și imaginea, în timp ce prin mecanismele formării și funcționării lor se apropiu mai mult de gândire și limbaj, fiind în strânsă legătură cu funcția semiotică. La copiii cu SDR Down cercetările au evidențiat câteva caracteristici ale reprezentărilor: caracterul îngust și unilateral, slaba diferențiere între reprezentările din aceeași categorie, estomparea diferențelor între reprezentări sau chiar deformarea lor în timp, rigiditatea, lipsa de dinamism și flexibilitate, insuficienta corelare cu experiența personală, pierderea treptată a specificului reprezentărilor deja formate, reproducerea în desene

cu greutate și inexactitate a elementelor spațiale (poziție, mărime, formă).

În cazul persoanelor cu SDR Down gândirea capătă o serie de particularități care determină scăderea eficienței intelectuale sub nivelul minim al adaptabilității la solicitările mediului. Astfel, putem vorbi de inconsecvență gândirii sau lipsa de coerență, pierderea treptată a capacitații de concentrare și efort.

Principalele caracteristici ale gândirii la copiii cu SDR Down sunt: vâscozitatea genetică (manifestările complexe în dinamica dezvoltării intelectuale, caracterizată prin numeroase inegalități și oscilații concretizate într-o evoluție încetinită, greoaie, inconsistentă și nedeterminată), rigiditatea reacțiilor și a comportamentului adaptativ, consecință a dereglației mobilității proceselor corticale de excitație și inhibiție. În contextul activităților educative, una dintre sarcinile prioritare ale învățământului pentru elevii cu SDR Down constă în prevenirea și combaterea manifestărilor de inertie și în dirijarea comportamentului lor.

Ca și gândirea, imaginea este și ea afectată, mai mult sau mai puțin, la copiii cu SDR Down din cauza sărăciei și caracterului lacunar al bagajului de reprezentări, insuficientei dezvoltării a limbajului și a gândirii, rigiditatei reacțiilor adaptative.

Memorarea într-o activitate de învățare depinde de o serie de factori, inclusiv la elevii cu SDR Down: interesul pentru învățare sau înțelegerea scopului învățării și a utilității celor ce trebuie memorate, activismul sau învățarea prin acțiune, prin rezolvarea unor situații-problemă, prin efort de analiză și organizare a materialului de învățat, desfășurarea activităților cognitive pe un fond emoțional optim.

Radu Gheorghe susține că una din tre caracteristicile cele mai evidente ale proceselor mnezice la copilul cu SDR Down o reprezintă fidelitatea redusă a memoriei [3, p 78], care se manifestă nu numai prin inexacități în reproducere, dar și ca urmare a unor interferențe între informații apropiate ca sens sau provenite din contexte asemănătoare. De asemenea, diminuarea fidelității memoriei poate fi determinată și de unele greșeli comise în activitățile didactice: ritmul prea rapid sau, dimpotrivă, încetinit în derularea exercițiilor de învățare, lipsa de echilibru în utilizarea metodelor și mijloacelor de predare-învățare (verbale, intuitive, practice), tendința de a solicita elevilor simpla reproducere a cunoștințelor, acordarea unei atenții insuficiente evaluării continue. Rezultatele oricărei activități de învățare sunt pozitive numai în cazul în care cele învățate pot fi reactivate din memorie, pentru a fi folosite în practică la momentul oportun; prin urmare, este necesar ca în activitățile de învățare educatorii să-i ajute pe elevi să înțeleagă conținuturile, să memoreze și să organizeze informațiile stocate prin exerciții de repetare sistematică, de transfer, de aplicare în practică.

Atenția reprezintă o formă superioară de activare psihologică, prin care se asigură desfășurarea optimă a proceselor cognitive și a oricărei activități destinate atingerii unui scop. La elevul cu SDR Down, atenția involuntară este cea care poate fi captată și menținută cu oarecare ușurință. În ceea ce privește atenția voluntară, ea este superioară prin eficiență pe care o asigură activităților psihice, îndeosebi activităților cognitive, dar prezintă și unele dezavantaje, în sensul că obosela apare mai repede, capacitatea de concentrare scade, cu

precădere în cazul persoanelor cu sistem nervos fragil și fatigabilitate crescută. Atenția postvoluntară dobândește o mare valoare compensatorie și educativă prin exersarea îndelungată a deprinderii de a fi atent, mai ales în timpul unor activități practice, manuale, implicate inițial în contexte ludice, dar apoi, treptat, și în situații obișnuite de viață.

În cazul majorității elevilor cu SDR Down capacitatea de concentrare a atenției este scăzută, aceștia nu reușesc să se concentreze asupra unor elemente colaterale, unii rămânând fixați din cauza inerției specifice, iar alții pierzând șirul desfășurării logice din pricina instalării premature a oboselii. O altă trăsătură a atenției o constituie capacitatea de cuprindere, volumul acesteia, respectiv cantitatea de elemente asupra căror o persoană se poate orienta și concentra în aceeași secvență de timp. La școlarul cu SDR Down volumul atenției este mai redus. Atât la copilul cu SDR Down, unde volumul este mai redus, cât și la cel normal, acest volum poate fi influențat pozitiv prin asigurarea câtorva condiții favorizante: corelarea exercițiilor de creștere a volumului atenției cu exerciții de stimulare a capacitatii mnezice, a dezvoltării vocabularului și a bagajului de reprezentări.

Radu Gheorghe afirmă că învățarea copiilor cu sindrom Down – schimbările de comportament (ca urmare a acțiunii de învățare), presupune premise organice, de maturizare anatomică și neurofiziologică a individului; astfel, învățarea umană face parte dintr-un proces de organizare și dezvoltare a întregii sale personalități [3, p 123], iar Spance pune accent pe învățarea bazată pe impuls emoțional, regăsită de altfel cu o preponderență mai mare la copiii cu SDR Down [5, p 253].

Un aspect foarte important al relației învățare-dezvoltare la elevii cu SDR Down, în perspectiva recuperării acestora, se referă la faptul că diversele afectiuni sau tulburări care influențează structura și dinamica personalității lor se plasează într-o anumită ierarhie, unele dintre ele având un caracter primar, ca rezultat nemijlocit al lezării organismului, iar altele, un caracter derivat (secundar sau terțiar) care se adaugă ulterior, ca rezultat al interacțiunii dintre organismul afectat primar și factorii de mediu. Dereglările derivate reprezintă, de fapt, tulburările dobândite în condițiile specifice ale dezvoltării, adică în prezența unor factori perturbatori/deregulatori ai acesteia. În literatura de specialitate ele mai sunt numite fie abateri în dezvoltare, fie disontogenii (dereglaři ale procesului de structurare a personalității în ontogeneză), fie întârzieri în dezvoltare. Mai trebuie menționat faptul că între tulburarea primară și consecințele sale secundare în planul dezvoltării există o interacțiune complexă, rezultatele acesteia depinzând în mare măsură de condițiile de mediu, precum și de activismul sau pasivitatea cu care persoana cu SDR Down participă la activitățile procesului educativ-compensator și recuperator.

Oamenii învață în moduri diferite. În timp ce unii învață mai ușor citind cărți, alții învață mai bine cu ajutorul imaginilor și diagramelor, unii preferă să învețe în grup, alții singuri etc. Având în vedere diferențele de opinie în privința ideii că predarea trebuie să se realizeze conform stilului de învățare preferat de elevi sau că profesorii ar trebui să-i ajute pe elevi, pentru ca aceștia să-și dezvolte și alte stiluri de învățare, cei care susțin mai degrabă varietatea

stilurilor de învățare decât corelarea lor cu stilurile de predare promovează ideea că o parte importantă din responsabilitatea profesorului este să-i ajute pe elevi să-și atingă potențialul maxim.

În sfera relațiilor sociale, de cele mai multe ori, copiilor cu SDR Down le sunt afectate deprinderile de a se conforma, de a respecta și de a-și interio- riza norme, reguli și scheme de comportament, deprinderile de conduită civilizată, de igienă și autoservire, de muncă etc., care le-ar putea permite o integrare socială optimă.

Chiar dacă unele dintre particularitățile copilului cu SDR Down sunt mai evidente în procesul de conturare a personalității, o mare parte dintre ele pot fi diminuate și prevenite prin măsuri educative corecte și complete și prin programe terapeutice adecvate. Prevenirea și eliminarea stărilor afective negative, a modelelor de comportament gresite conduce la crearea unui climat afectiv pozitiv, stimulativ și tonic, care impul- sionează maturizarea conduitei copilului și permite structurarea echilibrată și armonioasă a personalității acestuia.

### Bibliografie

1. Chomsky, N., Piaget , J. (1988). *Teorii ale limbajului. Teorii ale învățării.* București: Politică, 426 p.
2. Popescu-Nevezanu P., Golu M. (1970). *Sensibilitatea. Modalități de recepție senzorială.* București: Albatros, 319 p.
3. Radu, Gh. (2002). *Psihopedagogia școlarilor cu handicap mintal.* București: Pro Humanitas, 228 p.
4. Rusu, C., Carantină, D. *Repere semnificative în determinarea stărilor de handicap.* În: Revista de Educație Specială, nr. 1/1993, p. 8.
5. Spence, K. W. *The Psychology of Learning and Motivation.* New York: Academic Press. 531 p.

## **PSIHOCORECȚIE ȘI PSIHOTERAPIE**

**ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ  
КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С  
ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

**PSYCHODIAGNOSTIC RESEARCH AND CORRECTION  
OF COGNITIVE PROCESSES IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN  
WITH MENTAL RETARDATION**

***Светлана РУСНАК, Анна АЛБУ***

**Ключевые слова:** задержка психического развития, генезис, когнитивные процессы, память, внимание, мышление, интеллект, психокоррекционные программы.

### **Резюме**

В данной публикации представлено исследование, проведенное с целью изучения особенностей когнитивных процессов у младших школьников с задержкой психического развития различной этиологии, подбора оптимальных методик психодиагностики и апробации коррекционных программ воздействия на различных категориях пациентов.

**Termeni-cheie:** retard mental, geneză, procese cognitive, memorie, atenție, gândire, intelect, program psihocorecțional.

### **Rezumat**

*În publicația de față este prezentat un studiu al proceselor cognitive observate la elevii mici cu retard mental de etiologie diferită. Studiul a fost realizat în scopul selectării metodelor de diagnosticare psihologică și alcătuirii unui program psihocorecțional eficient pentru diverse categorii de pacienți cu simptomatologie similară.*

**Keywords:** mental retardation, genesis, cognitive processes, memory, attention, thought, intellect, correctional programs.

### **Summary**

*This publication presents a study of the cognitive processes characteristics on primary school children with mental retard of varies aetiology, selection of the optimal psychodiagnostical procedures and testing the impact of intervention programs for different categories of patients.*

**Актуальность проблемы.** Проблема помощи детям с задержкой психического развития приобре-

ла в последние годы особую актуальность. Распространенность трудностей в обучении в детской популяции

школьного возраста составляет от 5 до 11 % [9, с. 65]. Среди систематически неуспевающих учащихся начальных классов массовых школ пограничная интеллектуальная недостаточность наблюдается у 52,5–79%. Исходя из этого, мы можем констатировать о постоянном увеличении количества детей с несформированными психическими функциями относительно возрастной нормы, по причине которых затрудняется процесс обучения этих детей [13, с. 59].

Исследование специфических особенностей, симптоматики и структуры нарушений когнитивных процессов у детей; выявление закономерностей развития в различные периоды онтогенеза; исследование своеобразных сочетаний неблагоприятных биологических, социальных и психолого-педагогических факторов, влияющих на психическое развитие детей дает возможность расширить научные представления о ЗПР и возможность создать наиболее эффективные коррекционные программы, направленные на коррекцию имеющихся у ребенка нарушений: речевых, интеллектуальных, поведенческих расстройств, нарушений общения, недостаточности высших психических функций.

Исходя из вышеизложенного, нами было проведено исследование с целью изучения особенностей когнитивных процессов у младших школьников с задержкой психического развития различной этиологии, подбора оптимальных методик психодиагностики и апробации коррекционных программ воздействия на различных категориях пациентов.

**Экспериментальная выборка.** Исследование проводилось на базе Республиканской психиатрической больницы, детское отделение № 2. В ней приняли участие 10 учащиеся младших классов, в возрасте 7-9 лет с различными формами пограничных состояний интеллектуальной недостаточности:

- ❖ интеллектуальная недостаточность при общем недоразвитии речи (синдром алалии) [8, с. 18] - 1 исследуемый;
- ❖ интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность) [10, с. 284] – 2 исследуемых;
- ❖ осложненный психический инфантилизм в сочетании с психоорганическим синдромом» [11, с. 356] – 3 исследуемых;
- ❖ церебрастенический синдром с запаздыванием развития школьных навыков [6, с.12] – 4 исследуемых.

**Методический инструментарий, используемый для исследования когнитивных процессов у младших школьников с ЗПР:** тест-методика «Доска Сегена», методика «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия, методика Россилимо, простые аналогии; пословицы, метафоры, методика «Сравнение понятий» [2, с. 98-101], тест Векслера, методика «Четвертый лишний», методика «Рисунок человека», тест Бендера [1, с. 138].

### **Представление результатов анализа случаев.**

**1) А., 7 лет 9 месяцев.** Поступил впервые в детское отделение № 2 психиатрической больницы.

**Анамнез:** наследственность отягощена – мать лечилась в Психиатрической больнице. Отец страдает алкоголизмом, бросил семью, когда ребенку не было еще года. На данный момент родители в разводе. Ребенок проживает с матерью. Мальчик родился от первой нормальной беременности, роды без осложнений. Родился с весом 3100 г. Со слов матери, мальчик в периоде новорожденности был спокойным. Прививки были сделаны вовремя. Примерно в 3-4 месяца получил травму. Начал ходить в 1 год и 5 месяцев. Первые слова начал говорить к 3 годам. Детский сад посещал с 3 лет, где поведение изменилось: стал очень активным, непослушным, невнимательным, не удерживался на одном месте. Поступил в школу в 7 лет. Учится в 1 классе. В школе мальчик непослушный, не может сосредоточиться на длительное время, школьный материал трудно усваивает. В последнее время часто плачет, раздражительный, гиперактивный.

