

UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: 159.922.7(043.3)

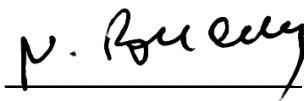
TARNOVSCHI ANA

**PARTICULARITĂȚILE PSIHOLOGICE ALE
PERSONALITĂȚII COPILULUI CU MALADII RESPIRATORII
CRONICE**

511.01 – PSIHOLOGIE GENERALĂ

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:



Nicolae Bucun, doctor habilitat în psihologie,
profesor universitar

Autor:



Ana Tarnovschi

CHIȘINĂU, 2017

©Tarnovschi Ana, 2017

CUPRINS

ADNOTARE	<u>5</u>
LISTA ABREVIERILOR.....	<u>8</u>
INTRODUCERE	<u>9</u>
1. BAZELE TEORETICO-ȘTIINȚIFICE ALE PERSONALITĂȚII COPILULUI ÎN CONDIȚIILE MALADIILOR CRONICE	
1.1. Modificări psihologice provocate de maladiile cronice.....	<u>17</u>
1.2. Caracteristici generale ale maladiilor respiratorii cronice la copil	<u>35</u>
1.3. Realități psihologice determinate de maladiile respiratorii cronice la copil.....	<u>41</u>
1.4. Concluzii la capitolul 1	<u>54</u>
2. PARTICULARITĂȚILE PSIHOLOGICE ALE COPILULUI CU MALADII RESPIRATORII CRONICE	
2.1. Designul cercetării	<u>56</u>
2.2. Particularitățile personalității copilului cu maladii respiratorii cronice.....	<u>71</u>
2.3. Stările psiho-emoționale ale copilului cu maladii respiratorii cronice	<u>92</u>
2.4. Preferințele în sistemul de relații sociale și interpersonale la copilul cu maladii respiratorii cronice.....	<u>106</u>
2.5. Stilul de educație în familiile copiilor cu maladii respiratorii cronice	<u>114</u>
2.6. Concluzii la capitolul 2	<u>119</u>
3. CONDIȚII PSIHOLOGICE DE MOBILIZARE ȘI COMPENSARE ÎN SITUAȚIA MALADIILOR RESPIRATORII CRONICE LA COPIL	
3.1. Analiza strategiilor psihologice de compensare și mobilizare în maladii cronice la copil	<u>123</u>
3.2. Caracteristica generală a programului de suport psihologic în situația maladiilor respiratorii cronice la copil	<u>129</u>
3.3. Evaluarea eficienței programului de suport psihologic în cadrul maladiilor respiratorii cronice.....	<u>138</u>
3.4. Concluzii la capitolul 3.....	<u>148</u>

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	<u>149</u>
BIBLIOGRAFIE	<u>153</u>
ANEXE	<u>167</u>
Anexa 1. Interviu semistrukturat cu răspunsuri libere	<u>167</u>
Anexa 2. Tehnica de determinare a nivelului raportului „valori” – „posibilități” în diverse situații de viață	<u>168</u>
Anexa 3. Tehnica de studiere a autoaprecierii Дембо-Рубинштейн	<u>169</u>
Anexa 4. Valorile medii la chestionarul de personalitate „16 P.F” Cattell	<u>170</u>
Anexa 5. Indicii obținuți la chestionarul de personalitate „16 P.F” Cattell	<u>171</u>
Anexa 6. Indicii obținuți la testul de determinare a nivelului de autoapreciere Дембо-Рубинштейн	<u>174</u>
Anexa 7. Indicii obținuți la testul de determinare a nivelului de anxietate Spillberger	<u>175</u>
Anexa 8. Indicii obținuți la aplicarea „Testului-film” al lui Rene Gille	<u>177</u>
Anexa 9. Indicii obținuți la testul SAD	<u>201</u>
Anexa 10. Indicii obținuți la testul Fantalova	<u>204</u>
Anexa 11. Indicii obținuți la regresia multiplă stepwise	<u>212</u>
Anexa 12. Indicii obținuți la testul ARI	<u>221</u>
Anexa 13. Programul de suport psihologic în cadrul maladiilor respiratorii cronice la copii	<u>227</u>
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	<u>231</u>
CURRICULUM VITAE	<u>232</u>

ADNOTARE

Tarnovschi Ana. Particularitățile psihologice ale personalității copilului cu maladii respiratorii cronice. Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2017.

Structura tezei. Teza constă din introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 226 titluri, 13 anexe, 152 pagini text de bază, 19 tabele și 23 figuri. Rezultatele obținute sunt publicate în 11 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: particularități psihologice, trăsături de personalitate, maladii respiratorii cronice, schimbări psihice și somatice, integrare socială, autoapreciere, anxietate, sistem de valori și orientări, atitudini parentale, stil de educație.

Domeniul de cercetare: psihologia generală.

Scopul cercetării constă în identificarea particularităților psihologice și a funcționalității sociale ale personalității copilului cu maladii respiratorii cronice și în determinarea modalităților de diminuare a influențelor negative în armonizarea procesului de dezvoltare.

Obiectivele investigației: studierea schimbărilor de personalitate în situații de maladii cronice și, în special, de maladii respiratorii cronice; stabilirea particularităților specifice de personalitate, a autoaprecierii și a preferințelor sociale la copilul cu diferite maladii respiratorii cronice; stabilirea particularităților relației părinte-copil în situația copiilor cu maladii respiratorii cronice; determinarea relației dintre trăsăturile de personalitate ale copiilor cu maladii respiratorii cronice și stilurile de educație în familie; proiectarea și promovarea programului de suport psihologic în situație de maladii respiratorii cronice.

Noutatea și originalitatea științifică. Este unul dintre primele studii teoretico-experimentale în psihologia generală autohtonă, care stabilește particularitățile psihologice ale personalității copilului bolnav cu maladii respiratorii cronice; determină profilul de personalitate al copilului bolnav cu diverse maladii respiratorii cronice; stabilește diferențele dintre particularitățile psihologice specifice copilului bolnav în comparație cu cel sănătos; elucidează diferențele în manifestarea reacțiilor cognitiv-emoționale la copiii bolnavi și la copiii sănătoși; stabilește particularitățile funcționalității sociale și a schimbărilor în sfera valorilor, orientărilor și atitudinilor în situația MRC; determină relația dintre tipul maladiei și stilul parental de educație.

Problema științifică soluționată. Sunt stabilite particularitățile psihologice ale formării personalității copilului cu maladii respiratorii cronice, servind drept bază a programului de suport psihologic orientat spre diminuarea influențelor negative ale maladiilor respiratorii cronice și spre armonizarea procesului de formare a personalității copilului.

Semnificația teoretică este dictată de pluridisciplinaritatea cercetării, în care domeniul prioritar de cercetare îl constituie fundamentele teoretice și valențele aplicative ale personalității în dezvoltare: abordarea complexă a conceptului de maladii cronice în psihologia generală, psihologia medicală, psihologia clinică, psihosomatică; schimbările psihice și somatice induse de boala cronică; modificările psihologice provocate de stările somatice la copii; specificul dezvoltării și integrării sociale în cazul unor maladii cronice la copii; abordări ale atitudinilor parentale și dezvoltarea lor în cadrul familiei în care se educă copilul cu maladii respiratorii cronice, ale influenței pe care o exercită maladia copilului asupra adoptării unui anumit stil de educație în familie.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în elaborarea unui profil de personalitate al copilului cu maladii respiratorii cronice, precum și în elaborarea, aprobarea și implementarea unui program de suport psihologic orientat spre diminuarea influențelor negative ale maladiilor respiratorii cronice asupra formării personalității copiilor.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele obținute au fost aplicate în activitatea de consiliere a copiilor cu maladii respiratorii cronice și a familiilor acestora, aflați la tratament în staționar în secțiile de pneumologie, alergologie, fiziologie și fiziopneumologie din cadrul Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului din mun. Chișinău; activitatea didactică din cadrul cursurilor de psihologie generală, psihologia vârstelor, precum și al cursurilor de formare continuă a cadrelor didactice ținute la Universitatea de Stat din Moldova.

АННОТАЦИЯ

Тарновски Анна. Психологические особенности личности ребенка с хроническими заболеваниями органов дыхания. Диссертация на соискание степени доктора психологии. Кишинэу, 2017.

Структура работы: Диссертация состоит из введения, 3 глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии (226 наименований), 13 приложений, 152 страниц основного текста, 19 таблиц и 23 рисунков. Полученные результаты опубликованы в 11 научных работах.

Ключевые слова: психологические особенности, личностные черты, хронические заболевания органов дыхания, психические и соматические изменения, социальная интеграция, самооценка, тревожность, система ценностей и принципов, отношение родителей, стиль воспитания.

Область исследования: общая психология.

Цель исследования: выявить психологические особенности личности и социального функционирования ребенка с хроническими заболеваниями органов дыхания, определить способы снижения негативного влияния хронических заболеваний на формирования личности и пути гармонизации процесса развития ребенка.

Задачи работы: изучение изменений личности в ситуациях хронических заболеваний, в частности заболеваний органов дыхания; выявление особенностей личности, самооценки и социальных предпочтений ребенка с хроническими заболеваниями органов дыхания, а также выявление особенностей детско-родительских отношений; исследование взаимосвязей между чертами личности детей с хроническими заболеваниями органов дыхания и стилями воспитания; разработка и внедрение программы психологической поддержки ребенка, страдающего хроническими заболеваниями органов дыхания.

Научная новизна и оригинальность. Диссертация является одним из первых теоретических и экспериментальных исследований в области общей психологии в Республике Молдова, устанавливающих психологические особенности личности ребенка с хроническими заболеваниями органов дыхания. В рамках исследования определены профили личности детей с различными хроническими заболеваниями органов дыхания; установлены различия между психологическими особенностями детей, страдающих заболеваниями органов дыхания и их здоровыми сверстниками; выявлены различия здоровых и детей с хроническими заболеваниями органов дыхания в проявлении когнитивных и эмоциональных реакций, социальной функциональности, в сфере ценностей, ориентаций и установок; определены взаимосвязи между типом заболевания ребенка и родительским стилем воспитания.

В рамках исследования **решена важная научная проблема** установления психологических особенностей формирования личности ребенка с хроническими заболеваниями органов дыхания, которые легли в основу программы психологической поддержки, направленной на снижение негативного влияния хронических заболеваний на формирование личности ребенка и гармонизацию процесса развития.

Теоретическая значимость обусловлена междисциплинарным характером исследования, в котором приоритетной областью являются теоретическая обоснованность и прикладная валидность: представлен комплексный подход к концепции хронических заболеваний в общей и клинической психологии; углублено представление о психических и соматических изменениях, вызванных хроническим заболеванием; определены психологические изменения у детей, вызванные соматическими изменениями; уточнены специфика развития и особенности социальной интеграции детей в ситуации хронических заболеваний; дополнены научные представления о детско-родительских отношениях и их развитии в семье, воспитывающей ребенка с хроническими заболеваниями органов дыхания и о влиянии, которое оказывает заболевание ребенка на выбор стиля воспитания.

Практическая ценность работы заключается в разработке личностного профиля ребенка с хроническими заболеваниями органов дыхания, а также в разработке и реализации программы психологической поддержки, ориентированной на снижение негативных воздействий хронических заболеваний органов дыхания на развитие личности детей.

Внедрение научных результатов. Полученные результаты были применены при консультировании детей с хроническими заболеваниями органов дыхания, находящихся на лечении в стационаре в отделениях пульмонологии, аллергологии, фтизиологии и фтизиопульмонологии Научно-исследовательского института охраны здоровья матери и ребенка г. Кишинева, а также их семей; в дидактической деятельности при подготовке учебных курсов по предметам Общая психология, Возрастная психология и курсов непрерывного образования преподавателей, преподаваемых в МолдГУ.

ANNOTATION

Tarnovschi Ana. Psychological particularities of a child's personality with chronic respiratory diseases. The doctoral thesis in psychology. Chişinău, 2017.

The structure of the thesis. The thesis consists of introduction, three chapters, conclusions and recommendations, bibliography, 226 titles, 13 annexes, 152 basic text pages, 19 tables and 23 figures. The results are published in 11 scientific papers.

Keywords: psychological features, personality traits, chronic respiratory diseases, mental and somatic changes, social integration, self-esteem, anxiety, a system of guidance and values, parental attitudes and the education style.

Field of research: general psychology.

The aim of the research: consists of the determination of psychological particularities of children's personality with chronic respiratory diseases and the creation of a supportive psychological schedule, oriented at the decrease of negative influences of chronic respiratory diseases on children's personality.

To accomplish the aim, several **objectives** were achieved: the study of personality changes in situations of chronic diseases, especially chronic respiratory diseases; establishing specific peculiarities of a personality, self-esteem and social preferences of children with different chronic respiratory diseases; establishing features of parent-child relationships in children with chronic respiratory diseases; determining the relationship between personality traits of children with chronic respiratory diseases and family education styles; designing and promoting measures to harmonize the process of personality development in a situation of chronic respiratory diseases.

Novelty and scientific originality. It is one of the first experimental and theoretical studies in general psychology, which establishes the psychological peculiarities of a child's personality, sick with chronic respiratory diseases; determines the personality profile of a sick child with various chronic respiratory diseases; establishes specific differences between the sick child psychological peculiarities compared to the healthy one; elucidates differences in the manifestation of cognitive-emotional reactions in sick children and in healthy children; establishes social functionality peculiarities and changes in the sphere of values, orientations and attitudes with respiratory chronic diseases; The relationship between the disease and the type of parent's style of education.

The researched scientific problem. Here are established the psychological peculiarities of children's personality with chronic respiratory diseases, serving as the basis of the program for psychological support, diminishing negative influences of chronic respiratory diseases and the harmonization process of forming a child's personality.

The theoretical significance is dictated by the interdisciplinary of the research where the main field of research includes theoretical and applicative valences of personality development: a comprehensive approach to the concept of chronic diseases in clinical psychology, medical psychology, general psychology, personality psychology; psychic and somatic changes induced by chronic diseases; psychological changes caused by somatic states in children; specific development and social integration in case of chronic diseases in children; parental attitudes and approaches to their development within the family that educates children with chronic respiratory diseases, a influence the sickness exerts on the child's learning style in his family.

The applicative value of the research is to develop a personality profile of a child with chronic respiratory diseases, and the evolvment, approval and implementation of a supportive psychological schedule, oriented at the decrease of negative influences of chronic respiratory diseases on the development of a children's personality.

The implementation of the scientific results. The results have been applied in the counselling of children with chronic respiratory diseases and their families undergoing treatment in hospital wards, pulmonology, allergy, phtziopneumology and phtziology within the town Chisinau; teaching courses in general psychology, psychology of age and continuing education courses for teachers of the State University of Moldova.

LISTA ABREVIERILOR

ANOVA – analiza de varianță

AR – anxietate reactivă

ARI – analiza relațiilor intrafamiliale

AS –anxietate stabilă

BCG – vaccin antituberculos

CNMS – Centrul Național de Management în Sănătate

DSP – domeniul de aplicare al sentimentelor părintești

EC – extinderea conflictelor între soți

FP – fobia pierderii copilului

IE – incertitudine educațională

MRC – maladii respiratorii cronice

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

PCC – preferința calităților copilărești

PCF – preferința pentru calitățile feminine

PCM – preferința pentru calitățile masculine

PTN – proiecția trăsăturilor proprii nedorite

SAD – activism psihic, interes, tonus emoțional, tensiune, confort

SNC – sistem nervos central

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SSP – subdezvoltarea sentimentelor părintești

TFRG – „Testul-film”, Rene Giille

USM – Universitatea de Stat din Moldova

16 P.F. – chestionarul 16 factori de personalitate

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Studiul personalității constituie una dintre preocupările esențiale ale psihologiei, însă complexitatea acesteia a generat dificultăți și controverse în surprinderea ei. I. Dumitru [20 p. 12; 28 p. 18] a analizat sensurile termenului de personalitate și a constatat că ea poate fi definită „din interior” ca ansamblu structurat de elemente biologice, înnăscute (instincte, trebuințe, tip de activitate nervoasă superioară, etc.), psihologice (limbă, gândire, etc.) - formate în timpul dezvoltării sale și componente socio-morale (valori, convingeri, norme comportamentale), dobândite în procesul integrării sociale, cât și elemente „din exterior” - ca efect produs asupra celorlalți de către un individ (ansamblul trăsăturilor și conduitelor umane care determină reacții psiho-comportamentale din partea celor din jur). Personalitatea este constituită din acele caracteristici unice care ne deosebesc pe unii de alții, care au o oarecare constanță și care ne permit să facem predicții în ceea ce privește conduita noastră pentru viitor. Formarea personalității începe cu prima zi de viață, continuă pe tot parcursul educației realizate în școală și în afara ei, în copilărie și adolescență, dar nu se oprește odată cu începerea activității profesionale.

O altă idee esențială, pe care o trasează psihologia contemporană, este analiza psihicului în dezvoltarea sa. Nu întâmplător dezvoltarea psihicului în ontogeneză și patologiile sale au devenit teme de cercetare tot mai frecvente. Cercetarea procesului dezvoltării psihicului și dezintegrarea lui, în diverse maladii, ne permite constatarea nivelului actual al dezvoltării psihice al individului, precum și observarea noilor formațiuni apărute la diverse etape ale ontogenezei, sau din contra, în cazul unei maladii – observarea mecanismelor și legităților dezintegrării psihice. Acest fapt, reprezintă la rândul său un proces calitativ deosebit.

Maladia cronică presupune o „fraktură dinamică” din procesul formării personalității copilului, care afectează raportul corp/psihic, resimțită sub forma diferitor manifestări psiho-comportamentale, cercetări efectuate de D. W. Winnicot, L. W. Sontag, M. Sperling, R. Spitz, J. de Ajuriaguerra, L. Kreisler etc. [61, 155, 164, 194, 207, 225]. Maladia cronică afectează, pe lângă deficiența unui anumit organ, și psihicul copilului prin durata ei și prin complexele de inferioritate pe care i le creează, în raport cu grupul de copii sănătoși de aceeași vârstă. În general, afecțiunile cronice cresc mult dificultățile pe care le are de învins copilul bolnav în vederea obținerii unui progres optim atât școlar cât și social.

Pacientul nu mai este doar deținătorul unui organ bolnav, el este considerat ca o entitate individuală, iar reacția organismului implică participarea atât a factorilor fizici, cât și psihici, leziunea rezultând tardiv ca efect al eșuării totale a apărărilor psihologice și fiziologice ale

organismului. Deci, orice maladie este susceptibilă de a fi un fenomen bio-psiho-social. Importanța fiecărui factor în declanșarea și tratarea maladii este diferită de la bolnav la bolnav; după cum se știe, din practică, în afara unor manifestări globale, fiecare copil are felul său personal de a se purta în situația de boală și de a reacționa la terapie. În unele cazuri copiii rămân senini în situații chiar disperate, încrezători în ei înșiși și în echipa de îngrijire, păstrându-și echilibrul și, adesea, reușind să învingă maladia; în alte cazuri, asistăm la o dezorganizare comportamentală totală atât a copilului bolnav cât și a familiei sale, pe motivele unei simple răceli.

La un copil, maladia cronică amplifică nevoile psihologice care fac parte din dezvoltarea afectivă a subiectului. Acest lucru sporește dependența, nevoia de îngrijire și de a fi îngrijit, care caracterizează relațiile dintre copil, părinții săi și ceilalți membri ai familiei. Maladia cronică determină o legătură privilegiată de apropiere, legătură care, din alt punct de vedere, poate ridica probleme la nivel relațional. De altfel, tendința în întreaga lume este ca copiii cu orice tip de afecțiune cronică, să învețe împreună cu colegii lor în școlile normale. Pentru ca maladia să nu fie un mare impediment în școlarizarea elevilor suferinzi, profesorii, psihologul și diriginții, în special, dar și părinții trebuie să cunoască o serie de particularități ale vieții de zi cu zi a acestor copii și de care trebuie să țină cont permanent.

Maladiile cronice influențează negativ și funcționalitatea familiei, punând în pericol existența acesteia, sau, în cazuri mai fericite, având doar un impact cu efecte pe termen lung, atât economice, cât și psihologice (scăderea imaginii de sine, dificultăți de reintegrare în grupul de prieteni, de colegi de școală, tendințe de inițiere a unor comportamente destructive (minciuna, șantajul, manipularea etc.) [7, 23, 30, 47, 65, 102, 103, 199].

MRC sunt responsabile, anual, la nivel mondial, de mai bine de 4 milioane de decese, dar și de îmbolnăvirea altor sute de milioane de persoane. Incapacitatea de a respira are un impact emoțional incomparabil cu orice altceva poate un om experimenta. Acest impact este amplificat de faptul că persoana nu știe ce să facă pentru a putea respira normal din nou, determinând o diminuare a stării de sănătate și a capacității de muncă, cu impact negativ asupra familiei, precum și asupra societății în ansamblul ei. Între maladiile netransmisibile – MRC sunt, cel mai adesea, frecvent nerecunoscute, subdiagnosticate și subtratate, conducând în timp la decese prevenibile și la alterarea capacității de muncă a populației active [96, 97].

Se estimează că în 2020 maladiile pulmonare cronice vor ocupa locul trei printre maladiile cu mortalitate mare la nivel mondial, conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății [4, 11, 54, 68, 84, 109].

MRC apar adesea pe fondalul mai multor factori, rezultând astfel interesul tot mai vădit pentru rolul factorilor psihologici în boală, idei susținute de către H. F. Dunbar, H. Holland, R. Pierloot, P. Kielholz, C. Adams, F. Alexander [164, 166, 170, 173, 202, 206, 211, 226].

Factorii care pot influența modul de a face față maladiei cuprind: vârsta copilului bolnav, perioada de când s-a stabilit diagnosticul, nivelul educațional al copilului și părinților acestuia, sexul copilului, numărul de adulți din familie, numărul de copii din familie, condiția socio-economică a familiei și rețeaua de suport social al acesteia etc .

În cazul MRC, bolnavul se confruntă cu mai multe situații care-i influențează comportamentul: debutul psihologiei de bolnav (spitalizarea, desprinderea de mediul familiei, incertitudinea vindecării, însingurare, adaptare la multe persoane necunoscute etc.), rolul echilibrator al încurajării medicale (acolo unde există), preocuparea bolnavului de maladia sa, lupta ascunsă între speranță și descurajare.

O afecțiune cronică este percepută diferit în raport cu vârsta pe care o are copilul. Copilul mic, cu afecțiune cronică, are o imagine superficială în ceea ce privește cauza bolii, el acceptă tratamentul cu supunere, considerând că i-a fost aplicat în scop punitiv, pentru comportamentul său necorespunzător.

Pe școlar o maladie cronică îl afectează din mai multe puncte de vedere. El resimte o intoleranță din partea anturajului de aceeași vârstă cu el (colegii, prietenii din cartier). Intoleranța îi induce o anumită sensibilitate, el sesizează, adesea, comparațiile făcute între el și grupul de copii sănătoși, din care face parte. Alteori, el nu este acceptat de colectivul semenilor, ajungând un solitar. Ostilitatea colegilor îi alterează uneori propria-i imagine, accentuând și mai mult diferența dintre ei. Din cauza maladii cronice existente, și care poate duce la absenteism cronic, unii copii nu au un randament optim la învățătură, trăind într-un stres permanent. Absenteismul se datorează fie proceselor de exacerbare a bolii și spitalizărilor repetate, fie tratamentelor prelungite, totodată copiii evită sau nu sunt lăsați de părinți să participe la activități fizice și sociale.

Trecerea de la vârsta școlară mică la pubertate este un termen extrem de condensat, o prescurtare rapidă, în paradoxul social al acestor timpuri, când totul este viteză. De aceea, trebuie cunoscut perfect conținutul acestor transformări nu numai pentru a greși cât mai puțin, ci și la modul ideal de a-l îmbogăți. Aceasta înseamnă nu doar trecerea mai mult sau mai puțin furtunoasă de la copilul școlar la puber sub aspect fizic, ci mai ales psihic, cu existența acelor procese complicate pe toată această perioadă: dorința de a fi independent, identificarea de sine, perfecționarea Eului, autocunoașterea. Pornind de aici se impune necesitatea cunoașterii

impactului personalității copilului cu maladia, mai ales cu afecțiunile cronice, problemă extrem de dificilă, ridicând aspecte diferite. Astfel, copilul și maladia cronică evocă un model de conflict între două sisteme de forțe antagoniste: primul pornind de la transformarea fiziologică, stimulează conduita încercărilor, relațiile exterioare; al doilea din cauza maladii și a repercusiunilor sale asupra dezvoltării personale, la care se adaugă și atitudinea anturajului. Pe plan psihodinamic, situația copilului suferind de o maladie cronică care evoluează de mulți ani, uneori chiar de la naștere, este foarte diferită de cea a copilului care a avut o sănătate perfectă până când dezvoltă o maladie gravă sau cu evoluție cronică. În cea de-a doua situație se observă adesea o regresivitate afectivă, uneori deosebit de intensă, mai cu seamă dacă maladia se instalează în apropierea modificărilor afective de separare-individualizare.

Maladiile cronice sunt adeseori cele care domină apariția unor sentimente de devalorizare și respingere a Eului. Pentru ca copilul cu maladia cronică să aibă o viață afectivă corespunzătoare vârstei sale, identică cu a celor de aceeași vârstă, dar sănătoși, este nevoie de o cooperare cât mai firească între copiii-părinți-psihologi-echipa medicală. Nu este suficientă doar acoperirea necesităților medicale, ci și descoperirea dorințelor și trăirilor copiilor. Se disting trei nivele de necesități pentru sănătate la copilul cu o maladie cronică: necesități legate de maladia cronică, necesități legate de particularitățile de vârstă și necesități psiho-sociale, legate de interacțiunile dintre maladie, copil și mediu.

Astfel, *problema investigației științifice* rezidă în stabilirea influențelor MRC asupra formării personalității copilului și a funcționalității sociale, determinarea modalităților de diminuare a influențelor negative ale MRC, în vederea armonizării procesului de dezvoltare a personalității. Lucrări științifice în domeniu, realizate la nivel internațional sunt foarte puține, iar date statistice și studii la nivel național cu privire la aspectele psihologice ale bolilor respiratorii cronice în Republica Moldova lipsesc. De aceea, prezentul studiu încearcă să elucideze pe cât posibil acest fapt. Odată soluționată, această problemă ar putea oferi repere pentru dezvoltarea în practica psihologică a unor programe eficiente de intervenție, realizate în domeniul familial, medical și educațional.

Cele menționate mai sus au determinat *scopul cercetării*, care constă în identificarea particularităților psihologice și a funcționalității sociale a personalității copilului cu MRC și determinarea modalităților de diminuare a influențelor negative în armonizarea procesului de dezvoltare.

Pentru atingerea scopului ne-am propus următoarele *obiective*:

- analiza literaturii de specialitate cu referire la problema particularităților de personalitate în situația maladiilor cronice din perspectivă psihologică;
- determinarea particularităților de personalitate și a preferințelor sociale la copilul cu MRC;
- identificarea particularităților relației părinte-copil în situația copiilor cu MRC;
- stabilirea legăturii dintre trăsăturile de personalitate ale copilului cu MRC și stilurile de educație în familie.
- proiectarea și promovarea programului de suport psihologic în situație de MRC.

Noutatea științifică a rezultatelor obținute. Relevanța științifică este dată de faptul că domeniul schimbărilor de personalitate în situația maladiilor cronice la copii și, în special, a particularităților psihologice specifice personalității copilului cu MRC, este unul în plină explorare științifică, deschis căutărilor și practicilor inovative, atât în plan internațional, cât și național. Este unul dintre primele studii teoretico-experimentale din spațiul național în psihologia generală, care stabilește particularitățile psihologice ale personalității copilului cu MRC; determină diferențele în manifestarea trăsăturilor de personalitate la copii în diverse MRC; determină influența acestor maladii asupra dezvoltării la acești copii a autoaprecierii, a sistemului de valori și a relațiilor sociale; stabilește relația dintre trăsăturile de personalitate a copiilor bolnavi și stilul de educație prezent în familiile acestor copii; propune modelul psihosocial complex de armonizare a procesului de dezvoltare a personalității copilului în situația MRC.

Valoarea teoretică a cercetării. Lucrarea reprezintă un studiu interdisciplinar, în care domeniul prioritar de cercetare îl constituie psihologia generală, îmbinat armonios cu elemente ale psihologiei clinice și medicale, ale psihosomaticii. Formarea trăsăturilor de personalitate ale copiilor bolnavi cronici, stabilirea influenței MRC asupra relațiilor sociale, și rolul acestor factori în procesul de reabilitare și adaptare a acestor copii îmbogățesc psihologia generală cu date în acest domeniu, argumentează din punct de vedere teoretic necesitatea organizării asistenței psihologice atât a familiei cât și a copilului bolnav. Rezultatele reprezintă un suport teoretic în vederea valorificării aportului profilului de personalitate, a specificității personalității copilului bolnav cu MRC, contribuind la identificarea factorilor clinici, psihologici, sociali, interdependența dintre acești factori și rolul lor în decurgerea și simptomatologia MRC.

Problema științifică soluționată. Sunt stabilite particularitățile psihologice ale formării personalității copilului cu MRC, servind drept bază a programului de suport psihologic orientat

spre diminuarea influențelor negative ale MRC și armonizarea procesului de formare a personalității copilului.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în identificarea unui profil de personalitate al copilului cu MRC, precum și elaborarea, aprobarea și implementarea unui program de suport psihologic orientat spre diminuarea influențelor negative ale MRC asupra personalității copiilor.

Rezultatele investigației pot fi utilizate:

- *la nivel național* – în cadrul implementării programelor de stat ce vizează reformele în domeniul sănătății și asistenței psihosociale a copilului și familiei;

- *la nivel local* – în cadrul activității centrelor de reabilitare psihologică, în direcția complexă de profilaxie, psihocorecție și reabilitare clinică și psihologică a copilului cu MRC, în vederea elaborării recomandărilor privind realizarea și monitorizarea planului educațional individualizat pentru el și a serviciilor de suport necesare;

- *la nivel instituțional* - în activitatea psihologilor din instituțiile medicale, la realizarea activității de consiliere a părinților, inclusiv și a copiilor cu maladii cronice;

- ✓ în activitatea psihologilor școlari din învățământul general, în realizarea diverselor activități de adaptare a copiilor cu boli cronice;
- ✓ în activitatea specialiștilor din centrele specializate: de recuperare, de integrare pentru copii cu boli cronice, la elaborarea programelor de sprijin pentru părinții copiilor cu maladii cronice în vederea formării unor atitudini parentale favorabile, a optimizării relațiilor din cadrul familiei și, drept urmare, a prevenirii fenomenului abandonului și instituționalizării acestor copii;
- ✓ în activitatea specialiștilor din domeniul asistenței medicale (medici specialiști, medici de familie), care nemijlocit sunt implicați în procesul de tratament, formând o echipă multidisciplinară, colaborând cu familia și membrii acesteia;
- ✓ în activitatea didactică prin elaborarea suportului de curs pentru diverse discipline, adresate viitorilor psihologi, medici, dar și celor ce beneficiază de formare continuă în domeniu.

Aprobarea și implementarea rezultatelor științifice

Rezultatele obținute au fost aplicate în:

- activitatea de consiliere a copiilor cu MRC și a familiilor acestora, aflați la tratament în staționar în secțiile de pneumologie, alergologie, ftiziologie și ftiziopneumologie în cadrul Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului din mun. Chișinău;

- activitatea didactică din cadrul cursurilor de psihologie generală, psihologia vârstelor, precum și a cursurilor de formare continuă a cadrelor didactice din cadrul USM.

Aspecte importante ale cercetării au fost prezentate și discutate în cadrul conferințelor științifice naționale și internaționale:

- Integrare prin cercetare și inovare, Conferința științifică națională cu participare internațională, USM, 10-11 noiembrie 2015;
- Deceniul provocării securității personale, Conferința științifico – practică, liceul Dante Alighieri, Chișinău, 17 martie 2012;
- Educație prin cercetare – garant al performanței învățământului superior, Conferința științifică studențească, USM, 15 martie 2012;
- Paradigmele inteligenței în psihologia contemporană, Conferința internațională a psihologilor școlari, ediția II, liceul Ion Creangă, Chișinău, 26 aprilie 2012;
- Interferențe universitare – integrare prin cercetare și inovare, Conferința științifică cu participare internațională, USM, 25-26 septembrie 2012;
- Optimizarea învățământului în contextul societății bazate pe cunoaștere, Conferința științifică internațională, Institutul de Științe ale Educației, 2-3 noiembrie 2012;
- Astmul bronșic la copil, Conferința națională cu participare internațională, USMF, Chișinău, mai 2007;
- Bolile toracale, Conferința internațională, Cehia, martie 2007.

Subiectul tezei este prezentat în 11 publicații, care reflectă conținutul de bază al lucrării.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza constă din introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie, adnotare (în limba română, rusă și engleză) și 13 anexe. Textul lucrării este ilustrat prin intermediul a 19 tabele și 23 figuri.

În *Introducere* este argumentată actualitatea temei, caracterul ei inovator. Sunt evidențiate scopul și obiectivele cercetării; sunt expuse reperele conceptuale, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării; sunt prezentate modalitățile de aprobare a rezultatelor și sumarul compartimentelor tezei.

Capitolul 1 Bazele teoretico-științifice ale personalității copilului în condițiile maladiilor cronice include fundamentele teoretice ale personalității în dezvoltare: abordarea conceptului de maladii cronice în psihologia generală, psihologia clinică, psihologia medicală, psihosomatică; schimbările psihice și somatice induse de boala cronică; modificările psihologice provocate de stările somatice la copil; dezvoltare și integrare socială în cazul unor maladii cronice la copii. Sunt reflectate și diverse abordări ale atitudinilor parentale, ale dezvoltării lor în cadrul familiei

în care se educă copilul cu MRC, ale influenței pe care o exercită maladia copilului asupra adoptării unui anumit stil de educație în familiile respective.

În capitolul 2 Particularitățile psihologice ale copilului cu maladii respiratorii cronice este descris design-ul experimental și prezentată metodologia cercetării, cu instrumentele de măsură aplicate. Sunt analizate rezultatele studiului experimental al particularităților psihologice ale personalității copilului cu diverse MRC în comparație cu particularitățile psihologice ale personalității copiilor sănătoși. Sunt identificate profilurile de personalitate, atât a copilului sănătos din punct de vedere al patologiei respiratorii, cât și al copilului cu diverse MRC. Sunt elucidate diferențele în manifestarea reacțiilor cognitiv-emoționale la copiii bolnavi și copiii sănătoși. Sunt determinate particularitățile funcționalității sociale și schimbări în sfera valorilor, orientărilor și atitudinilor în situația MRC. Este stabilită și argumentată relația dintre tipul maladiei și stilul parental de educație.

În capitolul 3 Condiții psihologice de mobilizare și compensare în situația maladiilor respiratorii cronice la copil se prezintă un program de suport psihologic orientat spre diminuarea influențelor negative ale MRC asupra personalității copilului și armonizarea trăsăturilor de personalitate ale copilului bolnav. Capitolul dat include rezultatele analizei prin regresie multiplă stepwise cu referire la relația dintre variabile și rolul factorilor de predicție. Modelul dat permite prognozarea anumitor direcții ale valorilor cercetate, totodată servind drept vector direcțional pentru intervențiile psihologice necesare în lucrul cu copii bolnavi cu MRC. Au fost stabilite și schimbările în dinamică a particularităților psihologice ale personalității copilului cu MRC, valori obținute în urma implementării programului de suport psihologic. Astfel s-au înregistrat rezultatele obținute de copiii bolnavi, vizavi de propria atitudine față de boală, precum și complianța la tratamentul medicamentos.

Concluziile generale și recomandările sintetizează rezultatele finale ale cercetării, oferă sugestii care ar contribui la realizarea eficientă a programului de suport psihologic atât copilului bolnav cu MRC, cât și familiei sale, în vederea dezvoltării armonioase a particularităților de personalitate ale acestuia.

1. BAZELE TEORETICO-ȘTIINȚIFICE ALE PERSONALITĂȚII COPILULUI ÎN CONDIȚIILE MALADIILOR CRONICE

1.1. Modificări psihologice provocate de maladiile cronice

Noțiunea de personalitate exprimă caracterul unitar, sintetic și individual al subiectului, este o sinteză a trăsăturilor psihice individuale avându-și originea în predispoziții moștenite dar mai ales în achiziții dobândite în cursul evoluției omului [5, 20, 28, 31]. Ea cu greu poate fi definită din cauza complexității sale, existând chiar unele afirmații privind imposibilitatea de a fi definită. Studiul personalității a luat amploare ca o replică la analitismul excesiv și interpretarea unilaterală a unor aspecte sau procese psihice [34, 38, 39, 49, 70, 77].

De-a lungul timpului s-au dat mai multe definiții noțiunii de personalitate; termenul de personalitate suportând o varietate de semnificații. În literatura de specialitate există numeroase definiții ale personalității, fiecare surprinzând câteva aspecte ale acestui concept. Pentru psihologie, personalitatea este o calitate pe care o poate dobândi orice individ uman, într-o anumită etapă a dezvoltării sale, întrunind anumite note sau caracteristici definitorii.

Primul care a încercat o clasificare a indivizilor a fost Hippocrates într-o perioadă în care se credea că tipul de lichid ce predomină în organism determină caracterul. A rezultat astfel tipul de personalitate sangvinică, limfatică, bilaoasă și melancolică. De-a lungul timpului numeroși autori au definit conceptul de personalitate; astfel pentru Pieron personalitatea reprezintă o unitate integrativă însumând caracteristicile sale diferențiale permanente (inteligentă, caracter, temperament), precum și modalități proprii de comportament; W. Stern (fondatorul personologiei) vede personalitatea ca un „tot funcțional, structurat, orientat finalist articulat, într-un sistem ierarhic de persoane”, iar pentru Nuttin personalitatea reprezintă ansamblul organizării psihice cuprinzând aptitudini, funcții cognitive, caracter, plus aspecte fizice ale individului [21, p. 58].

O altă percepție aparține lui S. Freud care descria structura personalității ca având la bază trei elemente: sinele (id-ul) reprezentat prin impulsurile noastre biologice, universale, care se cer satisfăcute, eul (ego), acea parte a persoanei care este în contact cu realitatea și supraeul (superego) sau conștiința. În acest sens Freud definește personalitatea sub aspect dinamic, adică mișcarea „energiei psihice”, a libidoului între cele trei instanțe. Presiunea unei pulsioni cu potențialul său pentru experiențe noi, comportament etc., determină și diferențiază un stil general de funcționare.

Majoritatea teoreticienilor relevă ca punct comun în definirea conceptului de personalitate atributul unității, integralității și structuralității. Caracteristicile importante ale personalității sunt: globalitatea, coerența, permanența temporală [31], iar după Melanie Klein [apud 31] acestea ar fi: maturitatea emoțională, tăria de caracter, capacitatea de a înfrunta conflicte emoționale, oscilație continuă între viața interioară și adaptare precum și un concept integrat al self-ului.

Personalitatea poate fi abordată din perspective și direcții variate. După M. Golu [49, 50] în studiul personalității pot fi delimitate patru orientări principale și anume: orientarea biologică, orientarea experimentalistă, orientarea psihometrică, orientarea socio-culturală și antropologică. Dintre numeroasele modele teoretice existente în literatura de specialitate evidențiem școala psihanalitică a lui S. Freud și a discipolilor săi, și școala psihometrică reprezentată în principal de G. Allport, R. B. Cattell și H. J. Eysenck. Freud a definit structura personalității în termeni de inconștient, preconștient și conștient, acesta fiind modelul topografic. În opinia lui zona inconștientă, ce înglobează conflicte, traume emoționale etc, influențează comportamentul persoanelor. Orientarea psihanalitică inițiază un model de abordare de tip holist, a unui ansamblu sau a unui întreg care constituie însăși personalitatea, diferit de cel tradițional, analitic [20].

Obiectivul acestei școli a fost studierea a ceea ce indivizii au în comun și identificarea trăsăturilor sau tipurilor de personalitate. Încercările de definire a personalității așa cum au fost prezentate de G. Allport au constituit esența modelului dispozițional sau al trăsăturilor personalității. Trăsăturile nu sunt observate în fluxul comportamental, conform lui Allport ele se definesc ca tendințe determinate, sau predispoziții de a răspunde într-un mod specific, acestea imprimând o amprentă unică mai multor răspunsuri adresate anumitor stimuli. Modelul dispozițional a fost consolidat prin contribuția unui alt nume celebru, și anume Hans I. Eysenck; el pornind de la tipologia propusă de Jung (extroversiune- introversiune), și de la dimensiunile constituționale ale lui Kretschmer, propunând astfel o viziune factorială asupra personalității. El utilizează analiza factorială în măsurarea și ierarhizarea trăsăturilor [20, 28, 31].

R. B. Cattell consideră personalitatea ca o construcție factorială, dinamică, exprimată în modalitatea răspunsurilor date la situații, definește trăsăturile în polaritatea lor, precizând comportamentele pe care le sintetizează fiecare.

Caracteristic modelului factorial este faptul că privesc evoluția personalității ca modificări cantitative ale trăsăturilor în timp. Structura de bază a trăsăturilor de personalitate integrate se conturează relativ timpuriu – în copilărie – și rămâne constantă pe tot parcursul evoluției individuale [20, p. 80].

Analiza situației obiective a copilului oferă posibilitatea de a înțelege sistemul de cerințe, pe care i le înaintează mediul, iar studierea „poziției interioare”- de a înțelege sistemul propriilor lui necesități și năzuințe.

În perioada școlară mică copilul încearcă să se cunoască pe sine, devine conștient de ceea ce se petrece cu el la un moment dat, știe ce poate și ce nu poate să facă, înțelege ce simte față de un eveniment controversat sau banal, important sau nu. Această conștientizare presupune o îndreptare a resurselor atenționate spre propriile emoții pentru a putea spune ce simte sau ce gândește despre un anumit lucru. În debutul acestei perioade copilul este încă ambivalent afectiv, cu tendința spre extreme și acte excentrice, nepoliticos în unele situații sociale în care un anumit control ar fi de dorit. Activitatea dominantă este învățarea școlară. Insuccesele școlare repetate, dificultățile de adaptare și integrare în școală pot întreține stări de frustrare continuă sau de anxietate și negativism care vor avea consecințe negative asupra randamentului școlar precum și asupra atitudinii copilului față de mediul înconjurător.

La baza dezvoltării psihice și afective este autocunoașterea – cu cât copilul este mai experimentat în recunoașterea propriilor emoții, cu atât îi va fi mai ușor să recunoască emoțiile trăite de alții. Concepția de sine se formează odată cu intrarea copilului în școală, în special prin modul în care este tratat de către învățător și de către colegi. Copiii care au o estimare de sine înaltă, consideră de regulă eșecul ca fiind accidental, chiar dacă acesta îi afectează, mai mult decât pe cei care au o estimare de sine medie. Spre deosebire, cei cu estimare joasă sunt lipsiți de încredere în sine, nu aderă la idei clare, nu vor să atragă atenția asupra lor și nu vor să supere pe nimeni.

Următoarea etapă de dezvoltare – pubertatea - reprezintă fenomenul de maturizare somatică, finalizarea sa fiind reprezentată de transformarea copilului în adult, din punct de vedere fizic, transformări psiho-afective și comportamentale.

Din punct de vedere psihologic, în această perioadă se organizează conștiința de sine. Este o perioadă intensă de dezvoltare psihică, încărcată de conflicte interioare, de agitație și impulsivitate, de extravagante care sunt semne ale căutării identității, în care păreri personale încep să fie importante, dar nu e suficient, căutând argumente pentru a le susține. Crește interesul pentru problemele abstracte și de sinteză, se rafinează gustul și interesul pentru filme, tehnică etc. Apare dorința de afirmare personală ca expresie a socializării. Desigur, și stilurile educaționale își pun amprenta asupra întregii evoluții al copilului, adăugând deseori elemente negative în întregul tablou.

În ansamblu, perioadele vârstei școlare mici și pubertății cuprind cel puțin trei aspecte dominante ale dezvoltării psihice [28]:

a) Se dezvoltă preocupări ale conștiinței și conștiinței de sine (ca percepție de sine întâi, inclusiv schema corporală) ca expresie a identității Ego-ului. Școlarul mic și puberul sunt confrunțați cu schimbări multiple prin care trec, cu transformările obiective și subiective legate de maturizarea fiziologică, de descoperirea dimensiunilor realității sociale precum și de descoperirea propriei identități.

b) Modificarea și transformările ce condiționează ieșirea din conformismul infantil au loc prin opoziție, încărcată de cerința de căutare a identității, ceea ce face ca să se treacă printr-o experiență personală densă, trecere impregnată de nesiguranță și de năzuințe puternice spre independență și libertate, demnitate și onoare. Nesiguranța are la bază spargerea sentimentului infantil de dependență. În același timp, libertatea și independența față de relațiile parentale sunt adesea frustrante și creează nu numai nesiguranța, ci și sentimente de culpabilitate. Aceleași fenomene au loc și cu privire la grup. Apartenența la grup este competitivă și adesea tensională, ceea ce va genera sentimentul de dependență, dar concomitent independență și o oarecare nesiguranță.

c) În al treilea rând are loc găsirea unei identități vocaționale ce privește un fel de autocunoaștere și auto-descoperire de posibilități sau capacități. Identitatea vocațională este axată mai ales pe trăsături de caracter și pe interese și abia în al doilea rând pe aptitudini – în perioada pubertății – pentru ca să se dezvolte apoi din ce în ce mai mult și identitatea aptitudinală. Foarte sinuos, acest aspect de identitate nu realizează întotdeauna concordanța între interese și aptitudini. Treptat, aspirațiile vor modela spectrul vocațional pe axa profesionalizării, fenomen mai pregnant în perioadele ulterioare de dezvoltare.

Toate aceste aspecte dominante nu sunt altceva decât, așa numitele formațiuni noi, pe care Л. С. Выготский [142, 165, 178], le definește ca acele schimbări psihice și sociale, ce apar pentru prima oară la faza de vârstă dată, și, care în ceea ce e principal și esențial determină conștiința copilului, atitudinea lui față de mediu, viața lui interioară și exterioară, întregul mers al dezvoltării în perioada dată. Dezvoltarea este întotdeauna o modificare calitativă, care duce la apariția unor noi însușiri ale personalității, la perfecționarea și complicarea lor. Dezvoltarea se caracterizează prin caracterul ireversibil al schimbărilor, orientare și caracterul lor logic, reprezentând totodată schimbările progresive și regresive ale psihicului subiectului ce se formează. De aceea și cercetarea schimbărilor din psihicul copilului bolnav se poate efectua numai prin prisma cunoașterii legităților dezvoltării psihice în normă.

Л. С. Выготский [142, 164, 165] a introdus noțiunea de „situație socială de dezvoltare”, ca un raport specific pentru vârsta dată a copilului cu realitatea ce-l înconjoară, care determină dinamica dezvoltării psihice și apariția unor noi formațiuni la sfârșitul acestei vârste. Pentru a înțelege în ce mod mediul influențează asupra copilului e necesar a face distincție între situația obiectivă pe care el o ocupă în viață (oferă posibilitatea de a înțelege sistemul de cerințe, pe care i le înaintează mediul), și poziția interioară proprie (oferă posibilitatea de a înțelege sistemul propriilor necesități și năzuințe) față de cerințele ce i se înaintează. Maladia cronică, în mod esențial, influențează întreaga „situație socială de dezvoltare” prin: schimbarea posibilităților în efectuarea activităților; limitarea relațiilor cu oamenii din mediul înconjurător, deseori din motive subiective sau obiective limitarea activităților în general; schimbarea „poziției interne” a bolnavului vizavi de mediul înconjurător etc. Să examinăm, succint, aceste influențe.

În primul rând, maladia cronică influențează condițiile biologice de desfășurare a activității. Ca rezultat al intoxicației somatogene și al hipoxiei posibile, pot să se schimbe capacitățile operaționale și energetice în desfășurarea activităților. Este de înțeles faptul că modificările organismului, propriu-zise, nu fac parte din sfera de influență a „situației sociale de dezvoltare”, ci reprezintă o premisă (sau stau la bază) în desfășurarea activității psihice. Cu toate acestea, factorul biologic acționează, nemijlocit, asupra rezistenței organismului la presiunile fizice și psihice, asupra menținerii echilibrului energetic și a structurii operaționale etc., deci poate fi inclus în conținutul „situației sociale de dezvoltare” condiționată de boala somatică cronică.

Un alt factor al influenței maladii somatice cronice asupra „situației sociale de dezvoltare” ar fi faptul că persoana trece într-o altă etapă de dezvoltare a sa cu particularitățile psihologice deja formate în etapele anterioare: determinarea nivelului capacităților de cunoaștere, particularitățile premorbide ale psihicului, structura motivațională a personalității, autoaprecierea așteptărilor și posibilităților proprii etc. Analiza particularităților premorbide ale psihicului (ale personalității bolnavului în primul rând), constituie o direcție de cercetare a „situației sociale de dezvoltare” a bolnavului cronic. Maladia poate influența toate perspectivele vieții umane: tendințele, orientările, valorile, viitorul în general. Schimbarea „schیțelor de viitor” și constituie o particularitate nouă a „situației sociale de dezvoltare” impusă de boala somatică cronică.

O altă direcție de cercetare a „situației sociale de dezvoltare” în condițiile maladii somatice cronice sunt consecințele sociale ale bolii, dintre care cele mai importante fiind: schimbarea statutului profesional și a statutului social al personalității date.

„Situția socială de dezvoltare” devine obiectul activ al „schimbărilor interne” proprii ale bolnavului, având ca rezultat o poziție internă nouă, conținutul și dinamica căreia reflectă schimbări de conținut în structura personalității. „Situția socială de dezvoltare” nou formată poate contribui la apariția formațiunilor noi atât pozitive (mecanisme compensatorii și mecanisme de adaptare), cât și tendințe negative ale dezvoltării psihice: epuizarea și sărăcirea aspectului psihologic, limitarea relațiilor cu mediul înconjurător etc. .

Pentru elucidarea schimbărilor din psihicul bolnavului somatic cronic este necesar de a cerceta „situția socială de dezvoltare” în contextul maladiei. Principalele componente ar fi: particularitățile premorbide ale psihicului, consecințele psihologice ale influenței patologiei de organ, influența bolii asupra statutului social al bolnavului, schimbarea „poziției interne” a bolnavului vizavi de totalitatea circumstanțelor existente.

În forma cronică, dar mai ales, severă a maladiei, apare o nouă situație de viață, creând condiții deficitare pentru dezvoltarea personalității. Situația maladiilor grave, poate fi comparată cu perioada de criză în dezvoltarea copilului, deoarece diminuarea situației sociale actuale și apariția unei alte noi situații, este caracteristic asemenea perioadelor de criză ale dezvoltării. Aceste perioade sunt caracterizate de o serie de atribute obligatorii: în termen scurt au loc transformări în psihicul personalității, atât în sfera cognitivă cât și a afectivității, apar așa sentimente ca tristețea, agresivitate, nemulțumiri - greu de rezolvat, copilul își pierde interesul față de activitățile anterioare. Maladia somatică modifică calitativ situația socială de dezvoltare a copilului bolnav: transformările la nivel biologic au, în consecință, diminuarea energiei necesare îndeplinirii activităților, schimbări la nivelul capacităților psihice, ceea ce conduce la restrângerea contactelor sociale.

B. B. Николаева [164, 165, 166, 167, 168] definește principalele componente ale situației sociale de dezvoltare în contextul maladiei: a) trăsăturile premorbide ale personalității, b) efectele psihologice ale expunerii la riscurile biologice, c) consecințele sociale ale bolii, d) modificările în trăirile interne ale bolnavului în raport cu ansamblul de circumstanțe ale bolii.

Așadar, „situția socială de dezvoltare”, după Л. С. Выготский, nu este doar un mediu, sub forma unor factori externi în dezvoltare, nu este doar situația de dezvoltare, dar combinația specială a proceselor psihice de dezvoltare internă și mediul extern, și exclusiv relația unică între copil și realitatea din jurul său, mai ales aspectele sociale. „Situția socială a dezvoltării” determină în totalitate, modul în care copilul dobândește noi particularități ale personalității, modelându-le din realitatea socială, ca o sursă majoră de dezvoltare.

Organizația Mondială a Sănătății, definește starea de sănătate ca fiind cea „stare de bine psihic, somatic și social a individului” [2, 3, 19, 22, p. 6]. Pierderea stării de sănătate reprezintă maladia, având o sferă noțională de interferență parțială cu cea propusă de Hippocrates care susține că „la tot ce supără i se spune boală”, dar care a fost primul care a realizat existența unei legături între suflet (psyché) și corp (soma) în dinamica apariției și desfășurării bolii. Maladia reprezintă o situație existențială diferită de cea „normală”, trăită de individ până la apariția ei. Omul bolnav, își pierde unul dintre attributele sale fundamentale – starea de sănătate – care îi condiționează o adaptare normală la exigențele mediului, și este sinonim cu o stare de disconfort psihic și somatic. Odată cu perceperea apariției maladiei, și mai ales în cazurile în care aceasta este de durată sau se exprimă cu brutalitate la nivelul subiectivității individului, acesta anticipează o serie de amenințări la adresa integrității și/sau capacității sale fizice. În câmpul vieții socio-familiale pot apărea fisuri capabile să-l facă pe bolnav să-și modifice atât statutul, cât și rolul deținut până la îmbolnăvire [15, 16, 37, 41, 54, 58].

Personalitatea bolnavului se modifică în cursul evoluției clinice a maladiei, aducând aspecte psihologice și conduite noi, în special în plan emoțional-afectiv, cognitiv și relațional [17, 37, 38, 40, 58, 63, 69, 98, 99, 100, 105, 106]. Aceste „schimbări de personalitate” favorizează apariția mai multor modificări psihologice: o stare de regresie cu egocentrism și dependență, o atitudine de transfer și contratransfer față de personalul medical și pierderea autonomiei, cu dependență și instalarea, în unele situații mai severe, a unor stări depresiv-anxioase [112, 113, 122, 125, 127, 209, 213, 217]. Se poate afirma că maladia modifică psihologia persoanei, iar odată cu aceasta se vor schimba și „statutul” și „rolul” social al bolnavului. Or, statutul de bolnav al unui individ are un șir de caracteristici: pentru sine este un om în suferință, pentru medic - este un caz clinic, pentru familia sa - este o problemă emoțională, iar pentru societate - este un asistat care necesită ajutor.

Maladia, și mai ales cea cronică, servește drept sursă de stres psihic prin următorii factori, și anume: situația creată prin apariția, desfășurarea și consecințele bolii și prin suferințele psihice și fizice inerente. Referitor la stresul psihic generat de situația de bolnav, pe lângă modificările de ordin general, derivate din „situația de bolnav”, pot fi și extrem de specifice, atât în legătură cu natura maladiei, cât și de particularitățile psihice ale bolnavului. Acestea din urmă privesc tipul de personalitate, situația concretă a individului în momentul declanșării maladiei, vârsta de debut a acestei maladii, starea socială și situația financiară a familiei, coeziunea familiei etc.. Conștiința maladiei cu anticiparea suferinței fizice aflate la începutul ei sau trăirea ei directă, în momentele de vârf ale emoției, ca și evaluarea consecințelor de ordin somatic dar și social al

bolii – creează la orice individ premisele unui stres psihic major și de lungă durată [37, 44, 62, 87, 104, 111, 114, 128, 138, 141, 151].

În maladiile acute, durata scurtă a evoluției lor nu lasă timp suficient pentru modificări persistente și durabile ale personalității bolnavului. Durata mare a maladiilor cronice face ca mecanismele adaptative ale personalității să fie puse în funcție, ceea ce pe lungă durată poate determina modificări de personalitate. Astfel, la bolnavii cronici simptomele nu se instalează nici brusc și nici nu sunt în mod evident pregnante. Maladia evoluează adesea pentru lungi perioade în mod inaparent, și acest lucru poate ajunge până la stadii avansate. Mc. Queen [61, 67, 86, 140] subliniază că în acest cadru ar fi mai util un model bazat pe două etape. Astfel, în prima etapă ar fi vorba de achiziționarea unui comportament social care predispune la o finalitate psihologică, iar în etapa a doua se înglobează procesele care întrețin aceste paternuri comportamentale după identificarea bolii. Un asemenea model, subliniază autorul, permite conceptualizarea comportamentului social care predispune în unele afecțiuni cronice și diferențiază comportamentul persoanei purtătoare de simptome psihice [61].

Având în vedere importanța pe care maladiile cronice o capătă astăzi în cadrul patologiei, cercetătorii subliniază interesul social și antropologic tot mai mare care se orientează în acest domeniu, în care impactul factorilor socio-culturali este maxim. Acest lucru se datorează, în viziunea lui Mc. Queen, prevalenței maladiilor cronice față de cele acute în cadrul societății industrializate. În acest sens, este deosebit de important felul în care bolnavul cronic acceptă maladia. Putem nota la acești bolnavi, din acest punct de vedere, stări de anxietate, frică de moarte, frică de consecințele invalidizante ale bolii sau din contra atitudini de bravură artificială. În alte situații regresivitatea și beneficiul secundar sunt evidente, mai ales la copii. Există și situații în care pacienții adoptă atitudini autodestructive, ignorând, de exemplu, dieta sau chiar tratamentul.

Bolnavii cronici, subliniază Chipail, au în spitale adesea un sens peiorativ, li se reproșează că țin un pat de care ar beneficia alții, că li se face un tratament de rutină. În cadrul maladiilor cronice, numeroși autori accentuează mai ales asupra importanței limitării autonomiei bolnavului și a gradului său de utilitate socială, a felului în care bolnavul vine în contact cu lumea. Restrângerea contactelor sociale și a puterii sociale de care se bucurau anterior este resimțită de către bolnav ca un stres psihic foarte puternic [2, 43, 61, 63, 67, 87, 121, 126, 140, 152].

Adaptarea la condițiile mediului de boală este ajutată, așa cum subliniază Sivadon, de următoarele condiții:

- problema autonomiei spațiale, bolnavul cronic are senzația că spațiul său este limitat (mai ales atunci când este afectată deplasarea). Această imposibilitate de deplasare duce adesea la sentimentul de abandon.

- al doilea factor îl reprezintă, relațiile sociale ale bolnavului, relațiile sale în cadrul grupului de bolnavi și mai ales relațiile sale cu familia. H. Duchene subliniază, că în interacțiunea dintre bolnav și anturajul său două elemente sunt importante: tabloul suferinței care apasă bolnavul și realitatea dramei în care este aruncată existența umană ca urmare a maladiei.

Internarea în spital a unui bolnav cronic ridică și o serie de probleme legate de prejudecăți, privind ponderea familiei în apariția maladiei, importanța eredității, senzația de jenă sau deprimare care ia naștere în familie. Atitudinea față de maladie diferă de la o familie la alta, în funcție de nivelul cultural, intelectual, statutul financiar al familiei, cât și de contextul social în care boala se produce. Rolul familiei în maladiile cronice este destul de important. Se cunoaște cât de dezastruoasă este influența unor evenimente familiale negative asupra bolnavilor cronici [61, 118, 134, 145, 150, 161, 176]. Pe de altă parte, maladia cronică, apărută la un membru de familie duce la schimbarea raporturilor interpersonale, a relațiilor nu numai în sânul familiei, dar și a relațiilor cu vecinii, prietenii, colegii de serviciu, cât și a planurilor de viitor.

O altă problemă, în cadrul maladiilor cronice, este cea a spitalizărilor prelungite. Spitalizarea prelungită, menționa Sivadon, duce la pierderea coordonatelor temporo-spațiale ale subiectului. Totuși, cea mai serioasă problemă rămâne cea a senzației de rejet (social și familial), senzație resimțită mai ales atunci când spitalul de maladii cronice este situat la periferii sau locuri izolate (de exemplu spitalul de tuberculoză) [18, 24, 66, 78, 96]. În aceste situații pericolul regresiei este foarte mare, motiv pentru care numeroși autori, vorbesc de importanța în asemenea circumstanțe a unui mediu protejat, a unui mediu terapeutic creat special pentru a favoriza oprirea regresiei și susținerea acestor pacienți [66, 78, 80].

Astfel, maladia reprezintă pentru organism o intervenție cu importante consecințe pe plan psihologic. Individul o conștientizează pe plan psihologic ca o agresiune, ca un stres, ca o stare de insecuritate sau dezastru. În cazul bolnavilor gravi, Janis a introdus noțiunea de victimizare, care apare în perioada acută a maladiei, când pacientul realizează amploarea atingerii integrității sale fizice și totodată începe să-și imagineze amploarea handicapului și a situației sale sociale [196, 197, 198].

Frica prealabilă este principalul element care dă amploare reacției la stres, și mai ales, consecințelor afective după trecerea perioadei acute a stresului. Esențialul în cadrul îmbolnăvirilor este „anxietatea momentului”, posibilitatea unor noi complicații, amenințarea de

noi suferințe și chiar distrugere. Starea de boală este percepută ca o stare negativă, în timp ce conștiința de sănătate se exprimă printr-un sentiment de siguranță și, deci, ceea ce este dominant în această stare de boală – este anxietatea.

În literatura de specialitate găsim trei tipuri de atribuiri ale cauzelor unei maladii [37, 51, 61, 63, 67, 85, 115, 123, 136]:

Locusul cauzalității se referă la percepția cauzei ca fiind internă (dependentă de persoană) sau externă (dependentă de mediu, soartă sau personal medical).

Stabilitatea cauzei se referă la persistența în timp a motivului care a declanșat maladia; acesta poate fi perceput ca stabil sau instabil.

Controlabilitatea cauzei reflectă măsura în care persoana crede că poate controla factorii care au determinat maladia. O interpretare frecventă care apare la persoanele bolnave este autoblamarea pentru cele întâmplate.

Mai mulți cercetători [apud 37, 51, 85] fac distincție între două tipuri de autoînvinuire: a) *caracterologică* – ce ține de structura de personalitate; și b) *comportamentală* – se referă la comportamentele pe care o persoană le realizează la un moment dat.

În contextul atribuirii, sentimentul de blamare comportamentală este o atribuire internă, instabilă dar controlabilă, iar blamarea caracterologică este o atribuire internă, stabilă și necontrolabilă. Ultimul tip de atribuire scade șansele persoanei de a fi optimist în legătură cu adaptarea la boală. Cu cât atribuirea cauzelor este mai internă cu atât adaptarea la boală este mai puțin eficientă. Deci, percepția cauzelor determină gradul în care copiii și adolescenții se implică mai mult sau mai puțin în procesul de recuperare.

Problema beneficiului primar și secundar [75, 76, 101, 117, 124], în cadrul trăirii bolii, se găsește în următoarele situații:

- satisfacțiile în cadrul trăirii bolii sunt parțiale și umbrite de suferință.
- satisfacțiile constau în ocaziile oferite de boală, printre care și acelea de a se putea sustrage unor relații negative sau frustrante, care pun pe subiect în fața unor exigențe excesive.
- introversiunea este un fenomen de retragere în măsura în care individul este sustras de la anturaj și în același timp concentrat asupra lui însuși.

Comportamentul bolnavilor este dominat de trei trăsături principale:

1. Strămtarea orizontului cu dimensiunea importanței lumii exterioare, creșterea anesteziei, centrul atenției devenind alimentația, digestia, excreția.
2. Egocentrismul – lumea personală devenind astfel excesivă.

3. Comportamentul tiranic și, în același timp, dependent, cu aspect de regresie infantilă.

În 1989 Leventhal și colaboratorii săi [34, p. 28] dezvoltă *modelul cognitiv al maladiei*. Acesta subliniază importanța reprezentării mentale a bolii pentru adaptarea la situație, dar și în prevenirea acesteia.

Convingerile despre maladie pot fi organizate în cinci dimensiuni:

1. *Identitate* - recunoașterea semnelor, simptomelor, numelui maladiei.
2. *Cauzalitate* - percepția posibililor factori care au declanșat maladia (acut sau cronic).
3. *Evoluție* - percepția duratei maladiei.
4. *Consecințe* - percepția efectelor maladiei în plan fizic, social, economic și emoțional.
5. *Curabilitate* - percepția gradul în care maladia este vindecabilă și controlabilă.

Cercetările realizate în domeniu atestă faptul că reprezentarea cognitivă a maladiei este un predictor semnificativ al recuperării și al reintegrării sociale. Cu cât reprezentarea mentală a persoanei este mai apropiată de prototip (imagine și informații veridice despre boală, furnizate de specialiști) cu atât adaptarea la maladie este mai bună.

Un rol important în formarea reprezentărilor îl au influențele sociale și culturale. Reprezentarea cognitivă a maladiei este rezultatul interacțiunii dintre individ și mediul în care trăiește. Reprezentarea maladiei variază de la o cultură la alta și este în continuă schimbare. Astfel, reprezentări diferite vor duce la reacții diferite în fața aceluiași pericol.

Prin urmare, sursele de influență ar putea fi experiența directă a maladiei, experiența din familie, a prietenilor, din mass-media, sau experiența cu cadrele medicale. În scopul unei adaptări eficiente la maladie profesioniștii trebuie să fie conștienți de modul în care copiii și adolescenții își reprezintă maladia, să restructureze informațiile greșite despre ea și să ofere informații adecvate nivelului de înțelegere al copilului.

După Delay și Pichot, pacientul intrat în boală se poate manifesta sub trei aspecte principale: dependența și regresiunea, evaziunea, exaltarea Eului. În determinarea stării de dependență se înscriu următorii factori: personalitatea bolnavului cu gradul ei de maturitate, atitudinea și sollicitudinea celor din jur, atitudinea familiei, natura bolii și, în special, gravitatea ei, atitudinea medicului etc. [61, 62, 63, 85, 120, 148].

Psihosomatica este astăzi un domeniu interdisciplinar de abordare a bolilor, axat pe relația dintre medicină și psihologie, ce acordă o importanță specială rolului factorului psihic în apariția, evoluția, ameliorarea, vindecarea sau cronicizarea unor boli [149, 159, 178, 202, 205].

Concepția psihosomatică are ca obiect de studiu, după von Bergman [62, 67, 106, 122, 149], atât rolul factorilor psihosomatici în edificarea unor tulburări, mergând până la adevăratele boli somatice, cât și mecanismele psihofiziologice prin care se produc aceste dereglări inițial reversibile, ce evoluează ulterior în veritabile leziuni la nivel de organ, aparat și sistem. Simptomul are un rol simbolic, fiind expresia prin care individul alege să rezolve anumite conflicte și să-și atingă anumite scopuri (obținerea de afecțiune, mod de autopedepsire sau autoagresiune, formă de refugiu sau imitativă). Deși concepția psihosomatică este aplicabilă teoretic la orice boală umană, ea este utilă în special pentru o serie de afecțiuni determinate, cu manifestări somatice evidente ca: diabetul, hipertensiunea arterială, infarctul miocardic, afecțiunile alergice mai ales astmul bronșic și psoriazisul.

Implicațiile psihice și somatice precum și cele ale schimbării de statut și rol asupra comportamentului individului bolnav sunt în mod firesc legate de severitatea bolii, dar și de momentul în care acesta apare.

Odată boala constituită, pe lângă simptomele chinuitoare capabile să exaspereze bolnavul (durerea, dispneea, febra, tusea, vertijul etc.) și care sunt generatoare de stres psihic major, există o serie și de alte mici simptome de disconfort organo-funcțional care, în alte condiții, ar fi complet neglijate de bolnav, dar acesta avertizat de valoarea lor „indicatorie”, le acordă o semnificație negativă, stresantă, uneori supradimensionată. De exemplu, sputa mucopurulentă, la un bronșitic internat și aflat sub tratament este de regulă interpretată ca indicând un „mers înainte” al bolii.

Cele mai frecvente tulburări somato-psihice nespecifice sunt insomnia, anxietatea, astenia psihică, irascibilitatea, etc. și ele constituie pe de o parte expresia instalării unui stres psihic generat de boala somatică iar, pe de altă parte, agravează prin cerc vicios mersul bolii, totodată accentuând prin același mecanism stresul psihic [63].

Schimbările intervenite în viața unui individ, odată cu apariția și desfășurarea maladiei, pot fi grupate în două categorii [apud 63]:

1. Limitarea capacităților fizice și psihice în activitatea normală. Această consecință generală a maladiei handicapează bolnavul, atât în îndeplinirea unor acte simple motorii (mers, plimbare etc.), acele „hobby”-uri care implică efort fizic (gimnastică, înot, tenis etc.), sau a unor activități fiziologice (diete alimentare), cât și în exercitarea unor deprinderi cu caracter intelectual. Steimuller sintetizează această limitare a câmpului de activitate a bolnavului prin pierderea rolurilor obișnuite, a unor gratificații și ale unor moduri de comportament adaptativ.

2. Schimbările de ordin ambiental și relațional, cu impact major în sfera afectivă. Pentru bolnavii internați sau rămași la domiciliu are loc o veritabilă schimbare de decor, începând cu părăsirea mediului habitual, în cazul spitalizărilor, și a ambianței familiare, precum și înlocuirea lor cu atmosfera gravă, severă a spitalului, cu lumea lui de oameni în halate albe, nu întotdeauna atenți la frământările de ordin adaptativ ale celor internați. Schimbările de ordin relațional implică amplitudinea maximă în ceea ce privește modificarea unor relații interpersonale ale bolnavului. Pe lângă caracterul specific, nou pentru bolnav, al unor relații cu medicul și personalul din spital, dar și cu ceilalți pacienți internați, există o modificare în sensul unei restructurări sau al diminuării frecvenței contactelor cu lumea familiară a bolnavului (cei apropiați, membri ai familiei), atrăgând în multe cazuri o modificare a conduitei acestora.

