

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
DIN CHIȘINĂU**

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 159.942 (043.3)

CALANCEA VERONICA

**PARTICULARITĂȚILE AFECTIVITĂȚII ȘI
COMPORTAMENTULUI PERSOANELOR ADULTE ÎN
PERIOADA DE CRIZĂ A SĂNĂTĂȚII**

Specialitatea 511.02 - Psihologia dezvoltării și psihologia educațională

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific

**Racu Jana,
prof. univ., dr.hab.în psihologie**

Autorul

Calancea Veronica

CHIȘINĂU, 2018

© Calancea Veronica, 2018

CUPRINS

ADNOTARE (română, rusă, engleză).....	5
LISTA ABREVIERILOR.....	8
INTRODUCERE	9
1. ABORDĂRI TEORETICE PRIVIND PROBLEMATICA AFECTIVITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI	
1.1. Afectivitatea – concept important în ciclul vital al adulților.....	16
1.2. Comportamentul ca proces determinant al afectivității.....	20
1.3. Particularitățile afectiv-comportamentale ale adultului în perioada de criză.....	28
1.4. Concluzii la capitolul 1.....	47
2. STUDIUL MANIFESTĂRII AFECTIVITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI LA PERSOANELE ADULTE ÎN PERIOADA DE CRIZĂ A SĂNĂTĂȚII	
2.1. Metodologia experimentului constatativ.....	49
2.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor experimentului constatativ.....	61
2.3. Concluzii la capitolul 2.....	97
3. INTERVENȚII PSIHOTERAPEUTICE ÎN PERIOADA DE CRIZĂ A SĂNĂTĂȚII LA PERSOANELE ADULTE	
3.1. Caracterizarea generală a programului de intervenție psihoterapeutică	99
3.2. Descrierea metodelor și strategiilor aplicate în experimentul formativ.....	104
3.3. Evaluarea eficienței programului de intervenție psihoterapeutică.....	109
3.4. Prezentarea studiilor de caz.....	118
3.5. Concluzii la capitolul 3.....	127
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	129
BIBLIOGRAFIE	131

ANEXE

Anexa 1. Reglarea neuro-humorală a funcțiilor organismului stresat.....	147
Anexa 2. Reprezentarea schematică a specificității în etiologia bolii ulceroase.....	148
Anexa 3. Teoria vectorială	149
Anexa 4. Chestionar Accentuări caracterologice	150
Anexa 5. Chestionar clinic pentru determinarea stărilor nevrotice.....	153
Anexa 6. Testul Autoaprecierea stărilor psihice	157
Anexa 7. Chestionar pentru determinarea Tipului Activismului Comportamental	158
Anexa 8. Rezultate obținute la indicatorii studiați, lotul 1 (experiment constatativ).....	168

Anexa 9. Rezultate obținute la indicatorii studiați, lotul 2 (experiment constatativ).....	169
Anexa 10. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „patologie” (experiment constatativ).....	170
Anexa 11. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „mediu de trai” (experiment constatativ).	171
Anexa 12. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „sex” (experiment constatativ).....	172
Anexa 13. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „studii” (experiment constatativ).....	173
Anexa 14. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „vârstă” (experiment constatativ).....	174
Anexa 15. Rezultatele obținute la indicatorii studiați, corelația Spearman (experiment constatativ).....	175
Anexa 16. Programul de intervenție psihoterapeutică „Autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a adulților în perioada de criză a sănătății”.....	176
Anexa 17. Rezultatele obținute test-retest la indicatorii studiați, grupul experimental.....	219
Anexa 18. Rezultatele obținute test-retest la indicatorii studiați, grupul de control	220
Anexa 19. Rezultatele obținute la indicatorii studiați, testul Wilcoxon.....	222
 GLOSAR.	229
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	234
CV-ul AUTORULUI	235

ADNOTARE

Calancea Veronica,
Particularitățile afectivității și comportamentului persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății.
Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2018

Structura tezei: adnotări, lista abrevierilor, introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie, din 268 de titluri, 19 anexe, 130 de pagini de text de bază, 58 de figuri și 11 tabele.

Rezultatele obținute sunt publicate în 16 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: adult, afectivitate, caracter, comportament, criza, emoție, personalitate, sănătate, stare, stres.

Domeniul de studiu: Psihologia persoanei adulte.

Scopul lucrării constă în studierea particularităților afectivității și comportamentului persoanelor adulte cu vârsta cuprinsă între 35 și 45 de ani drept consecință a perioadei de criză a sănătății; elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihoterapeutică pentru autoreglarea acestora.

Obiectivele cercetării: analiza și generalizarea literaturii de specialitate cu privire la particularitățile afectivității și comportamentului, rolul acestora în perioada de criză a sănătății, factorii determinanți ai crizei sănătății, metodele și instrumentele de psihodiagnostic; identificarea comportamentului persoanei adulte, generat de stările afective trăite în perioada de criză a sănătății; determinarea relației dintre afectivitate și comportament cu mediul de reședință, sexul, studiile și vârsta persoanelor adulte; elaborarea și validarea programului de intervenție psihoterapeutică pentru autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății și implementarea lui.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată, la nivel național, au fost cercetate particularitățile afectivității și comportamentului persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății și factorii ce le influențează. În plus, au fost selectate metode de intervenție psihologică integrate într-un program de intervenție psihoterapeutică orientat spre autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății.

Problema științifică importantă soluționată în domeniu rezidă în identificarea particularităților afectivității și comportamentului persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății din perspectiva prezenței/absenței bolii ulceroase; diferențelor de vârstă, de gen, a mediului de proveniență și a studiilor; fapt ce a permis elaborarea, aplicarea și validarea unui program de intervenție psihoterapeutică în vederea autoreglării sferei afectiv-comportamentale.

Semnificația teoretică a lucrării o constituie contribuția la completarea bazelor teoretice ale psihologiei cu o nouă modalitate de abordare a problemei, prin stabilirea particularităților afective, a condițiilor și factorilor ce contribuie la schimbările produse în perioada de criză a sănătății la persoanele adulte în faza de acutizare a ei.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în elaborarea, implementarea și validarea unui program de intervenție psihoterapeutică vizând schimbările afectiv-comportamentale ale adulților în perioada de criză a sănătății, care poate fi utilizat în procesul curativ-educativ în faza acută, cu efect benefic asupra stării lor.

Implementarea rezultatelor științifice. Programul de intervenție psihoterapeutică elaborat a fost implementat în activitatea profesională în cadrul ședințelor de consiliere psihologică și psihoterapie individuală cu adulții în perioada de criză a sănătății și în cadrul predării cursurilor universitare Psihologia dezvoltării, Psihologia clinică, Psihodiagnosticul clinic, Practica psihologică în clinică, Psihoterapii experiențiale.

АННОТАЦИЯ

Каланча Вероника,

Особенности аффективности и поведения взрослых в период кризиса здоровья.

Диссертация на соискание степени доктора психологии. Кишинэу, 2018.

Структура работы: Аннотации, перечень сокращений, введение, 3 главы, общие выводы и рекомендации, библиография из 268 наименований, 19 приложений, 130 страниц основного текста, 58 рисунков и 11 таблиц.

Полученные результаты опубликованы в 16 научных работах.

Ключевые слова: взрослый человек, аффективность, характер, поведение, кризис, эмоция, личность, здоровье, состояние, стресс.

Область изучения: Психология взрослого человека.

Цель работы состоит в изучении особенностей аффективных состояний и поведения у взрослых людей в возрасте 35-45 лет в период кризиса здоровья, а также разработки и апробировании психотерапевтической программы для их саморегуляции.

Задачи исследования: анализ и обобщение научной литературы об аффективности и поведении, их роли в период кризиса здоровья, его детерминирующих факторах; определение специфики поведения взрослого человека, вызванного аффективными состояниями, переживаемыми в период кризиса здоровья; установление взаимосвязи аффективных состояний и поведения с местом жительства, полом, образованием и возрастом испытуемых; разработка, апробирование и оценка эффективности программы психотерапевтического вмешательства для саморегулирования аффективно-поведенческой сферы взрослого человека в период кризиса здоровья.

Научная новизна и оригинальность. Впервые на национальном уровне были исследованы особенности аффективности и поведения взрослых лиц в период кризиса здоровья и установлены факторы, которые на них влияют. Наряду с этим, были подобраны методы психологического воздействия, интегрированные в программу психотерапевтического вмешательства, направленные на саморегулирование аффективно-поведенческой сферы взрослого человека в период кризиса здоровья.

Важная решенная научная проблема состоит в идентификации особенностей аффективности и поведения взрослых людей в период кризиса здоровья в зависимости от наличия / отсутствия язвенной болезни, возрастных различий, пола, образования и места их жительства; что позволило разработать, применить и подтвердить эффективность программы психотерапевтического вмешательства для саморегулирования аффективно-поведенческой сферы взрослых.

Теоретическая значимость работы заключается в дополнении теоретических основ психологии новым подходом к изучаемой проблеме, который состоит в установлении особенностей аффективности, условий и факторов, способствующих изменениям, наступающим в период кризиса здоровья взрослых лиц в фазе его обострения.

Прикладное значение исследования состоит в разработке, апробации и проверки эффективности программы терапевтического вмешательства, направленной на оптимизацию аффективно-поведенческой сферы взрослого человека в период кризиса здоровья, которая может быть широко использована в лечебно-воспитательном процессе в фазе обострения с положительным эффектом для его состояния.

Внедрение научных результатов. Разработанная программа психотерапевтического вмешательства была внедрена в профессиональной деятельности психолога в рамках заседаний по психологическому консультированию и индивидуальной психотерапии со взрослыми людьми в период кризиса здоровья, а также результаты исследования включены в преподаваемые университетские курсы: Психология развития, Клиническая психология, Клиническая психодиагностика, Психологическая практика в клинике, Экспериментальные психотерапии.

SUMMARY

Calancea Veronica,

Particularities of affectivity and behavior of adult persons in crisis period of health.

The doctoral thesis in psychology. Chişinău, 2018

Structure of thesis: Summaries, list of abbreviations, introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 268 titles, 19 annexes, 130 pages of principal text, 58 figures and 11 tables.

Obtained results are published in 16 scientific works.

Key words: adult, affectivity, temper, behavior, crisis, emotion, personality, health, condition, stress.

Sphere of study: Psychology of adult person.

Aim of study consists in studying the peculiarities of the affection and the behavior of the adult persons with the age between 35-45 years as a consequence of the period of health crisis; develop and implement a program of intervention psychotherapy for self-regulation thereof.

Objectives of study. Analysis and generality of specialty literature on particularities of affectivity and behavior, its role in the crisis period of health, determinative factors of health crisis, psychodiagnostics methods and instruments; identification of behavior of adult person generated by affective conditions in the crisis period of health; determination of relation between the affective conditions during the crisis period of health; determination of the relation between the affective conditions and behavior with surroundings, sex, studies and age of adult persons; elaboration and validation of the program of psychotherapeutic intervention for self-regulation of affective-behavioral sphere of adult persons in the crisis period of health and its implementation.