**Поступает с диагнозом:** Легкая умственная отсталость с недоразвитием речи (алалия). Синдром гиперактивности.

**Результаты тестирования:** в разговор вступает без желания, скован, плачет. В месте, времени, собственной личности ориентирован. Речь недоразвита, характеризуется ограниченностью запаса слов, нарушениями звукопроизношения, затруднениями в усвоении чтения и письма. Недостаточно слов обозначающих качества, признаки, состояния, предметов и действий. Неумение пользоваться способами словообразования создает трудности

в использовании вариантов слов. В свободных высказываниях преобладают простые распространенные предложения, почти не употребляются сложные конструкции. На вопросы дает ответ после пауз, медленно, присутствуют затруднения в объяснениях. Инструкции усваивает, но некоторые необходимо пояснить, задания выполняет медленно. Эмоционально лабилен, фон настроения немного снижен. При предъявлении заданий в игровой форме испытуемый открывается, что повышает продуктивность деятельности. Заметен интерес к игрушкам, содержание игры не развернуто, «застревает» на уровне сюжетной игры. Темп работы немного замедлен. Быстро истощается. Деятельность недостаточно целенаправлена, необходима организующая помощь, которую ребенок принимает. *Результаты по тестам:* тест Бендера: плохое качество линий, меньшая точность копирования фигур, трудности соблюдения пропорций, ориентации фигур и сдвиги их относительно центрального положения. При работе с Досками Сегена испытуемый с первого раза понял инструкцию, темп выполнения немного замедлен, вариант А и Б выполнил самостоятельно, при выполнении варианта Д потребовалась небольшая помощь, организация деятельности, поощрение в процессе выполнения задания. Активное внимание неустойчивое, повышенная отвлекаемость, ослаблена его концентрация и распределение. Объем непосредственного и опосредованного запоминания легко снижен. По методике «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия: внимание испы-

туемого характеризуется неустойчивостью, нарушением его концентрации. Спустя час воспроизвел 6 слов, что говорит нам о легком снижении памяти. Методика «Недостающие предметы» предъявлялась с опорной карточкой-подсказкой. Ребенок понял смысл предложенных сюжетов и смог решать мыслительные задачи правильно, радовался своей состоятельности. Методика «сравнения понятий» – правильно усвоил инструкцию. При предъявлении серии понятий ребенок находил логическую связь только между теми понятиями, которые наиболее близки к привычным для него ситуациям. В большинстве серий ребенок выделял по не существенным признакам сходства и различия понятий, и только после наводящих вопросов выделяя сходства и различия по первичным признакам. Метафоры и пословицы – дает правильное объяснение знакомых метафор и пословиц, при помощи подсказок, наводящих вопросы. Некоторые пословицы и метафоры испытуемый не смог объяснить, в силу недоразвития речи и бедного словарного запаса. Методика «Четвертый лишний» – правильно выполнил карточки от А до Д, но трудно давал развернутое объяснение. Трудно переключался с одного принципа классификации на другой. Мышление замедленное, наглядно-действенное. Затрудняется при объяснении принципа выделения, в силу недоразвития речи, словарного запаса. По методике «Рисунок человека», испытуемый набрал 16 баллов, следовательно, IQ = 72. По тесту Векслера: верbalный показатель IQ=72, невербальный показатель

IQ= 80, общий показатель IQ=74, что соответствует пограничной зоне. Результаты экспериментально-психологического исследования: задержка психического развития (IQ=74), недоразвитие речи.

**2) В., 8 лет.** Поступил впервые в детское отделение № 2 психиатрической больницы.

**Анамнез:** Наследственность неизвестна. Мама лишена родительских прав. Был найден на улице. До 7 лет жил в детском доме. С июля 2012 года проживает в детском доме семейного типа. Предъявляют жалобы на: нервозность, агрессивность, наблюдаются аффективные реакции на замечания, конфликтный. Учится в школе, в 1 классе. С трудом усваивает школьную программу, быстро устает, теряет интерес. На уроках начинает петь песни, кричит, бьет детей, постоянно разговаривает, отвлекает других детей. Ночью наблюдается энурез.

**Поступает с диагнозом:** Легкое когнитивное расстройство. Невротический синдром.

**Результаты тестирования:** в беседу вступает без желания. В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. Речь ясная, нет нарушений произношения, словарный запас беден. На вопросы отвечает выборочно, после пауз. Больше времени молчит, напряжен, замкнут. Мотивация снижена. Инструкции к заданиям различной степени сложности усваивает в основном сразу же после первого предъявления, но медленно включается в работу, выполняет без желания. В работе формален, пассивен, требуется постоянное стиму-

лирование к работе. Эмоционально напряжен, восприимчив к внешним раздражителям, импульсивен. Фон настроения снижен. Одновременно испытывает высокую потребность в положительном отношении к себе со стороны взрослых и неудовлетворенность в потребности интимно-личностного общения. Проявляется пассивный негативизм. Снижена мотивация учебной деятельности, что в значительной степени тормозит его познавательную активность и снижает интеллектуальную продуктивность. У испытуемого несформированы произвольная саморегуляция поведения, навыки общения с взрослыми и детьми. Не умеет следовать правилам поведения в социуме. Продуктивность и способность работать нестабильны. Темп работы немного замедлен. *Результаты по тестам:* тест Бендера – координационные ошибки, плохое качество линий, сдвиги фигур относительно центрального положения. При работе с Досками Сегена испытуемый с первого раза понял инструкцию, начал выполнять задание с интересом. Темп выполнения немного замедлен. Все варианты А, Б, Д выполнил самостоятельно, необходима была похвала. Методика «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия – внимание испытуемого характеризуется трудностью концентрации. Долговременная память немного снижена, через час воспроизвел 6 слов. Наибольшее сосредоточение внимания наступает после некоторого периода выполнения задания. Методика «Недостающие предметы» была предъявлена с опорной карточкой-подсказкой. Ребенок понял инструкцию, смысл предло-

женных сюжетов и смог решить правильно 9 сюжетных картинок, в двух картинках были допущены ошибки, но после ряда наводящих и уточняющих вопросов, ошибки были исправлены. По методике «Сравнение понятий» испытуемому легче выделить различия, чем сходства. Испытуемый в начале работы дает ответы по существенным признакам, ближе к концу задания по второстепенным. При исключении «4-го лишнего» испытуемый чередует существенные признаки и конкретные признаки. Мысление наглядно-образное. Метафоры и пословицы – ранее услышанные, знакомые пословицы и метафоры испытуемый смог объяснить. Не смог понять переносного смысла незнакомых пословиц, что свидетельствует о затруднении абстрактного мышления с фиксацией на общих второстепенных признаках. По методике «Рисунок человека», испытуемый набрал 18 баллов, что соответствует IQ = 69. По тесту Векслера, у испытуемого верbalный показатель IQ = 74, невербальный показатель IQ = 83, общий показатель IQ = 76, что соответствует пограничной зоне. Профиль интеллекта неравномерный, значительный интертестовый разброс шкальных оценок. Результаты экспериментально-психологического исследования: задержка психического развития (IQ=76) на фоне педагогической запущенности, с проявлениями импульсивно-аффективных реакций, как механизм защиты, у личности с пассивно – агрессивным поведением.

### **3) В., 8 лет 11 месяцев.**

Поступил повторно в детское отделение № 2 психиатрической больницы.

**Анамнез:** Наследственность не отягощена. Единственный ребенок в семье. Родители в разводе. Мальчик от первой беременности на фоне анемии, мама на 7 месяце перенесла приступ холецистита, принимала лечение в стационаре. Родился вовремя, сразу не закричал, с весом 3500 г, родничок закрылся рано. Раннее развитие: первые слова начал говорить в 1 год и 4 месяца, фразовая речь развивалась с трудом. Перенес ОРЗ, бронхит, пневмонию. С 2 лет начал посещать детский сад, был очень подвижным, непослушным. В 3-4 года появились ритмичные движения – поднимал плечи вверх, закидывал голову назад, строил гримасы. Встал на учет у невропатолога. С 5 лет появились состояния «отключений», во время какого-либо занятия: во время ходьбы, письма, еды – не реагировал на внешние раздражители приблизительно на 5-7 секунд, при этом продолжая движения. В 6 лет была травма – сотрясение мозга со стационарным лечением. С 2010 года мальчик состоит на учете у психиатра, является инвалидом 2 группы, постоянно принимает противосудорожное лечение.

**Катамнез:** после последней выписки был переведен в специальную школу. Убегает со школы, появились более выраженные моторные тики, по этой причине был направлен на лечение в психиатрическую клинику.

**Поступает с диагнозом:** Эпилепсия с изменениями личности и снижением интеллектуально-мнемических функций. Частые судорожные приступы. Психоорганический синдром, неврозоподобный (двигательные тики).

**Результаты тестирования:** в беседу вступает без особого желания. Речь неясная, из простых фраз. Словарный запас беден. На вопросы отвечает после пауз, тихим голосом. На некоторые вопросы не хочет отвечать. Инструкции усваивает после повторных предъявлений, выполняет без особого желания. В работе медлителен, с трудом концентрируется, признаки повышенной истощаемости психических процессов. В месте, времени и собственной личности ориентирован. Наблюдаются моторные тики, часто моргает. Потребность в понимании и доброжелательных отношениях не удовлетворена. Напряженность вызывает чувство раздражения, беспокойство. Настроение снижено. Продуктивность и способность к работе – не стабильны. Темп работы замедлен. Необходимо постоянно заинтересовывать ребенка к работе, хвалить, награждать. По причине истощения, предоставлялось немного времени для отдыха между заданиями. **Результаты тестирования: теста Бендера**, в рисунках были замечены: координационные ошибки, плохое качество линий, ориентации фигур и сдвиги их относительно центрального положения. Недостаточность тонкой моторики. При работе с Досками Сегена испытуемому было необходимо подробно объяснить инструкцию, заинтересовать наличием различных фигур, и постепенно он начал выполнять задание. Темп выполнения был медленным, трудно переключался с одного задания на другое. Все варианты А, Б, Д выполнил правильно, необходима была организующая помощь, стимуляция, похвала. **Методи-**

ка «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия: внимание характеризуется неустойчивостью, с нарушением его концентрации, истощаемостью. Долговременная память немного снижена, через час воспроизвел 6 слов. Скорость запоминания снижена. При выполнении 4-го лишнего, испытуемый правильно называет обобщающие понятия для обозначения исключаемых и объединяемых слов, но по мере продолжения деятельности испытуемый истощается и начинает опираться на несущественные признаки, правильно обобщает знакомые ему предметы и предметы быта. Трудно переключается с карточки на другую. Мышление вязкое, с тенденцией к детализации. Метафоры и пословицы – ранее услышанные, знакомые пословицы и метафоры испытуемый смог объяснить. Смог понять и объяснить отвлеченный смысл пословиц и метафор, но он легко «соскальзывал» к конкретному их объяснению, давал много примеров, детализировал, следовательно, испытуемому нужны конкретные иллюстрации для завершения своей мысли. Методика «Сравнение понятий» – легко выполняет простые понятия, в последующих – более сложных заданиях затрудняется в выполнении, нуждается в помощи, подсказках. При выполнении застrevает на деталях, фиксируется на незначительных признаках, трудно разделяет главные от второстепенных признаках. Методика «Недостающие предметы» была предъявлена с опорной карточкой-подсказкой. Ребенок понял инструкцию, после подробного объяснения. Радовался правильному выполнению задания.

Ближе к концу тестирования стал более раскрепощенным, не был таким напряженным как в начале. По методике «Рисунок человека» испытуемый набрал 18 баллов, что соответствует IQ = 69. По тесту Векслера, у испытуемого верbalный показатель IQ = 75, невербальный показатель IQ = 78, общий показатель IQ=74, что соответствует пограничной зоне. Профиль интеллекта неравномерный, значительный интертестовый разброс шкальных оценок.

Обобщая результаты экспериментально-психологического исследования, можно сделать заключение: Задержка психического развития (IQ =74) на органическом фоне, у невротической личности.

**4) Д., 7 лет 4 месяца.** Поступил впервые в детское отделение № 2, психиатрической больницы.

**Анамнез:** мальчик от третьей беременности (первые две беременности окончились выкидышами, на фоне хламидиоза), с внутриутробной инфекцией, токсикозом, отеками, с угрозой выкидыша. Преждевременные роды, в 6 месяцев, закончились кесаревы сечением, ребенок не закричал сразу, врожденная пневмония. На протяжении 1 недели находился в реанимации, затем в отделении патологии новорожденных, перенес перелив крови. Развивался медленно, слабые рефлексы, искусственно питался. Был на учете у ортопеда. В 4 месяца был первый приступ по типу абсанса. В 5 месяцев прошел курс лечения в отделении неврологии с гидроцефалией, приступами, стал на учет у невропатолога. Психомоторное развитие с задержкой – первые слова после 1 года, разго-

вортная речь – с 5 лет, сидел в 7 месяцев, ходить начал в 1 год 6 месяцев. С 3 лет начал посещать специальный садик. Начал заикаться с 3 лет, после того как мальчика испугала собака. Много раз проходил лечение амбулаторно и в дневном стационаре. В последнее время стал более расторможенным, внимание нестабильное, энурез, периодические абсансы.

**Поступает с диагнозом:** Эпилепсия с ЗПР. Генерализованные полиморфные приступы. Церебрастенический и неврозоподобный синдромы (энурез, заикание).

#### **Результаты тестирования:**

Испытуемый на момент обследования контактен. В беседе немногословен. Речь – неясная, иногда заикается, наблюдается ротация. Словарный запас ограничен. На вопросы отвечает после пауз. На конкретно поставленные экспериментатором вопросы отвечает однозначно. Инструкции усваивает с трудом, выполняет медленно, с трудом концентрируется. Вялый, сонливый. Основные анамнестические сведения о себе излагает скромно, малосодержательно. Отмечается неровный, замедленный темп психической деятельности. Во время тестирования испытуемый был напряжен, замкнут, чувствителен к внешним раздражителям. В ситуациях, когда ребенок не знал ответа, уставал, не мог справиться с заданием, наблюдались покачивания из стороны в сторону. Уровень общей осведомленности низкий, круг интересов и представлений весьма ограничен. Учебные достижения неравномерны.