Așadar, răspunsul la o maladie este considerat ca fiind o atitudine integratoare, incluzând componente afective, cognitive, comportamentale și fiziologice, care pot funcționa atât la nivel conștient, cât și la nivel inconștient.

În plus, față de imaginea externă a maladiei, pe care medicul o obține prin toate metodele disponibile, o mare importanță pentru diagnostic și tratament o are și imaginea internă a maladiei [130, 132, 141, 146, 152, 164, 173, 180, 186]. P. A. Лурья [167] a descris imaginea internă a maladiei ca un amalgam de experiențe ale bolnavului: întreaga gamă de sentimente, nu numai cele dureroase, legate de maladie, dar și trăirile sale generale, autoaprecierea sa, capacitatea de înțelegere a maladiei sale, a cauzelor, întreaga lume interioară a bolnavului, care constă în combinații complexe de percepții și senzații, emoții, afecte, conflictele, tensiunile și traumele psihice. P. A. Лурья a identificat două componente ale imaginii interne a maladiei: prima - senzitivă - senzațiile subiective apărute în anumite maladii sau modificări patologice în starea generală a bolnavului; a doua - intelectuală - este o suprastructură peste componenta senzitivă, creată de către bolnav - sunt gândurile și raționalizările despre maladia sa. Imaginea internă a maladiei este cercetată, prin prisma emoțiilor, în funcție de particularitățile individuale ale copilului: și anume ignorarea maladiei, subestimarea simptomelor, lipsa de preocupări vizavi de starea sa, așteptările ridicate față de rezultatele tratamentului; un alt factor este excesul de intensitate emoțională, exagerarea față de severitatea maladiei, lipsa de încredere în succesul tratamentului, un alt factor este tendința în aprecierea reală a maladiei și a prognosticului său, un bun contact cu medicul și dorința de a efectua toate prescripțiile medicale. Însăși structura imaginii interne a maladiei, după P. A. Лурья, atât componenta senzitivă, cât și cea intelectuală, este puternic dependentă de structura personalității bolnavului, de caracteristicile sale psihologice. În procesul sensibilității și a motricității, un rol important îl au pe lângă

caracteristicile înnăscute ale omului, de asemenea și rezultatele influenței mediului, care la rândul său, poate determina natura de senzații și acțiuni, la fel de mult ca caracteristicile neurohumorale.

Experiențele și observațiile clinice indică, o strânsă și inseparabilă legătură între procesele somatice și cele psihice atât la un organism sănătos, cât și la cel bolnav. P. A. Лурия menționa, că nu există doar numai maladii somatice sau numai maladii psihice, ci că omul este un organism viu, iar vitalitatea sa este datorată combinației dintre latura psihică și de cea somatică [164].

Ființa biologică, constituită din genomul ce se dezvoltă progresiv, în dinamica sa fiziologică, are o mare importanță în stabilirea marilor ritmuri și nevoi, cât și a capacității de reacție a fiecăruia - nevoi și ritmuri alimentare, eliminatorii, de somn, predispoziția la pasivitate sau la activitate la angoasă și tulburări de comportament etc.

Deci, funcționarea subiectului uman este o funcționare bio-psiho-socială. În fiecare clipă a vieții, forțe biologice, intros psihice și sociale interacționează în proporții diferite, ducând la manifestări denumite „normale” sau „anormale”. În această „furtună” de combinații factoriale posibile, cu legi specifice, dar care adeseori ne rămân străine, pot exista momente în care eventuala disfuncție somatică să fie minoră prin comparație cu efectele psiho-sociale pe care le provoacă. Sau invers, psihogeneza cauzată de dificultățile de adaptare sau de anxietate poate acționa asupra unei zone sănătoase sau asupra unei zone predispuse a corpului, la disfuncție. Se ajunge la dezorganizarea somatică, descrisă de J. J. Lipowski: „... pentru etapa de viață a copilului observat, unele atribuții sau funcții de natură mentală, au un rol cauzal în morbiditate și un rol cauzal major, pentru a provoca dezordini corporale” [61, p. 35]. Concomitent cu dezorganizarea somatică apar fenomene mentale diverse, mai ales regresii și dezorganizări psihice, din care forma cea mai severă este „depresia esențială” (proces cu înalt risc somatic, prin depășirea limitelor de autoapărare atât mentale, cât și biologice).

În mod reciproc, funcționarea intros psihică a fiecărui copil poate să rezulte, parțial, și din informațiile care vin de la corp (de ex. de la durere), cât și de la factorii sociali (familie, stresul școlar). Ceea ce se va modifica la copil este imaginea de sine.

Funcționarea socială care este parte componentă are și ea influențe active și variate și dă un pol de referință oricărei abordări. Mai întâi sunt părinții, apoi bunicii - modul lor de a privi copilul și integrarea sa socială, aportul lor la educare și îngrijire, conflictele inter-generaționale, al căror obiect poate fi tocmai „pacientul” nostru. Ulterior este școala - centrul preocupărilor pentru mult timp, desigur este și influența comunității etnice de care copilul aparține, și nu în

ultimul rând influența chiar a mediului sau a persoanelor medicale din anturaj, felul cum se poartă în împrejurări chiar ne-medicale etc.

După S. Minuchin și P. Pinkerton [112] rezultă că orice maladie pentru care copilul este adresat medicului prezintă o multifactorialitate deloc de neglijat, deoarece fiecare factor implicat poate fi, dacă e bine manevrat, un agent terapeutic important.

Importanța fiecărui factor în declanșarea și tratarea maladiei depinde de la bolnav la bolnav; după cum se știe, din practică, în afara unor manifestări globale, fiecare copil are felul său personal de a se purta în situația de „boală” și de a reacționa la tratament, unii copii rămân senini în situații chiar critice, disperate, încrezători în ei înșiși și în echipa de îngrijire, păstrându-și echilibrul și adesea reușind să învingă boala; în alte cazuri, asistăm la o dezorganizare comportamentală totală atât a copilului bolnav cât și a familiei sale, pe motivele unei simple răceli.

Orice maladie organică are o conotație afectivă și maladia poate deveni obiectul unei investiții afective din partea familiei cât și a bolnavului însuși. În literatură [62, 69, 76, 88, 118, 123, 124, 147, 179] se menționează multiple situații când copiii, se îmbolnăvesc în momentele de criză de familie, reușind deturnarea conflictului. Reprezentările mentale asupra maladiei pot, la rândul lor influența somatic; de aceea a „consulta corpul” și „a asculta sufletul” sunt două fațete ale aceleiași probleme.

Modul în care maladia este percepută este relevant pentru înțelegerea reacțiilor și a formei de coping. Psihiatrul canadian Lipowski identifică câteva semnificații atribuite maladiei de către o persoană [67, p. 98]:

- *maladia ca experiență umană firească* - copilul acceptă maladia ca o experiență de viață prin care trebuie să treci și să faci față; în general, o astfel de interpretare duce la ajustări active, flexibile, raționale.

- *maladia ca inamic* - copilul percepe maladia ca pe o „invazie”, ca pe o forță inamică care a „cucerit” organismul. O astfel de interpretare poate declanșa fie frică și anxietate fie furie și revoltă. În primul caz, atitudinea copilului poate fi de resemnare și capitulare, iar în cel de-al doilea, de mobilizare a resurselor pentru a lupta cu maladia.

- *maladia ca pedeapsă* – maladia poate fi percepută ca fiind o pedeapsa dreaptă, meritată datorită faptului că nu a fost cuminte. Copilul poate adopta o atitudine plină de stoicism, chiar de umilință. Dacă maladia este percepută ca o pedeapsa nemeritată, furia și revolta pot să devină trăirile emoționale preponderente și să complice lupta împotriva maladiei.

- *maladia ca eșec* - unii pacienți percep maladia ca un semn de slăbiciune personală, de care se simt jenați. Prin urmare vor încerca să ascundă maladia. Pentru aceștia confruntarea cu situația de „slăbiciune” este atât de dureroasă încât, uneori își neagă maladia. În consecință, se comportă ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat.

- *maladia ca eliberare* - maladia poate fi și o soluție la unele probleme cu care se confruntă copilul (de ex. nemulțumire de sine pentru neîmpliniri educaționale). Pentru a evita confruntarea cu situația conflictuală, persoana se refugiază în rolul de bolnav. Acesta îi oferă posibilitatea de a raționaliza situația: „nu am putut să învăț mai mult deoarece m-am îmbolnăvit”; sau de a se sustrage unor sarcini și responsabilități care îi revin. Discuțiile unui astfel de pacient vor fi centrate pe maladia sa, pe diagnostic, pe restricțiile pe care i le impune maladia.

- *maladia ca strategie* – maladia poate avea o serie de beneficii secundare; copilul bolnav obține mai multă atenție din partea familiei, rămâne acasă și nu merge la școală. Maladia poate fi utilizată ca strategie și pentru a obține avantaje materiale.

- *maladia ca pierdere iremediabilă* - unii văd maladia ca o catastrofă, ca ceva ce nu mai poate fi recuperat. Convingerea că viața nu mai merită a fi trăită este relativ frecventă la persoanele care percep maladia ca o pierdere iremediabilă. Aceste persoane au un risc crescut pentru suicid, mai ales dacă maladia este mai serioasă.

- *maladia ca valoare* - maladia poate deveni o situație de învățare - te învață să prețuiești ceea ce este cu adevărat important în viață. Maladia determină la unii oameni o reevaluare a valorilor personale, o nouă imagine asupra vieții.

Un rol important în adaptarea la maladie îl reprezintă percepția cauzelor care au declanșat-o. Apariția unei maladii presupune teamă și nesiguranță. În acest caz oamenii nu pot decât să se întrebe „De ce eu?”, „Ce a provocat această maladie?”, încercând să caute un sens în ceea ce se întâmplă. Percepția cauzelor influențează în mod direct răspunsul emoțional la maladie și indirect mecanismele de adaptare (coping) la maladie.

Conștiința maladiiei și „teoriile” pe care cei mici le dezvoltă pentru a explica maladia proprie și a celorlalți evoluează o dată cu dezvoltarea la nivel cognitiv. În jurul vârstei de 3-4 ani copiii consideră că maladia este un simplu fenomen care apare și dispare pur și simplu, fără a putea fi influențată de ceva anume. Spre sfârșitul perioadei de 4 ani, apar teoriile despre contagiune prin care copilul crede că este bolnav datorită faptului că a venit în contact cu oameni bolnavi. Înțelegerea maladiiei în termeni fiziologici, ca proastă funcționare a unor organe, apare doar în jurul vârstei de 7 ani. Este important de menționat faptul că aceste vârste sunt orientative.

De exemplu, s-a constatat că cei cu maladii cronice înțeleg mult mai repede diferitele aspecte ale maladiei, pentru că au fost expuși la mai multe informații, cunoștințe despre modalitățile de manifestare și decurgere a maladiei, precum și strategii de tratament [147, 151, 158].

Numeroase studii au stabilit că caracteristicile individuale și dezvoltarea psihică la copiii bolnavi și copiii sănătoși diferă. Maladiile somatice grave, de durată, sunt epuizante pentru copil, îl limitează în acțiunile sale, îi scad forța fizică, sunt cauzele suferinței fizice și emoționale. Comportamentul unui copil bolnav este schimbat, devenind de multe ori „difícil” pentru adulții din jur. Cercetătorii [apud 147, 151, 158] au observat că tulburările metabolice care au schimbări subtile în procese fizice și chimice, cum ar fi intoxicațiile, bolile alergice, care apar în organism, au impact imediat asupra psihicului uman și contribuie la diverse schimbări. Maladia cronică nu oprește dezvoltarea psihică a copiilor, dar ea, denaturează, agravează și încetinește dinamica acesteia. În practica clinică, sunt multe exemple unde factorii de exacerbare psihogenă inhibă și încetinesc, sau din contra intensifică reacțiile de sensibilizare la boală a copilului. Pentru a se adapta la starea de boală, copilul necesită nu numai sprijinul rudelor apropiate, dar și ajutorul profesionist al psihologilor, bazat pe caracteristicile psihologice individuale ale unui copil bolnav [151, 155, 169].

În literatura de specialitate sunt descrise trei tipuri de reacții psihologice ale copilului bolnav față de maladia proprie: - reacții nespecifice la maladie (nivel înalt de anxietate, stima de sine scăzută, vinovăție, izolare); - reacții specifice la maladie (ca urmare a perturbării hemodinamicii cerebrale, a proceselor biochimice, hormonale sau imunitare ale organismului); - reacțiile bolnavului la procesul de spitalizare (toate cercetările au notat acest fapt ca fiind cel mai traumatizant pentru psihicul copilului).

Copiii, de obicei, nu înțeleg cauzele maladiei, văd de multe ori boala lor ca o pedeapsă pentru comportamentul interzis sau neadecvat. Copiii mici văd cauza maladiei în nerespectarea normelor de igienă și a alimentației adecvate, adolescenții văd printre motivele apariției maladiei predispoziția ereditară, precum și situațiile de conflict de la școală și acasă [69, 76, 118, 123, 124, 125, 145, 150].

Atitudinea copilului față de maladia sa depinde de vârsta, nivelul de dezvoltare intelectuală, trăsături de personalitate, experiențele personale, percepții ale maladiei, severitatea maladiei, dar de multe ori, este determinată de atitudinea părinților și altor membri ai familiei despre maladie, de multe ori coincide cu ea. Reacția psihologică negativă a copilului față de maladie afectează cursul ei, de cele mai multe ori în sens negativ: cum ar fi deteriorarea rapidă, durata bolii, durerea, care este adesea asociată cu procedurile.

În maladiile de durată, dar nu grave, copiii se caracterizează prin atitudinea ambivalentă față de maladie. La nivel conștient ei percep rolul distructiv al maladii, dar la nivel inconștient, maladia pentru ei, uneori, este mai benefică din punct de vedere emoțional. Maladia permite copilului să devină mai aproape de mama sa, pentru a primi suplimentar grija și atenția ei. Astfel, 84% din copiii bolnavi cronici, dar nu gravi, cred că atunci când sunt bolnavi sunt protejați, alinați, toți vor fi mai atenți cu ei și vor avea grijă de ei. Atitudinea copilului față de sine și față de maladia sa deseori coincide cu atitudinea mamei față de copil și față de maladia acestuia. Pentru copiii cu maladii grave tabloul psihologic al maladii este diferit, aceasta este determinat de particularitățile conștiinței de sine ale copilului.

Trăsăturile premorbide de personalitate proprii copilului bolnav, contribuie semnificativ la apariția unui sau altui tip de imagine internă a maladii. Formarea imaginii interne a maladii în copilărie se datorează atât evaluării emoționale, cât și evaluării intelectuale a propriei stări de către copil. Din cauza lipsei de informații sau a informațiilor incorecte despre boală, copilul nu-și poate forma o atitudine critică față de starea sa, nu-și poate fixa atenția pe anumite părți ale corpului, deaceia se formează o imagine distorsionată a maladii, conchid cercetătorii [210, 213, 215, 216, 224].

Pentru psihicul copilului, prima spitalizare constituie factorul cel mai traumatizant. Aceasta este, de obicei, însoțită de o separare de părinți, colegi, școală sau grădiniță, limitarea activităților obișnuite din viața copilului prin mobilitate limitată, sentimente de frustrare, incertitudine și teamă. La o nouă spitalizare sentimentele negative se accentuează, stresul psihic se acutizează. Se remarcă faptul că, copiii mai maturi din punct de vedere emoțional au capacitatea de a suporta mai bine aceste despărțiri, de a fi singuri, departe de cei apropiați. Reacția copilului la situația de spitalizare depinde de vârsta sa, relațiile din familie, durata și frecvența spitalizării, natura și gravitatea bolii, vizitele rudelor și prietenilor, complexitatea procedurilor medicale, percepția de ansamblu vizavi de spitalizare [apud 210, 213, 215, 216, 224].

După părerea cercetătorilor [apud 210, 213, 215, 216, 224] care au abordat problematica maladiilor somatice, principalele aspecte puse în acest cadru ar fi următoarele:

- Importanța factorilor psihici în cadrul maladiilor somatice;
- Mecanismul apariției simptomatologiei psihosomatice sub influența factorilor psihici;
- Rolul jucat de personalitate etc.

De asemenea și OMS și-a luat sarcina de a pregăti un raport asupra tulburărilor somatice și în acest scop a emis lista problemelor către care trebuie îndreptată atenția: studii retrospective

și prospective de frontieră, psihofiziologia dezvoltării, evaluarea datelor testărilor psihologice etc. [19, 87].

Analiza teoretico-științifică a literaturii demonstrează că maladiile cronice au influențe directe asupra personalității bolnavului, modificând unele aspecte ale acesteia, determinate de specificul maladiei.

1.2. Caracteristici generale ale maladiilor respiratorii cronice la copil

Conform OMS se estimează că maladiile netransmisibile vor deține locul 3 în rândul cauzelor de deces în populație până în anul 2020, fiind responsabile de 80% din decese, față de mai puțin de 50% în acest moment, necesitând o atenție deosebită din partea autorităților de sănătate publică [5, 19, 87, 96, 97].

Între maladiile netransmisibile, maladiile respiratorii cronice sunt, cel mai adesea, frecvent nerecunoscute, subdiagnosticate și subtratate, conducând în timp la decese timpurii și la alterarea capacității de muncă a populației active.

Statisticile naționale pun în evidență o plasare pe treapta superioară în incidența maladiilor pediatrie a morbidității prin afecțiuni respiratorii ale copilului. Este cunoscut că 2/3 din adresările pediatrie în cadrul asistenței medicale primare revin maladiilor aparatului respirator, iar mortalitatea infantilă este dominantă la fel de boli severe cu afectări bronhopulmonare [apud 5, 19, 87, 96, 97]. Principalele simptome caracteristice acestor afectări bronhopulmonare sunt prezentate în figura 1.1.

Afecțiunile nespecifice ale sistemului respirator domină în structura nozologică a morbidității infantile, pentru Moldova incidența acestora estimându-se a fi de 254-369‰ și este în continuă ascensiune pe parcursul ultimilor ani. Monitoringul statistic relevă concomitent cu ponderea marcată a morbidității prin aceste maladii și prevalența maladiilor respiratorii cronice și recurente, cum ar fi bronșita cronică, bronșita recidivantă și pneumonia cronică, potențialul invalidizant al cărora fiind periculos atât pentru copil, cât și pentru viitorul adult. Aceste forme clinice sunt prezentate de simptome respiratorii recurente, care apar relativ frecvent sau persistă lungi perioade de timp la un număr important de copii, influențând negativ statutul fizic și potențialul de sănătate a organismului.

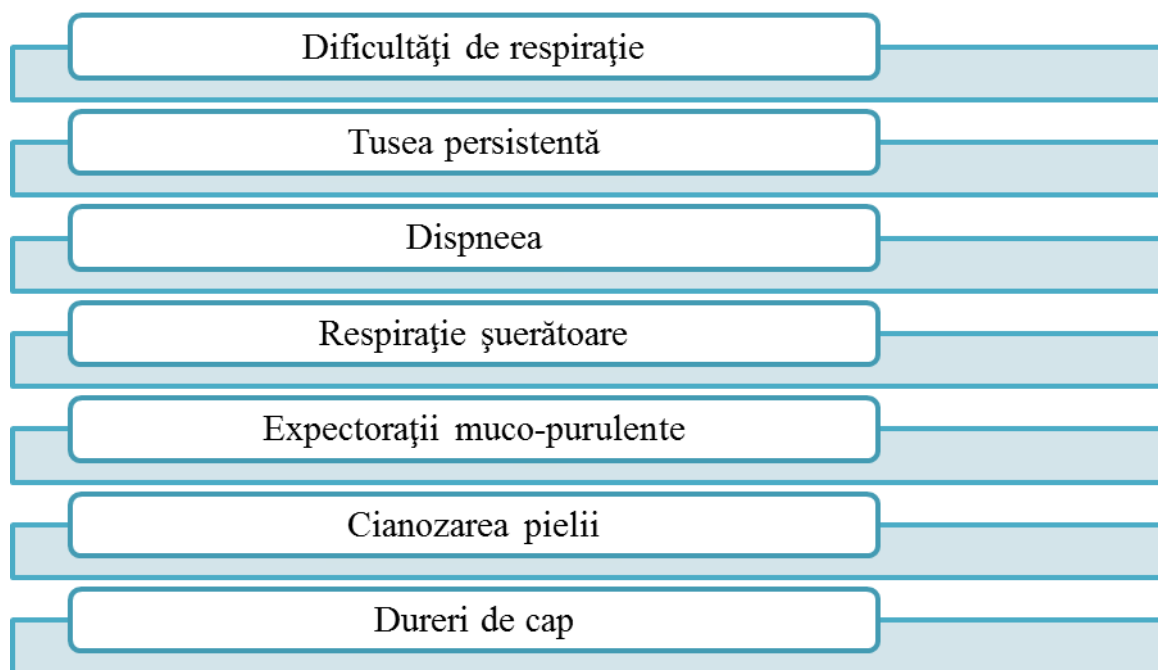


Fig. 1.1. Principalele simptome ale maladiilor respiratorii

Categoria de copii cu infecții respiratorii repetate, cu epizoade infecțioase prelungite, cu infiltrate pulmonare persistente sau recurente preocupă pediatria actuală și nu numai [96, 97]. Totodată cauzele principale ale morbidității și invalidității la copii rămân, însă a fi maladiile cronice. Ele apar în urma epuizării rezervelor somatice ale organismului, care nu este în stare să stopeze declanșarea procesului patologic.

Date statistice și studii la nivel național cu privire la prevalența maladiilor respiratorii cronice în Republica Moldova sunt puține. Indicele invalidității copiilor în Republica Moldova a sporit în ultimul deceniu, atingând cota de 16 copii la 1000 copii. Incidența sporită a maladiilor netransmisibile, apariția lor la vârsta timpurie, cronicizarea frecventă cu stabilirea invalidității constituie o povară pentru societate, epuizând resursele umane și afectând economia națională [apud 96, 97].

Conform CNMS în anii 2004-2006, prevalența și incidența morbidității respiratorii, inclusiv cea cronică, a elevilor din instituțiile de învățământ pentru sectoarele municipiului Chișinău a înregistrat date cu tendință de creștere [22].

Astfel, putem remarca, că starea de sănătate a elevilor este o problemă majoră în condițiile contemporane de instruire, stilul de viață al elevilor în orașele mari pot contribui la formarea situației, care poate fi caracterizată ca situație de risc sporit din punctul de vedere a modificării stării de sănătate a populației.

Simptomatologia respiratorie catarală exprimată prin tuse și date fizice bronhopulmonare cu caracter persistent sau recurent însoțesc următoarele entități: bronșita recidivantă simplă și obstructivă, bronșita cronică, pneumonia cronică, precum și o serie de boli ereditare și congenitale, care evoluează cu manifestări bronhopulmonare cronice.

Bronșita recidivantă este definită ca o afecțiune inflamatorie a arborelui bronșic care evoluează prin 2-3 acutizări cu caracter trenant pe parcursul a 1-2 ani consecutivi. Recurențele de bronșită care se repetă cu o regularitate anuală multiplă, au cu siguranță un substrat predispozant de realizare, ce presupune implicarea factorilor de risc predispozanți și favorizanți. Caracteristicile evolutive ale bronșitei recidivante se evidențiază printr-un dinamism cu orientări vectoriale diverse. Pe parcursul a 3-6 ani de recurențe bronșitice procesul maladiv poate evolua în câteva direcții. Evoluția nefavorabilă ale bronșitei recidivante presupune degradarea spre bronșita cronică (30-51%) și alergeze respiratorii (13-32%) [12, 13, 83, 84, 96, 97]. Programarea unor măsuri profilactico-terapeutice optimizate particularităților clinico-patogenice ale bolii pot contribui evoluției favorabile a stării copilului. Faptul că această maladie este reversibilă în 1/3-1/2 cazuri trebuie să impună o supraveghere efectivă a copilului bronșitic pentru a redresa statutul patologic și a realiza măsuri de recuperare direcționate vindecării integrale și definitive a copilului.

Bronșita cronică la copil este o afecțiune inflamatorie difuză a arborelui bronșic cu caracter cronic și evoluție rebelă, care se produce prin trei sau mai multe recrudescențe bronșitice pe an, însoțite de sindrom cataral respirator cu tuse productivă, de tulburări ventilatorii, modificări bronhologice de inflamație avansată, ce deteriorează mecanismele locale de protecție și evoluează cu dezechilibrarea fenomenelor de reglare neuro-vegetativă și hormonală. Conform concepției contemporane bronșita cronică este un proces ireversibil, persistent al căilor aeriene bronhice și alterarea funcției ventilatorii pulmonare. Bronșita cronică își găsește terenul de producere preponderent la copiii de vârstă școlară ca fiind categoria de copii cu infecții respiratorii repetate, cu episoade infecțioase trenante sau grave, din care rezultă ulterior multe complicații. Totodată infecțiile respiratorii se caracterizează și prin contagiozitate foarte mare, de aceea incidența lor corelează direct cu numărul și gradul expunerii, iar cei mai afectați sunt copiii ce frecventează instituțiile preșcolare și școlare. Acutizarea bronșitei cronice este declanșată preponderent de viroze respiratorii sau suprarăceli, care evoluează cu semne moderate de toxică infecțioasă, subfebrilitate, cu dureri toracice, care se produc mai intens noaptea însă simptomul principal este tusea. Durata puseului de exacerbare a bronșitei cronice variază între 2-4 până la 6-8 săptămâni.

Pneumonia cronică este o inflamație cronică bronhopulmonară nespecifică însoțită de leziuni morfologice ireversibile exprimate prin deformații bronhice și pneumoscleroză în unul sau mai multe segmente pulmonare, care se manifestă clinic prin recidive inflamatorii cu tuse și expectorații. Este o boală cu evoluție persistentă și cu un înalt grad de invalidizare. Pneumonia cronică este un proces morbid polietologic în producerea căruia se implică diferiți factori cauzali cu potențial favorizant, predispozant pentru inițierea și perpetuarea simptomatologiei clinice bronhopulmonare. Fonul premorbid alterat al copilului se implică prin influența favorizantă în geneza bolilor cronice pulmonare. Stările de fon ale vârstei fragede, condițiile socio-economice precare din familie, nocivitățile ecologice intervin ca factori de risc cu efecte deterioratoare asupra statutului fizic al copilului și generarea potențialului patogen în declanșarea proceselor cronice bronhopulmonare. Există o multitudine de afecțiuni congenitale și genetice cu potențial evolutiv spre instalarea unor procese perpetuate ale tractului respirator, denumite pneumonii cronice secundare, care rezultă dintr-o boală primară decisivă pentru afectarea plămânilor [11]. Astfel, pneumonii cronice se dezvoltă în fibroză chistică (mucoviscidoza), traheobronhomegalie, anomalii ale arborelui bronșic, chisturile pulmonare bronhogene, aplazie și hipoplazie pulmonară etc.. Simptoamele cardinale în pneumonii este tusea frecventă, persistentă și expectorații muco-purulente sau purulente.

Mucoviscidoza este o boală genetică cu transmitiune autosomal recesivă. Anomalia de bază indusă de gena patologică determină afectarea glandelor exocrine, care produc o secreție anormal de vâscoasă, săracă în apă și substanțe organice, care obturează lumenul bronșic, ductele pancreatice, căile biliare, ductele organelor reproductive. Manifestările respiratorii sunt prezente la 80% din cazurile de mucoviscidoză și sunt decisive pentru evoluția bolii [11, 96, 97, 214, 221, 222].

Mucoviscidoza este considerată cea mai frecventă boală ereditară gravă și una dintre cele mai frecvente cauze de insuficiență respiratorie cronică la copii. În rasa europeană mucoviscidoza se întâlnește 1:1600 – 1:2000 nou-născuți, în Republica Moldova 1:1000 – 1:1200 nou-născuți, 1:20 europeni sunt purtători sănătoși ai genelor fibrozei chistice [96].

Prognosticul mucoviscidozei este rezervat ca fiind considerat o boală pediatrică, însă actualmente au fost elaborate achiziții privind diagnosticul și tratamentul bolii, au fost create centre specializate care au adus o contribuție importantă actului de îngrijire a pacienților cu fibroza chistică prin cooperarea unei echipe multidisciplinare constituite din medicul de familie, genetician, dietetician, fizioterapeuți și nu în ultimul rând psiholog. Mucoviscidoza constituie și o problemă socială, care prevede asigurarea asistenței psihologice și medico-sociale a copilului și

a familiei acestuia prin cunoașterea particularităților psihologice specifice vârstei date, prin însușirea metodelor de îngrijire curativă și adaptare socială [96, 97].

Astmul bronșic este definit, ca o maladie inflamatorie cronică a căilor aeriene, care apare la indivizii cu susceptibilitate genetică și se manifestă prin obstrucție bronhică reversibilă parțial sau complet, spontan sau prin tratament și în care se manifestă sindromul de hiperreactivitate bronhică la stimuli variați [11, 12].

Astmul bronșic continuă să fie o enigmă de la Hippocrates și Araetaeus din Cappadocia, până în prezent. Este cert că elementul patologic esențial al acestei nosologii multifactoriale este inflamația mucoasei bronhice. Inflamația cronică, care foarte ușor cedează la terapia antiastmatică modernă, la fel de ușor recidivează sub acțiunea unor factori provocatori sau declanșatori. Iată de ce până în prezent această inflamație este privită ca un *aisberg* la care este cunoscut doar vârful, pe când baza se află la întuneric [96, 97].

În Republica Moldova se estimează că ar fi 160 mii de astmatici (aproximativ 4% din populație) [11, 12, 13]. Abordarea problemei astmului bronșic este semnificativă și din considerentele că se constată o întinerire a astmului, cu afectarea tot mai frecventă a populației pediatrice. Actualmente (OMS - 2006) astmul bronșic este una din cele mai răspândite maladii cronice a copiilor, constatată în 1/3 cazuri din maladiile cronice respiratorii [96]. Analiza datelor statistice oficiale existente în Republica Moldova evidențiază un nivel scăzut al morbidității prin astm la copil. Prevalența astmului bronșic în R. Moldova, conform datelor CNMS, pentru anul 2008 este egală cu 15,5 la 10000 de copii de vârstă până la 18 ani, incidența - 2,8 la 10000 de copii (0-18 ani). Totodată, vom menționa că multiple cazuri de astm bronșic la copii în Republica Moldova sunt diagnosticate tardiv, astfel încât prevalența reală a maladii poate atinge un nivel mult mai ridicat. Anual, în jur de 500 de copii sunt spitalizați în secțiile specializate de alergologie și pneumologie ale Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului cu diagnosticul de astm bronșic [11, 12, 13]. Astmul bronșic este o maladie care debutează frecvent la copii și progresează ulterior (60-80%) în perioada adultului, fiind o cauză semnificativă a invalidității. E important diagnosticul în termene utile a stărilor prenosologice, formelor incipiente ale astmului. Deseori în istoricul morbid al copilului sunt relatate alte maladii, ca bronșită obstructivă, bronșita astmatiformă, bronșita obstructivă recidivantă, bronșita cronică cu component astmatic. Din 1255 de copii cu astm bronșic înregistrați pentru anul 2008 în Republica Moldova, 434 de copii (34,6%) au grad de invaliditate. O analiză selectivă, în funcție de gradul de invaliditate, pentru 365 de copii (84,1%) de 7-18 ani cu astm bronșic a constatat că 51 de copii (13,9%) au confirmat gradul III de invaliditate, 224 de

copii (61,4%) au gradul II de invaliditate și 90 de copii (24,7%) au gradul I de invaliditate prin astm bronșic. Nu sunt cunoscute datele oficiale înregistrate pentru formele lejere ale astmului bronșic, dar oricum această realitate este în contradicție cu statisticile țărilor Europene, care raportează astmul intermitent în 49%, astmul bronșic persistent ușor în 29%, astmul bronșic persistent moderat în 11% și doar în 10% cazuri - astmul bronșic persistent sever.

Astfel, s-ar putea stabili pentru Republica Moldova situația de subdiagnostic al astmului bronșic la etapele debutului maladiei în formele ușoare și un diagnostic tardiv al astmului când procesul patologic a degradat în formele severe. Luând în considerare faptul că în Republica Moldova rezultatele monitoringului Național oferă date incomparabile cu prevalența astmului la copii în lume, studierea aspectelor epidemiologice se prezintă actuală și importantă pentru o reflectare obiectivă a astmului în populația pediatrică [96, 97].

Tuberculoza continuă să rămână o cauză majoră a morbidității și mortalității populației pe mapamond. În acest aspect, o mare îngrijorare în ultimii ani prezintă majorarea numărului bolnavilor cu forme polirezistente de tuberculoză. Această situație epidemiologică alarmantă în tuberculoza printre adulți nu poate să nu influențeze situația epidemiologică în tuberculoza la copii. În această ordine de idei OMS a stabilit în calitate de măsuri prioritare de combatere a acestei maladii, de rând cu depistarea și tratamentul bolnavilor de tuberculoză, și imunizarea copiilor cu vaccinul BCG.

Situația epidemiologică a tuberculozei prezintă o problemă globală majoră. OMS consideră critică situația în 16 (țările fostei URSS și România) din cele 51 de țări Europene, cărora în anul 2001 le-a revenit 80% din 368 000 de cazuri noi de tuberculoză, înregistrate în Europa, în care incidența, prevalența, invaliditatea și mortalitatea de această maladie este și în prezent în creștere [apud 96, 97].

Evoluția tuberculozei în Republica Moldova a căpătat un caracter epidemic în anii 90 al secolului trecut. Între țările Regiunii Europene a OMS facem parte din grupul cu incidență sporită a tuberculozei de rând cu Rusia, România și Kazahstan. În anul 2005 în republică s-au înregistrat 5632 cazuri de tuberculoză cu o morbiditate globală de 133,4 la 100000 populație (în anul 2004 au fost 5154 bolnavi de tuberculoză). Numărul cazurilor de tuberculoză la copii înregistrate în anul 2004 au fost 335 bolnavi și 293 – în 2005. Incidența prin tuberculoză la copii în Republica Moldova, este în descreștere: de la 32,2 în anul 2006 la 30,8 în 2007 și 19,3 în 2008 (primele nouă luni), raportat la suta de mii de locuitori [135, 146].

Cauzele creșterii incidenței, prevalenței și mortalității de tuberculoză sunt: nivelul scăzut de trai și subalimentația populației, alcoolismul, migrația, creșterea numărului persoanelor fără

adăpost, ecologia deteriorată, factori nocivi la locul de trai etc. Cele mai mari riscuri le au copiii care au un contact personal și prelungit cu persoane adulte cu microscopie pozitivă. Cel mai obișnuit mod de infectare al copilului este cel aerogen - prin inhalare de la un adult bolnav netratat (prin tuse, strănut etc.). Tusea este simptomul cel mai frecvent la bolnavul cu tuberculoză pulmonară. Inițial, este seacă, dar pe parcursul bolii poate deveni productivă. Hemoptizia este un semn rar la copilul cu tuberculoză. Poate să apară la debut, pe parcursul evoluției bolii sau tardiv. Când apare tardiv, hemoptizia poate fi datorată eroziunii peretelui bronșic de către leziuni specifice calcificate. Durerea de tip pleuritic poate să apară în condițiile unui proces specific de pneumonie cu localizare subpleurală sau în stadiul de debut al pleureziei. În formele extinse de tuberculoză pulmonară poate să apară dispneea, însoțită sau nu de insuficiență respiratorie.

Literatura clasică de specialitate, cât și cea mai recentă, formulează conceptul că tuberculoza pulmonară fiind, un proces somato-infecțios insidios, și deseori cronic, creează diferite tablouri psihopatologice atât psihotice, cât și modificări severe ale personalității [11, 24, 83]. Astfel, problemele psihicului și redresării devierilor lui în bolile respiratorii cronice au o importanță deosebită în eficientizarea tratamentului și reabilitarea socială adecvată a pacienților.

1.3. Realități psihologice determinate de maladiile respiratorii cronice la copil

Prima necesitate a unui nou-născut când este despărțit de corpul mamei sale este respirația. Primul țipăt care anunță sfârșitul stării de apnee existentă înaintea nașterii reprezintă de asemenea prima expresie de viață independentă a copilului. Echivalarea respirației cu autonomia este indiscutabil înscrisă în corp. Se știe, că respirația este o funcție bine controlată de sistemul nervos central și există o strânsă legătură între emoție și modificările respiratorii. Respirația este sediul a numeroase expresii psihosomatice, este un proces vital, cu semnificații simbolice afective. Ea permite exteriorizarea viscerală a conflictelor psihice, a tensiunilor nervoase, a stărilor de anxietate, neliniște, fobie. Râsul, plânsul, țipătul sunt expresii emoționale, iar hipoventilația și hiperventilația sunt răspunsuri respiratorii față de anxietate, apatie, euforie sau depresie. De exemplu, factorii psihoemoționali acționează prin intermediul sistemului nervos autonom asupra reactivității bronhice, fiind elementul major în etiologia unui astm sever. Deci, actul respirator este un proces spontan, care este controlat de către sistemul nervos central, însă există și unele calități ce pot fi executate conștient: profunzimea, ritmicitatea, durata, tipul etc.

Astfel, respirația reprezintă un mijloc de exprimare, de reflectare a proceselor emoționale, dezvoltându-le mai bine decât orice altă funcție vegetativă: persoanele anxioase prezintă respirație superficială și neregulată, tristețea micșorează profunzimea respirației etc. Prin urmare, respirația este nu numai o funcție fiziologică, realizată și reglementată în dependență de necesitățile vitale ale organismului, ci și o însușire fundamentală a propriului Eu, menținând echilibrul între individ și ambianță [67, 106].

Că respirația este legată cu exprimarea proprie este de asemenea un fapt sugerat de vorba „a răsufla în voie”, care este foarte naturală în limbajul nostru. De exemplu, Shakespeare, în mod evident, era conștient de aceste corelații, deoarece în „Macbeth” i se cere doctorului dacă poate să „șteargă tulburările înscrise ale creierului și ... să curețe pieptul încărcat” al pacientului [159, p. 703].

Condiția de maladie cronică înseamnă o alterare a stării de sănătate pe o bază biologică, anatomică sau fiziologică, care să aibă o durată de cel puțin un an și să conducă la sechele pe termen lung. Dezvoltarea copilului în condițiile unei maladii cronice grave influențează și formarea personalității sale. Conceptului de Eu, la copiii bolnavi, îi corespunde o imagine negativă, în spatele căruia se ascunde propria respingere, nemulțumirea față de aspectul lor, stima de sine scăzută [apud 159].

Maladia denaturează ritmul activităților de bază ale copilului. Distorsionările din timpul jocului, fac posibilă concentrarea dificilă a copilului în propria sa lume interioară, împiedică procesul de experimentare a bolii sale și depășirea ei din punct de vedere psihologic. Starea gravă de sănătate, limitarea capacității de mișcare și acțiune, perioadele grele și lungi de tratament contribuie la dezvoltarea anxietății, instabilității emoționale, tulburărilor de somn, reacții depresive și regresive. Copiii nu simt necesitatea de sprijin reciproc, ei aproape că nu se joacă împreună, stau departe unul de altul. Jocurile de cooperare și de divertisment nu le aduc bucurii și satisfacții [apud 159].

Datele clinice și empirice arată că majoritatea copiilor bolnavi cronici și aparținătorii acestora se confruntă cu aceleași probleme indiferent de diagnosticul exact. Copilul spre deosebire de adult nu are noțiunea că ar putea să moară, dar la fel ca și majoritatea adulților nu are nici gânduri legate de starea de sănătate. Starea de sănătate tindem să o luăm ca pe un dat, ceva natural și firesc, până în momentul pierderii acesteia. De obicei, apreciem ceea ce am avut în momentul în care am pierdut acel obiect sau persoană; tot astfel se întâmplă și cu sănătatea. Reacția umană, firească este că tindem să ne preocupăm de grijile și problemele cotidiene,

frecvent banale în defavoarea celor cu adevărat importante, ignorând aspecte legate de sănătate și de un stil de viață sănătos.

În cazul afecțiunilor cronice ale aparatului respirator apar modificări psihologice deosebite. Cercetările evidențiază legătura strânsă dintre tuberculoza pulmonară și viața afectivă [24, 43, 62, 78, 177]. Frecvent, tuberculoza apare legată de diferite traume psihice (de exemplu: pierderea persoanei apropiate etc.). Încă din secolul XIV Laennec [67] lega apariția tuberculozei de „pasiunile triste” și tot în această perioadă se făcea legătura dintre melancolie și tuberculoză. Și în psihosomatica modernă se consideră importantă durata mare a stărilor emoționale profunde, deoarece semnificația patogenă a unor traume emoționale nu este suficientă pentru a explica producerea unor boli cronice. Declanșarea maladiei este influențată de: încordarea și conflictul de durată în mod permanent, dezamăgiri, frica permanentă etc. Stern, citat de Huebschmann [apud 67], demonstra convingător că maladia constituie echivalentul unei decizii vitale. Acest material sugerează că pacientul se vindecă atunci când decizia este luată din exterior, decizia interioară în favoarea bolii devenind în acest caz inutilă. Acești bolnavi au adesea o atitudine pasivă și chiar depresivă față de existență, o ușurință de exprimare corporală, teatralism, dramatizare, uneori mergând până la atitudini isterice, tendințe de autodistrugere. La bolnavii care se cronicizează, Benoit observă o serie de maniere de a favoriza evoluția maladiei (refuzul tratamentului, nerespectarea dietei etc.). Uneori maniera autodestructivă se manifestă prin alcoolism sau prin diferite tulburări de comportament. După Jung și col. [18, 24], în tuberculoză apar tulburări ale afectivității de fond sau se descoperă anumite trăsături de personalitate. Porot observă și el [apud 18, 24] că bolnavii cu tuberculoză sunt personalități sensibile, lucru subliniat mai ales prin marea lor reactivitate la traumele psihice. Instabilitatea emoțională, irascibilitatea, impulsivitatea, agitația, descoperirea fondului caracterial, dar și apariția de trăsături dobândite în cursul bolii sunt foarte frecvente la acești bolnavi. Ei devin impresionabili, susceptibili, nemulțumiți, prezintă o îngustare a cercului de interese, au o sociabilitate redusă, sunt nehotărâți. Alexander [122, 202] considera tuberculoza pulmonară drept o boală psihosomatică, deoarece imunitatea și rezistența organismului ar depinde de factorii emoționali.

În ciuda etiologiei sale, astmul este o maladie discutată psihosomatic și în continuă cercetare [11, 12, 13, 19, 71, 83, 88, 96, 97, 146, 179, 203, 204, 205, 206, 208, 214]. Astmul bronșic este o tulburare a respirației și se poate ivi la orice vârstă. Deosebit de afectați sunt copiii până la 10 ani. Datorită multiplelor forme de astm, afecțiunea este frecvent considerată ca fiind „ultima etapă somatică” a diferiților factori organici și funcționali mai degrabă decât constituind un tablou clinic uniform. Astmul bronșic este caracterizat prin prezența unui sindrom respirator

paroxistic (dispnee) și prezența unor tulburări interparoxistice. Importanța factorilor psihici în geneza astmului este o observație veche și frecventă. Una din caracteristicile astmului bronșic pare a fi condiționarea. Unii autori subliniază faptul că o criză astmatică poate apărea în afara alergenului (de exemplu la prezentarea lui sub forma unui desen) sau la o anumită oră, aceasta dovedind importanța condiționării în criza astmatică. Emoțiile pot juca un rol important în declanșarea crizei, descriindu-se și un „astm isteric”, iar motivul poate fi căutat în copilărie. Criza astmatică este adesea considerată ca echivalentul plânsului reprimat. Von Weizsacker [159, p. 703] compară criza cu țipătul și plânsetul unui copil în cazul pierderii sentimentului de securitate; autorul vede criza ca pe o „scenă de lacrimi jucată de plămâni”. Legătura țipăt - respirație simbolizează legătura mamă-copil, iar frustrațiile generează mânie și anxietate. Relația alterată față de mamă, la începutul vieții, generează un conflict între „dorința de tandrețe” pe de o parte și „teama de tandrețe” pe de altă parte [apud 159, p. 703]. Von Weizsacker și Fuchs văd o corelație între funcția respiratorie tulburată și capacitatea alterată a pacientului de „a da și a lua”. Fuchs [159] a atribuit această stare unui gen de teamă care s-a transformat în tactici defensive agresive și unei tensiuni care a degenerat în tendința de acaparare impulsivă. Acesta este tipul de expresie comportamentală care „se coace” în timpul unei crize de astm, pierzându-se orice simț normal de autocontrol. Conflictele în acest aspect de „a da și a lua” al problemei au fost de asemenea descrise de Marty [67, 159], care a observat că în cazurile severe de alergii, bolnavii au tendința de a se identifica cu acele persoane ce se confruntă cu ei în mod direct și să se „contopească” cu ele. Personalitatea astmaticului se poate caracteriza prin iritabilitate, logoree, lipsă de încredere, anxietate, dependență maternă etc. În acest context criza poate fi considerată ca un protest simbolic contrar separării de mamă și dorința restabilirii acestor relații prin țipăt [apud 67, 159]. De asemenea, astmaticii pot prezenta hipersensibilitate afectivă, nevoia de afecțiune și agresivitate neexteriorizată; ei resimt dificultate în a se elibera de contradicțiile pulsionale, iar în situații de frustrare prezintă inhibiție a manifestărilor emoționale datorită sentimentului de insecuritate. Astmaticul reprezintă sediul convergenței elementelor alergice, umorale, emoționale. Anxietatea și emotivitatea produc astfel tulburări, dereglări ventilatorii și secretorii. Conflictul afectiv blocat în interiorul personalității – datorită frustrațiilor – duce la o creștere a tensiunii nervoase.

În bronșitele cronice, influențele somatopsihice țin de starea febrilă sau infecțioasă, cât și de reacția encefalului în cadrul infecției. Un simptom frecvent este anxietatea și unele idei delirante cu elemente psihotice. Vorbind într-un sens mai larg, aproape toate bolile se pot încadra

în mecanismul psihosomatic, deoarece nu există maladie în care psihicul să nu influențeze sau să nu fie influențat [apud 67, 159].

Printre caracteristicile sferei emoționale a copiilor bolnavi se numără anxietatea evidențiată (atât situativă cât și cea stabilă), fiindu-i specifică neîncrederea în forțele proprii, frică, neliniște, lipsa autonomiei și dependența de opiniile altora. Totuși se subliniază și unele momente paradoxale - de exemplu, din punct de vedere emoțional se înregistrează o autoevaluare negativă, dar adecvată, a stării sale, conștientizarea autoaprecierii chiar ușor exagerată.

Copiii bolnavi de vârstă școlară mică manifestă o autoapreciere plină de contradicții profunde, și, conflictele, a cărei sursă este, de obicei mama, deseori nu se ridică la nivelul așteptărilor materne. Copiii din această categorie de vârstă își atribuie negativ emoțiile (durere, frică, tristețe, mânie). În elaborarea povestirilor după imagini, cele mai frecvente teme sunt temele legate de singurătate, sentimente de teamă, agresivitate față de membrii adulți din familie [27, 128, 151, 171, 177].

Atitudinile față de mame au de multe ori, dar nu în cazurile grave ale bolilor, un caracter ambiguu și contradictoriu. Majoritatea copiilor bolnavi nu se simt apropiați emoțional de mama, și chiar, dimpotrivă, simt înstrăinare, un gen de indiferență emoțională. În același timp, copiii recunosc importanța mamei pentru ei însuși și atitudinea generală față de aceasta rămâne extrem de pozitivă. Relația unui copil grav bolnav cu mama sa, este marcată de dominanță emoțională, chiar sufocare, care îl privează pe copil de dezvoltarea sa autonomă.

În unele cazuri se înregistrează „excluderea” tatălui din viața copiilor bolnavi, mai ales dacă tatăl inițial nu a profitat de implicarea emoțională în educația copilului. În așa situații au loc schimbări în reprezentările copilului bolnav despre valoarea familiei, poziția membrilor ei. La copiii sănătoși, de regulă, importanța membrilor familiei este organizată după cum urmează: copilul - mama sa - tatăl său, la copiii bolnavi: tata - mama sa - copilul, iar tatăl său este mutat în domeniul fanteziei, împuternicit cu calități pozitive speciale [7, 23].

Începând, aproximativ, de la vârsta de nouă ani, copiii conștientizează că recuperarea din boală depinde de tratamentele efectuate. Deaceia, copiii mai mici, respectă întru totul dieta, regimul și necesitatea respectării igienei, stabilite de către părinți. Copiii mai mari, în plus față de dietă, respectarea normelor de igienă, primirea regulată a medicamentelor, o importanță atribuie și stării sufletești, dispoziției bune, de asemenea sunt siguri de necesitatea de „a nu repeta greșelile din trecut”. Însă, majoritatea copiilor, nu au nici o idee despre cum ar putea contribui la propria recuperare. Copiii mai mici cred că regimul de pat – este una dintre condiții pentru

recuperare. Mulți copii, însă, percep tratamentul ca o pedeapsă sau ca ceva ostil. Majoritatea pacienților mici primesc informațiile inițiale despre caracteristicile bolii sale, necesitatea și regularitatea tratamentelor, alimentația corectă, posibilele consecințe ale nerespectării tratamentului numai de la medici.

Multe lucrări ale psihologilor ruși [132, 135, 140, 145, 146, 179], sunt dedicate studiului caracteristicilor psihologice ale copiilor care suferă de astm bronșic. Printre cele mai frecvente abateri sau observat următoarele: la copii de 5-6 ani este afectată memoria sub forma modificărilor în selectivitatea și restricționarea volumului; slaba coordonare a mișcărilor, erori în identificarea de imagini, din cauza funcționalității insuficiente a structurilor mediane a creierului și părții anterioare a emisferei drepte. La copiii cu vârsta cuprinsă între 7-9 ani au probleme de memorie și slaba coordonare, crește proporția de erori în zona emisferică stângă. La vârste mai mari, la copiii cu astm sunt marcate, de asemenea, tulburări de memorie (auditive, verbale și vizuale); dificultăți în abilitățile motorii automatizate, din cauza perturbărilor structurii mijlocii ale creierului.

Cei mai mulți copii cu maladii respiratorii cronice, înregistrează modificări semnificative în modul de funcționare a SNC, manifestat în principal în sindromul astenic, tulburări de somn, tulburări de memorie, tulburări de coordonare. Amploarea acestor tulburări depinde de severitatea maladiei. Se presupune, că există o corelație directă între încălcarea hemodinamicii cerebrale (alimentarea cu sânge a creierului) și natura încălcărilor proceselor cognitive la copiii cu aceste maladii. În stare de remisiune este îmbunătățit fluxul sanguin cerebral, ceea ce duce la o scădere în frecvența și severitatea simptomelor neurologice, la recuperarea proceselor cognitive și îmbunătățirea performanțelor intelectuale [156].

Relevante sunt și unele caracteristici specifice ale acestor copii: timiditate, neîncredere în sine, dependența de alte persoane (în special mame), sugestibilitate, nivelul ridicat de anxietate. Mamele copiilor bolnavi cronici tind să dezvolte o relație de hiperprotecție cu copilul bolnav, având cerințe sociale reduse la minim, credința că el (copilul bolnav) nu se poate descurca fără ea. Această poziție a mamei este factorul cel mai patogen în constituirea la copil a stării de stres, această poziție este asociată cu nervozitatea și anxietatea crescută a mamei [132, 135, 140, 145, 146, 179].

După cum a fost menționat anterior, boala cronică induce atât reacții nespecifice (nivel înalt al anxietății, vină, stări emoționale negative, etc.), precum și reacții specifice unei anumite boli (sindrom astenic, dificultăți respiratorii etc.), care, afectează calitatea aspectelor personale și sociale de adaptare a copiilor cu boli cronice.

În momentul aflării unui diagnostic de boală cronică la copil, viața părintelui va fi complet bulversată. Viața întregii familii se va schimba radical. Responsabilitatea cauzează stres emoțional care afectează întreaga familie. Reacția firească la aflarea unui asemenea diagnostic devastator este supraprotejarea copilului, care în timp poate fi chiar în defavoarea acestuia și să ducă la gelozie între frați, iar sănătatea psihologică a părinților poate fi, de asemenea, afectată.

Adeseori această îngrijire merge până la ignorarea propriilor nevoi, neglijarea serviciului, a relației de cuplu, a celorlalți copii. Gelozia și frustrarea poate apărea la parteneri sau la ceilalți copii ducând la aceștia din urmă la tulburări de comportament.

Părinții pot primi diagnosticul în diverse modalități: doar unul dintre părinți își asumă rolul de îngrijire al copilului bolnav, poate chiar cu sacrificarea serviciului, dar cu siguranță cu sacrificarea întregului stil de viață anterior, scăderea atenției - uneori până la neglijarea celorlalte îndatoriri - legate de partener, de ceilalți copii, de rolul social. Sunt și situații în care părinții partajează rolul de îngrijire a copilului – o variantă mult mai bună, care îi face pe amândoi să înțeleagă nevoile acestuia mai bine, le creează condiții bune de comunicare în cuplu, inclusiv pe acest subiect, exclude posibilele frustrări ale părintelui care s-ar ocupa singur de îngrijirea copilului. Oboseala va fi însă omniprezentă și schimbarea radicală în relația de cuplu trebuie privită cu toată seriozitatea.

Imediat după comunicarea diagnosticului părinților, aceștia au de parcurs o serie de etape: înțelegerea și acceptarea acestuia, acumularea de cunoștințe extrem de vaste despre ce înseamnă boala, ce implicații are ea, la ce riscuri este expus copilul pe termen scurt și lung. O informare corectă cu privire la complexitatea bolii, modalitățile de abordare posibile, implicările medicale și psihologice, complicațiile și consecințele trebuie să reprezinte priorități imediate după stabilirea diagnosticului. Părinții trebuie să aibă posibilitatea să își recapete încrederea în ei înșiși și să poată face față stresului și suprasolicitării, în caz contrar, ar putea fi deficitară chiar îngrijirea acordată copilului.

Când părinții se simt depășiți de situație, ei pot deveni furioși, frustrați, să reacționeze inadecvat, să pună accent doar pe nevoile medicale ale copilului, ignorându-le pe cele psihologice. Părinții de multe ori nu realizează că au nevoie de asistență și suport psihologic, iar unii dintre ei chiar dacă resimt această nevoie nu vor să o recunoască. Ei consideră că a recunoaște această nevoie ar însemna că sunt slabi, în contextul în care copilul lor este cel bolnav, cel care suferă. Părinții nu pot concepe cum ar putea fi ei cei care au nevoie de suport. Ei se simt responsabili să acorde acest suport copilului lor, neglijându-se pe sine.

Părinții trebuie să facă față temerii de a nu se adapta situației și sentimentului de vinovăție cu care mulți dintre ei se confruntă, fie că se consideră vinovați pentru transmiterea bolii, fie pentru că ajung să considere că au făcut o greșală în îngrijirea copilului. Vinovăția este foarte frecvent resimțită de părinți imediat după aflarea diagnosticului [4, 14, 54, 63].

Realitatea vieții cotidiene se va schimba radical odată cu diagnosticul. Prioritățile se vor schimba, sănătatea va trece pe primul plan, rutina zilnică se schimbă. La această realitate participă bolnavul și aparținătorii, în cazul copiilor părinții, de obicei mama, ei fiind chiar indispensabili în îngrijire.

Riscul la copiii sănătoși din familie este ca ei să se simtă marginalizați, excluși și pentru a atrage atenția ajung la tulburări de comportament; este important de reținut că nevoile lor afective rămân aceleași și după diagnosticarea bolii cronice la un frate sau o soră și că atitudinea cea mai potrivită este discutarea schimbării apărute în familie, includerea fraților în abordarea bolii, explicarea - la nivelul adecvat vârstei lor - semnificației acesteia. Este utilă implicarea celorlalți copii în managementul bolii, ceea ce i-ar face să se simtă utili, responsabili, implicați și chiar i-ar putea ajuta pe părinți degrevându-i de anumite sarcini mai ușoare.

Părinții trebuie să învețe să accepte și să trăiască cu această nouă realitate care nu este trecătoare și să încerce să aibă și o viață a lor: să iasă din casă împreună, lăsând copilul în îngrijirea altcuiva pentru câteva ore, să își mențină cercul de prieteni și rețeaua de suport social, să continue serviciul eventual adaptându-și programul etc.

În marea majoritate a cazurilor îmbolnăvirea copilului, este trăită de către părinți cu maximă intensitate. La formarea atitudinilor părintești față de îmbolnăvirea copilului contribuie următorii factori: nivelul scăzut al propriei sănătăți, astfel, părinții, transferând grijile vizavi de propria sănătate asupra copilului; vehicularea în societate a informațiilor despre consecințele bolilor grave, în urma cărora părinții își dublează grijile și neliniștile pentru copil, adoptând o atitudine de hiperprotecție; nivelul de cunoaștere sau necunoaștere a manifestării bolii sau, în general, a manifestării bolilor copilărești. În dependență de acești factori, unii părinți singuri decid să-și trateze copilul, alții „corectează” indicațiile medicului, o bună parte sunt mereu în căutarea specialistului perfect, purtând pur și simplu copilul de la un specialist la altul. Toate aceste manifestări sunt în concordanță cu manifestarea caracteristicilor individuale psihologice ale părinților. Astfel, părinții anxioși, concentrați asupra stării de sănătate, creează o atmosferă de teamă, nesiguranță, așteptând agravarea bolii și rezultate ineficiente ale tratamentelor. În alte cazuri, părinții manifestă o stare de egoism, demonstrativitate, folosind boala copilului pentru a

atrage atenția asupra lor. Părinții aroganți, foarte încrezători în abilitățile și capacitățile lor, de obicei, nu acordă suficientă atenție copilului în timpul bolii sale, cât și în general [199].

Copiii, care n-au beneficiat de atenție până la îmbolnăvire, de obicei și în timpul bolii nu beneficiază de multă atenție din partea părinților, și doar unii părinți își restructurează propriile atitudini și creează toate condițiile necesare pentru copilul bolnav [apud 199].

În familiile, în care copilul a fost, înainte de boală, înconjurat de prea multă atenție, crește anxietatea, îngrijorarea, părinții încearcă să satisfacă fiecare dorință a copilului, paradoxal, cum pare la prima vedere, dar această atitudine are consecințe negative.

La formarea atitudinilor părinților față de boala copilului, uneori, influențează relațiile lor cu personalul medical. Respectul pentru medici și toate indicațiile prescrise, creează o atmosferă de încredere și speranță în rezultatul favorabil al decurgerii bolii. Această încredere se transmite și copilului, îmbunătățindu-se dispoziția și starea sa generală [72, 118, 199].

Formarea atitudinilor mamelor cu copii bolnavi, de cele mai dese ori este condiționată de propriile trăsături de personalitate, decât de boala copilului. Astfel, mamele pot fi caracterizate prin: prezența unui nivel înalt de anxietate, atitudini negative față de sine, sentimente de vinovăție și dominarea emoțiilor negative. În consecință are loc formarea unui stereotip al copilului bolnav: respingerea emoțională inconștientă a copilului, combinată cu controlul autoritar al vieții fizice și psihice a copilului și cu tendințe de hiperprotecție. Ca urmare, copilul devine dependent de mamă, manifestând sentimente de vinovăție, neputință și furie [133].

Mamele copiilor bolnavi cronici, cărora le este caracteristic un stil de educație infantil sau de respingere (atunci când copilul este respins emoțional), deseori, subapreciază copilul. La nivelul conștient, această relație este mascată. Mamele simt un sentiment de vinovăție, de multe ori lăsând responsabilitatea pe altcineva, de cele mai deseori pe seama medicilor. Această atitudine față de medici se transmite și copilului, devenind dominantă. Astfel, copilul respinge orice relație emoțională cu medicul, nedorind să coopereze, fiind convins de eșecul tratamentului [133, 137, 145, 147, 151, 157].

Majoritatea părinților își fac griji pentru viitorul copiilor lor, cred că copiii lor vor fi marcați pe parcursul întregii vieți de maladiile suferite, de sechelele tratamentelor etc., și doar foarte puțini părinți nu văd nici o problemă de viitor pentru copiii lor bolnavi.

În foarte multe cercetări [apud 133, 137, 145, 147, 151, 157] este evidențiat faptul că o maladie cronică, mai ales dacă este gravă, influențează relațiile dintre soți, dar și dintre ceilalți membri ai familiei. Astfel, în familiile în care până la boala copilului relațiile dintre părinți erau evaluate ca bune, după apariția bolii, nu a fost înregistrate divorțuri; în relațiile satisfăcătoare –

după apariția bolii au fost înregistrate 10,7% de divorțuri; în relațiile instabile - 75% din divorțuri. De asemenea în familiile cu copii bolnavi, mai ales forme grave, părinții sunt nevoiți să-și schimbe locul de muncă (22,8% dintre mame și 4,4% din tați). Atât părinții cât și rudele adoptă un comportament hiperprotector față de copil, lipsa criticilor și a interdicțiilor față de copilul bolnav, fiindu-i permis totul.

Astfel, boala cronică, dar mai ales cea gravă (ca de exemplu mucoviscidoza) are un impact persistent și pe termen lung asupra părinților copiilor bolnavi. Predomină sentimentul de vină, sentimentul de pierdere, în ciuda supraviețuirii copilului. Stare de incertitudine, ambiguitate, singurătate – sunt problemele cel mai frecvent raportate de către părinții acestor copii. Probleme elucidate în studiile realizate de către B. В. Николаева, Г. А. Арина 1994, А. Нестеров 1988, А. Е. Kazak, Barakat L. P., în anul 1997, Kupst M. J., Natta M. B., în 1995, Sawyer M. G., Neck M., C. Haskell, 1998; Van Dongen Melman, J. E. Pruyn, 1995.

În faza inițială a bolii, părinții copiilor bolnavi percep spitalul ca pe-o speranță, cred în puterea medicilor, nu conștientizează, sau nu acceptă severitatea bolii în momentul confirmării diagnosticului. Având în vedere rata de supraviețuire tot mai mare la pacienții cu boli grave, de multe ori unele recidive pot fi percepute ca o confirmare a gravității bolii și amenințării cu moartea. Acest lucru provoacă deziluzii. Ca consecință poate apărea refuzul tratamentului, cauzat de oboseală și disperarea atât a copilului cât și a părinților, uneori chiar o reevaluare tragică a situației: copilul și părinții săi percep moartea ca o eliberare din suferința lungă [176, 177, 186, 189].

Se atestă un nivel înalt de anxietate al părinților și în timpul tratamentului copilului în spital. Cercetări realizate de către M. Streisand, Catania L., Kazak A. E., 2001; Dalilquist L. M., Czyzewsky D. I., Jones C. L., 1996; Kazak A. E., Barakat L. P., 1997; Manne S. L., Du Hamel K., Galleli K., 1998; Sawyer M. G., Neck M., Haskell C., 1998, atestă faptul că mamele au nivel mai ridicat de anxietate decât tații, în momentul stabilirii diagnosticului, nivelul ridicat de anxietate în timpul tratamentului poate fi asociat cu nivelul de stres post-traumatic. Deaceia părinții acestor copii necesită suport psihologic, din momentul stabilirii diagnosticului, în timpul primelor zile de spitalizare, cât și după externarea copilului la domiciliu.

Observarea comportamentului părinților pe parcursul tratamentului copilului au evidențiat următoarele: prevalarea stilului activ/optimist de comportament, care se axează pe rezolvarea de probleme, combinate cu credința în Dumnezeu. Pentru adaptarea cu succes a părinților la boala copilului este foarte importantă menținerea legăturilor cu toți membrii familiei [186, 189].

Gradul de adaptare a părinților la boala copilului este legată de ajutorul social și nivelul de stres experimentat de către părinți [105]. Se pot identifica o varietate de strategii de coping la boală. În unele studii se atestă: - strategia de acceptare a situației, strategia de evitare, o strategie pentru a găsi informații cât mai noi și diverse, strategie religioasă, strategie de căutare a suportului social. Alți cercetători au divizat atitudinile părinților în următoarele tipuri: 1 - optimist (bazându-se pe controlul predictiv); 2 - speranța în medici (indirectă de control); 3 - se bazează pe noroc sau întâmplării norocoase (controlul iluzoriu), 4 - primirea, preluarea de informații (de control interpretativ).

Nivelul de adaptare al părinților la boala copilului, de cele mai multe ori, este determinat de mai mulți factori. Mamele sunt influențate de propriul nivel de depresie, severitatea bolii copilului și relațiile intrafamiliale. Tații sunt influențați de următorii factori: probleme la serviciu (boala copilului distrage de la domeniul principal de activitate), precum și numărul de internări a copilului. Tații folosesc adesea strategii active de adaptare, iar mamele caută strategii de adaptare pasive (dorința de a găsi sprijin social). S-a constatat că alegerea diferitelor strategii de adaptare într-un cuplu căsătorit este asociat cu nivelul stresului părinților la momentul stabilirii diagnosticului. Strategiile de adaptare cel mai adesea coincid, se suprapun la ambii părinți în familiile religioase. Părinții care n-au folosit strategii extreme, sau adaptat mai bine la situația de boală a copilului. Calitatea vieții copilului, este legată nemijlocit de calitatea de adaptare a părinților la situația de boală. Lipsa așteptărilor pozitive și a atitudinilor în timpul tratamentului este influențată de către emoțiile negative atât a mamelor cât și a taților. Mamele a căror copii au avut recidive, sunt dominate de sentimente de neajutorare și de incertitudine. Astfel, nivelul de stres trăit de către mamele copiilor bolnavi la momentul stabilirii diagnosticului, influențează adaptarea psihosocială ulterioară a copiilor [103, 104].

După finalizarea tratamentului, părinții, în continuare, manifestă o varietate de dificultăți psihologice. Riscul de apariție a problemelor psihologice crește în următoarele situații: frica de a deveni mamă din nou, scăderea statutului socio-economic, lipsa credinței în Dumnezeu, boli cronice la alți membri ai familiei etc. Procesul de tratament, în sine, nu are nici un efect semnificativ asupra acestor probleme, dar, în cazul în care tratamentul duce la complicații tardive la copil, există o accentuare semnificativă a acestor probleme psihologice ale părinților. Astfel, părinții copiilor cu maladii cronice manifestă diverse probleme psihologice cu un nivel înalt de anxietate în momentul stabilirii diagnosticului, pe parcursul tratamentului, pe întreaga perioadă de spitalizare, cât și după revenirea acasă a copilului. Toate aceste dificultăți psihologice ale

părinților au un impact negativ asupra comportamentului copilului pe durata aflării în spital, cât și la adaptarea psihosocială a copiilor după finisarea tratamentului.

Alegerea, în familie, a unei strategii comune, permite adaptarea cu succes a tuturor membrilor familiei la boală gravă a copilului. Părinții copiilor cu maladii cronice grave au nevoie de ajutor psihologic și sprijin în timpul stabilirii diagnosticului, pe parcursul tratamentului în spital, cât și după tratament.

De aceea, a trăi cu o boală cronică presupune un stres imens, atât pentru bolnav, cât și pentru familia lui. Sănătatea fizică și cea psihică sunt interdependente, iar aspectele psihologice nu trebuie neglijate. Or, strategiile de adaptare ale bolnavului și ale familiei sale la boală, complianța/non-complianța la tratament, precum și situațiile particulare de stres sunt principalele coordonate psihologice de care trebuie să ținem cont într-o analiză a evoluției în timp a bolnavului cu MRC. De obicei, copiii cu MRC nu beneficiază de o protecție specială în școală, ca cei cu alte tipuri de afecțiuni. Ei sunt încadrați alături de copiii sănătoși în școlile generale.

O afecțiune cronică este percepută diferit în raport cu vârsta pe care o are copilul. Copilul mic, cu afecțiune cronică, are o imagine superficială în ceea ce privește cauza bolii, el acceptă tratamentul cu supunere considerând că i-a fost aplicat în scop punitiv, pentru comportamentul lui necorespunzător. Pe școlar o afecțiune cronică îl afectează din mai multe puncte de vedere. El resimte o intoleranță din partea anturajului de aceeași vârstă cu el (colegi, prieteni). Intoleranța îi induce o anumită sensibilitate, el sesizează adesea comparațiile făcute între el și grupul de copii sănătoși, din care face parte. Alteori, el nu este acceptat de colectivul colegilor lui, ajungând un solitar. Ostilitatea colegilor îi alterează uneori propria-i imagine, accentuând și mai mult diferența dintre ei. Unii copii cu afecțiuni cronice obolesc ușor, alții au episoade dureroase frecvente sau urmează tratamente zilnice. Toate aceste condiții îl fac pe copil iritabil sau neatent. Repetatele insuccese îl fac să devină anxios și descurajat, pentru alte motive decât boala în sine.

Din cauza bolii cronice existente, și care poate duce la absenteism cronic, unii copii nu au un randament optim la învățătură, trăind într-un stres permanent. Absenteismul se datorează fie proceselor de exacerbare a bolii și spitalizărilor repetate, fie tratamentelor prelungite. Copiii cu boli organice cronice au, în general, o dezvoltare intelectuală normală, iar falsa întârziere în achiziționarea cunoștințelor predate este o consecință a bolii, nu ține intrinsec de boală.

În perioada pubertară, la copiii cu boli cronice, pe lângă criza realizată de creșterea exagerată și cristalizarea personalității, apar profunde tulburări endocrine care-i determină să devină rebeli și să saboteze actele medicale [10, 25, 45, 75, 90, 93, 94, 95].