Novelty and scientific originality. It is for the first time when at the national level were researched the particularities of affectivity and behavior of adult persons in the crisis period of health and factors which influence them. Moreover, were selected the methods of psychological intervention integrated in the program of psychotherapeutic intervention oriented to self-regulation of affective-behavioral sphere of adult persons in the crisis period of health.

Important resolved scientific problem is to identify the features of affective states and behavior of an adult during a health crisis in terms of the presence/absence of peptic ulcer, age, sex, place of residence and education, which permitted by means of specially elaborated program of psychotherapeutic intervention to obtain the self-regulation of affectivity and behavior of adult persons in the crisis period of health which.

Theoretical relevance of thesis constitutes the contribution to complement of theoretical bases of psychology with a new method of involving the problem by means of establishing the affective behaviors, conditions and factors which contribute to changes during the crisis period of health at adult persons in its acute phase.

Applied significance of study consists in elaboration, implementation and validation of the program of psychotherapeutic intervention, noting the affective-behavioral changes of adults in the crisis period of health, which may be used in the curative-educative process in acute phase, with beneficial effect on their condition.

Implementation of scientific results. The elaborated program of psychotherapeutic intervention was implemented in professional activity within the meetings of psychological counseling and individual psychotherapy with adults in the crisis period of health, and when teaching the university courses: Developmental psychology, Clinical Psychology, Clinical Psychodiagnostics, Psychological Practice in Hospital, Experimental Psychotherapies.

LISTA ABREVIERILOR

AC	Accentuare caracterologică
BU	Boala ulceroasă
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manualul de Diagnostică și Statistică a Tulburărilor Mentale a Asociației Americane de Psihiatrie)
GE	Grup experimental (retest)
GC	Grup de control (retest)
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
L1	Lot experimental cu BU
L2	Lot experimental fără BU
MS	Ministerul Sănătății
PA	Persoane adulte
PCS	Perioada de criză a sănătății
SCR	Spitalul Clinic Republican
SN	Stare nevrotică
SP	Stare psihică
SNV	Sistemul nervos vegetativ
TAC	Tipul activismului comportamental

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Cercetarea dată este dedicată unuia dintre cele mai importante momente ale vieții umane, și anume afectivității și comportamentului persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății. Necesitatea realizării acestui studiu este condiționată de faptul că în acest domeniu s-au efectuat puține investigații.

Dezvoltarea civilizației din ultimele decenii, bazată în special pe extensie tehnologică și intensitate novatoare, ar fi trebuit să conducă la crearea condițiilor de viață din ce în ce mai bune pentru specia umană. Paradoxal însă, civilizația dezvoltă confortul material și estompează confortul spiritual. Ca o incapacitate a organismului de a se adapta la schimbări rapide după secole și milenii de evoluții lente, apare stresul. Acesta se poate transforma dintr-o stare de disconfort într-o boală contagioasă; nevrozele și psihozele se transmit ca o undă de șoc în toate direcțiile și penetrează cele mai fortificate apărări; capacitatea autoreparatorie și de autoreglare a organismului este pe cale să se prăbușească. Tot mai multe persoane se confruntă cu stări confuzionale și sentimente de inferioritate; suprasolicitarea, în egală măsură cu lipsa de solicitare, produce migrene, stări depresive, dezechilibrare, frustrare, inapetență sau bulimie, insomnii și intoleranță. Devine tot mai clar faptul că suferințele în plan psihologic pot să genereze nu numai boli psihice, ci și boli somatice, dar și că anumite boli somatice pot provoca tulburări psihice grave, ajungându-se chiar până la stări delirante sau comatoase. Putem estima cele expuse mai sus ca fiind o perioadă de criză a sănătății, care depinde de fiecare în ceea ce privește timpul pe care și-l poate acorda pentru a o menține [260; 268].

Întrucât la baza comportamentelor cu risc de îmbolnăvire se află, în primul rând, cauze de ordin psihologic – cu punct de plecare din sfera personalității unui individ, inclusiv conținuturile sale ereditare –, este necesar să se continue abordarea psihologiei comportamentale și studiul modalităților de educare sanogenetică, în spiritul cultivării sănătății indivizilor sănătoși și redobândirii acesteia de către cei bolnavi [256; 258; 259].

Afectivitatea este o energie ce susține adaptarea, fiind implicată în demersurile adaptative și dobândind configurațiile procesului adaptativ. Este tensiunea cu efecte de atracție sau respingere, trăirea și dezvoltarea relațiilor persoanei cu mediul înconjurător în raport cu cerințele lor reciproce. Afectivitatea are funcția de bază de a da sens relațiilor persoană-mediul și persoană-persoană. Ea îi oferă persoanei diverse moduri de comportament, în funcție de profunzimea nivelului de influență a sa, o imagine corespunzătoare realității și estimează înțelegerea și importanța anumitor stimuli pentru rezolvarea problemelor apărute în perioade de criză a sănătății, identificarea situațiilor furnizoare de stresori care pot avea impact major asupra calității vieții. Persoana însăși, prin ființa sa, este un generator de consonanțe și disonanțe, acestea având

ca efect stările afective. Trebuie neapărat menționat momentul de asimilare afectivă, pentru că emoția este trăire și conduită afectivă. Natura socială a stărilor afective, în calitate de caracteristică a afectivității, relevă existența unor patternuri de afectare, declanșare interioară și expresie afectivă, fiind determinate cultural. Când procesele afective și cognitive, implicând conflicte de același ordin, sunt solidare, crește adaptabilitatea persoanei în situațiile de stres și ea poate depăși mai ușor perioadele de criză.

Estimând aceste fapte, stabilim că particularitățile afectivității și comportamentului persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății pot fi tratate ca unul dintre procesele de importanță majoră în viața adultă. Este neîndoielnic faptul că acest concept are o importanță indispensabilă în abordarea psihologică și medicală (boli interne, gastroenterologie, psihonevroze).

Analizând dezvoltarea afectivă și comportamentul în diferite perioade de vârstă ale individului, cercetătorii au utilizat și valorificat diferite concepte: „teorii ale emoțiilor”, „dezvoltare adultă”, „mecanisme de adaptare”, „perioadă de criză”, „ciclu vital”, „stres”, „somatizare”. Eclectismul aparatului terminologic semnalează faptul că problema vizată necesită studiu teoretic și practic aprofundat.

Situațiile complicate habituale și retrăirile corespunzătoare lor pot schimba considerabil funcția stomacului. La persoanele sănătoase, ca și la persoanele în perioada de criză a sănătății, stresul emoțional provoacă mărirea secreției gastrice. Acest lucru a fost stabilit la persoanele pentru care convorbirea cu medicul provoacă neliniște, furie și revoltă. Mai mulți factori, legați de apariția emoțiilor, pot provoca mărirea condițional-reflectorie a secreției gastrice pe timp îndelungat, contribuind astfel la dezvoltarea bolii ulceroase [34; 39; 46; 57; 65; 66].

Conform Protocolului clinic național PCN-207 „Ulcerul gastric și duodenal la adult”, elaborat de MS, prevalența globală a ulcerului gastric și duodenal constituie, în medie, 10%; 6-14% – ulcerul gastroduodenal din populația mondială; 10% – ulcerul gastroduodenal din populația Rusiei. În Republica Moldova incidența este de 100-120 la 10000 populație adultă. Prevalența ulcerului gastric și duodenal la adulți constituie 10% – ulcerul duodenal în SUA. Incidența generală: incidența anuală – 0,2%; 1 caz la 1000 locuitori pe an în Japonia; 1,5 cazuri la 1000 locuitori în Norvegia; 2,7 cazuri la 1000 locuitori în Scoția. În Republica Moldova incidența ulcerului gastric și duodenal printre 10000 populație adultă, în ultimii 5 ani, este în descreștere.

UD este mai frecvent decât UG; totuși, dacă în anii 1950 raportul UD/UG era=5:1, actualmente se menține un raport de 1,5/1; UD > UG (4:1) la bărbații ≤ 40 ani. UG se înregistrează mai frecvent la persoanele vârstnice. Tendința de scădere a incidenței bolii este înregistrată mai ales pentru UD, la tineri și pentru ulcerul HP-pozitive. Raportul bărbați/femei al

bolii este, în medie, de 1,5/1, diferența fiind mai evidentă în cazul UD. UG și UD se atestă la orice vârstă, incidența maximă fiind în decada a patra pentru UD; preponderent, la vârsta de 25-75 de ani, UG prevalează după decadele a cincea și a șasea: la 55-65 de ani; la bărbați, mai frecvent la 23-52 de ani; la femei – la 40-45 de ani și peste 60 de ani. Spitalizarea pentru UG și UD necomplicat a scăzut. Spitalizarea pentru UG și UD complicat cu hemoragie sau perforație se menține ridicată, la vârstnici, determinată de administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene. Mortalitatea s-a redus modest în ultimele decenii și este aproximativ de 1-2 decese la 100000 cazuri. Rata spitalizării este de circa 30 de pacienți la 100000 cazuri. Mortalitatea prin ulcer gastric și duodenal a manifestat o tendință de scădere. Riscul de mortalitate este asociat cu vârsta avansată, cu pluriorganopatiile și cu ulcerul gastric. Factorii cei mai importanți care modulează epidemiologia ulcerului gastric și a ulcerului duodenal sunt reprezentați de infecția cu HP (în scădere) și consumul de AINS (în creștere) [124, p. 7] .

Mai mulți cercetători acordă o importanță majoră situațiilor de stres, privind BU ca pe o stare specială de dezadaptare, ca pe o dereglare compensator-adaptivă a mecanismelor în timpul interacțiunii suprasolicitate a factorilor nefavorabili [24; 30; 44; 68; 99; 112; 209; 217; 234; 239].

Cercetarea particularităților afectivității și comportamentului la persoanele adulte în perioada de criză a sănătății este importantă pentru implementarea măsurilor de prevenire, psihoprofilaxie și terapie post-criză. Problema dată necesită formarea specialiștilor în domeniul psihologiei clinice și al sănătății. Conținutul acestor specializări vizează activități din domeniul psihologiei dezvoltării, psihologiei persoanei adulte, psihologie educaționale a adultului și a psihologiei situațiilor de criză, organizate individual și în grup.

În Republica Moldova cercetarea afectivității a fost efectuată de către I. Racu – la toate vârstele (1992, 1995, 1997, 1998-2005), C. Perjan – la preșcolari (2001), A. Verdeș – la preadolescenți (2009), N. Gâncota – la vârsta școlară mică (2003), A. Calancea – la adolescenți (2003), comportamentul a fost studiat de către L. Kobylanskaya (2007), afectivitatea și comportamentul la persoanele adulte în diferite perioade ale vieții, atât din punct de vedere al stării sănătății, cât și al vârstei, au fost cercetate de către Gh. Bezu (2001), P. Cepoida (2001, 2003), V. Ceres (2000), A. Gîlea (2000), S. Popa (2001, 2003), T. Turchină (2012), I. Țâbârnă (2000, 2001). Psihologia rusă s-a îmbogățit științific în rezultatul studiilor efectuate de către cercetătorii В.А. Ананьев (1998), Е.Б. Аникина (2007), В.Г. Арбузова (2003), Д.С. Бордин (2003), Ю.М. Губачев (1990), Т.В. Дмитриева (2005), О.В. Драгун (2005), Л.И. Ефремова (2006), И.Ю. Колесникова (2003), П.С. Кузнецов (2003), В.А. Леонтьева (2009), И.А.