**Результаты тестирования:** теста Бендера, в рисунках были замечены координационные ошибки, сдвиги

фигур относительно центрального положения, плохое качество линий и ориентации фигур. При работе с Досками Сегена испытуемому было необходимо подробно объяснить инструкцию. В начале, ему было тяжело сосредоточить свое внимание на всех фигурах, собирая их медленно, что говорит нам о замедленном мышлении, сниженном внимании, плохой зрительно-пространственной ориентировке. Фигуры А, Б, испытуемый смог сам выполнить. При выполнении варианта Д, была необходима организующая роль экспериментатора.

Методика «Заучивание 10 слов» А. Р. Лурия: наибольшее сосредоточение внимания наступает после некоторого периода выполнения заданных действий. С трудом концентрирует внимание. Долговременная память немного снижена, через час воспроизвел 7 слов. Скорость запоминания снижена. При выполнении 4-го лишнего, испытуемый в большей части карточек правильно называл обобщающие понятия для обозначения исключаемых и объединяемых слов, в более сложных карточках начинал опираться на несущественные признаки. Трудно переключается с карточки на другую карточку. Мысление вязкое, с тенденцией к детализации. Метафоры и пословицы – ранее услышанные, знакомые пословицы и метафоры испытуемый смог объяснить. Незнакомые, более сложные метафоры и пословицы объяснял конкретно, дословно. Методика «Сравнение понятий» – легко выполняет простые понятия, при более сложных заданиях затрудняется в выполнении, нуждается в помощи, подсказках. При выполнении зада-

ний фиксируется на незначительных признаках, трудно разделяет главное от второстепенного. Методика «Недостающие предметы» была предъявлена с опорной карточкой-подсказкой. В начале выполнения задания было допущено несколько ошибок, требовались объяснения некоторых ситуаций, чтобы он мог найти недостающий предмет. В последующих картинках были правильно подобраны недостающие предметы. По методике «Рисунок человека» испытуемый набрал 16 баллов, что соответствует IQ = 70. По тесту Векслера, у испытуемого верbalный показатель IQ = 76, невербальный показатель IQ = 74, общий показатель IQ = 72, что соответствует пограничной зоне. Профиль интеллекта неравномерный, значительный интертестовый разброс шкальных оценок. Результаты экспериментально-психологического исследования: задержка психического развития (IQ=72) на органическом фоне, у невротической личности.

#### **Схема психокоррекционных программ у детей с зпр различного генезиса**

1. Психокоррекционная работа проходила в течение двух поступлений. Каждое поступление длилось до 5 недель.
2. Психокоррекция проводилась в начале первого поступления и в конце второго поступления.
3. Почти все занятия проходили индивидуально, лишь несколько из них были групповыми.
4. Коррекционно-развивающие занятия проводились 4 раза в неделю. Продолжительность таких занятий была 45 минут.

5. Психокоррекция проходила в утренние часы, когда дети меньше утомлены и легче идут на контакт.

#### **6. Направления работы:**

- ✓ первый тип занятий – по работе с эмоционально-волевой сферой;
- ✓ второй тип занятий – по развитию когнитивных процессов.

#### **7. Задачи психокоррекционных программ:**

- ✓ коррекция устойчивости, переключения, отвлекаемости, распределения, концентрации и объема внимания;
- ✓ коррекция мыслительных операций;
- ✓ развитие умения сравнивать предметы по величине, группировать их, исключать лишний предмет, т.е. стимулировать развитие процессов мышления;
- ✓ коррекция и развитие познавательных процессов, мелкой моторики, зрительного восприятия, развитие творческого мышления;
- ✓ формирование счетного навыка, умение понимать математическую задачу, выполнение простых счетных операций;
- ✓ овладение пространственной ориентировкой;
- ✓ стимулирование активности ребенка на занятии;
- ✓ снятие эмоциональной напряженности;
- ✓ создание ситуации успеха;
- ✓ прививание новых форм поведения (умение довести начатое дело до конца, дисциплинированность);
- ✓ регуляция собственных действий.

## **Повторная диагностика младших школьников после психоокоррекционных работ.**

**1 испытуемый.** После повторной диагностики мы получили следующие результаты: По тесту Векслера: вербальный показатель IQ = 76, невербальный показатель IQ = 80, общий показатель IQ = 76, что соответствует пограничной зоне.

**Выводы:** объем и уровень знаний повысился; уровень обобщения повысился; словарный запас стал больше; повысилась способность концентрировать внимание на более длительный срок; увеличился объем внимания; внимание стало более устойчивым; снизилась отвлекаемость; улучшилась зрительная и слуховая память; развили рациональные способы запоминания; усваивает и удерживает инструкции; улучшились: сенсомоторная координация, координация мелких движений; улучшение графических навыков и умений; владеет пространственной ориентировкой; темп выполнения заданий ускорился; легче переходит от одних связей к другим. повысились познавательная активность, продуктивность.

**2 испытуемый.** После повторной диагностики мы получили следующие результаты:

По тесту Векслера, у испытуемого вербальный показатель IQ = 79, невербальный показатель IQ=86, общий показатель IQ=80, что соответствует пограничной зоне. Профиль интеллекта неравномерный.

**Выводы:** объем и уровень знаний повысился; уровень обобщения немного повысился; увеличился словарный запас; увеличилась способ-

ность концентрировать внимание на более длительный срок; увеличился объем внимания; улучшилась зрительная и слуховая память; повысилась мыслительная активность в процессе воспроизведения; повысилась практичность мышления; повысилась способность отличить существенные детали от несущественных; координация мелких движений, графические навыки и умения улучшились; легче переходит от одних связей к другим; развилась способность моделировать свое поведение в социальных ситуациях; появился интерес к социальному участию; улучшилась сенсомоторная координация, мелкая моторика, зрительное восприятие; развили новые формы поведения; научился контролировать свои действия и вносить необходимые корректизы по ходу их выполнения; повысилась усидчивость; повысилась познавательная активность, продуктивность.

**3 испытуемый.** После повторной диагностике мы получили следующие результаты: по тесту Векслера, у испытуемого вербальный показатель IQ=77, невербальный показатель IQ=82, общий показатель IQ=77, что соответствует пограничной зоне. Профиль интеллекта неравномерный, значительный интертестовый разброс шкальных оценок.

**Выводы:** небольшое увеличение словарного запаса; улучшение графических навыков и умений; небольшое увеличение объема внимания; улучшилось распределение внимания; улучшилась координация мелких движений и зрительно-го контроля над ними; повысилась концентрация внимания; развилось

наглядно-схематическое мышление; легче переходит от одних связей к другим; развили сенсомоторную координацию, зрительное восприятие; развили умение сравнивать предметы по величине, группировать их; развили дисциплинированность; повысилась мотивационная сторона учебной деятельности; научился контролировать свои действия и вносить необходимые корректизы по ходу их выполнения; повысилась усидчивость; развили навыки самоконтроля и регуляции деятельности; повысилась познавательная активность, продуктивность.

**4 испытуемый.** После повторной диагностики мы получили следующие результаты: по тесту Векслера, у испытуемого вербальный показатель IQ=81, невербальный показатель IQ=80, общий показатель IQ=79, что соответствует пограничной зоне. Профиль интеллекта неравномерный, значительный интертестовый разброс шкальных оценок.

**Выводы:** увеличился объем и уровень знаний; увеличился словарный запас; распределение внимания стало более стабильным; увеличилась долговременная память; увеличились способности к интеграции зрительно-двигательных стимулов; повысился уровень зрительно-пространственного восприятия; удерживает свои действия в рамках указанных ограничений; улучшение координации мелких движений и зрительного контроля над ними; появился интерес к социальному участию; развилась способность моделировать свое поведение в социальных ситуациях; отмечается практичность

суждения испытуемого, касающиеся его житейского и социального опыта; развили навыки самоконтроля и регуляции деятельности; научили планировать свою деятельность во времени и по содержанию; повысилась усидчивость; возрасла продуктивность.

#### **Общие рекомендации к организации индивидуальных коррекционных занятий:**

- принцип последовательности, предусматривающий постепенное усложнение занятий;
- доступность заданий;
- систематичность занятий, предусматривающая определенную частоту занятий, желательно не менее двух раз в неделю [3, с.84];
- необходимость включать предметно-практические действия;
- для предупреждения быстрой утомляемости или снятия ее целесообразно переключать детей с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий;
- поддерживать интерес к занятиям и хороший эмоциональный настрой детей[4, с. 186];
- использованием красочного дидактического материала, введением в занятия игровых моментов;
- мягкий доброжелательный тон, внимание к ребенку, поощрение его малейших успехов;
- создание климата психологического комфорта [5, с. 89];
- темп занятий должен соответствовать возможностям ребенка;
- закрепление усвоенного материала с привлечением родителей, педагогов-дефектологов, логопедов [7, с. 51].

### **Библиография**

1. Анастази, А.; Урбина, С. *Психологическое тестирование*. СПб.: «Питер», 2005. 688 с.
2. Белопольская, Н.Л. *Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития*. Москва: УРАО, 1999. 148 с.
3. Блинова, Л. Н. *Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития*. Москва: Изд-во НЦ ЭНАС, 2001. 136 с.
4. Брак, Б. *Ранняя диагностика и коррекция*. Том 2. Москва: Издательский дом «Академия», 2007. 304 с.
5. Власова, Т. А.; Лубовский, В.И. *Обучение детей с задержкой психического развития*. Москва: Просвещение, 1981. 119 с.
6. Исаев, Д. И. *Классификация состояний общего психического недоразвития и формирование функциональных систем головного мозга*. В: Проблемы общего психического недоразвития. Труды Ленинградского педиатрического медицинского института. Ленинград: «Медицина», 1976, с. 5–15.
7. Коробейников, И.А. *Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития*. Москва: «Медицина», 1997. 98 с.
8. Лебединская, К.С. *Клинические варианты задержки психического развития*. В: Журнал неврологии и психиатрии. Москва: «Медицина», 1980, с. 16–20.
9. Лебединская, К. С. *Основные проблемы диагностики задержки психического развития детей*. Москва: Педагогика, 1982. 521 с.
10. Лебединский, В. В. *Нарушения психического развития в детском возрасте*. Москва: МГУ, 2003. 332 с.
11. Лубовский, В. И. *Задержка психического развития. Специальная психология*. Москва: «Медицина», 2003. 480 с.
12. Ульянкова, У. В. *Дети с задержкой психического развития*. Нижний-Новгород: НГПУ, 1994. 230 с.

## ***OPINII ȘI DISCUȚII***

### **INSTRUMENTELE DE ANALIZĂ STRUCTURALĂ A SPAȚIULUI REPREZENTAȚIONAL: INDUCȚIA PRIN SCENARIU AMBIGUU**

**STRUCTURAL ANALYSIS TOOLS REPRESENTATIONAL SPACE:  
INDUCTION BY SCENARIO AMBIGUOUS**

***Mihai ȘLEAHITIȚCHI***

**Cuvintele-cheie:** reprezentare socială, analiza structurală a reprezentării sociale, inducție prin scenariu ambiguu

#### **Rezumat**

*Inducția prin scenariu ambiguu (**ISA**) constituie o metodă eficientă de reperare a elementelor reprezentătionale centrale. Elaborarea ei a pornit de la ideea potrivit căreia orice reprezentare socială exprimă, în fond, un proces activ de construire a realității. Ori de câte ori decidem să-o punem în aplicare, trebuie să avem în vedere că ne vom interesa doar de construcțele cerebrale pe care subiecții le vor valoriza pentru a recunoaște un obiect de reprezentare printre alte obiecte similare apropiate. Operationalizarea **ISA** exprimă un proces multifazic: (1) elaborarea unui material informațional prealabil cu referire la conținutul unei anumite reprezentări sociale, (2) descrierea ambiguă, în baza materialului informațional deja elaborat, a obiectului reprezentării sociale avute în vedere (ambiguitatea se referă la faptul că textul/scenariul poate, la fel de bine, să se refere sau să nu se refere la obiectul reprezentării), (3) delimitarea itemilor care să arătă obiectului reprezentării și (4) segregarea itemelor delimitați în două categorii distincte – itemi, care nu sunt aleși decât în cazul în care se face referință explicită la obiectul reprezentării (= itemii specifici nucleului central al reprezentării studiate) și itemi care corespund doar parțial obiectului reprezentării (= itemii specifici elementelor periferice ale reprezentării studiate).*

**Key words:** social representation, structural analysis of social representation, induction by scenario ambiguous

#### **Summary**

*Induction by ambiguous scenario (**IAS**) is an effective method of tracking the central representational elements. Its development started from the idea that any social representation expresses, in fact, an active process of building reality. Whenever we decide to put this method into practice, we should keep in mind that we are only interested in the cerebral constructions that subjects use to recognize an object of representation with among other close similar objects. The operationalization of the **IAS** expresses a multiphase process: (1) the elaboration of a preliminary informational material with respect to the contents of a certain social representation; (2) the ambiguous description , based on the informational material already developed, of the object of the social representation under consideration (the ambiguity refers to*

*the fact that the text/scenario may as well refer or not to the object of the representation); (3) the delimitation of the items that might fit the object of representation; and (4) the segregation of the items separated into two distinct categories--items that are not selected unless an explicit reference is made to the object of the representation (=items that are specific for the central nucleus of the studied representation), and items that correspond only partially to the object of representation (=items that are specific for the peripheral elements of the studied representation).*

Este știut că orice studiu consacrat analizei structurale a reprezentărilor sociale trebuie, în mod necesar, să parcurgă *trei etape consecutive*.

Astfel, în cadrul *primei etape* urmează să se producă *delimitarea conținutului*. La acest moment, trei instrumente de cercetare pot fi considerate ca fiind „cele mai pertinente”: pe de o parte, *discuția*, apoi cel numit „*metoda de evocare liberă*” (care constă în a-i cere intervievatului să facă asocieri în mod independent, pornind de la unul sau mai multe cuvinte inducțioare) și, în cele din urmă, un tip aparte de a chestiona – *chestionarul de caracterizare*.