Indiferent despre ce afecțiune este vorba sau de situația lui școlară, comportamentul celor din jurul copilului cu boli cronice trebuie să fie firesc, fără atitudini compătimitoare; inițiativele lui trebuie stimulate, va fi încurajat să-și cunoască afecțiunea, să-și urmărească singur tratamentul, să fie capabil să se păzească de eventualele complicații ale bolii. Pentru aceasta el are nevoie să i se explice absolut tot despre boala lui. Profesorii trebuie să aibă o atitudine corectă față de copilul cu boli cronice. În școală copilul nu trebuie să trăiască o experiență negativă, frustrantă privind incapacitatea sa de adaptarea școlară. Evaluarea nerealistă, de către profesori și familie, a posibilităților lui, are efecte negative. Unii dintre profesori se arată mai puțin exigenți față de copiii cu boli cronice, pretind mai puține teme și-l supraestimează la note. Aceasta scade imaginea pozitivă pe care copilul o are despre competențele sale. Pentru a nu rămâne un complexat, copilul trebuie stimulat să-și dezvolte alte calități decât performanțele fizice pe care le au colegii lui. În acest fel, el poate contribui creator la întregirea grupului din care face parte, putând să i se stimuleze alte valori cum ar fi: pictura, muzica, etc., calități care-i pot suplini insuccesele lui sportive, de exemplu.

Boala cronică afectează, pe lângă deficiența unui anumit organ, și psihicul copilului prin durata ei și prin complexe de inferioritate pe care i le creează, în raport cu grupul de copii sănătoși de aceeași vârstă. În general, afecțiunile cronice cresc mult dificultățile pe care le are de învins copilul bolnav în vederea obținerii unui progres optim școlar. Afecțiunea cronică pe care o au, îi împiedică să aibă, întotdeauna, același randament școlar ca și colegii lor.

De altfel, tendința în întreaga lume este ca copiii cu orice tip de afecțiune cronică invalidantă, să învețe împreună cu colegii lor în școlile generale. Pentru ca boala să nu fie un mare impediment în școlarizarea elevilor suferinzi, profesorii, psihologul și dirigintele, în special, dar și părinții trebuie să cunoască o serie de particularități ale vieții de zi cu zi a acestor copii și de care trebuie să țină cont permanent [15, 16, 22, 27, 87].

Cunoașterea afecțiunii pe care o are copilul este importantă și pentru ca alegerea profesională să fie corectă și să fie integrat într-o structură pe care o consideră acceptabilă, într-un anumit moment optim, în așa fel încât să se simtă asimilat perfect în comunitatea în care trăiește, fără ca aceasta să-i ceară un efort, care i-ar depăși posibilitățile personale.

Importantă este pregătirea copiilor pentru viața în societate precum și dorința comună a celor cu afecțiuni cronice și a celor sănătoși de a trăi și învăța împreună. Aceasta presupune o cunoaștere mutuală a copiilor sănătoși, precum și a celor cu afecțiuni cronice, o recunoaștere mutuală a limitelor și posibilităților lor, implicațiile profesionale și sociale pe care le au în propria-i viață.

1.4. Concluzii la capitolul 1

În rezultatul studierii literaturii de specialitate, a cercetărilor psihologilor vizavi de schimbările psihologice induse de maladiile cronice, conchidem următoarele particularități:

1. Importanța conceptului de „situația socială de dezvoltare”, este dată de faptul că determină în totalitate, modul în care copilul dobândește noi particularități ale personalității, modelându-le din realitatea socială, ca o sursă majoră de dezvoltare. Maladia cronică, în mod esențial, influențează întreaga „situație socială de dezvoltare” prin: schimbarea posibilităților în efectuarea activităților; limitarea relațiilor cu oamenii din mediul înconjurător, deseori din motive subiective sau obiective limitarea activităților în general; schimbarea „poziției interne” a bolnavului vizavi de mediul înconjurător.

2. Maladia cronică nu oprește dezvoltarea psihică a copiilor, dar ea, denaturează, agravează și încetinește dinamica acesteia. În forma cronică, dar mai ales, severă a maladiiei, apare o nouă situație de viață, creând condiții deficitare pentru dezvoltarea personalității. Atitudinea copilului față de maladia sa depinde de vârsta, nivelul de dezvoltare intelectuală, trăsături de personalitate, experiențele personale, percepții ale bolii, severitatea bolii, dar de multe ori, este determinată de atitudinea părinților și altor membri ai familiei despre maladie. Răspunsul la maladie este considerat ca fiind o atitudine integratoare, incluzând componente afective, cognitive, comportamentale și fiziologice, care pot funcționa atât la nivel conștient cât și inconștient.

3. Copilul bolnav, își pierde unul dintre atributele sale fundamentale – starea de sănătate – care îi condiționează o adaptare normală la exigențele mediului. Odată cu perceperea apariției maladiiei, și mai ales în cazurile în care aceasta este de durată sau se exprimă cu brutalitate la nivelul subiectivității individului, acesta anticipează o serie de amenințări la adresa integrității și/sau capacității sale fizice. Maladia cronică servește drept sursă de stres psihic prin următorii factori: situația creată prin apariția, desfășurarea și consecințele bolii, cât și prin suferințele psihice și fizice inerente. Modificările de ordin general, derivate din „situația de bolnav”, țin atât de natura bolii, cât și de particularitățile psihice ale bolnavului. Acestea din urmă privesc tipul de personalitate, situația concretă a individului în momentul declanșării bolii, vârsta de debut a bolii, starea socială și situația financiară a familiei, coeziunea familiei etc. În maladiile cronice sunt puse în funcțiune mecanismele adaptative ale personalității, ceea ce pe lungă durată pot determina modificări persistente și durabile ale personalității bolnavului.

4. Statisticile naționale pun în evidență o plasare pe treapta superioară în incidența maladiilor pediatrice a morbidității prin afecțiuni respiratorii ale copilului. Maladiile respiratorii cronice și recurente, cum ar fi bronșita cronică, bronșita recidivantă și pneumonia cronică, apar relativ frecvent sau persistă lungi perioade de timp, potențialul invalidizant al cărora fiind periculos atât pentru copil, cât și pentru viitorul adult.

Cercetările din domeniu pun în evidență faptul că personalitatea bolnavului se modifică în cursul evoluției clinice a maladiei, aducând aspecte psihologice și conduite noi, în special în plan emoțional-afectiv, cognitiv și relațional. Analiza surselor științifice ce vizează nemijlocit problema schimbărilor de personalitate, induse de o maladie cronică, relevă faptul că domeniul dat este foarte puțin cercetat. Reieșind din această problemă, este important să stabilim care sunt influențele maladiilor respiratorii cronice asupra formării personalității copiilor, aspectele relațiilor sociale și familiale, influențe ce rămân a fi un câmp de cercetare deschis.

Problema investigației științifice rezidă în stabilirea influențelor maladiilor respiratorii cronice asupra formării personalității copilului și a funcționalității sociale, determinarea modalităților de diminuare a influențelor negative ale maladiilor respiratorii cronice în vederea armonizării procesului de dezvoltare a personalității.

Astfel, **scopul cercetării** pe care ne propunem să-l urmărim în următoarele două capitole, constă în identificarea particularităților psihologice și a funcționalității sociale a personalității copilului cu maladii respiratorii cronice și determinarea modalităților de diminuare a influențelor negative în armonizarea procesului de dezvoltare. În acest context, ne-am propus următoarea **ipoteză** generală: dacă vom implementa condiții psihologice bine determinate în procesul tratamentului complex, se va diminua influența negativă a maladiilor respiratorii cronice asupra dezvoltării personalității copiilor bolnavi.

Obiectivele cercetării:

- analiza literaturii de specialitate cu referire la problema particularităților de personalitate în situația maladiilor cronice din perspectivă psihologică;
- determinarea particularităților de personalitate și a preferințelor sociale la copiii cu MRC;
- identificarea particularităților relației părinte-copil în situația copiilor cu MRC;
- stabilirea legăturii dintre trăsăturile de personalitate ale copiilor cu MRC și stilurile de educație în familie.
- proiectarea și promovarea programului de suport psihologic pentru armonizarea dezvoltării personalității în situație de MRC.

2. PARTICULARITĂȚILE PSIHOLOGICE ALE COPILULUI CU MALADII RESPIRATORII CRONICE

2.1. Designul cercetării

În cercetarea particularităților psihologice ale personalității copilului cu MRC am pornit de la faptul că maladia cronică influențează personalitatea copilului, reprezintă pentru organism o intervenție cu importante consecințe pe plan cognitiv, afectiv, relațional și educațional.

După cum s-a menționat și în capitolul anterior, durata mare a maladii cronice face ca mecanismele adaptative ale personalității să fie puse în funcție, ceea ce pe lungă durată poate determina modificări de personalitate. Astfel, la bolnavii cronici simptomele nu se instalează nici brusc și nici nu sunt în mod evident pregnante. Mc. Queen [61] subliniază că în acest cadru ar fi mai util un model bazat pe două etape. În prima etapă ar fi vorba de achiziționarea unui comportament social care predispune la o finalitate psihologică, iar în etapa a doua se înglobează procesele care întrețin aceste paternuri comportamentale după identificarea bolii. Un asemenea model, subliniază autorul, permite conceptualizarea comportamentului social care predispune în unele afecțiuni cronice și diferențiază comportamentul persoanei purtătoare de simptome clinice. Tot în primul capitol am determinat că maladia cronică influențează întreaga „situație socială de dezvoltare” prin: schimbarea posibilităților în efectuarea activităților; limitarea relațiilor cu oamenii din mediul înconjurător, deseori din motive subiective sau obiective limitarea activităților în general; schimbarea „poziției interne” a bolnavului vizavi de mediul înconjurător, funcționarea intropsihică și socială. Funcționarea intropsihică a fiecărui copil poate să rezulte, parțial, și din informațiile care vin de la corp (de ex. de la durere), cât și de la factorii sociali (familie, stresul școlar). Funcționarea socială, are și ea influențe active și variate și dă un pol de referință oricărei abordări. Mai întâi sunt părinții, apoi bunicii - modul lor de a privi copilul și integrarea sa socială, aportul lor la educare și îngrijire, conflictele inter-generaționale, al căror obiect poate fi tocmai „pacientul” nostru. Ulterior este școala - centrul preocupărilor pentru mult timp, desigur este și influența comunității etnice de care copilul aparține, și nu în ultimul rând influența chiar a mediului sau a persoanelor medicale din anturaj, felul cum se poartă în împrejurări chiar ne-medicale etc. În cadrul cercetării noastre, problema dezvoltării personalității copilului și a influenței pe care o exercită atitudinile mediului asupra ei a fost abordată prin prisma teoriei constructivismului social a lui Л. С. Выготский, conform căreia interacțiunile sociale de care beneficiază individul în procesul de dezvoltare îi vor influența personalitatea, psihicul [142]. La începutul fiecărei noi etape de dezvoltare a copilului se creează

„o situație socială de dezvoltare” specifică. Aceasta este o relație absolut specifică, exclusivă, unică și irepetabilă dintre copil și realitatea care îl înconjoară, mai întâi de toate, cea socială și anume această realitate socială reprezintă sursa fundamentală a dezvoltării [apud 142].

Trăsăturile premorbide de personalitate proprii copilului bolnav, contribuie semnificativ la apariția unuia sau altui tip de imagine internă a bolii. Formarea imaginii interne a bolii în copilărie se datorează atât evaluării emoționale, cât și evaluării intelectuale a propriei stări de către copil. Din cauza lipsei de informații sau a informațiilor incorecte despre boală, copilul nu-și poate forma o atitudine critică față de starea sa, nu-și poate fixa atenția pe anumite părți ale corpului, deaceia se formează o imagine distorsionată a bolii. Boala cronică afectează, pe lângă deficiența unui anumit organ, și psihicul copilului prin durata ei și prin complexe de inferioritate pe care i le creează, în raport cu grupul de copii sănătoși de aceeași vârstă. În general, afecțiunile cronice cresc mult dificultățile pe care le are de învins copilul bolnav în vederea obținerii unui progres optim școlar.

De aceea, a trăi cu o maladie cronică presupune un stres imens, atât pentru bolnav, cât și pentru familia lui. Sănătatea fizică și cea psihică sunt interdependente, iar aspectele psihologice nu trebuie neglijate. Or, strategiile de adaptare ale bolnavului și ale familiei sale la boală, complianța/non-complianța la tratament, precum și situațiile particulare de stres sunt principalele coordonate psihologice de care trebuie să ținem cont într-o analiză a evoluției în timp a bolnavului cu maladii respiratorii cronice.

Astfel, în cadrul experimentului de constatare, am avut drept obiective majore: examinarea complexă, a particularităților de personalitate ale copiilor cu maladii respiratorii cronice; determinarea particularităților psihologice generale ale personalității copilului cu MRC; analiza preferințelor lor în cadrul relațiilor interpersonale; analiza relațiilor părinte-copil și a stilului de educație în aceste familii; selectarea unui set metodologic de diagnostic a acestor particularități. Studiul a fost conceput pentru a corespunde realizării obiectivelor propuse. Aceasta a impulsionat cercetarea în direcția determinării aspectelor care nu au fost suficient tratate și reflectate în literatura de specialitate și consemnarea situației existente a particularităților psihice ale personalității copiilor cu maladii respiratorii cronice în perioada actuală.

Experimentul de constatare a inclus următoarele *etape*:

- *prima etapă* a avut ca sarcină selectarea instrumentarului metodic orientat spre studierea particularităților psihologice de dezvoltare a personalității copiilor cu MRC și a stilului de educare în aceste familii, precum și formarea eșantionului de cercetare;

- la *cea de-a a doua etapă* s-au colectat datele experimentale analiza calitativă și cantitativă a cărora a permis determinarea particularităților psihologice ale personalității copilului cu diferite MRC, precum și determinarea stilurilor de educație și cauzele formării acestor stiluri;

- la *cea de-a a treia etapă* a fost realizată analiza datelor experimentale cu referire la particularitățile psihologice ale personalității copiilor participanți la studiu, cu determinarea relației dintre trăsăturile de personalitate ale copiilor cu MRC și stilurile de educație în familie;

- *etapa a patra* a fost caracterizată prin formularea concluziilor în contextul confirmării ipotezei cercetării, urmată de proiectarea programului de suport psihologic și valorificarea condițiilor de armonizare a procesului de dezvoltare a personalității copilului în situație de MRC. La final au fost elaborate recomandări practice pentru părinți, psihologi, medici vizavi de ameliorarea stărilor psihice observate la copiii cu MRC în vederea dezvoltării armonioase a personalității acestora.

Datele experimentale obținute au fost supuse prelucrării, fiind utilizată metoda teoretică ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor, precum și metode de interpretare cantitativă și calitativă cu diferențierea caracteristicilor pentru diferite grupuri experimentale. Dintre *metodele de prelucrare statistică* utilizate fac parte: compararea mediilor prin statistici descriptive, determinarea coeficienților t-student și testul Kruskal-Wallis, stabilirea cotelor procentuale, valorilor medii, analiza de varianță ANOVA, analiza prin regresie multiplă stepwise.

Strategia cercetării s-a bazat pe: a) evaluarea complexă a particularităților de personalitate și a stărilor psihice și b) selectarea tehnicilor de diagnostic necesare în evaluarea ariei investigate. Rezultatele empirice au fost prelucrate cu ajutorul metodelor statistico-matematice, folosind pachetul informatic SPSS, versiunea 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) [26, 59].

Pentru a realiza sarcinile propuse în cadrul demersului diagnostic și pentru a verifica ipotezele înaintate, au fost utilizate următoarele *metode psihodiagnostice*:

1. Interviu semistructurat cu răspunsuri libere care este unul semidirectiv reprezintă una din cele mai utilizate tehnici din cadrul științelor socio-umane, după cum remarcă

F. Nils și B. Nils, fiind apreciat pentru posibilitatea organizării unor discuții semidirective, cu o expunere liberă a celui interviuat pe marginea subiectului pus în discuție. Metoda nominalizată a fost selectată din considerentul că din perspectiva cunoașterii științifice, interviul este un important instrument de culegere a datelor referitoare la experiența de viață a subiecților investigați și, totodată, o formă de interacțiune psihologică și socială cu influență imediată asupra comportamentului actorilor implicați. Este și o modalitate optimă de stabilire a contactului cu subiectul investigat, rolul intervievatorului constând în focalizarea discuției pe tematica prestabilită, prin adresarea întrebărilor adecvate la momentele oportune. Fiind o investigație calitativă, interviul semistrukturat este utilizat la etapa incipientă de culegere a datelor, care precede studiul cantitativ, facilitând stabilirea contactului cu subiecții.

De asemenea, în formularea întrebărilor din interviu, ne-am bazat pe concepția lui B. H. Мясищев [160, 161], conform căreia orice relație semnificativă între individ și mediu, inclusiv aspectele legate de maladie, are trei componente principale: aspectul cognitiv, aspectul emoțional-afectiv și comportamentul (care include aspectele motivaționale și volitive). Itemii interviului elaborat reflectă cunoștințele pacientului despre boala sa, reacțiile emoționale, atitudinile față de anumite aspecte etc. Caracteristicile clinice ale pacienților (durata maladii, mai ales debutul ei, efectul tratamentului și altele) au fost obținute din fișele medicale și interviuri cu medicul curant.

Datele obținute sunt reflectate în mod oficial și au fost introduse în parte teoretică a studiului. Domeniile informaționale studiate de noi pe această cale au fost divizate în următoarele categorii:

- informații ce vizează viața de familie a subiectului cu accentul pe relația dintre părinte și copilul bolnav, care are un impact semnificativ asupra evoluției copilului;
- informații privind implicarea subiectului în viața socială, atitudinea față de propriul statut social, gradul de acceptare de către anturaj;
- date ce relevă atitudinile vizavi de maladia sa, statutul de bolnav, evoluția bolii și efectele tratamentului, precum și planurile de viitor.

Prezentăm în continuare criteriile în baza cărora au fost construite interviurile cu fiecare subiecți care au participat la experiment (Anexa 1):

- *Date personale.*
- *Viața în familie.*
- *Viața socială a copilului.*

- *Atitudinea copilului față de boala sa.*
- *Planuri de viitor.*

2. Chestionarul de personalitate „16 P.F.” (Sixteen Personality Factor Questionnaire), versiunea – C. Chestionarul elaborat de R. Cattell [81, 82, 89, 92, 119, 163], cercetează calități ale personalității, pe care autorul le numește factori constitutivi și dinamici ai personalității (tabelul 2.1). Am utilizat versiunea „C”, care conține 105 itemi. Conform autorului factorii interni, esențiali de personalitate pot fi utilizați pentru a furniza un „profil” al personalității, interpretarea căruia depinde de gradul de accentuare al fiecărui factor, de particularitățile interacțiunii factorilor și de datele normative.

Tabelul 2.1. Factorii constitutivi și dinamici ai personalității, „16 P.F.” (R. Cattell)

	Polul pozitiv	Polul negativ
A	Afectotimie (sociabil)	Sizotimie (rezervat)
B	Nivel ridicat al intelectului (inteligent)	Nivel scăzut al inteligenței (mai puțin inteligent)
C	Puterea „Eu”-lui (stabil emoțional)	Slăbiciunea „Eu”-lui (sentimental)
E	Dominare (autoritar)	Conformism (docil)
F	Surgenție (nonșalant)	Desurgenție (serios)
G	Forța „Super-Eu”-lui (conștiincios)	Slăbiciunea „Super-Eu”-lui (expeditiv)
H	Parmie (aventuros)	Trectie (timid)
I	Premsie (sensibil)	Harrie (dur)
L	Protensie (suspicios)	Alaxie (încrezut)
M	Autie (fantezist)	Praxernie (practic)
N	Artificial (viclean)	Neartificial (direct)
O	Hipotimie (anxios)	Hipertimie (sigur de sine)
Q1	Radicalism (îngrijorat)	Conservatism (conservator, rigid)
Q2	Autonomie (independent)	Sociabilitate (dependent de grup)
Q3	Controlul dorințelor (controlat)	Impulsivitate (necontrolat)
Q4	Frustrare (încordat)	Nefrustrare (relaxat)

3. Inventarul „State-Trait-Anxiety-Inventory” a fost elaborat de Ch. D. Spiellberger [apud 81, 82, 89, 92, 119, 163] și adaptat în traducerea rusă de către Ю. Л. Ханнин. Tehnica reprezintă o modalitate sigură și informativă de studiere a anxietății. Ea este alcătuită din două compartimente ce apreciază în mod separat anxietatea ca stare, numită situativă sau reactivă (AR: itemii 1-20) și anxietatea ca însușire stabilă a personalității (AS: 21-40). Anxietatea reactivă apare ca reacție emoțională la situații de stres și prezintă diferite grade de intensitate și

durată, caracterizându-se prin trăiri subiective: neliniște, tensiune, nervozitate. Anxietatea stabilă denotă o permanentă predispunere a subiectului de a percepe ca amenințătoare un spectru larg de situații, reacționând la ele printr-o stare de alarmă. Fiecare afirmație este apreciată astfel: „nu este așa” – 1; „cred că așa este” – 2; „așa este” -3; „fără îndoială așa este” – 4. durata de cercetare a fiecărui bloc nu trebuie să depășească 8 minute. Interpretarea datelor s-a efectuat după următoarele baremuri orientative: (0-30) – nivel scăzut al anxietății, (31-45) – nivel moderat, (mai mult de 60) – nivel ridicat al anxietății.

4. Tehnica de autoapreciere Дембо-Рубинштейн, varianta А. Прихожан.

Are drept scop studierea nivelului autoaprecierii și a nivelului de aspirații [129, 174, 175]. Fiecare om își apreciază capacitățile, posibilitățile, caracterul etc. Nivelul de dezvoltare, de manifestare a unor calități individuale poate fi convențional comparat cu o linie, un punct al ei simbolizând cele mai scăzute valori, iar altul – cele mai înalte. Am adaptat tehnica dată conform scopului cercetării noastre. Am modificat caracteristicile inițiale, adăugând încă trei caracteristici. Astfel am obținut următoarele caracteristici: sănătate, reușita tratamentului, însănătoșire, inteligență, caracter, încredere în sine, comunicare, familia (relațiile în familie), stabilitate emoțională, succesul școlar. Pe o foaie de hârtie se desenează 10 linii de 10 cm lungime. Fiecărei linii îi corespunde una dintre caracteristici care trebuie apreciată: 1. sănătate, 2. reușita tratamentului, 3. însănătoșire, 4. inteligență, 5. caracter, 6. încredere în sine, 7. comunicare, 8. familia (relațiile în familie), 9. stabilitate emoțională, 10. succesul școlar.

Subiecții notează cu semnul „+” un punct de pe fiecare linie, apreciind manifestarea acestor calități în structura propriei personalități. Apoi cu semnul „x” notează nivelul dorit de ei în manifestarea acestor calități (ceea ce-și doresc ei).

Fiecare scală (linie) are 10 cm, deci distanța de la 0 la „x” indică nivelul aspirațiilor; distanța de la 0 la „+” indică nivelul autoaprecierii; distanța de la „+” la „x” indică diferența dintre autoapreciere și aspirații (dacă aspirațiile sunt mai mici decât aprecierea, ele se evaluează cu semnul „-”). Se calculează nivelul autoaprecierii la fiecare scală în parte și se corelează cu tabelul existent pentru a da o apreciere calitativă. Apoi se adună rezultatele la toate scalele și se împarte la 10 (numărul scalelor) pentru a afla nivelul general al autoaprecierii. Astfel avem aspirații de la 61 – 89 puncte nivel optimal; 75 – 89 puncte reprezentări certe despre propriile posibilități, aptitudini, condiții pentru afirmarea personalității; 90 -100 puncte nivel al aspirațiilor neîntemeiat, personalitate incapabilă de a judeca, de a accepta critici la propria adresă; mai puțin de 60 puncte indicator al defectelor în dezvoltarea personalității.

Pentru autoapreciere indicii sunt: până la 45 puncte (grup de risc) subapreciere; de la 46 – 74 puncte autoapreciere adecvată; mai mult de 75 de puncte supraapreciere, imaturitate, incapacitate de apreciere a propriilor calități, activitate de comparare cu alții etc.

5. Activism psihic, interesul, tonusul emoțional, tensiunea, confortul (SAD) [174, 200, 201]. Tehnica a fost elaborată de către un grup de psihologi ruși: В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, В. Б. Шарай, М. П. Мирошников [apud 174, 200, 201], pe baza principiului profilurilor de polarizare elaborat de Ch. Osgood. Chestionarul reprezintă un test de autoapreciere diferențiată a stărilor funcționale ale individului. El constă din 20 de perechi de cuvinte opuse ce reflectă particularitățile stărilor psiho-emoționale cercetate: activism psihic, interesul, tonusul emoțional, tensiunea, confortul. Fiecare pereche are o grilă apreciativă (3 2 1 0 1 2 3) pe care subiectul marchează nivelul de corespundere. La interpretare rezultatele se recalculează în valori „brute”: de la 3 la 21 puncte. Stările cercetate sunt apreciate, pe baza mediilor obținute, după trei nivele: scăzut, mediu și înalt. La stările – activism psihic, interesul, tonusul emoțional și confortul avem următoarea interpretare: 3-8 puncte – nivel înalt; 9-15 puncte – nivel mediu; 16-21 puncte – nivel scăzut. La starea tensiune avem următoarea interpretare: 3-8 puncte – nivel scăzut; 9-15 puncte – nivel mediu; 16-21 puncte – nivel înalt.

6. Tehnica de determinare a nivelului raportului „valori” – „posibilități” în diverse situații de viață. Tehnica a fost dezvoltată de Е. Б. Фанталова, care a utilizat principiul ierarhizării valorilor propus de М. Rokeach și este esențială pentru „Diagnosticare conflictelor interne” [187, 200, 201]. Tehnica se bazează pe presupunerea că „unul dintre cei mai importanți factori determinanți ai sferei motivaționale este continua mișcare, schimbarea treptată în funcție de circumstanțele exterioare a relației dintre cele două planuri de „conștiință” și anume, între valorile de viață, precum și a ceea ce este disponibil, direct accesibil, legate de atingerea obiectivele propuse... ”. Tehnica permite să identifice conflictele interne majore în sistemul de valori al personalității, care a cauzat discrepanța dintre tendințe și posibilități vizavi de o anumită valoare, și anume:

1. Care sunt principalele contradicții/conflicte interne ale persoanei;
2. Care este conținutul și gradul de manifestare a lor.

Materialul experimental conține 12 valori (valori împrumutate de la Rokeach), aranjate într-o scală. În ciuda faptului că aceste valori nu pot fi generale, complete pentru o anumită persoană, autorul insistă de a nu crește numărul de valori, pentru a evita încălcarea acurateței psihometrice a metodei. Sarcina respondentului constă în evaluarea celor 12 concepte/valori și

compararea lor în perechi de două ori: prima dată după importanță, a doua oară după posibilități, accesibilitate, adică mai ușor de realizat. Răspunsurile sunt introduse în matricele din formularul de înregistrare (Anexa 2).

Acest indicator arată satisfacția sau insatisfacția vizavi de modul actual de viață, blocarea nevoilor de bază, disconfort intern, prezența conflictelor interioare, nivelul de autorealizare, nivelul de integrare și adaptare. În plus, pentru fiecare subiect se determină separat nivelul de divergență între „Valori” și „Posibilități”, care este un criteriu pentru prezența sau absența contradicțiilor/conflictelor, precum și conținutul și gradul de manifestare a lor. Deci, dacă $V > P$ și discrepanța dintre valorile acestor indicatori este mai mare de 4, atunci putem vorbi despre starea de „conflict intern”. Sensul psihologic este exprimat în faptul că o persoană se confruntă cu necesitatea de a obține obiecte importante, de valoare internă și capacitatea de a realiza acest lucru în realitate. Dacă raportul dintre V și P nu depășește 4, subiectul este situat la nivelul „neutru”, caracterizat prin absența de contradicții sau conflicte interne.

7. „Testul-film” al lui Rene Gille reprezintă o metodă clasică semiproiectivă de studiere a atitudinilor și relațiilor interpersonale ale copilului, precum și de determinare a anumitor caracteristici comportamentale și trăsături de personalitate [172, 200]. Utilizarea TFRG permite reliefarea unui spectru larg de caracteristici ce țin de calitatea relațiilor copilului cu diverse persoane din mediul familial, prietenii, colegii, profesorul sau o altă persoană ce prezintă autoritate pentru el. De asemenea, ne permite să stabilim unele trăsături ale personalității copilului ce se manifestă în diverse relații: adaptarea socială, curiozitatea, tendințele de comunicare și de dominare în grupurile de copii, nivelul de conflictualitate, agresivitate, precum și tendința de izolare, tipurile de reacții comportamentale la frustrare în cadrul interacțiunii. Cei 42 de itemi, în varianta adaptată de И. Гильяшева și Н. Игнатъева, prezintă 25 de situații reflectate prin desen și 17 sarcini verbale, ceea ce face ca proba să fie o formă intermediară dintre chestionar și testul proiectiv, ce reprezintă avantajul ei suprem. Situațiile propuse pot fi divizate conceptual în 3 grupuri, în conformitate cu obiectul interacțiunii: „copil-adult”, „copil-copil” și combinată. În primul grup copilul interacționează cu adulții, în al doilea grup – cu alți copii, colegi, iar în al treilea grup copilul interacționează și cu unii și cu alții. Cele 12 scale analizate prin intermediul tehnicii pot fi divizate convențional în trei module: evaluarea relațiilor interpersonale ale copilului și a atitudinilor lui față de aceste persoane, determinarea însușirilor lui de personalitate și identificarea reacțiilor comportamentale.

Materialul psihologic se divizează în două variabile:

1. Variabila ce caracterizează relațiile interpersonale concrete – relațiile lui cu membrii familiei (mama, tata, bunica, sora, fratele etc.), relațiile cu prietenii, adulții autoritari pentru ei.

2. Variabila ce caracterizează însuși subiectul și se manifestă în diverse relații: comunicabilitate, izolare, tendințe spre dominare, comportament adecvat social.

La interpretarea testului se evidențiază 12 indici:

- relațiile cu mama;
- relațiile cu tata;
- relațiile cu mama și tata ca pereche familială;
- relațiile cu sora și fratele;
- relațiile cu bunica și bunicul;
- relațiile cu prietenii,
- relațiile cu profesorii;
- curiozitate;
- tendința spre dominare;
- comunicabilitatea;
- izolarea;
- comportamentul adecvat.

Relațiile cu o anumită persoană se exprimă în numărul de alegeri în raport cu numărul total de însărcinări orientate spre evidențierea acestor relații. Un interes sporit îl prezintă interpretarea răspunsurilor pentru scala „Reacția la frustrare”. И. Гильяшева și Н. Игнатъева recomandă diferențierea a trei tipuri de reacții întâlnite mai frecvent: *reacția activ-agresivă*, la adoptarea căreia persoana revarsă asupra celor din jur furia, ostilitatea, iritarea; *reacția pasivă*, care se manifestă prin forme regresive de comportament și diminuarea eficienței activității (plâns, pârât, plângeri); *reacția neutră*, care este considerată de autori drept cea mai adecvată și care vorbește de prezența toleranței la frustrare – lipsa trăirii frustrării și rezistența la obiectul frustrării. Ultimul tip de reacție presupune existența autocontrolului și reținerii reacțiilor impulsive nedorite, care reflectă nivelul de adaptare socială a copilului.

8. „Analiza relațiilor intrafamiliale” (ARI) – elaborat de către Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис, în 1987-1990 [199, 201]. Scopul său constă în determinarea stilurilor de educație și cauzele formării acestor stiluri. Chestionarul constă din 130 de itemi, care formează 20 de scale.

a) *Scale* care determină cât de mult efort, atenție și timp, alocă părinții creșterii unui copil. Există două niveluri de protecție, excesiv (hiperprotecție) și insuficient (hipoprotecție).

Hiperprotecție (Scala F +). Când părinții hiperprotectori acordă copilului foarte mult timp, efort și atenție, este rigid controlat, creșterea copilului devenind o sarcină centrală a vieții lor.

Hipoprotecție (Scala F-). Situația în care copilul se află la periferia atenției părinților săi, atrăgându-i-se atenție doar când se întâmplă ceva serios.

b) *Scale* ce determină nivelul de satisfacere a nevoilor copilului, adică măsura în care părinții să se concentreze pe nevoile copilului - atât materiale cât și cele afective - mai presus de toate, comunicarea cu părinții, atenția și manifestarea dragostei lor. Pe măsura satisfacerii acestor nevoi putem evidenția două variante posibile:

Indulgența excesivă față de nevoile copilului (Scala V +). Când părinții, inconștient, proiectează asupra copiilor lor propriile nevoi nesatisfăcute și caută modalități de a le îndeplini în detrimentul activităților educaționale. În acest caz, părinții au tendința de a satisfacție maxim și necritic toate sau aproape toate nevoile copilului.

Ignorarea nevoilor copilului (scala V -). Acest stil este opusul stilului anterior și se caracterizează prin insuficienta atenție acordată copilului, precum și prin nesatisfacerea nevoilor copilului. Sunt nesatisfăcute nevoile afective, în special necesitatea de contact emoțional și de comunicare cu părinții.

c) *Scale* care determină cantitatea și calitatea cerințelor față de copil în familie. Prin cerințe sunt înțelese, în primul rând, responsabilitățile copilului în familie, de exemplu, învățarea școlară, deprinderi de auto-îngrijire, participarea la organizarea activităților de zi cu zi în familie, ajutorul acordat altor membri ai familiei. În al doilea rând, sunt cerințele sau interdicțiile pe care copilul nu ar trebui să le îndeplinească. Aceste cerințe determină, în principal, gradul de autonomie a copilului, posibilitatea de a alege modul propriu de comportament. Devieri ale cerințelor descrise sunt reprezentate de următoarele scale:

Cerințe-responsabilități excesive (scala T +). Cerințele înaintate față de copil, în acest caz sunt foarte mari, excesiv formulate, nu corespund posibilităților copilului. Anume această calitate stă la baza tipului dizarmonios de educație ce indică „responsabilitatea morală înaltă”.

Lipsa de cerințe-responsabilități față de copil (scala T-). În acest caz, copilul are un număr minim de responsabilități în familie. Părinții consideră că este dificil de a implica copilul în orice activitate casnică, deaceia este mai ușor să le facă ei singuri.

Cerințe-interdicții excesive (scala Z+). În această situație, copilului îi este totul interzis. Față de copil sunt înaintate un număr foarte mare de cerințe care-i limitează libertatea și

independența. Părinții sunt împotriva oricărei forme de autonomie a copilului, exagerând consecințele care pot rezulta din cel puțin o încălcare minoră a interdicțiilor, încearcă să suprimă independența de gândire a copilului.

Lipsa de cerințe-restricții față de copil (Scala Z-). În acest caz, copilului i se permite „totul”. Chiar dacă există restricții, copilul poate încălca cu ușurință, știind că nimeni nu-l va pedepsi. El singur își definește cercul de prieteni, timpul meselor, odihna, plimbările, activități de studiu fără a implica părinții. În acest caz, părinții, fie nu doresc, fie nu pot să impună copilului anumite restricții de comportament.

d) *Scale* ce determină nerespectarea de către copil a cerințelor impuse de părinți, având drept rezultat aplicarea pedepsei de la forma ușoară până la cea mai severă:

Sancțiuni excesive (Scala C+). Pentru părinții din această categorie este caracteristic aplicarea de sancțiuni severe, răspuns excesiv, chiar și pentru probleme minore de comportament.

Sancțiuni minime (scala C-). Acești părinți preferă să aplice pedepse minore sau chiar să nu apeleze la careva sancțiuni, tolerând orice tip de comportament.

e) *Stilul instabil de educație (scala H).* Acest stil de educație este caracterizat printr-o schimbare bruscă a atitudinii față de copil: are loc o oscilație între stilurile de educație, adică trecerea de la stilul autoritar la cel liberal, și apoi invers, trecerea de la o atenție deosebită față de copil până la respingerea emoțională a copilului.

La baza acestui stil de educație, stau problemele personale, de multe ori neconștientizate.

f) *Cauzele psihologice ale devierilor în educație* sunt determinate de următoarea scară:

Domeniul de aplicare al sentimentelor părintești (scala DSP). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea rolului hiperprotector. Această abatere în stilul de educație apare, cel mai frecvent, atunci când sunt perturbate relațiile dintre părinți sau relația existentă nu satisface părintele care-și atribuie rolul major în educație. Adesea, părinții (de obicei mama), fără să conștientizeze atribuie copilului locul central, ignorând alte relații.

Preferința calităților copilărești (scala PCC). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea rolului hiperprotector indulgent. În acest caz, la părinți există tendința de a ignora faptul că copiii cresc, astfel încurajând menținerea calităților din copilărie: cum ar fi spontaneitatea, inocența, naivitatea etc. Părinții reducând nivelul de cerințe față de copil, contribuie la dezvoltarea infantilismului mental.

Incertitudine educațională (scala IE). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea stilului hiperprotector, sau pur și simplu un nivel foarte redus de cerințe. Are loc o redistribuire a puterii în familie între părinți și copil, în favoarea copilului. În acest caz se consideră că părinții sunt „la picioarele” copilului.

Fobia pierderii copilului (scala FP). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea unui comportament hiperprotector dominant. În acest caz, părinții percep copilul fragil, „slăbuț” și bolnăvicios. Relația cu copilul este modelată de teama pierderii sale.

Subdezvoltarea sentimentelor părintești (scala SSP). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea comportamentului hipoprotector, respingere emoțională, chiar abuz asupra copilului. Părinții nu doresc să se ocupe de copil, nu tolerează comportamentul său. Interesul și grija față de copil sunt superficiale.

Proiecția asupra copilului a trăsăturilor proprii nedorite (scala PTN). Conduce la încălcarea stilului de educație prin respingerea emoțională, abuz asupra copilului. Părinții sunt angajați în luptă continuă, neobosită împotriva trăsăturilor negative și punctelor slabe ale copilului, în orice comportament al copilului caută să identifice „adevărata” cauză. Din acest motiv, de cele mai multe ori, ies la iveală calitățile cu care părintele se luptă inconștient.

Extinderea conflictului dintre soți în domeniul educației (scala EC). Conduce la încălcarea stilului de educație prin adoptarea unui stil controversat de educație – are loc o conexiune între atitudinea hiperprotectoare a unui părinte cu respingerea emoțională sau hiperprotecție dominantă a celuilalt părinte. Creșterea copilului se transformă într-un „câmp de luptă” al părinților aflați în conflict. Astfel, părinții și mai deschis își exprimă nemulțumirile, ghidați de „preocuparea pentru bunăstarea copilului”.

Preferință pentru calitățile feminine (PCF). Stilul de educație ce favorizează dezvoltarea calităților feminine la copil.

Preferință pentru calitățile masculine (PCM). Stilul de educație ce favorizează dezvoltarea calităților masculine la copil.

Studiul a fost realizat în scopul definirii documentării teoretice a fenomenelor luate pentru observare și elaborarea unui plan complex de cercetare.

Întru realizarea scopului și obiectivelor propuse, în cercetarea noastră am proiectat și experimentul de constatare.

Scopul și sarcinile cercetării au determinat structura eșantionului. Pentru realizarea experimentului de constatare am selectat 12 grupuri de respondenți: 6 au fost constituite din părinți și 6 din copiii acestora.

Părinții au fost divizați convențional în șase grupuri experimentale, cinci repartizați în dependență de maladia copilului, iar un grup – presupune prezența copilului sănătos, fără patologie pulmonară, cu o dezvoltare adecvată și corespunzător vârstei. În cadrul experimentului au fost antrenați 184 părinți, cu vârsta cuprinsă între 28 și 52 ani. Cele 6 grupuri de părinți au fost numite în felul următor (figura 2.1.):

1. Grupul părinților copiilor cu bronșită cronică;
2. Grupul părinților copiilor cu pneumonie cronică;
3. Grupul părinților copiilor cu astm bronșic;
4. Grupul părinților copiilor cu fibroză chistică;
5. Grupul părinților copiilor cu tuberculoză;
6. Grupul părinților ce educă copii sănătoși, cu dezvoltare tipică.

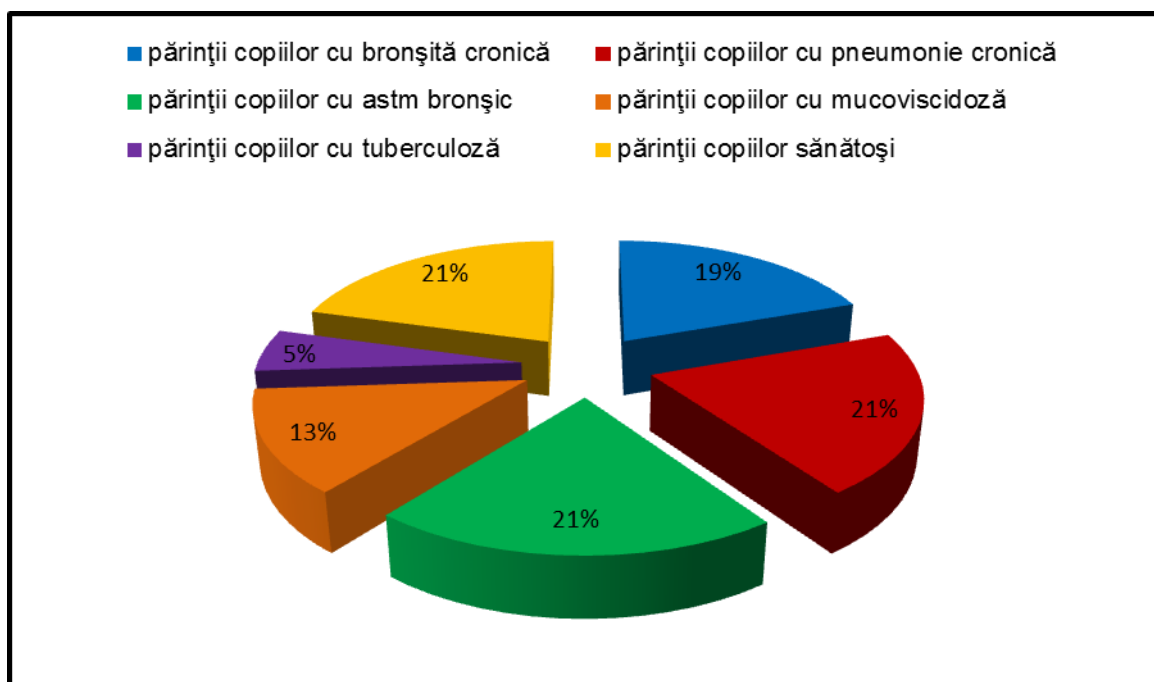


Fig. 2.1. Repartizarea eșantionului părinților în funcție de maladia copilului

De remarcat este faptul că în cadrul experimentului au participat preponderent mame – 78%, comparativ cu 22% - implicarea taților. Această alegere a fost condiționată de mai multe circumstanțe. Una dintre ele rezidă în faptul că, după cum arată cercetările, mama este cea care

se ocupă în mare parte de educația copilului, este cea mai apropiată de copil din punct de vedere emoțional și, respectiv, influența negativă a prezenței maladiei la copil asupra psihicului matern e mai mare comparativ cu impactul pe care-l manifestă boala copilului asupra tatălui. De exemplu, conform statisticilor prezentate în literatură (din păcate, în republica noastră nu există astfel de date cu referire la familiile copiilor cu MRC), circa 80% dintre familiile în care sunt prezenți copii cu mucoviscidoză, se destramă în urma divorțului și plecării din familie a tatălui.

Respondenții au fost selectați în baza unor criterii comune:

a) pentru părinți:

- prezența în familie a copilului bolnav cu MRC, corespunzător vârstei;
- acordul și interesul de a participa la studiu;
- disponibilitatea de a răspunde la teste.

b) pentru copii:

- vârsta (școlară mică și preadolescentă);
- existența maladiei respiratorii cronice;
- acordul părinților pentru chestionarea copiilor;
- starea de sănătate satisfăcătoare și lipsa MRC la copiii grupului de control.

Criteriile selecției respondenților au fost elaborate în baza interviului semistructurat cu răspunsuri libere, totodată facilitând stabilirea contactului cu subiecții.

Subiecții experimentului sunt copiii bolnavi (și părinții acestora) internați în spital pentru tratament. Eșantionul a fost repartizat în două grupuri: după criteriul vârstă, primul grup de la 8-10 ani, cel de-al doilea grup de la 13-15 ani.

În cadrul cercetării au participat copii aflați la tratament în staționar în secțiile de pneumologie, alergologie, ftiziologie și ftiziopneumologie în cadrul Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului din mun. Chișinău, spitalul de copii N1 din mun. Bălți, Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” din mun. Chișinău, cu vârste cuprinse între 8 -15 ani.

Pentru a avea o imagine a dezvoltării psihologice a copiilor sănătoși, cu dezvoltare adecvată, în baza căreia am putea face o comparare, a fost selectat cel de al șaselea grup, care este unul neutru, în care au fost incluși părinți cu copii sănătoși, cu o dezvoltare adecvată, fără patologie pulmonară, dar care satisfac condițiile criteriilor de selecție descrise mai sus. Copiii grupului dat sunt elevi ai liceelor teoretice „Ion Creangă” și „Dante Alighieri” din mun. Chișinău.

Eșantionul alcătuit din 250 copii participanți la cercetare, cu vârsta cuprinsă între 8 și 15 ani, a fost și el divizat convențional în 6 grupuri (tabelul 2.2.):

1. Copii bolnavi cu bronșită cronică;
2. Copii bolnavi cu pneumonie cronică;
3. Copii bolnavi cu astm bronșic;
4. Copii bolnavi cu fibroză chistică;
5. Copii bolnavi cu tuberculoză;
6. Copii sănătoși.

Prezentăm în tabelul 2.2 modul de repartizare a copiilor în grupuri experimentale.

Tabelul 2.2. Repartizarea copiilor în grupuri

	Maladia copilului	Vârsta 8-10 ani	Vârsta 13-15 ani	Total
1.	Bronșită cronică	26	26	52
2.	Pneumonie cronică	26	26	52
3.	Astm bronșic	20	20	40
4.	Fibroză chistică	18	14	32
5.	Tuberculoză	9	13	22
6.	Copii sănătoși	26	26	52

Cercetarea s-a efectuat în condiții de spital unde copiii, aflați în remisie, efectuau tratament medicamentos. Au fost duse convorbiri cu copiii, părinții acestora, medicii curatori, au fost analizate și fișele lor medicale. Totodată pentru efectuarea analizei psihologice, sociale, a statutului și climatului familial am elaborat interviul semistructurat cu răspunsuri libere. De asemenea, în formularea întrebărilor din interviu, ne-am bazat pe concepția lui B. H. Мясищев [160, 161], conform căreia orice relație semnificativă între individ și mediu, inclusiv aspectele legate de maladie, are trei componente principale: aspectul cognitiv, aspectul emoțional-afectiv și comportamentul (care include aspectele motivaționale și volitive). Itemii interviului elaborat reflectă cunoștințele pacientului despre boala sa, reacțiile emoționale, atitudinile față de anumite aspecte etc. Caracteristicile clinice ale pacienților (durata maladiei, mai ales debutul ei, efectul tratamentului și altele) au fost obținute din fișele medicale și interviuri cu medicul curant.

În urma studiului a fost efectuată analiza comparativă a datelor empirice obținute la toate grupurile implicate în cercetare.

2.2. Particularitățile personalității copilului cu maladii respiratorii cronice

În experimentul de constatare, în cadrul studierii particularităților psihologice ale personalității copilului cu maladii respiratorii cronice, **ipoteza** generală a cercetării a fost divizată astfel, **ipoteza 1** fiind:

- copiilor cu maladii respiratorii cronice le este caracteristic un anumit profil psihologic de personalitate determinat de specificul/tipul maladiei și vârstă.

Pentru verificarea ipotezei 1 s-a realizat, pe de o parte, studiul detaliat al specificului psihologic al personalității copilului bolnav cu MRC și, pe de altă parte, analiza caracteristicilor psihologice ale personalității copiilor sănătoși. Compararea indicilor obținuți la acești parametri de diferite grupuri experimentale a permis evidențierea caracteristicilor specifice ale personalității copilului bolnav cu MRC.

Studiul prezentat a fost precedat de o cercetare experimentală, realizată în 2006-2008, la fel pe un eșantion format din copii bolnavi cu MRC, aflați la tratament în spitale (secțiile de pneumologie, alergologie, ftiziologie și ftiziopneumologie în cadrul Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului din mun. Chișinău, spitalul N1 de copii din mun. Bălți, Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” din mun. Chișinău), precum și copii sănătoși, fără patologie pulmonare, elevi la liceul teoretic Ion Creangă și liceul teoretic Dante Alighieri din mun. Chișinău. Rezultatele cercetării au fost prezentate în publicațiile realizate la tema tezei [17, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107].

În studiul nostru, ne-am propus să stabilim dacă există diferențe în manifestarea particularităților psihologice ale personalității copilului, determinate de maladia cronică și vârstă, identificând totodată constituirea unui profil de personalitate al copilului bolnav cu maladii respiratorii cronice.

Din analiza datelor obținute, prezentate în tabelul 2.3, constatăm prezența la copiii bolnavi a trăsăturilor de personalitate de la polul negativ mai înalte, decât trăsăturile de personalitate de la polul pozitiv, totodată diferențiindu-se de rezultatele înregistrate de copiii sănătoși.

Tabelul 2.3. Valori procentuale înregistrate de lotul general al cercetării (Chestionarul de personalitate „16 P.F.”)

Lotul cercetării % Valorile	Bronșită cronică	Pneumonie cronică	Astm bronșic	Mucoviscidoză	Tuberculoză	Copii sănătoși

A	Rezervat	48,8%	56,5%	57,5%	51,7%	59,1%	28,8%
	Sociabil	51,2%	43,5%	42,5%	48,3%	40,9%	71,2%
B	Inteligent	25,0%	21,2%	27,5%	34,4%	25,8%	73,1%
	Mai puțin inteligent	75,0%	78,8%	72,5%	65,6%	74,2%	26,9%
C	Stabil emoțional	42,3%	48,1%	30,2%	66,5%	48,9%	59,6%
	Instabil emoțional	57,7%	51,9%	69,8%	33,5%	51,1%	40,4%
E	Autoritar	67,3%	69,2%	45,0%	46,9%	31,8%	67,3%
	Docil	32,7%	30,8%	55,0%	53,1%	68,2%	32,7%
F	Distrat	34,6%	31,9%	65,0%	75,0%	66,4%	36,5%
	Serios	65,4%	68,1%	35,0%	25,0%	33,6%	63,5%
G	Conștiincios	42,3%	46,2%	61,0%	59,4%	45,5%	55,8%
	neconștiincios	57,7%	53,8%	39,0%	40,6%	54,5%	44,2%
H	Aventuros	42,3%	44,2%	47,5%	50,0%	42,5%	57,7%
	Timid	57,7%	55,8%	52,5%	50,0%	57,5%	42,3%
I	Sensibil	61,5%	65,2%	72,5%	59,4%	45,5%	40,4%
	Dur	38,5%	34,8%	27,5%	40,6%	54,5%	59,6%
O	Anxios	57,7%	59,8%	70,0%	68,6%	62,5%	30,9%
	Sigur pe sine	42,3%	41,2%	30,0%	31,4%	37,5%	69,1%
Q3	Controlat	28,0%	31,8%	50,0%	34,4%	41,1%	55,8%
	Impulsiv	72,0%	68,2%	50,0%	65,6%	58,9%	44,2%
Q4	Frustrat	75,0%	73,1%	82,5%	69,3%	64,5%	26,9%
	Relaxat	25,0%	26,9%	17,5%	30,7%	35,5%	73,1%

Analizând rezultatele înregistrate de subiecții cercetării la *Chestionarul de personalitate „I6 P.F.”*, prezentate în tabelul 2.3, concluzionăm următoarele:

- bolnavii cu tuberculoză sunt personalități sensibile, fapt subliniat mai ales prin marea lor reactivitate la traumele psihice. Instabilitatea emoțională, îngustarea cercului de interese, sociabilitate scăzută, nehotărârea, stările de frustrare, de anxietate sunt foarte frecvente la acești bolnavi.

- această tendință este menținută și la subiecții din grupul bolnavilor cu tuberculoză, înregistrând următoarele date: instabilitate emoțională, timiditate, frustrare, anxietate, sensibilitate, lipsa sociabilității.

- copiii cu astm bronșic prezintă lipsă de încredere, iritabilitate, frustrare, timiditate, incapacitate de a stabili relații, nevoia de afecțiune și agresivitate neexteriorizată, duritate, anxietate, instabilitate emoțională – ce produc tulburări, dereglări ventilatorii și secretorii.

- în cazul persoanelor cu mucoviscidoză relevante le sunt și unele caracteristici specifice: timiditate, frustrare, anxietate, sensibilitate crescută mai ales dependență față de mamă, supunere, dar totodată și o anumită stabilitate emoțională.

- grupul de copii bolnavi cu bronșită cronică au înregistrat următoarele date: instabilitate emoțională, autoritate, timiditate, anxietate, impulsivitate, frustrare.

- asemănătoare rezultate cu cele ale copiilor bolnavi cu bronșită cronică au înregistrat și bolnavii cu pneumonie cronică: instabilitate emoțională, autoritate, timiditate, anxietate, impulsivitate și frustrare.

- copiii sănătoși au înregistrat date orientate spre polul negativ la scala autoritate și la scala impulsivitate.

În cazul copiilor cu bronșite și pneumonii cronice diferențele nu sunt atât de vizibile o cauză ar fi simptomatologia mai lejeră în aceste maladii, dar și atitudinea celor din jur față de aceste maladii. Acest fapt este confirmat și de mediile rezultatelor obținute de subiecții cercetării la chestionarul de personalitate „16 P.F.”, după cum se poate urmări din datele prezentate în tabelul 2.4.

Tabelul 2.4. Mediile obținute de lotul general al cercetării la Chestionarul de personalitate „16 P.F.”

	Bronșită cronică	Pneumonie cronică	Astm bronșic	Mucoviscidoză	Tuberculoză	Copii sănătoși
A	6,65±0,22	5,97±0,25	5,62±0,21	5,56±0,25	4,76±0,24	6,77±0,22
B	6,84±0,19	6,76±0,17	6,72±0,22	6,32±0,23	5,74±0,23	7,38±0,20
C	5,17±0,19	5,22±0,21	5,37±0,25	4,96±0,19	4,09±0,17	4,62±0,18
E	4,92±0,17	4,51±0,21	5,57±0,24	4,56±0,22	4,28±0,16	4,80±0,19
F	5,92±0,25	5,84±0,24	4,90±0,19	4,50±0,18	4,11±0,22	6,40±0,25
G	5,22±0,19	5,21±0,22	5,20±0,22	5,26±0,23	4,28±0,21	5,57±0,18
H	5,72±0,21	5,42±0,22	5,97±0,23	5,31±0,22	5,16±0,17	5,67±0,20

I	6,27±0,22	6,08±0,24	6,22±0,22	5,84±0,23	5,38±0,22	6,32±0,23
O	5,07±0,19	4,94±0,20	4,60±0,21	4,59±0,20	3,91±0,21	6,03±0,19
Q3	5,72±0,22	5,12±0,22	5,22±0,25	5,77±0,26	4,30±0,18	6,11±0,21
Q4	4,91±0,21	4,38±0,21	4,12±0,19	4,27±0,19	4,30±0,21	6,59±0,21
Vârsta	11,5	11,5	11,5	11,3	12,1	11,7

Pentru o mai bună vizualizare a datelor, propunem figurile 2.2. și 2.3.:

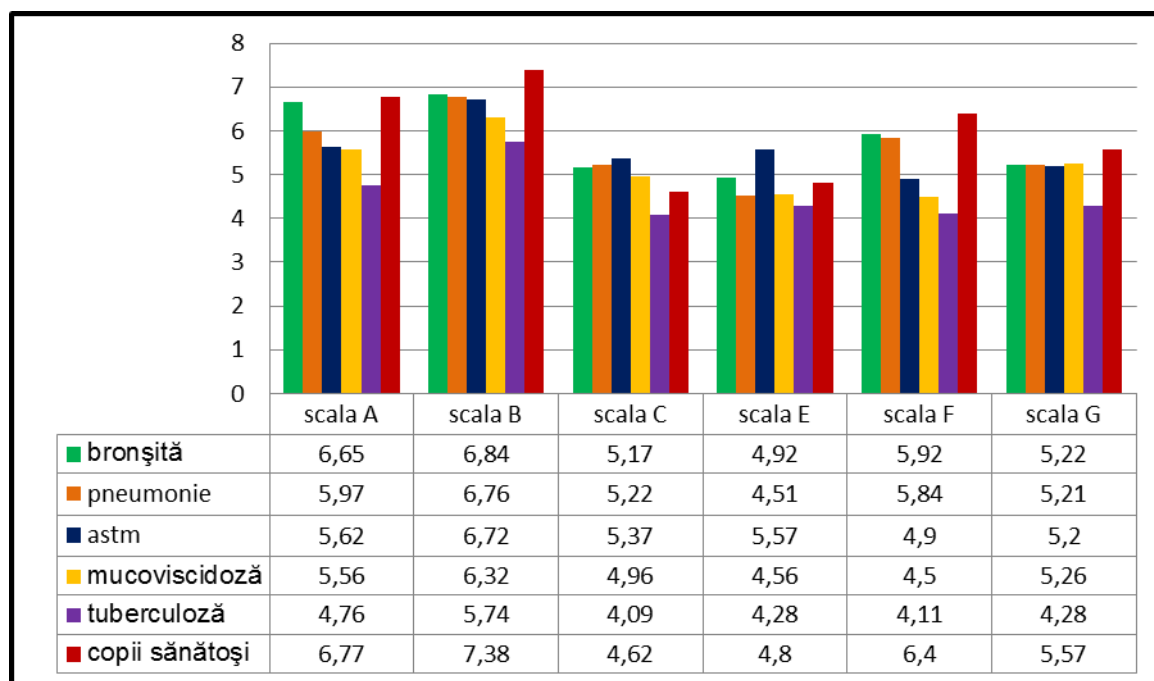


Fig. 2.2. Valorile medii la Chestionarul de personalitate „16 P.F.”(scalele A-G)

Din analiza datelor obținute la *Chestionarul de personalitate „16 P.F.”*, prezentate în figura 2.2 și în figura 2.3, observăm acele diferențe înregistrate de subiecții cercetării la scalele testului. La toate scalele testului subiecții din grupul copiilor sănătoși au înregistrat valorile cele mai înalte. Foarte aproape de grupul dat sunt și rezultatele obținute de copiii cu bronșită. În ordine descendentă se plasează copiii bolnavi cu pneumonie cronică, astm bronșic, mucoviscidoză și tuberculoză.

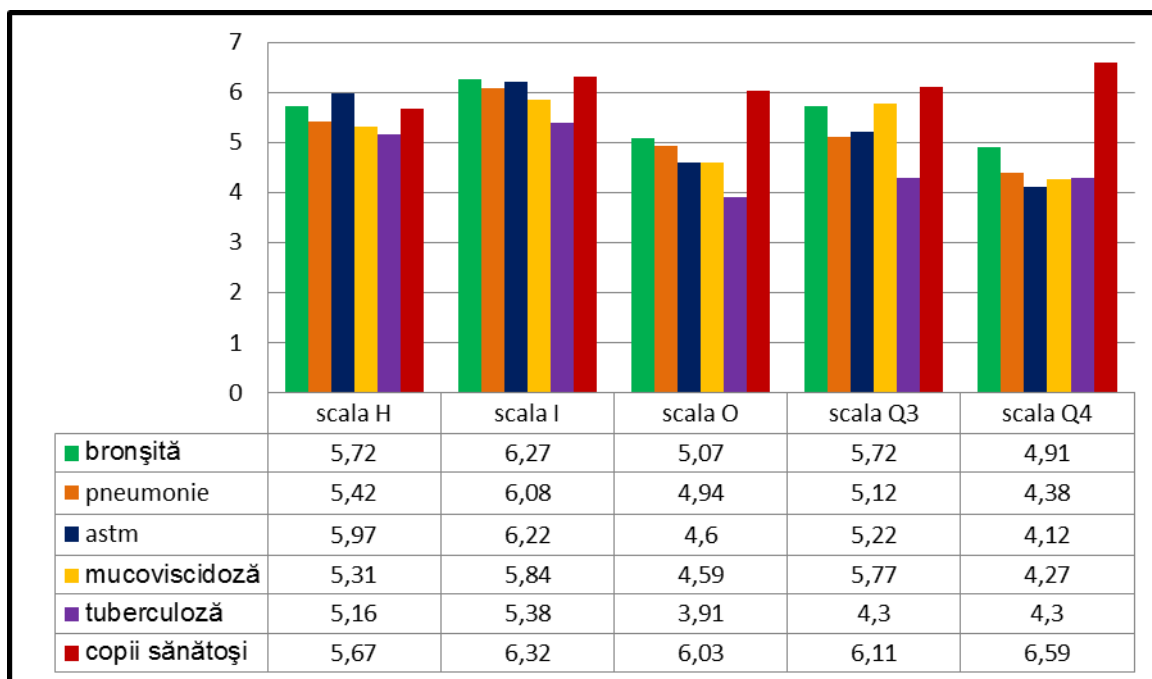


Fig. 2.3. Valorile medii la Chestionarul de personalitate „16 P.F.”(scalele H-Q4)

Pentru a observa acele modificări în structura personalității, determinate de MRC este necesar de a prezenta trasăturile de personalitate la copiii sănătoși, care la moment nu au patologie pulmonară. Astfel, vom analiza rezultatele în „normalitate”, obținute de către subiecții lotului din care fac parte copiii sănătoși. Totodată, pornim de la faptul că între copiii de 8-10 ani și cei de 13-15 ani există diferențe, deoarece sunt reprezentanți ai diferitor stadii de dezvoltare. Din lotul respectiv fac parte copii care la momentul cercetării erau sănătoși, fără înregistrarea simptomelor maladiilor respiratorii.

Scala A (rezervare – sociabilitate) valoarea medie obținută de întreg grupul este de 6,77, cu o eroare standard $\pm 0,22$. Grupul copiilor sănătoși cu vârste între 8- 10 ani au înregistrat o medie egală cu 5,40, iar grupul copiilor sănătoși cu vârsta între 13-15 ani au obținut o medie egală cu 8,15. Deci, am putea menționa că copiii grupului de control cu vârsta între 13-15 ani manifestă un nivel mai înalt al dezvoltării sociabilității comparativ cu copii sănătoși de 8-10 ani, ceea ce presupune stabilirea cu ușurință a relațiilor, o bună comunicare interindividuală, un comportament adecvat normelor de conduită etc., permițându-le o mai bună adaptare în societate. Copiii cu vârsta de 8-10 ani au obținut la această scală o medie de mijloc, cu o ușoară tendință spre sociabilitate.

Prin urmare, putem afirma că pentru majoritatea subiecților acestui grup, le este caracteristic sociabilitatea, naturalețe și expresivitate în manifestarea expresiilor emoționale,

dorința de cooperare, activism în stabilirea relațiilor, o bună adaptabilitate și implicare în activități sociale.

Scala B (inteligent – mai puțin inteligent) valoarea medie obținută la această scală de către întreg grupul de copii sănătoși este de 7,38, cu o eroare standard $\pm 0,20$. Copii cu vârste de 8-10 ani au o medie de 7,08, iar grupul copiilor de 13-15 ani au înregistrat o medie de 7,69 la scala respectivă. La această scală subiecții au înregistrat o tendință evidentă spre dreapta, adică valorile înalte sunt mai frecvente. Am putea constata că sarcinile puse în fața copiilor au fost pe măsura puterilor lor, nefiind dificile. În consecință, majoritatea copiilor participanți la cercetare, atât copii cu vârsta între 8-10 ani cât și copii de 13-15 ani, au un nivel ridicat de dezvoltare al inteligenței generale.

La scala C (stabilitate emoțională – instabilitate emoțională) valoarea medie a grupului de copii sănătoși este de 4,43, cu o eroare standard $\pm 0,18$. Grupul copiilor sănătoși cu vârste între 8-10 ani au înregistrat o medie egală cu 4,97, iar grupul copiilor sănătoși cu vârsta între 13-15 ani au obținut o medie egală cu 4,27. Acest scor este ușor dominat de trăsături de personalitate, cum ar fi maturitate emoțională, calm, activism, capacitatea de evaluare adecvată a realității și comportament în conformitate cu normele și valorile sociale. Iritabilitate, excitabilitate, instabilitate emoțională, control slab al emoțiilor sunt mai puțin frecvente, dar încă persistă. Acest lucru este confirmat de caracteristicile psihofiziologice ale vârstei școlarului mic și începutul vârstei preadolescente.

Valoarea medie la *scala E (autoritar – docil)* obținută de către subiecții lotului de control este de 4,80, eroarea standard fiind $\pm 0,19$. Copii cu vârste de 8-10 ani au o medie de 4,19, iar grupul copiilor de 13-15 ani au înregistrat o medie de 5,42 la scala respectivă. Aceasta se datorează incertitudinii, conformismului gândirii, existând o tendință de autoafirmare, și necesitatea învățării de către copii a interacțiunilor sociale. Pentru ei, este importantă părerea și evaluarea grupului, percepția celor din jur a propriei persoane, tendința spre autonomie și independență.

Valoarea medie la *scala F (distrat – serios)* obținută de către subiecții lotului de control este de 6,40, eroarea standard fiind $\pm 0,25$. Copii cu vârste de 8-10 ani au o medie de 5,07, iar grupul copiilor de 13-15 ani au înregistrat o medie de 7,73 la scala respectivă. Copiii cu vârsta de 8-10 ani au obținut la această scală o medie de mijloc, cu o ușoară tendință spre expresivitate, acest fapt, presupunem că, este condiționat de particularitățile de vârstă și nu de trăsăturile de personalitate. Valori mult mai înalte au obținut copii lotului de control cu vârsta între 13-15 ani.

Deci am putea afirma că subiecții cercetării se caracterizează prin expresivitate, energie, activism, lipsa temerilor în situații cu risc înalt. De obicei își supraevaluează propriul potențial și dau dovadă de un optimism exagerat, dar care nu vin în contradicție cu particularitățile de vârstă caracteristice pubertății.

R. Cattell consideră că persoanele care obțin scoruri mari la scala F, sunt persoanele care în primii ani de viață au avut experiența micilor amenințări, sancțiuni și restricții (copii, în general, din familiile favorizate), astfel încât aceștia sunt mai puțin sensibili la intimidări. Persoanele respective trăiesc plener viața, cred în noroc, fără prea mari griji asupra viitorului; au mulți prieteni, sunt mereu cu inițiativă, sunt binevoitori, comunică fără probleme, fiind implicați într-o varietate de activități interesante [77, 89, 112, 113].

Karson și O'Dell în anul 1976, [77] vorbesc despre factorul F, ca fiind un factor care în mod clar este întâlnit la tineri, în special preadolescenți și adolescenți, stabilizarea lui apare la vârsta adultă. În cercetarea noastră, valorile moderat ridicate pentru scala F, ne confirmă faptul că preadolescenților, adică lotului de copii cu vârsta cuprinsă între 13-15 ani, le sunt caracteristici factorii impulsivitate și imaturitate.

La scala G (*conștiincios – neconștiincios*) valoarea medie a grupului de copiii sănătoși este de 5,57, cu o eroare standard $\pm 0,18$. Grupul copiilor sănătoși cu vârste între 8- 10 ani au înregistrat o medie egală cu 5,00, iar grupul copiilor sănătoși cu vârsta între 13-15 ani au obținut o medie egală cu 6,15. Datele sunt la limita dintre polii acestei scale. Acest lucru înseamnă că unii copii, grupul copiilor cu vârsta de 13-15 ani, sunt în măsură să-și asume responsabilitatea, sunt conștiincioși, cu bună-credință. O altă parte din subiecții eșantionului și anume copiii cu vârsta între 8-10 ani, manifestă mai puțin interes în respectarea propriilor standarde și cerințe. Ei pot, să disprețuiască valorile morale și pentru propriul beneficiu sunt capabili la minciuni, fapte urâte sau înșelăciune. Acești subiecți au arătat o tendință spre neconștiinciozitate.

Karson și O'Dell, susțin că valorile ridicate la scala G ne ajută să testăm comportamentul social și moral al copiilor, tolerat de către societate și părinți, fără a-l atribui "Super - Ego"- ului din structura personalității [apud 77].

La scala H (*curaj – timiditate*) valoarea medie a grupului de copiii sănătoși este de 5,17, cu o eroare standard $\pm 0,20$. Grupul copiilor sănătoși cu vârste între 8- 10 ani au înregistrat o medie egală cu 6,65, iar grupul copiilor sănătoși cu vârsta între 13-15 ani au obținut o medie egală cu 4,69. Valoarea mai înaltă obținută de copii cu vârsta între 8-10 ani ne indică asupra specificului personalității școlarului mic și nu este vorba despre careva tulburări în structura personalității. Acești copii manifestă timiditate, bariere în comunicare, dar în funcție de diverse

situații. La polul opus cel mai frecvent copiii se implică activ în orice situație, sunt îndrăzneți, comunică liber cu toți, cu ușurință vin în contact cu adulții. De cele mai multe ori copiii sunt predispuși la decizii rapide, prompte, impulsive, însă nu întotdeauna pot lua decizia corectă. După R. Cattell [77, 89, 112, 113], putem vorbi despre reacții sau răspunsuri mai mult sau puțin adecvate la stres și amenințări.