Подъяпольская (2006), Л.А. Тюльтева (2009), Л.Д. Фирсова (2003), care au adus contribuții valoroase în acest domeniu.

Reperete teoretice ale cercetării le constituie teoriile personalității (A. Maslow, C. Rogers, B. Skinner,), teorii ale emoțiilor (M. Arnold, W. Cannon, K. Izard, R. Lazarus, П.К. Анохин, П.В. Симонов), teorii ale perioadei de criză a vârstei (E. Erikson, Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев), teoria privind afilierea fiecăreia dintre bolile psihosomatice unui anumit tip de personalitate (F. Dunbar), teoria conflictelor specifice (F. Alexander), teoriile despre studierea intervenției factorului psihic în etiopatogenia bolilor somatice (M. Balint, I.-B. Iamandescu, B. Luban-Plozza, A. Meneghetti, М.Е. Сандомирский), teoria stresului (H. Selye).

Scopul lucrării constă în studierea particularităților afectivității și comportamentului persoanelor adulte cu vârsta cuprinsă între 35 și 45 de ani drept consecință a perioadei de criză a sănătății; elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihoterapeutică pentru autoreglarea acestora.

Obiectivele stabilite pentru realizarea scopului propus al cercetării au fost analiza și generalizarea literaturii de specialitate cu privire la domeniul studiat, elaborarea și realizarea proiectului de cercetare prin aplicarea diferitor metode și tehnici de investigare a particularităților afectivității și comportamentului:

1. identificarea comportamentului persoanei adulte de 35-45 de ani, generat de stările afective trăite în perioada de criză a sănătății;
2. determinarea relației dintre stările afective și comportament cu mediul de reședință, sexul, studiile și vârsta persoanelor adulte;
3. elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihoterapeutică având ca obiectiv ameliorarea consecințelor perioadei de criză a sănătății;
4. determinarea eficienței programului de intervenție psihoterapeutică, aplicat;
5. elaborarea recomandărilor pentru psihoprofilaxia și psihoeducația persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății.

Problema științifică importantă soluționată în domeniu rezidă în identificarea particularităților afectivității și comportamentului persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății din perspectiva prezenței/absenței bolii ulceroase; diferențelor de vârstă, de gen, a mediului de proveniență și a studiilor; fapt ce a permis elaborarea, aplicarea și validarea unui program de intervenție psihoterapeutică în vederea autoreglării sferei afectiv-comportamentale.

Noutatea și originalitatea științifică a lucrării. Este pentru prima dată când la nivel național au fost stabilite particularitățile afectivității și comportamentului persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății, ale bolii ulceroase în acutizare și ale factorilor ce le influențează. S-au

stabilit diferențele dintre particularitățile psihologice specifice adultului bolnav în comparație cu cel sănătos. Am elucidat diferențele în reacțiile afectiv-comportamentale la adulții bolnavi și cei sănătoși. În plus, au fost selectate metode de intervenție psihologică integrate într-un program de intervenție psihoterapeutică orientat spre autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății.

Semnificația teoretică a cercetării o constituie contribuția la completarea bazelor teoretice ale psihologiei cu o nouă modalitate de abordare a problemei prin stabilirea particularităților afectivității, condițiilor și factorilor ce contribuie la schimbările produse în perioada de criză a sănătății la persoanele adulte. În rezultatul studiului complex a fost stabilită prezența particularităților afective de ordin negativ, ce predomină în starea de criză. În baza rezultatelor obținute sunt elaborate criterii de diagnostic psihologic, este menționat rolul psihoterapiei și psihoprofilaxiei modificărilor depistate, care va conduce la ameliorarea și îmbunătățirea adaptării în perioada de criză a sănătății. A fost posibilă determinarea unei relații între particularitățile caracterului, tipurilor de reacție a persoanelor adulte, altfel spus, între fenomenele psihice și somatice. O variantă a unei astfel de relații este disocierea necesităților, motivelor și scopurilor activității, care duce la schimbarea nivelului de anxietate.

Valoarea aplicativă a lucrării este determinată de:

- posibilitatea practică de a administra tehnicile clasice modificate și aplicate în calitate de instrumentarul de diagnostic al particularităților afective și al comportamentului persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății;
- formarea unor deprinderi de sanogeneză utilizate în psihoprofilaxia și stabilizarea stării psihice a persoanelor adulte din diferite pături sociale și domenii de activitate, aflate în perioada de criză a sănătății;
- diagnosticarea precoce, prin testările psihometrice, a stărilor afective de ordin patogenetic care favorizează adresarea timpurie a adulților la specialiști (psihiatri și/sau psihoterapeuți) pentru administrarea tratamentului adecvat psihofarmacologic și psihoterapeutic;
- includerea instrumentarului psihodiagnostic în cadrul cursurilor universitare la specialitatea Psihologie și Psihologie clinică, la cursurile de Psihodiagnostic clinic, Psihologia adultului, Psihologia dezvoltării, Psihosomatica, Psihoterapie, Psihoprofilaxie;
- încadrarea în procesul de formare continuă a specialiștilor în domeniul psihologiei clinice, psihologiei medicale, în psihopatologie, psihiatrie, psihoterapie, medicină internă.

Aprobarea și implementarea rezultatelor obținute. Aspectele importante ale problemei abordate au fost reflectate în mai multe publicații:

- *Particularități ale activismului comportamental și stării psihice la pacienții cu ulcer gastric și duodenal.* În: Revista Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială. Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie specială a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, 2007, nr. 4 (9);
- *Etiopatogenia ulcerului gastric și duodenal.* În: Studia universitatis. Seria „Științe ale educației”, Universitatea de Stat din Moldova, 2008;
- *Modul de manifestare a afectivității în raport cu evenimentele de viață și în conformitate cu tipul de personalitate.* În: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor: Probleme actuale ale științelor umanistice. Ediție Jubiliară. Vol. IX. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2010;
- *Modalități de intervenție psihologică în ulcer gastric și duodenal.* În: Revista științifico-practică nr. 2/2011 „Psihologie”;
- *Relația dintre adaptare și stilul de viață la pacienții somatici.* În: Revista științifico-practică Sănătatea Publică, Economie și Management în Medicină, 3 (42)/2012;
- *Alexitimia și reglarea emoțională la persoanele cu boli psihosomatice.* În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Revista științifico-practică categoria B, nr. 4 (36)/2012;
- *Psihologul vs. psihoterapeutul și relația sa cu clienții.* În: Revista științifico-practică nr. 3-4/2016 „Psihologie”.

Rezultatele științifice obținute au fost discutate și aprobate în cadrul ședințelor pentru darea de seamă în timpul studiilor postuniversitare de doctorat la Catedra de Psihologie a UPS „Ion Creangă”: *Sfera afectivă și reacțiile fiziologice: comun și divers.* Conferința de totalizare a muncii științifice și științifico-didactice a corpului profesoral-didactic pentru anul 2010. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2011; *Particularități ale adaptării în caz de maladii psihosomatice.* Conferința științifică cu participare internațională consacrată aniversării a 65-a a USM. Chișinău, 2011; *Specificul relației medic-pacient în funcție de tipul comunicării.* Conferința Practico-științifică cu participare internațională, 27-29 septembrie 2013, „Practica psihologică modernă”, Chișinău; *Particularități ale adaptării în caz de criză a sănătății.* Conferința a 10-a națională cu participare internațională științifico-practică a psihologilor, 16 mai 2014, Chișinău.

Programul de intervenție psihoterapeutică în perioada de criză a sănătății a fost implementat din punct de vedere practic în activitatea profesională în cadrul ședințelor de consiliere și psihoterapie cu adulții prezenți pentru tratament staționar la Spitalul Clinic Republican și din

punct de vedere teoretic – în cursurile universitare Psihologia clinică, Psihodiagnosticul clinic, Practica psihologică în clinică, Dimensiuni ale psihologiei clinice, Psihoterapii experiențiale.

Teza este constituită din introducere, 3 capitole, concluzii și recomandări, bibliografie, cu 268 de titluri. Lucrarea conține 58 de figuri, 11 tabele și 19 anexe. Volumul total al tezei este de 146 de pagini.

În **INTRODUCERE** se argumentează actualitatea și relevanța problemei abordate, sunt prezentate problema științifică importantă rezolvată, scopul, obiectivele înaintate. De asemenea, este argumentată noutatea științifică a lucrării și este prezentată importanța teoretică și aplicativă a lucrării.

În **capitolul 1, ABORDĂRI TEORETICE PRIVIND PROBLEMATICA AFECTIVITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI**, sunt abordate teoriile explicative ale afectivității și comportamentului în calitate de componentă operațională de bază a adaptării persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății. Sunt evidențiate calitățile de bază ce țin de personalitatea adultului, însoțite de anumite modele de interpretare a comportamentului adultului. De asemenea, au fost evidențiate condițiile de adaptare în perioada de criză a sănătății la persoanele adulte, componentele și principiile obligatorii în procesul de psihoterapie.

În **capitolul 2, STUDIUL MANIFESTĂRII AFECTIVITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI LA PERSOANELE ADULTE ÎN PERIOADA DE CRIZĂ A SĂNĂTĂȚII**, sunt evidențiate rezultatele experimentului de constatare: accentuări caracterologice, stări nevrotice, autoaprecierea stărilor psihice, tipul activismului comportamental la persoanele adulte în perioada de criză a sănătății, în funcție de starea generală, mediul de reședință, sex, grupele de vârstă, nivelul de studii și s-a conturat profilul psihologic al persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății.

În **capitolul 3, INTERVENȚII PSIHOTERAPEUTICE ÎN PERIOADA DE CRIZĂ A SĂNĂTĂȚII LA PERSOANELE ADULTE**, sunt prezentate principiile de adaptare la perioada de criză a sănătății, este descrisă caracteristica generală a programului formativ, etapele activităților, un model de ședință și două studii de caz. Totodată, sunt prezentate rezultatele experimentului de control, eficiența implementării programului formativ fiind evidențiată prin comparații între rezultatele obținute de adulți prin raportare la două criterii: momentul testării (situație de test sau retest) și apartenența la un anumit grup (grup experimental sau de control).

CONCLUZIILE GENERALE ȘI RECOMANDĂRILE includ analiza generală a cercetării efectuate și sinteza rezultatelor prezentate, recomandări pentru persoanele adulte în perioada de criză a sănătății, psihologi, medici din domeniul Boli interne și Sănătate mintală. Lucrarea se încheie cu sugestii pentru cercetările de perspectivă.