Cea de-a *doua etapă* este etapa *identificării nucleului central și a organizării reprezentării*. Acum, „asupra conținutului obținut în faza precedentă se vor aplica instrumente care să permită reperarea legăturilor, a relațiilor și a ierarhiei dintre elemente”. În vederea atingerii obiectivului enunțat, pot fi antrenate, din nou, *evocările libere* sau *chestionarele de caracterizare*. În același timp, mai poate fi utilizată și tehnica *schemelor cognitive de bază [SCB]* sau tehnica de *analiză a similitudinii [AS]*.

Ultima, cea de-a *treia etapă* are drept scop *controlul centralității*. Punerea în evidență, pe parcursul etapei premergătoare, a modului în care este organizată reprezentarea asigură, în fond, o cunoaștere mai mult ipotetică a

nucleului central. De aceea, după cum ține să menționeze J.- C. Abric, rămâne de văzut dacă „elementele fundamentale” depistate anterior se referă cu adevarat la nucleul central. Și de această dată, în vederea obținerii rezultatului scontat, va fi utilizată o gamă variată de instrumente investigaționale: tehnica *schemelor cognitive de bază [SCB]*, la care am făcut deja trimitere, dar și tehnica de *punere în discuție [PD]*, cea a *inducției prin scenariu ambiguu [ISA]* sau/și cea a *recunoașterii obiectului [RO]*.

Cele trei etape, afirmă specialiștii, sunt esențiale și de neocolit. Respectarea cu strictețe a principiilor care stau la baza lor și a consecutivității în care ele trebuie să-și facă apariția garantează în deplinătate valoarea rezultatelor și a analizelor [1, P. 451 – 452; 6, p. 14 – 25; 7, P. 87- 91; 8, P. 27 – 39].

Așa cum, prin mijlocirea unor studii publicate anterior, ne-am referit deja la *evocarea liberă*, *chestionarul de caracterizare*, *analiza similitudinii* și, respectiv, la *schemele cognitive de bază*, să urmărim în continuare cum se prezintă metoda *inducției prin scenariu ambiguu [ISA]*.

### **Entitatea ISA**

Metoda *inducției prin scenariu ambiguu (ISA)* apare ca rezultat al eforturilor pe care le depune, la începutul anilor '90, ai sec. trecut, P. Moliner, profesor la Universitatea din

Aix-en-Provence. În viziunea autorului nominalizat [4], *Inducția prin scenariu ambiguu (ISA)* reprezintă „o modalitate suplă și eficientă de reperare a elementelor centrale”, un gen de intervenție investigațională care „pone accentul pe elementele valorizate de către subiecți în scopul recunoașterii obiectului de reprezentare printre alte obiecte apropriate” și care, în plus, abordează reprezentarea în calitate de un „proces activ de construire a realității”. Potrivit aceleiași surse, esența **ISA** se rezumă, în fond, la prezentarea unei descrierii ambiguie a unui obiect de reprezentare, astfel încât acel obiect să poată sau să nu poată fi considerat ca obiect al unei reprezentări (or, având un material de bază, se pot construi două descrieri diferite, prin compararea cărora s-ar putea ajunge la reliefarea nodului central).

### Cum se ajunge la ideea de ISA?

Punctul de pornire îl constituie rezultatele unui celebru experiment realizat, pe la mijlocul anilor '50, ai sec. trecut, de către S. Asch. La acel moment, vestitul psihosociolog american, care reușise deja să se impună printr-o serie de studii care luau în vizor conformarea individului la opinia grupului, ajunge să constate următoarele: dacă două serii de șapte adjective, apte să asigure caracterizarea unei persoane oarecare, se deosebesc doar prin aceea că într-un caz este introdus determinativul „cald”, iar în celălalt – determinativul „rece”, atunci această deosebire poate face ca persoana în cauză să fie percepță într-un fel de către toți acei cărora le va fi prezentată seria cu determinativul „cald” (= *impresie pozitivă*) și în alt fel de către toți acei cărora le va fi prezentată seria cu determinativul „rece” (= *impresie negativă*). Luând act de ceea-

ce reușește să înregistreze S. Asch, P. Moliner, cu aproape patruzeci de ani mai târziu, avansează ideea potrivit căreia utilizarea celor două determinative opuse („cald” și „rece”) a condus la amplasarea unui obiect social ambiguu (= *persoana caracterizată*) în câmpuri reprezentationale diferite. Unghiul de vedere emis de către cercetătorul francez este acela că „dacă o caracteristică oarecare este atribuită unui obiect ambiguu care este prezentat explicit ca fiind obiect de reprezentare, atunci această caracteristică aparține sistemului central al reprezentării studiate” [4].

Alături de celebrul experiment al lui S. Asch, un rol important în apariția ideii de **ISA** l-a jucat și studiul lui J.-C. Abric cu referire la reprezentarea socială a artizanului și artizanatului [1]. Rezultatele acestui studiu, vom reaminti, au arătat că, în cazul în care subiecților nu li se specifică, într-o primă fază (= *de memorare*), care sunt elementele centrale ale respectivului tip de reprezentare, la următoarea fază (= *de reproducere*), atmosfera de neclaritate dispare – subiecții, atrași într-un proces activ de construcție sau/și reconstrucție a realității, fac dovadă faptul că pot, de unii singuri, să identifice constructele psihomентale „neluate în seamă”. Explicația? În optica lui J.-C. Abric, fenomenul derivă din *tendința subiecților de a confieri sens ansamblului de cuvinte memorate*. Pe de altă parte, P. Moliner, raliindu-se, în linii mari, punctului de vedere avansat de către J.-C. Abric, vine totodată cu o enucleație complementară, considerând că nu doar tendința subiecților de a confieri sens ansamblului de cuvinte memorate trebuie luată în considerare, ci și caracterul cu totul deosebit al reprezentării sociale. Expe-

rimentul lui J.-C. Abric, spune el [1], ilustrează foarte bine specificul „categoriilor de cunoștințe cu funcționalitate socială” – *crearea realității* (aceasta din urmă fiind mai degrabă construită decât sesizată cu ajutorul organelor de simț, în special atunci când subiectul trebuie să se pronunțe în legătură cu un obiect vag definit). Dacă aceluiași obiect îi se poate ataşa o reprezentare, subiectul va face apel în principal la ea, și nu la ceea ce poartă numele de percepție. Mai mult, subiectul va fi tentat să confere obiectului în cauză caracteristici pe care acesta de fapt nu le are, prin utilizarea actului reprezentativ în calitate de filtru pentru informațiile venite din exterior.

Fiind, pe de o parte, impresionat de rezultatele cercetării experimentale efectuate de către S. Asch și având, pe de altă parte, o poziție clară în legătură cu linia comportamentală a subiecților implicați în studiul empiric al lui J.-C. Abric, P. Moliner nu a avut decât să propună, acum două decenii, o metodă inedită de analiză structurală a reprezentării sociale - *Inducția prin scenariu ambiguu (ISA)*.

### Mecanica ISA

Conform mai multor autori care – direct sau mai puțin direct – s-au referit la **ISA**, operaționalizarea acesteia redă un proces complex [1, 2, 9, 10, 11]. Iată ce spune, cu această ocazie, M. Curelaru, unul din cei mai consecvenți exploratori ai universului reprezentativ.

Initial, se pornește de la un material prealabil care descrie conținutul unei reprezentări sociale. Pe baza datelor selectate, se elaborează o descriere ambiguă a obiectului acestuia. Textul formulat se prezintă ca o scurtă istorioră, un mic scenariu având rolul de a

activa subiecților reprezentarea socială studiată. Componerea textului, evident, nu este o sarcină ușoară, fiind nevoie de testări repetitive și reformulări. Pe acest segment, trebuie respectate două reguli. Prima spune că obiectul descris nu trebuie „să fie explicit calificat cu termenul generic desemnând obiectul reprezentării”. A doua regulă presupune că scenariul să nu conțină absolut nici un element din lista celor cărora vrem să le testăm centralitatea. Ambiguitatea se referă la faptul că scenariul poate, la fel de bine, să se refere sau nu la obiectul reprezentării.

Mai apoi, se identifică elementele centrale. Cu acest scop, se propun subiecților două scenarii pornind de la textul elaborat. În unul din ele, textul se încheie cu referința clară la obiectul reprezentării studiate, în timp ce în al doilea se respinge complet această posibilitate. În continuare, se propune subiecților lista elementelor cărora li se verifică centralitatea și li se cere să aprecieze dacă elementele respective corespund sau nu descrierii primite (se utilizează scale în șase trepte).

Diferențele dintre răspunsurile celor două grupuri pot fi explicate prin impactul frazei finale din text. Rezultatele obținute pot fi clasate în două categorii. În prima se pot grupa **caracteristicile care pot fi considerate ca foarte probabile pentru ambele descrieri** (fără diferențe semnificative între grupuri). Aceste elemente sunt judecate ca „*aparținând foarte probabil obiectului ambiguu, indiferent dacă acesta a fost prezentat sau nu ca obiect de reprezentare*”. Prin urmare, ele nu au nici o specificitate, putând fi considerate, după P. Moliner, **ca fiind periferice**. În al doilea caz, trăsăturile sunt atribuite

obiectului ambiguu „doar când acesta a fost prezentat ca obiect de reprezentare”. Aceste caracteristici apar, deci, **ca fiind centrale, adică specifice obiectului reprezentării**.

Drept exemplu elocvent de aplicabilitate a formulei descrise mai sus ne poate servi modul în care P. Moliner încearcă să stabilească cum stau lucrurile în cazul reprezentării sociale a întreprinderii [4]. La acel moment, cunoscutul om de știință francez optează – fapt confirmat și de J.-C. Abric [2] – pentru un algoritm de operaționalizare a **ISA** compus din **cinci faze consecutive**:

1. Pentru început, subiecților (= 78 de studenți din anul I de la Universitatea din Provence) li s-a cerut să redacteze un text despre felul în care concep ei întreprinderea (textul a fost următorul: „De mai mulți ani, SOLITEC (denumirea întreprinderii – n.n.) reunește mai multe zeci de persoane de competențe și interese foarte diverse. Fiecare dintre aceste persoane contribuie în felul ei la funcționarea acestei organizații, care este recunoscută drept una dintre cele mai importante în domeniu”). Ambiguitatea textului, precum se poate de observat, se referă la faptul că scenariul poate, la fel de bine, să se refere sau nu la obiectul reprezentării. Analiza acestui text a permis punerea în evidență a 14 itemi (reflectând opinii diferite), prin care, ulterior, urma să fie stabilit statutul central sau periferic al respectivelor elemente reprezentatoriale.

2. S-a construit un scenariu ambiguu, cu respectarea a două reguli:

- să nu se facă niciodată referință în mod explicit la obiectul studiat (în cazul de față, la întreprindere);

- să nu se utilizeze nici unul din-

tre cei 14 itemi care reflectă opiniiile subiecțului.

3. Scenariul ambiguu le-a fost prezentat subiecților în două modalități diferite, făcând referință la obiectul reprezentat. În primul caz, s-a conchis: „SOLITEC este, fără îndoială, o întreprindere”; în celălalt caz: „SOLITEC nu este, totuși, o întreprindere” (de unde și importanța ambiguității scenariului care a atras două formulări contradictorii).

4. Apoi, subiecților le-au fost propuși cei 14 itemi reperați ca fiind elocvenți pentru reprezentarea obiectului (= întreprinderii), cerându-li-se să spună dacă obiectul prezentat în scenariu (întreprindere sau nonîntreprindere) are sau nu aceste caracteristici.

5. În cele din urmă, analiza răspunsurilor a făcut posibilă evidențierea a două tipuri de itemi:

- a itemilor corespunzători unor caracteristici alese nediferențiat în cele două modalități ale scenariului (este o întreprindere sau nu) și care, aşadar, nu pot fi considerate ca fiind specifice obiectului de reprezentare (ceea ce înseamnă că sunt elemente periferice);

- a itemilor care nu sunt aleși decât în cazul în care se face referință explicită la obiect (este o întreprindere), și nu în cealaltă situație (nu este o întreprindere); acești itemi se impun ca fiind specifici obiectului de reprezentare studiat (ceea ce înseamnă că ei constituie nucleul central, întrucât sunt cei care determină semnificația obiectului).

Rezultatele **ISA** pentru reprezentările sociale ale întreprinderii își găsesc oglindire în următorul tabel (adaptat după P. Moliner [4]):

| <b>Itemi</b> propusi | <b>Da</b> , este o<br>întreprindere | <b>Nu</b> , nu este o<br>întreprindere |  |
|----------------------|-------------------------------------|--|--|
| Profit               | 4,13 (*)                            | 2,81                                   | <b>Elemente centrale</b><br>(*): există diferențe semnificative: $p \leq 0,05$ |
| Economie             | 4,13 (*)                            | 2,94                                   |  |
| Patron               | 4,31 (*)                            | 3,06                                   |  |
| Concurență           | 4,63 (*)                            | 2,75                                   |  |
| Loc de muncă         | 4,81                                | 4,06                                   | <b>Elemente periferice:</b><br>nu există diferențe semnificative               |
| Organizată           | 5,00                                | 5,38                                   |  |
| Produs               | 4,31                                | 4,81                                   |  |
| Ierarhizată          | 4,00                                | 3,50                                   |  |
| Comunicare           | 4,56                                | 5,13                                   |  |
| Obiective            | 3,81                                | 4,56                                   |  |
| Conflict             | 2,19                                | 2,75                                   |  |
| Creație              | 4,88                                | 4,69                                   |  |
| Posturi              | 3,75                                | 2,81                                   |  |

Acest tabel, atenționează specialiștii [8], ilustrează destul de bine eficacitatea **ISA**. El arată că printre cele 14 elemente ale reprezentării, doar patru sunt considerate semnificativ mai probabile atunci când obiectul ambiguu apare drept o întreprindere (*profit, economie, patron, concurență*). Caracteristicile vizate sunt specifice obiectului de reprezentare. Ele corespund *elementelor centrale* ale reprezentării întreprinderii în cadrul populației studiate. Toate celelalte elemente sunt caracteristice atât pentru o întreprindere, cât și pentru un alt tip de organizare. Bineînțeles, ele fac parte din reprezentarea întreprinderii, dar ca *elemente periferice*.