La *scala I (sensibil – dur)* valoarea medie a grupului de copii sănătoși este de 6,32, cu o eroare standard $\pm 0,23$. Grupul copiilor sănătoși cu vârste între 8-10 ani au înregistrat o medie egală cu 5,11, iar grupul copiilor sănătoși cu vârsta între 13-15 ani au obținut o medie egală cu 7,53. Factorul reflectă sensibilitate emoțională, imaginație bogată, expunerea la influențe externe ale mediului, necesitatea în sprijin și suport emoțional. Sub influența stresului pot să dezvolte simptome ale bolilor psihosomatice. După cum vedem copii cu vârsta cuprinsă între 8-10 ani au o tendință spre sensibilitate, necesitând mai multă afecțiune și suport emoțional.

Valoarea medie la *scala O (anxios – sigur pe sine)* obținută de către subiecții lotului de control este de 6,03, eroarea standard fiind $\pm 0,19$. Copii cu vârste de 8-10 ani au o medie de 5,38, iar grupul copiilor de 13-15 ani au înregistrat o medie de 6,69 la scala respectivă. Valorile obținute de copiii cu vârste cuprinse între 8-10 ani sunt puțin peste medie față de copii cu vârsta de 13-15 ani. Prin urmare, putem spune că o parte din subiecții lotului de control manifestă calm, seninătate, independență; restul subiecților sunt preocupați mereu de ceva, neliniștiți, simt o ușoară doză de vinovăție în tot ce fac. Însă, în general, subiecții sunt caracterizați ca fiind veseli, bine dispuși, încrezători în propriile forțe și puteri, capabili să confrunte propriile eșecuri. R. Cattell remarcă faptul că scala G poate fi influențată de stările subiectului decât de trăsăturile de personalitate [apud 77, 89, 112, 113]. Cu alte cuvinte, în interpretare acestei scale se ia în considerare măsura de influență a mediului în momentul testării și reacția copilului la evenimentele actuale din viața sa.

Valoarea medie la *scala Q3 (controlat – impulsiv)* obținută de către subiecții lotului de control este de 6,11, eroarea standard fiind $\pm 0,21$. Copiii cu vârste de 8-10 ani au o medie de 5,00, iar grupul copiilor de 13-15 ani au înregistrat o medie de 7,23 la scala respectivă. Media copiilor de 8-10 ani este la limita dintre valori, ceea ce denotă faptul că la vârsta respectivă încă nu este bine stabilit, format un autocontrol, fiind influențați de stările de dispoziție și situațiile de moment. Tendință ce se dezvoltă mult mai intens în vârsta următoare, ceea ce și demonstrează rezultatele înregistrate de către copiii de 13-15 ani. Astfel, putem spune că la această probă subiecții se caracterizează printr-un nivel diferit de comportament și de control: disciplinat, non-conflict, capabili de autocontrol, dar totodată fiind și acel „haos” intern - în funcție de situație.

La scala Q4 (*frustrat – relaxat*) valoarea medie a grupului de copiii sănătoși este de 6,59, cu o eroare standard $\pm 0,21$. Grupul copiilor sănătoși cu vârste între 8-10 ani au înregistrat o medie egală cu 6,65, iar grupul copiilor sănătoși cu vârsta între 13-15 ani au obținut o medie egală cu 6,53. Aceste valori prezintă o relaxare ușoară, pasivitate, calm, liniște. Subiecții cercetării fiind caracterizați prin lipsa dorințelor sau a motivației puternice. Nu au înregistrat tendințe radicale spre schimbare. Testarea a fost realizată într-o atmosferă relaxată, mediu normal de lucru, fără cerințe stricte sau specifice, testarea fiind destul de calmă, fără a provoca careva tensiuni sau situații stresante pentru subiecți.

Pe baza acestor date putem construi profilul de personalitate al copiilor sănătoși. Acest profil nu are valori polare extreme, datele obținute în baza analizei rezultatelor corespund particularităților psihologice ale personalității expuse de R. Cattell [77, 112].

În baza acestui profil, putem menționa că copiii sănătoși sunt extroverți, cu abilități intelectuale bine dezvoltate, dar în același timp au un tip de gândire conformistă, se simt mult mai confortabil într-un grup, sunt deschiși, expresivi în comunicare și comportament. Ei sunt mai sugestibili, manifestă mai mult subordonare, decât conducere. Stare de spirit liniștită, calmă, lipsa sentimentelor de vinovăție și neliniște, lipsa anxietății, dorința de auto-control a emoțiilor și a comportamentului. Tulburări psihologice pronunțate nu au fost înregistrate.

Caracteristicile descrise corespund tinerei personalității, al cărui „Eu” este încă slab, infantil, dar există tendințe de dezvoltare și maturizare a „Eu”- lui în structura personalității subiecților investigați. Acest lucru fiind confirmat și de micile diferențe obținute de copii de 8-10 ani și cei de 13-15 ani (figura 2.4).

O analiză mai completă a profilului arată că: conformismul în gândire, supunerea la rolul și statutul cerut, expresivitatea - este greu de suprapus cu un autocontrol ridicat, stabilitatea emoțională, liniște, echilibru, lipsa stresului, lipsa anxietății, lipsa sentimentelor de vinovăție. Cel mai probabil, subiecții au încercat să se prezinte într-o lumină mai favorabilă, pe măsura așteptărilor adulților. Aceasta nu este altceva decât o încercare de a convinge experimentatorul de maturitatea și puterea propriului „Eu”.

Aceste particularități ne confirmă faptul că copiii investigați manifestă trăsături de personalitate insuficient de puternic dezvoltate, o anumită doză de instabilitate, dar care au și capacități de adaptare socială adecvate, cel mai probabil fiind pe calea maturizării. În general, se poate spune că profilul reflectă personalitatea aflată la trecerea de la vârsta școlarului mic la vârsta pubertății, etapă marilor schimbări atât în plan fiziologic, cât și psihologic.

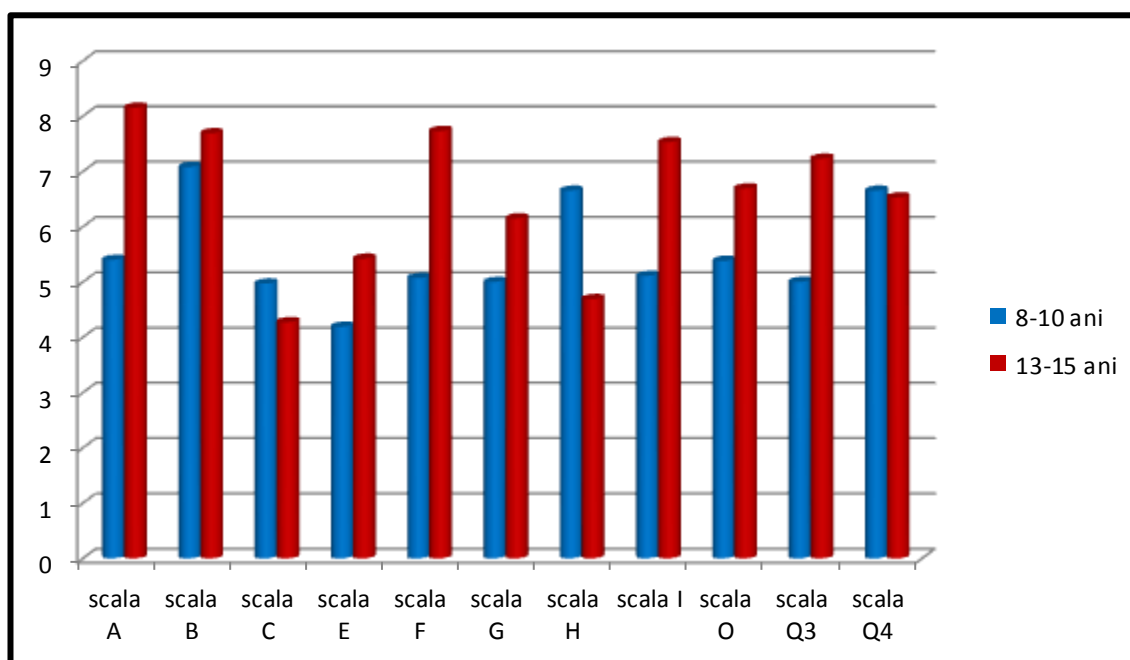


Fig. 2.4. Diferențele mediilor la testul 16 P.F., după criteriul de vârstă

În rezultatul aplicării *chestionarului de personalitate „16 P.F.” Cattell*, printre trăsăturile de personalitate predominante la copiii sănătoși, menționăm: extraversiune, nivel de inteligență ridicat, stabilitate emoțională relativă, expresivitate, curaj, vulnerabilitatea la sentimentul de sine, percepția propriei autonomii, tendință spre interacțiunea de grup, dorința de a fi adult, matur, ceea ce este în concordanță cu particularitățile de vârstă corespunzătoare [139, 156].

Aproape în același timp a avut loc următoarea etapă a cercetării noastre - studiul personalității copiilor care suferă de maladii respiratorii cronice: bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, mucoviscidoză și tuberculoză. Grupurile de copii bolnavi includ toate aspectele legate de severitatea bolii (forma ușoară, moderată, severă, perioade de remisiune).

Testarea a fost realizată cu acordul fiecărui copil și al unuia din părinți, precum și acordul medicului curant. Pe parcursul testării copiii au dat dovadă de interes, sinceritate în răspunsuri, dorința de a lucra cu psihologul, observând o reflectare naturală a caracteristicilor de personalitate exprimate în test.

Rezultatele studiului la chestionarul de personalitate „16 P.F.” Cattell, sunt prezentate în tabelul 2.4.

Scala A (rezervare – sociabilitate) valoarea medie obținută de copiii bolnavi cu bronșită cronică este de 6,65, cu o eroare standard $\pm 0,22$. Copiii bolnavi cu bronșită în vârstă de 8-10 ani au obținut o medie de 6,50, iar cei cu vârsta de 13-15 ani au obținut o medie de 6,80. Media bolnavilor cu pneumonie cronică este de 5,97, cu o eroare standard $\pm 0,25$, bolnavii cu vârsta de

8-10 ani au înregistrat o medie de 4,69, iar cei în vârstă de 13-15 ani au obținut media de 7,26. Bolnavii cu astm bronșic au obținut media de 5,62, eroarea standard $\pm 0,21$, lotul cu vârstă de 8-10 ani a înregistrat media de 5,55, iar cei de 13-15 ani au obținut media de 5,70. Valoarea medie obținută de bolnavii cu mucoviscidoză este de 5,56, eroarea standard $\pm 0,25$. Media copiilor cu mucoviscidoză de 8-10 ani este de 4,55, iar a celor de 13-15 ani este de 6,57. Copiii bolnavi cu tuberculoză au obținut o medie de 4,76 cu o eroare standard de $\pm 0,24$. Grupul copiilor cu vârste între 8-10 ani au înregistrat o medie egală cu 4,00, iar grupul copiilor sănătoși cu vârsta între 13-15 ani au obținut o medie egală cu 5,53. Din cele expuse mai sus am putea să menționăm că întreg lotul de copii bolnavi au obținut valori puțin peste medie, ceea ce înseamnă prezența la acești copii a unei sociabilități medii. Dar, în conformitate cu observațiile noastre și valorile obținute de acești copii la alte scale (B, F, O, Q3, Q4), situația este diferită:

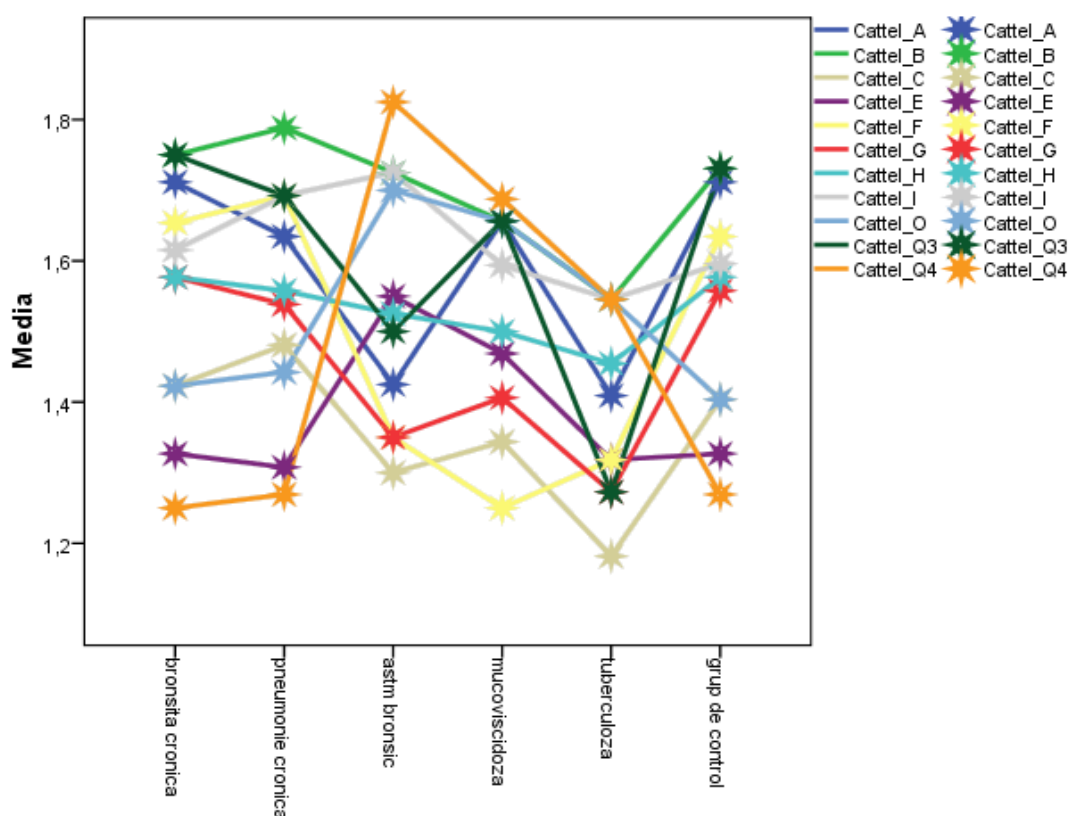


Fig. 2.5. Mediile obținute la testul 16 P.F., după tipul maladiei

Descriind fiecare scală, analizând datele obținute, am încercat să luăm în considerare efectul mecanismelor de apărare, temerile, necesitățile în aprobarea copiilor bolnavi de către mediul înconjurător. În acest caz, în prim plan apare negarea propriilor trăiri, mascare a stării reale a copilului bolnav. Acest lucru poate fi confirmat și de rezultatele înscrise în tabelul 2.4,

frecvențele valorilor obținute de subiecții cercetării. Există în mod clar neconcordanță între nevoile reale ale copiilor și potențialul lor de comunicare și relaționare.

Analizând tabelul 2.4, vedem că 71,2 % din lotul copiilor sănătoși au valori ridicate, în timp ce numai 28,8% au înregistrat valori scăzute. Copiii bolnavi cu bronșită au valori ridicate 51,2% și 48,8 % au valori scăzute; bolnavii cu pneumonie au înregistrat valori ridicate 43,5% și 56,5% valori scăzute; bolnavii cu astm au 42,5% valori ridicate și 57,5% au valori scăzute; copiii cu mucoviscidoză au obținut valori ridicate 51,7%, iar valorile scăzute au obținut 48,3%, bolnavii cu tuberculoză au valori ridicate 40,9%, iar valori scăzute au obținut 59,1%. Aceste date confirmă ceea ce am menționat anterior precum că copiii bolnavi cu maladii respiratorii cronice încearcă să ascundă propriile trăiri, să mascheze propriile stări.

Atât părinții, medicii, cât și profesorii au remarcat la copiii bolnavi tendințe de izolare, evitarea contactelor cu colegii și semenii, schimbări în comportament: „plânge adesea, sa retrage în camera lui și stă acolo singur pentru o lungă perioadă de timp”. Profesorii de la școala acordă, de asemenea, atenție asupra faptului că copiii bolnavi cu maladii respiratorii cronice sunt indeciși, au deseori stări depresive, mai ales copii cu stări mai grave, ca de exemplu, cei cu mucoviscidoză, tuberculoză sau astm bronșic. De exemplu: Victor B, 12 ani, formă severă de astm bronșic, starea agravându-se în ultimii 5 ani, debutul bolii fiind pe la vârsta de 7 ani. Media obținută la chestionarul de personalitate „16 P. F.” scala A este 6. Dezvoltarea psihomotorie corespunde vârstei respective. Băiatul trăiește în familie cu mama și sora mai mare de 15 ani. Din spusele mamei, copilul comunică rar cu colegii, nu are prieteni, stă închis în casă în camera lui, citind de cele mai multe ori o carte. Activitatea preferată - jocurile la calculator, de multe ori este iritabil, plânge pentru fleacuri, este sensibil. La școală are o reușită satisfăcătoare. Dar, în general, nu-i place să meargă la școală, din spusele copilului. Un alt exemplu, Tatiana C., 12 ani, formă pulmonară gravă de fibroză chistică, este bolnavă de 8 ani. Din spusele mamei este o fire retrasă, are puțini prieteni, din cauza spitalizărilor prelungite rămâne în urmă la învățătură, dar după spusele fetei îi place la școală. Se simte uneori izolată din cauza bolii, de cele mai multe ori colegii o evită pe motiv să nu se molipsească de la ea. Activitatea preferată este lectura și croșetarea. Cei mai buni prieteni sunt mama și fratele.

De obicei copiii cu maladii respiratorii grave, cum ar fi astmul bronșic, mucoviscidoza sau tuberculoza, sunt mai rezervați în contactele sociale, manifestă rețineri în comunicare, ușor se supără, nu-și exprimă sentimentele, trăiesc o stare de tensiune, neliniște și anxietate. Am putea presupune că trăsăturile de la scala A determină trăsăturile de la scala C – întârzie dezvoltarea

emoțională, duce la instabilitate și imaturitate emoțională. Anume din acest motiv am și analizat în detaliu această scală. Valorile la celelalte scale le puteți vedea în anexele 4 și 5.

În general, la copiii cu MRC, am identificat următoarele caracteristici, în baza chestionarului de personalitate „16 P.F.”.

Anxietate, neliniște, nesiguranță și preocupare (valori mari ale factorului O) au fost estimate în 57,7% dintre copiii bolnavi cu bronșită cronică, 59,8% dintre copiii intervievați cu pneumonie cronică, 70,0% dintre copiii bolnavi cu astm bronșic, 68,6% dintre copiii bolnavi cu mucoviscidoză și 62,5% dintre copiii evaluați, bolnavi cu tuberculoză. Dacă analizăm datele după criteriul de vârstă, atunci observăm că copiii bolnavi cu pneumonie cronică, astm bronșic, mucoviscidoză, tuberculoză au înregistrat valori mult mai mari ale factorului O, comparativ cu valorile obținute de loturile de copiii cu vârsta de 13-15 ani. Aceste date fiind dovada preocupărilor lor continui, montarea pe eșecuri, stări triste de dispoziție. Copiii care au obținut valori înalte la scala O, pot fi caracterizați astfel: ușor se decepționează, sunt triști mai tot timpul, sunt plini de temeri sumbre, ușor supărăcioși, uneori se simt singuri, neavând chef de careva activități. Ei cred că în viața lor sunt o mulțime de probleme, dificultăți și că visele lor din anumite motive nu se realizează. În general, maladiile respiratorii cronice se caracterizează printr-o stare ridicată de anxietate.

Vorbind de anxietate ca trăsătură ce domină la bolnavii cu maladii respiratorii cronice, nu putem să evităm aspectele ascunse pe care le poate lua această trăsătură. Tot mai mult în literatura de specialitate se vorbește despre manifestările ascunse, sub formă de „mască”, a tulburărilor emoționale, somatizarea stărilor nevrotice etc. Această „mască”, nu-l scutește pe copil de tensiunile interioare, ci din contra contribuie la o dezadaptare la mediul înconjurător.

Creșterea tensiunii, stări de frustrare (valori ridicate ale scalei Q4) au fost înregistrate la 75,0% din bolnavii cu bronșită cronică, dintre care copii de 8-10 ani – 32,5 %, iar cei de 13-15 ani – 42,5%. Bolnavii cu pneumonie cronică au obținut 73,1%, dintre care cei de 8-10 ani – 27,2%, iar cei de 13-15 ani – 45,9%. Copii bolnavi cu astm bronșic au înregistrat aceste stări în 82,5% dintre care copii de 8-10 ani – 41%, iar cei de 13-15 ani – 41,5%. Copii cu mucoviscidoză au aceste manifestări în 69,3%, dintre care copii de 8-10 ani 32,8%, iar cei de 13-15 ani 36,5%. În grupul copiilor bolnavi cu tuberculoză, aceste stări au fost evidențiate în 64,5%, dintre care copii de 8-10 ani – 31,6%, iar copii de 13-15 ani – 32,9%. Copii cu vârste de 8-10 ani au înregistrat frecvențe ale valorilor mai mici decât copii mai mari. Presupunem că, acest lucru se datorează faptului că, abia spre finele stadiului de dezvoltare al școlarului mic, se obține un echilibru general stabil în raporturile cu mediul și crește caracterul voluntar și conștient al tuturor

manifestărilor psihocomportamentale. Valorile ridicate la scala Q4, ne indică asupra surplusului de tensiune interioară, care nu-și găsește exteriorizare și descărcare în activități practice. Acest lucru este absolut firesc, ținând cont de condițiile în care e forțat să se mențină copilul bolnav. Limitarea în activități fizice, frecvențele și îndelungatele spitalizări, care impun restricții nu numai la activitățile generale ale copilului, dar și comportament limitat în spital: să nu vorbească cu voce tare, să nu alerge, să nu facă gălăgie, jocuri cât mai liniștite, regim la pat etc.. Părinții, din cauza preocupărilor excesive pentru sănătatea copilului, le monitorizează în mod constant comportamentul. Copilului bolnav cronic îi este impus un mod sedentar de viață din cauza dificultăților de respirație și o mare varietate de proceduri medicale. Acest mod de viață nu este propice pentru dezvoltarea motorie și a activităților volitive, reduce interesul copiilor la activități pasive: calculator, jocuri liniștite, lecturări etc. Prin urmare, la acești copii predomină stări de tensiune și frustrare. Ei sunt iritați pentru fleacuri, pot ridica vocea, uneori sunt supărați și tresar la sunete neașteptate, mai puternice. De asemenea, și maladia cronică în sine este o situație de frustrare puternică.

La scala H (curaj – timiditate), tendințe ușoare spre timiditate au fost înregistrate la 22,3% din grupul de copii de 8-10 ani bolnavi cu pneumonie cronică, la 21,5% din grupul de copii de 8-10 ani bolnavi cu mucoviscidoză. Activism, inițiativă, stabilirea cu ușurință a contactelor sociale, curaj în acțiuni, încredere au fost înregistrate la loturile de copii cu vârste cuprinse între 13-15 ani, practic la toate grupurile de copii bolnavi. Aceste date reflectă relația copilului cu adulții (părinți, profesori, medici). Copiii ce obțin valori înalte la scala dată se caracterizează prin inițiativă, curaj în comunicarea cu cei din jur, ușurință în stabilirea contactelor cu adulții. După cum menționează Игнатъева Н. Д. [127, 144], acești copii trăiesc într-un continuu mediu stresant asociat cu boala: proceduri medicale, spitalizări frecvente și îndelungate, diete alimentare, limitări în comportament și activități, un anumit stil și mod de viață. Potrivit autoarei toate aceste aspecte contribuie la formarea caracteristicilor de personalitate „adultă”: prudență, seriozitate, sobrietate, capacitate de analiză a propriilor stări interioare, creșterea dependenței de adulți și interiorizarea, asimilarea regulilor impuse de aceștia. Copiii bolnavi nu au aceleași șanse ca și colegii lor sănătoși să-și trăiască plenar viața, ei sunt „forțați” să comunice mai mult cu personalul medical, să petreacă mai mult timp cu părinții sau personalul de îngrijire. Multe dintre activitățile obișnuite ale copiilor sănătoși pentru o bună parte dintre copii bolnavi le sunt contraindicate. Din cauza simptoamelor (tuse, dureri etc.), cei mai mulți dintre copiii bolnavi se jenează de boala lor, adeseori evită contactul cu colegii, deoarece percepția celor din jur asupra propriei persoane este cel mai important la această vârstă.

În schimb adulții, având în vedere experiența lor socială se comportă cu acești copii bolnavi cu înțelegere, le acordă mai multă atenție, simpatie, grijă. Astfel, lipsa interacțiunii sociale cu colegii și semenii este compensată de contactul și interacțiunea cu adulții.

Sensibilitate, dependență de alții, supunere, subordonare (valori ridicate la scala I) sunt prezente la 61,5% din lotul copiilor bolnavi cu bronșită cronică, dintre care la cei de 8-10 ani – 34,4%, iar la cei de 13-15 ani – 27,1%. Frecvența valorilor la grupul de copii bolnavi cu pneumonie cronică este de 65,2%, dintre care cei de 8-10 ani au înregistrat 27,4%, iar cei de 13-15 ani – 37,8%. Grupul bolnavilor cu astm bronșic are o frecvență de 72,5%, dintre care lotul cu vârstă de 8-10 ani – 31,4%, iar cei de 13-15 ani – 41,1%. Bolnavii cu mucoviscidoză înregistrează 59,4%, dintre care cei de 8-10 ani – 32,2%, iar cei de 13-15 ani – 27,2%. Copiii bolnavi cu tuberculoză au înregistrat valori înalte în 45,5%, dintre care cei de 8-10 ani – 21,1%, iar cei de 13-15 ani – 24,4%. Acest lucru indică asupra sensibilității emoționale, imaginație bogată, înclinații estetice, „feminitate”, moliciune și subordonare. Acești copii iubesc natura, jucându-se cu cei mai mici ca ei, plâng atunci când citesc povești triste, au frică de păianjeni, acest lucru se atestă atât la fete, cât și la băieții implicați în cercetare.

Potrivit cercetărilor realizate de către Гильяшева И. Н. și Александровская Э. М., acești copii sentimentali, plângâni, naivi au nevoie de sprijin, dat faptului ca fiind extrem de vulnerabili la efectele nocive ale mediului înconjurător. [123, 144]

Autocontrol scăzut și nerespectarea normelor sociale (valori scăzute ale scalei Q3) au fost determinate la 72,0% din grupul copiilor bolnavi cu bronșită cronică, dintre care 32,4% la cei de 8-10 ani și 39,6% la cei de 13-15 ani. Copii bolnavi cu pneumonie au înregistrat o frecvență a valorilor scăzute la scala Q3 de 68,2%, dintre care cei de 8-10 ani – 26,7%, iar cei de 13-15 ani – 41,5%. Frecvența valorilor la grupul de copii bolnavi cu astm bronșic este de 50,0%, dintre care cei de 8-10 ani – 22,0%, iar cei de 13-15 ani – 28,0%. Copiii cu mucoviscidoză au o frecvență de 65,6%, dintre care cei de 8-10 ani – 31,5%, iar copiii de 13-15 ani – 34,1%. Bolnavii de tuberculoză au înregistrat o frecvență a valorilor de 58,9%, dintre care cei de 8-10 ani – 28,9%, iar cei de 13-15 ani – 30,0%. Copiii care au înregistrat valori scăzute la scala Q3 nu-și pot controla comportamentul și în general au o slabă organizare a propriilor activități. Le este destul de dificil la școală, atât din cauza absențelor cât și din cauza stării de sănătate. Preferă în locul lecțiilor plimbările la aer, diferite activități lejere, vizionarea filmelor etc. Acest lucru se datorează astenizării organismului din cauza bolii, labilității sistemului nervos, capacității scăzute de concentrare a atenției, autocontrolului redus și dificil.

Onestitatea, seriozitatea, responsabilitatea (valori ridicate la scala G (conștiinciozitate – neconștiinciozitate)) sunt exprimate la 42,3% din lotul de copii bolnavi cu bronșită cronică, dintre care cei de 8-10 ani 20,0%, iar cei de 13-15 ani – 22,3%. Bolnavii de pneumonie cronică au înregistrat o frecvență a valorilor de 46,2%, dintre care bolnavii de 8-10 ani – 19,4%, iar cei de 13-15 ani – 26,8%. Copiii cu astm bronșic au o frecvență de 61,0%, dintre care cei de 8-10 ani – 31,7%, iar cei de 13-15 ani – 29,3%. Frecvența valorilor la copiii cu mucoviscidoză este de 59,4%, dintre care cei de 8-10 ani – 28,8%, iar cei de 13-15 ani – 30,6%. Bolnavii de tuberculoză au înregistrat o frecvență de 45,5%, dintre care cei de 8-10 ani 27,1%, iar cei de 13-15 ani – 18,4%. Aceste date reflectă faptul cum un copil cu maladii respiratorii cronice, percepe și este în conformitate cu cerințele adulților. Starea de sănătate a acestor bolnavi, este în dependență de respectarea prevederilor și cerințelor medicale: primirea la timp a medicamentelor, respectarea dozelor, respectarea dietei, menținerea unui stil de viață corespunzător necesităților maladiei respective. Prin urmare, pentru acești bolnavi este de o necesitate vitală așa trăsături ca responsabilitatea, seriozitatea, acuratețea și precizia în tot ceea ce fac.

Prudența, seriozitatea, cumpătarea (valori scăzute la scala F) caracterizează 34,6% din copiii bolnavi cu bronșită cronică, dintre care cei de 8-10 ani – 17,9%, iar cei de 13-15 ani – 16,7%. Frecvența valorilor înregistrate de grupul de copii bolnavi cu pneumonie cronică este de 31,9%, dintre care cei cu vârsta de 8-10 ani au 14%, iar cei de 13-15 ani – 17,9%. Bolnavii de astm bronșic au o frecvență la această scală de 65,0%, dintre care cei de 8-10 ani – 28,2%, iar cei de 13-15 ani – 36,8%. Cei bolnavi cu mucoviscidoză au înregistrat o frecvență a valorilor de 75,0%, dintre care copiii de 8-10 ani – 35,2%, iar copiii de 13-15 ani – 39,8%. Copiii bolnavi cu tuberculoză au o frecvență a valorilor de 66,4%, dintre care cei de 8-10 ani – 34,1%, iar cei de 13-15 ani – 32,3%. După cum am menționat mai sus, pacienților cu maladii respiratorii cronice le este caracteristic responsabilitatea, seriozitatea, acuratețea în atitudinea lor față de viață. În același timp, ei au tendința de a complica lucrurile și a le analiza destul de atent și serios. Totodată dau dovadă de rigiditate, mai ales în luarea deciziilor, manifestă stereotipii în comportament. Pasivitatea impusă de regimul de viață, luarea deciziilor fără careva contradicții sau restricții, vigilență în timpul procedurilor medicale, frica ce însoțește aceste stări - toate, desigur, contribuie la formarea prudenței, responsabilității, seriozității, rigidității în comportament și nu numai. Karson și O'Dell indică asupra faptului că persoanele care iau valori mici la scala F au tendința de a internaliza conflictele [76, 77].

Accentuarea necesității de autoafirmare (valori ridicate la scala E) este caracteristică pentru 67,3% din copiii bolnavi cu bronșită cronică, dintre care 33,1% din copiii de 8-10 ani și

34,2% din copiii de 13-15 ani. Frecvența valorilor înregistrate de bolnavii de pneumonie cronică este de 69,2%, dintre care cei de 8-10 ani au o frecvență de 25,3%, iar cei de 13-15 ani au o frecvență de 43,9%. Lotul copiilor cu astm bronșic au înregistrat o frecvență de 45,0%, cei de 8-10 ani – 19,8%, iar cei de 13-15 ani – 25,2%. Valori ridicate la scala E au obținut și copiii cu mucoviscidoză în proporție de 46,9%, copiii de 8-10 ani - 20,8%, iar cei de 13-15 ani – 26,1%. Frecvența valorilor în cazul copiilor bolnavi de tuberculoză este de 31,8%, dintre care cei de 8-10 ani – 14,4%, iar cei de 13-15 ani – 17,4%. Aceste valori fiind însoțite de dorința de a conduce, de a fi lider, dorința de dominare și opoziție față de colegi. De cele mai multe ori, potrivit cercetărilor realizate de Гильяшева И. Н. [130, 157], manifestarea acestor particularități sunt însoțite de comportamente distructive, prezența agresiunii, tendințe de conducere, dar care de cele mai multe ori nu-și găsesc aplicabilitatea practică din cauza imaturității relațiilor sociale ale acestor bolnavi, sau din cauza că o bună parte din aceste relații cu semenii lipsesc.

Pentru a cunoaște, dacă există diferențe semnificative între grupele eșantionului global și între grupe în funcție de vârstă, am efectuat analiza de varianță ANOVA (unifactorial, testul Bonferroni, teste de comparații multiple Tukey, Duncan, Scheffe).

În urma analizei de varianță, per total pe grupe, am obținut diferențe semnificative la scalele: A - sociabilitate ($F = 2,99$, $p = 0,012$), C – instabilitate emoțională ($F = 2,55$, $p = 0,017$), F – concentrare ($F = 6,70$, $p = 0,000$), G – conștiinciozitate ($F = 2,27$, $p = 0,048$), O – anxietate ($F = 2,78$, $p = 0,018$), Q3 – control ($F = 4,59$, $p = 0,001$), Q4 – frustrare ($F = 13,15$, $p = 0,000$) (tab. 2.5.).

Tabelul 2.5. Compararea intergrupală a datelor respondenților la Chestionarul de personalitate „16 P.F.”

	A	B	C	E	F	G	H	I	O	Q3	Q4
F	2,99	5,424	2,55	8,715	6,70	2,27	7,505	8,544	2,78	4,59	13,15
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
p	,012	,036	,017	,021	,000	,048	,031	,041	,018	,001	,000

R. Cattell și colab. [51, 77, 86], în anul 1970, descriu profilul unei personalități nevrotice: C-; E-; F-; G-; H-; I +; O+; Q4 + (un egou slab, insuficientă independență în gândire și capacitate redusă de a rezolva problemele, confuzie, ca o consecință a eșecului, rezistență slabă la stres, necesitate de protecție, anxietate, sentimente de vinovăție și inutilitate).

A. Ю. Панасюк [161, 162, 184, 185] constată că cea mai defavorabilă combinație sunt scoruri mari la scalele O și Q4 cu scoruri mici la scala C. „Acest simptom poate fi privit ca o manifestare a inadaptării copilului, instabilitatea sa emoțională”.

Cercetările din domeniul psihologiei [apud 161, 162, 184, 185] se axează asupra structurii și caracteristicilor psihologice precum și asupra bazelor fiziologice ale diferențelor individuale. În ciuda diversității temelor de cercetare și a diferențelor în motivele teoretice ale autorilor, există trei mari direcții de cercetare a particularităților psihologice ale personalității.

Prima direcție de cercetare se ocupă de analiza structurii particularităților psihologice ale personalității. În studiile care folosesc această abordare caracteristicile individuale nu servesc numai ca obiect de studiu, ci și ca o condiție, ceea ce face posibilă utilizarea procedurilor statistice prin care se pot structura și analiza caracteristicile psihologice ale personalității.

A doua direcție de cercetare presupune identificarea cauzalității diferențelor individuale ale caracteristicilor psihologice ale personalității. Studiul acestui grup se referă la analiza biologică și socială determinate de diferențele individuale, rolul eredității și a mediului în formarea diferențelor individuale, dinamica individuală în procesul de dezvoltare a personalității.

A treia direcție de cercetare este analiza ideografică a personalității. În lucrările abordate de această direcție obiectul de cercetare este o entitate separată, nu un grup, ca în primele două direcții.

În cercetarea de față, baza teoretică s-a axat pe înțelegerea personalității ca o structură multi-ierarhică de particularități psihologice. Investigarea structurii psihologice a personalității, identificarea relațiilor dintre particularitățile psihologice, precum și studiul diferențelor (motive sociale și biologice) constituie un fapt important pentru înțelegerea legăturilor generale ale formării personalității.

Structurarea trăsăturilor personalității într-o ierarhie, permite definirea particularităților psihologice care stau la baza constituirii personalității (fig. 2.6). Anume stabilirea acestor particularități psihologice de bază, utilizate în cercetări interdisciplinare, ca trăsături - elemente relativ stabile ale structurii psihologice – ce se manifestă în diferite situații și variază în dependență de anumiți factori, subliniind particularitățile psihologice semnificative, permit compararea rezultatelor subiecților și grupurilor.

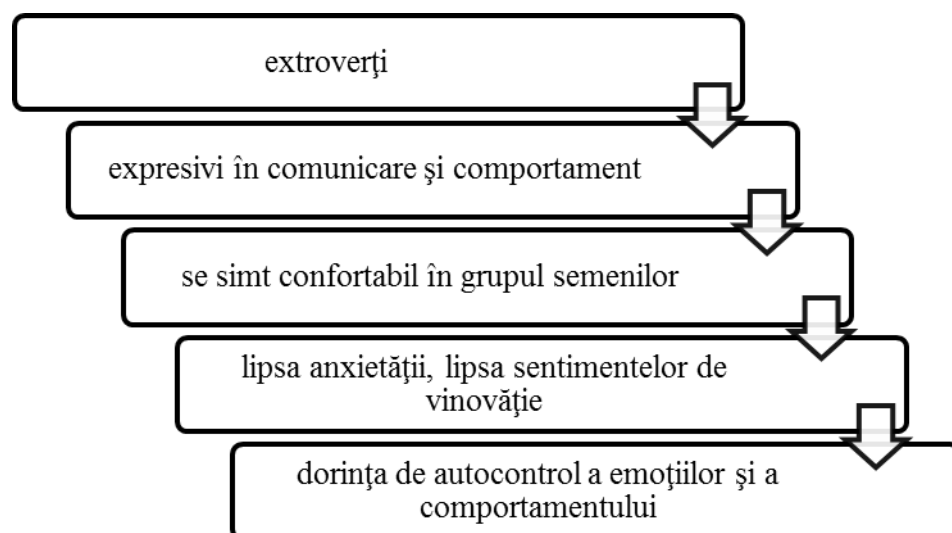


Fig. 2.6. Trăsăturile de personalitate la copiii sănătoși

Astfel, constatăm următoarele particularități psihologice ale personalității copiilor cu MRC comparativ cu cea a copiilor sănătoși, cu dezvoltare conform normei de vârstă. Pe baza datelor obținute putem constitui un profil de personalitate al copiilor fără patologii pulmonare. Acest profil nu are valori polare extreme, putem menționa că copiii sănătoși sunt:

- extroverți, cu abilități intelectuale bine dezvoltate, dar în același timp au un tip de gândire conformistă, se simt mult mai confortabil într-un grup, sunt deschiși, expresivi în comunicare și comportament.
- mai sugestibili, manifestă mai mult subordonare, decât conducere. Stare de spirit liniștită, calmă, lipsa sentimentelor de vinovăție și neliniște, lipsa anxietății, dorința de autocontrol a emoțiilor și a comportamentului.

Aceste particularități ne confirmă faptul că copiii investigați manifestă trăsături de personalitate insuficient de puternic dezvoltate, o anumită doză de instabilitate, dar care au și capacități de adaptare socială adecvate, cel mai probabil fiind pe calea maturizării. În general, putem afirma că profilul reflectă personalitatea aflată la trecerea de la vârsta școlarului mic la vârsta pubertății, etapă marilor schimbări.

Sunt prezentate aspectele cele mai importante înregistrate de lotul copiilor bolnavi cu MRC:

Grupul de copii bolnavi cu *bronșită cronică* au înregistrat următoarele date: instabilitate emoțională, autoritate, timiditate, anxietate, impulsivitate, frustrare. Asemănătoare rezultate au înregistrat și bolnavii cu pneumonie cronică: instabilitate emoțională, autoritate, timiditate, anxietate, impulsivitate și frustrare.

Bolnavii cu *tuberculoză* sunt personalități sensibile, lucru subliniat mai ales prin marea lor reactivitate la traumele psihice. Instabilitatea emoțională, îngustarea cercului de interese, sociabilitate scăzută, nehotărârea, stări de frustrare, de anxietate sunt foarte frecvente la acești bolnavi.

Această tendință este menținută și la persoanele cu *astm bronșic*, care prezintă lipsă de încredere, iritabilitate, frustrare, timiditate, incapacitate de a stabili relații, nevoia de afecțiune și agresivitate neexteriorizată, duritate, anxietate, instabilitate emoțională – ce produc tulburări, dereglări ventilatorii și secretorii.

În cazul persoanelor cu *mucoviscidoză* relevante le sunt și unele caracteristici specifice: timiditate, frustrare, anxietate, sensibilitate crescută mai ales dependență față de mamă, supunere, dar totodată și o anumită stabilitate emoțională.

Principalele trăsături de personalitate, divizate după specificul maladiei sunt expuse în figura 2.7.

Potrivit datelor obținute în baza cercetării realizate, putem crea portretul psihologic al personalității copilului bolnav cu maladii respiratorii cronice:

- sunt persoane, cu un nivel ridicat de anxietate, care se poate manifesta sub forma rigidității, incapacității de a-și exprima emoțiile, sau fiind persoane excesiv de ascultătoare și dependente de cei din jur.
- sunt persoanele foarte serioase, precaute, sensibile, care stabilesc mai ușor relații cu adulții decât relaționează cu colegii sau semenii lor.
- le sunt caracteristice stări de tensiune, stări de frustrare, au o sensibilitate ridicată, imaturitate și instabilitate emoțională, cu un autocontrol slab dezvoltat.
- pacienții cu MRC au un nivel ridicat de anxietate, depresie, reacții fobice, dar totodată au tendința de a ascunde, de a masca aceste stări emoționale, ceea ce intensifică și acutizează simptomele clinice.

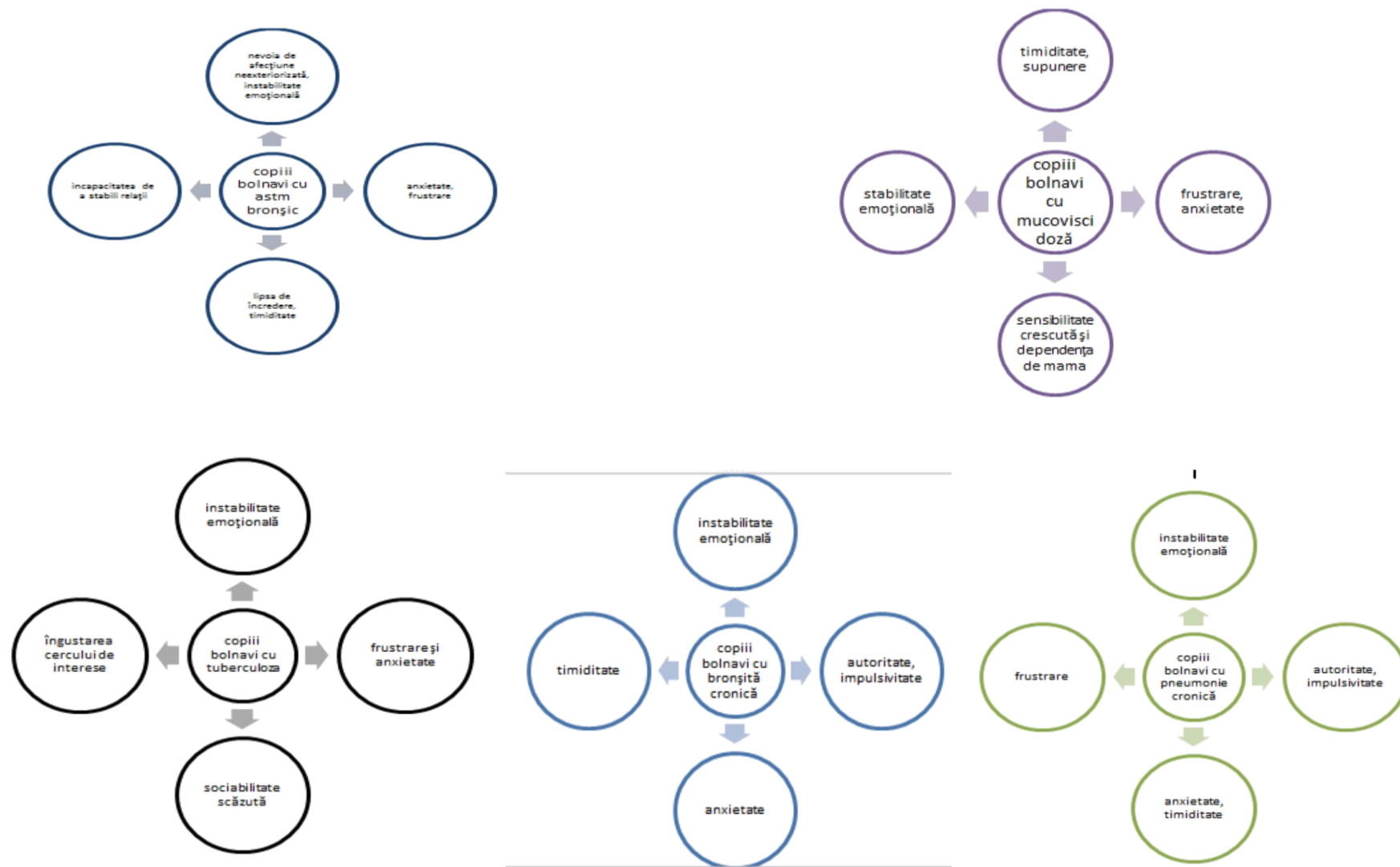


Fig. 2.7. Trăsături de personalitate, divizate după specificul maladiei

Schematic datele obținute le prezentăm în figura 2.8.

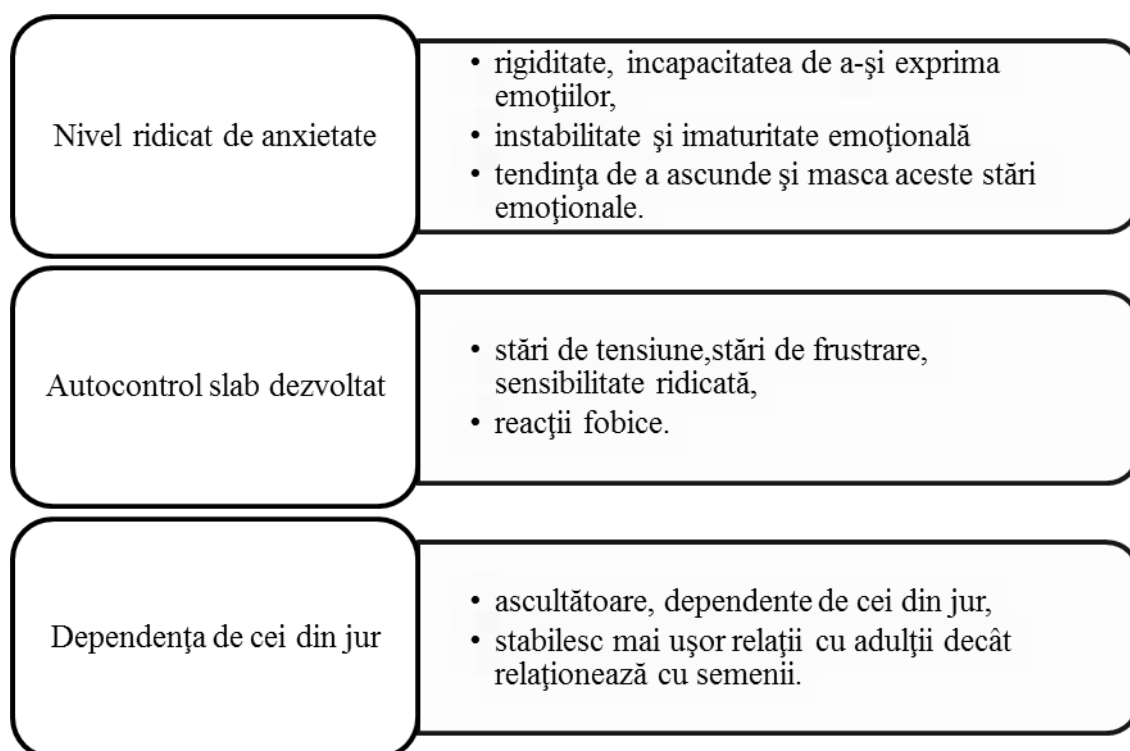


Fig. 2.8. Trăsăturile de personalitate la copiii cu maladii respiratorii cronice

În final, rezultatele obținute ne permit să indicăm că se confirmă ipoteza presupusă și anume copiilor cu MRC cronice le este caracteristic un anumit profil de personalitate determinat de specificul maladiei și vârstă.

2.3. Stările psiho-emoționale ale copilului cu maladii respiratorii cronice

În partea a doua a experimentului de constatare s-au analizat particularitățile psihologice generale ale personalității copilului cu maladii respiratorii cronice, în scopul verificării **ipotezei 2**:

- există diferențe în manifestarea particularităților psihologice și a stărilor psiho-emoționale la copiii bolnavi față de copiii sănătoși, determinate de tipul maladiei și vârstă;

În acest context au fost analizate aspecte ale anxietății, autoaprecierii, aspirațiilor, precum și caracteristicile psihoemoționale ale dezvoltării personalității copiilor bolnavi cât și sănătoși, fiind aplicate mai multe probe psihologice grupurilor selectate de copii, probe ce au fost descrise în subcapitolul 2.1.

Unul dintre obiectivele acestei cercetări a constatat în stabilirea nivelului de anxietate al copiilor, care reprezintă indicele bunăstării interioare a persoanei. Anxietatea poate fi definită ca

„o stare de indispoziție caracterizată prin tensiune, neliniște și îngrijorare ce apare fără să existe o sursă obiectivă de primejdie”. Un nivel sporit al anxietății reprezintă manifestarea subiectivă a disconfortului psihologic. Ea poate fi generată de un conflict nevrotic, tulburări psihosomate, tensiuni emoționale. Totuși, anxietatea nu trebuie considerată din start o trăsătură negativă a personalității, deoarece prezența unui nivel optim de neliniște este condiția firească și necesară pentru activismul persoanei, având rol protector, ca și reacție adaptativă la situația ce ar putea-o pune în pericol. Nivelul ei sporit deja poate servi drept indiciu al unor „stări prenevrotice”, ce perturbă dezvoltarea armonioasă și activitatea eficientă a copilului. Anxietatea devine patologică atunci când componentele ei cognitive sau comportamentale devin exagerate și durabile, reprezentând un răspuns inadecvat la o anumită situație stresantă. De cele mai multe ori nu boala în sine poate fi un factor stresant, dar și acele schimbări în regimul de viață al copilului determinate de maladia cronică. Anxietatea este o componentă destul de importantă în structura personalității în cazul maladiilor cronice, deoarece stresul determinat de aceste maladii influențează unitatea structurală a personalității prin nesatisfacerea trebuințelor interne, prin distorsionarea concepției propriului Eu și a lumii înconjurătoare. Deci, starea de anxietate în maladiile cronice are rol de semnalizare a unei situații alarmante. Ceea ce se evidențiază în cazul copiilor cu maladii respiratorii cronice este faptul că această stare de anxietate nu este conștientizată, fiind inclusă în structura personalității ca un factor determinant. Acest lucru determină direcția de dezvoltare a personalității în devenire, cât și buna adaptare a copilului la cerințele mediului, ceea ce nu-i permite copilului să-și folosească la maxim întregul său potențial. Odată cu progresarea maladiei crește și nivelul anxietății, totodată se deteriorează și mecanismele compensatorii ale personalității. În felul acesta, anxietatea servește drept mecanism de declanșare a diferitor tulburări ale personalității copilului bolnav cronic sau servește drept fundament pe care se dezvoltă o diversitate de simptome psihosomate.

Dacă am compara valorile medii obținute la testul Cattell (scala O), ce indică asupra nivelului de anxietate al copiilor investigați, putem constata că la bolnavii cu astm bronșic, mucoviscidoză, tuberculoză au înregistrate valori mult mai mari decât cei cu bronșită cronică și pneumonie, iar lotul copiilor sănătoși au cea mai joasă medie la această scală (fig. 2.9.).

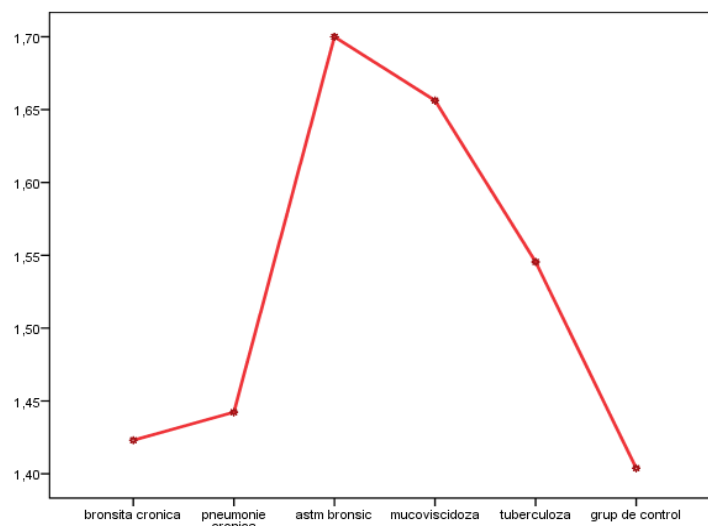


Fig. 2.9. Mediile obținute de grupurile cercetării la scala O, testul Cattell

După criteriul de vârstă (fig. 2.10) s-au evidențiat următoarele date: copiii cu vârsta de 8-10 ani au înregistrat un nivel mai scăzut al anxietății ($m=1,43$) comparativ cu cei de 13-15 ani, care au obținut valori ale scalei respective mult mai înalte ($m=1,59$).

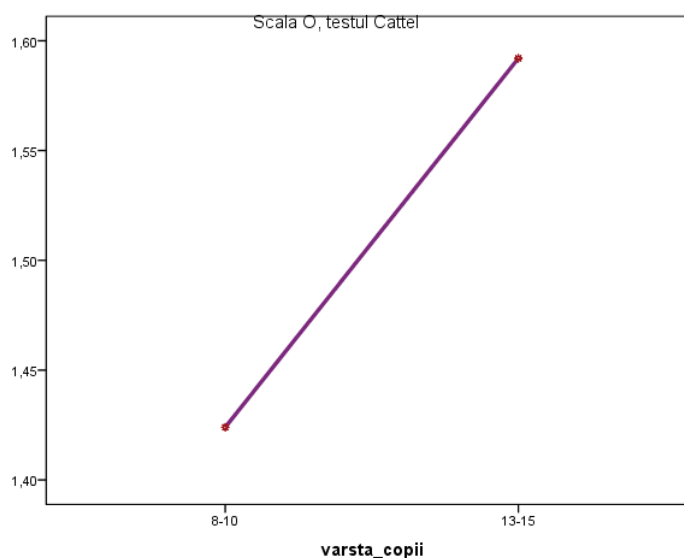


Fig. 2.10. Mediile obținute la testul Cattell (scala O), după criteriul de vârstă

Pentru a fundamenta cele expuse, precum că maladiile cronice determină un nivel mai ridicat al anxietății am aplicat testul Spillberger, ce determină nivelul de anxietate reactivă și stabilă. Am utilizat această metodă deoarece, după cum am menționat anterior, copiilor cu maladii cronice mai grave le este specific un nivel de anxietate mult mai ridicat decât persoanelor sănătoase sau cu o maladie nu atât de complicată cu șanse de recuperare totală mult

mai înalte. După cum cunoaștem, spitalizările frecvente deja constituie un factor stresant pentru copil, ceea ce presupune un nivel mai ridicat al anxietății, iar diferențele dintre starea de anxietate înscrisă ca trăsătură de personalitate și cea apărută pe moment, le putem determina anume cu această metodă.

În urma prelucrării statistice a rezultatelor am obținut diferențe în manifestarea nivelului de anxietate în dependență de tipul maladiei, precum și în dependență de criteriu de vârstă. Pentru o mai bună vizualizare prezentăm diagrama din figura 2.6.

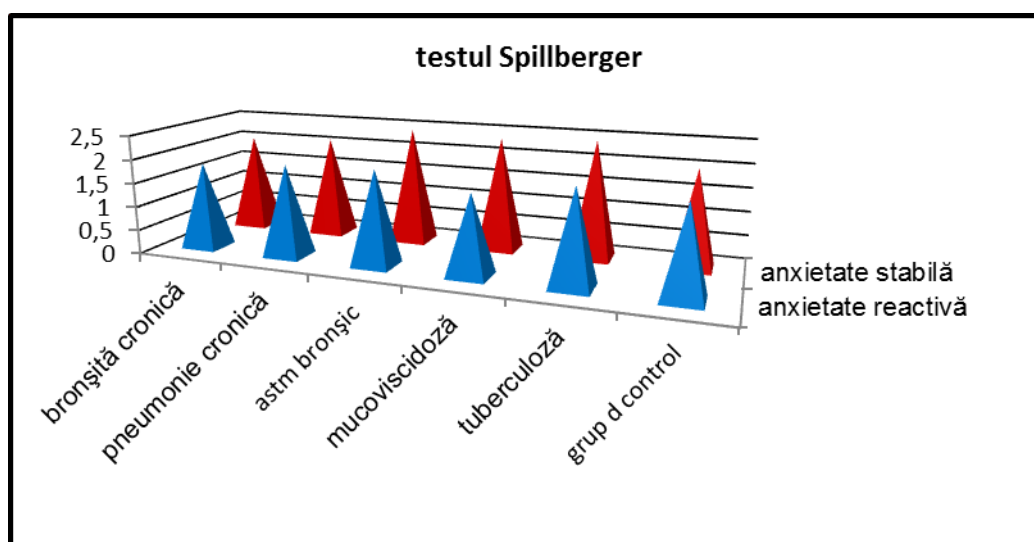


Fig. 2.11. Mediile la testul Spillberger, după tipul maladiei

Astfel, copiii bolnavi cu astm bronșic ($m=2,45$), mucoviscidoză ($m=2,38$) și tuberculoză ($m=2,46$) au obținut valori mai înalte decât restul eșantionului. Acest fapt ne confirmă mențiunile anterioare, precum că odată cu agravarea stării de sănătate a copilului crește și nivelul anxietății, ceea ce este demonstrat și de către cercetători străini.

În ceea ce privește rezultatele obținute în dependență de criteriul de vârstă nu am înregistrat diferențe evidente. Atât copii de 8-10 ani, cât și copii de 13-15 ani manifestă același nivel al anxietății reactive cât și stabile (figura 2.12.)

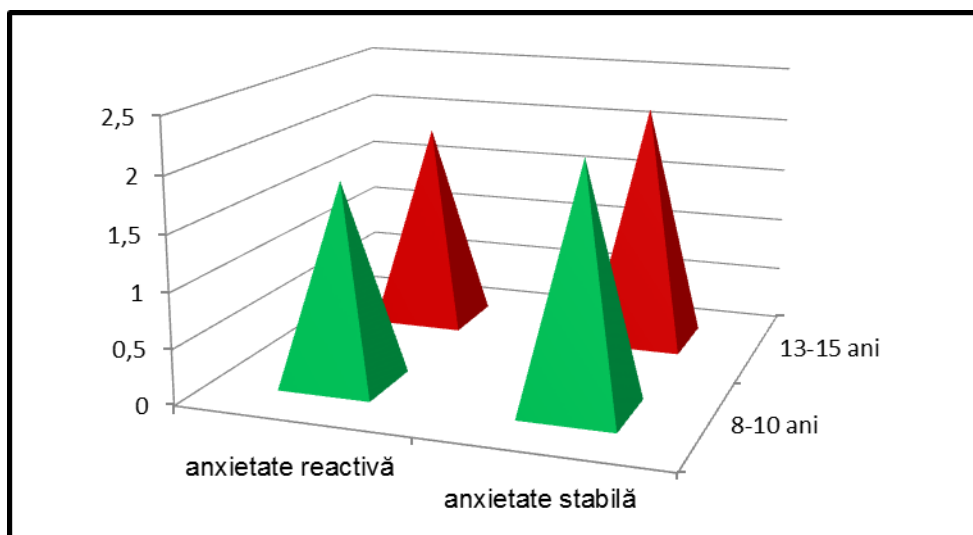


Fig. 2.12. Mediile la testul Spillberger, după criteriul de vârstă

Pentru a compara valorile nivelului de anxietate al copiilor investigați, am utilizat testul *Kruskal-Wallis*, ce ne ajută să testăm diferența dintre variabila dependentă și grupurile de subiecți (Anexa 7). Comparativ cu datele înregistrate de către copiii grupului de control, rezultatele înscrise de copiii bolnavi sunt semnificativ mai mari (tabelul 2.6.).

Tabelul 2.6. Diferențe grupurilor cercetării în funcție de nivelul anxietății

	Anxietate reactivă	Anxietate stabilă
Chi-pătrat	12,57	35,53
df	5	5
Nivelul de semnificație	,028	,000

Datele din tabelul 2.6, indică asupra faptului că există diferențe semnificative atât în manifestarea anxietății reactive ($\chi^2=12,57$, $df=5$, $p=0,02$), cât și în manifestarea anxietății stabile ($\chi^2=35,53$, $df=5$, $p=0,00$) în dependență de tipul maladiei. După criteriul de vârstă nu s-au înregistrat diferențe semnificative, la ambele grupuri de copii cei de 8-10 ani și cei de 13-15 ani manifestă aproximativ, același nivel al anxietății.

Mai mulți autori confirmă semnificația factorilor biologici, sociali, psihologici și a mediului familial pentru dezvoltarea anxietății în copilărie. T. Павлова și A. Холмогорова au

analizat procesul de dezvoltare a anxietății sociale la copii și au stabilit existența relației semnificative dintre anxietatea socială la copii și disfuncțiile manifestate de către părinți în comunicarea cu copiii. Atât părinții cât și copiii au un nivel foarte înalt al anxietății în momentul stabilirii diagnozei, mai ales în situațiile maladiilor grave [164, 191, 192].

Analiza calitativă a datelor experimentale a mai permis identificarea conținutului neliniștii la copii și determinarea posibilelor surse ce le generează. Observăm că indicii înalți ai anxietății fac legătură cu tipul maladiei de care suferă copilul, dar și de necesitățile de ordin social importante pentru copil (comunicarea cu adulții, cu colegii, cu personalul medical, realizarea anumitor activități în comun, specificul percepției lumii de către el, experiența de comunicare pozitivă sau traumatizantă trăită) și reflectă semnificația deosebită pe care o are satisfacerea lor la anumite etape de dezvoltare.

În concluzie menționăm că există diferențe în manifestarea stării de anxietate, determinate de MRC. Constatările realizate în baza studiului nivelului de anxietate la copiii cu MRC, pot fi examinate ca și tendințe ce necesită investigație ulterioară, dat fiind faptul că în cercetarea noastră a fost antrenat un număr nu prea mare de copii. Continuarea cercetării ar include dezvoltarea eșantionului de cercetare, precum și confruntarea datelor experimentale și cu rezultatele altor probe.

O altă sarcină a acestei etape de cercetare a constituit stabilirea nivelului de autoapreciere și nivelul aspirațiilor la copiii implicați în studiu, în baza scalei Дембо-Рубинштейн, adaptată de А. Прихожан. Autoaprecierea ca componentă evaluativă a conceptului de sine, reprezintă o formațiune însemnată pentru personalitatea umană, care-i influențează comportamentul, având statut central în sistemul fenomenelor psihologice. В. Сафин evidențiază că autoaprecierea exprimă trăsăturile fundamentale ale personalității și alături de alți factori reflectă orientarea, activismul ei, fiind un indicator al dezvoltării psihologice a personalității, al nivelului autodeterminării, o „oglină” specifică a trăsăturilor de personalitate [160]. La fel ca și anxietatea, autoaprecierea este un indicator al confortului psihologic general al personalității. După cum menționează К. Ступина, autoaprecierea este considerată o treaptă deosebită în dezvoltarea conștiinței, premisa căreia este conștientizarea de către persoană a sinelui, a propriilor forțe fizice, capacități intelectuale, a faptelor, motivelor propriului comportament, a atitudinii față de cei din jur și față de sine însuși. Nefiind o formațiune statică, ea se schimbă pe parcursul vieții, sub influența condițiilor externe ale mediului și a autoevaluării propriilor capacități și necesități de către individ [160, 181, 182, 183].

În viziunea reprezentanților interacționismului simbolic Ch. Cooley și G. Mead, care au propus extinderea studierii conceptului de sine și în cadrul psihologiei sociale prin examinarea individului în cadrul interacțiunii sociale, formarea autoaprecierii e legată de interiorizarea de către individ a relațiilor sociale [27, p. 38]. Persoana este dispusă să se aprecieze așa cum, în viziunea sa, este apreciată de cei din jur. Din acest postulat reiese ideea existenței unei multitudini de factori care ar putea modifica această structură. În literatura de specialitate sunt menționate mai multe cercetări, ce demonstrează influența părinților, cadrelor didactice, semenilor, starea de sănătate, precum și impactul reușitei școlare, a unor trăsături de personalitate, caracteristici fizice ale copilului asupra formării unei autoaprecieri adecvate.

Acest fapt ne-a condus spre lansarea ipotezei despre posibilitatea schimbării nivelului de autoapreciere al copilului sub influența MRC, pe care ne-am propus să o verificăm în cadrul experimentului de constatare.

Determinarea indicilor autoaprecierii la copii a fost realizată în baza scalei Дембо-Рубинштейн. Am adaptat tehnica dată conform scopului cercetării noastre (Anexa 3). Am modificat aspectele inițiale, adăugând încă trei caracteristici. Astfel am obținut următoarele caracteristici: *sănătatea, reușita tratamentului, însănătoșire, inteligența, caracter, încrederea în sine, comunicare, familia (relațiile în familie), stabilitatea emoțională, succesul școlar*. Proba a presupus autoevaluarea de către subiect a prezenței acestor calități la el. Prelucrarea rezultatelor s-a realizat pe toate scalele. Proba permite și stabilirea nivelului aspirațiilor subiectului, adică nivelul dorit al dezvoltării calităților menționate. S-a demonstrat că mărimea decalajului dintre nivelul autoaprecierii reale și al celei dorite denotă satisfacția de sine și confortul emoțional al persoanei. Cu cât este mai mare satisfacția de sine, cu atât este mai înaltă autoaprecierea reală a persoanei [161]. În cadrul cercetării de față am utilizat varianta adaptată de А. Прихожан pentru vârsta școlară, în care se studiază atât nivelul autoaprecierii cât și nivelul aspirațiilor [92, 175].

Conform indicatorilor testului nivelul unei autoaprecieri realiste este caracterizat de rezultate cuprinse între 46 și 74 puncte, iar nivelul optimal al aspirațiilor este caracterizat de rezultate cuprinse între 61 și 89 puncte. După cum se poate urmări în tabelul 2.7., grupurile participante la experiment au înregistrat următoarele valori:

Tabelul 2.7. Frecvențele valorilor obținute la autoapreciere și aspirații

Grupurile experimentale	Autoaprecierea			Aspirații		
	Subapreciere	Aprecie adekvată	Supraapreciere	Nivel defectuos	Nivel optim	Nivel neîntemeiat

Bronșită cronică	13 (25,0%)	31 (59,6%)	8 (15,4%)	5 (9,6%)	41 (78,9%)	6 (11,5%)
Pneumonie cronică	11 (21,2%)	32 (61,5%)	9 (17,3%)	5 (9,6%)	39 (75,0%)	8 (15,4%)
Astm bronșic	4 (10,0%)	34 (85,0%)	2 (5,0%)	3 (7,5%)	34 (85,0%)	3 (7,5%)
Mucoviscidoză	9 (28,1%)	21 (65,6%)	2 (6,3%)	5 (15,6%)	23 (71,9%)	4 (12,5%)
Tuberculoză	9 (40,9%)	13 (59,1%)	0	1 (4,5%)	16 (72,8%)	5 (22,7%)
Copii sănătoși	12 (25,0%)	31 (59,6%)	8 (15,4%)	5 (9,6%)	41 (78,9%)	6 (11,5%)

Copiii din toate grupurile, atât cei de 8-10 ani, cât și cei de 13-15 ani, prezintă o valoare medie aproape similară. Între aceste valori nu au fost înregistrate diferențe semnificative statistic (Anexa 6).

Subaprecierea sau supraaprecierea este un indicator al nivelului scăzut al atitudinii autocritice, după cum consideră autorul testului [92]. Н. А. Жулидова [119] a demonstrat că cu cât este mai pronunțată reținerea în dezvoltarea psihică a copilului, cu atât mai înaltă este tendința lui de a-și supraestima posibilitățile și mai redusă atitudinea critică, obiectivă față de sine. Deoarece lotul experimental a fost alcătuit din subiecți cu o dezvoltare intelectuală adecvată, am obținut rezultatele respective fără diferențe semnificative.

În concluzie, menționăm că analiza teoretică și practică a dezvoltării nivelului de autoapreciere și aspirații la copii demonstrează complexitatea constituirii acestei formațiuni a personalității. Autoaprecierea la vârsta școlară este în mare parte, determinată de reușita la învățătură, de relațiile cu colegii de școală, deci, inițial este influențată de atitudinea copilului față de sine și mai apoi autoaprecierea este determinată și de percepția celor din jur. Analiza rezultatelor obținute ne conduce spre constatarea caracterului specific al dezvoltării autoaprecierii la copiii cu MRC, condiționat de specificul maladiei, dar și de evoluția maladiei și prognosticul medicilor, care în majoritatea cazurilor influențează constituirea autoaprecierii, a aspirațiilor, și le determină specificul, dar și de influența negativă a unor factori externi, sociali. Pentru o mai bună adaptare socială copilul cu MRC are nevoie de sprijinul familiei, prietenilor, personalului medical în formarea unor reprezentări adecvate despre sine, despre potențialul său.

Pentru a avea o imagine mai amplă și mai diferențiată a particularităților *stărilor psiho-emoționale* ale subiecților implicați în cercetare, am aplicat chestionarul „SAD”.