1. ABORDĂRI TEORETICE PRIVIND PROBLEMATICA AFECTIVITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI

1.1. Afectivitatea – concept important în ciclul vital al adulților

Trăirile emoționale depind de mai multe coordonate, cum ar fi: intensitatea energiei utilizate în **circuitul comportamental**, stabilitatea procesului emoțional-afectiv și, obligatoriu, dimensiunea genetică. Aceste particularități au fost descrise încă din Antichitate, doar că erau reduse la simpla descriere fiziologică. În acest domeniu sunt valoroase lucrările clasice ale lui I. Pavlov și M. Head, care au evidențiat importanța activității subcorticale și a comportamentului organismului în exprimarea emoțiilor [85, p. 229; 158, p. 206; 168, p. 67].

Printre primii cercetători în sintetizarea modelului neuronal al stărilor emoționale la om, au fost Papez, acesta presupunând existența circuitului neuroanatomic, și Mac Lean, susținând efectele inhibitoare/excitatoare ale impulsurilor, inspirați din cercetările lui Ch. Darwin [85, p. 229]. Conform lui Papez, creierul afectiv cuprinde circuitul hipocampus-fornix-corpilor mamilari-nucleul talamic anterior și gyrus cinguli. Mac Lean a elaborat concepția despre „creierul visceral”, care coincide, într-o mare măsură, prin structurile sale, cu rinencefalul, cuprinzând circuitul emoțional conectat cu sistemul nervos autonom, importat pentru supraviețuire. Sub influența psihanalizei, Mac Lean a admis că rinencefalul posedă funcțiile *id*-ului [3; p. 75; 38, p. 642].

Afectivitatea, conform definiției lui A. Romilă, reprezintă cel mai profund strat care explică conduita umană și constituie componenta dinamico-energetică a sistemului psihic. Noțiunea de „afectivitate” înglobează o varietate de stări, cum ar fi emoțiile, sentimentele, pasiunile, anxietatea, tristețea, bucuria. Tradițional, sunt delimitate trei componente: motricitatea-cogniția-afectivitatea [35; 85, p. 227; 107, p. 615].

T. Ribot ne oferă o noțiune a afectivității legând ființa de cunoaștere, deci este foarte dificil să fie despărțită conștiința afectivă de conștiința intelectuală [40, p. 35]. În procesul derulării vieții pe plan emoțional-afectiv participă trei categorii de funcții: emoțiile, sentimentele și pasiunile. Conform acestei noțiuni, ansamblul acestor trei domenii constituie fundamentul vieții mentale, bazat pe toate relațiile individului cu mediul său. Emoțiile constituie stările afective elementare ale vieții psihice, fiind necontrolate și necontrolabile; sentimentele sunt stări afective stabile, durabile și motivate; pasiunile sunt stări afective de intensitate maximă și cu o durată îndelungată [32, p. 240; 43, p. 65]. Orice emoție poate favoriza sau diminua dezvoltarea subiectului și adaptarea socială, în funcție de valența stimulului: afectogeni sau neutri. Inadaptarea, sub influența trăirilor emoționale negative, se regăsește în tulburările psihosomatice, nevroze și unele psihoze [4; 83; 86; 109; 112, p. 18; 179, p. 205].

Alte teorii menționează că conținutul afectivității este exprimat prin patru forme afective, care sunt: dispoziții (afectivitatea la momentul dat), emoții (trăirile afective resimțite vegetativ), sentimente (evaluarea afectiv-cognitivă) și pasiuni (stări care bulversează temporar sau definitiv) [25; 26; 48; 98; 107, p. 617; 112, p. 17; 224; 245].

Importanța modificărilor fiziologice a fost cercetată și expusă în teoria fiziologic-periferică a lui W. James și C. Lange, care atrage atenție asupra faptului că uneori un răspuns în plan afectiv poate fi într-o strânsă relație cu un instinct [32, p. 229; 52, p. 92; 101, pp. 50-54; 157, pp. 132-133; 195, p. 446; 219, p. 198; 252, p. 494]. Cu toate ca cele două sisteme, cognitiv și emoțional, sunt esențial distincte, susține teoria, legăturile celor două merg progresiv spre constituirea structurilor afectiv-cognitive. Aceste structuri sunt formate din mai multe emoții și scheme sau reprezentări mintale (dragostea, ura, gelozia, mândria). Socializarea emoțiilor poate genera disocierea între expresiile faciale și experiența subiectivă a emoției [90]. W. James consideră incorectă explicația emoțiilor drept efecte ale evenimentelor din mediu. El susține că experiențele din mediu duc la apariția unor răspunsuri musculare și viscerale, iar aceste răspunsuri determină apariția emoțiilor. Emoția urmează comportamentul, și nu-l produce. Conștientizarea acestor modificări reprezintă emoția. Așadar, emoția este simțită după ce a apărut comportamentul. Din punctul de vedere al lui W. James, această concluzie este corectă, deoarece anumite comportamente apar atât de repede, încât nu există timpul necesar pentru a simți o emoție înainte de acțiune. C. Lange urmează aceeași concepție în explicarea emoțiilor, considerând că emoțiile apar în urma răspunsurilor musculare sau viscerale. Limita acestei teorii derivă din faptul că nu se constată o relație direct proporțională a trăirilor afective cu manifestările corporale exterioare [17; 18; 29, p. 302; 145; 226; 252, p. 494].

W. Cannon a elaborat una din teoriile emoției, în care a concluzionat că talamusul este baza unde se formează emoția, care este un fenomen de dezinhibare a talamusului, altfel spus – excitarea lui [3, p. 75]. Mai târziu, una dintre cele mai importante teorii asupra naturii emoției a fost formulată de W. Cannon și dezvoltată de P. Bard, primind denumirea de teorie fiziologică centrală sau teoria talamică a emoției [32, p. 230; 74; 157, p. 133; 195, p. 446; 200, p. 361; 216; 217, p. 96; 219, p. 198; 252, p. 494].

Lashley menționează că în emoție talamusul este, mai degrabă, excitat și leziunile talamice produc schimbări în intensitatea și calitatea senzațiilor, nu a afectivității [3; 252, p. 75].

Magda Arnold elaborează o teorie pentru a defini emoția ca pe o tendință resimțită spre ceva ce ne dă senzația de bine sau care urmează a ne distanța de ceva ce ne provoacă senzația de rău, adică emoția este nu altceva decât „tendința spre acțiune”. Împreună cu grupul său de lucru,

autorul a scos în evidență importanța scoarței cerebrale, estimând rolul stimulilor și al situației [3, p. 76; 32, p. 231; 133; 134].

Teoria cognitivă emisă de M. Arnold și apoi conturată de R. Lazarus completează teoriile cognitiv-fiziologice precedente, bazându-se pe datele unei experiențe în care se opera cu doi factori: componenta neurovegetativă și cortexul cognitiv-social, se urmărea modul în care un anumit dublaj informațional, însoțind modificările fiziologice controlate, determina tipul de evaluare subiectivă în procesul emoțional [32, p. 230; 44, p. 80; 52, p. 97; 64, p. 115; 166, p. 77; 209, p. 80; 252, p. 500].

Schachter și Singer au elaborat o teorie care exprimă relația între factorii fiziologici și cei psihologici, explicând că emoțiile provin din modificările fiziologice suportate și interpretarea acordată evenimentelor petrecute în mediul habitual; deci include factorii sociali și cognitivi, numindu-se, în final, teoria cognitiv-fiziologică a emoțiilor [32, p. 231; 43, p. 127; 52, pp. 97-98; 148; 149; 166, p. 75; 169; 252, p. 496].

O nouă concepție cu privire la explicarea emoțiilor umane prin intermediul particularităților specifice proceselor cognitive a fost elaborată de *L. Festinger*, prin teoria disonanței cognitive, conform căreia reținerile emoționale pozitive apar atunci când așteptările sunt confirmate, iar reprezentările cognitive sunt prezente în viața persoanei, adică se află în consonanță. De aici rezultă că emoțiile negative sunt rezultatul disonanței [13, p. 87; 91; 166, p. 75; 195, p. 450; 219, p. 200].

Conform teoriei informaționale a emoțiilor, elaborată de P.V. Simonov, „emoția este reflectarea de către creierul omului sau al animalului a unei necesități actuale și a probabilităților de satisfacere a ei, pe care creierul o apreciază în baza experienței genetice și individuale, acumulate anterior” [156, pp. 129-134; 166, p. 79; 195, pp. 452; 219, p. 200]. P.V. Simonov remarcă, de asemenea, că de realizarea necesităților biologice este legată, în fond, apariția stărilor emoționale de tipul afectelor. Necesitățile sociale și ideale stimulează apariția sentimentelor și emoțiilor [220; 221, pp. 143-160]

P.K. Anohin, cercetând afectivitatea, a formulat teoria biologică, conform căreia afectivitatea are un rol important, permițând reglarea imediată și cu succes a comportamentului și, totodată, fiind acceptor al acțiunii [32, p. 220; 157, p. 131; 166, p. 74; 234, p. 62; 240, p. 81].

Afectivitatea este un fenomen complex și diferențiat, atât din punct de vedere calitativ, pe profilele personalității, cât și pe nivelurile ei. Totodată, emotivitatea este și un „fenomen psihosomatic”, descris de E. Minkowski, având caracter reacțional legat de instincte și denumit viață instinctivo-afectivă [3, p. 78; 117; 118; 254].

Descrierea manifestării emoțiilor, fiind într-o strânsă legătură cu trebuințele și motivele și îndeplinind rolul de stare reflectorie și proces al rezultatului satisfacerii lor, a fost realizată de către М.С. Лебединский și В.М. Мясищев. Această ipoteză autorii au explicat-o prin trei tipuri de atitudini de bază: reacțiile emoționale acute, stările emoționale cu schimbări de fond neuropsihic, alegerea evidentă a relațiilor emoționale pozitive sau negative față de un anumit obiect [172; 219, p. 180].

Problema manifestării emoțiilor a fost cercetată și de către С.Л. Рубинштейн, care susține că procesele afective se împart în două grupuri: 1 – dorințe, atracții și 2 – emoții, sentimente, în primul fiind incluse și motivațiile subiectului, în baza faptului că au inclusă componenta emoțională [166, p. 16; 209, p. 205]. Totodată, savantul delimitează trei niveluri în manifestările sferei emoționale a persoanei:

- primul – sensibilitatea organică afectiv-emoțională, având legătură strânsă cu senzațiile fizice agreabile/dezagreabile, pot fi locale, reflectând o senzație separată, sau generală, starea activismului persoanei în calitate de colorit emoțional;
- al doilea – sentimente obiectuale. În schimbul anxietății fără obiect apare frica față de ceva. Persoana conștientizează motivul neliniștii emoționale. Acest nivel este în strânsă legătură cu admirația față de un obiect și cu dezgustul față de un altul.
- al treilea – sentimente atitudinale, generalizarea sentimentelor globale, acestea formând manifestările de bază ale sferei emoționale, incluse organic în viața persoanei [151; 166, p. 15; 195, pp.442-452].