### Concluzii

*Inducția prin scenariu ambiguu (ISA)* constituie o metodă eficientă de reperare a elementelor reprezentatoriale centrale. Elaborarea ei a pornit de la ideea potrivit căreia orice reprezentare socială exprimă, în fond, un proces activ de construire a realității. Ori de câte ori decidem s-o punem în aplica-

re, trebuie să avem în vedere că ne vom interesa doar de constructele cerebrale pe care subiecții le vor valoriza pentru a recunoaște un obiect de reprezentare printre alte obiecte similare apropiate. Operaționalizarea **ISA** exprimă un proces multifazic: (1) elaborarea unui material informațional prealabil cu referire la conținutul unei anumite reprezentări sociale, (2) descrierea ambiguă, în baza materialului informațional deja elaborat, a obiectului reprezentării sociale avute în vedere (ambiguitatea se referă la faptul că textul/scenariul poate, la fel de bine, să se refere sau să nu se refere la obiectul reprezentării), (3) delimitarea itemilor care s-ar potrivi obiectului reprezentării și (4) segregarea itemilor delimitați în două categorii distincte: itemi care nu sunt aleși decât în cazul în care se face referință explicită la obiectul reprezentării (= itemii specifici nucleului central al reprezentării studiate), și itemi care corespund doar parțial obiectului reprezentării (= itemii specifici elementelor periferice ale reprezentării studiate).

### **Referințe bibliografice**

1. Abric J.-C., (2007). *Analiza structurală a reprezentărilor sociale.* // S. Moscovici, F. Buschini (coord.). Metodologia științelor socioumane / Traducere de V. Savin – Iași: Editura Polirom, – P. 451 – 452; 461-463.
2. Abric J.-C., (1984). *L'artisan et l'artisanat: analyse du contenu et de la structure d'une représentation social* // Bulletin de psychologie. -- Nr. 37. – P. 861-875.
3. Curelaru M. (2006). *Reprezentări sociale* /Prefață de A. Neculau. – Ediția a II-a, revăzută. – Iași: Editura Polirom, – P. 109-110.
4. Moliner P. (1993). ISA: *L'Induction par Scénario Ambigu*. Une méthode pour l'étude des représentations sociales // Revue Internationale de Psychologie Sociale. – – Nr. 2. – P. 7-21; p. 11-12.
5. **Apud** Radu L. *Progrese în studiul reprezentărilor sociale* // C. Constantinescu (coord.). Stereotipuri, reprezentări și identitate socială. – Pitești: Editura Universității din Pitești, 2000. - P.73 – 74.
6. M. Șleahtîtchi. *Analiza structurală a spațiului reprezențațional: semnificații, principii, etape* // Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială: Revista Facultății de Psihologie și Psihopedagogie specială a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”. – 2013. – Nr. 1 (30). – P. 14 – 25;
7. M. Șleahtîtchi. *Instrumentele de analiză structurală a spațiului reprezen-*  
tațional: evocarea liberă // Psihologie: Revista științifico-practică a Asociației psihologilor – practicieni din Republica Moldova. – 2013. – Nr. 2 . – P. 87- 91;
8. M. Șleahtîtchi. *Instrumentele de analiză structurală a spațiului reprezen-*  
tațional: evocarea liberă, harta asociativă și rețeaua de asociații // Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială: Revista Facultății de Psihologie și Psihopedagogie specială a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”. 2013. – Nr. 2 (31). – P. 27 – 39
9. M. Șleahtîtchi *Instrumentele de analiză structurală a spațiului reprezen-*  
tațional: chestionarul de caracterizare // Studia Universitatis Moldavia: Revistă științifică a Universității de Stat din Moldova. – Seria Pedagogie, Psihologie, Didactica științei. – 2013. – Nr. 5 (65). – P. 102 – 109;
10. M. Șleahtîtchi. *Instrumentele de analiză structurală a spațiului reprezen-*  
tațional: analiza similitudinii // Studia Universitatis Moldaviae: Revistă științifică a Universității de Stat din Moldova. – Seria Pedagogie, Psihologie, Didactici particolare. – 2013. – Nr. 9(69). – P. 105-111
11. M. Șleahtîtchi. *Instrumentele de analiză structurală a spațiului reprezen-*  
tațional: schemele cognitive de bază // Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială: Revista Facultății de Psihologie și Psihopedagogie specială a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”. – 2013. – Nr. 3 (32). – P. 1 – 10.

## **CERCETĂRI, SONDAJE, RECOMANDĂRI**

### **DIFERENȚE SPECIFICE ȘI SIMILITUDINI DE GENDER ÎN MANIFESTAREA ȘI DEPĂȘIREA TULBURĂRII POSTTRAUMATICE DE STRES**

### **GENDER SPECIFIC DIFFERENCES AND SIMILARITIES OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER MANIFESTATION AND OVERCOMING**

***Mariana BATOG***

***Cuvinte - cheie:* tulburare posttraumatică de stres, diferențe gender ale PTSD, simptome de externalizare, simptome de internalizare, similarități gender ale PTSD.**

#### **Rezumat**

Tulburarea posttraumatică de stres (PTSD) desemnează o consecință a unei traume psihologice majore produse în urma ciocnirii cu o situație de stres extrem, fiind caracteristică atât pentru persoanele de sex feminin, cât și masculin. Datele statistice vin să ne confirme faptul că în societate sunt în ascendență: numărul cazurilor de violență în familie, infracțiunile săvârșite contra familiei, numărul accidentelor rutiere, incendiilor și situațiilor excepționale cu caracter natural, tehnogen și biologico-social, etc. Escaladarea situațiilor de stres extrem implică necesitatea și actualitatea realizării studiilor în scopul cercetării consecințelor produse și a modalităților de predicție și reabilitare psihologică a persoanelor implicate. În studiul nostru ne-am propus să prezentăm o analiză a tulburării posttraumatice de stres (PTSD) cu specificul său de manifestare la femei și bărbați. În acest context, vom evidenția: situațiile de stres extrem ce pot provoca PTSD la femei și situațiile de stres extrem specifice pentru bărbați; diferențe și similarități gender de instalare și dezvoltare a stresului posttraumatic. În continuare ținem să abordăm studiile empirice ce vin să argumenteze și să explice aceste diferențe; să analizăm factorii relevanți ce influențează apariția stresului posttraumatic și factorii ce pot favoriza recuperarea psihotraumei. De asemenea, am examinat unele aspecte de externalizare a PTSD la copii, pentru a stabili diferențele și asemănările gender, dar și în comparație cu persoanele mature. În urma cercetării efectuate ne-am referit la modalitățile de soluționare a problemelor psihologice ce țin de stresul posttraumatic, am propus recomandări utile în depășirea PTSD.

***Keywords:* posttraumatic stress disorder, gender differences of PTSD, externalizing symptoms, internalizing symptoms, gender similarities of PTSD.**

#### **Summary**

*Posttraumatic stress disorder (PTSD) designates a consequence of a major psychological trauma produced by a collision with a situation of extreme stress, being characteristic for both female and male. The statistics confirm that in society are in*

*ascendancy: the number of cases of domestic violence, crimes against family, road accidents, fires and natural, technogenic and social-biological emergencies etc. The escalating extreme stress situations involve the need and the topicality of performing studies with the purpose of researching the resulted consequences and methods of prediction and psychological rehabilitation of the persons involved. In this paper we tend to present an analysis of posttraumatic stress disorder (PTSD) with its specific manifestations at women and men. In this context we highlight: extremely stressful situations that can cause PTSD at women and specific situations of extreme stress for men, gender differences and similarities, installation and development of PTSD. Next, we come to deal with empirical studies to prove and explain these differences, to analyze the relevant factors that affect the occurrence of posttraumatic stress, factors that may promote the psycho trauma recovery. Also, we tend to examine some aspects of manifestation of PTSD at children, to determine gender differences and similarities, but also in comparison with mature people. At the end of this article we refer to ways of resolving psychological problems related to traumatic stress. In conclusion, we would like to propose some appropriate recommendations of PTSD overcoming.*

## **1. Introducere**

American Psychologist's Association (în DSM IV-TR; 2000) definește tulburarea posttraumatică de stres (PTSD) ca o constelație de simptome care apar în urma expunerii la un episod sau eveniment traumatizant extrem (apud. Wilmhurst, 2007, p.273). Tulburarea posttraumatică de stres este prezentată în *Enciclopedia psihologică* ca fiind un diagnostic psihiatric separat, fiind în funcție de însemnatatea acordată factorului etiologic – evenimentul traumatizant. De fapt, stabilirea diagnosticului PTSD nu este posibilă în cazul în care pacientul nu satisfac criteriul ce ține de evenimentul de stres major, ce ar însemna că a trăit cu siguranță o situație ce poate fi considerată traumatizantă (Корсина P. & Ауэрбах A., 2006, p.982). Psihologii ruși Венгер A. L., Морозова E. H. (2009) consideră că tulburarea posttraumatică de stres este o boală cronică ce poartă un caracter fluctuant și poate dura câțiva ani, uneori se menține pe parcursul întregii vieți, fiind însotită de crize periodice de acutizare (p.15). Simp-

tomele predominante ale acestei tulburări sunt prezentate în DSM-IV-TR și CIM - 10 și includ următoarele criterii: gânduri și imagini intruzive, comportamente de evitare și paralizie emoțională, hiperexcitabilitate – ce durează mai mult decât o lună și afectează toate domeniile de funcționare vitală.

Datele statistice vin să ne confirme faptul că în societate sunt în ascendență: numărul cazurilor de violență în familie, infracțiuni săvârșite contra familiei, numărul accidentelor rutiere, incendiilor și situațiilor excepționale cu caracter natural, tehnogen și biológico-social etc. Escaladarea situațiilor de stres extrem implică necesitatea și actualitatea realizării studiilor în scopul cercetării consecințelor produse și a modalităților de predicție și reabilitare psihologică a persoanelor implicate.

În acest studiu ne-am propus să prezintăm o analiză a tulburării posttraumatice de stres (PTSD) cu specificul său de manifestare la femei și bărbați. În acest context, vom evidenția: situațiile de stres extrem ce pot provoca PTSD

la femei și situațiile de stres extrem specifice pentru bărbați; diferențe și similitudini gender de instalare și dezvoltare a stresului posttraumatic. În continuare ținem să abordăm studiile empirice ce vin să argumenteze și să explice aceste diferențe; să analizăm factorii relevanți ce influențează apariția stresului posttraumatic și factorii ce pot favoriza recuperarea psihotraumei. De asemenea, am examinat unele aspecte de externalizare a PTSD la copii, pentru a stabili diferențele și asemănările gender, dar și în comparație cu persoanele mature. În finalul acestui articol ne vom referi la modalitățile de soluționare a problemelor psihologice ce țin de stresul posttraumatic și am elaborat recomandări utile în depășirea PTSD.

## **2. Cercetări realizate în plan mondial în abordarea PTSD versus aspectele gender**

În știința psihologică numeroase studii s-au centrat pe abordarea subiectelor ce țin de evenimentele traumatice, stres posttraumatic și identificarea particularităților gender ale persoanelor în cauză. Dintre cercetătorii ce s-au axat pe studierea problematicii menționate sunt Kulka R. A. (1990), Breslau N. (1995), Kessler R.C.(1995), Тарабрина H. B.(2000), Решетников M. M. (2006), Wilmshurst L. (2007), Udangiu L. (2010) și alții.

Atât femeile cât și bărbații pot fi martori sau victime ale unor evenimente de stres de severitate extremă și dezvoltă ulterior tulburarea posttraumatică de stres. Studiile epidemiologice recente au evidențiat faptul că experiența unei traume este un fenomen relativ comun, ratele estimate în cadrul populației generale fiind de 51 % în cazul femeilor și 61% în cazul bărbaților; 19,7 % dintre bărbați și 11,4 % dintre femei au relatat peste 3 eve-

nimente majore de stres (Kessler et al., 1995), la 84% în cazul grupurilor mixte (Vrana și Lauterbach, 1994) (apud.17).

Studiile au arătat că femeile denotă rate mai ridicate a PTSD în comparație cu bărbații, fiind *victime ale crimelor; atacului sexual, accidentelor de mașină*. Kessler (1995) găsește o prevalență a PTSD la supraviețuitorii accidentelor de mașină de 6% la bărbați și 9% la femei (apud. Teodorescu R. et. al. 1999, p.107). Atacul sexual are impactul cel mai mare asupra femeilor, iar *trauma din război* asupra bărbaților (apud. 16).

În Studiul Național de Comorbidiitate (NCS) realizat de Kessler R. (1995) au fost evidențiate unele evenimente de stres major specifice pentru femei (apud. 14). Astfel, în eșantionul cercetat printre femeile adulte s-a determinat :

- 12,7 % au raportat un viol,
- 14,3 % molestare sau tentativa de viol,
- 10,3 % agresiune fizică,
- 13,4 % uciderea unui prieten sau rude apropiate.

Breslau N. (1995), Kessler R. (1995), Wilmshurst L. (2007), Vrasti R. (2009), în cadrul cercetărilor lor, menționează faptul că femeile sunt mai predispuse pentru a dezvolta PTSD: la Kessler prevalența este între 5 și 10% în funcție de sex; Breslau consideră că femeile au un risc condiționat de 2 ori mai mare față de bărbați – probabilitatea de a dezvolta PTSD după expunere (1995); Wilmshurst L. (2007) este de părere că persoanele de sex feminin sunt de până la cinci ori mai predispuse să manifeste simptome specifice tulburării în cazul unei traume (p. 283); în timp ce alți cercetători arată că femeile sunt de patru ori mai sensibile decât bărbații să dezvolte tulburarea posttraumatică de stres

(Vrasti R., 2009). Din cele prezentate putem conchide că rata de dezvoltare și prevalență a tulburării la femei – bărbați depinde de tipul traumei, frecvența de producere a stresului extrem și de alți factori relevanți implicați.