Chestionarul reprezintă un test de autoapreciere diferențiată a stărilor funcționale ale individului: *activism psihic, interesul, tonusul emoțional, tensiunea, confortul*.

Rezultatele prezentate în figura 2.13, ilustrează faptul că subiecții implicați în cercetare au un nivel favorabil de activism psihic și interes, dar și un nivel mai înalt al tensiunii.

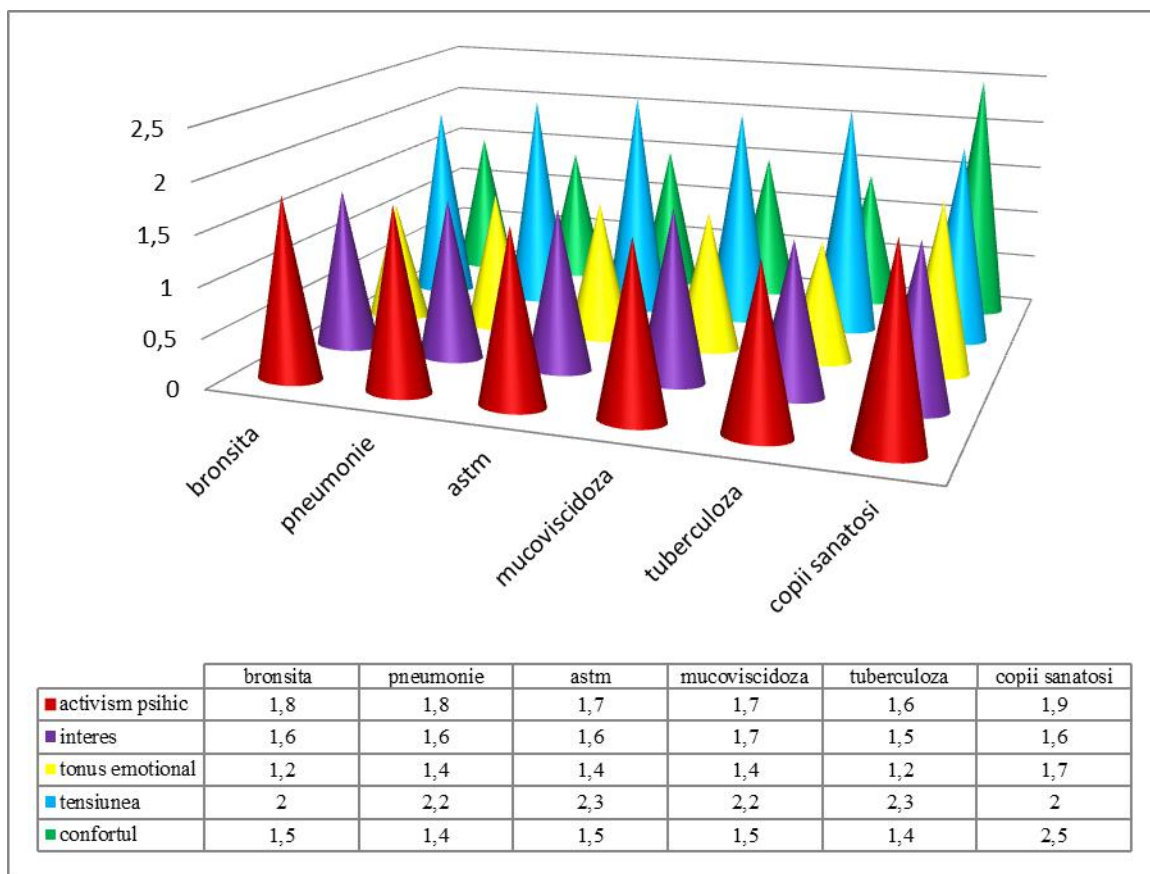


Fig. 2.13. Experimentul de constatare, „SAD” (mediile, total).

La examinarea mediilor stărilor menționate în grupurile cercetate, evidențiem că nu există deosebiri majore. Constatăm că doar copii sănătoși au nivel mai favorabil al activismului psihic ($m=1,9$), al tonusului emoțional ($m=1,7$), dar și un nivel mai înalt al confortului ($m=2,5$). Valori mai scăzute la toate stările au înregistrat copiii bolnavi cu mucoviscidoză și tuberculoză. Comparând rezultatele obținute, menționăm că doar copiii lotului sănătos înregistrează valori statistico-semnificative mai înalte în comparație cu copiii bolnavi.

Datele din tabelul 2.8, indică asupra faptului că există diferențe semnificative atât în manifestarea activismului psihic ($\chi^2=28,77$, $df=5$, $p=0,01$), cât și în percepția stării de confort ($\chi^2=27,85$, $df=5$, $p=0,00$) în dependență de tipul maladiei.

Tabelul 2.8. Diferențele grupurilor cercetării, testul SAD

	Activism psihic	Interes	Tonus emoțional	Tensiunea	Confortul
Chi-pătrat	28,77	19,39	7,17	13,00	27,85
Df	5	5	5	5	5
Nivelul de semnificație	,011	,197	,421	,369	,003

După criteriul de vârstă nu s-au înregistrat diferențe semnificative, la ambele loturi de copii, cei de 8-10 ani și cei de 13-15 ani manifestă aproximativ, același nivel al stărilor psihice studiate (Anexa 9). Deci, în urma analizei rezultatelor obținute, am putea concluziona următoarele: - stările psiho-emoționale cercetate sunt mai accentuate la grupul copiilor sănătoși; - cu cât starea copilului este mai precară cu atât și valorile înregistrate la aceste stări psihice sunt mai scăzute; - mediul în care se află copilul determină nivelul stărilor sale psiho-emoționale (mediul școlar este mult mai confortabil și sigur, decât mediul din spital). Cele menționate sunt confirmate și de rezultatele obținute la testul Cattell, scala C (stabilitate emoțională – instabilitate emoțională) valoarea medie a grupului de copiii sănătoși este de 4,43, cu o eroare standard $\pm 0,18$. Grupul copiilor sănătoși cu vârste între 8- 10 ani au înregistrat o medie egală cu 4,97, iar grupul copiilor sănătoși cu vârsta între 13-15 ani au obținut o medie egală cu 4,27. Acest scor este ușor dominat de trăsături de personalitate, cum ar fi maturitate emoțională, calm, activism, capacitatea de evaluare adecvată a realității și comportament în conformitate cu normele și valorile sociale. Lucru confirmat și de caracteristicile psihofiziologice ale vârstei școlarului mic și începutul vârstei preadolescente.

La următoarea etapă a cercetării experimentale s-a verificat *ipoteza 3*:

- maladiile respiratorii cronice determină schimbări în sfera valorilor, orientărilor și atitudinilor personalității copiilor bolnavi.

La ieșirea din copilărie și începutul adolescenței, ca și în tot decursul acestei perioade, avem în fața noastră dezvoltarea impetuoasă a unei personalități cu trăsături în plină formare. Este o perioadă importantă a dezvoltării umane, perioadă de numeroase și profunde schimbări

biologice, fizice, psihice, morale etc., perioadă a dezvoltării în care dispar trăsăturile copilăriei, cedând locul unor particularități complexe, unor manifestări psihice individuale specifice. Toate aceste schimbări ce au loc în structura personalității copilului, repercursionează și asupra orientărilor valorice [64, 100]. Sistemul orientărilor valorice determină partea consistentă a direcționării personalității și alcătuiește baza relațiilor ei cu: lumea înconjurătoare, alți oameni, baza concepției despre lume și miezul motivației vieții active, baza concepției despre viață și a „filosofiei vieții” [apud 64, 100]. După părerea lui M. Rokeach menirea valorilor umane rezidă în asigurarea unui ansamblu de standarde pentru a direcționa eforturile noastre în satisfacerea necesităților și, pe cât este posibil, de a ne amplifica autoestimarea, adică a ne face autoimaginea percepută de noi și de alții corespunzătoare definițiilor, social și instituțional originale, ale moralității și competenței. Autorul definește valoarea ca fiind o convingere de durată similară cu un anumit mod de comportament sau scop al existenței. Asemănător cu orice alt tip de convingere, valoarea are trei componente: cognitivă, afectivă și comportamentală [apud 64, 100].

Boala, dar mai ales cea cronică de durată cu schimbări ireversibile în plan somatic, este trăită de bolnav, pe de o parte ca pierderea stării de sănătate, iar pe de altă parte - este acea suferință ce schimbă regimul de viață al acestuia, fiind însoțită și de o stare de „tensiune nevrotică” cu o multitudine de simptome: tristețe, anxietate, furie, neîncredere etc. De aceea, boala impune un anumit model de comportament, determinat de mecanismele compensatorii ale persoanei, având aspecte atât adaptative cât și aspecte dezadaptative. Astfel, valorile servesc drept criteriu selectiv al acțiunilor. Pe de o parte valorile suscită judecăți, preferințe și alegeri, pe de altă parte valorile constituie principii pentru decizii de comportament. Indivizii, într-adevăr, preferă unele lucruri altora; selectează din scara posibilităților un anumit mod de a acționa, judeca propria conduită precum și conduita altor persoane.

Pentru a studia care sunt valorile, dar și preferințele copiilor cu maladii respiratorii cronice am utilizat tehnica de determinare a raportului „tendințe” – „posibilități” în diverse situații de viață, tehnica fiind descrisă în subcapitolul 2.1. Această metodă permite identificarea conflictelor interne majore în sistemul de valori al personalității, care a cauzat discrepanța dintre tendințe și posibilități vizavi de o anumită valoare. Acest indicator arată satisfacția sau insatisfacția vizavi de modul actual de viață, blocarea nevoilor de bază, disconfort intern, prezența conflictelor interioare, nivelul de autorealizare, nivelul de integrare și adaptare.

Din rezultatele expuse în tabelul 2.9, observăm diferențe practic în toate aspectele ce reprezintă valorile vitale ale omului.

Tabelul 2.9. Raportul dintre tendințe și posibilități la eșantionul cercetării

Grupurile Valorile		Bronșită cronică	Pneumo- nie cronică	Astm bronșic	Mucovis- cidoză	Tubercu- loză	Copii sănătoși
1.Stil de viață activ	T	6,29±0,66	6,35±0,59	5,43±0,61	4,00±0,75	4,00±0,74	6,77±0,24
	P	5,62±0,52	6,71±0,71	6,03±0,84	6,06±0,30	6,63±0,33	6,65±0,29
	D	0,67±0,32	-0,36±0,41	-0,60±0,36	-2,06±0,25	-2,63±0,45	0,12±0,43
2.Sănătate (fizică și psihică)	T	6,79±0,57	6,17±0,56	7,53±0,61	8,13±0,23	7,91±0,29	4,12±0,97
	P	3,09±0,15	2,94±0,12	2,68±0,30	2,01±0,35	2,64±0,39	2,92±0,18
	D	2,7±0,42	2,23±0,41	3,65±0,49	5,22±0,43	5,27±0,49	1,20±0,23
3.Activități interesante (școală)	T	3,09±0,58	3,14±0,4	3,60±0,57	3,66±0,41	3,68±0,32	3,15±0,53
	P	1,96±0,09	2,23±0,12	1,75±0,73	1,50±0,61	1,31±0,24	2,30±0,96
	D	1,13±0,32	0,91±0,29	1,85±0,76	2,16±0,49	2,37±0,29	0,85±0,23
4.Frumusețe a din natură și artă	T	2,71±0,64	3,14±0,94	3,30±0,66	3,56±0,63	3,73±0,61	3,23±0,23
	P	1,88±0,51	2,09±0,61	1,98±0,49	2,28±0,67	2,19±0,62	2,16±0,55
	D	0,83±0,02	1,05±0,13	1,32±0,14	1,28±0,10	1,54±0,91	1,07±0,13
5.Dragostea (față de cei din jur)	T	7,02±0,89	7,00±0,55	7,20±0,53	7,09±0,79	7,32±0,66	6,86±0,54
	P	3,71±0,21	3,64±0,41	3,06±0,86	2,88±0,23	2,55±0,71	3,61±0,85
	D	3,31±0,46	3,36±0,47	4,17±0,48	4,21±0,49	4,77±0,50	3,25±0,44
6.Bunăstare materială	T	7,08±0,22	7,06±0,82	6,48±0,21	5,81±0,19	5,73±0,14	7,06±0,97
	P	2,71±0,62	2,69±0,54	2,43±0,60	2,00±0,61	2,05±0,56	2,96±0,45
	D	4,37±0,5	4,37±0,61	4,05±0,49	3,81±0,45	3,68±0,45	4,10±0,50
7.Prezența prienilor adevărați	T	3,51±0,15	3,67±0,42	4,00±0,24	4,94±0,27	5,05±0,19	3,50±0,27
	P	2,08±0,69	2,36±0,91	1,85±0,47	1,69±0,53	1,64±0,46	2,65±0,21
	D	1,43±0,23	1,31±0,26	2,15±0,33	3,25±0,42	3,41±0,42	0,85±0,26
8. Încrederea în sine	T	5,92±0,39	6,06±0,22	5,95±0,43	5,72±0,64	5,69±0,64	6,08±0,17
	P	3,25±0,25	3,44±0,36	2,62±0,12	1,72±0,53	1,55±0,26	3,99±0,27
	D	2,67±0,32	2,62±0,29	3,33±0,42	4,00±0,49	4,14±0,50	2,09±0,09
9. Cunoașterea	T	4,58±0,94	5,00±0,66	4,68±0,63	4,09±0,23	4,23±0,11	5,29±0,75
	P	2,75±0,59	3,15±0,57	2,10±0,89	1,44±0,86	1,27±0,12	3,44±0,28
	D	1,83±0,38	1,85±0,36	2,58±0,40	2,65±0,43	2,96±0,42	1,85±0,29
10. Libertatea și	T	7,1±0,55	6,85±0,46	6,30±0,61	5,59±0,36	5,36±0,38	6,88±0,57
	P	3,71±0,14	4,27±0,44	3,55±0,75	3,03±0,36	3,32±0,34	4,75±0,17

independen- ța în acțiuni	D	3,39±0,58	2,58±0,50	2,75±0,50	2,56±0,50	2,04±0,50	2,13±0,49
11.Familie fericită	T	7,09±0,89	7,38±0,83	7,40±0,23	8,06±0,22	8,00±0,23	7,05±0,92
	P	3,96±0,11	4,34±0,11	3,10±0,20	2,28±0,23	1,95±0,58	4,75±0,84
	D	3,13±0,39	3,04±0,36	4,30±0,49	5,18±0,47	6,05±0,45	2,30±0,16
12. Creativitatea	T	2,69±0,42	3,7±0,61	3,38±0,43	4,60±0,25	4,59±0,36	2,92±0,25
	P	1,56±0,32	1,87±0,68	1,55±0,17	1,53±0,27	1,55±0,26	2,19±0,76
	D	1,13±0,26	1,30±0,23	1,83±0,33	3,07±0,43	3,04±0,42	0,73±0,23

T - valorile accesibile subiecților implicați în studiu;

P – posibilitățile subiecților în atingerea/trăirea acestor valori;

D – diferența dintre valorile accesibile și posibilitățile subiecților.

Starea de frustrare duce la intensificarea anxietății, la un disconfort emoțional și afectează trebuințele de bază ale omului: sănătatea, dragostea, familia fericită, bunăstarea materială (figura 2.14.).

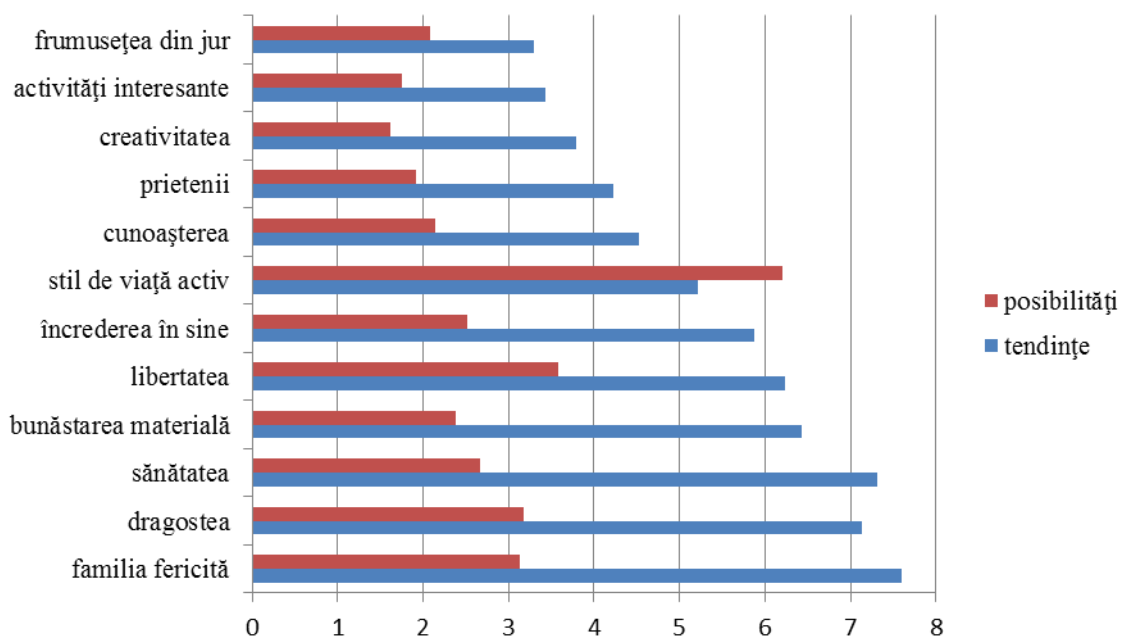


Fig. 2.14. Aranjarea tendințelor și posibilităților în diverse sfere ale vieții la grupul copiilor bolnavi

Conform rezultatelor obținute, cele mai mari diferențe ale raportului dintre tendințe și posibilitățile subiecților implicați în cercetare sunt la valorile: atitudinea față de sănătate, urmată

de familia fericită, bunăstarea materială și dragostea față de cei din jur (Anexa 10). Acest lucru semnifică prezența unui conflict interior vizavi de aceste valori, atunci când valoarea este prezentă, dar acele tendințe motivaționale sunt foarte slabe pentru a declanșa forțele necesare în satisfacerea valorilor date. Atunci când această diferență este destul de mare (diferența dintre tendințe și posibilități este trecută de patru), persoana în cauză trăiește sentimente de incapacitate de a-și atinge scopurile propuse, subapreciere, descurajare, în general trăiește o stare de frustrare vizavi de propria stare de sănătate, acceptare și adaptare în mediul familial, asigurarea materială precum și acceptarea celor din jur. Toate aceste atitudini de nesiguranță ale bolnavului față de valorile date contribuie la scăderea stimei de sine, neîncrederea în forțele proprii, ceea ce duc la amplificarea emoțiilor negative, stării de frustrare și ca urmare avem inadaptare socială, nesiguranță și imposibilitatea de a trăi plenar și alte valori ca frumusețea din jur, cunoașterea, creativitatea, stil de viață fructuos etc. Efectele destructive ale acestui conflict intern sunt în strânsă legătură cu particularitățile psihologice ale personalității copilului, cu acele mecanisme adaptative elaborate, cu suportul familial și social dar și cu evoluția bolii în cauză.

În concluzie, am putea spune că maladia cronică determină ierarhizarea valorilor umane. Cele mai importante sunt acele valori care nemijlocit contribuie la menținerea stării de sănătate și a vieții în general. Determinarea acestor preferințe în ierarhizarea valorilor permite realizarea suportului psihologic adecvat. Astfel, prin implicarea bolnavului cronic în alte sfere ale vieții, ne permite să schimbăm accentul de pe pierderea stării de sănătate pe acceptarea bolii și crearea unui nou stil de viață, contribuind la creșterea calității vieții acestor bolnavi.

În final constatăm următoarele *particularități psihologice generale ale personalității copilului cu maladii respiratorii cronice*:

- Există diferențe semnificative atât în manifestarea anxietății reactive, cât și în manifestarea anxietății stabile în dependență de tipul maladii. După criteriul de vârstă nu s-au înregistrat diferențe semnificative, la ambele grupuri de copii cei de 8-10 ani și cei de 13-15 ani manifestă aproximativ, același nivel al anxietății.
- Autoaprecierea la vârsta școlară este în mare parte, determinată de reușita la învățătură, de relațiile cu colegii de școală, deci, inițial este influențată de atitudinea copilului față de sine și mai apoi autoaprecierea este determinată și de percepția celor din jur. Analiza rezultatelor obținute ne conduce spre constatarea caracterului specific al dezvoltării autoaprecierii la copiii cu maladii respiratorii cronice, condiționat de specificul maladii, dar și de evoluția maladii și prognosticul medicilor, care în majoritatea cazurilor influențează constituirea autoaprecierii și a aspirațiilor, și le determină specificul, dar și de influența negativă

a unor factori externi, sociali. Pentru o mai bună adaptare socială copilul cu MRC are nevoie de sprijinul familiei, prietenilor, personalului medical în formarea unor reprezentări adecvate despre sine, despre potențialul său.

- Copiii sănătoși au nivel mai favorabil al activismului psihic, al tonusului emoțional, dar și un nivel mai înalt al confortului. Valori mai scăzute la toate stările au înregistrat copiii bolnavi, mai pronunțate la cei cu mucoviscidoză și tuberculoză. Comparând rezultatele obținute, menționăm că doar copiii lotului sănătos înregistrează valori statistico-semnificative mai înalte. Deci, în urma analizei rezultatelor obținute, am putea concluziona următoarele: - stările psiho-emoționale cercetate sunt mai accentuate la grupul copiilor sănătoși; - cu cât starea copilului este mai precară cu atât și valorile înregistrate la aceste stări psihice sunt mai scăzute; - mediul în care se află copilul determină nivelul stărilor sale psiho-emoționale (mediul școlar este mult mai confortabil și sigur, decât mediul din spital).

- Conform rezultatelor obținute, cele mai mari diferențe ale raportului dintre tendințe și posibilitățile subiecților implicați în cercetare sunt la valorile: atitudinea față de sănătate, urmată de familia fericită, bunăstarea materială și dragostea față de cei din jur. Deci, maladia cronică determină ierarhizarea valorilor umane. Cele mai importante sunt acele valori care nemijlocit contribuie la menținerea stării de sănătate și a vieții în general.

2.4. Preferințele în sistemul de relații sociale și interpersonale la copilul cu maladii respiratorii cronice

În cadrul experimentului de constatare, s-au studiat preferințele în sistemul de relații sociale și interpersonale la copiii cu MRC, evidențiindu-se următoarele aspecte ale funcționalității sociale:

- studierea gradului de comunicabilitate a copilului în grup;
- studierea nivelului de conflictualitate, agresivitate, precum și tendința de izolare;
- stabilirea relațiilor interpersonale, aspecte care, în ansamblu, caracterizează gradul de adaptare socială a copilului.

În acest scop am utilizat tehnica „Testul-film” al lui Rene Gille. Scopul ei constă în studierea atitudinilor și relațiilor interpersonale ale copilului, precum și determinarea anumitor caracteristici comportamentale și trăsături de personalitate [172, 200]. Utilizarea TFRG permite reliefarea unui spectru larg de caracteristici ce țin de calitatea relațiilor copilului cu diverse persoane din mediul familial, prietenii, colegii, profesorul sau o altă persoană ce prezintă

autoritate pentru el. De asemenea, permite stabilirea unor trăsături ale personalității copilului ce se manifestă în diverse relații: adaptarea socială, curiozitatea, tendințele de comunicare și de dominare în grupurile de copii, nivelul de conflictualitate, agresivitate, precum și tendința de izolare, tipurile de reacții comportamentale la frustrare în cadrul interacțiunii.

Au fost supuse analizei comparative rezultatele obținute în cadrul aplicării „Testului-film” al lui Rene Gille (TFRG) în grupurile de copii. Prin intermediul aplicării lui se urmărește realizarea mai multor obiective de studiu: determinarea atitudinilor copilului față de persoanele din cercul apropiat de relaționare – părinți, frați, surori, bunei, dar și prieteni, profesori, precum și studierea însușirilor de personalitate și a diverselor reacții comportamentale ale copilului.

Astfel, prin aplicarea TFRG, s-au determinat atitudinile copiilor investigați față de părinții săi ca și cuplu, dar și față de fiecare părinte în parte. După cum observăm în tabelul 2.10, inclusiv și în anexa 8, în toate cele șase grupuri prevalează indicii ce indică numărul alegerilor realizate de către copii în favoarea mamei. Acest număr reflectă proporția dintre numărul total al posibilelor opțiuni pentru fiecare criteriu analizat (atitudinea față de mamă, tată sau părinți ca și cuplu) și numărul opțiunilor alese de către respondenți, care ne permite să stabilim nivelul mediu de exprimare a atitudinii respective în grupurile nominalizate (tabelul 2.10).

Tabelul 2.10. Indicii atitudinilor față de părinți la copiii eșantionului cercetării
(conform „Testului-film” a lui Rene Gille)

Grupul experimental	Valoarea medie a indicelui atitudinii:		
	față de mamă	față de tată	față de cuplul părinților
Bronșită cronică	22,4	21,2	19,0
Pneumonie cronică	23,0	20,2	18,9
Astm bronșic	17,6	12,3	19,0
Mucoviscidoză	13,2	12,6	14,8
Tuberculoză	7,7	6,7	8,8
Copii sănătoși	22,0	21,0	19,5

În cadrul experimentului de constatare au fost înregistrate diferențe între valorile medii ce indică atitudinea copilului față de mamă, față de tată și față de părinți ca cuplu obținute de grupurile de copii (însă nu au fost înregistrate diferențe relevante). Din tabelul 2.11 putem evidenția diferențele între valorile ce indică atitudinea copilului, dar secvențial, în dependență de criteriul de vârstă și maladia copilului.

Tabelul 2.11. Indicii atitudinilor față de părinți la copii după criteriul vârstă și grupul cercetării
(conform „Testului-film” a lui Rene Gille)

Grupul experimental	Vârsta	Valoarea medie a indicelui atitudinii:		
		față de mamă	față de tată	față de cuplul părinților
Bronșită cronică	8-10 ani	11,37±0,28	6,48±0,24	5,00±0,15
	13-15 ani	12,36±0,28	4,26±0,19	3,66±0,17
Pneumonie cronică	8-10 ani	12,29±0,27	4,81±0,20	3,77±0,17
	13-15 ani	9,82±0,28	6,16±0,19	4,62±0,16
Astm bronșic	8-10 ani	14,70±0,21	3,15±0,20	5,50±0,18
	13-15 ani	10,01±0,35	4,47±0,25	5,03±0,16
Mucoviscidoză	8-10 ani	11,72±0,21	4,21±0,30	4,55±0,20
	13-15 ani	11,00±0,38	6,12±0,32	6,24±0,13
Tuberculoză	8-10 ani	10,26±0,95	3,53±0,20	4,19±0,42
	13-15 ani	8,81±0,55	5,28±0,35	5,54±0,34
Copii sănătoși	8-10 ani	13,12±0,27	4,40±0,24	3,57±0,16
	13-15 ani	10,50±0,26	6,51±0,21	5,20±0,15

Compararea datelor grupurilor experimentale, a stabilit că există diferențe semnificative a mediilor valorilor atitudinilor față de mamă, față de tată și față de cuplul părinților după criteriul de vârstă și tipul maladiei. Datele obținute sunt prezentate în tabelul 2.12.

Tabelul 2.12. Compararea intergrupală a datelor din cadrul experimentului de constatare înregistrate de copii după criteriul vârstă și grupul cercetării (conform „Testului-film”)

Grupul experimental	Atitudinea față de mamă		Atitudinea față de tată		Atitudinea față de cuplul părinților	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bronșită cronică	-2,47	,014	7,03	,000	5,74	,000
Pneumonie cronică	6,21	,000	-4,79	,000	-3,59	,000
Astm bronșic	11,27	,000	-3,98	,000	1,93	,054
Mucoviscidoză	1,62	,105	-4,26	,000	-7,05	,000
Tuberculoză	1,31	,191	-4,25	,000	-2,49	,014
Copii sănătoși	6,86	,000	-6,54	,000	-7,19	,000

Analiza datelor ne permite să constatăm următoarele: există diferențe semnificative în manifestarea atitudinii față de mamă, față de tată și față de cuplul părinților după criteriul de vârstă la grupurile de copii cu bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, cât și la copiii sănătoși. Diferențe nesemnificative au înregistrat grupurile de copii bolnavi cu mucoviscidoză și tuberculoză în manifestarea atitudinii față de mamă (tabelul 2.11).

Acest fapt denotă atașamentul sporit și o atitudine mai favorabilă a copiilor față de mamă, iar odată cu agravarea stării de sănătate diferențele de vârstă dispar. Predominarea alegerilor în favoarea mamei poate vorbi despre ponderea mai mare a mamei în relația cu copilul. Faptele constatate ne vorbesc fie de lipsa celui de-al doilea părinte din familie (fenomenul familiilor dezintegrate de pe urma divorțului, plecării părintelui la muncă peste hotare etc.), fie de atitudinea negativă a acestuia față de copil, respingerea lui. A.-B. Menai-Abid vorbește despre absența simbolică și reală a tatălui ca și atitudini parentale paterne. În cazul absenței simbolice părintele este prezent, dar nu se implică în educația copilului, iar absența reală este cazul tatălui care efectiv nu se ocupă de copil [223].

Situația descrisă ne conduce spre o altă idee, ce ține de integritatea familiei și formarea unei reprezentări ca atare despre familie la copil. Lipsa contactului fizic și emoțional dintre copil și familie, duce la izolarea fizică de familie cât și la izolarea lui afectivă. La fel și în situația când tatăl lipsește, respectiv nu participă la educația copilului, ceea ce constituie o barieră în formarea unor atitudini favorabile și a relațiilor armonioase dintre tată și copil.

Analiza datelor ce indică atitudinea față de alți membri ai familiei, cum ar fi frații/surorile, reflectă un indice înalt al opțiunilor făcute în favoarea lor de către copiii din grupurile experimentale. Este relativ înalt și indicele ce reflectă atitudinea față de prieteni în toate grupurile de copii. Dacă am aranja preferințele vizavi de persoanele cu care aleg copiii să comunice după criteriul priorității, în toate grupurile de copii investigați comunicarea cu prietenii se regăsește pe locul patru, pe al treilea loc se situează frații și surorile, urmată de tată, iar mama se află în topul priorităților, indiferent de vârsta și maladia copiilor (figura 2.15).

La examinarea datelor per eșantion, înregistrăm diferențe semnificative la scala „atitudinea față de mama” $t=10,14$, $p=,000$; „atitudinea față de tata” $t=-5,70$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-4,01$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/sora” $t=-3,95$, $p=,000$; „atitudinea față de prieteni” $t=-8,69$, $p=,000$. Aceste rezultate evidențiază diferențele în manifestarea acestor atitudini la copiii de 8-10 ani față de cei de 13-15 ani. Presupunem că acest lucru se datorează particularităților de vârstă.

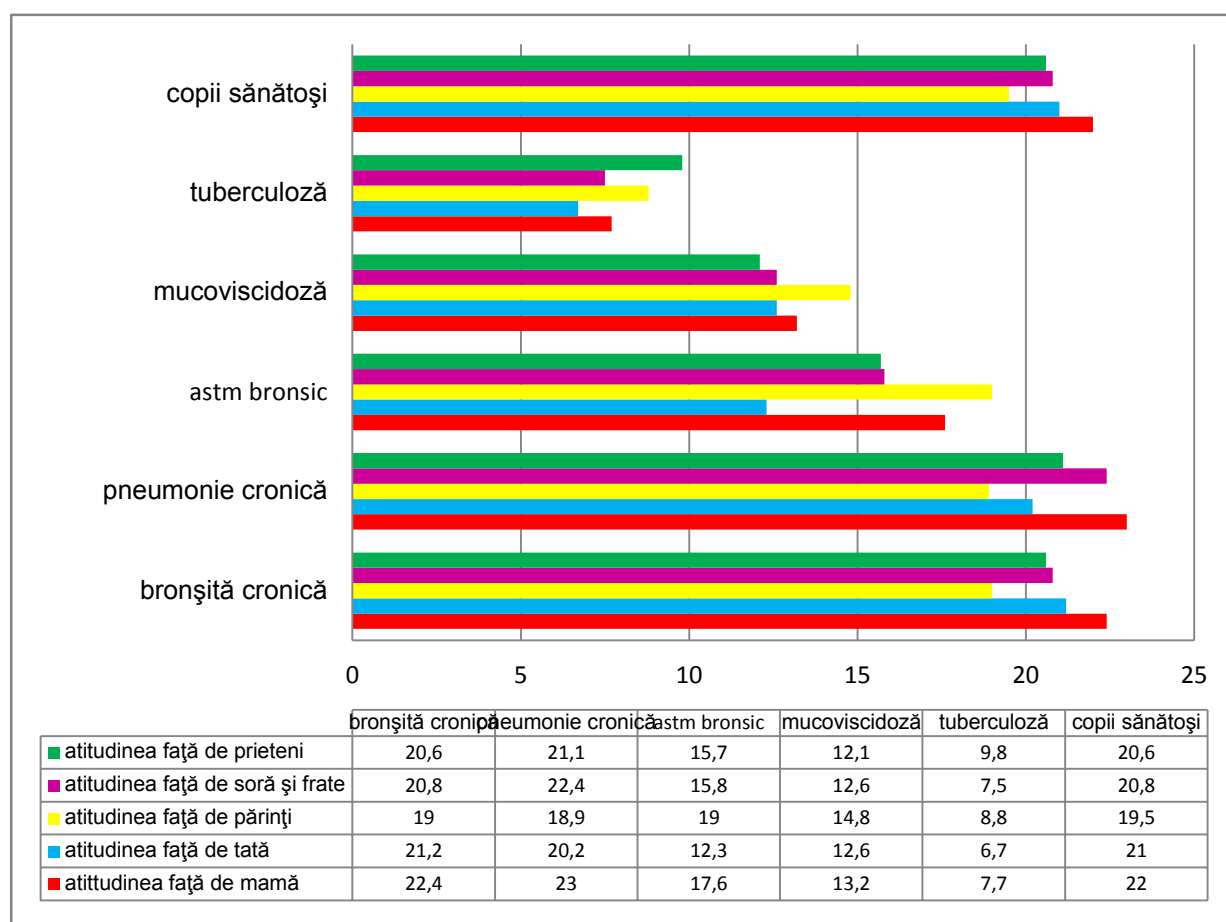


Fig. 2.15. Atitudinile copiilor față de membrii familiei și persoanele din afara familiei („Testul-film”, Rene Gille).

La compararea rezultatelor pe fiecare grup în parte, evidențiem următoarele:

- Grupul de copii bolnavi cu bronșită cronică – „atitudinea față de mama” $t=-2,48$, $p=,013$; „atitudinea față de tata” $t=6,89$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=5,73$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/sora” $t=4,81$, $p=,000$; „atitudinea față de prieteni” $t=-,212$, $p=,832$, ceea ce înseamnă că la scala „atitudinea față de prieteni” nu există diferențe semnificative.

- Grupul de copii bolnavi cu pneumonie cronică - „atitudinea față de mama” $t=6,21$, $p=,000$; „atitudinea față de tata” $t=-4,79$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-3,59$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/sora” $t=-2,02$, $p=,044$; „atitudinea față de prieteni” $t=-4,03$, $p=,000$, diferențe mai puțin semnificative s-au înregistrat la scala „atitudinea față de frate/sora”.

- Grupul de copii bolnavi cu mucoviscidoză – „atitudinea față de mama” $t=1,71$, $p=,087$; „atitudinea față de tata” $t=-4,29$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-6,58$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/sora” $t=-11,65$, $p=,000$; „atitudinea față de prieteni” $t=-9,87$, $p=,000$, ceea ce înseamnă că la scala „atitudinea față de mama” nu există diferențe semnificative.

- Grupul de copii bolnavi cu tuberculoză – „atitudinea față de mama” $t=1,37$, $p=,171$; „atitudinea față de tata” $t=-3,99$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-2,46$, $p=,015$; „atitudinea față de frate/sora” $t=-1,04$, $p=,301$; „atitudinea față de prieteni” $t=-2,22$, $p=,028$, ceea ce înseamnă că la scala „atitudinea față de mama” și la scala „atitudinea față de frate/sora” nu există diferențe semnificative.

- La grupul de copii sănătoși - „atitudinea față de mama” $t=6,87$, $p=,000$; „atitudinea față de tata” $t=-6,53$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-7,20$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/sora” $t=-5,22$, $p=,000$; „atitudinea față de prieteni” $t=-7,33$, $p=,000$, ceea ce reprezintă diferențe semnificative la toate aceste scale.

Prin compararea rezultatelor, presupunem că odată cu agravarea stării de sănătate, cu cât maladia copilului este cu un pronostic mai nefavorabil, cu atât copilul este mai dependent de mamă, fiindu-i limitată comunicarea cât și relaționarea cu mediul social.

Aceste date se combină și cu scorurile înalte înregistrate de grupurile de copii la scala tendinței de izolare. În figura 2.16., se pot urmări aceste diferențe: grupul bronșită cronică – 18%, pneumonie cronică – 17,9%, astm bronșic – 20,4%, mucoviscidoza – 16,9%, tuberculoza 16%, comparativ cu 12,9% pentru grupul copiilor sănătoși. Diferențe semnificative după criteriul de vârstă au fost înregistrate între rezultatele copiilor din 5 grupuri: bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, mucoviscidoză, și grupul de copii sănătoși, numai în grupul copiilor bolnavi de tuberculoză nu s-au înregistrat diferențe semnificative (Anexa 8).

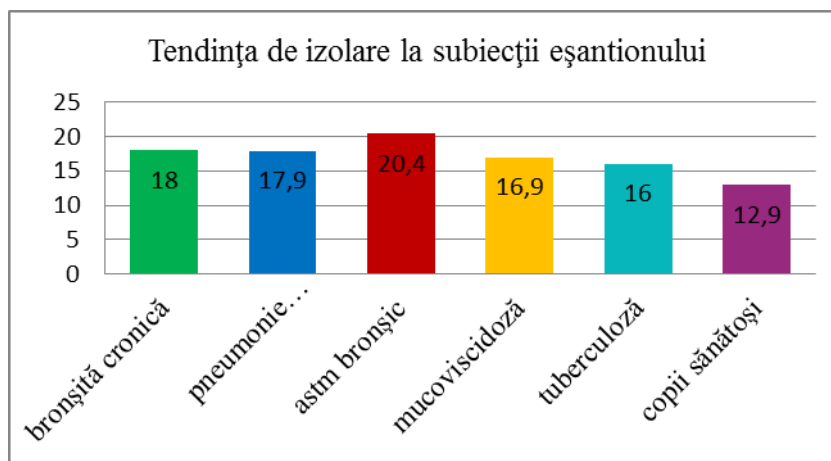


Fig. 2.16. Valorile medii ale tendinței de izolare la subiecții cercetării

Tendința de izolare caracteristică copiilor bolnavi se combină și cu o comunicabilitate redusă a acestora în grupurile de copii. În figura 2.17, se poate observa decalajul dintre scorurile înregistrate la această scală, ele fiind aproape egale la grupurile copiilor cu maladii cu o evoluție

mai puțin severă (20,2 unități în bronșită și 20,6 în pneumonie), valori mai mici s-au înregistrat la bolnavii cu astm bronșic -15,7, la bolnavii cu mucoviscidoză 13,7, dar circa de 2 ori mai mici au înregistrat bolnavii cu tuberculoză comparativ cu celelalte grupuri de copii.

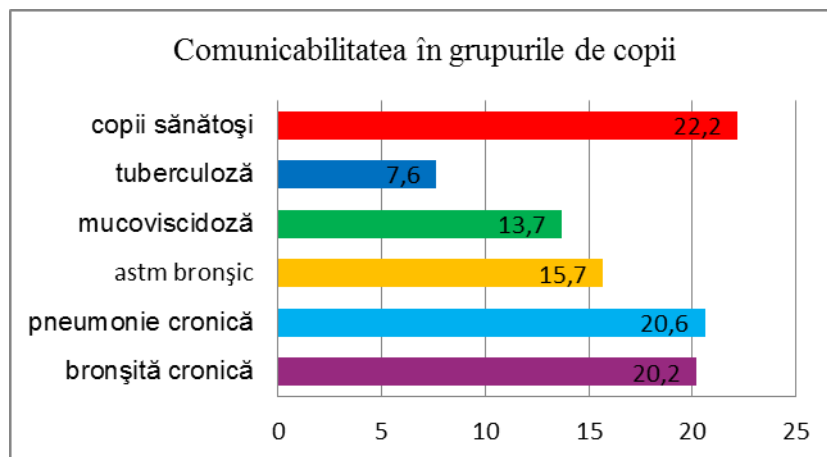


Fig. 2.17. Comunicabilitatea în grupurile de copii („Testul-film”, Rene Gille)

Diferențele dintre mediile acestor grupuri după criteriul de vârstă sunt semnificative la compararea grupurilor bolnavi de bronșită cronică ($t=-2,49$, $p=,013$), la bolnavii de astm bronșic ($t=4,43$, $p=,000$) și la grupul de copii sănătoși ($t=-4,88$, $p=,000$), la celelalte grupuri diferențele nu sunt semnificative.

A. Осницкий specifică faptul că TFRG permite identificarea problemelor ce apar în diverse situații de interacțiune a copilului cu persoanele din jur. Ele în totalitatea sa și formează spectrul celor mai importante probleme din viața copilului [172]. Datele înregistrate în cadrul cercetării experimentale descrise vorbesc despre probleme ale copiilor cu maladii respiratorii cronice în relaționarea cu semenii, caracterizate printr-o interacțiune slabă cu ei, tendințe proeminente de izolare, în pofida faptului că sunt destul de curioși (scala „Curiozitate” indică niveluri ușor peste mediu atât la copii de 8-10 ani cât și la cei de 13-15 ani, astfel: 59,4 și 57,2 unități corespunzător). La scala „Dominare” rezultatele la ambele grupuri sunt destul de joase (copiii de 8-10 ani – 22,7 unități, iar cei de 13-15 ani – 24,9 unități), ceea ce ne permite să constatăm faptul că copiii cu maladii respiratorii cronice nu au tendințe de dominare. Scala „Comportament social adecvat” indică niveluri foarte înalte atât la copii de 8-10 ani cât și la cei de 13-15 ani, astfel: 83,8 și 79,4 unități corespunzător, date ce denotă un comportament social adecvat la copiii bolnavi cu maladii respiratorii cronice.

În final, constatăm următoarele preferințe în sistemul de relații sociale și interpersonale la copiii cu MRC, evidențiindu-se următoarele aspecte ale funcționalității sociale:

- În toate cele șase grupuri de copii implicați în cercetare, prevalează indicele ce indică numărul alegerilor realizate de către copii în favoarea mamei.
- Există diferențe semnificative în manifestarea atitudinii față de mamă, față de tată și față de cuplul părinților după criteriul de vârstă la grupurile de copii cu bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, cât și la copiii sănătoși.
- Diferențe nesemnificative au înregistrat grupurile de copii bolnavi cu mucoviscidoză și tuberculoză în manifestarea atitudinii față de mamă. Acest fapt denotă atașamentul sporit și o atitudine mai favorabilă a copiilor față de mamă, iar odată cu agravarea stării de sănătate diferențele de vârstă dispar. Predominarea alegerilor în favoarea mamei poate vorbi despre ponderea mai mare a mamei în relația cu copilul.
- Analiza datelor ce indică atitudinea față de alți membri ai familiei, cum ar fi frații/surorile, reflectă un indice înalt al opțiunilor făcute în favoarea lor de către copiii din grupurile experimentale. Este relativ înalt și indicele ce reflectă atitudinea față de prieteni în toate grupurile de copii.
- Prin compararea rezultatelor, presupunem că odată cu agravarea stării de sănătate, cu cât maladia copilului este cu un pronostic mai nefavorabil, cu atât copilul este mai dependent de mamă, fiindu-i limitată comunicarea cât și relaționarea cu mediul social, date ce se combină și cu scorurile înalte înregistrate de grupurile de copii la scala tendinței de izolare.
- Diferențe semnificative după criteriul de vârstă au fost înregistrate între rezultatele copiilor din 5 grupuri: bronșită cronică, pneumonie cronică, astmă bronșic, mucoviscidoză, și grupul de copii sănătoși. Numai în grupul copiilor bolnavi de tuberculoză nu s-au înregistrat diferențe semnificative.
- Tendința de izolare caracteristică copiilor bolnavi se combină și cu o comunicabilitate redusă a acestora în grupurile de copii, scorurile înregistrate la această scală, fiind aproape egale la grupurile copiilor cu maladii cu o evoluție mai puțin severă (în bronșită și în pneumonie), valori mai mici s-au înregistrat la bolnavii cu astm bronșic, cu mucoviscidoză, valori de 2 ori mai mici au înregistrat bolnavii cu tuberculoză comparativ cu celelalte grupuri de copii.
- Datele înregistrate în cadrul cercetării experimentale descrise vorbesc despre probleme ale copiilor cu MRC în relaționarea cu semenii, caracterizate printr-o interacțiune slabă cu ei, tendințe proeminente de izolare, în pofida faptului că sunt destul de curioși.

- La scala „Dominare” rezultatele sunt destul de joase, ceea ce ne permite să constatăm faptul că copii cu MRC nu au tendințe de dominare.
- Scala „Comportament social adecvat” indică niveluri foarte înalte atât la copiii de 8-10 ani cât și la cei de 13-15 ani, date ce denotă un comportament social adecvat la copiii bolnavi cu MRC.
- Am putea concluziona că pentru un număr mare de copii bolnavi din grupurile participante la experiment sfera de relaționare „copil-copil” prezintă anumite dificultăți. Pe de o parte, ei își doresc să interacționeze cu alți copii, manifestă dorință și curiozitate în cadrul comunicării, iar pe de altă parte, se izolează, nu posedă abilități de a-și forma aceste relații, de a se adapta anumitor cerințe în cadrul comunicării, ceea ce pot genera probleme de adaptare socială.

2.5. Stilul de educație în familiile copiilor cu maladii respiratorii cronice

Analizând particularitățile psihologice ale personalității copilului bolnav, nu putem să ignorăm și influența factorilor familiali asupra dezvoltării acestor particularități. Atitudinea maturilor față de copii, rolul lor în formarea tradițiilor familiale își lasă amprenta asupra dezvoltării armonioase a copilului, influențând atât starea de sănătate, cât și dezvoltarea în general. Această influență este atât favorabilă cât și nefavorabilă. Formarea trăsăturilor de personalitate, determinarea atitudinilor copilului sunt influențate nemijlocit de impactul relațiilor sociale, mai ales contactul cu acele persoane ce sunt importante pentru copil.

În literatura de specialitate se evidențiază câteva direcții de cercetare a stilului de educație și influența sa asupra dezvoltării copilului. Una din aceste direcții ar avea drept scop analiza educației familiale, componentele sale și rolul lor în formarea individualității copilului. Altă direcție are drept scop evidențierea mijloacelor de educație familială. O a treia direcție determină relația dintre tipul de educație și personalitatea copilului. Deci, familia ar fi acel factor ce contribuie la starea de bine a copilului în general [30, 102, 103, 116, 137, 193, 199, 220]

Cercetătorii [199] evidențiază faptul că în familiile unde sunt copii bolnavi, toată atenția, grija și timpul părinților sunt dedicate copiilor. Copilul bolnav este centrul preocupărilor părintești. Marea majoritate a părinților tind să satisfacă, necritic, fără nici o analiză toate capriciile și dorințele copilului, totodată, argumentând acest comportament ca dovadă a neputinței, slăbiciunii copilului bolnav. Astfel, în cele mai dese cazuri, copii bolnavi nu au nici responsabilități și nici careva restricții, fiindu-le permis aproape totul. La baza acestui comportament permisiv, hiperprotector (au loc distorsionări în stilul de educație și

interdependență în familie) ar sta fobia pierderii copilului (datorată schimbărilor din personalitatea părinților). Drept sursă a acestei fobii servește maladia copilului, ce atentează la viața copilului, mai ales în cazul unei maladii severe, persistente și cronice.

Sarcina acestei etape de cercetare a constat în stabilirea legăturii dintre tipul maladii și stilul parental de educație. Astfel am încercat să răspundem la întrebarea: există relație între maladia respiratorie cronică a copilului și stilul parental de educație? În acest scop am aplicat testul „*Analiza relațiilor intrafamiliale*” (ARI) – elaborat de Э.Эйдемиллер, și В. Юстицкис. Scopul testului constă în determinarea stilurilor de educație și cauzele formării acestor stiluri.

Din tabelul 2.13, determinăm rezultatele înregistrate de către părinții copiilor participanți la experimentul de cercetare. Astfel, rezultate mult mai înalte s-au înregistrat la scala *Hiperprotecție* la toate grupurile, rezultate ce depășesc chiar valorile critice (mai sus de 7 puncte). Diferențe au mai înregistrat grupurile și la scala *Indulgența excesivă față de nevoile copilului*.

Tabelul 2.13. Rezultatele înregistrate de părinții copiilor implicați în studiu, testul „Analiza relațiilor intrafamiliale” (ARI)

	Bronșită cronică		Pneumonie cronică		Astm bronșic		Mucoviscidoză		Tuberculoză		Copii sănătoși	
	<i>m</i>	<i>ab.st.</i>	<i>m</i>	<i>ab.st.</i>	<i>m</i>	<i>ab.st.</i>	<i>m</i>	<i>ab.st.</i>	<i>m</i>	<i>ab.st.</i>	<i>m</i>	<i>ab.st.</i>
Hiperprotecție	6,84	1,763	7,28	1,943	7,91	1,853	7,79	1,744	6,63	1,747	5,07	1,806
Hipoprotecție	2,52	1,589	2,21	1,695	1,91	1,738	2,33	1,809	2,54	1,507	2,86	1,536
Indulgență	4,21	1,473	4,60	1,669	4,25	1,668	4,45	1,284	4,81	1,401	3,34	1,681
Ignorare	1,78	1,544	1,94	1,487	1,22	1,113	1,20	,8836	2,81	1,470	1,55	1,536
Cerințe exces	1,94	1,293	1,97	1,283	1,65	1,055	1,79	1,020	1,45	1,213	2,76	1,261
Lipsa cerinț	1,60	1,220	1,13	,8752	1,40	,7356	1,95	1,082	,818	,9816	1,78	1,166
Interdicții exc	1,73	,7235	1,86	,9634	1,77	,8075	1,79	,8329	2,00	1,183	1,81	,7660
Lipsa restricții	2,50	1,108	2,07	1,171	2,57	,9787	2,62	1,013	2,72	1,009	2,34	1,097

Sancțiuni exc	2,02	1,365	1,92	1,281	1,94	1,083	1,25	,8469	2,54	1,572	2,00	1,315
Sancțiuni min	3,36	1,532	3,42	1,481	3,42	1,266	3,79	1,102	3,81	1,721	2,31	1,490
Stil inst. edu.	2,65	1,236	2,97	1,304	2,51	,9509	2,50	1,142	2,27	1,555	2,57	1,222
DSP	3,36	1,364	3,94	1,829	3,71	1,856	3,37	1,689	3,45	1,863	2,34	1,320
PCC	1,39	,5945	1,34	,7453	1,02	,7853	1,37	,6469	1,54	,6875	1,44	,6450
IE	3,68	1,296	3,71	1,313	3,82	1,124	3,50	1,285	3,27	1,555	2,23	1,178
FP	3,52	1,156	3,94	1,206	4,97	,8147	5,75	,9440	4,27	1,420	1,42	1,106
SSP	2,78	1,255	2,88	1,355	2,45	1,196	2,83	1,340	2,36	1,206	1,60	1,263
PTN	1,47	,6034	1,21	,7766	1,22	,9420	1,62	,6469	1,27	,7862	1,50	,6472
EC	,894	,6892	1,15	1,053	,485	,6122	1,20	,4148	1,90	,9438	,736	,6851
PCF	1,76	,9707	2,23	1,195	2,17	1,175	2,54	1,062	2,27	1,348	1,68	,9036
PCM	,763	,7861	,894	,8941	,571	,6080	,708	,5500	1,27	1,489	,868	,8437

La capitolul cauzelor psihologice ale devierilor în educație, determinate de scala *Domeniul de aplicare al sentimentelor părintești (scala DSP)* ce conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea rolului hiperprotector) au fost înregistrate diferențe în urma prelucrării statistice. La scala *Incertitudine educațională (scala IE)* ce conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea stilului hiperprotector, sau pur și simplu un nivel foarte redus de cerințe în cadrul căreia are loc o redistribuire a puterii în familie între părinți și copil, în favoarea copilului) la fel au fost înregistrate diferențe între grupurile implicate în cercetare. Părinții copiilor implicați în cercetare au mai înregistrat diferențe la scalele *Fobia pierderii copilului (scala FP)* relația cu copilul este modelată de teama pierderii sale), *Subdezvoltarea sentimentelor părintești (scala SSP)* și *Preferință pentru calitățile feminine (scala PCF)*.

Tabelul 2.14. Diferențe grupurilor cercetării (părinți), testul ARI

	<i>Chi-pătrat</i>	<i>df</i>	<i>Nivelul de semnificație</i>
--	-------------------	-----------	--------------------------------

Hiperprotecție	17,532	5	,001
Hipoprotecție	3,585	5	,611
Indulgență	25,407	5	,000
Ignorare	12,951	5	,064
Cerințe excesive	4,610	5	,465
Lipsa cerințelor	16,441	5	,006
Interdicții excesive	,303	5	,998
Lipsa restricțiilor	20,092	5	,001
Sancțiuni excesive	8,906	5	,113
Sancțiuni minime	2,701	5	,746
Stil instabil de educație	8,999	5	,109
DSP	14,607	5	,009
PCC	8,713	5	,121
IE	23,924	5	,000
FP	83,602	5	,000
SSP	18,172	5	,003
PTN	7,498	5	,186
EC	32,374	5	,000
PCF	14,437	5	,013
PCM	3,462	5	,629

Datele din tabelul 2.14, indică asupra faptului că există diferențe semnificative în manifestarea capacității de hiperprotecție ($\chi^2=17,53$, $df=5$, $p=,001$), în manifestarea indulgenței ($\chi^2=25,40$, $df=5$, $p=,000$), la aspectul lipsa cerințelor ($\chi^2=16,44$, $df=5$, $p=,006$) și lipsa restricțiilor ($\chi^2=20,09$, $df=5$, $p=,001$) în dependență de tipul maladiei. Diferențe semnificative s-au înregistrat și la scala domeniul de aplicare al sentimentelor părintești ($\chi^2=14,60$, $df=5$, $p=,009$), la scala incertitudine educațională ($\chi^2=23,92$, $df=5$, $p=,000$), la scala fobia pierderii copilului ($\chi^2=83,60$, $df=5$, $p=,000$), la scala subdezvoltarea sentimentelor părintești ($\chi^2=18,17$, $df=5$, $p=,003$), la scala evitarea conflictului ($\chi^2=32,37$, $df=5$, $p=,000$) și preferințe pentru calitățile feminine ($\chi^2=14,43$, $df=5$, $p=,013$) tot în dependență de tipul maladiei (Anexa 12).

Reieșind din recomandările metodice ale psihologilor ruși Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис [199], și analiza datelor obținute în experimentul de constatare, în familiile copiilor bolnavi cu

maladii respiratorii cronice tipul de educație dominant este tipul hiperprotector. Tipul de educație hiperprotector este determinat de valori înalte înregistrate la următoarele scale:

Domeniul de aplicare al sentimentelor părintești (scala DSP). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea rolului hiperprotector. Această abatere în stilul de educație apare, cel mai frecvent, atunci când sunt perturbate relațiile dintre părinți sau relația existentă nu satisface părintele care-și atribuie rolul major în educație. Adesea, părinții (de obicei mama), fără să-și dea seama, atribuie copilului locul central, ignorând restul relațiilor.

Preferința calităților copilărești (scala PCC). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea rolului hiperprotector indulgent. În acest caz, la părinți există tendința de a ignora faptul că copiii cresc, astfel încurajând menținerea calităților din copilărie: cum ar fi spontaneitatea, inocența, naivitatea etc.. Părinții reducând nivelul de cerințe față de copil, contribuie la dezvoltarea infantilismului mental.

Incertitudine educațională (scala IE). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea stilului hiperprotector, sau pur și simplu un nivel foarte redus de cerințe. Are loc o redistribuire a puterii în familie între părinți și copil, în favoarea copilului. Părinții sunt „la picioarele” copilului.

Fobia pierderii copilului (scala FP). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea unui comportament hiperprotector dominant. În acest caz, părinții percep copilul fragil, „slăbuț” și bolnăvicios. Relația cu copilul este modelată de teama pierderii sale.

Subdezvoltarea sentimentelor părintești (scala SSP). Conduce la încălcarea stilului de educație prin asumarea comportamentului hipoprotector, respingere emoțională, chiar abuz asupra copilului. Părinții nu doresc să se ocupe de copil, nu tolerează comportamentul său. Interesul și grija față de copil sunt superficiale.

Extinderea conflictului dintre soți în domeniul educației (scala EC). Conduce la încălcarea stilului de educație prin adoptarea unui stil controversat de educație – are loc o conexiune între atitudinea hiperprotectoare a unui părinte cu respingerea emoțională sau hiperprotecție dominantă a celuilalt părinte. Creșterea copilului se transformă într-un „câmp de luptă” al părinților aflați în conflict. Astfel, părinții și mai deschiși își exprimă nemulțumirile, ghidați de „preocuparea pentru bunăstarea copilului”.

Preferință pentru calitățile feminine (PCF). Stilul de educație ce favorizează dezvoltarea calităților feminine la copil, indiferent de genul copilului. Prin preferința calităților feminine se observă o ignorare inconștientă a trăsăturilor masculine.

Astfel, analizând rezultatelor înregistrate de părinții copiilor implicați în studiu, la testul „*Analiza relațiilor intrafamiliale*”, putem înainta următoarele concluzii:

- caracteristic părinților copiilor bolnavi cu MRC, le este atitudinea de hiperprotecție și satisfacerea tuturor necesităților copiilor, iar la baza acestui tip de educație ar sta fobia pierderii copilului.
- copilul bolnav este în centrul atenției familiei, care îi satisfac necritic toate necesitățile iar această protecție crește odată cu agravarea stării de sănătate a copilului.
- atitudinea hiperprotectoare a părinților determină întărirea unor mecanisme reflectorii dintre boală și starea fiziologică, relație ce-și lasă amprenta și asupra sferelor sociale și interpersonale.
- toate aceste manifestări conduc la o dezadaptare a copilului bolnav cronic în societate și incapacitatea de a dezvolta anumite mecanisme compensatorii. Mecanisme ce pot contribui la diminuarea conștientizării rolului copilului în rezolvarea conflictelor precum și apariția tendințelor manipulatorii a acestor copii. Rupt de realitatea imediată, copilul devine inadaptabil, nu-și mai poate evalua corect propriile capacități.

2.6. Concluzii la capitolul 2

Pentru realizarea cercetării am avut drept obiective examinarea complexă, a particularităților psihologice de personalitate ale copiilor cu MRC, preferințele lor în cadrul relațiilor interpersonale, analiza relațiilor părinte-copil în aceste familii.

Rezultatele obținute în urma demersului diagnostic, de constatare, ne permite să înaintăm următoarele concluzii:

1. Datele experimentale demonstrează elocvent confirmarea *ipotezei 1*, lansate la începutul cercetării experimentale, conform căreia copiilor cu MRC le este caracteristic un anumit profil psihologic de personalitate determinat de specificul/tipul maladiei și vârstă. Profilul psihologic include următoarele caracteristici:

- sunt persoane, cu un nivel ridicat de anxietate, care se poate manifesta sub forma rigidității, incapacității de a-și exprima emoțiile, sau fiind persoane excesiv de ascultătoare și dependente de cei din jur.
- sunt persoanele foarte serioase, precaute, sensibile, care stabilesc mai ușor relații cu adulții decât relaționează cu colegii sau semenii lor.
- le sunt caracteristice stări de tensiune, stări de frustrare, o sensibilitate ridicată, imaturitate și instabilitate emoțională, cu un autocontrol slab dezvoltat.

- copiii cu MRC au un nivel ridicat de anxietate, depresie, reacții fobice, dar totodată au tendința de a ascunde, de a masca aceste stări emoționale, ceea ce intensifică și acutizează simptomele clinice.

2. Există diferențe în manifestarea particularităților psihologice și a stărilor psiho-emoționale la copiii bolnavi față de copiii sănătoși, determinate de tipul maladiei și vârstă. În acest context au fost analizate aspecte ale anxietății, autoaprecierii, aspirațiilor și caracteristicile psihoemoționale ale dezvoltării personalității copiilor bolnavi cât și copiii sănătoși. Copii bolnavi cu astm bronșic ($m=2,45$), mucoviscidoză ($m=2,38$) și tuberculoză ($m=2,46$) au obținut valori mai înalte decât restul eșantionului, fapt ce ne indică asupra existenței diferențelor semnificative atât în manifestarea anxietății reactive ($\chi^2=12,57$, $df=5$, $p=0,02$), cât și în manifestarea anxietății stabile ($\chi^2=35,53$, $df=5$, $p=0,00$) în dependență de tipul maladiei. După criteriul de vârstă nu s-au înregistrat diferențe semnificative, la ambele grupuri de copii cei de 8-10 ani și cei de 13-15 ani manifestă aproximativ, același nivel al anxietății.

3. Analiza teoretică și practică a dezvoltării nivelului de autoapreciere și aspirații la copii demonstrează complexitatea constituirii acestei formațiuni a personalității. Copiii din toate grupurile, atât cei de 8-10 ani, cât și cei de 13-15 ani, prezintă o valoare medie aproape similară. Între aceste valori nu au fost înregistrate diferențe semnificative statistic. Autoaprecierea la vârsta școlară este în mare parte, determinată de reușita la învățătură, de relațiile cu colegii de școală, deci, inițial este influențată de atitudinea copilului față de sine și mai apoi autoaprecierea este determinată și de percepția celor din jur. Analiza rezultatelor obținute ne conduce spre constatarea caracterului specific al dezvoltării autoaprecierii la copiii cu maladii respiratorii cronice, condiționat de specificul maladiei, dar și de evoluția maladiei și prognosticul medicilor, care în majoritatea cazurilor influențează constituirea autoaprecierii și a aspirațiilor, și le determină specificul, dar și de influența negativă a unor factori externi, sociali. Pentru o mai bună adaptare socială copilul cu maladii respiratorii cronice are nevoie de sprijinul familiei, prietenilor, personalului medical în formarea unor reprezentări adecvate despre sine, despre potențialul său.

4. Subiecții implicați în cercetare au un nivel favorabil de activism psihic și interes, dar și un nivel mai înalt al tensiunii. La examinarea mediilor stărilor menționate pe grupurile cercetate, evidențiem că nu există deosebiri majore, acest fapt poate fi observat și din rezultatele analizelor calitative. Constatăm că doar copiii sănătoși au nivel mai favorabil al activismului psihic ($m=1,9$), al tonusului emoțional ($m=1,7$), dar și un nivel mai înalt al confortului ($m=2,5$). Valori mai scăzute la toate stările au înregistrat copiii bolnavi cu mucoviscidoză și tuberculoză.

Comparând rezultatele obținute, menționăm că doar copiii lotului sănătos înregistrează valori statistico-semnificative mai înalte. După criteriul de vârstă nu s-au înregistrat diferențe semnificative, la ambele loturi de copii, cei de 8-10 ani și cei de 13-15 ani, manifestă aproximativ, același nivel al stărilor psihice studiate. Deci, în urma analizei rezultatelor obținute, am putea concluziona următoarele: - stările psiho-emoționale cercetate sunt mai accentuate la grupul copiilor sănătoși; - cu cât starea copilului este mai precară cu atât și valorile înregistrate la aceste stări psihice sunt mai scăzute; - mediul în care se află copilul determina nivelul stărilor sale psiho-emoționale (mediul școlar este mult mai confortabil și sigur, decât mediul din spital).

5. MRC determină schimbări în sfera valorilor, orientărilor și atitudinilor personalității copilului bolnav. Conform rezultatelor obținute, cele mai mari diferențe ale raportului dintre tendințe și posibilitățile subiecților implicați în cercetare sunt la valorile: atitudinea față de sănătate, urmată de familia fericită, bunăstarea materială și dragostea față de cei din jur. Acest lucru semnifică prezența unui conflict interior vizavi de aceste valori, atunci când valoarea este prezentă, dar acele tendințe motivaționale sunt foarte slabe pentru a declanșa forțele necesare în satisfacerea valorilor date. Cele mai importante sunt acele valori care nemijlocit contribuie la menținerea stării de sănătate și a vieții în general. Determinarea acestor preferințe în ierarhizarea valorilor permite realizarea suportului psihologic adecvat. Astfel implicarea bolnavului cronic în alte sfere ale vieții ne permite să schimbăm accentul de pe pierderea stării de sănătate pe acceptarea bolii și crearea unui nou stil de viață, contribuind la creșterea calității vieții acestor bolnavi.

6. Analiza datelor ce determină preferințele în sistemul de relații sociale și interpersonale ale copiilor din grupurile experimentale, ne permite să constatăm următoarele: există diferențe semnificative în manifestarea atitudinii față de mamă, față de tată și față de cuplul părinților după criteriul de vârstă la grupurile de copii cu bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, cât și la copiii sănătoși. Diferențe nesemnificative au înregistrat grupurile de copii bolnavi cu mucoviscidoză și tuberculoză în manifestarea atitudinii față de mamă. Analiza datelor ce indică atitudinea față de alți membri ai familiei, cum ar fi frații/surorile, reflectă un indice înalt al opțiunilor făcute în favoarea lor de către copiii din grupurile experimentale. Este relativ înalt și indicele ce reflectă atitudinea față de prieteni în toate grupurile de copii. Prin compararea rezultatelor, presupunem că odată cu agravarea stării de sănătate, cu cât maladia copilului este cu un pronostic mai nefavorabil, cu atât copilul este mai dependent de mamă, fiindu-i limitată comunicarea cât și relaționarea cu mediul social, date ce se combină și cu scorurile înalte înregistrate de grupurile de copii la scala tendinței de izolare. Diferențe semnificative după

criteriul de vârstă au fost înregistrate între rezultatele copiilor din 5 grupuri: bronșită cronică, pneumonie cronic, astmă bronșic, mucoviscidoză, și grupul de copii sănătoși, numai în grupul copiilor bolnavi de tuberculoză nu s-au înregistrat diferențe semnificative. Tendința de izolare caracteristică copiilor bolnavi se combină și cu o comunicabilitate redusă a acestora în grupurile de copii, scorurile înregistrate la această scală, fiind aproape egale la grupurile copiilor cu maladii cu o evoluție mai puțin severă (în bronșită și în pneumonie), valori mai mici s-au înregistrat la bolnavii cu astm bronșic, cu mucoviscidoză, valori de 2 ori mai mici au înregistrat bolnavii cu tuberculoză comparativ cu celelalte grupuri de copii. Datele înregistrate în cadrul cercetării experimentale descrise vorbesc despre probleme ale copiilor cu maladii respiratorii cronice în relaționarea cu semenii, caracterizate printr-o interacțiune slabă cu ei, tendințe proeminente de izolare, în pofida faptului că sunt destul de curioși. La scala „Dominare” rezultatele sunt destul de joase, ceea ce ne permite să constatăm faptul că copii cu maladii respiratorii cronice nu au tendințe de dominare. Scala „Comportament social adecvat” indică niveluri foarte înalte atât la copiii de 8-10 ani cât și la cei de 13-15 ani, date ce denotă un comportament social adecvat la copiii bolnavi cu maladii respiratorii cronice. Am putea concluziona că pentru un număr mare de copii bolnavi din grupurile participante la experiment sfera de relaționare „copil-copil” prezintă anumite dificultăți. Pe de o parte, ei își doresc să interacționeze cu alți copii, manifestă dorință și curiozitate în cadrul comunicării, iar pe de altă parte, se izolează, nu posedă abilități de a-și forma aceste relații, de a se adapta anumitor cerințe în cadrul comunicării, ceea ce pot genera probleme de adaptare socială.

7. În urma analizei datelor obținute în experimentul de constatare, în familiile copiilor bolnavi cu MRC tipul de educație dominant este cel hiperprotector. Tipul de educație hiperprotector este determinat de valori înalte înregistrate la următoarele scale: Domeniul de aplicare al sentimentelor părintești (scala DSP); Preferința calităților copilărești (scala PCC); Incertitudine educațională (scala IE); Fobia pierderii copilului (scala FP); Subdezvoltarea sentimentelor părintești (scala SSP); Extinderea conflictului dintre soți în domeniul educației (scala EC); Preferință pentru calitățile feminine (PCF). Analiza complexă a particularităților psihologice ale dezvoltării personalității copilului bolnav cu MRC, ale stilului de educație întâlnit în aceste familii, relevă necesitatea oferirii sprijinului psihologic acestor copii precum și membrilor familiilor, fapt ce ar contribui la depășirea dificultăților de dezvoltare a personalității copiilor cu maladii cronice și de integrare armonioasă a acestora în societate.

3. CONDIȚII PSIHOLOGICE DE MOBILIZARE ȘI COMPENSARE ÎN SITUAȚIA MALADIILOR RESPIRATORII CRONICE LA COPIL

3.1. Analiza strategiilor psihologice de compensare și mobilizare în maladii cronice la copil

Schimbările destructive în personalitatea copilului bolnav cu MRC, determină modalitățile de intervenție psihologică, cele mai importante fiind consilierea psihologică și psihoterapia.