Același fenomen este descris de către В.К. Виллюнас și А.В. Вальдман, care menționează că semnalele interne ale organismului provoacă dezechilibru emoțional în direcție pozitivă sau negativă, în cazul când trec peste limitele indicilor obișnuiți [166, p. 16].

В.М. Смирнов și А.И. Трохачев, în baza stărilor emoționale, au dedus că există reacții emoționale, care se clasifică, la rândul lor, în:

1. reacții emoționale (furie, bucurie, tristețe, frică) – feedback emoțional, izbucnire emoțională și explozie emoțională (afect), ultima având cea mai activă dezvoltare a reacției, cu o intensitate înaltă și cu scăderea controlului volitiv asupra comportamentului și trecerea mai ușoară în acțiune. Acest fenomen duce la apatie, indiferență și somnolență;
2. stări emoționale care constituie componenta emoțională de bază a stărilor psihice. Această componentă este aproape de tonusul emoțional, adică de dispoziție.

Dacă unim clasificarea tradițională a tipurilor reacțiilor emoționale cu clasificarea elaborată de В.М. Смирнов și А.И. Трохачев, care se completează reciproc, obținem următoarea configurație (Fig.1.1.):

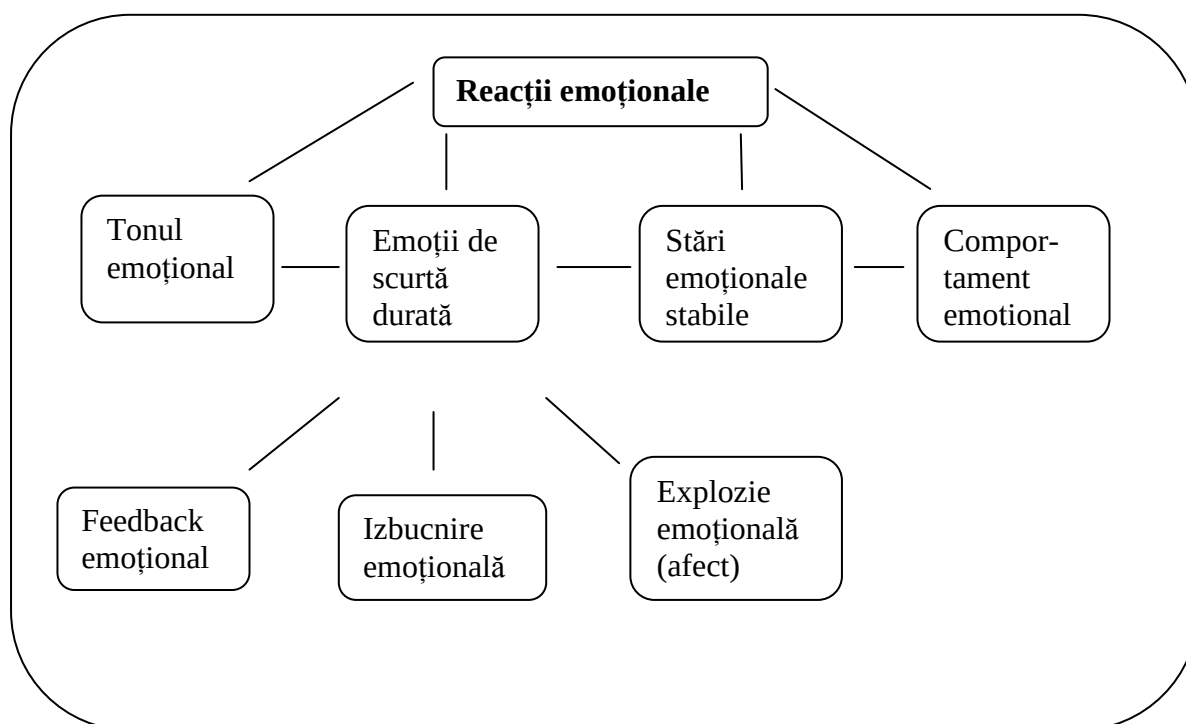


Fig. 1.1. Tipurile reacțiilor emoționale [166, p. 17].

1.2. Comportamentul ca proces determinant al afectivității

Comportamentul este conduita unui subiect luat în considerare într-un mediu și într-o unitate de timp dată. Toate comportamentele au semnificație adaptativă [112].

Comportamentul fiecărui organism variază în funcție de modificările mediului său înconjurător [40, pp. 154-156]. Acesta a fost unul dintre motivele pentru care mecanismele învățării au constituit obiectul preferat al cercetărilor behavioriste, stabilit de J.B. Watson: organismul învață să producă răspunsuri care-i permit să se adapteze la mediul său [19, pp. 398-405; 42, p. 109].

În viziunea behavioristă clasică, întreaga sferă a vieții psihice cuprinde trei moduri de organizare comportamentală: motorii, laringiene și viscerale, ce includ comportamentele prin care se exteriorizează emoțiile: frica, furia, mânia [15, p. 175; 236, p. 401].

Ulterior, odată cu apariția neobehaviorismului, C.L. Hull și E. Tolman își propun să studieze anumite variabile intermediare între stimul și răspuns, care reglează organismul, variabilele cognitive sau afective (motivația) [40, p. 886; 236, p. 412].

P. Плутчик a definit emoția ca „o succesiune complexă de evenimente, care conține elemente de înțelegere cognitivă, sentimente, impulsuri spre acțiuni și comportamente direct observabile”, considerând că emoțiile sunt patternuri comportamentale înăscute, având funcții importante și putând fi modificate pe parcursul vieții [252, pp. 465-468].

Unul dintre cercetătorii care au studiat emoțiile în calitate de comportament a fost Yan Reykovsky, care consideră că procesul emoțional duce la constituirea noilor forme de răspuns. Emoțiile se pot declanșa brusc, imediat după acțiunea agentului excitant, și treptat, rămânând mult timp în stare latentă. În al doilea caz, există o pregătire adecvată pentru o reacție emoțională. Mai târziu, în comportament apar schimbări organizate. La început, predomină schimbările expresive „curente”, apoi procesul emoțional se extinde asupra mai multor căi aferente, lăsând tot mai puțin loc comportamentului non-emoțional. Acest proces a dat naștere funcției adaptiv-reglatorii a afectivității [214, pp. 133-151].

Componenta afectivă a personalității permite constituirea unor profiluri emoționale: hiperemotiv sau hipoemotiv. Emoțiile dezorganizează conduita, iar uneori, dimpotrivă, emoția mobilizează energic organismul și organizează conduita. În condiții diferite, emoția îndeplinește ambele roluri [86, p. 88].

Alți cercetători, printre care A. Luria și K. Lewin, estimează că emotivitatea poate fi explicată doar în compania comportamentului, determinat de factori generali de personalitate, cum ar fi exactitatea imaginii pe care ne-am format-o asupra propriilor resurse psihice. De acest factor depinde neîncrederea în capacitatea noastră de a depăși diferite obstacole și dificultăți apărute în mod inerent în calea atingerii scopurilor propuse, gradul toleranței sau al rezistenței individului la situațiile stresante. Această toleranță individuală este dependentă atât de resursele noastre energetice, cât și de echilibrul nostru emotiv, care va determina măsura autocontrolului asupra trebuințelor noastre primare, biologice [216; 229; 242, p. 79].

K. Изард presupune că ar fi mai corect să se discute despre existența emoțiilor care provoacă ridicarea nivelului entropiei psihologice și care ușurează comportamentul constructiv, ceea ce ar face posibilă gruparea emoțiilor în categoriile pozitiv-negativ în funcție de influența lor asupra proceselor intrapsihice și interpsihice ale persoanei cu mediul înconjurător, luând în considerare mai mulți factori etologici și ecologici [166, p. 14]. Prin această afirmație se confirmă una dintre afirmațiile lui P. Janet, care susține că emoția este reacția personalității la situațiile în care nu se poate adapta. Astfel, emoția, în manifestarea sa, este multicomponențială [164; 165; 166, p. 18; 209, p. 205].

Un alt cercetător, Jeffrey Gray, a elaborat teoria sensibilității întâririi, care explică dimensiunile fundamentale ale personalității în termenii diferențelor interindividuale în ceea ce

privește sensibilitatea (reactivitatea) *sistemelor neurocomportamentale* care reacționează la stimulii întăritori (recompensatori) sau aversivi, considerând că dimensiunile fundamentale ale personalității sunt anxietatea și impulsivitatea. Același autor ne propune sistemul luptă/fugă, legat de dimensiunea P (psihotic) a lui Eysenck, care deține control emoțional scăzut sau este absent [169; 252].

Analiza comportamentului a fost și încă este atractivă pentru mulți psihologi, datorită posibilității de *schimbare*, prin controlul comportamentului. B.F. Skinner și alți cercetători au realizat un șir de experimente în care au aplicat principiile condiționării operante [174].

În conformitate cu unele cercetări, trăirile afective de proveniență organică sunt legate de funcționarea organelor interne, conflictul dintre organele interne și starea de boală [86, p. 88].

Persoana bolnavă este o personalitate foarte complicată, care se deosebește esențial de o persoană normală și necesită o atitudine deosebită, atât din partea personalului medical, cât și din partea membrilor familiei. Multe relații reciproce în sistemul bolnav-familie, bolnav-medic depind de atitudinea bolnavului însuși față de boala sa.

Această atitudine față de afecțiune devine „prisma” prin care bolnavul privește lumea. Pentru fiecare vârstă sunt caracteristice anumite opinii asupra bolii: la persoanele de vârstă medie, predomină teama că vor pierde lucrul din cauza bolii; persoanele vârstnice manifestă teama că vor deceda din cauza bolii.

Această problemă este reflectată mult mai complex în clasificarea atitudinii față de boală după A.E. Личко și Н.Я. Иванов [193]. Trebuie subliniat faptul că cel mai des se întâlnesc tipurile mixte ale acestor atitudini:

1. *Armonios*. Evaluarea trează a stării sale, fără predispuneri pentru a exagera gravitatea și fără o bază oarecare de a vedea totul „în negru”, dar și fără subevaluarea gravității bolii. Se manifestă străduința de a acționa tot timpul activ, pentru succesul tratamentului. Nedorința de a pune pe umerii altora grija pentru persoana sa. În caz de prognoză nefavorabilă, în sens de invaliditate, transferarea intereselor la domeniile vieții care vor rămâne accesibile pentru bolnav. În cazul prognozei nefavorabile, se atestă o concentrare a atenției, grijilor, intereselor asupra sorții apropiaților, propriilor afaceri.
2. *Neliniștit*. Neliniște neîntreruptă și circumspecție față de decursul nefavorabil al bolii, posibilele agravări și chiar pericolului tratamentului. Căutarea noilor căi de tratament, setea informațională suplimentară referitoare la boală, posibilitatea agravării situației, a metodelor de tratament, căutarea neîntreruptă a „autorităților”. Spre deosebire de ipohondrici, sunt interesați mult mai mult de datele obiective despre boală (rezultatele

analizelor, concluziile specialiștilor), decât de propriile senzații. De aceea preferă mai mult să asculte ce spun alții, decât să-și expună la nesfârșit plângerile sale. În dispoziția afectivă predomină, mai întâi de toate, anxietatea și tensiunea emoțională.