*Udangiu L.* (2010) descrie particularitățile manifestării acestei tulburări la persoanele de sex feminin:

- Simptomatologia este mai complexă.
- Durata bolii este mai mare.
- Prognosticul este în multe cazuri nefavorabil și influențează în mod negativ indicatorii calității vieții.

Răspunsul terapeutic la inhibitorii selectivi ai recapătării serotoninii este mai bun; se observă o remisiune a majorității simptomelor, iar acest tip de tratament poate constitui o primă linie terapeutică. (Udangiu, p.292).

Femeile, la fel ca și bărbații, pot dezvolta stresul posttraumatic ca urmare a violențelor și agresiunilor multiple. Un studiu asupra PTSD la victimele agresiunilor nonsexuale (Riggs et al., 1995) a arătat că 71 % dintre femei și 50% dintre bărbați au întrunit criteriile de diagnostic pentru PTSD la scurt timp după incident. La 3 luni de la eveniment, doar 21 % dintre femei (însă nici un bărbat) mai sufereau de PTSD (17).

Psihologii ruși *Малкина-Пых И.Г.* (2010), *Решетников М. М.* (2006), *Соловейчик М. Я.* (2002), *Ильина И.Г.* (2002) abordează problematica epuizării resurselor psihologice în cazul specialiștilor ce acordă ajutor psihologic persoanelor traumatizate și dezvoltarea la aceștia a diverselor tulburări ce țin de stres, inclusiv a stresului posttraumatic secundar (2, p.9). În acest context, se arată că specialiștii de sex feminin ce

acordă ajutor psihologic sunt de două ori mai vulnerabili la dezvoltarea PTSD secundar decât specialiștii bărbați. În echipele medico-psihologo-psihiatrice de intervenție în situații de criză de obicei 50% sunt femei. Rezistența la traumă și contaminare psihică la ambele sexe este în creștere abia după vârsta de 25-30 ani (Решетников М. М., 2006, p.99).

### 3. Particularități gender la copii

În literatura de specialitate se relevă și unele diferențe gender în manifestarea simptomelor PTSD la copii. S-a sugerat că băieții ar putea să nu manifeste simptome la fel de clare ca și fetele, ci mai degrabă simptome de externalizare, spre deosebire de cele de internalizare, cum ar fi anxietatea sau depresia, care sunt adesea puse în evidență de instrumentele și interviurile folosite pentru identificarea PTSD (Ostrov, Offer și Howard, 1989). (apud Wilmshurst L., 2007, p.283)

De asemenea, prezintă interes și diferențe în aspectele clinice ale tulburării posttraumatic de stres la copii vizavi de persoanele mature. *Tudose F.* (2002, p.225-226) expune unele dintre ele:

– Copiii foarte mici pot prezenta simptomatologie redusă (întrucât multe din simptomele afectiunii necesită o exprimare verbală). Apar, spre exemplu, tulburări de somn, anxietate, incontinența de urină, preocuparea pentru simboluri, jocuri care pot sau nu să aibă legătură cu trauma.

– Copiii de vîrstă școlară nu au în mod obligatoriu amnezie sau flashback-uri, însă prezintă fenomenul de „îngustare a timpului” (plasarea greșită a evenimentelor traumatizante pe care le relatează în timpul rememorării) și „apariția de semne” (convingerea că au existat semne prevestitoare ale traumei,

precum și credința că evenimentele similare pot fi evitate dacă respectivul copil este suficient de atent încât să identifice la timp astfel de semne), care nu apar de regulă la adulți. Jocul posttraumatic se diferențiază de reconstituirea traumei la adult prin faptul că este o repetare compulsivă a unor aspecte ale traumei, dar care nu are tendința de a atenua anxietatea – de ex., o preferință pentru jocurile în care se folosesc arme după expunerea la acest tip de violență (în timp ce reconstituirea este mult mai flexibilă și implică o serie de modificări comportamentale – de ex., respectiva persoană poartă în permanență o armă).

– Simptomatologia tulburării la adolescenti se aseamănă mai mult cu cea care apare la adulți; reconstituirea post-traumatică (încorporarea unor aspecte ale traumei în activitățile cotidiene) apare în măsură mai mare decât jocul posttraumatic, de asemenea, adolescenții sunt mai predispuși decât adulții sau copiii la a adopta comportamente impulsive și agresive (Tudose F, p.225-226).

Printre cercetările de ampioare realizate asupra răspândirii PTSD pot fi menționate cele ale lui *Lars Weiseath* (1997) (apud. Александровский, 2000), ce au durat timp de 2, 5 ani și prin intermediul cărora s-a determinat că în Kuweitul ocupat de Irak, printre populația ce opunea rezistență activă, fiind arestați și încarcerati, simptomele psihopatologice erau mai puțin evidențiate, decât la persoanele ce aveau un mod de viață pasiv. Studierea unui eșantion de 2856 subiecți a permis stabilirea faptului că după 2,5 ani de la terminarea războiului, fiecare al patrulea locuitor al țării manifesta simptome ale stresului posttraumatic, iar copiii și femeile atestau un nivel mai înalt al tulburării decât bărbații. S-a observat și o amprentă

profundă a acțiunilor militare asupra stării emoționale și comportamentului preadolescenților – 44% dintre ei au prezentat tulburări de comportament cu caracter distructiv și agresiv (Александровский, Ю. А. 2000, p.101).

#### **4. Aspectele gender ale comorbidităților asociate cu PTSD**

Studiul St. Loius ECA a găsit că 80% dintre pacienții cu PTSD aveau o boala psihiatrică premorbidă sau simultană (Helzer, 1987). Rezultatele cercetării sunt prezentate în *Figurile 1; 2* (apud. 14). Analizând datele cercetării, se observă o diferență de gen în comorbidițile asociate cu PTSD; similaritatea la ambele sexe se observă doar la apariția episodului depresiv major. După Kessler și colab. (1995), comorbiditatea cu această tulburare este foarte mare la aproximativ 88% dintre bărbați și 79% dintre femeile cu PTSD având și alte diagnostice psihiatrice concomitente.

#### **5. Factori semnificativi în dezvoltarea și depășirea PTSD**

Factorii ce au o influență semnificativă în apariția și dezvoltarea PTSD au fost sistematizați de Юр'ева Л. Н.(2002), care stabilește patru grupuri mari de factori :

➤ *Factori caracteristici ai psihotraumei:* traumă imprevizibilă și neașteptată, ce pune în pericol viața (cu risc potențial de distrugere fizică); traumă emotională, însotită de emoții intense; prezența traumelor anterioare în anamneză.

➤ *Factori ce țin de tipul evenimentului traumatic:* război, revoluție, dezastre naturale și tehnogene; terorism, violență și alte evenimente sau situații cu caracter amenințător și catastrofal, ce trec de limita experiențelor uzuale de viață.

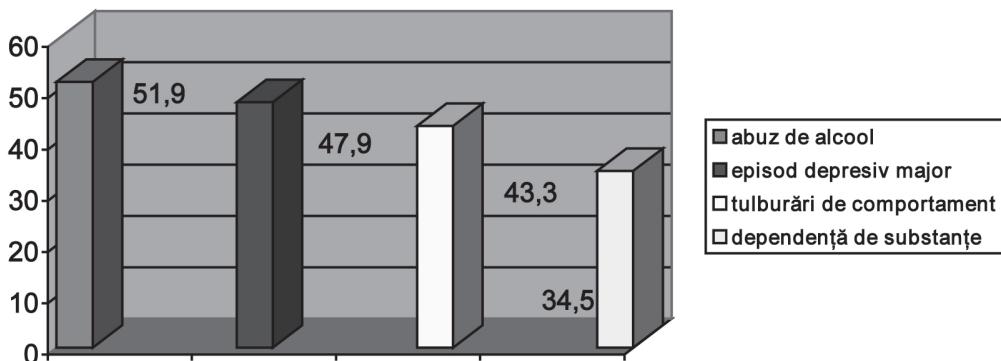


Figura 1. Comorbidități asociate cu PTSD la bărbați, după Helzer (1987).

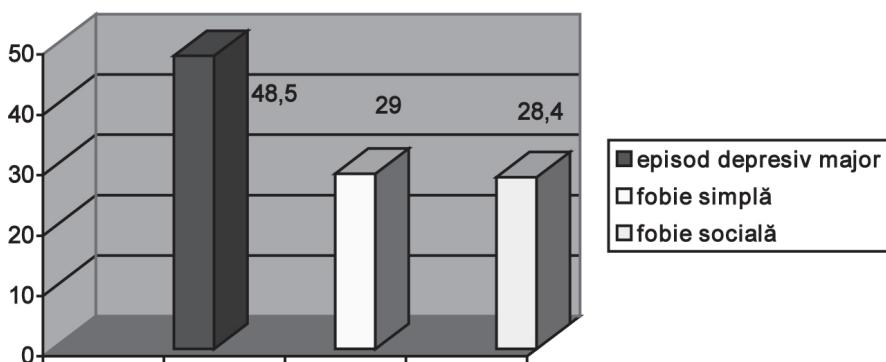


Figura 2. Comorbidități asociate cu PTSD la femei, după Helzer (1987).

➤ *Factori etnoculturale:* percepția evenimentului traumatic din perspectiva viziunilor asupra vieții, comprehensiunea problemei vieții și morții, greutății păcatului și gradului de severitate al pedepsei și altor probleme existențiale ce sunt abordate de oameni în corespondere cu viziunile religioase și ideologice sunt factori de risc foarte semnificativi în dezvoltarea stresului posttraumatic și joacă un rol important în percepția situațiilor stresante. Spre exemplu, la veterani războiului din Vietnam tulburarea posttraumatică de stres a fost identificată la 15% printre soldații afro-americani, iar printre soldații latino-americani - la 28%.

➤ *Factorii psihologici și caracterologici:* instabilitate emoțională, nivel înalt de anxietate, imaturitatea personalității etc.

Clasificarea dată este foarte relevantă, dar mai poate fi completată și cu alți factori semnificativi, cum ar fi cei demografici, genetici, biologici și cognitivi.

În continuare vom enumera unii factori care ar favoriza recuperarea psihotraumei: rețeaua de sprijin familial, relațiile pozitive dintre părinți și copii; stabilitatea emoțională a copilului și părinților; stabilitatea în viața familială, imaginea de sine pozitivă; frecvența sporită a evenimentelor pozitive; sănătatea psihologică a persoanei și a rude-

lor sale; posibilitățile materiale sporite ale familiei; nivelul de dezvoltare înalt al abilităților de comunicare și sociale; nivelul intelectual ridicat; însușirea anterioară a strategiilor de rezistență la stres și de depășire a situațiilor traumaticе; solicitarea ajutorului psihologic în timp util etc.

Cercetarea PTSD, ca fiind un grup special al stărilor de limită, are o semnificație deosebită în prognozarea dezvoltării tulburării ținând cont de specificul evenimentului, pentru elaborarea programelor de profilaxie și reabilitare (Александровский, Ю. А. 2000). Este important să ținem cont de faptul că apariția PTSD la fiecare persoană în particular este determinată de influența unor factori denumiți „*predictori ai vulnerabilității personale*” precum: nepregătirea pentru influența traumei, experiența negativă anterioară, atitudini pasive în formarea *strategiilor de coping* pe parcursul vieții, tulburările psihice și somatiche prezente. Înțelegerea rolului factorilor enumerați anterior și depistarea relației dintre nivelul de severitate al tulburării și nivelul expunerii individuale la influența traumatică vor servi drept sursă în fundamentarea științifică a măsurilor de prevenție și de reabilitare utilizate în cazul PTSD (Александровский, Ю. А. 2000, p.102).

## **6. Modalități de reabilitare a psihotraumei**

Psihologul rus Тарабрина H. B. consideră că în tratarea PTSD se va pune accentul pe aspectele psihoterapeutice, psihofarmacologice și de reabilitare. În perioada acută psihoterapia PTSD va include metode orientate spre relaxare, reacționarea trăirilor emoționale, distanțarea de evenimentul traumatic, formarea senzației de susținere.

Încapsularea traumei, la această etapă, poate contribui la micșorarea consecințelor stresului produs. În dezvoltarea tulburării posttraumatice de stres conștientizarea multiplelor aspecte ale traumei psihologice experiențiate devine o condiție imanentă pentru recuperarea activității psihice integre. La această etapă psihoterapia este direcționată la crearea unui nou model cognitiv de activitate vitală, la reevaluarea experienței traumaticе, recuperarea senzațiilor valorice a propriei personalități și a posibilităților de existență armonioasă în lumea reală, creșterea oportunităților personale ce ar permite depășirea consecințelor evenimentului traumatic (Tarabrina N. [12, p.349].

### **Recomandări:**

- Implicarea persoanelor cu PTSD în discuții în scopul încurajării exprimării verbale pentru a-și împărtăși temerile, sentimentele, furia, anxietatea, fanteziile.

- Implicarea în activitățile psihoterapeutice a membrilor de familie pentru stabilirea relației de încredere, susținere reciprocă, dezvoltarea calităților empatice și formarea condițiilor pentru o comunicare asertivă.

- Încurajarea exprimării emoțiilor prin intermediul imaginilor, art-terapii, alături de alte metode.

- Încurajarea implicării active în activitățile curente, fixarea scopurilor și planurilor de viitor, căutarea modalităților de realizare.

- Schimbările ce au apărut în viața zilnică să fie privite ca o contribuție și o oportunitate pentru dezvoltarea persoană ulterioară.

**Concluzii:** Analizând cercetările în domeniul, putem afirma că: persoanele de sex feminin sunt predispuse într-o

măsură mai mare să dezvolte PTSD în comparație cu persoanele de sex masculin. La femei simptomele PTSD sunt mai complexe, durata tulburării mai mare și afectează mai sever calitatea vieții. Specialiștii de sex feminin ce acordă ajutor persoanelor care au suferit o traumă sunt de două ori mai vulnerabili să dezvolte PTSD secundar, decât specialiștii de sex masculin. Comorbiditățile asociate cu PTSD diferă la femei și la bărbați, similaritatea la ambele sexe se observă doar la apariția episodului depresiv major. În ceea ce privește copiii: fetele sunt predispuse mai mult să manifeste simptome de internalizare, precum anxietatea sau depresia, în timp ce băieții – cele de externalizare. În reabilitarea PTSD este semnificativă o abordare complexă a problemei, implicând aspecte medicale, psihoterapeutice și sociale.