Consilierea psihologică este o intervenție psihologică realizată în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale sau în scopul prevenției și remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament [35]. Aceasta este indicată persoanelor care se confruntă cu diverse probleme interpersonale ce pot fi rezolvate prin luarea unor decizii în concordanță cu nevoile și motivele personale. Misiunea consilierii constă în folosirea mai eficientă a resurselor personale ale celui care solicită asistență psihologică și în ameliorarea problemelor psihoemoționale și de comportament. În urma procesului de consiliere psihologică, indivizii învață să-și dezvolte noi strategii de rezolvare a problemelor cu care se confruntă, prin activarea propriilor resurse blocate. Consilierea psihologică se focusează pe optimizarea, dezvoltarea personală, probleme psihologice sau de patologie somatică în care sunt implicați factori psihologici.

Iolanda Mitrofan [9, 32, 33, 72, 91], psihoterapeut de orientare experiențială, definește consilierea psihologică drept o intervenție de scurtă sau de mai lungă durată, în scopul prevenirii sau rezolvării a unor probleme personale (emoționale, cognitive și comportamentale), cu impact individual, familial și socioprofesional dezorganizator. Consilierea acoperă o paletă largă de problematici specifice, de la cele educaționale la cele de reabilitare, recuperare și reintegrare socială, de la cele de suport psihoemoțional și social la cele de adaptare și integrare comunitară eficientă. Consilierea este o metodă educativă, de susținere a persoanelor aflate în situații critice care impun o rezolvare imediată și rapidă a problemelor ivite, desfășurându-se pe termen scurt. [52, 53]. Unul dintre obiectivele cel mai des invocat vizează atingerea unui nivel optim al dezvoltării personale. Matei Georgescu [48], psihoterapeut român de orientare psihanalitică, definește în felul următor dezvoltarea personală:

- *Perceperea de sens în viață*: prin integrarea experienței trecutului, prin capacitatea de trăire a prezentului și gestiunea viitorului;
- *Acceptarea de sine*: atitudine pozitivă față de sine, acceptarea calităților și defectelor;

- *Autonomie*: caracterizată prin independență, hotărâre, rezistență la tensiune, imagine de sine consistentă și stabilă;
- *Control*: capacitatea de control al propriului destin;
- *Capacitatea de a avea relații pozitive*: caracterizate prin încredere, prin nevoia de a primi și a oferi afecțiune.

Autorul [apud 48] consideră că dincolo de tipurile de consiliere și de așteptările clientului se pot identifica anumite categorii comune de obiective ale procesului de consiliere:

1. *Schimbarea comportamentală*. Este o condiție a optimizării personale, a posibilității de a trăi mai bine în mediul familial, profesional și social. Clientul este ajutat să găsească modalitățile în care să trăiască mai bine, să funcționeze la un nivel mai bun de performanță.

2. *Dezvoltarea capacităților adaptative*. Pe parcursul vieții, fiecare etapă de dezvoltare pune subiectul în fața anumitor sarcini specifice și așteptări. Nerealizarea acestora determină dezvoltarea unor comportamente care, deși constituie cea mai bună soluție pentru etapa respectivă de viață, se dovedesc ulterior a fi ineficiente. De aceea, adaptarea la noile situații, la situațiile de viață actuale, presupune reactivarea capacităților de adaptare și schimbarea unor comportamente greșite în trecut.

3. *Dezvoltarea capacităților decizionale*. Consilierul nu va lua decizii în locul clientului, ci îl va susține pentru a lua cea mai bună decizie. Clientul va învăța să înțeleagă cum și de ce își asumă responsabilitatea pentru o decizie, să înțeleagă cât mai bine consecințele în termeni de risc, timp, costuri, energie.

4. *Îmbunătățirea relațiilor interpersonale*. Majoritatea întâmpină dificultăți în relațiile lor cu ceilalți, cu efecte nedorite în contextul familial, profesional etc. Dificultățile au cauze variate, printre care imaginea de sine joacă un rol important întrucât determină modalități defensive de relație. De aceea, consilierea se va centra atât pe îmbunătățirea relațiilor cu ceilalți, cât și cu sine, așa încât clientul să se accepte; să se respecte și să-și dezvolte potențialul.

5. *Dezvoltarea potențialului clientului*. În acest aspect ne centrăm pe învățarea modalităților prin care clientul să-și poată folosi maximal abilitățile de care dispune. Aceasta presupune încurajarea libertății de manifestare a clientului în cadrul său specific și, totodată, a capacității de control a acestui mediu.

Psihoterapia este atât o metodă de tratament psihologic, cât și un mijloc de acces la o mai bună cunoaștere de sine și o percepție mai fină a realului. În unele cazuri, disconfortul psihologic asociat problemelor medicale de durată poate fi ameliorat prin psihoterapie. Există mai multe tipuri de psihoterapie care implică abordări diferite, tehnici și intervenții diverse. De exemplu,

intervențiile pentru pacienții respiratori cronici pot cuprinde abordarea cognitiv-behavioristă sau abordarea interpersonală, care are ca efect reducerea depresiei. Reconstrucția cognitivă poate reduce starea de neajutorare sau ideile negative, pe când training-ul pe asertivitate și susținere pentru auto-eficacitatea pacienților poate să ajute pacientul să facă față mai bine simptomelor bolii. Intervenția psiho-socială are rezultate bune în ceea ce privește îmbunătățirea pe plan emoțional, aici fiind incluse și îmbunătățiri pentru calitatea vieții. De asemenea, intervențiile psihoterapeutice pentru managementul stresului sunt utile la pacienții cu maladii respiratorii cronice în scopul de a reduce depresia, stresul și totodată mărește factorii protectivi ca și susținerea socială. Uneori, sunt de ajutor combinațiile din mai multe metode de psihoterapie. În unele cazuri, cea mai eficace este combinația de medicație și psihoterapie.

Există diferite tipuri de psihoterapie utilizate pentru copii și adolescenți [9, 33, 34, 35, 42, 46, 48, 52, 56, 60, 71, 79, 91, 143, 157].

Psihoterapia cognitiv-comportamentală ajută copilul să își modifice dispoziția și comportamentul prin examinarea tiparelor de gândire confuze sau distorsionate. În psihoterapia cognitiv-comportamentală copilul învață că ceea ce produce sentimentele și dispoziția, care îi influențează comportamentul, se poate schimba. Psihoterapeutul ajută copilul să înlocuiască gândirea distorsionată cu gânduri care să ducă la sentimente și comportamente mai adecvate. Terapia cognitivă pleacă de la premiza că astmaticul încearcă să ia prea mult și să dea prea puțin, atunci când dă existând o constricție, care este de fapt teama și apelează la desensibilizarea sistematică, după relaxare, cu imaginarea atacurilor de la ușoare la severe, până când pacientul nu mai reacționează prin anxietate. Se pare însă că terapia cognitiv – comportamentală în combinație cu hipnoza este mai eficace decât terapia cognitiv – comportamentală utilizată de sine – stătător [35].

Psihoterapia de familie se concentrează pe funcționarea familiei în moduri constructive și pozitive prin explorarea tiparelor de comunicare și furnizarea de suport și educație. Ședințele pot include copilul sau adolescentul împreună cu frații, părinții, bunicii. Terapia familială, care se adresează unor chestiuni de tipul „rolul bolnavului în familie” și efectul stresului familial asupra sănătății, are la rândul său un impact pozitiv în tratamentul astmului de exemplu.

Psihoterapia integrativă este o metodă terapeutică cu o abordare holistică, accentul cade pe dimensiunile somatice, emoționale, și modul în care acestea se reflectă în relațiile cu cei din jur. Această metodă psihoterapeutică abordează vindecarea și ameliorarea problemelor promovând rezistența și resursele personale ale pacientului. Psihoterapia integrativă minte - corp îmbină elemente de psihanaliză, teoria relație-obiect, gestalt terapie, psihoterapie corporală sau

somatoanaliza, psihologia Eului, analiza bioenergetică, psihoterapie transpersonală, teorii și practici orientale, toate acestea alcătuind un sistem psihoterapeutic eficient. Psihoterapia integrativă minte - corp presupune calea explorării sinelui, un proces cu multiple beneficii: eliberarea de tensiuni musculare și tipare comportamentale negative, dezvoltarea personală, reglarea sistemului nervos, chiar și în situațiile stresante, dezvoltarea rezistenței emoționale necesare în perioade de schimbări și stres. Psihoterapia utilizează tehnici diverse, bazate pe respirație, atingere, mișcare, dar și discuțiile terapeutice. Pacientul este ghidat să conștientizeze starea sa emoțională și comportamentală, ascultând în același timp răspunsurile corporale. Astfel reușește să-și dezvolte acuitatea fizică și să înlocuiască tiparele nedorite cu comportamente sănătoase. Somatoanaliza poate fi utilizată în tratarea tulburărilor de anxietate și depresive, pentru probleme în relații, precum și în patologii organice, dureri, etc.

Antrenamentul autogen Schultz este o tehnică de relaxare psihoterapeutică verificată atât clinic cât și experimental. Antrenamentul autogen este un exercițiu generat din interiorul Eului. Schultz definește antrenamentul autogen ca fiind un „exercițiu configurat sistematic și dezvoltat de fiecare persoană pentru sine”. În esență, este o metodă de autodecontractare concentrativă (subiectul își creează prin concentrare o stare hipnoidă care va declanșa decontractarea mușchilor). Schultz arată că antrenamentul autogen ajută subiectul să obțină o serie de avantaje, cum ar fi: odihnă și recuperare după efort, autorelaxare, autoreglarea funcțiilor autonome, profilaxia activă a tulburărilor neurovegetative, reducerea durerii și anxietății, tratarea tulburărilor de somn de intensitate medie, întărirea Eului prin formele sugestive speciale. Efectele acestui tip de antrenament pot fi observate de cei care îl practică încă din primele zile (relaxare mai bună, reducerea anxietății, somn mai bun, capacitate de concentrare și memorie mai bună). Avantajele antrenamentului autogen sunt bine cunoscute în psihoterapia unor nevroze și afecțiuni psihosomatice. El poate fi folosit cu succes ca adjuvant în tratamentul medicamentos al oricărei afecțiuni somatice, contribuind la reducerea durerii și întărirea Eului bolnavului. Însă antrenamentul autogen susține, dar nu înlocuiește tratamentul corespunzător bolii respective. Metoda este utilizată în medicina preventivă pentru creșterea rezistenței la frustrare și la alți factori stresanți.

Psihoterapia de grup folosește forța dinamicii de grup și interacțiunile în grup pentru a îmbunătăți înțelegerea și abilitățile sociale. Există multe tipuri de psihoterapie de grup: psihodinamică, grupuri de suport, psihodrama, etc.

Psihoterapia interpersonală este o forma de tratament de scurtă durată realizat în mod special pentru depresie. Scopurile psihoterapiei interpersonale sunt îmbunătățirea funcționării

interpersonale prin descreșterea simptomatologiei depresiei. Cercetările au demonstrat că psihoterapia interpersonală poate fi eficace pentru adolescenții care suferă de depresie.

Psihoterapia psihodinamică subliniază înțelegerea chestiunilor care motivează și influențează comportamentele, gândurile și sentimentele copilului. Poate ajuta la identificarea tiparelor specifice copilului, a mecanismelor sale de apărare, a răspunsurilor la conflictele interne și externe. Psihoterapia psihodinamică se bazează pe presupunerea că odată ce conflictele interne ale copilului sunt conștientizate, comportamentul se va îmbunătăți. *Psihanaliza* este o formă specială de psihoterapie psihodinamică și are rolul de a ajuta pacientul să reia legătura cu propriul inconștient, amintirile și trăirile ascunse. Astfel, acesta va înțelege cum aceste sentimente înăbușite le afectează comportamentul și gândirea din prezent. Putem spune că psihanaliza înseamnă autocunoaștere. Terapia evoluează în funcție de ritmul fiecărei persoane analizate, iar aceasta are dreptul de a opri analiza în momentul în care s-a ajuns într-un punct prea dureros sau sinceritatea nu mai există.

Hipnoterapia sau hipnoza clinică se pot utiliza cu succes în psihoterapia copilului și adolescentului. Hipnoterapia se bazează pe imagerie, respectiv accesarea „directă” a conținutului inconștient și pe faptul că schimbarea comportamentală, a gândurilor și sentimentelor în sens pozitiv este mai facilă, ca urmare a faptului că creierul uman nu face diferența între imaginile imaginate și cele reale. Hipnoterapia la copil îmbracă de multe ori forma poveștilor.

Art terapia sau psihoterapia prin artă este o metodă terapeutică expresivă ce utilizează materiale pentru arte plastice și procesul creativ, considerând reacția pacientului față de produsul creației ca reflexie a personalității, aptitudinilor, intereselor, conflictelor și problemelor sale. Terapia prin artă se bazează pe efectele terapeutice ale artei - exprimarea imaginativă, autentică și spontană poate duce la sentimentul de împlinire personală și vindecare emoțională. Totodată, la baza art terapiei stă ideea conform căreia arta este o formă de comunicare simbolică. Astfel, produsul artistic poate fi interpretat, pentru a dezvălui problemele și conflictele intrapsihice ale pacientului. Terapia prin artă are ca obiective rezolvarea conflictelor emoționale, conștientizarea de sine, dezvoltarea aptitudinilor sociale, controlarea comportamentului, rezolvarea problemelor, reducerea anxietății, orientarea spre realitate și creșterea stimei de sine. Art terapia reunește domeniul psihologic și cel artistic, utilizând potențialul terapeutic al ambelor. Arta funcționează nu dar, ca vehicul pentru terapia prin discuții, ci poate constitui material de procesare în cadrul ședințelor de psihoterapie. Atelierele de art - terapie propun un loc de exprimare liberă și creativă a emoțiilor, ideilor, frustrărilor, anxietăților, în forme și culori, un suport și o însoțire în evoluția fiecăruia de către un psihoterapeut specializat. Art-terapia folosește tehnici creative precum

desenul, pictura, modelajul, teatrul, dansul, muzica sau marionetele, pentru a ajuta fiecare persoană să se înțeleagă pe sine, să se elibereze de anxietățile acumulate, de tensiuni și să faciliteze comunicarea și relaționarea, procesul creativ ajută în dezvoltarea abilităților personale și interpersonale (comunicare, relaționare, inteligență emoțională), în creșterea stimei de sine și a autoconștientizării, în gestionarea comportamentului și reducerea stresului, în dezvoltarea capacităților cognitive prin stimularea atenției, imaginației și a gândirii.

Meloterapia sau terapia prin muzică se referă la folosirea muzicii sau a elementelor muzicale (sunet, ritm, melodicitate, armonie) într-un cadru individual sau de grup, pentru a facilita comunicarea, relațiile sociale, motivarea, învățarea, exprimarea și alte obiective terapeutice care ajută persoana să ajungă la bunăstare mintală. Obiectivele tipice ale terapiei prin muzică sunt: rezolvarea conflictelor interne, relaxarea, gestionarea emoțiilor, creșterea conștientizării de sine, auto-exprimarea, rezolvarea problemelor interpersonale, dezvoltarea de relații sănătoase, depășirea traumelor, modificarea stilului de gândire, schimbarea comportamentelor, percepția sensului și împlinirii în viață.

Atât în urma psihoterapiei cât și a consilierii psihologice se pot realiza următoarele obiective:

- optimizarea comportamentului și îmbunătățirea relațiilor interpersonale;
- creșterea nivelului de conștientizare a persoanei, a capacității de autoexplorare și autocontrol;
- activarea și valorificarea resurselor personale, a potențialităților latente;
- întărirea Eului și a încrederii în forțele proprii, a autonomiei și independenței persoanei;
- reducerea anxietății, creșterea rezistenței la frustrare;
- dezvoltarea unor strategii adaptative prin care persoana să facă față cu succes situațiilor de viață;
- formarea deprinderilor de a identifica gândurile și ideile disfuncționale și corectarea lor;
- dezvoltarea capacității decizionale prin învățarea unor modalități de a ierarhiza prioritățile, de mobilizare a eforturilor personale în vederea atingerii scopurilor propuse - obținerea performanțelor.
- identificarea resurselor familiei - nu doar conturarea domeniilor familiale, dar și a potențialului de care aceasta dispune, deoarece copilul cu maladii cronice este doar unul din multele elemente care trebuie luate în calcul la organizarea vieții de familie.

Menționăm, ca și tendință, tot mai evidentă, direcția programelor recente de intervenție psihosocială, inspirarea lor din diverse abordări ale științelor psihologice, cu înglobarea câtorva modele explicative și acționale. Ideea integrării sau eclectismului este la fel de veche ca și psihoterapia, deoarece practicienii tot mai mult găsesc limitele impuse de utilizarea unui singur model teoretic, după cum susține I. Dafinoiu [31, 32, 33]. Demersul acțional al cercetării în cauză se va axa pe o abordare integrativă și va include utilizarea metodelor de lucru cu copiii din diverse orientări.

3.2. Caracteristica generală a programului de suport psihologic în situația maladiilor respiratorii cronice la copil

Maladiile cronice au o prevalență în continuă creștere în practica curentă, consecință a îmbătrânirii populației, a multiplicării factorilor de risc și a scăderii imunității. În prezent, la nivel internațional, se remarcă o conștientizare a implicării factorilor psihologici în diverse maladii, atât în plan academic (reflectat prin preocupările de cercetare și prin conținutul materiilor predate la nivel universitar) cât și în plan clinic (prin centrele total integrate fizic și funcțional cu serviciile de psihologie oferite pacienților). În viziunea unui tratament cu abordare holistică al MRC, nu se concepe ca intervenția farmacologică să nu fie dublată și de o abordare nemedicamentoasă – reabilitarea psihologică [22]. Analiza complexă a particularităților psihologice ale dezvoltării personalității copilului bolnav cu MRC, ale stilului educațional întâlnit în aceste familii, relevă necesitatea oferirii sprijinului psihologic acestor copii precum și membrilor familiilor, fapt ce ar contribui la depășirea dificultăților de dezvoltare a personalității copiilor bolnavi și de integrare armonioasă a acestora în societate.

Astfel, următoarea sarcină a cercetării noastre a constat în determinarea principiilor și strategiilor de lucru cu copii bolnavi și elaborarea unui program de suport psihologic.

Suportul psihologic profesional ce vine în sprijinul copiilor cu boli cronice cuprinde intervenții ce includ consilierea sau psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de familie sau grupurile de suport.

Programul de suport psihologic cuprinde măsuri și activități orientate spre ameliorarea dereglărilor dezvoltării psihice și a comportamentului uman prin introducerea, în grupul cercetat, a unor „factori de progres”, cu ajutorul unor mijloace speciale de interacțiune psihologică [apud 22]. Altele sunt mijloacele de intervenție psihologică în cazul pierderii stării de sănătate, adică în situații de maladii, mai ales cronice, mijloace ce sunt complementare tratamentului medicamentos având totodată rezultate eficiente. În asemenea situații scopul

intervenției psihologice nu este cel de a trata maladia, chiar și atunci când se folosesc cele mai noi descoperiri în sfera medicală nu se poate obține tratarea definitivă a maladiei. Scopul major al intervenției psihologice în situația de maladii cronice, este schimbarea accentului de pe pierderea stării de sănătate pe acceptarea bolii și crearea unui nou stil de viață, contribuind la creșterea calității vieții acestor bolnavi prin preîntâmpinarea procesului de inadaptare socială, reducerea simptomelor și mărirea perioadelor de remisie între complicații, profilaxia dereglărilor psihice induse de boala cronică, modalități de acceptare a bolii, de ameliorare a statusului funcțional, care să mențină sau să îmbunătățească nivelul de complianță la tratamentul medicamentos prin luarea în considerare a tuturor factorilor (psihici, sociali, psihosociali, biologici), cu alte cuvinte educarea bolnavilor. Suportul psihologic facilitează dezvoltarea emoțională, contribuie la monitorizarea funcționării sociale a copilului care trece prin puternice provocări psihosociale, întreruperi și izolări față de mediul natural de dezvoltare datorate tratamentelor periodice la care este supus. Nu toate familiile apelează sau au nevoie de aceste servicii, însă pentru cele ce recurg la acest tip de ajutor, beneficiile pot fi semnificative. Familiile recurg în general la suport psihologic oferit de psihologi și psihoterapeuți în situații precum:

- apariția unor semne evidente de depresie, anxietate ori traumă;
- cooperarea scăzută a copilului bolnav cu personalul medical;
- opunerea rezistenței la tratament;
- stresori preexistenți bolii ori o vulnerabilitate acutizată de boală;
- ca măsură preventivă luată de părinți pentru a se asigura de susținerea copilului din

toate punctele de vedere pe parcursul bolii.

Suportul psihoterapeutic abordează teme specifice în raport cu copilul și adolescentul bolnav cronic: înțelegerea diagnosticului și a complicațiilor, adaptarea la schimbările fizice, temporare sau permanente, dezvoltarea copingului la tratamentele dureroase, proceduri, vizite clinice și spitalizare. Sunt discutate, de asemenea, momentele cu încărcătură pozitivă (remisiile), dar și cele cu încărcătură negativă ale bolii, impactul bolii asupra relațiilor familiale, școlare, de prietenie - procesul de reintegrare școlară și socială după perioadele de spitalizare și se discută profund pentru conștientizarea naturii bolii și a implicațiilor ei în viitor. Procesul conștientizării este unul fluid, depinzând de câțiva factori precum: statusul medical curent și cunoștințele despre boală, „înțelepciunea corporală” dobândită, urgența și intensitatea tratamentelor suportate, emoțiile aparținătorilor, stilul de comunicare al familiei, precum și interacțiunea cu ceilalți copii aflați în aceeași situație de boală. Terapia copilului sau adolescentului bolnav înainte de toate este un cadru protejat în care el își poate exprima emoțiile; la un nivel mai profund psihoterapia

individuală este o oportunitate de a explora toate fațetele experienței pe care le aduce boala. Discuțiile, jocul, desenul - sunt modalități de lucru prin care copilul învață să trăiască cu stresul și incertitudinile bolii. Cei mai mulți psihoterapeuți includ întreaga familie în lucrul cu copilul bolnav cu maladii cronice, un aspect crucial al sistemului de familie afectat de boala unuia dintre membri fiind neglijarea grijilor, fricilor, nevoilor și vulnerabilității fraților sănătoși. Discuțiile adolescenților bolnavi cu psihoterapeutul gravitează, de obicei, în jurul problemelor de identitate și în jurul planurilor de viitor. Țintele lor educaționale sau de carieră pot suferi mari modificări. Apar adesea și griji sau întrebări privind sexualitatea, fertilitatea, contribuind la vulnerabilitatea resimțită față de relațiile intime prezente și viitoare. Pentru adolescenții care se află în mod natural la vârsta afirmării autonomiei și autocontrolului, încercările conferite de boală se accentuează datorită dependenței la care îi supun tratamentele și boala însăși.

În ghidurile de management al bolilor pulmonare cronice, pentru ca un tratament să întrunească criteriile standard de calitate, trebuie să includă și programe de reabilitare – bazate pe oferirea suportului psihologic; deoarece programele de reabilitare pulmonară și-au demonstrat eficiența în îmbunătățirea calității vieții bolnavilor, mai ales în maladiile cronice. Reușita programelor de reabilitare depinde și de răspunsul bolnavului la procesul de educare și învățare. Acesta vizează schimbarea stilului de viață practicat de bolnav, cu adoptarea altuia, cu potențial sanogen. Această intervenție reprezintă una din recomandările cele mai dificil de urmat de pacient, mai ales de copiii - pacienți. Din acest motiv, educarea se desfășoară în cadrul unui program organizat și structurat de livrare a informației, în care învățarea propriu-zisă reprezintă doar o parte. Învățarea este un proces activ de facilitare și dezvoltare a capacității unui individ de a aplica ceea ce a asimilat. Numai pe un fundament solid de educare și învățare se pot realiza cu succes intervențiile psihologice, nutriționale ori tehnicile de respirație și de conservare a energiei și se pot adopta exercițiile fizice regulate, înțelege rolul și administra corect medicamentele și/sau suplimentarea cu oxigen etc.

În 2005, Fink ajunge la concluzia că managementul bolilor respiratorii obstructive cronice este 10% medicație și 90% educație [6, 14]. Binomul educare – învățare se bazează pe realitatea că informația primită nu este suficientă dacă nu are loc un proces de învățare prin care să se activeze motivația și, în cele din urmă, voința de a participa la tratament. Pentru a ajunge la nucleul motivației, este necesară adaptarea corpusului de informație la nevoile, limitele, aspirațiile și contextul în care se află bolnavul, adică specificitatea sa. Din acest motiv, învățarea vizează nu numai acumularea de cunoștințe, ci și deprinderea de abilități și schimbarea atitudinilor, astfel ca bolnavul să fie apt din timp să-și recunoască simptomele, să facă față

stresului emoțional, să sesizeze momentul când devine necesară apelarea din nou a terapeutului etc. Unul dintre obiectivele principale ale educației medicale îl reprezintă schimbarea stilului de viață al pacientului și acomodarea cu noul stil impus tratamentului bolii. Practic, pacientul trebuie educat cum să trăiască în noua condiție. Educarea pacientului se focalizează pe:

- recunoașterea simptomatologiei și managementul exacerbarii;
- cunoașterea completă a medicației și a tehnicilor de inhalare;
- aplicarea corectă a tehnicilor de conservare a energiei;
- managementul atacului de panică, a anxietății și stărilor depresive;
- consiliere și reeducare nutrițională;
- utilizarea corectă a oxigenoterapiei, etc.

Așadar, suportul psihologic ce vine în sprijinul copiilor cu boli cronice cuprinde intervenții ce includ metode, procedee și tehnici psihologice, care urmărește diminuarea stărilor patologice și a consecințelor acestora, prin intermediul optimizării autocunoașterii, prin dezvoltarea emoțională și desigur, prin dezvoltarea personalității copilului. Intervențiile psihologice pot avea câteva caracteristici esențiale, în baza cărora copiii sunt ajutați să-și stăpânească și să-și controleze frica, neliniștile și anxietățile, prin descărcarea tensiunilor și reenergizarea organismului, prin reducerea sensibilității emoționale, prin stimularea expresivității și creativității, prin trăirea stărilor afective pozitive și formarea unor reacții și răspunsuri comportamentale, potrivite și sănătoase, față de stimulii stresogeni, prin activarea și optimizarea capacităților de autocunoaștere, relaționare și comunicare interpersonală, prin dezvoltarea unei atitudini pozitive față de sine ca o persoană unică și valoroasă și prin exersarea modelelor de comportament plin de siguranță. În activitățile de intervenție psihologică se pot practica o diversitate de stiluri de comunicare, de tehnici, de procedee și modalități de lucru elaborate în conformitate cu orientările psihologice de bază. Totodată în cadrul acestor activități se analizează acele aspecte ale anxietății, inadaptării sociale la copii, datorate maladiei sale, spitalizărilor frecvente, cât și experiențelor traumatizante cu colegii. Din cauza simptomatologiei bolii, acești copii nu se pot adapta corespunzător, fapt ce duce la izolare socială și insuccese școlare. Majoritatea psihologilor [101] recomandă în depășirea neîncrederii sociale și a stărilor de anxietate activități complexe ce includ în sine lucrul cu copiii bolnavi, cu semenii acestora cât și cu adulții. În cadrul acestor activități se combină lucrul individual cu cel de grup. Specialiștii în domeniul respectiv, propun un șir de sarcini și activități realizate atât individual, cât și în grup (tabelul 3.1).

Tabelul 3.1. Sarcini din cadrul programului de suport psihologic

Individual	De grup
➤ Conștientizarea stării de neliniște și frustrare;	➤ Trăirea emoțiilor pozitive și a stării de fericire;
➤ Creșterea sensibilității față de procesul de relaționare;	➤ Conștientizarea propriilor trebuințe cât și a necesităților celorlalți;
➤ Conștientizarea așteptărilor vizavi de comportamentul celorlalți;	➤ Capacitatea de a stabili un contact, acceptarea criticii și monitorizarea ei adecvată;
➤ Formarea criteriilor pentru evaluarea comportamentului social;	➤ Dezvoltarea capacității de a se autoafirma;
➤ Formarea modalităților de conduită de alternativă.	➤ Definirea aspectelor contextului social;
	➤ Capacitatea de a gestiona propriile emoții.

În programul de suport psihologic sunt utilizate cu succes și strategii de coaching, divizate în trei etape:

- la etapa 1 – se învață copilul cum să depășească o situație concretă, ce trebuie să facă ca să obțină succes.
- la etapa 2 - copilul exersează prin joc, în cadrul grupului cu alți copii cele învățate la etapa anterioară.
- la a 3 etapă – acțiunea este expusă în situații reale, copilul implementează cunoștințele dobândite la etapele anterioare în relația cu mediul.

Fiecare din aceste etape sunt evaluate, comentate și analizate de către psiholog împreună cu copilul. Strategiile de coaching cuprind elemente ale învățării sociale:

- transmiterea prin comenzi verbale a acțiunilor comportamentale și realizarea lor în cadrul jocului de rol;
- antrenarea abilităților obținute în cadrul activităților de grup;
- implementarea cunoștințelor obținute în viața de zi cu zi, rezultatele fiind evaluate de către psiholog.

Desigur, activitățile date, realizate sistematic, pe o perioadă mai îndelungată contribuie la obținerea performanțelor scontate.

În recuperarea bolnavilor respiratori cronici este necesar de inclus metode psihologice adecvate, care au scop de a forma noi stiluri de comportament, noi atitudini și orientări valorice. Implementarea cu succes a acestor metode ține de aptitudinile și profesionalismul psihologului. Cel mai cunoscut avantaj pe care suportul psihologic îl aduce și care poate spori supraviețuirea este aderența la tratament. Importanța ei este remarcabilă, deoarece între 40-80% dintre pacienți

nu urmează recomandările primite dacă acestea nu sunt relaționate cu nevoile, prioritățile și așteptările pacientului sau familiei acestuia. Recuperarea respiratorie reprezintă o intervenție comprehensivă, multidisciplinară și bazată pe dovezi la pacienții cu boli respiratorii cronice care sunt simptomatici și prezintă frecvente limitări ale activității zilnice.

Suportul psihologic trebuie să fie la îndemâna pacienților sub cele mai diverse forme: grupuri de suport care să încurajeze exprimarea emoțională, tehnici cognitive care să modifice percepția bolii, a tratamentelor, a riscului operator, a imaginii corporale, tehnici comportamentale și de imagerie dirijată care să reducă efectele secundare adverse ale tratamentului, tehnici de relaxare, de hipnoză, și de control al durerii pentru diminuarea reactivității emoționale și a durerii fizice, consilierea stilului de viață sănătos și a reinsertiei familiale și socio-profesionale, pregătirea pentru moarte în situațiile grave. Asistența medicală și psihologică a copilului bolnav cronic ridică și mai multe probleme, cu particularitățile specifice vârstei. Nu trebuie omisă nici familia pacientului care poate beneficia de consiliere pentru a diminua efectele devastante ale îmbolnăvirii unui membru din familie, mai ales a copiilor.

Principiile fundamentale [9] ce stau la baza elaborării unui program de suport psihologic pot fi:

- Principiu unității corecției și diagnosticării. Eficiența intervențiilor psihologice depinde de complexitatea și profunzimea diagnosticului. Însă rezultatele celei mai temeinice diagnosticări își pierde esența dacă nu sunt urmate de un sistem de acțiuni de influență psihologică.

- Principiul utilizării unui set de metode în cercetarea psihologică. Conform acestui principiu, este necesar de utilizat o varietate mare de metode, tehnici și procedee din arsenalul psihologiei practice. Aceste metode aplicate în practică au demonstrat că se pot completa reciproc și reprezintă un instrumentar adecvat de acordare a unui ajutor psihologic eficient copiilor.

- Principiul experienței „aici și acum”. În prim-plan sunt puse trăirea emoțiilor și exprimarea experienței prezente. Acest fapt contribuie la conștientizarea, de către copil, a propriilor percepții, emoții, gânduri și trăiri. Dobândind conștiința propriului „Eu”, copilul va fi capabil să fie în acord cu semnificațiile lumii sale interioare și exterioare și să se perfecționeze prin autorestructurare.

- Principiul competenței active. Competența copilului mai ales a școlarului trebuie să fie concretă și să aibă un destinatar cunoscut. El trebuie nu numai să știe la ce pot fi folosite anumite deprinderi, dar și să facă, efectiv, uz de ele – acasă, în școală, în mediul semenilor și în societate.

Cunoștințele, deprinderile și realizările sale trebuie să fie nu doar constructive, ci și orientate spre o aplicare directă și activă în interesul personalității, al familiei, al școlii.

- Principiul valorificării potențialului personalității presupune învățarea copiilor și adolescenților cum să-și dezvolte capacitățile și potențialul și cum să le utilizeze în viață și în activitate. Acest principiu presupune instrumente de transformare a aptitudinilor și facultăților latente, ascunse ale personalității din regimul de așteptare pasivă în regim de activism. Un activator universal, în acest sens, poate fi considerat sprijinul în realizarea propriilor interese, iar ca instrumentar universal servește activitatea independentă, autenticitatea, spontaneitatea și creativitatea.

- Principiul orientării spre necesitățile și solicitările copiilor și adolescenților. Acest principiu reiese din necesitatea punerii în practică a cunoștințelor și deprinderilor achiziționate în activitățile de zi cu zi, activități ce devin tot mai eficiente pe măsură ce reflectă solicitările și necesitățile curente ale copiilor, pe măsură ce rezultatele se văd și se face uz de ele imediat, „aici și acum”.

- Principiul implicării active a copilului. Dezvoltarea personală este un proces de autoformare, în care copilul trebuie să se implice conștient. Astfel prezența copilului este una vie, participativă, onestă, directă, autoafirmativă și responsabilă.

- Principiul facilitării și stimulării creșterii continue. Conform acestui principiu, se realizează explorarea căilor care sporesc posibilitățile copilului de a-și continua dezvoltarea pe cont propriu și în afara activităților de intervenție psihologică. Copilul rămâne astfel și în continuare cu o sarcină care va continua și în afara activităților în grup. Acest tip de sarcini, în programul psihologic, iau forma „temei pentru acasă”.

Ținând cont de rezultatele prezentate anterior, propunem un program de suport psihologic desemnat copiilor bolnavi cu maladii respiratorii cronice. Demersul psihologic a inclus două etape distincte.

La prima etapă s-au realizat activități individuale de consiliere a copiilor, aplicând interviul semistructurat cu răspunsuri libere. De fapt, utilizarea interviului semistructurat cu răspunsuri libere la etapa inițială a avut ca scop diagnosticarea particularităților psihologice ale copiilor bolnavi, a relațiilor din cadrul familiei, dar și realizarea anumitor direcții în vederea consilierii individuale. Descriind interviul ca metodă de bază în consilierea psihologică, Г. Абрамова [119, 120] specifică că acesta reprezintă o metodă specifică de analiză a situației subiectului, fiind orientată în cadrul discutării diverselor aspecte spre dinamizarea atitudinii persoanei față de diferitele particularități ale realității psihice. O consiliere psihologică este

oricând un proces de influențare interpersonală reciprocă [apud 119, 120]. La ședințele de consiliere inițială au participat și unii părinți, preponderent mamele.

Cea de a doua etapă a inclus ședințe de grup, cu elemente de consiliere, terapie, training în scopul armonizării procesului de dezvoltare a personalității copilului bolnav cronic. Strategiile de intervenție au cuprins: evaluarea unor situații problematice; dezbateră în grup; exerciții de autocunoaștere; experiențe de încurajare; metafora; tehnici de relaxare, cu scopul rezolvării unor probleme legate de afectivitate, trăirea experiențelor trecute sau elaborarea altor noi, antrenarea abilităților sociale, structurarea zilelor privind timpul petrecut cu colegii, prieteni etc., evaluarea activităților realizate cu succes, expunerea graduală la diferiți factori și în diferite situații. Formele de lucru au oscilat de la cele individuale la cele de grup. Fiecare ședință finaliza cu o sarcină ce trebuia realizată acasă. Acestea aveau rolul de a consolida cele realizate pe parcursul ședinței de grup, de a schimba atitudinea și comportamentul copilului bolnav, de a studia reacția membrilor familiei pe parcursul realizării sarcinilor, dar și de a oferi sprijin familiei, prin perceperea prezenței indirecte a consilierului în timpul realizării sarcinilor.

De asemenea, au fost folosite și tehnici din alte psihoterapii: terapia rațională, gestalt terapia, metoda de orientare corporală, terapia prin muzică, desen, joc, psihoterapia de familie, metode de relaxare, metode de comunicare etc.

Programul de suport psihologic s-a bazat pe principiile:

- abordării sistemice în elaborarea activităților programului, care semnifică modul în care un element schimbă întreg sistemul;
- abordării individuale, care presupune ajustarea influenței psihologice la necesitățile și posibilitățile copilului;
- activismului, cu implicarea fiecărui participant;
- demnității, care presupune respectarea și valorizarea fiecărui participant;
- confidențialității.

Scopul programului de suport psihologic a vizat următoarele aspecte: preîntâmpinarea apariției proceselor de dezadaptare, mărirea perioadelor de remisie, profilaxia patologiilor psiho-nervoase, pregătirea copilului pentru depășirea situațiilor stresante.

Programul de suport psihologic a urmărit realizarea următoarelor sarcini:

1. Dezvoltarea capacităților de adaptare la condițiile mereu în schimbare ale vieții și activității copiilor prin:

- Exerciții ce dezvoltă capacitățile de comunicare ale copiilor,
- Tehnici de relaxare ce ar diminua contractiile musculare,

- Tehnici de sensibilizare,
- Exerciții de cunoaștere și autocunoaștere, petrecute atât individual, cât și în grup,
- Tehnici de dezvoltare a autocunoașterii, autoaprecierii, comunicare și rezistență la situații stresante.

2. Menținerea unui climat social adecvat prin:

- Diferite lecții, seminare, mese rotunde cu părinții copiilor bolnavi cu MRC,
- Consiliere individuală atât a părinților cât și a copiilor,
- Activități de psihoprofilaxie adresate părinților, cât și copiilor.

3. Formarea unui stil de viață la copil ce ar include și complianța la tratamentul medicamentos prin:

- Informații adresate copiilor vizavi de maladie, metode de tratament,
- Tehnici din terapia rațională și cognitivă,
- Lucrul în grup și individual.

4. Intervenția pentru a diminua unele aspecte distructive ale personalității copilului bolnav (fobii, anxietate, stări de frustrare, somn etc.) prin:

- Tehnici proiective, desen,
- Tehnici de relaxare, desensibilizare sistemică,
- Tehnici asertive, de conștientizare corporală etc.

Programul s-a axat pe trei direcții de bază:

1. Cunoașterea de sine a copiilor (propriile necesități, trebuințe, interese etc.);
2. Conștientizarea relațiilor interpersonale din cadrul familiei (la nivel de cuplu, la nivel părinte-copil, relațiile dintre copii);
3. Cunoașterea și schimbarea atitudinilor copiilor față de tratamentul medicamentos.

Realizarea intervențiilor psihologice din cadrul programului de suport psihologic presupuneau respectarea tuturor cerințelor și normelor etice și morale. Discuții cu părinții, medicul curant, cât și cu copiii. Astfel, activitățile s-au realizat cu permisiunea părinților și medicului, cât și cu acordul copilului. Unele ședințe presupuneau activități pentru acasă, realizarea cărora presupunea un control riguros din partea psihologului. Fiecare ședință se începea cu întrebarea Care este dispoziția voastră?, Care sunt emoțiile voastre? Care sunt senzațiile voastre? La finele activității s-a realizat testarea repetată a aspectelor cercetate, s-a petrecut o ședință de consiliere pentru a întări abilitățile formate și îmbunătățirea rezultatelor obținute (Anexa 13).

3.3. Evaluarea eficienței programului de suport psihologic în cadrul maladiilor respiratorii cronice

În cadrul cercetării experimentale comparative a particularităților psihologice ale copilului cu diverse MRC a fost atestată existența diferențelor în dezvoltarea personalității acestor copii și a fost validată eficiența implementării programului de suport psihologic în cadrul experimentului de control. Conform rezultatelor obținute, am constatat că pacienții cu patologie pulmonară cronică prezintă o simptomatologie variată: de la simptomele fizice - dispnee, fatigabilitate, limitări ale capacității de efort, limitări în desfășurarea activităților zilnice cotidiene, la cele psihologice – anxietate, lipsă de încredere, iritabilitate, frustrare, timiditate, incapacitate de a stabili relații, tendințe de izolare, comunicabilitate redusă, nevoia de afecțiune și agresivitate neexteriorizată, lipsa concentrării, instabilitate emoțională, îngustarea cercului de interese, sociabilitate scăzută, toate acestea producând alterarea calității vieții. Aceste simptome de rând cu crizele frecvente în astmul bronșic, dispneea în mucoviscidoză, nu sunt altceva decât factori stresogeni majori, precum și respectarea cu strictețe a indicațiilor medicale, spitalizările frecvente, absenteismul școlar – toate aceste aspecte influențează mecanismele de adaptare ale personalității copilului bolnav cronic.

Atât studiul experimental al particularităților psihologice ale personalității copilului bolnav, cât și studiul teoretic al problemei au confirmat necesitatea implementării unui program de suport psihologic pentru copiii bolnavi, cât și pentru părinții acestora.

În baza datelor relatate anterior, pentru proiectarea programului de suport psihologic, am folosit analiza prin regresie multiplă stepwise. Scopul regresiei multiple (termen utilizat de Pearson, 1908) este de a evidenția relația dintre o variabilă dependentă (explicată, rezultativă) și o mulțime de variabile independente (explicative, factoriale, predictorii) [26, 59]. În cadrul acesteia am analizat 13 variabile independente (scale ale testelor Cattell, Spillberger, SAD, R. Gille). Am selectat acele variabile la care subiecții cercetării au înregistrat valori mai mari în sensul negativ. În calitate de variabilă dependentă am luat nivelul autoaprecierii (Anexa 11). Autoaprecierea reprezintă o formațiune însemnată pentru personalitatea umană, care-i influențează comportamentul, având statut central în sistemul fenomenelor psihologice. B. Сафин evidențiază că autoaprecierea exprimă trăsăturile fundamentale ale personalității și alături de alți factori reflectă orientarea, activismul ei, fiind un indicator al dezvoltării psihologice a personalității, al nivelului autodeterminării, o „oglinză” specifică a trăsăturilor de personalitate. Autoaprecierea este un indicator al confortului psihologic general al personalității. După cum menționează К. Ступина, autoaprecierea este considerată o treaptă deosebită în dezvoltarea

conștiinței, premisa căreia este conștientizarea de către persoană a sinelui, a propriilor forțe fizice, capacități intelectuale, a faptelor, motivelor propriului comportament, a atitudinii față de cei din jur și față de sine însuși. Ne fiind o formațiune statică, ea se schimbă pe parcursul vieții, sub influența condițiilor externe ale mediului și a autoevaluării propriilor capacități și necesități de către individ. Sigur între toate aceste variabile există o legătură, dar, deoarece la scala autoapreciere subiecții cercetării au înregistrat valori pozitive am hotărât să luăm drept variabilă dependentă anume autoaprecierea. Variabilele independente sunt: sociabilitatea, instabilitatea emoțională, lipsa concentrației, sensibilitatea, anxietatea generală, anxietatea stabilă, anxietatea reactivă, tonusul emoțional, tensiunea, comunicabilitatea, tendința de izolare. Sunt acele valori la care subiecții au înregistrat diferențe față de ceilalți subiecți participanți la cercetare.

Regresia multiplă stepwise este o modalitate de alegere a predictorilor unei anumite variabile dependente pe baza criteriilor statistice, practic, procedura statistică hotărâște care variabilă independentă reprezintă cel mai bun predictor și-i elimină pe ceilalți ne semnificativi. Această analiză statistică servește drept material informativ și nici de cum un rezultat al prelucrării statistice. În baza acestor rezultate am proiectat modalitățile de intervenție psihologică, pentru a diminua stările negative și a îmbunătăți aspectele pozitive ale personalității. Desigur am insistat asupra respectării tuturor prescripțiilor medicale, realizării tuturor procedurilor medicale, formării unei poziții vizavi de starea de sănătate proprie, determinării unor direcții noi de comportament. Sigur, am cuprins pe cât posibil și sfera contactelor sociale, comunicarea interpersonală, încrederea în forțele proprii, autoapreciere adecvată. Toate aceste acțiuni vor contribui la o adaptare armonioasă a copilului bolnav în societate. În combinație cu terapia medicamentoasă vom contribui la eficientizarea tratamentului, mărirea perioadelor de remisie și de ce nu micșorarea dozelor de medicamente, precum și îmbunătățirea calității vieții acestor copii cât și a familiilor lor.

Astfel, în rezultatul analizei prin regresie multiplă stepwise:

1. Am elaborat un model statistico-matematic, ce include coeficienții regresiei liniare multiple stepwise. Din totalul variabilelor incluse în analiza statistică, am determinat doar acele variabile independente ce influențează variabila dependentă, precum nivelul și direcția acestei influențe.

2. Modelului statistico-matematic elaborat îi corespunde un nivel de semnificație de 80,08%, predictorilor ne semnificativi îi corespunde doar o valoare de 19,92%.

3. În baza modelului elaborat putem prognoza anumite direcții ale valorilor cercetate. Acest model servește drept vector direcțional pentru intervențiile psihologice necesare în lucrul cu copii bolnavi cu maladii respiratorii cronic.

Procesarea analizei prin regresie multiplă stepwise se bazează pe datele înregistrate de subiecții bolnavi cu astm bronșic și mucoviscidoză. Am selectat aceste categorii deoarece anume acești copii au obținut scorurile cele mai joase la testele aplicate (tabelul 2.4), deci, în total 72 copii, 40 bolnavi cu astm bronșic și 32 copii bolnavi cu mucoviscidoză. Totodată starea de sănătate și simptomatologia în maladiile respective sunt mai grave. Deoarece rezultatele obținute diferă vom prezenta datele pe fiecare grup în parte. Astfel, pentru grupul copiilor bolnavi cu astm bronșic, valorile cu o predicție mai mare asupra autoaprecierii o au următoarele variabile: sociabilitatea, comunicabilitatea, tendința de izolare, frustrarea, tonusul emoțional, anxietatea reactivă și anxietatea generală. Pentru grupul copiilor bolnavi cu mucoviscidoză valorile cu o predicție mai mare asupra autoaprecierii o au: anxietatea reactivă, anxietatea generală, anxietatea stabilă, frustrarea, tensiunea, sociabilitatea, instabilitatea emoțională.

În selecția subiecților pentru grupul formativ a fost aplicată metoda eșantionării randomizate în baza câtorva criterii:

- prezența maladiilor respiratorii cronice la copiii implicați în cercetare;
- manifestarea caracteristicilor psihologice destructive pronunțate la copilul cu MRC.

La experimentul formativ au participat copii bolnavi cu maladii respiratorii cronice (astm bronșic și mucoviscidoză), cu vârsta de 8-15 ani, în număr de 10 persoane, repartizați în două grupuri, grupul experimental și grupul de control. Participanții nu au contraindicații din partea medicului, activitățile s-au realizat în condiții de spital.

Pentru verificarea eficienței programului de suport psihologic au fost aplicate probele psihologice din cadrul demersului diagnostic constatativ. Datele obținute au fost analizate statistic în două etape:

1. Compararea intragrupală a datelor, între situația inițială (test) și cea finală (retest), la ambele grupuri de copii, pentru a ilustra evoluția particularităților psihologice ale personalității copiilor bolnavi;

2. Compararea intergrupală a datelor, între grupul experimental și cel de control, în situația inițială și cea finală, cu scopul de a demonstra existența diferenței dintre evoluția subiecților din cadrul grupurilor.

Valorile care au fost cercetate în urma implementării programului de suport psihologic, nu sunt altele decât, acele valori care au servit drept factori predictivi în analiza prin regresie

stepwise. Toate măsurările s-au efectuat de două ori, nemijlocit după programul de suport psihologic și peste șase luni de la implementarea programului de suport psihologic. Pentru comparare s-a luat un grup de copii bolnavi cu maladii respiratorii cronice (astm bronșic și mucoviscidoză), dar care nu au participat la programul de suport psihologic, constituind subiecții grupului de control.

Tabelul 3.2. Analiza comparativă a rezultatelor în grupul experimental și de control

Variabilele		Grupul experimental	Grupul de control	<i>p</i>
Cattell	A	5,6	5,5	0,57
	C	5,3	4,9	0,51
	F	4,9	4,5	0,48
	I	6,2	5,9	0,29
	O	4,6	4,59	0,75
	Q4	4,12	4,27	0,6
	Autoaprecierea	34,5	34,9	0,85
SAD	Tonusul emoțional	7,1	7,3	0,23
	Tensiunea	13,2	13,4	0,45
Spilberger	Anxietatea stabilă	12,5	12,3	0,56
	Anxietatea reactivă	35,5	35,1	0,42
R. Gille	Tendința de izolare	17,9	17,7	0,67
	Comunicabilitatea	13,7	14,1	0,23

Conform tabelului 3.2, putem menționa faptul că atât subiecții grupului experimental, cât și subiecții grupului de control au înregistrat aproximativ aceleași rezultate la experimentul de constatare, fără diferențe semnificative. Ceea ce înseamnă că la nivelul de sociabilitate, comunicabilitatea, tendința de izolare, starea de frustrare, tonusul emoțional, anxietatea reactivă și anxietatea generală, rezultatele obținute de subiecții grupului de control și cel experimental nu sunt diferențe.

Până la implementarea programului de suport psihologic subiecții grupului experimental și cel de control aveau următoarele valori la scalele autoaprecierea, sociabilitate, comunicabilitatea, tendința de izolare, starea de frustrare, tonusul emoțional, anxietatea reactivă și anxietatea generală (figura 3.1).

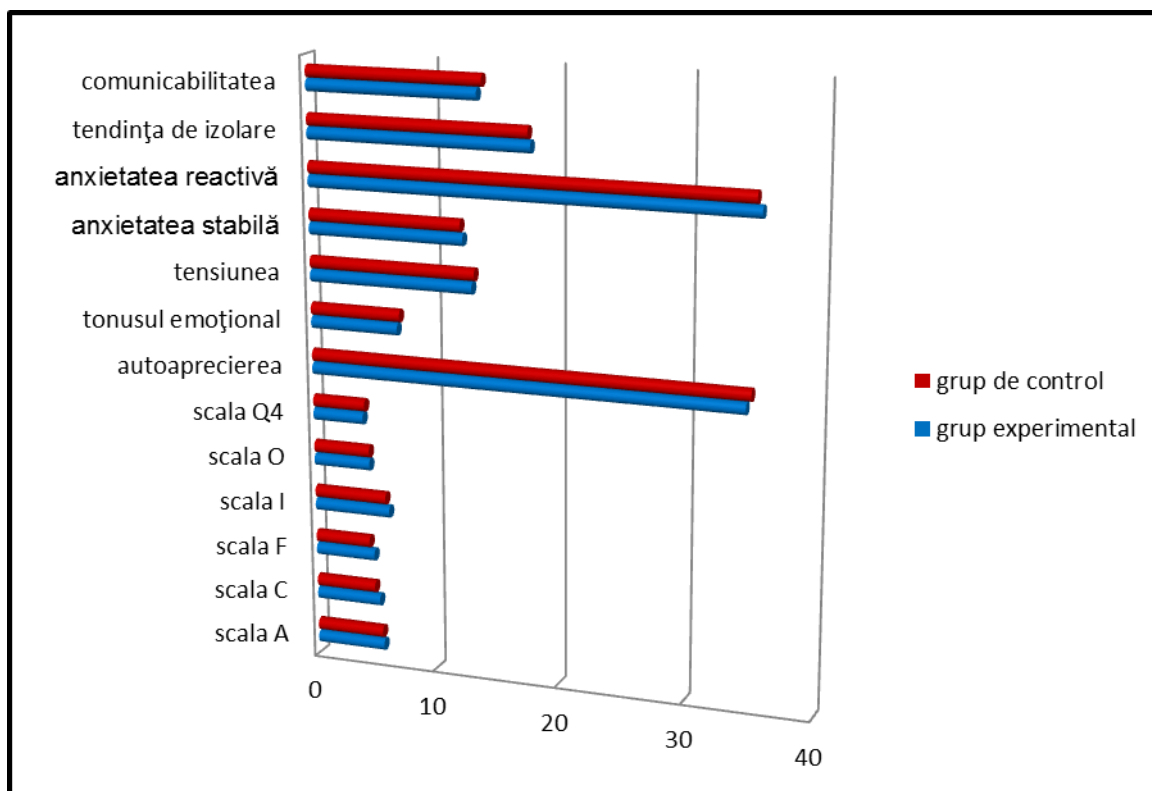


Fig. 3.1. Reprezentarea grafică a valorilor la grupul experimental și de control până la implementarea programului de suport psihologic

La prima etapă, pentru a evidenția diferențele înregistrate de subiecții implicați în experimentul formativ, am comparat rezultatele obținute imediat după implementarea programului de suport psihologic, cât și peste șase luni de la implementarea programului de suport psihologic, prelucrând datele cu ajutorul metodelor statistice, testul t-student pentru eșantioane-perechi (tabelul 3.3).

Tabelul 3.3. Analiza comparativă a rezultatelor în grupul experimental până și după aplicarea programului de suport psihologic

Variabilele		Evaluarea înainte de aplicarea programului de suport psihologic	Evaluarea după aplicarea programului de suport psihologic	<i>p</i>
Cattell	A	5,6	6,9	0,001
	C	5,3	5,4	0,62
	F	4,9	5,6	0,03
	I	6,2	6,03	0,39

	O	4,6	3,9	0,02
	Q4	4,12	3,9	0,03
	Autoaprecierea	34,5	35,1	0,001
SAD	Tonusul emoțional	7,1	7,09	0,32
	Tensiunea	13,2	12,8	0,04
Spillbe rger	Anxietatea stabilă	12,5	12,6	0,56
	Anxietatea reactivă	35,5	32,3	0,05
R. Gille	Tendința de izolare	17,9	16,5	0,001
	Comunicabilitatea	13,7	14,8	0,001

Analiza rezultatelor din tabelul 3.3, ne indică faptul că în urma implementării programului de suport psihologic, am obținut o scădere a nivelului de anxietate reactivă, pentru $p < 0,05$, anxietate generală (scala O) pentru $p < 0,02$, o scădere a nivelului stării de frustrare pentru $p < 0,02$, a scăzut și nivelul tensiunii pentru $p < 0,04$. De asemenea s-au înregistrat creșteri și îmbunătățiri ale sociabilității, autoaprecierii, comunicabilității, capacității de concentrare, și tendințe de apropiere de grup, cu un prag de semnificație $<0,01$.

Între celelalte variabile nu s-au înregistrat diferențe semnificative ($p > 0,05$) la scalele C, I, tonusul emoțional și anxietate stabilă (figura 3.2).

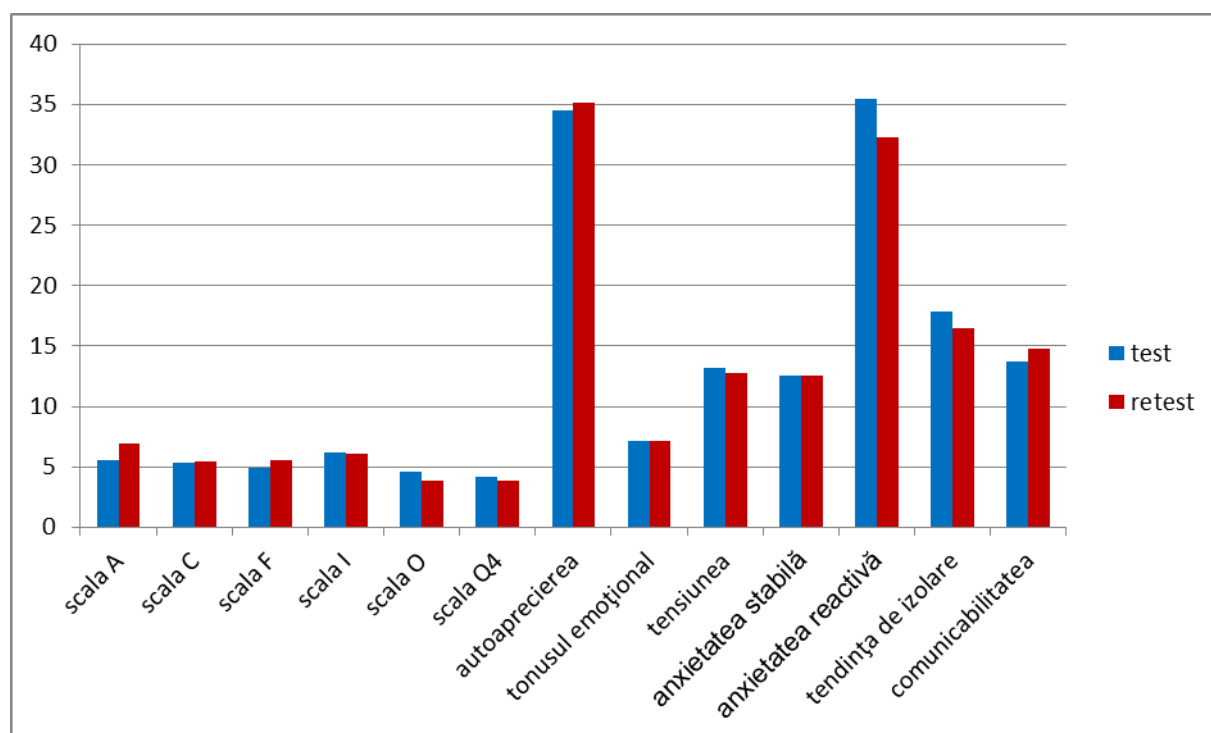


Fig. 3.2. Diferențele test – retest în grupul experimental

Tot în cadrul primei etape, pentru evidențierea diferențelor înregistrate de subiecții implicați în experimentul formativ, am comparat rezultatele obținute peste șase luni de la implementarea programului de suport psihologic (tabelul 3.4).

Tabelul 3.4. Analiza comparativă a rezultatelor în grupul experimental după aplicarea cât și peste șase luni de la aplicarea programului de suport psihologic

Variabilele		Evaluarea după aplicarea programului de suport psihologic	Evaluarea peste 6 luni de la aplicarea programului de suport psihologic	<i>p</i>
Cattell	A	6,9	7,04	0,01
	C	5,4	4,08	0,04
	F	5,6	6,01	0,05
	I	6,03	6,1	0,32
	O	3,9	5,2	0,01
	Q4	3,9	5,4	0,001
	Autoaprecierea	35,1	36,02	0,01
SAD	Tonusul emoțional	7,09	6,9	0,41
	Tensiunea	12,8	11,7	0,05
Spillberger	Anxietatea stabilă	12,6	11,9	0,41
	Anxietatea reactivă	32,3	31,7	0,05
R. Gille	Tendința de izolare	16,5	15,01	0,02
	Comunicabilitatea	14,8	15,04	0,03

Din tabelul 3.4 și figura 3.3 constatăm că peste șase luni de la realizarea programului de suport psihologic s-au menținut tendințe de deschidere față de relațiile interpersonale, o stabilitate emoțională, sociabilitate și tendințe de comunicare peste mediu, cu un prag de semnificație $< 0,05$, autoaprecierea fiind adecvată, acestor copii fiindu-le caracteristic încrederea în forțele proprii, îndrăzneală și o mai bună complianță la tratamentul medicamentos. Devin tot mai responsabili față de propria stare de sănătate, încearcă singuri să depășească și să rezolve unele probleme.

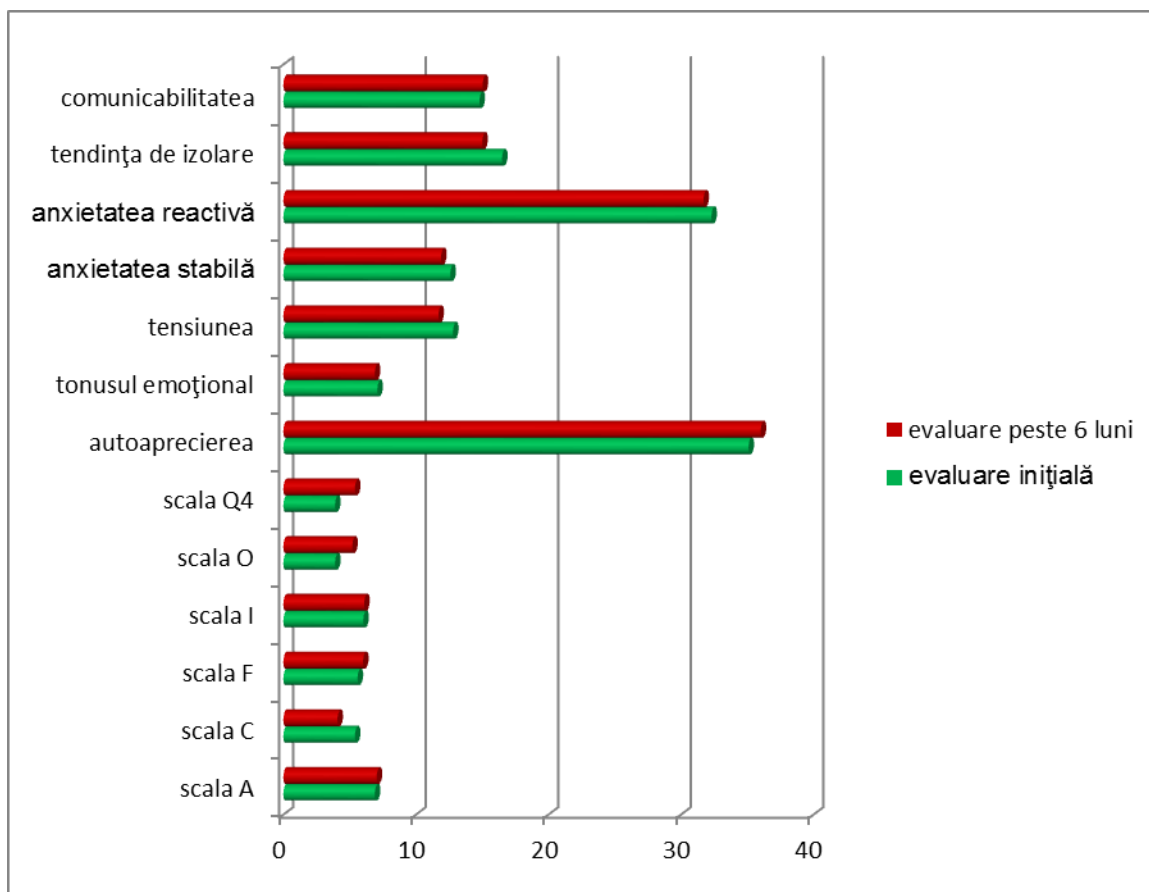


Fig. 3.3. Diferențele evaluării inițiale și a evaluării peste 6 luni de la implementarea programului de suport psihologic în grupul experimental

La cea de-a doua etapă, am avut drept scop compararea intergrupală a datelor, între grupul experimental și cel de control, cu scopul de a demonstra existența diferenței dintre evoluția subiecților din cadrul grupurilor. S-au înregistrat diferențe semnificative la toate variabilele cercetate (tabelul 3.5, figura 3.4 și 3.5).

Tabelul 3.5. Analiza comparativă a rezultatelor în grupul experimental și de control, peste șase luni de la implementarea programului de suport psihologic

Variabilele		Grupul experimental	Grupul de control	<i>P</i>
Cattell	A	7,04	5,9	0,000
	C	4,08	4,79	0,02
	F	6,01	4,95	0,01
	I	6,1	5,9	0,05
	O	5,2	5,69	0,03

	Q4	5,4	5,87	0,02
	Autoaprecierea	36,02	35,01	0,000
SAD	Tonusul emoțional	6,9	6,3	0,04
	Tensiunea	11,7	14,4	0,02
Spill berger	Anxietatea stabilă	11,9	13,3	0,02
	Anxietatea reactivă	31,7	37,1	0,001
R. Gille	Tendința de izolare	15,01	16,7	0,000
	Comunicabilitatea	15,04	14,52	0,000

Analizând rezultatele obținute, expuse în figurele 3.4 și 3.5 constatăm următoarele: după implementarea programului de suport psihologic, subiecții din grupul experimental manifestă o îmbunătățire a rezultatelor evaluate. În baza celor relatate, menționăm faptul că scopul programului de suport psihologic a fost realizat, ceea ce permite implementarea cu succes în programele de rehabilitare a copiilor cu MRC.

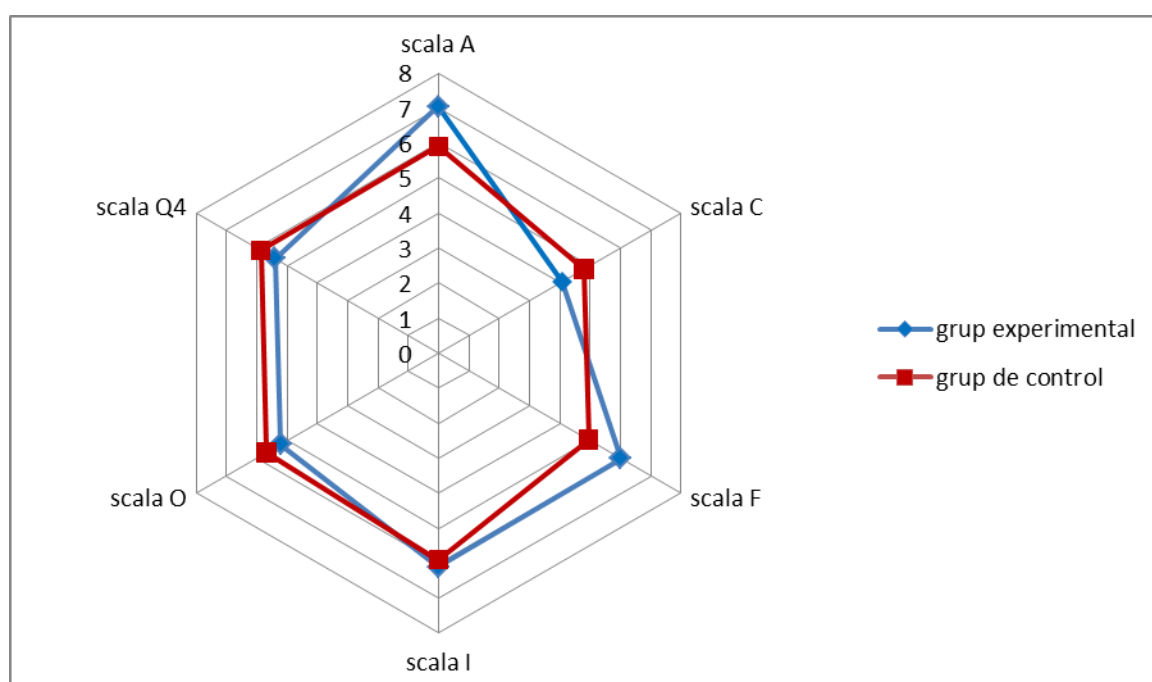


Fig. 3.4. Diferențele evaluării peste 6 luni de la implementarea programului de suport psihologic în grupul experimental și grupul de control, scalele testului Cattell

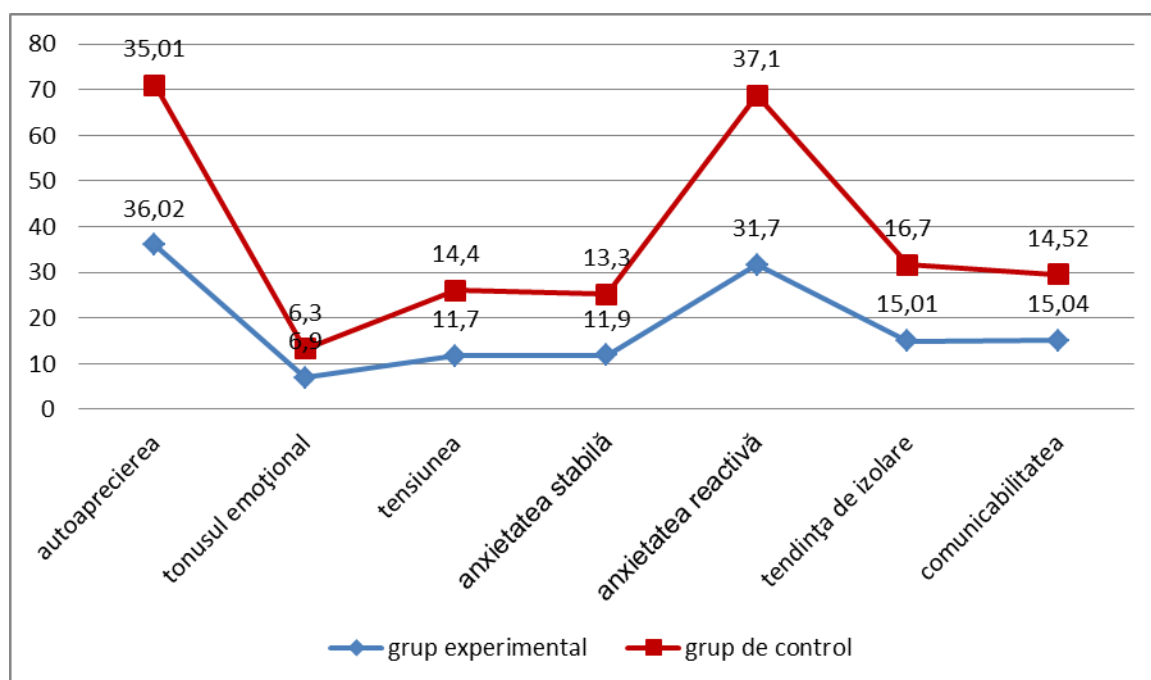


Fig. 3.5. Diferențele evaluării peste 6 luni de la implementarea programului de suport psihologic în grupul experimental și grupul de control, scalele autoaprecierea, testului SAD, Spillberger, R. Gille

În grupul de control nu s-au înregistrat diferențe semnificative test - retest. Ceea ce s-a evidențiat cu un nivel mai înalt de semnificație ($p < 0,05$) a fost nivelul anxietății și cel al frustrării, cât și creșteri nesemnificative ale autoaprecierii și sociabilității.