3. *Ipohondric*. Concentrarea la senzațiile subiective dureroase și la altele, neplăcute. Străduința permanentă de a povesti despre ele celor din jur. Pe baza lor, are loc supraaprecierea adevăratelor suferințe și identificarea unor boli imaginare. Supraaprecierea efectelor nocive ale medicamentelor. Îmbinarea dorinței de a se trata și neîncrederea în succes, cerința de a fi diagnosticat cu exactitate și fobia de dăunare după ce îi vor fi propuse anumite proceduri.
4. *Melancolic*. Supărat de boală, neîncrederea în însănătoșire, în posibila îmbunătățire a situației, în efectul tratamentului. Expune activ idei depresive, inclusiv idei de suicid. Este pesimist la tot în jur. Neîncredere în succesul tratamentului, chiar și când datele obiective sunt favorabile [250; 251; 253].
5. *Apatic*. Indiferență totală față de soarta sa, față de sănătatea sa. Supunerea pasivă la proceduri și tratament sub influența activă a cuiva din afară. Pierderea interesului față de tot ce-l interesa mai înainte.
6. *Neurastenic*. Comportament după tipul „slăbiciune iritantă”. Acutizări ale iritării, mai ales la durere, la senzații neplăcute, în eșecuri ale tratării, date nefavorabile ale controlului medical. Iritarea este revărsată frecvent pe primul întâlnit și se termină cu păreri de rău și lacrimi. Nu suportă senzațiile dureroase. Nu este răbdător. Nu poate aștepta ajutorul. Drept consecință, apare regretul pentru deranj și nereșinare.
7. *Obsesiv-fobic*. Susceptibilitate anxioasă înainte de toate față de retrairi nereală, puțin probabile ale agravării bolii, tratament eșuat și posibile (dar puțin probabile) eșecuri în viață, lucru, situația familială, care țin de boală; pericolele imaginare îl interesează mai mult decât cele reale. Un mecanism de apărare față de retrairi devin ritualurile și semnificațiile.
8. *Senzitiv*. Îngrijorare peste măsură față de posibilele „miracole” nefavorabile, care pot avea impact asupra celor din jur, datele despre boala sa; îngrijorarea că cei din jur îl vor ocoli, îl vor neglija, îl vor considera complexat, îl vor trata cu ignoranță sau cu îngrijorare, vor bârbi despre cauza sau natura bolii; frica de a deveni pentru cei apropiați o povară din cauza bolii și nedorirea binelui din partea lor în legătură cu aceasta.
9. *Egocentric*. „Plecarea în boală”. Expunerea convingătoare a suferințelor și emoțiilor în fața apropiaților și a celor din jur, cu scopul de a le capta atenția. Cerința de ajutor în

exclusivitate – toți trebuie să uite și să arunce totul și să aibă grijă doar de cel bolnav. Vorbele celor din jur se transferă repede „la sine”. În alții, care, la fel, necesită atenție și grijă, văd doar „concurenți” și îi tratează cu neplăcere. Dorință permanentă de a arăta poziția sa deosebită, exclusivitatea sa față de boală.

10. *Euforic*. Dispoziție ridicată neadecvat, frecvent jucată. Atitudine nesperioasă, deplorabilă față de boală și tratament. Speranța că „totul va trece de la sine”. Dorința de a primi de la viață tot, în pofida bolii. Ușurința încălcării regimului, cu toate că aceste încălcări pot să aibă impact nefavorabil asupra bolii.
11. *Anosognozic*. Lansarea activă a ideilor despre boală, despre posibilele urmări ale ei, negarea vizibilului în manifestarea bolii, asociindu-le cu alte stări întâmplătoare sau cu alte boli nesperioase. Refuzarea controlului diagnostic și a tratamentului. Dorința de a se folosi de remediile proprii.
12. *Ergopatic*. „Fuga de boală în serviciu”. Chiar și în agravarea bolii și suferințelor continuă lucrul. Muncesc cu înflăcărare, cu o ardoare și mai mare ca până la boală, dedică lucrului tot timpul, se străduiesc să se trateze și să se supună controlului astfel încât aceasta să lase posibilitatea de a continua lucrul.
13. *Paranoial*. Încrederea că boala este rezultatul gândului rău al cuiva. Este dubios la maximum față de medicamente și proceduri. Dorința de a bârfi cu cineva despre posibilele complicații ale tratamentului și acțiunile nefavorabile ale medicamentelor, gândurile rele și necorespunderea cu profesia a medicilor și personalului. Învinuirile și cerințele de a fi pedepsit în privința acestei probleme.

Tipurile de atitudine față de boală, în special determinate de particularitățile personalității bolnavului, au fost studiate de către Л.Л. Рохлин [199] :

1. *Astenodepresiv* – instabilitate emoțională, nesuportarea factorilor iritanți, micșorarea dorinței de a activa, senzația de distrucție și tristețe, neliniște. O astfel de stare contribuie la formarea atitudinii incorecte față de boală, perceperea tuturor evenimentelor în culori sumbre, ceea ce are efect nefavorabil asupra bolii și micșorează succesul tratamentului.
2. *Psihastenic* – plin de neliniște, fobii, încrezut într-un sfârșit letal, așteaptă urmări grave, întrebă pe toți despre boala sa, merge de la un medic la altul, are o mulțime de senzații neplăcute, își amintește simptomele bolii pe care le-a avut vreo rudă, vreun cunoscut, și găsește simptomele lor la sine.
3. *Ipohondric* – neliniștea și bănuiala sunt mai puțin evidente și predomină mai mult convingerea în prezența bolii.

4. *IstERIC* – boala este întotdeauna supraevaluată. Aceste persoane sunt predispuse spre fantezie, sunt supraemoționale și parcă „ar trăi” cu boala, o înfrumusețează cu o aură neobișnuită, cu ceva în exclusivitate, cu ceva deosebit, cu un chin nerepetabil. Cer atenție deosebită față de persoana lor, îi învinuiesc pe cei din jur pentru neînțelegere, pentru că nu le sunt îndeajuns de empatici.
5. *Euforic-anozognozie* – neatenție față de sănătatea lor, negarea bolii, refuz al investigațiilor și prescripțiilor medicale. La reacția persoanei și susținerea acestei reacții influențează caracterul diagnozei; schimbarea exteriorului și a capacității fizice; schimbarea posturii în familie și în societate; limitările vitale și pierderile legate de boală; necesitatea tratamentului (ambulatoriu, staționar).

În conformitate cu teoriile cunoscute în domeniul îngust al afectivității și adaptării, Silvio Esteban Veitia Mora, în cercetarea sa ce vizează particularitățile de autoreglare ale pacienților cu BU și cu boală hipertonică, a estimat că la majoritatea pacienților cu BU se manifestă tulburări ale echilibrului între forma reflexivă și emoțională a autoreglării, cu dominarea celei emoționale. Divergența între aceste două forme de autoreglare este mai evidentă în situații de insucces, manifestându-se prin pierderea plasticității și orientării spre scop, rigiditate, dificultăți ale adaptării în situații de stres. Conform cercetării date, la bolnavii cu BU predomină schimbarea comportamentului, a componentelor sferelor emoționale, cognitive și motivaționale în calitate de barieră în determinarea scopului și activităților sale de autoreglare reflexivă [244].

И.А. Оранезова a determinat prezența la majoritatea pacienților cu BU a stării de dezadaptare socială, ceea ce trebuie să fie obligator în vizorul terapeutului pentru controlul și tratamentul categoriei date de pacienți [197].

Particularitățile statutului psihoemoțional și calitatea vieții la bolnavii cu BU în faza de acutizare, au fost studiate de И.А. Подъяпольская, care a identificat nevrotismul și rigiditatea mărită, semne ale dezadaptării sociopsihologice, tulburări ale spectrului depresiv, instabilitate emoțională și anxietate stabilă ridicată. Dezadaptarea sociopsihologică este mai evidentă la femeile cu BU – anxietatea și instabilitatea emoțională având indicii destul de înalți, isteria și sindromul anxios-istic sunt la fel mai sus de limite. La bărbații cu BU, în calitate de factori ai dezadaptării sociopsihologice, sunt ipohondria și rigiditatea [202].

Studiind caracteristica clinico-morfologică și psihologică, Е.А. Сугоняко a cercetat inclusiv indicii de bază ai calității vieții la pacienții cu BU. Rezultatul factorilor activismului și stării de bine la acești subiecți s-a dovedit a fi diminuarea manifestării psihoemoționale a acestora. Cercetătorul a stabilit că în profilul psihologic al pacienților cu BU și BU perforant

predomină nerespectarea normelor moral-etice, ceea ce duce la dezadaptare, rigiditate și activism scăzut [225].

Indici mai înalți la depresie, anxietatea stabilă și situativă au fost stabiliți de către T.B. Дмитриева, care a cercetat BU și a identificat la acești pacienți inclusiv influența reciprocă a indicilor psihologici (alexitimie, ipohondrie, depresie, isterie, anxietate), clinici, comportamentali și social-demografici [155].

În rezultatul analizei teoretice efectuate pe baza cercetărilor cunoscute în domeniul studiat, s-a estimat că regresia afectivă a persoanelor adulte este urmată de schimbări la nivel comportamental. În clinica de boli interne, din diversitatea reacțiilor psihologice și a dereglărilor psihice evidențiate, cel mai des se întâlnesc:

- **Dereglări astenice.** Diversitatea dereglărilor astenice sunt simptomele esențiale ale dereglărilor psihotice. Asteniile pot exista în formă izolată în multe maladii somatice sau pot fi incluse în diferite sindroame psihopatologice (afective, afectiv-delirante, dereglări ale conștiinței, demență). Manifestarea cea mai des întâlnită a stărilor astenice este insuficiența emoțional-hiperestetică, ce se caracterizează prin fatigabilitate vădită, sensibilitate extremă, tendința de a plânge, instabilitate emoțională și afect epuizat. Aceste simptome sunt prezente în cazul pacienților cu BU. Astenia poate fi atât debutul, cât și sfârșitul maladiei. Acuzele tipice sunt: slăbiciune; greutate la concentrarea atenției; iritare; nesuportarea luminii intense; a sunetelor pătrunzătoare; somn superficial, neliniștit; instabilitate emoțională; iritabilitate; impresionabilitate. Dereglările astenice se asociază cu anxietatea, depresia, frica, senzații neplăcute în organism și fixarea ipohondrică asupra maladiei sale [128; 182, p. 171; 253].
- **Manifestări fobice și ipohondrice.** Acestea sunt: frica; anxietatea; gânduri exagerate despre maladia somatică. Reacțiile ipohondrice sunt întâlnite des, mai ales la persoanele vârstnice. În cazul acestor pacienți, este suficientă o discuție psihoterapeutică, în care să li se explice particularitățile bolii, fără amănunte în plus. Pentru preîntâmpinarea acestor reacții are o mare importanță explicarea indicațiilor medicului, ca pacientul să nu aibă dubii în privința administrării medicamentelor.
- **Labilitate afectivă.** Pentru maladiile somatice este caracteristică labilitate afectivă cu diferite nuanțe: anxietate; depresie; apatie. În apariția depresiilor sunt implicate traumele psihologice (însăși boala este o traumă), somatogeniile (boala ca atare) și particularitățile de personalitate ale bolnavului. Tabloul clinic al depresiei este variat, în funcție de caracterul și etapa bolii și rolul factorului ce prevalează. Astfel, în cazul în care maladia este de durată, dispoziția deprimată se poate asocia cu insatisfacția,

cicălire, capriciozitatea, iritabilitatea. Dacă la etapele debutului bolii este caracteristică anxietatea, frica, uneori cu idei de suicid, atunci la prelungirea bolii poate prevala indiferența, cu tendințe de ignorare a bolii. Cel mai rar se întâlnește o dispoziție ridicată de tip euforie. Apariția euforiei, mai ales în boli somatice grave (cancer, hemoragii interne), nu este un indiciu al însănătoșirii, ci „prevestitorul” sfârșitului nefavorabil și apare, de obicei, în legătură cu insuficiența de oxigen a encefalului. Apariția euforiei se asociază cu anozognozia (negarea propriei boli), ceea ce prezintă pericol pentru bolnav, având în vedere starea lui gravă și deci comportamentul neadecvat [105; 159, p. 152; 253; 257].