### Bibliografie

1. Batog, M. (2012). *Orientări teoretice și aspecte clinice ale sindromului de stres posttraumatic*. În: *Optimizarea învățământului în contextul societății bazate pe cunoaștere*. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 2-3 noiembrie, 2012. Chișinău: tipografia „Print – Caro” SRL. p. 400- 403.
2. Batog, M. (2013). *Păstrarea resurselor interne ale psihologului în activitatea cu clienții ce suferă de PTSD*. În: *Articole de psihologie*. coord.: Anghel Ilie Grădinaru. România, București: ed. Universitară, p. 9-18.
3. Udangiu, L. (2010). *Tulburarea de stres posttraumatic și stresul acut. Evaluare clinică și terapeutică*. În: *Medicina modernă*. Vol. XVII. Nr. 6, p. 292-296.
4. Teodorescu, R. & Alexăndrescu L. (1999). *Actualități în tulburările anioase*. Ed: Cris Cad, p.100-114.
5. Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L. (2002). *Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*. București: Infomedica, p. 222- 231.
6. Wilmhurst, L. (2007). *Psihopatologia copilului. Fundamente*. Trad. Pelea A., Iași: Polirom, p.272-294.
7. Александровский, Ю. А. (2000). *Пограничные психические расстройства*. Учебное пособие. 3-е издание, с.101- 102.
8. Венгер, А. Л.; Морозова, Е. И., (2009). *Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии*. Владимир: Транзит-ИКС, с.11-19.
9. Корсини, Р., Ауэрбах, А. (2006). *Психологическая энциклопедия*. Traducere din engl. Raymond Corsini, Alan Auerbach, „Concise Encyclopedia of Psychology”. СПб.: Питер, с. 982-985.
10. Малкина-Пых, И.Г. (2010). *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. Москва: изд-во Эксмо, с.837-872.
11. Решетников, М. М. (2006). *Психическая травма*. СПб.: Восточно - Европейский Институт Психоанализа. с.98-104.
12. Тарабрина, Н. В. (2000). *Клиническая психология*. Сост. и общая редакция Н. В. Тарабриной. СПб.: Питер, Серия «Хрестоматия по психологии». с. 349-350.
13. Юр'ева, Л. Н. (2002) *История. Культура. Психические и поведенческие расстройства*. К.: Сфера,. 314 с.
14. Marinescu, D., Badescu, G., Udristoiu, I., Mihaila, O. *Probleme terapeutice în tulburarea post - traumatică de stres* <http://www.romjpsychiat.ro/article/probleme-terapeutice-in-tulburarea-post-traumatica-de-stres>
15. Vrasti, R. *Măsurarea sănătății mintale*. (2009). <http://www.vrasti.org/evaluarea%20PTSD.pdf>
16. <http://www.romedic.ro/radulescu-maria-cabinet-de-psihologie/articol/13292>
17. <http://www.esanatos.com/ghid-medical/psihiatrie/sindromul-de-stres-posttraumatic/prevalenta-i-evoluia-tulburii63487.php>

# ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СИТУАЦИИ МАТЕРИНСТВА

**Елена ЖИГЭУ, Татьяна КОСТЯ**

**Ключевые слова:** беременность, материнство, психологический компонент гестационной доминанты, типы переживания беременности.

## Резюме

В статье отражены результаты изучения психологических особенностей переживания беременности и ситуации материнства. Было исследовано 100 беременных женщин в возрасте от 18 до 42 лет. Показано, что все беременные женщины испытывают высокий уровень личностной тревожности. Номер беременности влияет на тип отношения к беременности, у женщин с одной беременностью чаще встречается гипогестогенический подтип психологического компонента гестационной доминанты. Полученные результаты позволили выделить три группы женщин, отличающихся по преобладающему типу психологического компонента гестационной доминанты и нуждающихся в разных программах дородовой подготовки.

**Cuvinte-cheie:** sarcină, maternitate, component psihologic gestației dominante, tipurile de experiențe de sarcină.

## Rezumat

Articolul reflectă rezultatele unui studiu privind caracteristicile psihologice ale femeilor ce se confruntă cu sarcina și maternitatea. Au fost studiate 100 de femei gravide cu vârstă cuprinsă între 18-42 ani. Cercetarea a relevat că toate femeile gravide manifestă un grad înalt de anxietate. Numărul sarcinii influențează asupra atitudinii viitoarei mame față de sarcină. La femeile cu prima sarcină se evidențiază subtipul hipogestognozic al componentului psihologic gestației dominante. De asemenea, vârsta influențează asupra tipului de sarcină, în grupul de femei cu vârstă de 18-22 ani mai frecvent se atestă subtipul optimal al componentului psihologic gestației dominante. Rezultatele obținute au permis identificarea a trei grupuri de femei, care diferă între ele prin tipul cel mai răspândit al componentului psihologic gestației dominante și au nevoie de programe diferite de pregătire prenatală.

**Keywords:** pregnancy, motherhood, gestational dominant psychological component, the types of feelings of pregnancy.

## Summary

The article describes the results of the study of psychological features of the experiences of pregnancy and motherhood situation. 100 pregnant women aged from 18 till 42 years were examined. It is shown that all pregnant women experience a high

*level of personal anxiety. The number of pregnancy influences the type of the relation to pregnancy, women with one pregnancy more often meet the gipogestognozich subtype of a psychological component of the gestational dominant. Due to the results of the study we distinguished three groups of women, differing in the predominant type of psychological component of the gestational dominant who need different programs of prenatal training.*

Психология беременности и материнства является одной из наиболее сложных и малоразработанных областей современной науки. Результаты современных психологических исследований констатируют снижение и "трансформацию" социальной ценности материнства, психологическую неготовность женщин к роли матери. Данные явления напрямую связаны с экономической и демографической ситуацией в Молдове, снижением ценности семьи, ростом семейного насилия.

Психологическая готовность женщины к материнству трактуется как способность матери обеспечивать адекватные условия для развития ребенка, проявляющаяся в определенном типе материнского отношения и как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъектная ориентация в отношении к ребенку [3].

Материнское отношение не возникает одномоментно и сразу после рождения ребенка, а проходит определенный путь становления и имеет тонкие механизмы регуляции, свои сензитивные периоды и запускающие стимулы [2; 8; 11 и др.]. В этом аспекте особую важность приобретают исследования, изучающие психологический статус женщин во время беременности (изменения психоэмоционального состояния женщины,

ее настроения, появление тревоги и страхов, становление образа младенца, осознание женщины своей материнской роли и т.д.) [3; 4; 5; 9; 10].

Показано, что на формирование готовности женщины к принятию новой социальной роли матери влияет огромное количество сложно взаимодействующих факторов, в частности: личностные особенности, история жизни, адаптация к супружеству, удовлетворенность эмоциональными взаимоотношениями со своей матерью, моделей материнства в семье, культурные, социальные и семейные особенности, физическое и психическое здоровье женщины [7].

Для отражения особенности протекания физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины И. А. Аршавским было предложено понятие «гестационной доминанты». Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода [1]. Различают физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты, которые, соответственно, определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, направленными на вынашивание, рождение и выхаживание ребенка.

*Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД)*

представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы. И. В. Добряковым было выделено пять типов ПКГД: *оптимальный, гипогестогностический* (нуро - слабая выраженность; gestatio - беременность; gnosis - знание), *эйфорический, тревожный, депрессивный* [6].

**Целью** исследования явилось изучение психологических особенностей переживания беременности и ситуации материнства.

**Предмет исследования:** психологические особенности переживания беременности и ситуации материнства беременными женщинами.

**Объект исследования:** тип переживания беременности, индивидуально-психологические особенности личности.

**Испытуемые.** Обследование проводилось на базе Муниципальной клинической больницы № 1, г. Ки-

шинева. В исследовании принимали участие 100 беременных женщин детородного возраста (от 18 до 42 лет). Средний возраст составил 28 лет.

**Методики.** Беременные женщины проходили психологическое обследование добровольно, по единой программе. В исследовании применялись следующие методики:

1. Тест отношений беременной ТОБ (б) [5].
2. Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.
3. Методика многофакторного исследования личности Р. Кетелла.
4. Проективный рисунок на тему «Я и мой ребенок».

Применялись качественные и количественные способы обработки полученных результатов.

**Результаты исследования.** Анализ полученных в исследовании результатов показал, что большинство беременных женщин имеют оптимальный подтип в системе «отношение к беременности», в то время как в системе «отношение к себе – матери» преобладает тревожный подтип.

Таблица 1.

**Средние показатели выраженности типов психологического компонента гестационной доминанты беременных женщин.**

| Факторы            | Отношение к беременности<br>(max - 1) |      |      |      |      | Отношение к себе – матери<br>(max - 1) |      |      |             |      |
|--------------------|---------------------------------------|------|------|------|------|--|------|------|-------------|------|
|                    | О                                     | Г    | Э    | Т    | Д    | О                                      | Г    | Э    | Т           | Д    |
| Средний показатель | <b>0,61</b>                           | 0,07 | 0,03 | 0,25 | 0,04 | 0,11                                   | 0,06 | 0,02 | <b>0,58</b> | 0,23 |

Обнаружено наличие статистически значимой взаимосвязи номера актуальной беременности и подтипа ПКГД. У женщин с первой беременностью чаще встречается гипогестогнозический подтип ( $t$  – критерий Стьюдента = 2,0  $p \leq 0,05$ ), при второй и более беременностях чаще встречается оптимальный, эйфорический и депрессивный подтипы ПКГД. В системе «отношение к беременности» оптимальный подтип ПКГД был выявлен у более, чем 60% женщин. В системе «отношение к себе - матери» тревожный подтип ПКГД имеет более выраженный характер (64% женщин второй группы). Депрессивный подтип ПКГД имеют 25% женщин с одной беременностью и 21% женщин с двумя и более беременностями.

У 56 % женщин отмечается высокая личностная тревожность, у 40 % – и высокая реактивная тревожность. Возможно, это связано и с тем, что женщины, участвовавшие в эксперименте, находились в стационаре, имея некоторое осложненное течение беременности. Значимых

различий по тревожности между женщинами с первой и женщинами со второй и более беременностями не выявлено.

Анализ ряда личностных факторов показал, что все беременные женщины имеют низкие показатели по эмоциональной устойчивости (таблица 2). Это говорит о низкой толерантности по отношению к фruстрации, они подвержены чувствам, склонны к лабильности, раздражительны, утомляемы. Низкие оценки получены и по фактору «тревожность – уверенность в себе». Выявлены низкие значения по фактору «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения». Беременные женщины часто отступают от желаемой цели, как только появляются внутренние или внешние препятствия, часто действуют неорганизованно. Поведение регулируется преимущественно личными, сиюминутными желаниями и потребностями. Свои возможности не всегда оцениваются критично.

Таблица 2.

**Стеновые показатели выраженности факторов «эмоционального – волевого блока» у беременных женщин.**

| Факторы  | Стены |
|--|-------|
| «Эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость» (макс. 12) | 1,76  |
| «Тревожность – спокойствие» (макс. 12)                                 | 4,06  |
| «Подверженность чувствам – высокая нормативность поведения» (макс. 12) | 1,83  |
| «Высокий самоконтроль – низкий самоконтроль» (макс. 12)                | 2,30  |
| «Расслабленность – напряженность» (макс. 12)                           | 3,65  |

По фактору «самоконтроль» также получены низкие оценки, свидетельствующие о внутренней

конфликтности, подчинении своим эмоциям, недисциплинированности. Низкие показатели по фактору «рас-

слабленность - напряженность» выявлены у всех беременных женщин (3,65). Для них характерна расслабленность, недостаточная мотивация, флегматичность и неудовлетворенность.

Таким образом, можно отметить, что у беременных женщин отмечается низкий уровень по факторам «эмоционально волевого блока». В целом, беременные женщины подвержены чувствам, тревожны, склонны к лабильности настроения, раздражительны, утомляемы. Статистически значимых различий между женщинами с первой беременностью и женщинами со второй и более беременностями нет.

Результаты, полученные в проективном рисуночном тесте «Я и мой ребенок», свидетельствуют о том, что у 7% беременных женщин наблюдается благоприятное психологическое состояние, связанное с беременностью. 44% испытывают состояние тревоги, конфликтности и неуверенности в себе, причем у 18% симптомы тревоги и неуверенности незначительны. 49% женщин испытывают конфликт с беременностью (т.е. идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно эмоционально окрашена; переживание всей беременности как кары, помехи, к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний).

В зависимости от преобладания типа психологического компонента гестационной доминанты исследуемые женщины были разделены на три группы, требующие различной

тактики проведения дородовой подготовки.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). В эту группу вошли 2% женщин, со средним возрастом 29 лет.

\* Вторая группа была названа «группой умеренного риска». В нее вошло 68% женщин с оптимально-гипогестогнозическим подтипов ПКГД и оптимально-эйфорическим подтипов ПКГД. Средний возраст женщин данной группы – 28 лет. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

\* Третья, группа – «группой высокого риска», включает 30% женщин, со средним возрастом 27 лет. У них выявлены чистые гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех, имеющих депрессивный подтип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают симптомы нервно-психических расстройств различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении.

Статистически значимых различий по реактивной и личностной тревожности между группами с разным уровнем оптимальности ПКГД нет.

Анализ индивидуально-психологических особенностей беременных женщин в зависимости от уров-

ня оптимальности ПКГД представ-  
лен в таблице 3.

Таблица 3.