Cele mai importante schimbări s-au înregistrat în dinamica evoluției clinice a maladiei, datorate metodelor de intervenție realizate în terapia de grup. Astfel s-au înregistrat rezultate pozitive vizavi de propria atitudine față de boală, precum și complianța la tratamentul medicamentos.

Schimbările pozitive din cadrul experimentului demonstrează veridicitatea obiectivelor înaintate, conform cărora proiectarea și promovarea măsurilor de armonizare a procesului de dezvoltare a personalității în situație de MRC. Aceste obiective sunt atinse prin intermediul implementării programului de suport psihologic, orientat spre diminuarea influenței negative a MRC asupra personalității copiilor prin armonizarea procesului de dezvoltare a personalității acestora, fapt ce asigură implementarea lui cu succes în practica cotidiană.

3.4. Concluzii la capitolul 3

În acord cu rezultatele prezentate în acest capitol, propunem următoarele concluzii:

1. În urma participării copiilor cu MRC în cadrul programului de suport psihologic, s-au observat următoarele schimbări:

- a crescut nivelul de socializare și comunicabilitate;
- a scăzut nivelul anxietății reactive și a anxietății în general;
- au demonstrat un nivel mai înalt de adaptare socială și totodată o ameliorare a stării de sănătate;
- a scăzut nivelul frustrării și cel al tensiunii psihice. Cele relatate au fost confirmate prin rezultatele testării.

2. Menționăm și influența pozitivă pe care a avut-o organizarea programului de suport psihologic asupra tendințelor de deschidere față de relațiile interpersonale în raport cu mediul social (membrii familiei, personalul medical, colegi, prieteni etc.). La fel au înregistrat o creștere pozitivă în sensul sporirii autoaprecierii, stabilității emoționale, sociabilitate, încredere în forțele proprii, dar și o mai bună complianță la tratamentul medicamentos.

3. S-a demonstrat că prin intermediul programului de suport psihologic se contribuie la optimizarea comportamentului și îmbunătățirea relațiilor interpersonale, creșterea nivelului de conștientizare a persoanei, a capacității de autoexplorare și autocontrol, activarea și valorificarea resurselor personale, a potențialităților latente, creșterea încrederii în forțele proprii, dezvoltarea unor strategii adaptative prin care persoana să facă față cu succes situațiilor de viață, dezvoltarea capacității decizionale prin învățarea unor modalități de a ierarhiza prioritățile, de mobilizare a eforturilor personale în vederea atingerii scopurilor propuse – îmbunătățirea stării de sănătate, identificarea resurselor familiei - nu doar conturarea domeniilor familiale, dar și a potențialului de care aceasta dispune, deoarece copilul cu maladii cronice este doar unul din multele elemente care trebuie luate în calcul la organizarea vieții de familie.

4. În final, putem conluziona că schimbările pozitive din cadrul experimentului demonstrează veridicitatea obiectivelor înaintate, conform cărora proiectarea și promovarea măsurilor de armonizare a procesului de dezvoltare a personalității în situație de maladii respiratorii cronice este posibilă. Aceste obiective sunt atinse prin intermediul implementării programului de suport psihologic, orientat spre diminuarea influenței negative a MRC asupra personalității copiilor prin armonizarea procesului de dezvoltare a personalității acestora, fapt ce asigură implementarea lui cu succes în practica cotidiană.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Rezultatele cercetării particularităților psihologice ale personalității copiilor cu MRC ne-au condus la formularea următoarelor **concluzii generale**:

1. Durata mare a bolilor cronice face ca mecanismele adaptative ale personalității să fie puse în funcție, ceea ce pe lungă durată poate determina modificări de personalitate. Răspunsul la boală este considerat ca fiind o atitudine integratoare, incluzând componente afective, cognitive, comportamentale și fiziologice, care pot funcționa atât la nivel conștient cât și inconștient, determinând în totalitate, modul în care copilul dobândește noi particularități ale personalității, modelându-le din realitatea socială, ca o sursă majoră de dezvoltare [99, 105, 106].

2. Componentele situației bio-psiho-sociale de dezvoltare în contextul bolii sunt:

- a) trăsăturile premorbide ale personalității;
- b) efectele psihologice ale expunerii la riscurile biologice;
- c) consecințele sociale ale bolii;

d) modificările în trăirile interne ale bolnavului în raport cu ansamblul de circumstanțe ale bolii [105].

3. Copilului bolnav cu MRC îi este caracteristic un anumit profil psihologic al personalității: Au un nivel ridicat de anxietate, care se poate manifesta sub forma rigidității, incapacității de a-și exprima emoțiile, sau fiind persoane excesiv de ascultătoare și dependente de cei din jur. Sunt persoane serioase, precaute, sensibile, care stabilesc mai ușor relații cu adulții decât cu colegii sau semenii lor. Le sunt caracteristice stări de tensiune, stări de frustrare, au o sensibilitate ridicată, imaturitate și instabilitate emoțională, cu un autocontrol slab dezvoltat. Au un nivel ridicat de depresie, reacții fobice, dar totodată au tendința de a ascunde, de a masca aceste stări emoționale, ceea ce intensifică și acutizează simptomele clinice. Cele mai importante sunt acele valori care nemijlocit contribuie la menținerea stării de sănătate și a vieții în general [17, 101].

4. Este stabilit caracterul specific al dezvoltării autoaprecierii la copiii cu MRC, condiționat de specificul maladiei; de evoluția maladiei și prognosticul medicilor, care în majoritatea cazurilor influențează constituirea autoaprecierii și a aspirațiilor, și le determină specificul; de influența negativă a unor factori externi, sociali. Este stabilit nivelul activismului psihic, al tonusului emoțional, al tensiunii și al confortului, și anume: cu cât starea copilului este mai precară cu atât valorile înregistrate la aceste stări psihice sunt mai scăzute, mediul în care se află copilul determina nivelul stărilor sale psiho-emoționale [100, 104].

5. Este stabilit tipul de relație și tipul de educație în familiile copiilor bolnavi cu MRC. În familiile copiilor bolnavi cu MRC tipul de educație dominant este cel hiperprotector. Tipul de educație hiperprotector este determinat de valori înalte înregistrate la următoarele scale: domeniul de aplicare al sentimentelor părintești (scala DSP), preferința calităților copilărești (scala PCC), incertitudine educațională (scala IE), fobia pierderii copilului (scala FP), subdezvoltarea sentimentelor părintești (scala SSP), extinderea conflictului dintre soți în domeniul educației (scala EC), preferință pentru calitățile feminine (PCF) [98, 102, 103].

6. Armonizarea procesului de dezvoltare a personalității copilului în situația de MRC poate fi realizată prin aplicarea unui program de suport psihologic. Rezultatele implementării programului de suport psihologic este orientat la mobilizarea și compensarea tuturor resurselor copilului și a familiei acestuia pentru o mai bună aderență la tratament, bazat pe activități de consiliere individuală și familială și activități de grup ce au confirmat eficiența lui [102, 103, 107].

7. Prin intermediul acestui program se contribuie la optimizarea comportamentului și îmbunătățirea relațiilor interpersonale, creșterea nivelului de conștientizare a persoanei, a capacității de autoexplorare și autocontrol, activarea și valorificarea resurselor personale, a potențialităților latente, creșterea încrederii în forțele proprii, dezvoltarea unor strategii adaptative prin care persoana să facă față cu succes situațiilor de viață, dezvoltarea capacității decizionale prin învățarea unor modalități de a ierarhiza prioritățile, de mobilizare a eforturilor personale în vederea atingerii scopurilor propuse – îmbunătățirea stării de sănătate prin mărirea perioadelor de remisiune, identificarea resurselor familiei - nu doar conturarea domeniilor familiale, dar și a potențialului de care aceasta dispune, deoarece copilul cu maladii cronice este doar unul din multiplele elemente care trebuie luate în considerație la organizarea vieții de familie [104].

Rezultatele investigației au confirmat ipotezele de cercetare, au validat noutatea ei științifică, valoarea teoretică și aplicativă a cercetării.

Problema științifică soluționată. Sunt stabilite particularitățile psihologice ale formării personalității copilului cu MRC, servind drept bază a programului de suport psihologic orientat spre diminuarea influențelor negative ale MRC și armonizarea procesului de formare a personalității copilului.

Toate aceste rezultate, precum și concluzii obținute ne permite să constatăm realizarea scopului stabilit anterior prin identificarea particularităților psihologice și a funcționalității

sociale ale personalității copilului cu maladii respiratorii cronice și determinarea modalităților de diminuare a influențelor negative în armonizarea procesului de dezvoltare.

Studiul realizat a demonstrat necesitatea informării corecte vizavi de aspectele psihologice ce însoțesc o maladie cronică. Foarte puțini copii bolnavi cronici, cât și familiile acestora au beneficiat la moment de asistență psihologică, pentru a depăși perioada de criză, a accepta maladia copilului și a putea beneficia de suportul necesar. În scopul prevenirii acestor situații propunem următoarele **recomandări practice**:

1. Utilizarea programului de suport psihologic orientat spre diminuarea influenței negative a maladiilor respiratorii cronice prin îmbunătățirea relațiilor interpersonale, creșterea nivelului de conștientizare a persoanei, a capacității de autoexplorare și autocontrol, activarea și valorificarea resurselor personale, a potențialităților latente, creșterea încrederii în forțele proprii, dezvoltarea unor strategii adaptative prin care persoana să facă față cu succes situațiilor de viață, dezvoltarea capacității decizionale prin învățarea unor modalități de a ierarhiza prioritățile, de mobilizare a eforturilor personale în vederea realizării scopurilor propuse – îmbunătățirea stării de sănătate.

2. Promovarea unui sistem de educație pentru sănătate la nivel de școli, colegii, universități, comunitate, orientat spre schimbarea accentului de pe pierderea stării de sănătate pe acceptarea bolii și crearea unui nou stil de viață, contribuind la creșterea calității vieții acestor bolnavi cât și alegerea profesională cât mai corectă și acceptabilă, care nu ar depăși posibilitățile personale, dar care ar crea condiții pentru autocunoaștere, autodezvoltare, autocontrol și armonizare personală.

3. Utilizarea rezultatelor și a probelor psihodiagnostice în procesul de formare a specialiștilor în domeniile: psihologie, medicină, educație precum și în formarea inițială și continuă a cadrelor didactice. Elaborarea, editarea, traducerea și adaptarea materialelor relevante din domeniu și asigurarea instituțiilor de învățământ cu materiale didactice corespunzătoare.

4. Rezultatele obținute în urma cercetării pot fi implementate în activitatea de consiliere a familiilor copiilor cu MRC, în cadrul seminarelor teoretico-practice pentru cei ce oferă servicii copiilor cu MRC și familiilor acestora. Rezultatele pot fi utilizate la elaborarea materialelor informative și metodologice cu privire la elucidarea specificului asistenței psihologice în lucrul cu familia copilului cu maladii cronice, organizarea educației pentru sănătate și a parteneriatului dintre familie, instituții medicale, școală și comunitate.

5. Lărgirea ariei investigaționale privind direcțiile de perspectivă în domeniul de cercetare vizat: atitudinea copilului față de boala sa, vârsta copilului la momentul îmbolnăvirii,

severitatea bolii, formarea atitudinilor celorlalți membri ai familiei (frați/surori, bunei) față de copilul bolnav, durata bolii, suferința fizică, care este adesea asociată cu procedurile medicale, constituirea unui tratament cu abordare holistică al bolilor pulmonare cronice, specificul constituirii atitudinii parentale din momentul anunțului despre anumite limitări funcționale în dezvoltarea copilului.

BIBLIOGRAFIE

1. Abric J - C. Psihologia comunicării: teorii și metode. Trad. de Luminița și Florin Botoșineanu. Iași: Ed. Polirom, 2002. 208 p.
2. Ardeleanu A. ș. a. Marele dicționar al psihologiei. București: Editura Trei, 2006. 1360 p.
3. Atkinson R. L. ș. a. Introducere în psihologie. București: Editura Tehnică, 2002. 1099 p.
4. Baltag V. ș. a. Medicina bazată pe dovezi. Module pentru instruirea universitară și postuniversitară. Chișinău: Logos Press, 2004. 100 p.
5. Banchiș E. (coord.) Dezvoltarea umană—aspecte psiho-sociale. Oradea: Ed. Imprimeriei de Vest, 2000. p. 78-84
6. Băban A. ș. a. Ghid pentru părinți. Ghid adresat profesorilor și consilierilor școlari pentru activitățile cu părinții. Cluj: Editura Casei Corpului Didactic, 2000. 56 p.
7. Băran-Pescaru A. Familia azi. O perspectivă socio-pedagogică. București: Ed. Aramis, 2004. 176 p.
8. Bolboceanu A. Psihologia comunicării. Chișinău: Ed. Univers Pedagogic, 2007. 136 p.
9. Bolea Z. Psihocorecția stărilor depresive la adolescenți. În: Psihologie. Psihopedagogie specială. Asistență socială. Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, nr. 2(7), 2007, Chișinău, p. 43-51.
10. Bonchiș E. Dezvoltare umană. Oradea: Editura Imprimeriei de Vest, 2000. 343 p.
11. Botnaru V. Bolile aparatului respirator. Chișinău: Tipografia centrală, 2001. 637p.
12. Botnaru V. ș. a. Astmul bronșic la copii. Chișinău: Prot. cl. naț., 2008, 57 p.
13. Botnaru V. ș. a. Astmul bronșic la maturi. Chișinău: Prot. cl. naț., 2008, 53 p.
14. Briers S. Ghid practic pentru părinți. Iași: Polirom, 2009. 251 p.
15. Bucun N. Strategia Națională— Educația pentru toți 2004-2015. Chișinău: Editura ONU, 2003. 54 p.
16. Bucun N., Musteață S., Guțu V., Rudic Gh. Bazele științifice ale dezvoltării învățământului în Republica Moldova. Chișinău: Editura Prometeu, 1997. 398 p.
17. Bucun N., Tarnovschi A. Particularitățile psihologice ale personalității copiilor cu maladii respiratorii cronice. Chișinău: Univers Pedagogic, 3(47) 2015. ISSN -1857 3266, pag. 42-50.
18. Bungetzianu Gh. Investigația microbiologică în tuberculoză și microbacterioze. București: Ed. Organon, 1987. 245 p.
19. Boscă N., ș. a. Ghid actualizat pentru managementul astmului, ghidul Societății Române de pneumologie (GAMA), 2008, 80 p.

20. Calancea A. Psihologia personalității: suport de curs. Chișinău: F.E.P. Tipografia Centrală, 2006. 271 p.
21. Calancea A. Training-ul de dezvoltare a competențelor afective: Ghid pentru formarea practică în consilierea psihologică. Chișinău: Tipografia Centrală, 2012. 272 p.
22. Cazacu-Stratu A., Friptuleac G., Șciuca S., Selevestru R. Particularitățile morbidității generale și prin afecțiuni respiratorii cronice la copiii din municipiul Chișinău. Sănătatea publică, economie și management în medicină. Congresul VI a specialiștilor igienişti microbiologi, epidemiologi. Chișinău, 2008. 5(26), p.6-8
23. Chelcea S. și a. Psihosociologie: teorii, cercetări, aplicații. Iași: Polirom, 2008. 420 p.
24. Chiriac L. Profilaxia tuberculozei la copii. Chișinău: Tipografia Centrală, 1968. 230 p.
25. Clegg B. Dezvoltare personală. Curs rapid. Trad. Dana Ligia. Iași: Polirom, 2003. 320 p.
26. Clocotici V., Stan A. Statistică aplicată în psihologie. Iași: Polirom, 2001. 296 p.
27. Coașan A., Vasilescu A. Adaptarea școlară. București: Ed. Științifică și enciclopedică, 1988. 127 p.
28. Crețu T. Psihologia vârstelor. Iași: Polirom, 2009. 389 p.
29. Cungi Ch. Metode și tehnici de relaxare. Trad. S. Ciocoiu. Iași: Polirom, 2004. 200 p.
30. Cuznețov L. Tratat de educație pentru familie. Pedagogia familiei; Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”. Chișinău: CEP USM, 2008. 624 p.
31. Dafinoiu I. Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observația și interviul. Iași: Editura Polirom, 2002. 165 p.
32. Dafinoiu I. Elemente de psihoterapie integrativă. Iași: Polirom, 2001. 232 p.
33. Dafinoiu, I., Vargha, J. L. Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici. Iași: Editura Polirom, 2005. 260 p.
34. David, D. Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente. Iași: Editura Polirom, 2006. 328 p.
35. David, D. Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale. Iași: Editura Polirom, 2006. 424 p.
36. De Peretti A., Legrand J-A., Boniface J. Tehnici de comunicare. Trad. Gabriela Sandu. Iași: Polirom, 2001. 392 p.
37. Derevenco Petru. Stresul în sănătate și boală-de la teorie la practică. Cluj-Napoca: Ed. ASCR, 1992. 248 p.
38. Dicționar de psihologie / Roland Doron, Francoise Parot; trad.: N.Cernăuțeanu, G.Dan-Spânioiu, Ovidiu Dan. București: Humanitas, 2007. 886 p.

39. Doise W., Deschamps J.-C., Mugni G. Psihologie socială experimentală. Iași: Polirom, 1996. 255 p.
40. Dragomirescu V. T., Hangan O., Prelipceanu D. Expertiza medico-legală psihiatrică. București: Editura Medicală, 1990. 424 p.
41. Dumitrașcu Dan Lucian. Bolile civilizației și combaterea lor. București: Ed. Trei, 1992. 163 p.
42. Elkaim, M. Ce psihoterapie să alegem? București: Editura Trei, 2007. 325 p.
43. Enăchescu, C. Tratat de psihanaliză și psihoterapie. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1999. 400 p.
44. Ețco C., Fartaul M., Hasan N. Nivelul dezvoltării psihice și sociale la elevii școlii primare. Chișinău: Tipografia centrală, 2001. 128 p.
45. Eysenck, H. Descrierea comportamentului uman. București: Editura Teora, 2001. 325 p.
46. Faber, A., Mazlish, E. Comunicarea eficientă cu copiii – Acasă și la școală. București: Editura Curtea Veche, 2002. 198 p.
47. Gavreliuc A. De la relațiile interpersonale la comunicarea socială: psihologia socială și stadiile progresive ale articulării sinelui. Iași: Polirom, 2006. 267 p.
48. Gogleză, D. Psihoterapia ca relație a schimbării individuale. Iași: Editura Polirom, 2002. 217 p.
49. Golu M. Fundamentele psihologiei. București: Editura Universitară, 2000. 584 p.
50. Golu, M. Bazele Psihologiei Generale. București: Editura Universitară, 2002. 718 p.
51. Gorgos, C. Dicționar enciclopedic de Psihiatrie. București: Editura Medicală, 1989. 624 p.
52. Guimon J. Introducere în terapiile de grup: teorii, tehnici, programe. Iași: Polirom, 2006. 363 p.
53. Guimon J., Weber-Rouget. Terapii scurte de grup: comportamente și ilustrări clinice. Iași: Polirom, 2006. 367 p.
54. Gutțul A. Starea sănătății și a dezvoltării fizice a copiilor din R. Moldova. Chișinău: Tipografia centrală, 2001. 120p.
55. Holdevici I. Elemente de psihoterapie. București: Editura All, 1996. 232 p.
56. Holdevici I. Psihoterapii scurte: Să ne rezolvăm problemele de viață rapid și eficient. București: Ed. Ceres, 2002. 201 p.
57. Horney, K., Conflictele noastre interioare. București: Editura Iri, 1998. 208 p.
58. Hotărârea Guvernului nr. 688 din 20 iunie 2006 „Cu privire la expertiza medicală a vitalității”. Monitorul oficial nr 98-101, din 30.06.06. <http://lex.justice.md/md/327465/>

59. Howitt D. Introducere în SPSS pentru psihologie: versiunile SPSS 10, 11, 12 și 13. Iași: Polirom, 2006. 260 p.
60. Huber, W. , Psihoterapiile. Terapia potrivită fiecărui pacient. București: Editura Științifică și tehnică, 1997. 326 p.
61. Iamandescu I. B. Psihologie Medicală. București: Editura Infomedica, 1997. 170 p.
62. Iamandescu I. B. Elemente de psihosomatica generala si aplicata (red. I. B. Iamandescu). București: Editura Infomedica, 1999. 332 p.
63. Iamandescu I. B. Stresul psihic și bolile interne. București: Editura All, 1993. 287 p.
64. Iluț P. Valori, atitudini și comportamente sociale: teme actuale de psihosociologi. Iași: Polirom, 2004. 256 p.
65. Konya Z., Konya A. Terapie familială sistemică. Iași: Polirom, 2012. 293 p.
66. Legea nr.263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Monitorul oficial nr 176-181, din 30.12.05. <http://lex.justice.md/md/327465/>
67. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F. Boli psihosomatice în practica medicală. București: Editura Medicală, 1996. 319 p.
68. Maistrenco G. Aspecte medico-sociale ale sănătății elevilor: Teză de doctorat. Chișinău, 2005. 150 p.
69. Maistrenco G. Starea de sănătate a elevilor orașului Chișinău și factorii ce o influențează. Anale șt. ale USMF "N. Testemițanu", Chișinău, 2001, vol. 2, p. 25–28.
70. Matthews, G., Deary, I. J., Whiteman, M. C. , Psihologia personalității. Trăsături, cauze, consecințe. Iași: Editura Polirom, 2005. 570 p.
71. Mihălțan F., Ulmeanu R., Stoicescu I.. Astmul. Ce este și cum îl tratăm Ghid actualizat pentru practician. GlaxoWellcome, București, 1998, 122p.
72. Mitrofan I., Buzducea D. Psihologia pierderii și terapia durerii. București: Editura Albedo, 1999. 204 p.
73. Moscovici S. ș.a. Psihologia socială a relațiilor cu celălalt. Iași: Polirom, 1998. 256 p.
74. Mucchielli A. Arta de a influența: analiza tehnicilor de manipulare. Iași: Polirom, 2002. 208 p.
75. Muntean A. Psihologia dezvoltării umane. Iași: Polirom, 2006. 458 p.
76. Noes-Delaval Barbara . Totul despre sănătatea copilului. București: Ed. ALL, 1997. 152 p.
77. Opre A. Introducere în teoriile personalității. Cluj Napoca: Editura ASCR, 2006. 241 p.
78. Panghea Puiu. Tuberculoză. Diagnostic. Tratament. București: Ed. Medicală, 1996. 207 p.
79. Pașca M. D. Povestea terapeutică. București: Editura Ardealul, 2004. 295 p.

80. Păunescu- Prodeanu A., Bazele clinice pentru practica medicală, Vol.-I, București: E.M., 1981;
81. Platon C. Introducere în psihodiagnostic. Chișinău: Tehnica-Info, 2003. 190 p.
82. Platon C. Serviciul psihologic școlar. Chișinău: Epigraf, 2001. 167 p.
83. Popescu V.. Patologia aparatului respirator la copil. București, 1999, 305p.
84. Popușoi E., Calmîc V. Cu privire la măsurile de optimizare a educației pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață. Problemele actuale ale sănătății populației și reformei asistenței medicale. Chișinău, 2000, p. 126-128.
85. Predescu V. Psihiatrie. București: Editura Medicală, 1976. 1144 p.
86. Predescu V., Psihiatrie, vol.1. București: Editura Medicală, 1989. 835 p.
87. Probleme actuale ale sănătății populației și reformei asistenței medicale. Chișinău, 2000, p. 65- 67.
88. Procopișen L. Răspândirea astmului bronșic la copii. Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice. XII-a Conferință de Ftiziopneumologie din R. Moldova. Chișinău, 2007, p. 53-55
89. Rășcanu R. Introducere în psihodiagnoza clinică. București: Partea I, Editura Universității, 2004.176 p.
90. Rășcanu R. Psihologie și comunicare. București: Ediția a II a, revăzută și adăugită, Editura Universității, 2003. 268 p.
91. Rusnac S. Consilierea psihologică în grup. Forme și metode. Chișinău: ULIM, 2005. 128 p.
92. Savca L. Psihoteste. Vol. II: Instrumentariu de studiere a personalității și relațiilor ei cu alții. Chișinău: Univers pedagogic, 2008. 164 p.
93. Sillamy N. Dicționar de psihologie. București: Univers Enciclopedic, 2000. 352 p.
94. Șchiopu U. Introducere în psihoterapie. București: Editura Humanitas, 2002. 178 p.
95. Șchiopu U., Verza E. Psihologia vârstelor, ciclurile vieții. București: Didactică și Pedagogică, 1997. 479 p.
96. Șciuca S., Pulmonologie pediatrică. Chișinău: Tipografia Centrală, 2000. p. 158.
97. Șciuca Sv. Esențialul în pneumologia copilului. Chișinău: Tipografia centrală, 2007. 256 p.
98. Tarnovschi A. Relațiile sociale și interpersonale la copiii cu maladii respiratorii cronice. Chișinău. În: Studia Universitatis N9/89, 2015. p. 190-195
99. Tarnovschi A. Aspecte psihologice ale bolnavilor cu afecțiuni respiratorii cronice. În: Analele științifice ale USM, seria „Științe socioumanistice”, volumul III, Chișinău, 2006, p. 526.

100. Tarnovschi A. Sistemul de valori la copiii cu maladii respiratorii cronice. Integrare prin cercetare și inovare. În: Materialele conferinței științifice naționale cu participare internațională, USM, 10-11 noiembrie 2015, p. 162-165.
101. Tarnovschi A. Influența maladiilor cronice asupra reușitei școlare. În: Materialele conferinței internaționale științifico-practică a psihologilor „Paradigmele inteligenței în psihologia contemporană” ediția II, liceul Ion Creangă, Chișinău, 26 aprilie 2012, p. 318-320.
102. Tarnovschi A. Impactul maladiilor respiratorii cronice asupra relațiilor intrafamiliale. În: Materialele conferinței științifice cu participare internațională „Interferențe universitare – integrare prin cercetare și inovare”, USM, Chișinău, 25-26 septembrie 2012, p. 394-396.
103. Tarnovschi A. Modalități de adaptare psihosocială a părinților față de copilul bolnav. În: Materialele conferinței științifice internaționale „Optimizarea învățământului în contextul societății bazate pe cunoaștere”, Institutul de Științe ale Educației, Chișinău, 2-3 noiembrie 2012, p. 343-345.
104. Tarnovschi A. Educație pentru sănătate și calitatea vieții la persoanele cu maladii cronice. În: Materialele conferinței naționale cu participare internațională „Astmul bronșic la copil”, USMF, 12 mai 2006, Chișinău, 2008, p. 90-93.
105. Tarnovschi A. Aspecte ale modificărilor din psihicul bolnavului somatic cronic. În: Materialele conferinței științifice internaționale „Învățământul superior și cercetarea – piloni ai societății bazate pe cunoaștere”, USM, Chișinău, 28 septembrie 2006, p. 383-384.
106. Tarnovschi A. Psihosomatica în situație de dificultăți respiratorii. În: Materialele Simpozionului Științific Internațional „Problematica educației în mileniul III: național, regional, european”, IȘE, Chișinău, 2-3 noiembrie 2006, p. 310-313.
107. Tarnovschi A. Rolul comunicării în relația terapeut-pacient. Integrare prin cercetare și inovare. În: Materialele conferinței științifice naționale cu participare internațională, USM, 26-28 septembrie 2013, p. 85-87.
108. Tereșciuc R., Berezovschi N. Psihologia aptitudinilor comunicative: Monografie. Chișinău: USM, 2000. 157 p.
109. Tintiuc D. ș. a. Sănătatea publică și managementul. Chișinău: Medicina, 2002. 719 p.
110. Traube P. Incursiune în psihoterapie: cum să ne alegem psihoterapeutul. Trad. Sergiu Ciocoiu. Iași: Polirom, 2001. 152 p.
111. Trifu S., Căpraru N. Teste-grilă de psihopatologie, psihiatrie și psihodinamică. Iași: Polirom, 2009. 178 p.

112. Tudose F., Tudose C., Dobranici L. Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi. București: Editura Trei, 2011. 693 p.
113. Tudose F., Tudose C., Dobranici L., Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi. București: Infomedica, 2002. 704 p.
114. Ulete F. Aspecte ale fricii și anxietății la școlarii adolescenți. În: Revista de psihologie, 2008, t. 54, nr. 3-4, p. 261-274.
115. Ungurean S. Deficiențe medicale:cauze și consecințe. Chișinău: ed. „Vocea părinților”, Chișinău, 2001. 105 p.
116. Vasian T. Rolul familiei în dezvoltarea unei personalități de succes. În: Personalitatea integrală– un deziderat al educației moderne: Materialele Conf. Șt. Intern., 29-30 oct. 2010; coord. șt. L. Pogolșa, N. Bucun. Chișinău: Print Caro SRL, 2010. p.87-90.
117. Verza E., Verza Fl. Repere psihoigienice și psihodinamice în cunoașterea și evaluarea copilului. București: Editura Pro Humanitate, 2000. 244 p.
118. Wilmshurst L. Psihopatologia copilului. Fundamente. Trad. Alina Pelea. Iași: Polirom, 2007. 375 p.
119. Абрамова Г. С. Практикум по психологическому консультированию. М.: Academia, 1995. 128 с.
120. Абрамова Г. С. Психологическое консультирование теория и опыт: учеб. Пособ. Для студентов. М.: Academia, 2000. 240 с.
121. Абрамова Г. С., Юдиц Ю. А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 1998. 624 с.
122. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер; пер. С. Могилевский. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
123. Александровская Э. М., Гильяшева И. Н., Психосоматические расстройства у детей М., 1995. 245 с.
124. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. М.: Эксмо, 1995. 325 с.
125. Антропов Ю. Ф., Бельмер С. В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. М., 2005. 205 с.
126. Арина Г. А. Психосоматический симптом как феномен культуры. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. с. 80-85.
127. Астапов В. М. Тревожность у детей. СПб.: Питер, 2004. 224 с.
128. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности // Вопросы психологии, 1989, №1.с. 25-31.

129. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986. Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн. <http://www.azps.ru/hrest/4/7045561.html>. (vizitat 20.04.2010).
130. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология / руководство для врачей и клинических психологов. М.- Воронеж, 2002. 348 с.
131. Блейхер В. М., Патопсихологическая диагностика, Киев, 1986; 405 с.
132. Боговин Л. В., Водолазская А. С. Взаимосвязь мотивационные особенностей личности и типов отношения к болезни у больных бронхиальной астмой / Л. В. Боговин, А. С. Водолазская // Бюллетень - 2012. - №46. - С. 30-34.
133. Бодалев А., Столин В. и др. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования. М.: Педагогика, 1989. 208 с.
134. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Под ред. Д. И. Фельдштейна. М.: 1998, 248 с.
135. Бреслав И. С. Особенности регуляции дыхания человека. Физиология дыхания. СПб., Наука, 1994, 160 с.
136. Будинайте Г. Постклассический системный подход. Проблема и ее решение в системе терапевтического взаимодействия. Сайт Общества семейных консультантов и психотерапевтов. [http:// www.supporter.ru/](http://www.supporter.ru/). (vizitat 10.06.2011).
137. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: «Речь», 2001. 144 с.
138. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Фёдорова В. Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Фёдорова // Сибирский психологический журнал - 2008. №27. С. 67-71.
139. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. Часть 1. М.: Генезис, 2001. 160 с.
140. Волков В. Т. Личность пациента и болезнь. Томск: Класс, 1995. 280 с.
141. Воложин А. И., Субботин Ю. К. Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. М., 1987. 148 с.
142. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. Том 4. Детская психология. Под ред. Д. Элькониной. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
143. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. СПб.: АО"Сфера", 1994. 160 с.

144. Гильяшева И., Игнатьева Н. Методика исследования межличностных отношений ребенка: Методическое пособие. М.: Фолиум, 1994. 64 с.
145. Добряков И. В., Защирина О. В. (сост.) Психология семьи и больной ребенок. – СПб: Изд-во «Союз», 2002. 348 с.
146. Жилиев А. Г. Пограничные психические нарушения у больных тяжелой бронхиальной астмой и их психотерапевтическая коррекция: Автореф. дис.... канд. мед. наук. Харьков, 1991.
147. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб: Изд-во «Союз», 2004. 448 с.
148. Зейгарник Б. В., Патопсихология. Москва. 1986. 340 с.
149. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.
150. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб: Изд-во «Питер», 2000. 410 с.
151. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. / Д. Н. Исаев - СПб.: Речь, 2005. 400 с.
152. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1980. 280 с.
153. Клиническая психология и психофизиология. Учебное пособие. Под ред. Г. М. Яковлева. СПб.: ЭЛБИ -СПб, 2003. 296 с.
154. Котова С. А., Николаева Е. И Особенности представления младших школьников о здоровом и больном человеке / С. А. Котова, Е. И. Николаева // Герценовские чтения. Начальное образование - 2010. - Т. 1. - С. 111-118.
155. Крейслер Л. Психосоматика в психопатологии младенчества. // Мать, дитя, клиницист. М., 1994. 434 с.
156. Лытаев С. А., Колчев А. И., Дьяконов И. Ф., Овчинников Б. В. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. СПб.: Элби, 2005. 385 с.
157. Лютова Е., Моница Г. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. Москва, 2002. 192 с.
158. Малкина-Пых И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Эксмо, 2008. 928 с.
159. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. / И.Г. Малкина-Пых. - М.: Эксмо, 2005. 992 с.
160. Мясищев В. Н. Психология отношений. Москва- Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. 356 с.

161. Мясищев В. Н. Проблемы личности в психологии и медицине. Актуальные вопросы медицинской психологии. Л.: Медицина, 1974. с. 80-87
162. Налчаджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности. Ереван, 1988. 120 с.
163. Немов Р. С. Психология: в 3-х томах. М.: Владос, 1999. с. 688.
164. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987. 324 с.
165. Николаева В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни. Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л.: Медицина, 1976. с. 80-88
166. Николаева В. В., Арина Г. А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал 2003 №1 т. 24, с.119-126.
167. Николаева В. В., Арина Г. А. Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности. // I Международная конференция памяти А. Р. Лурия. М., 1998. с.99-101.
168. Николаева В. В., Арина Г. А. Тяжело больной ребенок: штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья №2 1995г. с. 89-98
169. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. СПб: Изд-во «Речь», 2001. 302 с.
170. Орлова М. М. Перцепция здоровья и болезни как выражение адаптационных стратегий / М. М. Орлова // Известия саратовского университета - 2010. - Т. 10. - №1. - С. 87-91.
171. Осипова А. А. Общая психокоррекция. Москва, Сфера, 2002. 510 с.
172. Осницкий А. К. Выявление проблем ребенка и родителей с помощью «Фильм-теста» Р. Жия. В: Вопросы психологии, 1997, №1. с. 55-62.
173. Пахомов А. А. Патогенетические закономерности формирования внутренней картины болезни при различных вариантах когнитивной переработки соматической патологии / А. А. Пахомов // - 2009. - Т. 11. - №1. - С. 148-153.
174. Практическая психодиагностика / под ред. Райгородского. Самара: Бахрах, 1999. 308 с.
175. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков. Психологическая природа и возрастная динамика/А. М. Прихожан: Воронеж: МОДЕК, 2000. 304 с.

176. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / Под ред. Т. З. Биктимирова, О. П. Модникова. Ульяновск: СВНЦ, 1998. с. 40-82
177. Психология телесности: между душой и телом. Под ред. Зинченко, Леви Т. С. М., 2005. Стр. 222-235, 253-269.
178. Психосоматическая проблема: психологический аспект / Под ред. Ю.Ф. Полякова, В. В. Николаевой. М.: Наука, 1992. 384 с.
179. Рачинского С. В., Таточенко В. К., Артамонов Р. Г. и др. Болезни органов дыхания у детей: Руководство для врачей/ М.: Медицина, 1987. 496 с.
180. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2008. 713 с.
181. Свистунова Е. В. Как ребёнок воспринимает болезнь / Е. В. Свистунова // Медицинская сестра - 2012 - №. - С. 47-52.
182. Свистунова Е. В. Структура и возрастные особенности внутренней картины болезни / Е. В. Свистунова // Педиатрия - 2010. - №2. - с.110-114
183. Сирота Н. А., Ярославская М. А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума/ Н. А. Сирота, М. А. Ярославская // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2011. - №2., режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).
184. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных личностных расстройствах и соматических заболеваниях. – М. 1995. 245 с.
185. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов: комплекс, психол. коррекция. - М. : Из-во МГУ. 1988, 183 с.
186. Телесность человека: междисциплинарные исследования (Под ред. В. В. Николаевой, П.Д. Тищенко). М., 1991. 298 с.
187. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. – М.: Изд. Дом «Бахрах», 2001. 128с.
188. Фопель К. Как научить детей сотрудничать. Психологические игры и упражнения. Практическое пособие. Пер с нем. В 4х томах. Москва: Генезис, 2002. 160 с.
189. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. И нем., Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368с.
190. Хайду П. Воспитание ценностных ориентаций. // Моральные ценности и личность. / Под ред. А. И. Титаренко, Б. О. Николаичева. – М.: Изд-во МГУ, 1994. – С.155-164.

191. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия №3 2002. 108с
192. Холмогорова А. Б. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал №2 2002. С.48
193. Хоментаскас Г. Т. Семья глазами ребенка. – М.: Педагогика, 1989. 296 с
194. Челпанов В. Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности / В. Б. Челпанов // Учёные записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета - 2009. - №3. - С. 147-155.
195. Черников А. В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. – М., 1997.152 с.
196. Чурина К. И. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение подростков с хроническими соматическими заболеваниями. Введение в проблему / К. И. Чурина // Психология телесности: теоретические и практические исследования - 2009. - С. 240-242.
197. Шинина Т. В. Психология инвалидности: проблемы и основные направления исследования / Т. В. Шинина // Актуальные проблемы психологического знания - 2011. - №1. - С. 87-93.
198. Штрахова А. В. Личностный смысл болезни - суммарный вектор психического отражения болезни болеющим субъектом / А. В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ - 2008. - №33. - С. 78-82.
199. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: ЗАО "Издательство Питер", 2009. 668 с.
200. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб: Питер, 2004. 336 с.
201. <http://psi.webzone.ru/st/090900.htm> [on-line] (1.06.09).
202. Alexander F. Psychosomatic Medicine, 2 Aufl.-Berlin, NewYork.: HDeGruyter, 1977. 348 p.
203. Bailey W. C., Richards J. M., Brooks M., et.al., Arand omised trial to improve self-management practices of adults with asthma. Arch. Intern. Med., 1990, Vol. 150, p. 1664-1668.
204. CAMPASS Therapeutic Notes on the Management of Chronic Asthma in Adults and Older Children [www. Central services agency. com/display/compass](http://www.Central services agency. com/display/compass), Journal of Psychosomatic

- Research, vol 64 (6): 635 – 680. Alter CL. The current state of psychosomatic medicine: focus on training, care delivery and research. P. 636.
205. Clarke P. S. Asthma, emotions, hyperventilation and allergy. Abstract. Int. Congr. AUerg. Clin. Immun., 1982. 790 p.
 206. Jones N. F., Kinsman R. A., Schum R., Rensikoff P. Personality profiles in asthma. -J. Clin. Psychol., 1976, Vol. 32, p. 285-291.
 207. Kourkoutas E., Georgiadi M., Plexousakis S. Quality of life of children with chronic illnesses: A Review of the Literature. In: Procedia Social and Behavioral Sciences, 2, 2010. <http://www.academia.edu/1446060/> (vizitat 09.09.2011).
 208. Northup L., Weiner M. F. Hospitalisation, life change and ability to cope with asthma. -J. Psychosom. Res., 1984, Vol. 28, p. 177-183.
 209. Rubin N. J. Severe asthma and depression. - Arch. Fam. Med., 1993, Vol.2, p. 4433-4440.
 210. Sifiieos P. E. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. J. Psychother. Psychosom. 1973, Vol. 22, p. 255-262.
 211. Smith O. A., Devito J. Central neural integration for the control of autonomic responses associated with emotion. - Annu. Rev. Neurosci., 1984, Vol. 7, p. 43-65 .
 212. Stiunk R. C., Mrazek D. A., Fuhrmann G. S. W., LaBreque J. F. Physiological and psychological characteristics associated with death sdueto asthma in childhood: a case controlled study. - JAMA, 1985, Vol. 254, p. 1193-1198.
 213. Weiner H.(ed): Bronchial asthma. In Psychobiology and Human Disease, Elsevier, NewYork, 1977. p. 223-317.
 214. Szentagotai A., ș. a. Rational Emotive Therapy, Cognitive Therapy and medication in the treatment of major depressive disorder: Theory of change analysis. Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training. 2008. 103 p.
 215. Worth H., Patient education in asthma. - Lung, 1990, 168 (Supplement), p. 463-468.
 216. Yellowlees P. M., Ruffm M. D. Psychological defences and coping styles in patients followingahfe-threateningattack of asthma. - Chest, 1989, Vol. 95, p. 1298-1303.
 217. Zigmont A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. -ActaPsychiatr. Scand., 1983, VoL 67, p. 361-370.
 218. Malchiodi, C. A., Expressive Therapies. New York: Guildford Press. 2005, 203 p.
 219. Rachel Darnley Smith, Helen M. Patey. Music Therapy. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2004. p. 249.
 220. Durning P. Éducation familiale. Acteurs, processus etenjeux. Paris: P.U.F., 1995. 294 p.

221. Jegu F., Dabe El. Mucoviscidose: vos droits, vos démarches. Guide social. Paris: Comité de la charte, 2007. 27 p.
222. Lafond J. Mucoviscidose: de l' école à l' université. Paris: Comité de la charte, 2007. 35 p.
223. Menai-Abid A. B. Attitudes parentales vis-a-vis de l'enfant énurétique en milieu algérien. In: Université Badji Mokhtar. <http://www.umc.edu.dz/vf/images/cahierlapsi/num3/05.pdf> (vizitat 02.04.2010).
224. Moss E., Dumont M. Influence de l'affectivité sur l'activité cognitive des enfants. In: Enfance, 1992, vol. 45, nr. 45-4, p. 375-404. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/enfan_0013-7545_1992_num_45_4_2032. (vizitat 09.05.2009).
225. Sivadon, P. Traité de psychologie médicale, vol. I-III, PUF, Paris, 1973. P.496
226. Terrisse B., Larose F., Lefebvre M. L'évaluation des facteurs de vulnérabilité et de protection dans la famille: développement et validation du Questionnaire sur l'environnement familial. In: Revue internationale de l'éducation familiale. Recherches et interventions, 1998, nr. 2, p. 39-62. <http://www.unites.uqam.ca/terrisme>. (vizitat 16.10.2012).

ANEXE

Anexa 1. Interviu semistructurat cu răspunsuri libere

I. Date personale:

1. Numele, prenumele
2. Vârsta
3. Școala unde-și face studiile
4. Spitalul, secția internării
5. Data investigării

II. Viața în familie:

1. Părinții
2. Relațiile părinților cu copilul
3. Frații, surorile (vârsta, ocupația)
4. Relațiile dintre frați
5. Responsabilitățile, obligațiile copilului în familie

III. Viața socială a copilului

1. Relațiile cu prietenii, colegii de clasă
2. Relațiile cu profesorii
3. Activitățile preferate

IV. Atitudinea copilului față de boala sa:

1. Relațiile cu personalul medical
2. Cunoștințele sale vizavi de maladia sa
3. Ce sa schimbat în viața ta după îmbolnăvire?
4. Atitudinea față de tratament
5. Percepția celor din jur față de copil (după părerea copilului)

V. Planuri de viitor:

1. Cum te vezi tu în viitor?
2. Ce părere au părinții în legătură cu viitorul tău?
3. Care sunt cei mai importanți oameni în viața ta, de ce?

Anexa 2. Tehnica de determinare a nivelului raportului „valori” – „posibilități” în diverse situații de viață

Instrucțiune: citiți cu atenție afirmațiile expuse. În matrița 1 și 2 sunt date cifre perechi. Fiecărei cifre îi corespunde valoarea cu numărul respectiv din formular. În matrița 1, din perechile date încercuiți cea valoare care este mai importantă pentru dv. După ce ați finisat cu matrița 1 treceți la matrița 2. În matrița 2, din perechile date încercuiți cea valoare care este mai accesibilă, mai ușor de atins, pe puterile dv. Lucrați repede fără a omite nici o pereche.

1. Stil de viață activ, fructuos.
2. Sănătate (fizică, psihică).
3. Muncă interesantă (serviciu, școală).
4. Frumusețea din natură și artă.
5. Dragoste (spirituală, fizică).
6. Bunăstarea materială (lipsa problemelor bănești).
7. Prezența prietenilor adevărați.
8. Încrederea în sine (lisa stereotipurilor și a conflictelor interne).
9. Cunoașterea (posibilități de lărgire a orizontului cunoașterii intelectuale, culturale etc.).
10. Libertatea în acțiuni și fapte.
11. Familie fericită.
12. Spirit de creație (posibilitatea activității creatoare).

Matrița 1. Din perechile date comparați și încercuiți cea valoare care este mai importantă pentru dv.

1 2	2 3	3 4	4 5	5 6	6 7	7 8	8 9	9 10	10 11	11 12
1 3	2 4	3 5	4 6	5 7	6 8	7 9	8 10	9 11	10 12	
1 4	2 5	3 6	4 7	5 8	6 9	7 10	8 11	9 12		
1 5	2 6	3 7	4 8	5 9	6 10	7 11	8 12			
1 6	2 7	3 8	4 9	5 10	6 11	7 12				
1 7	2 8	3 9	4 10	5 11	6 12					
1 8	2 9	3 10	4 11	5 12						
1 9	2 10	3 11	4 12							
1 10	2 11	3 12								
1 11	2 12									
1 12										

Matrița 2. Din perechile date comparați și încercuiți cea valoare care este mai accesibilă, mai ușor de atins, pe puterile dv.

1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 10 10 11 11 12
 1 3 2 4 3 5 4 6 5 7 6 8 7 9 8 10 9 11 10 12
 1 4 2 5 3 6 4 7 5 8 6 9 7 10 8 11 9 12
 1 5 2 6 3 7 4 8 5 9 6 10 7 11 8 12
 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 6 11 7 12
 1 7 2 8 3 9 4 10 5 11 6 12
 1 8 2 9 3 10 4 11 5 12
 1 9 2 10 3 11 4 12
 1 10 2 11 3 12
 1 11 2 12
 1 12

Anexa 3. Tehnica de studiere a autoaprecierii Дембо-Рубинштейн

Instrucțiune:

Fiecare om își apreciază capacitățile, posibilitățile, caracterul. Această descriere se poate face prin intermediul cuvintelor („Eu sunt cel mai deștept”, „Eu nu sunt prea vesel”). Dar poți relata despre tine și prin alte modalități, de exemplu, cu ajutorul unor astfel de linii. Spre exemplu, prima linie ne ajută să ne apreciem propria sănătate. În vârful liniei se află cei mai sănătoși oameni, care nu s-au îmbolnăvit niciodată. La vârful de jos se află oamenii care tot timpul sunt bolnavi, sunt grav bolnavi. La mijloc sunt cei care se îmbolnăvesc și sunt sănătoși în egală măsură. Cum apreciezi propria sănătate? Unde vei nota cruciulița pe linia sănătății? Celelalte linii indică acuratețea, îndemânarea, inteligența, bunătatea, prezența prietenilor, dispoziția, cât de bun elev ești. Unde te vei plasa tu pe fiecare dintre linii? Privește atent și indică cu o cruciuliță locul pe fiecare dintre linii.

sănătos	îngrijit	îndemânatic	inteligent	bun	are
prieteni	vesel	elev bun			

bolnav prieteni	neîngrijit trist	neîndemânatic elev rău	neinteligent		rău		nu are

Anexa 4. Valorile medii la chestionarul de personalitate „16 P.F” Cattell

		Bronșită cronică	Pneumonie cronică	Astm bronșic	Mucoviscidoză	Tuberculoză	Grup de control
A	media	1,71	1,63	1,43	1,66	1,41	1,71
	ab. std	,457	,486	,500	,482	,503	,457
B	media	1,75	1,74	1,73	1,66	1,55	1,78
	ab. std	,437	,412	,452	,482	,509	,447
C	media	1,42	1,48	1,30	1,34	1,18	1,40
	ab. std	,498	,504	,464	,482	,394	,495
E	media	1,33	1,31	1,55	1,47	1,32	1,33
	ab. std	,473	,466	,503	,507	,476	,473
F	media	1,65	1,69	1,35	1,25	1,32	1,64
	ab. std	,480	,466	,483	,439	,476	486
G	media	1,58	1,54	1,35	1,41	1,27	1,56
	ab. Std	,498	,503	,483	,498	,455	,501
H	media	1,58	1,56	1,53	1,50	1,45	1,58
	ab. std	,498	,501	,505	,508	,509	,498
	media	1,62	1,70	1,73	1,60	1,55	1,60

I	ab. std	,491	,466	,452	,498	,509	,495
O	media	1,42	1,44	1,70	1,66	1,55	1,40
	ab. std	,498	,501	,464	,482	,509	,495
Q3	media	1,75	1,69	1,50	1,66	1,27	1,73
	ab. std	,437	,466	,506	,482	,455	,447
Q4	media	1,25	1,27	1,83	1,69	1,55	1,27
	ab. std	,437	,448	,385	,471	,510	,448

Anexa 5. Indicii obținuți la chestionarul de personalitate „16 P.F” Cattell

Test Statistics^{a,b}

	Cattel_ A	Cattel_ B	Cattel_ C	Cattel_ E	Cattel_ F	Cattel_ G	Cattel_ H	Cattel_ I	Cattel_ O	Cattel_ Q3	Cattel_ Q4
Chi-Square	2,99	5,424	2,55	8,715	6,70	2,27	7,505	8,544	2,78	4,59	13,15
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,012	,036	,017	,021	,000	,048	,031	,041	,018	,001	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: grupul_cercetarii

2. varsta_copii

Dependent Variable	varsta_copii	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
Cattel_A	8-10	1,464	,041	1,382	1,546
	13-15	1,768	,041	1,686	1,850
Cattel_B	8-10	1,656	,040	1,577	1,735
	13-15	1,784	,040	1,705	1,863
Cattel_C	8-10	1,320	,043	1,235	1,405

	13-15	1,440	,043	1,355	1,525
Cattel_E	8-10	1,296	,043	1,212	1,380
	13-15	1,456	,043	1,372	1,540
Cattel_F	8-10	1,448	,044	1,361	1,535
	13-15	1,608	,044	1,521	1,695
Cattel_G	8-10	1,448	,045	1,360	1,536
	13-15	1,512	,045	1,424	1,600
Cattel_H	8-10	1,448	,044	1,362	1,534
	13-15	1,640	,044	1,554	1,726
Cattel_I	8-10	1,600	,043	1,515	1,685
	13-15	1,672	,043	1,587	1,757
Cattel_O	8-10	1,424	,044	1,337	1,511
	13-15	1,592	,044	1,505	1,679
Cattel_Q3	8-10	1,552	,042	1,469	1,635
	13-15	1,728	,042	1,645	1,811
Cattel_Q4	8-10	1,504	,044	1,417	1,591
	13-15	1,360	,044	1,273	1,447

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
Cattel_A	47,014	1	248	,000
Cattel_B	20,539	1	248	,000
Cattel_C	12,958	1	248	,000
Cattel_E	21,332	1	248	,000
Cattel_F	2,887	1	248	,091
Cattel_G	1,153	1	248	,284
Cattel_H	6,828	1	248	,010
Cattel_I	5,331	1	248	,022
Cattel_O	,259	1	248	,611
Cattel_Q3	27,470	1	248	,000
Cattel_Q4	10,522	1	248	,001

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + varsta_copii

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Cattel_A	Between Groups	3,420	5	,684	2,996	,012

	Within Groups	55,716	244	,228		
	Total	59,136	249			
Cattel_B	Between Groups	1,098	5	,220	1,087	,036
	Within Groups	49,302	244	,202		
	Total	50,400	249			
Cattel_C	Between Groups	1,816	5	,363	1,553	,017
	Within Groups	57,084	244	,234		
	Total	58,900	249			
Cattel_E	Between Groups	2,053	5	,411	1,770	,012
	Within Groups	56,603	244	,232		
	Total	58,656	249			
Cattel_F	Between Groups	7,527	5	1,505	6,706	,000
	Within Groups	54,777	244	,224		
	Total	62,304	249			
Cattel_G	Between Groups	2,775	5	,555	2,271	,048
	Within Groups	59,625	244	,244		
	Total	62,400	249			
Cattel_H	Between Groups	,375	5	,075	,297	,914
	Within Groups	61,641	244	,253		
	Total	62,016	249			
Cattel_I	Between Groups	,824	5	,165	,705	,620
	Within Groups	57,052	244	,234		
	Total	57,876	249			
Cattel_O	Between Groups	3,372	5	,674	2,784	,018
	Within Groups	59,112	244	,242		
	Total	62,484	249			
Cattel_Q3	Between Groups	4,960	5	,992	4,598	,001
	Within Groups	52,640	244	,216		
	Total	57,600	249			
Cattel_Q4	Between Groups	13,028	5	2,606	13,158	,000
	Within Groups	48,316	244	,198		
	Total	61,344	249			

Anexa 6. Indicii obținuți la testul de determinare a nivelului de autoapreciere Дембо-Рубинштейн

Descriptive Statistics

	grupul_cercetarii	Mean	Std. Deviation	N
P_aspiratii	bronsita cronica	2,0192	,46401	52
	pneumonie	2,0577	,50151	52
	astm bronic	2,0000	,39223	40
	mucoviscidoza	1,9687	,53788	32
	tuberculoza	2,1818	,50108	22
	grupul de control	2,0192	,46401	52
	Total	2,0320	,47315	250
P_autoaprecierea	bronsita cronica	1,8846	,64637	52
	pneumonie	1,9615	,62502	52
	astm bronic	1,9500	,38895	40
	mucoviscidoza	1,7813	,55267	32
	tuberculoza	1,5909	,50324	22
	grupul de control	1,9038	,63430	52
	Total	1,8760	,58480	250

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
P_aspiratii	1,215	5	244	,303
P_autoaprecierea	3,032	5	244	,011

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + grupul_cercetarii

grupul_cercetarii

Dependent Variable	grupul_cercetarii	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
P_aspiratii	bronsita cronica	2,019	,066	1,890	2,149
	pneumonie	2,058	,066	1,928	2,187
	astm bronic	2,000	,075	1,852	2,148
	mucoviscidoza	1,969	,084	1,803	2,134
	tuberculoza	2,182	,101	1,982	2,381
	grupul de control	2,019	,066	1,890	2,149
P_autoaprecierea	bronsita cronica	1,885	,081	1,726	2,043

pneumonie	1,962	,081	1,803	2,120
astm bronsic	1,950	,092	1,769	2,131
mucoviscidoza	1,781	,103	1,579	1,984
tuberculoza	1,591	,124	1,347	1,835
grupul de control	1,904	,081	1,745	2,063

Anexa 7. Indicii obținuți la testul de determinare a nivelului de anxietate Spillberger

Descriptive Statistics

grupul_cercetarii		Mean	Std. Deviation	N
anxietate_reactiva	bronsita cronica	1,8077	,44451	52
	pneumonie	1,9231	,43594	52
	astm bronsic	1,9750	,42290	40
	mucoviscidoza	1,6563	,48256	32
	tuberculoza	1,9545	,37509	22
	grupul de control	1,8077	,44451	52
	Total	1,8520	,44597	250
anxietate_stabila	bronsita cronica	2,0385	,44110	52
	pneumonie	2,1154	,32260	52
	astm bronsic	2,4500	,50383	40
	mucoviscidoza	2,3750	,49187	32
	tuberculoza	2,4545	,50965	22
	grupul de control	2,0385	,44110	52
	Total	2,2000	,47424	250

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,969	3845,721 ^a	2,000	243,000	,000
	Wilks' Lambda	,031	3845,721 ^a	2,000	243,000	,000
	Hotelling's Trace	31,652	3845,721 ^a	2,000	243,000	,000
	Roy's Largest Root	31,652	3845,721 ^a	2,000	243,000	,000
grupul_cercetarii	Pillai's Trace	,197	5,322	10,000	488,000	,000
	Wilks' Lambda	,811	5,376 ^a	10,000	486,000	,000
	Hotelling's Trace	,224	5,430	10,000	484,000	,000
	Roy's Largest Root	,171	8,359 ^b	5,000	244,000	,000

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept + grupul_cercetarii

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
anxietate_reactiva	3,918	5	244	,002
anxietate_stabila	11,385	5	244	,000

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + grupul_cercetarii

Anexa 8. Indicii obținuți la aplicarea „Testului-film” al lui Rene Gille

Grupul tata

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bronsita cronica	600	21,2	21,2	21,2
	pneumonie cronica	566	20,2	20,2	41,3
	astm bronsic	497	12,3	12,3	58,9
	mucoviscidoza	372	12,6	12,6	72,1
	tuberculoza	189	6,7	6,7	78,8
	copii sanatosi	600	21,0	21,0	100,0
	Total	2824	100,0	100,0	

Grupul mama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bronsita cronica	281	22,4	22,4	22,4
	pneumonie cronica	291	23,0	23,0	45,2
	astm bronsic	156	17,6	17,6	57,5
	mucoviscidoza	160	13,2	13,2	70,1
	tuberculoza	97	7,7	7,7	77,8
	copii sanatosi	281	22,0	22,0	100,0
	Total	1266	100,0	100,0	

Grupul mama_tata

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bronsita cronica	225	19,0	19,0	19,0
	pneumonie cronica	219	18,9	18,9	38,4
	astm bronsic	214	19,0	19,0	56,9
	mucoviscidoza	171	14,8	14,8	71,7
	tuberculoza	102	8,8	8,8	80,5
	copii sanatosi	225	19,5	19,5	100,0
	Total	1156	100,0	100,0	

Grupul frate_sora

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bronsita cronica	494	20,8	20,8	20,8
	pneumonie cronica	531	22,4	22,4	43,2
	astm bronsic	375	15,8	15,8	59,0
	mucoviscidoza	299	12,6	12,6	71,7
	tuberculoza	178	7,5	7,5	79,2
	copii sanatosi	494	20,8	20,8	100,0
	Total	2371	100,0	100,0	

Grupul prieteni

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bronsita cronica	685	20,6	20,6	20,6
	pneumonie cronica	702	21,1	21,1	41,8
	astm bronsic	523	15,7	15,7	57,5
	mucoviscidoza	401	12,1	12,1	69,6
	tuberculoza	325	9,8	9,8	79,4
	copii sanatosi	685	20,6	20,6	100,0
	Total	3321	100,0	100,0	

Grupul curiozitatea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bronsita cronica	302	21,1	21,1	21,1
	pneumonie cronica	322	22,5	22,5	43,5
	astm bronsic	239	16,7	16,7	60,2
	mucoviscidoza	173	12,1	12,1	72,3
	tuberculoza	95	6,6	6,6	78,9
	copii sanatosi	302	21,1	21,1	100,0
	Total	1433	100,0	100,0	

Grupul dominarea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bronsita cronica	124	20,4	20,4	20,4

pneumonie cronica	125	20,6	20,6	41,0
astm bronsic	92	15,1	15,1	56,1
mucoviscidoza	78	12,8	12,8	68,9
tuberculoza	65	10,7	10,7	79,6
copii sanatosi	124	20,4	20,4	100,0
Total	608	100,0	100,0	

Grupul comunicabilitatea

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bronsita cronica	164	20,2	20,2	20,2
pneumonie cronica	159	20,6	20,6	40,8
astm bronsic	121	15,7	15,7	57,4
mucoviscidoza	106	13,7	13,7	71,2
tuberculoza	59	7,6	7,6	78,8
copii sanatosi	164	22,2	22,2	100,0
Total	773	100,0	100,0	

Grupul izolarea

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bronsita cronica	365	18,0	18,0	18,0
pneumonie cronica	344	17,9	17,9	35,9
astm bronsic	414	20,4	20,4	55,3
mucoviscidoza	302	14,9	14,9	70,1
tuberculoza	242	12,9	12,9	82,0
copii sanatosi	365	16,0	16,0	100,0
Total	2032	100,0	100,0	

Grupul comportament social adecvat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bronsita cronica	413	21,1	21,1	21,1
pneumonie cronica	409	20,9	20,9	42,0
astm bronsic	338	17,3	17,3	59,3
Mucoviscidoza	268	13,7	13,7	73,0

Tuberculoza	116	5,9	5,9	78,9
copii sanatosi	413	21,1	21,1	100,0
Total	1957	100,0	100,0	

Group Statistics după vârstă diferențele

	varsta	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
relatiile_mama	1	1013	12,4985	4,07601	,12807
	2	944	10,5996	4,21841	,13730
relatiile_tata	1	1013	4,6456	3,43974	,10807
	2	944	5,4979	3,15153	,10257
relatiile_mama_tata	1	1013	4,4403	2,53545	,07966
	2	944	4,8845	2,35016	,07649
relatiile_sora_frate	1	1013	8,9319	5,39344	,16946
	2	944	9,8941	5,36152	,17450
relatiile_prietenii	1	1013	12,4452	4,16011	,13071
	2	944	14,0212	3,83675	,12488
Curiozitatea	1	1013	5,9447	1,89625	,05958
	2	944	5,7225	2,13919	,06962
tendinta_dominare	1	1013	2,2715	1,02554	,03222
	2	944	2,4936	1,12050	,03647
Comunicabilitatea	1	1013	3,0997	,75242	,02364
	2	944	3,1218	,81019	,02637
Izolarea	1	1013	8,4245	3,87343	,12170
	2	944	7,6430	3,43470	,11179
comportament_social_ade cvat	1	1013	8,3880	1,29781	,04078
	2	944	7,9407	1,49608	,04869

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
relatiile_ma ma	Equal variances assumed	2,213	,137	10,126	1955	,000	1,89894	,18753	1,53117	2,26671
	Equal variances not assumed			10,114	1933,738	,000	1,89894	,18775	1,53072	2,26716
relatiile_tata	Equal variances assumed	8,932	,003	-5,702	1955	,000	-,85227	,14946	-1,14539	-,55916
	Equal variances not assumed			-5,720	1954,442	,000	-,85227	,14900	-1,14449	-,56006
relatiile_ma ma_tata	Equal variances assumed	15,202	,000	-4,012	1955	,000	-,44426	,11073	-,66143	-,22709
	Equal variances not assumed			-4,023	1954,945	,000	-,44426	,11044	-,66085	-,22767
relatiile_sor a_frate	Equal variances assumed	,212	,645	-3,955	1955	,000	-,96218	,24329	-1,43932	-,48504
	Equal variances not assumed			-3,956	1946,860	,000	-,96218	,24324	-1,43923	-,48514
relatiile_prie tenii	Equal variances assumed	4,395	,036	-8,693	1955	,000	-1,57597	,18129	-1,93151	-1,22044
	Equal variances not assumed			-8,718	1954,792	,000	-1,57597	,18077	-1,93050	-1,22145

curiozitatea	Equal variances assumed	33,587	,000	2,436	1955	,015	,22226	,09125	,04331	,40122
	Equal variances not assumed			2,425	1886,894	,015	,22226	,09164	,04254	,40198
tendinta_dominare	Equal variances assumed	28,835	,000	-4,580	1955	,000	-,22217	,04851	-,31732	-,12703
	Equal variances not assumed			-4,565	1907,032	,000	-,22217	,04866	-,31761	-,12673
comunicabilitatea	Equal variances assumed	16,358	,000	-,626	1955	,531	-,02212	,03532	-,09139	,04716
	Equal variances not assumed			-,625	1915,179	,532	-,02212	,03541	-,09157	,04734
izolarea	Equal variances assumed	14,986	,000	4,709	1955	,000	,78147	,16595	,45602	1,10693
	Equal variances not assumed			4,729	1950,227	,000	,78147	,16525	,45739	1,10556
comportament_social_adecvat	Equal variances assumed	15,294	,000	7,078	1955	,000	,44728	,06320	,32334	,57122
	Equal variances not assumed			7,042	1871,651	,000	,44728	,06351	,32272	,57184

Group Statistics^a

	varsta	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
relatiile_mama	1	220	11,3727	4,17288	,28134
	2	193	12,3679	3,95211	,28448
relatiile_tata	1	220	6,4818	3,67201	,24757
	2	193	4,2642	2,71332	,19531
relatiile_mama_tata	1	220	5,0000	2,30940	,15570
	2	193	3,6684	2,39659	,17251
relatiile_sora_frate	1	220	10,4273	4,49243	,30288
	2	193	8,1503	5,03976	,36277
relatiile_prietenii	1	220	13,0000	4,77053	,32163
	2	193	13,0881	3,45017	,24835
curiozitatea	1	220	5,8545	1,92241	,12961
	2	193	5,8808	1,99512	,14361
tendinta_dominare	1	220	2,2727	1,07193	,07227
	2	193	2,3886	1,09890	,07910
comunicabilitatea	1	220	3,0591	,73476	,04954
	2	193	3,2435	,76904	,05536
izolarea	1	220	6,2955	3,46924	,23390
	2	193	7,8135	3,43942	,24757
comportament_social_a decvat	1	220	8,6545	1,19692	,08070
	2	193	7,7461	1,32398	,09530

a. grupul = bronsita cronica

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
relatiile_mam a	Equal variances assumed	,321	,571	-2,478	411	,014	-,99515	,40152	-1,78445	-,20585
	Equal variances not assumed			-2,487	408,579	,013	-,99515	,40010	-1,78166	-,20864
relatiile_tata	Equal variances assumed	25,065	,000	6,898	411	,000	2,21757	,32146	1,58566	2,84948
	Equal variances not assumed			7,032	399,794	,000	2,21757	,31533	1,59765	2,83749
relatiile_mam a_tata	Equal variances assumed	,246	,620	5,744	411	,000	1,33161	,23182	,87590	1,78731
	Equal variances not assumed			5,730	399,689	,000	1,33161	,23238	,87476	1,78845
relatiile_sora _frate	Equal variances assumed	,441	,507	4,854	411	,000	2,27701	,46905	1,35497	3,19906
	Equal variances not assumed			4,818	387,776	,000	2,27701	,47259	1,34786	3,20617
relatiile_priet enii	Equal variances assumed	33,756	,000	-,212	411	,832	-,08808	,41478	-,90344	,72727
	Equal variances not assumed			-,217	397,018	,829	-,08808	,40635	-,88695	,71079

curiozitatea	Equal variances assumed	2,283	,132	-,136	411	,892	-,02628	,19298	-,40563	,35307
	Equal variances not assumed			-,136	399,680	,892	-,02628	,19345	-,40659	,35402
tendinta_dom inare	Equal variances assumed	1,571	,211	-1,083	411	,279	-,11587	,10697	-,32615	,09440
	Equal variances not assumed			-1,081	401,223	,280	-,11587	,10714	-,32651	,09476
comunicabilit atea	Equal variances assumed	6,866	,009	-2,490	411	,013	-,18443	,07406	-,33002	-,03884
	Equal variances not assumed			-2,483	398,557	,013	-,18443	,07429	-,33047	-,03839
izolarea	Equal variances assumed	2,273	,132	-4,455	411	,000	-1,51802	,34078	-2,18791	-,84813
	Equal variances not assumed			-4,457	404,901	,000	-1,51802	,34059	-2,18756	-,84847
comportamen t_social_adec vat	Equal variances assumed	1,050	,306	7,323	411	,000	,90843	,12406	,66457	1,15230
	Equal variances not assumed			7,275	390,175	,000	,90843	,12488	,66291	1,15395

a. grupul = bronsita cronica

Group Statistics^a

	varsta	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
relatiile_mama	1	202	12,2970	3,91462	,27543
	2	207	9,8261	4,12531	,28673
relatiile_tata	1	202	4,8119	2,93279	,20635
	2	207	6,1643	2,77158	,19264
relatiile_mama_tata	1	202	3,7723	2,42861	,17088
	2	207	4,6232	2,35307	,16355
relatiile_sora_frate	1	202	9,3812	5,18208	,36461
	2	207	10,4541	5,55874	,38636
relatiile_prietenii	1	202	12,8267	3,16144	,22244
	2	207	14,1981	3,69523	,25684
curiozitatea	1	202	5,8762	1,61138	,11338
	2	207	6,6039	2,09196	,14540
tendinta_dominare	1	202	2,1881	,93801	,06600
	2	207	2,5700	1,27091	,08833
comunicabilitatea	1	202	3,0198	,71209	,05010
	2	207	3,0966	,72429	,05034
izolarea	1	202	7,5000	3,61898	,25463
	2	207	5,6473	2,30792	,16041
comportament_social_a decvat	1	202	7,9802	1,20513	,08479
	2	207	8,1884	1,31395	,09133

a. grupul = pneumonie cronica

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
relatiile_mama	Equal variances assumed	,221	,639	6,211	407	,000	2,47094	,39784	1,68886	3,25303
	Equal variances not assumed			6,215	406,684	,000	2,47094	,39759	1,68936	3,25253
relatiile_tata	Equal variances assumed	1,317	,252	-4,794	407	,000	-1,35237	,28210	-1,90692	-,79782
	Equal variances not assumed			-4,791	404,351	,000	-1,35237	,28229	-1,90732	-,79742
relatiile_mama_tata	Equal variances assumed	1,784	,182	-3,599	407	,000	-,85091	,23644	-1,31571	-,38612
	Equal variances not assumed			-3,597	405,724	,000	-,85091	,23653	-1,31589	-,38593
relatiile_sora_frate	Equal variances assumed	3,296	,070	-2,018	407	,044	-1,07292	,53169	-2,11813	-,02771
	Equal variances not assumed			-2,020	406,156	,044	-1,07292	,53124	-2,11724	-,02860
relatiile_prietarii	Equal variances assumed	1,947	,164	-4,028	407	,000	-1,37133	,34042	-2,04053	-,70214
	Equal variances not assumed			-4,036	400,181	,000	-1,37133	,33977	-2,03929	-,70338
curiozitatea	Equal variances assumed	15,799	,000	-3,934	407	,000	-,72763	,18496	-1,09122	-,36404