- *Devieri caracterologice.* Maladiile cu debut în copilărie predispun la formarea patocaracterologică a dezvoltării personalității. Bolile în rezultatul cărora apar defecte ale exteriorului constituie baza pentru dezvoltarea complexului inferiorității, care limitează relațiile sociale și contactele emoționale ale pacienților. În urma maladiei durabile, bolnavii devin morocănoși, egoiști, au o atitudine neplăcută, chiar dușmănoasă față de cei din jur. Persoanele care locuiesc în condiții de hipertutelare, grijă exagerată devin și mai egocentrice, necesită atenție permanentă; în condiții opuse, pot fi prezente anxietatea, susceptibilitatea, timiditatea, neîncrederea în sine, nehotărârea de grad înalt peste normă, ceea ce-i face pe acești pacienți să ducă un mod de viață retras [182, p. 172].
- *Sindromul obnubilării* are mai multe componente:
 - *obnubilarea* – simptom caracterizat prin slăbirea percepției excitanților externi. Bolnavii nu reacționează imediat la întrebări, la situația din jur; sunt pasivi, inhibați. La agravarea stării bolii, pot ajunge la stare de comă;
 - *delir* – stare de obnubilare cu orientare greșită în spațiu, timp, mediul înconjurător, dar cu păstrarea orientării în propria personalitate. Bolnavii pot avea halucinații perceptive. Se observă iritare, poate fi prezentă frica, comportamentul agresiv, în funcție de halucinații. La ieșirea din starea de delir, memoria păstrează evenimentele petrecute demult, dar pot dispărea din memorie evenimentele recente. Cauzele delirului sunt: predispoziția; provocarea; accelerarea;
 - *confuzia mintală* (amenția) – pierderea totală a orientării atât în mediu, cât și în propriul „Eu”. Totul este perceput fragmentar, dispersat. Gândirea este dereglată, bolnavul nu poate înțelege cele petrecute. Pot fi prezente halucinațiile, urmate de neliniște motoră, limbaj fără sens. Iritarea poate alterna cu perioade de inhibare, senzații de neajutorare. Dispoziția este instabilă: de la evaziunea în lacrimi până la veselie nemotivată;

- o *onirism* – stare de vis real. Se caracterizează prin derularea de imagini și scene vizuale, trăite de subiect ca și cum ar fi reale. Este dereglată orientarea în spațiu și în propria personalitate;
- o *obnubilare crepusculară* – este o varietate de obnubilare care are debut acut și final brusc. Ca rezultat, are loc pierderea memoriei pe acea perioadă de timp. Deoarece la bolnav sunt prezente dereglări profunde ale orientării, cu posibile halucinații și delir, prezintă pericol social [159, p.152].

În conformitate cu datele din lucrările analizate, putem estima că factorii care contribuie la conturarea personalității pacientului – vârsta, sexul, factorii genetici, particularitățile tipologico-caracteriale, inteligența, bagajul de informații, instruirea, competențele profesionale, statutul marital – joacă un rol foarte important în trăirile emoționale declanșate de boală.

1.3. Particularitățile afectiv-comportamentale ale adultului în perioada de criză

Fiecare persoană are opiniile sale personale asupra dezvoltării personalității și evenimentele produse în viață. Există momente când se petrec schimbări în ideile proprii, uneori se atestă chiar pierderea interesului față de ceva ce era adorat mult timp. Această situație a primit denumirea *criză a vieții*. Noțiunea de „criză” își are originea în limba greacă, ceea ce ar însemna „a separa”, „a examina cu atenție”, iar simbolic are sensul de „a judeca”, „a decide”. În studiile medicale găsim explicația crizei, care definește un fenomen cu conținut dramatic, caracterizând un accident survenit la un individ aparent sănătos, care manifestă evoluția acută a unei stări afective – criză de nervi, criză de tuse [8; 44, p. 147; 119, p. 74; 246; 266].

Ideograma chineză descifrată de Langsley și Yarvis atribuie crizei combinarea dintre semnele dezastrului și ale norocului, care poate influența direcția de acțiune a individului [112, p. 88].

Conform teoriei lui Hipocrat, în sens medical, criza este descrisă ca fiind momentul culminant al unei maladii, după epuizarea căruia se pot face concluzii și referitor la cum va decurge boala: spre evoluție pozitivă – însănătoșire – sau negativă – până la deces [21].

Caplan descrie criza ca o combinație între trebuința de a acționa și imposibilitatea de a îndeplini trebuința dată [2, p. 309].

Conform lui J. Masson, criza este definită ca fiind starea de suprasolicitare și epuizare a resurselor personale, care precede inadaptarea la o situație nouă. Unii autori au observat o dinamică a crizei: mărirea disconfortului, apariția anxietății, înlocuirea mecanismelor adaptive cu cele inadapative, dezorganizarea majoră. Aceste stări pot fi clasificate conform etiologiei lor:

ca rezultat al factorului traumatic fizic sau psihic și ca o consecință a diverselor faze ale vieții [44, p. 75].

Conform Dicționarului de psihologie LAROUSSE, criza este o manifestare bruscă a unei ruperi de echilibru. Prima criză întâlnită de ființa umană este nașterea, însoțită de plâns și țipete. Pe parcursul vieții, ființa umană trece numeroase etape critice, inclusiv înțărarea, școlarizarea, adolescența, menopauza [112, p. 88].

R. Doron și F. Parot descriu criza în comparație cu conflictul intrapsihic, care desemnează o dimensiune constantă și diacronică a dezvoltării, criza fiind exactă și localizată, mai concret, ca pe o schimbare decisivă, un moment acut de dezechilibru. Această noțiune este strâns legată de continuitatea sau discontinuitatea dezvoltării și validarea conținutului acestor stadii ale dezvoltării, vorbind despre criza de personalitate [40, p. 201].

Cercetările din domeniul psihanalizei descriu criza ca fiind consecința schimbărilor negative prin pierderea imaginii ideale a Eului sau pierderea unei persoane. Mai există o criză, când este o pierdere impusă sau când apar conflicte între Eul real și cel ideal [174, p. 377]. Elaborările crizei, conform descrierilor psihanalitice, sunt achiziții specifice ale psihismului uman, tranziția, între ruptură și sutură, deschizând astfel un domeniu nou pentru clinică și psihoterapie. R. Kaës menționează că a gândi criza înseamnă a conștientiza ruptura [40, p. 201].

Mai des se vehiculează cu noțiunile „criza adolescenței” și „criza vârstei mijlocii”, acestea fiind crize existențiale caracterizate prin dezordine aparentă [246].

Începând cu sfârșitul anilor '70 ai secolului XX, odată cu popularizarea rezultatelor rapoartelor lui Vaillant (1977) și Levinson (1978), se discută tot mai frecvent despre „criza vârstei de mijloc”, concept referitor la un nivel specific al dezvoltării emoționale. Ce este criza vârstei de mijloc? Termenul este în vogă, gata să explice o depresie, o aventură extraconjugală, schimbarea carierei și aproape orice alt eveniment care apare în viața unei persoane de vârstă mijlocie. Definită pentru prima dată de autori precum Jung (1968) și Jaques (1967), criza vârstei de mijloc este, în general, înțeleasă ca fiind o perioadă de frământări emoționale, uneori comportamentale, care se instalează odată cu vârsta adultă. Psihologul elvețian Jung consideră că schimbarea de la orientarea spre exterior (inserția profesională, familială și obținerea recunoașterii sociale) la orientare spre interior (stabilitate profesională și familială, acceptarea diminuării forței fizice și a modificărilor relațiilor familiale și sociale) este crucială pentru adaptare. „Ceea ce găsește și trebuie să găsească tânărul în afară, cel aflat la amiaza vieții trebuie să găsească în interiorul său”. Această schimbare implică adesea frământări generate de punerea la îndoială a obiectivelor anterioare. Persoana devine conștientă că îmbătrânește și că jumătate din viața sa de adult s-a scurs [8; 33; 80; 114].

Levinson (1978) descrie patru stadii ale dezvoltării la vârsta adultă. Primul stadiu care, conform temei de cercetare, ne interesează reprezintă o trecere la vârsta adultă (la 40-45 de ani), în care se analizează și își interoghează propriile valori, trebuințe, abilități – proces care se finalizează cu structurarea unei noi imagini de sine [82; 114].

Instalarea stării de criză a sănătății sau, altfel spus, apariția bolii, nu este acceptată în același mod de către toți indivizii. Unii indivizi, echilibrați emoțional și cu nivel de cultură medicală satisfăcător, recunosc și acceptă boala în mod rațional și au un comportament prosanogenetic. Alți indivizi, cu trăsături psihopatologice de personalitate – anxioșii, suspicioșii, obsesionalii, depresivii –, deși acceptă boala, o fac într-un mod disproporționat, exagerând mult contextul organo-lezional și consecințele acestuia [30, p. 213]. Trebuie să cunoaștem subtilitățile relaționării cu fiecare pacient în parte, în funcție de tipologia de personalitate subiacentă maladiei prezente.

1. *Pacientul dramatic, hiperexpresiv, demonstrativ* se manifestă prin răspunsuri emoționale exagerate față de boală sau stres. Chiar dacă, în cursul asistării medicale, se repetă conduite regresive din perioada infantilă, medicul știe că nu trebuie să lezeze demnitatea omului suferind în timpul pe care-l are de petrecut sub acest statut desocializant, care trebuie să fie îngrijit, susținut, îmbărbătat, obișnuit cu un nou stil de viață.

2. *Pacientul anxios* are, de multe ori, pretenții excesive, nerealiste, prin solicitările frecvente și panice, obținând prezența și atenția cadrelor medicale. Medicul va înțelege această nevoie crescută de securitate și va adopta o atitudine mai directivă, chiar dacă va acorda atenție oricărui amănunt semnalat de pacient.