**Стеновые показатели выраженности факторов «эмоционального-волевого блока» у беременных женщин в зависимости от оптимальности ПКГД**

| Факторы  | Группы | 1 группа | 2 группа | 3 группа |
|--|--------|----------|----------|----------|
| «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость» (макс. 12) | 2,00   | 1,82     | 1,60     |          |
| «тревожность – спокойствие» (макс. 12)                                 | 2,00   | 3,90     | 4,57     |          |
| «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения» (макс. 12) | 4,00   | 1,85     | 1,63     |          |
| «высокий самоконтроль – низкий самоконтроль» (макс. 12)                | 1,00   | 2,41     | 2,13     |          |
| «расслабленность – напряженность» (макс. 12)                           | 2,00   | 3,68     | 3,70     |          |

Женщины всех трех выделенных групп характеризуются низкими показателями по факторам эмоционально-волевого блока. Статистически значимые различия выявлены между группами по фактору «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения». Осознанное соблюдение норм и правил поведения, настойчивость в достижении цели, точность, ответственность в большей мере отмечается у женщин с высоким уровнем оптимальности психологического компонента гестационной доминанты – 1 группа ( $t$ -критерий Стьюдента = 3,6;  $p \leq 0,01$ ).

Корреляционный анализ выявил наличие статистически значимой взаимосвязи оптимальности ПКГД с такими личностными характеристиками как «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость» ( $r=0,367$ ;  $p \leq 0,001$ ), «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения» ( $r=0,320$ ;

$p \leq 0,01$ ), «самоконтроль» ( $r=0,293$ ;  $p \leq 0,01$ ). Женщины с высоким уровнем оптимальности эмоционально устойчивее, имеют высокую нормативность поведения.

Данные, представленные в таблице 4, показывают, что у всех женщин группы с высоким уровнем развития оптимальности ПКГД выявлена благоприятная ситуация переживания беременности и ситуации материнства. У группы со средним уровнем оптимальности ПКГД (2 группа) благоприятная ситуация выявлена у 7%. Высокий уровень тревожности имеют 28% и конфликт с беременностью 44% женщин. У большинства женщин с низким уровнем оптимальности ПКГД (3 группа) выявлен конфликт с беременностью – 64%, высокую тревожность проявили 23%.

Таким образом, большинство женщин групп с низким и средним уровнем оптимальности ПКГД имеют конфликт с беременностью и высокую тревожность.

Таблица 4.

**Распределение женщин по показателям симптомокомплексов в зависимости от уровня оптимальности ПКГД (%)**

| Симптомокомплексы   | 1 группа | 2 группа | 3 группа |
|---|----------|----------|----------|
| Благоприятная ситуация беременности                               | 100      | 7        | 0        |
| Незначительные симптомы тревожности, неуверенности, конфликтности | 0        | 21       | 13       |
| Тревога и неуверенность в себе                                    | 0        | 28       | 23       |
| Конфликт с беременностью  | 0        | 44       | 64       |

*Психологический портрет беременных женщин, входящие в группу риска в зависимости от уровня оптимальности психологического компонента гестационной доминанты.*

*Первая группа практически здоровых беременных женщин.* У них выявлен оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). У этих женщин не выявлены признаки высокой тревожности и другие социально-психологические факторы, негативно влияющие на процесс гестации. Беременность не заставляет женщин существенно изменять образ жизни, так как рождение ребенка входит в их жизненные планы, но кое в чем без особого труда и огорчений они себя ограничивают. Этот вариант формируется преимущественно у хорошо социально адаптированных женщин. Если окружающие замечают их беременность, оказывают им знаки внимания (уступают место в транспорте, пропускают в очереди), женщины не смущаются, с достоинством принимают это. В то же время они не претенциозны, не требуют к себе особого внимания. Отношения с другими близкими родственниками и друзьями, сослуживцами характере-

ризуются тем, что беременной женщине комфортно в их обществе. Отношение женщины к внутриутробному ребенку, а затем к родившемуся ребенку характеризуется любовью и ответственностью. Женщина с оптимальным типом ПКГД при возникновении осложнений беременности адекватно относится к ним, конструктивно сотрудничает с врачами.

*Вторая группа женщин – группа умеренного риска* Выделенная группа женщин нуждается в психокоррекционных мероприятиях по оптимизации психологического компонента гестационной доминанты для профилактики различных психологических и соматических расстройств в период гестации и постродовой период, а также для профилактики гармоничного развития взаимоотношений матери и ребенка. Например, при оптимально-эйфорическом подтипе ПКГД преобладает повышенный фон настроения, уверенность в благополучном исходе родов. В отличие от нормального хорошего настроения, способствующего адекватной оценке происходящего, эйфория делает беременных женщин нечувствительными к объективной реальности. При возникновении каких-либо проблем, осложнений

течения беременности они застают женщину врасплох, воспринимаются чрезмерно эмоционально, их тяжесть преувеличивается. За помощью к врачам они обращаются, но не ко всем советам прислушиваются, не все рекомендации выполняют или делают это формально. Трудности, связанные с родами, послеродовым периодом, заботы о малыше также оказываются неожиданно удручающими. Любит фантазировать по поводу того, как будет выглядеть ребенок; уверены, что он будет необыкновенным, самым красивым, самым умным, самым лучшим. Подобные фантазии о своем ребенке нередко приводят к тому, что, увидев своего новорожденного, многие женщины этой группы испытывают разочарование. И в дальнейшем дети часто не оправдывают их надежд. Отношение к предстоящим родам у таких женщин радужное, беспечное, особенно в первой половине беременности. Столкнувшись с трудностями во время родов, они могут впадать в панику, не способны конструктивно сотрудничать с медицинским персоналом. Во время беременности они высоко оценивают свою материнскую компетенцию, уверены, что станут прекрасными матерями.

Группу высокого риска составили женщины со всеми подтипами тревожного (чисто тревожный тип, тревожно-гипогестогнозический, тревожно-эфорический и тревожно-депрессивный подтипы ПКГД) и депрессивного типов ПКГД. Данной группе женщин незамедлительно должна оказываться психологическая поддержка. У женщин с тревожным типом ПКГД довольно часто

отмечается сочетание изначально высокого уровня тревожности (как устойчивой личностной характеристики) и реакций на актуальные проблемы (акушерско-гинекологические осложнения, семейные проблемы, надвигающийся срок родоразрешения и пр.). Возникающие при этом соматовегетативные реакции влияют на субъективное самочувствие, усугубляют состояние. У них наиболее отчетливо проявляются такие личностные черты, как ранимость, мнительность, повышенная утомляемость, суетливость, эмоциональная лабильность. Они не уверены в себе, легко расстраиваются и теряют душевное равновесие. Могут стесняться своей беременности. Боятся осложнений беременности, постоянно беспокоятся о ребенке. Они полагают, что в родах непременно должно случиться что-то нехорошее либо с ними, либо с малышом, либо с обоими. Без всяких на то оснований многие женщины с тревожным типом ПКГД считают, что у них будут проблемы с кормлением грудью, боятся, что не смогут хорошоправляться с обязанностями матери. У таких женщин важной составляющей тревожного варианта ПКГД является тревожный стиль переживания беременности. При этом на фоне тревожных переживаний в течение всего периода гестации беременность воспринимается ими как соматически болезненное состояние.

Гипогестогнозический тип ПКГД чаще всего характерен для женщин с явным или, чаще, скрытым, бессознательным непринятием своей беременности. Женщина с гипогестогнозическим типом ПКГД

как бы забывает о беременности, старается игнорировать ее проявления. Расспросы по поводу беременности, состояния здоровья, попытки особого отношения, предложения помочь вызывают у них раздражение. Двигательной неловкости, связанной с увеличением собственного веса, такие женщины первое время не испытывают, но чем больше сроки, тем более раздражают их соматические проявления беременности. Гипогестогнозический вариант ПКГД встречается у женщин разных возрастных групп. При этом, женщины младшей возрастной группы (18–22 лет) характеризуются некоторой инфантильностью. Беременность у большинства из них незапланированная. Многие учатся в институте и не желают брать академический отпуск, причем продолжают с прежней интенсивностью заниматься, сдавать экзамены. Они, как и до беременности, посещают дискотеки, занимаются спортом, ходят в походы, как правило, не ограничивают себя в употреблении сигарет и спиртного. Беременность воспринимается ими как досадная помеха, которая не должна нарушать жизненные планы. В женскую консультацию они обращаются на 4-5-м месяце беременности, посещают ее нерегулярно, игнорируют рекомендации врачей. Эти женщины живут сегодняшним днем, стараются не задумываться о предстоящих родах, материнских обязанностях. Фон настроения у них при этом часто понижен, возможны его беспричинные колебания. Чем ближе роды, тем более выражено у этих беременных состояние психологического дискомфорта. Старшая

возрастная группа включает зрелых женщин (23–33 лет), также не желающих менять свой образ жизни. Большинство из них имеют высшее образование, успешно работают, некоторые занимают руководящие посты, однако среди них могут быть и домохозяйки. Они планируют беременность, однако эти женщины не склонны менять жизненный стереотип. У них «не хватает времени», да и желания встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения. К посещению курсов дородовой подготовки большинство женщин этой группы относятся скептически. После родов у них отмечается повышенный уровень тревоги. В связи с этим выявление гипогестогнозического варианта ПКГД служит показанием к психотерапии беременной женщины.

Таким образом, большинство беременных женщин, участвовавших в исследовании, входят в группы умеренного и высокого риска. Чаще всего у беременных женщин были выявлены эйфорический, тревожный и гипогестогнозический типы ПКГД.

Среди основных задач психологической помощи во время беременности, направленной на коррекцию типа отношения к беременности, можно выделить следующие:

- Коррекция иерархии ценностей, чтобы к завершению беременности женщины ощущали внутреннюю целостность и находились в гармонии с собой и с миром.
- Снижение уровня тревожности.
- Повышение эмпатии и ответственности для развития чувства материнской любви.

- *Психологическая подготовка к родам и материнству, обеспечение благоприятного психоэмоционального настроя в течение беременности, повышение доверия к врачу.*
- *Работа с семейным окружением* беременной женщины, оказывающим ей психологическую поддержку.

Своевременное решение этих задач может положительно повлиять на течение беременности и родов, способствовать формированию материнских функций.

На основании проведенного исследования можно сделать **следующие выводы:**

1. Все обследованные беременные женщины, находящиеся в стационаре, испытывают повышенный уровень тревожности.
2. У женщин с первой беременностью чаще встречается гипогестогнозический подтип психологического компонента гестационной доминанты. У женщин со второй и более беременностями чаще встречается оптимальный, эйфорический и депрессивный подтипы психологического компонента гестационной доминанты.
3. У женщин с высоким уровнем оптимальности психологического компонента гестационной доминанты выявлена взаимосвязь с такими личностными характеристиками как: эмоциональная устойчивость, высокая нормативность поведения. Они эмоционально зрелые, реалистично настроены, ответственны, осознанно соблюдают нормы и правила поведения.
4. Женщинам с умеренным и высоким риском необходимо ока-

зывать специально организованную психологическую помощь, направленную на изменение и оптимизацию отношения к беременности и материнству.

Безусловно, каждая женщина переживает беременность по-своему. Многое зависит от психического состояния женщины, в частности от того, как она относится к самой беременности и к рождению будущего ребенка. Своевременная диагностика негативных переживаний, стрессовых состояний, устойчивых страхов, неоднозначных чувств к будущему ребенку или к самой себе и вовремя оказанная профессиональная психологическая помощь и поддержка способствуют гармонизации психологического самочувствия будущих мам, от которого напрямую зависит нормальное течение беременности.

### **Литература**

1. Аршавский И. А., *Очерки по возрастной физиологии*. - Л., Медицина, 1967.
2. Батуев А. С., *Психофизиологическая природа доминанты материнства*. // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психолог. об-ва. 1996. Т.2. Вып. 4. С. 69 – 70.
3. Брутман В. И., Родионова И. С., *Формирование привязанностей матери к ребенку в период беременности*. // Вопросы психологии. -1997. -№ 6.-38-48 с.
4. Баз Л. Л., *Исследование восприятия психологической поддержки беременными женщинами*. // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 4 С. 137–146.
5. Добряков И. В., *Перинатальная психология* // Мир медицины. 2000. №6. С. 44–45.

6. Добряков И. В. *Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты.* /Хрестоматия по перинатальной психологии. М.: изд-во УРАО, 2005.
7. Коваленко Н. П., *Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности:* Перинатальная психология, медико-социальные проблемы. - СПб, 2001. – 318 с.
8. Мещерякова С., *Путь к материнству начинается с младенчества.*
- // Дошкольное воспитание. 2002. № 11. С. 81–89.
9. Северный А. А., Баландина Т. А., Солоед К. В., Шалина Р. И. *Психосоциальные аспекты беременности.* // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. №4. С. 17–22.
10. Филиппова Г. Г., *Психология материнства.* М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2002. 240 с.
11. Филиппова Г. Г., *Материнство: сравнительно-исторический подход* // Психологический журнал. 1999. № 5. С. 81–87.

## **AUTORII NOȘTRI**

**ALBU Anna**, doctorand, ULIM, Chișinău

**АНЦИБОР Людмила**, dr., conf. univ., USM

**BATOG Mariana**, cercetător științific stagiar, *Institutul de Științe ale Educației, Moldova*

**COSTEA Tatiana**,

**DRUGAŞ Marius**, lector universitar doctor, Universitatea din Oradea, Facultatea de Științe Socio-Umane, Departamentul de Psihologie, România

**GHIULNAZ Mutalap**, psihopedagog, CSEI Delfinul Constanța, România, doctorandă ULIM, Chișinău

**COLOJA Răzvan T.**, student an II, Universitatea din Oradea, Facultatea de Științe Socio-Umane, Departamentul de Psihologie (România)

**GORDILA Natalia**, psiholog, Direcția pentru protecția drepturilor copilului sect. Centru, Chișinău

**JIGĂU Elena**, dr., conf. univ., Universitatea Slavonă, Chișinău

**ROBU Viorel**, psiholog, 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 „I. Holban” (România)

**ROBU Iuliana Elena**, psiholog, master în domeniul familiei și managementului resurselor familiale. Asociația Psihologilor Profesioniști din România

**POSTOLATII Ecaterina**,

**RUSNAC Svetlana**, doctor în psihologie, conf. univ., Sef Catedra Psihologie, ULIM, Chișinău

**ȘEVCEenco Rosina Petru**, dr., conf. univ.,

**ȘLEAHTIȚCHI Mihai**, doctor în psihologie, doctor în pedagogie, conf. univ. ULIM, Chișinău

**TAPU Grigore**, dr., conf. univ., Universitatea Pedagogică din Tiraspol