	Equal variances not assumed			-3,946	386,296	,000	-,72763	,18438	-1,09014	-,36511
tendinta_dom inare	Equal variances assumed	68,112	,000	-3,451	407	,001	-,38193	,11067	-,59948	-,16438
	Equal variances not assumed			-3,464	379,106	,001	-,38193	,11027	-,59874	-,16512
comunicabilit atea	Equal variances assumed	1,299	,255	-1,081	407	,280	-,07682	,07104	-,21647	,06283
	Equal variances not assumed			-1,082	406,977	,280	-,07682	,07102	-,21644	,06281
izolarea	Equal variances assumed	40,172	,000	6,188	407	,000	1,85266	,29939	1,26410	2,44121
	Equal variances not assumed			6,156	339,955	,000	1,85266	,30095	1,26071	2,44461
comportamen t_social_adec vat	Equal variances assumed	6,875	,009	-1,669	407	,096	-,20821	,12475	-,45345	,03703
	Equal variances not assumed			-1,671	405,451	,096	-,20821	,12462	-,45319	,03677

a. grupul = pneumonie cronica

Group Statistics^a

	varsta	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
relatiile_mama	1	177	14,7006	2,89114	,21731
	2	161	10,0124	4,49998	,35465
relatiile_tata	1	177	3,1525	2,74160	,20607
	2	161	4,4720	3,28645	,25901
relatiile_mama_tata	1	177	5,5085	2,39820	,18026
	2	161	5,0311	2,11667	,16682
relatiile_sora_frate	1	177	10,3503	5,62072	,42248
	2	161	8,5652	6,04026	,47604
relatiile_prietenii	1	177	13,6441	3,20385	,24082
	2	161	12,9068	4,28486	,33769
curiozitatea	1	177	6,0056	1,68043	,12631
	2	161	6,0435	2,16029	,17025
tendinta_dominare	1	177	2,3051	1,19546	,08986
	2	161	2,3106	,79243	,06245
comunicabilitatea	1	177	3,1977	,67453	,05070
	2	161	2,8447	,78708	,06203
izolarea	1	177	10,8927	2,74996	,20670
	2	161	9,8075	3,50984	,27661
comportament_social _adecvat	1	177	8,9435	,88367	,06642
	2	161	8,2547	1,29073	,10172

a. grupul = astm bronsic

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
relatiile_mama	Equal variances assumed	63,785	,000	11,496	336	,000	4,68814	,40780	3,88597	5,49031
	Equal variances not assumed			11,271	268,318	,000	4,68814	,41593	3,86924	5,50705
relatiile_tata	Equal variances assumed	10,029	,002	-4,021	336	,000	-1,31951	,32818	-1,96505	-,67396
	Equal variances not assumed			-3,987	312,748	,000	-1,31951	,33098	-1,97075	-,66827
relatiile_mama_tata	Equal variances assumed	,382	,537	1,932	336	,054	,47742	,24706	-,00855	,96339
	Equal variances not assumed			1,944	335,703	,053	,47742	,24560	-,00570	,96054
relatiile_sora_frate	Equal variances assumed	9,271	,003	2,814	336	,005	1,78507	,63431	,53735	3,03278
	Equal variances not assumed			2,805	326,925	,005	1,78507	,63648	,53296	3,03717
relatiile_prieteni	Equal variances assumed	23,033	,000	1,802	336	,073	,73724	,40923	-,06774	1,54222
	Equal variances not assumed			1,777	294,802	,077	,73724	,41476	-,07904	1,55351
curiozitatea	Equal variances assumed	23,179	,000	-,181	336	,857	-,03783	,20953	-,44998	,37433

	Equal variances not assumed			-,178	301,549	,858	-,03783	,21199	-,45500	,37934
tendinta_dom inare	Equal variances assumed	56,710	,000	-,049	336	,961	-,00547	,11147	-,22474	,21379
	Equal variances not assumed			-,050	308,039	,960	-,00547	,10943	-,22079	,20985
comunicabilit atea	Equal variances assumed	7,597	,006	4,439	336	,000	,35302	,07953	,19657	,50947
	Equal variances not assumed			4,406	316,697	,000	,35302	,08011	,19540	,51064
izolarea	Equal variances assumed	10,642	,001	3,179	336	,002	1,08520	,34141	,41363	1,75677
	Equal variances not assumed			3,143	302,754	,002	1,08520	,34531	,40569	1,76472
comportamen t_social_adec vat	Equal variances assumed	48,391	,000	5,768	336	,000	,68884	,11942	,45394	,92375
	Equal variances not assumed			5,670	279,353	,000	,68884	,12149	,44969	,92799

a. grupul = astm bronsic

Group Statistics^a

	varsta	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
relatiile_mama	1	152	11,7237	2,69706	,21876
	2	116	11,0086	4,10195	,38086
relatiile_tata	1	152	4,2105	3,71079	,30098
	2	116	6,1207	3,53407	,32813
relatiile_mama_tata	1	152	4,5526	2,47582	,20082
	2	116	6,2414	1,40571	,13052
relatiile_sora_frate	1	152	6,2566	5,71335	,46341
	2	116	13,4741	3,93305	,36517
relatiile_prietenii	1	152	10,6250	3,79406	,30774
	2	116	15,4483	4,08251	,37905
curiozitatea	1	152	6,0461	2,12316	,17221
	2	116	4,6034	2,13818	,19853
tendinta_dominare	1	152	2,2303	,99316	,08056
	2	116	2,7241	1,04329	,09687
comunicabilitatea	1	152	3,3618	,69577	,05643
	2	116	3,2241	,74701	,06936
izolarea	1	152	10,5000	3,57882	,29028
	2	116	8,0862	2,47270	,22958
comportament_social _adecvat	1	152	8,5526	,94055	,07629
	2	116	8,5172	1,34800	,12516

a. grupul = mucoviscidoza

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
relatiile_mama	Equal variances assumed	18,269	,000	1,718	266	,087	,71506	,41633	-,10466	1,53479
	Equal variances not assumed			1,628	187,830	,105	,71506	,43921	-,15136	1,58149
relatiile_tata	Equal variances assumed	1,950	,164	-4,262	266	,000	-1,91016	,44820	-2,79264	-1,02769
	Equal variances not assumed			-4,290	253,341	,000	-1,91016	,44527	-2,78706	-1,03327
relatiile_mama_tata	Equal variances assumed	86,489	,000	-6,580	266	,000	-1,68875	,25666	-2,19409	-1,18341
	Equal variances not assumed			-7,051	247,521	,000	-1,68875	,23950	-2,16047	-1,21703
relatiile_sora_frate	Equal variances assumed	61,913	,000	-11,658	266	,000	-7,21756	,61911	-8,43654	-5,99857
	Equal variances not assumed			-12,233	263,397	,000	-7,21756	,59000	-8,37928	-6,05583
relatiile_prietenii	Equal variances assumed	,273	,602	-9,977	266	,000	-4,82328	,48345	-5,77516	-3,87139
	Equal variances not assumed			-9,879	237,860	,000	-4,82328	,48824	-5,78511	-3,86144
curiozitatea	Equal variances assumed	,399	,528	5,494	266	,000	1,44260	,26256	,92564	1,95956

	Equal variances not assumed			5,489	246,770	,000	1,44260	,26281	,92497	1,96024
tendinta_dominare	Equal variances assumed	1,174	,280	-3,946	266	,000	-,49387	,12515	-,74029	-,24746
	Equal variances not assumed			-3,920	241,205	,000	-,49387	,12599	-,74205	-,24570
comunicabilitatea	Equal variances assumed	,244	,621	1,555	266	,121	,13770	,08857	-,03667	,31208
	Equal variances not assumed			1,540	238,173	,125	,13770	,08942	-,03844	,31385
izolarea	Equal variances assumed	25,439	,000	6,218	266	,000	2,41379	,38819	1,64948	3,17811
	Equal variances not assumed			6,522	263,575	,000	2,41379	,37010	1,68507	3,14252
comportamentul_social_adekvat	Equal variances assumed	27,947	,000	,253	266	,800	,03539	,13991	-,24007	,31085
	Equal variances not assumed			,241	195,749	,809	,03539	,14658	-,25368	,32446

a. grupul = mucoviscidoza

Group Statistics^a

	varsta	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
relatiile_mama	1	52	10,2692	6,87455	,95333
	2	64	8,8125	4,45747	,55718
relatiile_tata	1	52	3,5385	1,44794	,20079
	2	64	5,2813	2,85895	,35737
relatiile_mama_tata	1	52	4,1923	3,07449	,42636
	2	64	5,5469	2,77706	,34713
relatiile_sora_frate	1	52	6,9423	5,99154	,83088
	2	64	7,9531	4,47366	,55921
relatiile_prietenii	1	52	13,1154	5,10921	,70852
	2	64	14,9844	3,94201	,49275
curiozitatea	1	52	4,9038	2,35363	,32639
	2	64	4,3750	1,66667	,20833
tendinta_dominare	1	52	2,4808	,98000	,13590
	2	64	3,0469	,91599	,11450
comunicabilitatea	1	52	3,0000	1,28338	,17797
	2	64	2,7031	1,07909	,13489
izolarea	1	52	10,4615	3,26876	,45329
	2	64	10,8438	2,19826	,27478
comportament_social_a decvat	1	52	6,5385	1,81995	,25238
	2	64	5,4375	1,31987	,16498

a. grupul = tuberculoza

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
relatiile_mama	Equal variances assumed	50,458	,000	1,377	114	,171	1,45673	1,05814	-,63944	3,55290
	Equal variances not assumed			1,319	83,871	,191	1,45673	1,10421	-,73917	3,65263
relatiile_tata	Equal variances assumed	23,605	,000	-3,997	114	,000	-1,74279	,43605	-2,60659	-,87899
	Equal variances not assumed			-4,252	97,102	,000	-1,74279	,40992	-2,55635	-,92923
relatiile_mama_tata	Equal variances assumed	,064	,800	-2,490	114	,014	-1,35457	,54401	-2,43225	-,27688
	Equal variances not assumed			-2,464	104,023	,015	-1,35457	,54980	-2,44484	-,26430
relatiile_sora_frate	Equal variances assumed	25,072	,000	-1,040	114	,301	-1,01082	,97226	-2,93686	,91522
	Equal variances not assumed			-1,009	92,331	,315	-1,01082	1,00153	-2,99986	,97822
relatiile_prietenii	Equal variances assumed	2,727	,101	-2,224	114	,028	-1,86899	,84046	-3,53394	-,20404
	Equal variances not assumed			-2,166	94,390	,033	-1,86899	,86302	-3,58245	-,15553
curiozitatea	Equal variances assumed	17,295	,000	1,414	114	,160	,52885	,37402	-,21208	1,26977

	Equal variances not assumed			1,366	89,056	,175	,52885	,38721	-,24053	1,29822
tendinta_dominare	Equal variances assumed	,016	,900	-3,208	114	,002	-,56611	,17646	-,91567	-,21654
	Equal variances not assumed			-3,186	105,903	,002	-,56611	,17771	-,91843	-,21378
comunicabilitate	Equal variances assumed	3,742	,056	1,353	114	,179	,29688	,21935	-,13765	,73140
	Equal variances not assumed			1,329	99,769	,187	,29688	,22331	-,14618	,73993
izolarea	Equal variances assumed	32,206	,000	-,750	114	,455	-,38221	,50960	-1,39173	,62731
	Equal variances not assumed			-,721	85,971	,473	-,38221	,53008	-1,43597	,67155
comportament_social_adecvat	Equal variances assumed	5,450	,021	3,772	114	,000	1,10096	,29190	,52271	1,67921
	Equal variances not assumed			3,651	90,520	,000	1,10096	,30152	,50198	1,69994

a. grupul = tuberculoza

Group Statistics^a

	varsta	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
relatiile_mama	1	210	13,1286	4,01047	,27675
	2	203	10,5025	3,75008	,26320
relatiile_tata	1	210	4,4095	3,48392	,24041
	2	203	6,5172	3,04804	,21393
relatiile_mama_tata	1	210	3,5762	2,40542	,16599
	2	203	5,2069	2,19056	,15375
relatiile_sora_frate	1	210	8,1667	4,88880	,33736
	2	203	10,6010	4,57213	,32090
relatiile_prietenii	1	210	11,6381	4,47988	,30914
	2	203	14,4926	3,32612	,23345
curiozitatea	1	210	6,2381	1,91705	,13229
	2	203	5,4828	1,92262	,13494
tendinta_dominare	1	210	2,3000	,93343	,06441
	2	203	2,3547	1,22366	,08588
comunicabilitatea	1	210	2,9714	,68416	,04721
	2	203	3,3251	,78520	,05511
izolarea	1	210	7,4571	3,65374	,25213
	2	203	6,5369	3,34965	,23510
comportament_social _adecvat	1	210	8,3714	1,33597	,09219
	2	203	8,0837	1,32302	,09286

a. grupul = copii sanatosi

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
relatiile_ma ma	Equal variances assumed	1,193	,275	6,868	411	,000	2,62611	,38236	1,87448	3,37773
	Equal variances not assumed			6,876	410,550	,000	2,62611	,38192	1,87534	3,37688
relatiile_tata	Equal variances assumed	7,152	,008	-6,535	411	,000	-2,10772	,32254	-2,74176	-1,47368
	Equal variances not assumed			-6,549	406,998	,000	-2,10772	,32181	-2,74034	-1,47509
relatiile_ma ma_tata	Equal variances assumed	2,967	,086	-7,196	411	,000	-1,63071	,22661	-2,07617	-1,18524
	Equal variances not assumed			-7,207	409,553	,000	-1,63071	,22625	-2,07547	-1,18594
relatiile_sor a_frate	Equal variances assumed	,097	,756	-5,222	411	,000	-2,43432	,46613	-3,35062	-1,51801
	Equal variances not assumed			-5,228	410,554	,000	-2,43432	,46561	-3,34959	-1,51905
relatiile_prie tenii	Equal variances assumed	4,351	,038	-7,333	411	,000	-2,85452	,38929	-3,61977	-2,08926
	Equal variances not assumed			-7,369	385,594	,000	-2,85452	,38738	-3,61616	-2,09287

curiozitatea	Equal variances assumed	1,330	,250	3,997	411	,000	,75534	,18896	,38389	1,12679
	Equal variances not assumed			3,997	410,442	,000	,75534	,18897	,38387	1,12681
tendinta_dominare	Equal variances assumed	35,950	,000	-,512	411	,609	-,05468	,10687	-,26477	,15541
	Equal variances not assumed			-,509	377,669	,611	-,05468	,10735	-,26577	,15641
comunicabilitatea	Equal variances assumed	29,112	,000	-4,885	411	,000	-,35369	,07240	-,49601	-,21138
	Equal variances not assumed			-4,874	399,386	,000	-,35369	,07257	-,49636	-,21103
izolarea	Equal variances assumed	6,255	,013	2,665	411	,008	,92020	,34524	,24153	1,59886
	Equal variances not assumed			2,669	409,857	,008	,92020	,34474	,24253	1,59787
comportament_social_adecvat	Equal variances assumed	,048	,827	2,198	411	,028	,28768	,13087	,03042	,54495
	Equal variances not assumed			2,199	410,759	,028	,28768	,13085	,03047	,54490

a. grupul = copii sanatosi

Anexa 9. Indicii obținuți la testul SAD

Test Statistics^{a,b}

	activism_psihic	interes	tonusul_emotional	tensiunea	confortul
Chi-Square	19,703	1,420	13,481	12,346	37,408
df	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,001	,922	,019	,030	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: grupul

Group Statistics

	varsta	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
activism_psihic	8-10	125	10,3040	4,74889	,42475
	13-15	125	9,4800	4,71716	,42192
interes	8-10	125	8,5920	4,56335	,40816
	13-15	125	9,0240	4,52317	,40456
tonusul_emotional	8-10	125	7,0720	4,11954	,36846
	13-15	125	7,0480	3,48234	,31147
tensiunea	8-10	125	13,1600	2,94410	,26333
	13-15	125	12,3840	3,27696	,29310
confortul	8-10	125	9,5120	4,23049	,37839
	13-15	125	8,2080	3,69021	,33006
grupul	8-10	125	3,29	1,813	,162

Test Statistics^{a,b}

	activism_psihic	interes	tonusul_emotional	tensiunea	confortul
Chi-Square	19,703	1,420	13,481	12,346	37,408
df	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,001	,922	,019	,030	,000

a. Kruskal Wallis Test

13-15	125	3,32	1,834	,164
-------	-----	------	-------	------

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
activism_psihic	Equal variances assumed	,012	,913	1,376	248	,170	,82400	,59869	-,35516	2,00316
	Equal variances not assumed			1,376	247,989	,170	,82400	,59869	-,35516	2,00316
interes	Equal variances assumed	,245	,621	-,752	248	,453	-,43200	,57469	-1,56389	,69989
	Equal variances not assumed			-,752	247,981	,453	-,43200	,57469	-1,56389	,69989
tonusul_emotional	Equal variances assumed	2,640	,106	,050	248	,960	,02400	,48247	-,92626	,97426
	Equal variances not assumed			,050	241,313	,960	,02400	,48247	-,92639	,97439
tensiunea	Equal variances assumed	2,227	,137	1,969	248	,050	,77600	,39402	-,00005	1,55205

	Equal variances not assumed			1,969	245,208	,050	,77600	,39402	-,00009	1,55209
confortul	Equal variances assumed	2,993	,085	2,597	248	,010	1,30400	,50211	,31505	2,29295
	Equal variances not assumed			2,597	243,510	,010	1,30400	,50211	,31496	2,29304
grupul	Equal variances assumed	,113	,737	-,139	248	,890	-,032	,231	-,486	,422
	Equal variances not assumed			-,139	247,967	,890	-,032	,231	-,486	,422

Anexa 10. Indicii obținuți la testul Fantalova

Test Statistics^{a,b}

	F1R	F2R	F3R	F4R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	5,015	46,496	2,642	,000	3,360	7,837	16,864	36,378	4,263	3,771	75,671	19,280
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,414	,000	,755	1,000	,645	,165	,005	,000	,512	,583	,000	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: grupul

Multivariate Tests^c

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept Pillai's Trace	,989	1895,007 ^a	11,000	234,000	,000
Wilks' Lambda	,011	1895,007 ^a	11,000	234,000	,000
Hotelling's Trace	89,082	1895,007 ^a	11,000	234,000	,000
Roy's Largest Root	89,082	1895,007 ^a	11,000	234,000	,000
grupul Pillai's Trace	,444	2,110	55,000	1190,000	,000
Wilks' Lambda	,571	2,541	55,000	1086,720	,000
Hotelling's Trace	,724	3,057	55,000	1162,000	,000
Roy's Largest Root	,685	14,823 ^b	11,000	238,000	,000

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

Test Statistics^{a,b}

	F1R	F2R	F3R	F4R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	5,015	46,496	2,642	,000	3,360	7,837	16,864	36,378	4,263	3,771	75,671	19,280
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,414	,000	,755	1,000	,645	,165	,005	,000	,512	,583	,000	,002

a. Kruskal Wallis Test

c. Design: Intercept + grupul

Multivariate Tests^b

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept Pillai's Trace	,988	1831,375 ^a	11,000	238,000	,000
Wilks' Lambda	,012	1831,375 ^a	11,000	238,000	,000
Hotelling's Trace	84,643	1831,375 ^a	11,000	238,000	,000
Roy's Largest Root	84,643	1831,375 ^a	11,000	238,000	,000
varsta Pillai's Trace	,050	1,147 ^a	11,000	238,000	,326
Wilks' Lambda	,950	1,147 ^a	11,000	238,000	,326
Hotelling's Trace	,053	1,147 ^a	11,000	238,000	,326
Roy's Largest Root	,053	1,147 ^a	11,000	238,000	,326

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + varsta

Test Statistics

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	90,000 ^a	40,000 ^a	163,216 ^a	26,896 ^a	4,624 ^a	163,216 ^a	110,224 ^a	107,584 ^a	,784 ^a	44,944 ^a	160,000 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,032	,000	,000	,000	,376	,000	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 125,0.

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	22,154 ^a	15,385 ^a	22,154 ^a	3,846 ^a	,615 ^a	22,154 ^a	22,154 ^a	12,462 ^a	2,462 ^a	15,385 ^a	22,154 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,050	,433	,000	,000	,000	,117	,000	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13,0.

b. varsta = 8-10, grupul = bronsita cronica

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	18,615 ^a	9,846 ^a	12,462 ^a	2,462 ^a	,615 ^a	22,154 ^a	18,615 ^a	15,385 ^a	,154 ^a	15,385 ^a	22,154 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,002	,000	,117	,433	,000	,000	,000	,695	,000	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13,0.

b. varsta = 8-10, grupul = pneumonie cronica

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	7,200 ^a	1,800 ^a	16,200 ^a	,000 ^a	,800 ^a	9,800 ^a	9,800 ^a	9,800 ^a	,200 ^a	,200 ^a	12,800 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,007	,180	,000	1,000	,371	,002	,002	,002	,655	,655	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 10,0.

b. varsta = 8-10, grupul = astm bronsic

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	5,556 ^a	,000 ^a	8,000 ^a	,222 ^a	2,000 ^a	5,556 ^a	,889 ^a	5,556 ^a	,222 ^a	,222 ^a	2,000 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,018	1,000	,005	,637	,157	,018	,346	,018	,637	,637	,157

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 9,0.

b. varsta = 8-10, grupul = mucoviscidoza

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R
Chi-Square	2,778 ^a	1,000 ^a	,111 ^a	2,778 ^a	5,444 ^a	,111 ^a	5,444 ^a	,111 ^a	2,778 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,096	,317	,739	,096	,020	,739	,020	,739	,096

a. 2 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 4,5.

Test Statistics^{a,b}

	F1R	F2R	F3R	F4R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	5,015	46,496	2,642	,000	3,360	7,837	16,864	36,378	4,263	3,771	75,671	19,280
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,414	,000	,755	1,000	,645	,165	,005	,000	,512	,583	,000	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. varsta = 8-10, grupul = tuberculoza

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F9R	F10R
Chi-Square	9,846 ^a	18,615 ^a	18,615 ^a	3,846 ^a	1,385 ^a	12,462 ^a	3,846 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,002	,000	,000	,050	,239	,000	,050

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13,0.

b. varsta = 8-10, grupul = copii sanatosi

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	9,846 ^a	2,462 ^a	9,846 ^a	3,846 ^a	,615 ^a	18,615 ^a	9,846 ^a	9,846 ^a	,000 ^a	5,538 ^a	15,385 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,002	,117	,002	,050	,433	,000	,002	,002	1,000	,019	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13,0.

Test Statistics^{a,b}

	F1R	F2R	F3R	F4R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	5,015	46,496	2,642	,000	3,360	7,837	16,864	36,378	4,263	3,771	75,671	19,280
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,414	,000	,755	1,000	,645	,165	,005	,000	,512	,583	,000	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. varsta = 13-15, grupul = bronsita cronica

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	2,462 ^a	7,538 ^a	22,154 ^a	3,846 ^a	,615 ^a	15,385 ^a	15,385 ^a	9,846 ^a	,000 ^a	9,846 ^a	18,615 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,117	,006	,000	,050	,433	,000	,000	,002	1,000	,002	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13,0.

b. varsta = 13-15, grupul = pneumonie cronica

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	12,800 ^a	,800 ^a	12,800 ^a	7,200 ^a	,800 ^a	12,800 ^a	3,200 ^a	5,000 ^a	,000 ^a	1,800 ^a	9,800 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,371	,000	,007	,371	,000	,074	,025	1,000	,180	,002

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 10,0.

Test Statistics^{a,b}

	F1R	F2R	F3R	F4R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	5,015	46,496	2,642	,000	3,360	7,837	16,864	36,378	4,263	3,771	75,671	19,280
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,414	,000	,755	1,000	,645	,165	,005	,000	,512	,583	,000	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. varsta = 13-15, grupul = astm bronic

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	2,571 ^a	4,571 ^a	7,143 ^a	1,143 ^a	4,571 ^a	4,571 ^a	,286 ^a	2,571 ^a	,286 ^a	7,143 ^a	7,143 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,109	,033	,008	,285	,033	,033	,593	,109	,593	,008	,008

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 7,0.

b. varsta = 13-15, grupul = mucoviscidoza

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	1,923 ^a	,692 ^a	6,231 ^a	,692 ^a	1,923 ^a	1,923 ^a	,692 ^a	1,923 ^a	,692 ^a	1,923 ^a	,692 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,166	,405	,013	,405	,166	,166	,405	,166	,405	,166	,405

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 6,5.

Test Statistics^{a,b}

	F1R	F2R	F3R	F4R	F5R	F6R	F7R	F8R	F9R	F10R	F11R	F12R
Chi-Square	5,015	46,496	2,642	,000	3,360	7,837	16,864	36,378	4,263	3,771	75,671	19,280
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,414	,000	,755	1,000	,645	,165	,005	,000	,512	,583	,000	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. varsta = 13-15, grupul = tuberculoza

Test Statistics^b

	F1R	F2R	F3R	F5R	F6R	F9R	F10R
Chi-Square	3,846 ^a	22,154 ^a	22,154 ^a	7,538 ^a	,615 ^a	22,154 ^a	,000 ^a
df	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,050	,000	,000	,006	,433	,000	1,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13,0.

b. varsta = 13-15, grupul = copii sanatosi

Anexa 11. Indicii obținuți la regresia multiplă stepwise

Model Summary^h

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,292 ^a	,086	,084	9,14362	,086	59,674	1	638	,000
2	,418 ^b	,174	,172	8,69503	,089	68,530	1	637	,000
3	,447 ^c	,200	,196	8,56474	,026	20,527	1	636	,000
4	,471 ^d	,222	,217	8,45346	,022	17,855	1	635	,000
5	,489 ^e	,239	,233	8,36694	,017	14,201	1	634	,000
6	,495 ^f	,245	,237	8,34308	,006	4,632	1	633	,032
7	,501 ^g	,251	,243	8,31484	,006	5,306	1	632	,022

a. Predictors: (Constant), sociabilitate

b. Predictors: (Constant), sociabilitate, comunicabilitatea

c. Predictors: (Constant), sociabilitate, comunicabilitatea, tendinta_de_izolare

d. Predictors: (Constant), sociabilitate, comunicabilitatea, tendinta_de_izolare, frustrare

e. Predictors: (Constant), sociabilitate, comunicabilitatea, tendinta_de_izolare, frustrare, tonusul_emotional

f. Predictors: (Constant), sociabilitate, comunicabilitatea, tendinta_de_izolare, frustrare, tonusul_emotional, anxietate_reactiva

g. Predictors: (Constant), sociabilitate, comunicabilitatea, tendinta_de_izolare, frustrare, tonusul_emotional, anxietate_reactiva, anxietate

h. grupul = 1

ANOVA^{h,i}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4989,079	1	4989,079	59,674	,000 ^a
	Residual	53340,521	638	83,606		
	Total	58329,600	639			
2	Regression	10170,167	2	5085,083	67,260	,000 ^b
	Residual	48159,433	637	75,604		
	Total	58329,600	639			
3	Regression	11675,943	3	3891,981	53,057	,000 ^c
	Residual	46653,657	636	73,355		
	Total	58329,600	639			
4	Regression	12951,867	4	3237,967	45,311	,000 ^d
	Residual	45377,733	635	71,461		
	Total	58329,600	639			
5	Regression	13946,011	5	2789,202	39,843	,000 ^e
	Residual	44383,589	634	70,006		

	Total	58329,600	639			
6	Regression	14268,401	6	2378,067	34,164	,000 ^f
	Residual	44061,199	633	69,607		
	Total	58329,600	639			
7	Regression	14635,241	7	2090,749	30,241	,000 ^g
	Residual	43694,359	632	69,137		
	Total	58329,600	639			

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	65,516	1,026		63,866	,000
	sociabilitate	-1,318	,171	-,292	-7,725	,000
2	(Constant)	78,002	1,796		43,426	,000
	sociabilitate	-1,501	,164	-,333	-9,162	,000
	comunicabilitatea	-3,789	,458	-,301	-8,278	,000
3	(Constant)	72,116	2,195		32,856	,000
	sociabilitate	-1,231	,172	-,273	-7,163	,000
	comunicabilitatea	-4,166	,458	-,331	-9,088	,000
	tendinta_de_izolare	,533	,118	,175	4,531	,000
4	(Constant)	68,986	2,290		30,130	,000
	sociabilitate	-1,631	,194	-,362	-8,396	,000
	comunicabilitatea	-4,324	,454	-,343	-9,525	,000
	tendinta_de_izolare	,589	,117	,194	5,040	,000
	frustrare	,861	,204	,176	4,225	,000
5	(Constant)	71,123	2,336		30,446	,000
	sociabilitate	-1,827	,199	-,405	-9,173	,000
	comunicabilitatea	-4,220	,450	-,335	-9,373	,000
	tendinta_de_izolare	,564	,116	,186	4,869	,000
	frustrare	,999	,205	,204	4,874	,000
	tonusul_emotional	-,268	,071	-,136	-3,768	,000
6	(Constant)	77,506	3,771		20,553	,000
	sociabilitate	-1,879	,200	-,417	-9,392	,000
	comunicabilitatea	-4,357	,453	-,346	-9,609	,000
	tendinta_de_izolare	,535	,116	,176	4,601	,000
	frustrare	1,072	,207	,219	5,174	,000
	tonusul_emotional	-,299	,072	-,152	-4,130	,000

	anxietate_reactiva	-,141	,066	-,078	-2,152	,032
7	(Constant)	80,089	3,922		20,420	,000
	sociabilitate	-1,741	,208	-,386	-8,362	,000
	comunicabilitatea	-4,058	,470	-,322	-8,634	,000
	tendinta_de_izolare	,652	,126	,215	5,153	,000
	frustrare	,948	,213	,194	4,441	,000
	tonusul_emotional	-,306	,072	-,155	-4,236	,000
	anxietate_reactiva	-,189	,069	-,105	-2,759	,006
	anxietate	-,450	,195	-,102	-2,303	,022

a. grupul = 1

b. Dependent Variable: autoaprecierea

Excluded Variables^{h,i}

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics Tolerance
1	instabilitate_emotionala	,045 ^a	1,164	,245	,046	,978
	lipsa_concentrarii	,099 ^a	2,597	,010	,102	,974
	sensibilitate	,019 ^a	,507	,612	,020	,987
	anxietate	-,114 ^a	-3,018	,003	-,119	1,000
	frustrare	,130 ^a	2,919	,004	,115	,717
	anxietate_reactiva	,002 ^a	,058	,954	,002	,997
	anxietate_stabila	,004 ^a	,102	,919	,004	,983
	tonusul_emotional	-,135 ^a	-3,529	,000	-,138	,961
	tensiunea	-,122 ^a	-3,056	,002	-,120	,887
	comunicabilitatea	-,301 ^a	-8,278	,000	-,312	,982
	tendinta_de_izolare	,111 ^a	2,755	,006	,109	,868
2	instabilitate_emotionala	,001 ^b	,031	,975	,001	,958
	lipsa_concentrarii	,034 ^b	,918	,359	,036	,927
	sensibilitate	-,024 ^b	-,662	,508	-,026	,966
	anxietate	-,020 ^b	-,516	,606	-,020	,896
	frustrare	,152 ^b	3,609	,000	,142	,715
	anxietate_reactiva	-,047 ^b	-1,287	,199	-,051	,971
	anxietate_stabila	,003 ^b	,095	,924	,004	,983
	tonusul_emotional	-,117 ^b	-3,191	,001	-,126	,958
	tensiunea	-,105 ^b	-2,744	,006	-,108	,884
	tendinta_de_izolare	,175 ^b	4,531	,000	,177	,839
3	instabilitate_emotionala	,071 ^c	1,816	,070	,072	,830
	lipsa_concentrarii	,099 ^c	2,545	,011	,100	,830

	sensibilitate	,046 ^c	1,177	,240	,047	,821
	anxietate	-,112 ^c	-2,725	,007	-,108	,734
	frustrare	,176 ^c	4,225	,000	,165	,705
	anxietate_reactiva	-,028 ^c	-,783	,434	-,031	,958
	anxietate_stabila	,013 ^c	,368	,713	,015	,980
	tonusul_emotional	-,105 ^c	-2,893	,004	-,114	,952
	tensiunea	-,090 ^c	-2,389	,017	-,094	,878
4	instabilitate_emotionala	,009 ^d	,228	,820	,009	,707
	lipsa_concentrarii	,025 ^d	,564	,573	,022	,629
	sensibilitate	,004 ^d	,092	,927	,004	,765
	anxietate	-,068 ^d	-1,591	,112	-,063	,672
	anxietate_reactiva	-,048 ^d	-1,345	,179	-,053	,942
	anxietate_stabila	-,035 ^d	-,948	,344	-,038	,890
	tonusul_emotional	-,136 ^d	-3,768	,000	-,148	,922
	tensiunea	-,072 ^d	-1,903	,057	-,075	,864
5	instabilitate_emotionala	,036 ^e	,867	,386	,034	,688
	lipsa_concentrarii	,001 ^e	,026	,979	,001	,616
	sensibilitate	-,016 ^e	-,409	,683	-,016	,752
	anxietate	-,065 ^e	-1,527	,127	-,061	,672
	anxietate_reactiva	-,078 ^e	-2,152	,032	-,085	,905
	anxietate_stabila	-,035 ^e	-,942	,347	-,037	,890
	tensiunea	-,036 ^e	-,941	,347	-,037	,802
6	instabilitate_emotionala	,085 ^f	1,884	,060	,075	,579
	lipsa_concentrarii	,045 ^f	,942	,347	,037	,522
	sensibilitate	,017 ^f	,392	,695	,016	,654
	anxietate	-,102 ^f	-2,303	,022	-,091	,609
	anxietate_stabila	,016 ^f	,356	,722	,014	,596
	tensiunea	-,019 ^f	-,489	,625	-,019	,764
7	instabilitate_emotionala	,010 ^g	,145	,885	,006	,227
	lipsa_concentrarii	-,073 ^g	-1,053	,293	-,042	,248
	sensibilitate	-,061 ^g	-1,161	,246	-,046	,433
	anxietate_stabila	,010 ^g	,217	,829	,009	,594
	tensiunea	,000 ^g	,008	,993	,000	,728

					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,327 ^a	,107	,105	12,75129	,107	60,890	1	510	,000

2	,386 ^b	,149	,145	12,45891	,042	25,217	1	509	,000
3	,429 ^c	,184	,180	12,20751	,036	22,181	1	508	,000
4	,451 ^d	,203	,197	12,07952	,019	11,822	1	507	,001
5	,481 ^e	,231	,223	11,87740	,028	18,402	1	506	,000
6	,517 ^f	,268	,259	11,60323	,037	25,195	1	505	,000
7	,546 ^g	,298	,289	11,36745	,031	22,166	1	504	,000
8	,554 ^h	,307	,295	11,31271	,008	5,890	1	503	,016

a. Predictors: (Constant), anxietate_reactiva

b. Predictors: (Constant), anxietate_reactiva, tendinta_de_izolare

c. Predictors: (Constant), anxietate_reactiva, tendinta_de_izolare, frustrare

d. Predictors: (Constant), anxietate_reactiva, tendinta_de_izolare, frustrare, anxietate

e. Predictors: (Constant), anxietate_reactiva, tendinta_de_izolare, frustrare, anxietate, tensiunea

f. Predictors: (Constant), anxietate_reactiva, tendinta_de_izolare, frustrare, anxietate, tensiunea, anxietate_stabila

g. Predictors: (Constant), anxietate_reactiva, tendinta_de_izolare, frustrare, anxietate, tensiunea, anxietate_stabila, sociabilitate

h. Predictors: (Constant), anxietate_reactiva, tendinta_de_izolare, frustrare, anxietate, tensiunea, anxietate_stabila, sociabilitate, instabilitate_emotionala

i. grupul = 2

ANOVA^{ij}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9900,394	1	9900,394	60,890	,000 ^a
	Residual	82923,606	510	162,595		
	Total	92824,000	511			
2	Regression	13814,762	2	6907,381	44,499	,000 ^b
	Residual	79009,238	509	155,224		
	Total	92824,000	511			
3	Regression	17120,210	3	5706,737	38,294	,000 ^c
	Residual	75703,790	508	149,023		
	Total	92824,000	511			
4	Regression	18845,204	4	4711,301	32,288	,000 ^d
	Residual	73978,796	507	145,915		
	Total	92824,000	511			
5	Regression	21441,272	5	4288,254	30,398	,000 ^e
	Residual	71382,728	506	141,073		
	Total	92824,000	511			
6	Regression	24833,381	6	4138,897	30,742	,000 ^f
	Residual	67990,619	505	134,635		

	Total	92824,000	511			
7	Regression	27697,612	7	3956,802	30,621	,000 ^g
	Residual	65126,388	504	129,219		
	Total	92824,000	511			
8	Regression	28451,415	8	3556,427	27,790	,000 ^h
	Residual	64372,585	503	127,977		
	Total	92824,000	511			

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	32,018	2,826		11,331	,000
	anxietate_reactiva	,656	,084	,327	7,803	,000
2	(Constant)	25,907	3,017		8,587	,000
	anxietate_reactiva	,595	,083	,296	7,167	,000
	tendinta_de_izolare	,860	,171	,208	5,022	,000
3	(Constant)	17,204	3,486		4,935	,000
	anxietate_reactiva	,558	,082	,278	6,822	,000
	tendinta_de_izolare	1,071	,174	,259	6,166	,000
	frustrare	1,367	,290	,196	4,710	,000
4	(Constant)	9,928	4,047		2,453	,014
	anxietate_reactiva	,510	,082	,254	6,208	,000
	tendinta_de_izolare	,972	,174	,235	5,575	,000
	frustrare	1,902	,327	,272	5,823	,000
	anxietate	1,108	,322	,163	3,438	,001
5	(Constant)	-,101	4,615		-,022	,983
	anxietate_reactiva	,436	,083	,217	5,282	,000
	tendinta_de_izolare	,895	,172	,216	5,192	,000
	frustrare	1,958	,321	,280	6,091	,000
	anxietate	1,503	,330	,221	4,554	,000
	tensiunea	,780	,182	,178	4,290	,000
6	(Constant)	23,355	6,494		3,597	,000
	anxietate_reactiva	,666	,093	,332	7,182	,000

	tendinta_de_izolare	,623	,177	,150	3,523	,000
	frustrare	2,503	,332	,358	7,534	,000
	anxietate	2,225	,353	,327	6,301	,000
	tensiunea	1,068	,187	,244	5,723	,000
	anxietate_stabila	-,901	,180	-,261	-5,019	,000
7	(Constant)	23,295	6,362		3,662	,000
	anxietate_reactiva	,828	,097	,412	8,524	,000
	tendinta_de_izolare	,592	,173	,143	3,414	,001
	frustrare	2,159	,334	,309	6,469	,000
	anxietate	2,051	,348	,301	5,895	,000
	tensiunea	1,395	,196	,318	7,132	,000
	anxietate_stabila	-1,186	,186	-,343	-6,376	,000
	sociabilitate	1,153	,245	,212	4,708	,000
8	(Constant)	31,715	7,219		4,393	,000
	anxietate_reactiva	,858	,098	,427	8,804	,000
	tendinta_de_izolare	,607	,173	,147	3,516	,000
	frustrare	2,572	,373	,368	6,891	,000
	anxietate	2,462	,385	,361	6,387	,000
	tensiunea	1,520	,201	,347	7,549	,000
	anxietate_stabila	-1,452	,215	-,420	-6,749	,000
	sociabilitate	1,079	,246	,198	4,392	,000
	instabilitate_emotionala	-,792	,326	-,115	-2,427	,016

a. grupul = 2

b. Dependent Variable: autoaprecierea

Excluded Variables^{ij}

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	sociabilitate	,115 ^a	2,699	,007	,119	,958
	instabilitate_emotionala	,124 ^a	2,981	,003	,131	,998
	lipsa_concentrarii	,046 ^a	1,099	,272	,049	,995
	sensibilitate	,074 ^a	1,763	,079	,078	1,000
	anxietate	,085 ^a	2,018	,044	,089	,980

	frustrare	,130 ^a	3,117	,002	,137	,997
	anxietate_stabila	-,113 ^a	-2,305	,022	-,102	,729
	tonusul_emotional	-,084 ^a	-1,949	,052	-,086	,941
	tensiunea	,150 ^a	3,570	,000	,156	,970
	comunicabilitatea	,011 ^a	,270	,787	,012	,993
	tendinta_de_izolare	,208 ^a	5,022	,000	,217	,979
2	sociabilitate	,134 ^b	3,219	,001	,141	,951
	instabilitate_emotionala	,087 ^b	2,085	,038	,092	,959
	lipsa_concentrarii	,004 ^b	,102	,919	,005	,954
	sensibilitate	,088 ^b	2,145	,032	,095	,996
	anxietate	,031 ^b	,731	,465	,032	,909
	frustrare	,196 ^b	4,710	,000	,205	,930
	anxietate_stabila	-,057 ^b	-1,147	,252	-,051	,684
	tonusul_emotional	-,101 ^b	-2,393	,017	-,106	,935
	tensiunea	,144 ^b	3,510	,000	,154	,969
	comunicabilitatea	,063 ^b	1,496	,135	,066	,938
3	sociabilitate	,101 ^c	2,422	,016	,107	,918
	instabilitate_emotionala	,054 ^c	1,308	,191	,058	,929
	lipsa_concentrarii	,070 ^c	1,628	,104	,072	,864
	sensibilitate	-,015 ^c	-,316	,752	-,014	,726
	anxietate	,163 ^c	3,438	,001	,151	,702
	anxietate_stabila	-,095 ^c	-1,944	,052	-,086	,667
	tonusul_emotional	-,051 ^c	-1,194	,233	-,053	,866
	tensiunea	,125 ^c	3,086	,002	,136	,958
	comunicabilitatea	,006 ^c	,135	,893	,006	,856
4	sociabilitate	,062 ^d	1,424	,155	,063	,826
	instabilitate_emotionala	,033 ^d	,780	,436	,035	,905
	lipsa_concentrarii	-,011 ^d	-,225	,822	-,010	,618
	sensibilitate	,153 ^d	2,520	,012	,111	,421
	anxietate_stabila	-,169 ^d	-3,322	,001	-,146	,594
	tonusul_emotional	-,069 ^d	-1,614	,107	-,072	,854
	tensiunea	,178 ^d	4,290	,000	,187	,884
	comunicabilitatea	,098 ^d	2,016	,044	,089	,663
5	sociabilitate	,119 ^e	2,684	,008	,119	,769

	instabilitate_emotionala	,014 ^e	,337	,736	,015	,895
	lipsa_concentrarii	-,073 ^e	-1,415	,158	-,063	,575
	sensibilitate	,142 ^e	2,365	,018	,105	,420
	anxietate_stabila	-,261 ^e	-5,019	,000	-,218	,537
	tonusul_emotional	-,161 ^e	-3,578	,000	-,157	,731
	comunicabilitatea	,064 ^e	1,323	,187	,059	,643
6	sociabilitate	,212 ^f	4,708	,000	,205	,688
	instabilitate_emotionala	-,141 ^f	-2,944	,003	-,130	,621
	lipsa_concentrarii	-,086 ^f	-1,711	,088	-,076	,573
	sensibilitate	,153 ^f	2,612	,009	,116	,420
	tonusul_emotional	-,114 ^f	-2,502	,013	-,111	,689
	comunicabilitatea	,009 ^f	,177	,860	,008	,607
7	instabilitate_emotionala	-,115 ^g	-2,427	,016	-,108	,611
	lipsa_concentrarii	-,047 ^g	-,935	,350	-,042	,556
	sensibilitate	,076 ^g	1,250	,212	,056	,379
	tonusul_emotional	-,089 ^g	-1,981	,048	-,088	,678
	comunicabilitatea	-,043 ^g	-,869	,385	-,039	,578
8	lipsa_concentrarii	-,014 ^h	-,260	,795	-,012	,511
	sensibilitate	,085 ^h	1,407	,160	,063	,378
	tonusul_emotional	-,078 ^h	-1,720	,086	-,077	,669
	comunicabilitatea	,005 ^h	,089	,929	,004	,489

Anexa 12. Indicii obținuți la testul ARI

Descriptive Statistics^a

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
hiperprotecție	38	2,00	9,00	5,8421	1,76339
hipoprotecție	38	,00	6,00	2,5263	1,58944
indulgență	38	1,00	6,00	3,2105	1,47333
ignorare	38	,00	5,00	1,7895	1,54496
cerințe_excesive	38	,00	4,00	1,9474	1,29338
lipsa_cerințelor	38	,00	4,00	1,6053	1,22009
interdicții_excesive	38	1,00	3,00	1,7368	,72351
lipsa_restricțiilor	38	1,00	4,00	2,5000	1,10893
sancțiuni_excesive	38	,00	5,00	2,0263	1,36534
sancțiuni_minime	38	,00	5,00	3,3684	1,53202
stil_instabil_educăționale	38	1,00	5,00	2,6579	1,23630
DSP	38	,00	6,00	2,3684	1,36404
PCC	38	,00	3,00	1,3947	,59455
IE	38	,00	5,00	2,6842	1,29667
FP	38	1,00	5,00	2,5263	1,15634
SSP	38	,00	4,00	1,7895	1,25543
PTN	38	1,00	3,00	1,4737	,60345
EC	38	,00	2,00	,8947	,68928
PCF	38	,00	4,00	1,7632	,97077
PCM	38	,00	3,00	,7632	,78617
Valid N (listwise)	38				

a. tipul_maladiiei = bronșită cronică

Descriptive Statistics^a

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
hiperprotecție	38	2,00	9,00	6,2895	1,94391
hipoprotecție	38	,00	6,00	2,2105	1,69511
indulgență	38	,00	6,00	2,6053	1,66911
ignorare	38	,00	5,00	1,9474	1,48774

cerințe_excesive	38	,00	4,00	1,9737	1,28372
lipsa_cerințelor	38	,00	3,00	1,1316	,87522
interdicții_excesive	38	1,00	4,00	1,8684	,96341
lipsa_restricțiilor	38	,00	4,00	2,0789	1,17131
sanctiuni_excesive	38	,00	5,00	1,9211	1,28150
sanctiuni_minime	38	,00	5,00	3,4211	1,48199
stil_instabil_educatie	38	,00	5,00	1,9737	1,30460
DSP	38	,00	6,00	2,9474	1,82989
PCC	38	,00	3,00	1,3421	,74530
IE	38	,00	5,00	2,7105	1,31330
FP	38	1,00	6,00	3,9474	1,20690
SSP	38	,00	4,00	1,7895	1,25543
PTN	38	,00	3,00	1,2105	,77661
EC	38	,00	4,00	1,1579	1,05334
PCF	38	,00	4,00	2,2368	1,19536
PCM	38	,00	3,00	,8947	,89411
Valid N (listwise)	38				

a. tipul_maladiiei = pneumonie cronică

Descriptive Statistics^a

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
hiperprotecție	35	3,00	9,00	6,9143	1,85300
hipoprotecție	35	,00	6,00	1,9143	1,73835
indulgență	35	1,00	6,00	3,2571	1,66879
ignorare	35	,00	3,00	1,2286	1,11370
cerințe_excesive	35	,00	4,00	1,6571	1,05560
lipsa_cerințelor	35	,00	3,00	1,4000	,73565
interdicții_excesive	35	1,00	4,00	1,7714	,80753
lipsa_restricțiilor	35	,00	4,00	1,5714	,97877
sanctiuni_excesive	35	,00	4,00	1,9429	1,08310
sanctiuni_minime	35	1,00	5,00	3,4286	1,26690
stil_instabil_educati e	35	,00	4,00	1,5143	,95090
DSP	35	,00	6,00	2,7143	1,85617
PCC	35	,00	3,00	1,0286	,78537
IE	35	1,00	5,00	2,8286	1,12422

FP	35	3,00	6,00	4,5714	,81478
SSP	35	,00	4,00	1,4571	1,19663
PTN	35	,00	3,00	1,2286	,94202
EC	35	,00	2,00	,4857	,61220
PCF	35	,00	4,00	2,1714	1,17538
PCM	35	,00	2,00	,5714	,60807
Valid N (listwise)	35				

a. tipul_maladiei = astm bronșic

Descriptive Statistics^a

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
hiperprotecție	24	4,00	9,00	6,7917	1,74404
hipoprotecție	24	,00	6,00	2,3333	1,80980
indulgență	24	2,00	6,00	4,4583	1,28466
ignorare	24	,00	3,00	1,2083	,88363
cerințe_excesive	24	,00	4,00	1,7917	1,02062
lipsa_cerințelor	24	,00	4,00	1,9583	1,08264
interdicții_excesive	24	1,00	4,00	1,7917	,83297
lipsa_restricțiilor	24	,00	4,00	1,6250	1,01350
sancțiuni_excesive	24	,00	3,00	1,2500	,84699
sancțiuni_minime	24	1,00	5,00	3,7917	1,10253
stil_instabil_educăție	24	1,00	5,00	2,5000	1,14208
DSP	24	1,00	6,00	3,3750	1,68916
PCC	24	,00	3,00	1,3750	,64690
IE	24	1,00	5,00	3,5000	1,28537
FP	24	3,00	6,00	4,7500	,94409
SSP	24	1,00	6,00	2,8333	1,34056
PTN	24	1,00	3,00	1,6250	,64690
EC	24	1,00	2,00	1,2083	,41485
PCF	24	,00	4,00	2,5417	1,06237
PCM	24	,00	2,00	,7083	,55003
Valid N (listwise)	24				

a. tipul_maladiei = mucoviscidoză

Descriptive Statistics^a

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
hiperprotecție	11	2,00	8,00	5,6364	1,74773
hipoprotecție	11	1,00	6,00	2,5455	1,50756
indulgență	11	,00	4,00	1,8182	1,40130
ignorare	11	1,00	5,00	2,8182	1,47093
cerințe_excesive	11	,00	4,00	2,4545	1,21356
lipsa_cerințelor	11	,00	3,00	,8182	,98165
interdicții_excesive	11	1,00	4,00	2,0000	1,18322
lipsa_restricțiilor	11	1,00	4,00	2,7273	1,00905
sancțiuni_excesive	11	1,00	5,00	2,5455	1,57249
sancțiuni_minime	11	,00	5,00	2,8182	1,72152
stil_instabil_educăț e	11	,00	5,00	2,2727	1,55505
DSP	11	1,00	6,00	3,4545	1,86353
PCC	11	,00	2,00	1,5455	,68755
IE	11	,00	5,00	2,2727	1,55505
FP	11	1,00	5,00	3,2727	1,42063
SSP	11	1,00	4,00	2,3636	1,20605
PTN	11	,00	3,00	1,2727	,78625
EC	11	1,00	4,00	1,9091	,94388
PCF	11	,00	4,00	2,2727	1,34840
PCM	11	,00	4,00	1,2727	1,48936
Valid N (listwise)	11				

a. tipul_maladiiei = tuberculoză

Descriptive Statistics^a

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
hiperprotecție	38	2,00	9,00	6,0789	1,80662
hipoprotecție	38	,00	6,00	2,2632	1,53666
indulgență	38	1,00	6,00	3,3421	1,68100
ignorare	38	,00	5,00	1,5526	1,53689
cerințe_excesive	38	,00	4,00	1,7632	1,26136
lipsa_cerințelor	38	,00	4,00	1,7895	1,16614
interdicții_excesive	38	1,00	3,00	1,8158	,76601
lipsa_restricțiilor	38	1,00	4,00	2,3421	1,09733

sanctiuni_excesive	38	,00	5,00	2,0000	1,31519
sanctiuni_minime	38	,00	5,00	3,3158	1,49061
stil_instabil_educati e	38	1,00	5,00	2,5789	1,22213
DSP	38	,00	6,00	2,3421	1,32086
PCC	38	,00	3,00	1,4474	,64504
IE	38	,00	5,00	2,7368	1,17828
FP	38	1,00	5,00	2,4211	1,10604
SSP	38	,00	4,00	1,6053	1,26362
PTN	38	1,00	3,00	1,5000	,64724
EC	38	,00	2,00	,7368	,68514
PCF	38	,00	4,00	1,6842	,90360
PCM	38	,00	3,00	,8684	,84377
Valid N (listwise)	38				

a. tipul_maladie = copii sănătoși

Test Statistics^{a,b}

	hiper protec ție	hipopr otecție	indulg ență	ignor are	cerinț e_exc esive	lipsa_ cerinț elor	interdi cții_e xcesiv e	lipsa_ restric țiilor	sancti uni_e xcesiv e	sancti uni_m inime	stil_in stabil_ educaț ie	DSP	PCC	IE	FP	SSP	PTN	EC	PC F	PCM
Chi-Square	17,532	3,585	25,407	12,951	4,610	16,441	,303	20,092	8,906	2,701	23,924	8,607	8,713	8,999	83,602	18,172	7,498	32,374	14,437	3,462
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,001	,611	,000	,064	,465	,006	,998	,001	,113	,746	,000	,126	,121	,109	,000	,003	,186	,000	,013	,629

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: tipul_maladiei

Anexa 13. Programul de suport psihologic în cadrul maladiilor respiratorii cronice la copii.

Scopul programului de suport psihologic a vizat următoarele aspecte: preîntâmpinarea apariției proceselor de dezadaptare, mărirea perioadelor de remisie, profilaxia patologiilor psiho-nervoase, pregătirea copilului pentru depășirea situațiilor stresante.

Programul a urmărit realizarea următoarelor sarcini:

1. Dezvoltarea capacităților de adaptare la condițiile mereu în schimbare ale vieții și activității copiilor prin:
 - Exerciții ce dezvoltă capacitățile de comunicare ale copiilor,
 - Tehnici de relaxare ce ar diminua contractiile musculare,
 - Tehnici de sensibilizare,
 - Exerciții de cunoaștere și autocunoaștere, petrecute atât individual, cât și în grup,
 - Tehnici de dezvoltare a autocunoașterii, autoaprecierii, comunicare și rezistență la situații stresante.
2. Menținerea unui climat social adecvat prin:
 - Diferite lecții, seminare, mese rotunde cu părinții copiilor bolnavi cu maladii respiratorii cronice,
 - Consiliere individuală atât a părinților cât și a copiilor,
 - Activități de psihoprofilaxie adresate părinților, cât și copiilor.
3. Formarea unui stil de viață la copil ce ar include și complianța la tratamentul medicamentos prin:
 - Informații adresate copiilor vizavi de maladie, metode de tratament,
 - Tehnici din terapia rațională și cognitivă,
 - Lucrul în grup și individual.
4. Intervenția pentru a diminua unele aspecte distructive ale personalității copilului bolnav (fobii, anxietate, stări de frustrare, somn etc.) prin:
 - Tehnici proiective, desen,
 - Tehnici de relaxare, desensibilizare sistemică,
 - Tehnici asertive, de conștientizare corporală etc..

Programul trainingului a fost axat pe trei direcții de bază:

1. Cunoașterea de sine a copiilor (propriile necesități, trebuințe, interese etc.);
2. Conștientizarea relațiilor interpersonale din cadrul familiei (la nivel de cuplu, la nivel părinte-copil, relațiile dintre copii);
3. Cunoașterea și schimbarea atitudinilor copiilor față de tratamentul medicamentos.

Realizarea programului de suport psihologic presupune respectarea tuturor cerințelor și normelor etice și morale. Discuții cu părinții, medicul curant, cât și cu copiii. Astfel activitățile se realizează cu permisiunea părinților și medicului, cât și cu acordul copilului. Unele ședințe presupun activități pentru acasă, realizarea cărora presupune un control riguros din partea psihologului. Fiecare ședință se începe cu întrebarea Care este dispoziția voastră? Care sunt emoțiile voastre? Care sunt senzațiile voastre? La finele activității de training se petrece testarea repetată a aspectelor cercetate, se petrece o ședință de consiliere pentru a întări abilitățile formate și îmbunătățirea rezultatelor obținute.

La ședințe au participat copii bolnavi cu astm bronșic și mucoviscidoză, vârsta este de 8-15 ani, numărul subiecților este de 8-10, repartizați în două grupuri. Participanții nu au contraindicații din partea medicului, activitățile se realizează în condiții de spital.

Ședința 1. Scopul - cunoașterea, organizarea activităților, includerea copiilor în procesul de lucru.

Timpul de realizare 50 minute.

Exerciții: „mingea de foc”- exercițiu de cunoaștere, formarea primelor impresii în grup, „bulgărele de zăpadă”- întărirea activității de cunoaștere, stabilirea unui contact emoțional în grup. „Interviul”- asigurarea unui climat sigur, activități de cunoaștere și deschidere unul față de altul. „Schimbă locul”- activități de înviorare, comunicare, determinare a preferințelor membrilor grupului.

Ședința 2. Scopul – diminuarea stărilor de anxietate, frustrare, creștere încrederii în forțele proprii.

Timpul de realizare 80 minute.

Exerciții: „reflexia” – se realizează atât la început cât și la finalul ședinței, are drept scop diagnosticarea stării copilului și a potențialului de lucru, „prezentarea netradițională” – relaxarea emoțională și deschidere în grup, „orbul” – cunoașterea propriilor senzații, „valul în cerc” – comunicare, diminuarea tensiunii, „oglină”- autocunoaștere, diminuarea tensiunilor fizice, „dialogul tăcerii” – dezvoltarea sensibilității proprii, capacități de empatie, „cadoul” – dezvoltarea mijloacelor nonverbale de comunicare, trăirea emoțiilor pozitive.

Ședința 3. Scopul – adaptarea și coeziunea grupului, diminuarea tensiunii, asigurarea unui climat psihologic securizant.

Timpul de realizare 100 minute.

Exerciții: „dansul mâinilor” – antrenează atenția, asigură confortul grupului, „leagănul”- asigură coeziunea grupului, „pianul” – dezvoltarea atenției și încrederii reciproce, „podețul” –

asigură contact emoțional în perechi, „haosul”- determină un contact personal, încredere reciprocă, „frig-fierbinte”- asigură conștientizarea propriilor simțuri, diminuarea tensiunilor musculare, „corăbioare”- diminuarea tensiunilor musculare ale membrilor inferioare și superioare, „înviorarea” – cunoașterea propriilor emoții, „eu și corpul meu”- informare, „discuția” feed- back, includerea propriilor păreri.

Ședința 4. Scopul – activități de gestionare a stresului, gestionarea emoțiilor.

Timpul de realizare 180 minute.

Exerciții: „reinterpretarea”- depășirea primelor semne ale stresului, „amintiri frumoase” – ieșirea din situații stresante, „controlul vocii și a gesturilor” – recunoașterea emoțiilor celor din jur, „umorul și zâmbetul” – informare, activități de control al respirației, activități de gimnastică facială, „desaga fermecată” – conștientizarea propriilor emoții și activități de catarsis, „desenul emoțiilor”, „agenda emoțiilor”- gestionarea propriilor emoții, „ghicește și schimbă” – recunoașterea emoțiilor și modalități de coping.

Ședința 5. Scopul – activități de rezolvare de probleme, gândirea pozitivă.

Timpul de realizare 80 minute.

Exerciții: „pălăria pozitivă” – soluționarea problemei de sinestător, „povestea sultanului” – găsirea soluțiilor în situații de conflict, gândirea pozitivă, „mănușa” – depășirea conflictelor, gândirea pozitivă, „ce e bine și ce e rău?” – detașarea de propria persoană, „alb-negru” – axarea pe emoții pozitive.

Ședința 6. Scopul – activități de relaxare, autocunoaștere, axarea pe propriile emoții și sentimente.

Timpul de realizare 120 minute.

Exerciții: de relaxare a musculaturii întregului corp, „cine sunt eu” – autocunoaștere, „calități puternice și slabe”, „propoziții nefinisate”, „grădina zoologică”- identificarea cu un animal, emoții, sentimente, „eu – planeta” autocunoaștere.

Ședința 7. Scopul – activități de dezvoltare a capacităților de comunicare.

Timpul de realizare 90 minute.

Exerciții: de comunicare nonverbală – vorbim cu mâinile, vorbim prin geam, cadoul, sculptura, interviul, puterea cuvântului, răspunsuri pozitive, negative, asertive.

Ședința 8. Scopul – activități de stabilire a contactelor sociale.

Timpul de realizare 100 minute.

Exerciții: desene comune, „oglindea”- perceperea propriei persoane, activități de joc, „lumânarea” – coeziunea grupului, „acul și ața” încredere reciprocă.

Ședința 9. Scopul – activități de menținere a contactelor sociale și interpersonale.

Timpul de realizare 90 minute.

Exerciții: „lanțul” capacitatea de a asculta, „vânzătorul și cumpărătorul” – comunicarea interpersonală, „clona”- conștientizarea propriei valori.

Ședința 10. Scopul – activități de dezvoltare a încrederii în sine, consolidarea cunoștințelor acumulate în cadrul trainingului, totalizarea rezultatelor trainingului, stabilirea unor moduri de dezvoltare a abilităților cultivate în training, pregătire către lucrul de sinestătător.

Timpul de realizare 50 minute.

Exerciții: „declarația autoaprecierii”- importanța propriei personalități, schimb de adresări pozitive, diplome, desene comune. Exercițiul „Spirit de echipă”, „Ce am învățat despre mine”, „Mașina timpului”, „Floarea-soarelui”, „Eu știu, eu pot, eu fac”, „Scrisoare de împuternicire”.

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata Ana Tarnovschi, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Ana Tarnovschi

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ana Tarnovschi', written over a horizontal line.

Data 10.04.2017

CURRICULUM VITAE

Numele **Tarnovschi**

Prenumele **Ana**

E mail: **a.tarnovschi@yahoo.com**

Data și locul nașterii 22.08.1975,

or. Glodeni, Republica Moldova

Cetățenia – R. Moldova



Studii:

2004-2008, USM, studii de doctorat, Facultatea Psihologie și Științe ale Educației.

2003-2004, ULIM, studii de masterat, Departamentul Psihologie și Asistență Socială.

1999-2003, USM, Facultatea Psihologie și Istorie.

Începând cu anul 2009 activez în calitate de lector, la catedra Psihologie Generală, Facultatea Psihologie și Științe ale Educației.

Pe parcursul activității profesionale am predat următoarele discipline: Psihologie Generală la facultățile: Biologie și Pedologie, Litere, Chimie și Tehnologie Chimică, Matematică și Informatica, Fizică, Sociologie și Asistență Socială și cursul opțional la Psihologia Vârstelor, Psihologia Afectivității și a Proceselor Reglatorii la facultatea Psihologie și Științe ale Educației, respectiv am predat disciplinele menționate conform curriculumului stabilit de fiecare facultate în parte. Am elaborat cursuri, suporturi de curs la disciplinele menționate, seturi de teste și sarcini pentru activitatea individuală a studenților.

Am fost coordonator la teze de licență, am inițiat și pregătit studenții să participe la conferințele studentești, am încurajat activitățile individuale ale studenților atât la lecții cât și în afara orelor de curs. Pe parcursul acestor ani am fost și sunt metodist la Practica de inițiere în specialitate. Am participat la instructajul pentru practică, împreună cu colegii de la catedră am elaborat Ghidul metodologic pentru realizarea practicii respective. Tot în cadrul Facultății activez ca curator, tutore și membru al Comisiei pentru Activități Extracurriculare.

În acest context, prin procesul instructiv – educativ am ca obiectiv formarea personalității apte de a se încadra în societate prin prisma cooperării pentru realizarea unor obiective comune.

Pe parcursul activității profesionale am participat la următoarele conferințe naționale cât și internaționale, unde am publicat și articole:

1. Conferința națională cu participare internațională „Astmul bronșic la copil”, USMF, 12 mai 2006, Chișinău
2. Conferința științifică internațională „Învățământul superior și cercetarea – piloni ai societății bazate pe cunoaștere”, USM, Chișinău, 28 septembrie 2006
3. Simpozionul Științific Internațional „Problematica educației în mileniul III: național, regional, european”, IȘE, Chișinău, 2-3 noiembrie 2006
4. Conferința internațională „Bolile toracale” (Cehia, martie 2007).
5. Conferința științifică studentească „Educație prin cercetare – garant al performanței învățământului superior” (15.03.2012).
6. Conferința științifico – practică (liceul Dante Alighieri 17.03.2012) „Deceniul provocării securității personale”.
7. Conferința internațională a psihologilor școlari „Paradigmele inteligenței în psihologia contemporană” ediția II, liceul Ion Creangă (26.04.2012).

8. Conferința științifică cu participare internațională „Interferențe universitare – integrare prin cercetare și inovare”, USM, 2012.
9. Conferința științifică internațională „Optimizarea învățământului în contextul societății bazate pe cunoaștere”, Institutul de Științe ale Educației, 2012.
10. Conferința științifică internațională „Integrare prin cercetare și inovare”, USM, Chișinău 26-28 septembrie 2013
11. Conferința științifică națională cu participare internațională, Integrare prin cercetare și inovare, USM, 10-11 noiembrie 2015
12. Conferința Științifică Internațională „Eficientizarea învățământului – vector al politicilor educaționale moderne” (Chișinău, IȘE, 11-12 decembrie 2014)

Articolele publicate

1. Tarnovschi A. RELAȚIILE SOCIALE ȘI INTERPERSONALE LA COPIII CU MALADII RESPIRATORII CRONICE. Chișinău, Studia Universitatis N9/89, 2015
2. Bucun N., Tarnovschi A. PARTICULARITĂȚILE PSIHOLOGICE ALE PERSONALITĂȚII COPIILOR CU MALADII RESPIRATORII CRONICE. Chișinău, Univers Pedagogic, 3(47) 2015
3. Tarnovschi A. ASPECTE PSIHOLOGICE ALE BOLNAVIILOR CU AFECȚIUNI RESPIRATORII CRONICE. Analele științifice ale USM, seria „Științe socioumanistice”, volumul III, Chișinău, 2006
4. Tarnovschi A. SISTEMUL DE VALORI LA COPIII CU MALADII RESPIRATORII CRONICE. Sistemul de valori la copiii cu maladii respiratorii cronice. Integrare prin cercetare și inovare, Conferința științifică națională cu participare internațională, USM, 10-11 noiembrie 2015
5. Tarnovschi A. INFLUENȚA MALADIILOR CRONICE ASUPRA REUȘITEI ȘCOLARE. Conferința internațională științifico-practică a psihologilor „Paradigmele inteligenței în psihologia contemporană” ediția II, liceul Ion Creangă, Chișinău, 26 aprilie 2012
6. Tarnovschi A. IMPACTUL MALADIILOR RESPIRATORII CRONICE ASUPRA RELAȚIILOR INTRAFAMILIALE. Conferința științifică cu participare internațională „Interferențe universitare – integrare prin cercetare și inovare”, USM, Chișinău, 25-26 septembrie 2012
7. Tarnovschi A. MODALITĂȚI DE ADAPTARE PSIHOSOCIALĂ A PĂRINȚILOR FAȚĂ DE COPILUL BOLNAV. Conferința științifică internațională „Optimizarea învățământului în contextul societății bazate pe cunoaștere”, Institutul de Științe ale Educației, Chișinău, 2-3 noiembrie 2012
8. Tarnovschi A. EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE ȘI CALITATEA VIETII LA PERSOANELE CU MALADII CRONICE. Conferința națională cu participare internațională „Astmul bronșic la copil”, USMF, 12 mai 2006, Chișinău
9. Tarnovschi A. ASPECTE ALE MODIFICĂRIILOR DIN PSIHICUL BOLNAVULUI SOMATIC CRONIC. Conferința științifică internațională „Învățământul superior și cercetarea – piloni ai societății bazate pe cunoaștere”, USM, Chișinău, 28 septembrie 2006
10. Tarnovschi A. PSIHOSOMATICA ÎN SITUAȚIE DE DIFICULTĂȚI RESPIRATORII. Simpozionul Științific Internațional „Problematika educației în mileniul III: național, regional, european”, IȘE, Chișinău, 2-3 noiembrie 2006
11. Tarnovschi A. ROLUL COMUNICĂRII ÎN RELAȚIA TERAPEUT-PACIENT. Conferința științifică internațională „Integrare prin cercetare și inovare”, USM, Chișinău 26-28 septembrie 2013

Participarea la seminarele de instruire:

- „Elaborarea proiectelor de cercetare”, organizate de către Centrul Național de Asistență și Informare a ONG din Republica Moldova, 2008-2009.
- Stagii de formare – „Terapii de scurtă durată axate pe soluții”, ULIM, 2007.
- Școala de Vară „Cercetarea psihologică fără frontiere”, 2014, Potoci-Neamț.
- МИГИП, «Основы детской психотерапии. Внутренний мир ребенка». 2014.
- МИГИП, «Гештальт-терапия». 2014

Publicații:

- „Curriculum integrat al stagiilor de practică la modulul psihopedagogic”, Chișinău, 2012.
- „Practica de inițiere în specialitate”, Ghid pentru studenți, Chișinău, 2012.
- „Psihologia Generală”, Suport de curs, Chișinău, 2013.