3. *Pacientului depresiv* trebuie să i se acorde suficient timp pentru a-și descrie suferințele, fie că sunt legate de boală, fie că nu. Pacientul dorește să simtă că există cineva căruia îi pasă de el și așteaptă încurajări frecvente din partea personalului medical, din partea familiei și a prietenilor. Dorește să i se arate simpatie, să i se explice pericolul netratării bolii. Medicul, prin comunicare eficientă și o relație bună cu familia celui bolnav, facilitează adaptarea compensatorie la nevoile suferindului, înlocuind emoțiile negative cu speranța. Este foarte important ca pacientul, și nu medicul, să fie cel care alege și implementează soluții în procesul de rezolvare a problemelor personale.

4. *Pacientul hiperprecis (anankast), sau obsesional*, este unul dintre tipurile cele mai solicitante de pacienți. O asemenea persoană este, de regulă, autodisciplinată, foarte ordonată, cu expectanțe crescute atât față de sine, cât și față de ceilalți. Rigid, inflexibil, îl deranjează dezorganizarea și dezordinea din jur. Pune foarte multe întrebări despre boală și tratament, vrea să fie informat în cele mai mici detalii; se întâmplă frecvent ca acest tip de pacient să nu accepte

terapia până când o înțelege cu exactitate. Medicul nu trebuie să considere întrebările sau comentariile pacientului ca afronturi personale. Atitudinea răbdătoare, acordarea unor explicații detaliate, acordarea de atenție prin discuții zilnice despre simptomatologie, expectanțele față de rezultatele obținute, raportul cost-beneficii vor fi etape necesare în construirea unei alianțe terapeutice stabile și cu acest tip de pacient.

5. *Pacientul celebru prin poziție socială sau economică* se consideră mai important decât alți pacienți. Deși ocupă o poziție socială superioară, i se pare că boala îi diminuează autoritatea și așteaptă un tratament preferențial. Alege să discute cu personalul cu cel mai înalt grad ierarhic – directorul spitalului, cu profesori universitari. Relația transferențială cu acest tip de pacient este foarte dificilă, întrucât alianța terapeutică este, în mod continuu, subminată de nevoia de autoritate a „personajului” bolnav [30, p. 243; 50].

6. *Pacientul suspicios* se simte vulnerabil în fața bolii, deoarece are o încredere scăzută în orice autoritate, inclusiv în membrii corpului medical. Are mereu senzația că nu are cel mai bun medic, că diagnosticul nu este cel real, că i se ascunde ceva. Fiind nemulțumit, permanent reproșează ceva. Dorește să i se dea dreptate în privința opiniei sale despre boală și tratament, luptă cu personalul sau instituția pentru drepturile sale. Ascultarea reproșurilor și nemulțumirilor, cu o atitudine de confidență, fără exprimarea unei opinii pro sau contra, este atitudinea cea mai bună de adoptat. Oferirea unor explicații este, de asemenea, obligatorie pentru ca pacientul să nu considere anumite acte medicale drept rea-voință [30, p. 245].

7. *Pacientul antisocial* – persoanele impulsive, agresive sau dependente de alcool, droguri încalcă regulile și programul spitalului. Dacă, inițial, încearcă să cucerească personalul medical printr-o atitudine de obediență, ulterior nu-și recunosc faptele de abatere de la disciplina de spital. Medicul, cunoscând toleranța scăzută la frustrare a acestor pacienți, trebuie să evite declanșarea unor comportamente agresive din partea acestora. El va explica ferm regulile terapiei, încă de la începutul relației, chiar dacă este necesară și prezența unei figuri autoritare. Oricum, este necesară reprimarea tendinței de a pedepsi pacientul, chiar dacă a comis ilegalități în secția spitalului [30, p. 246].

Steichen descrie crizele existențiale ale adultului ca fiind explicate din punctul de vedere al evoluției umane: autonomizarea – la 18-30 de ani; remodelarea cu reevaluarea obiectivelor – la 30-35 de ani; „jumătatea vieții”, cu conflictul dintre „a vrea” și „a putea” – la 35-45 de ani; pensionarea, cu reorganizarea și reactualizarea stilului vital – 60-65 de ani [44, p. 76].

Pentru prima dată, crizele de vârstă sunt abordate în studiile efectuate de către П.П. Блонский, apoi sunt reluate în lucrările de referință ale lui Л.С. Выготский, care descrie crizele

de vârstă ca fiind o transformare a situației sociale a dezvoltării, atribuind-o normei ontogenetice [201, p. 347; 203; 204, p. 9].

Conform lui А.Н. Леонтьев, criza se prezintă ca mărturie a schimbării nepetrecute la timpul cuvenit, asemenea unui sindrom nefavorabil al schimbărilor de vârstă [204, p. 35]. În consecință, se petrece decentrarea motivelor conform scopului, schimbarea ierarhiei lor și apariția noilor motive în calitate de noi tipuri de activitate; cele anterioare discreditându-se psihologic, iar acțiunile corespunzătoare lor încetează a mai exista sau se transformă în operații impersonale [209, p. 189].

Datele despre psihologia adultului sunt variate și au fost obținute în baza diferitor criterii. **Perioada vârstei adulte** include populația cuprinsă între 35 și 65 de ani [33; 80; 113; 114; 126, p.225; 178; 210; 211; 223].

Б.Г. Ананьев, în una din cercetările sale, acordă atenție dezvoltării psihice la vârsta maturității, estimând necesitatea creării unei concepții unice despre psihologia adulților, menționând că modelele științifice cu privire la schimbările unui adult la diferite perioade ale vieții sale sunt necesare pentru teoria și practica educației adulților [Apud 116, p. 34]. Mai târziu, savantul, în monografia sa „Оmul ca обiect al cunoașterii”, menționează că psihologia vârstei mijlocii este o ramură absolut nouă a psihologiei vârstelor. Psihologia maturității s-a dovedit a fi la periferia cunoașterii psihologice, fiind, pe de o parte, mărginită de abordările psihologiei genetice, pentru care maturitatea este reprezentarea unui produs și o finalitate individual-psihică a dezvoltării umane; pe de altă parte, gerontologia analizează maturitatea ca pe o perioadă în care sunt concentrate izvoarele proceselor de îmbătrânire [Apud 240, p. 285].

Din cercetările lui В. Шевчук putem deduce că predispozițiile pentru anumite activități sunt mai evidente la anumite vârste: pentru coregrafie – tinerețea (20-25 de ani); pentru creația literară și muzică – vârsta adultă precoce (30-35 de ani); pentru știință – vârsta adultă mijlocie (40-55 de ani). Rezultatul mediu al succeselor majore, conform datelor statistice culese de către Леман, este atribuit vârstei de 37 de ani [Apud 209, p. 49].

Perioada cea mai productivă și activă social este specifică maturității: este etapa adultului, când poate atinge cele mai înalte performanțe intelectuale și personale. Vechii greci numeau această vârstă și stare spirituală „acme”, semnificația fiind „piscul”, nivelul cel mai înalt, perioada înfloririi [213; 240, p. 283].

Н.А. Рыбников, conducându-se de teoria elaborată de grecii antici, a propus să fie numit „acmeologie” domeniul special al psihologiei vârstelor, care studiază legitățile dezvoltării persoanei adulte. Acmeologia studiază căile, metodele, condițiile dezvoltării umane: ca individ

(ideal fizic), ca personalitate de succes, subiect talentat în activitate și individualitate originală, totodată ca cetățean, părinte, soț, prieten [Apud 240, p. 290].

E. Erikson a inaugurat o profitabilă schimbare de optică, deoarece își propune să studieze etapele evoluției umane până la moarte. Deplasând centrul de greutate, în dezvoltarea ființei umane, pe forțele sociale, savantul consideră că fiecare stadiu se caracterizează prin confruntarea dintre două forțe antagonice, ce conferă fiecărei etape caracter de criză, fiecare dintre ele individualizându-se prin câte o pereche de antinomii specifice. Din cercetarea sa, rezultă opt stadii psihosociale: (0-1 an) copilul mic; (1-3 ani) copilăria timpurie; (3-6 ani) vârsta jocului; (6-14 ani) vârsta școlară; (14-20 de ani) adolescența; (20-35 de ani) tinerețea; (35-65 de ani) maturitatea; (65 de ani și mai mult) bătrânețea [15, p. 159; 82; 112, p. 117; 140, p. 303; 160, p. 187; 174, p. 183; 195, pp. 358-361; 204, p. 9]. În teoria lui E. Erikson, maturitatea este descrisă ca vârstă a „petrecerii acțiunii”, având în calitate de caracteristici de bază generativitatea, producerea, crearea și neliniștea. Maturitatea (35-65 de ani), conform teoriei eriksoniene, este descrisă ca fiind o etapă a alegerii între generativitate, înțeleasă ca interes apărut pentru alte persoane în afară de membrii familiei, și grija exclusivă de sine [112, p. 118; 152; 154].

Dacă se adoptă în calitate de criteriu de diferențiere manifestările biopsihice de bază, atunci putem deosebi câteva subperioade ale vârstei adulte: subperioada dintre 35-45 de ani se definește prin consolidarea statutului profesional al individului și, respectiv, printr-un veritabil puseu creator în domeniul lui de activitate. Perfecționarea sa profesională se intensifică, responsabilitățile se extind, inclusiv prin dorința de a accede la o funcție. Energia libidinală funcționează la cote ridicate. Manifestă o preocupare asiduă față de familie și copii. Cu toate acestea, debutul perioadei se acompaniază frecvent de o sporire apreciabilă a numărului de divorțuri [126, p. 225; 127; 185; 186; 192].

Una din teoriile cele mai complexe, din punctul de vedere al psihologiei, este periodizarea lui Bromley, care se bazează pe analiza schimbărilor caracteristicilor psihologice și sociale, schimbarea tipurilor de orientare, a comportamentului și comunicării exterioare. Viața umană, în această periodizare, este privită ca un conglomerat din cinci cicluri: uterin, copilărie, adolescență, maturitate și îmbătrânire. Fiecare ciclu constă din câteva etape. Perioada maturității este alcătuită din patru etape: tinerețea (21-25 de ani), maturitatea mijlocie (26-40 de ani), care include două subperioade de vârstă: la 32-34 de ani, se produce criza normativă, iar la 30-33 de ani are loc reevaluarea planurilor vitale și a posibilităților reale, limita 33-40 de ani, caracterizată prin stabilitatea și competența manifestată, maturitatea târzie, numită și criza de la mijlocul vieții 41-45 ani [170, pp. 125-127].

Stagnarea apărută într-o anumită perioadă a vieții, ca remediu contra crizelor existențiale, este însoțită de somatizare, subiectul atribuindu-și eșecurile și slăbiciunile caracteristice unor maladii dificile în diagnosticare. În crizele existențiale, subiectul în cauză poate folosi ca mecanism de apărare atât supracompensarea, cât și decompensarea [63, p. 98; 119, p. 77].

Adeptii psihologiei umaniste (A. Maslow, G. Allport, K. Rogers) atribuiau o importanță maximă procesului de autorealizare sau autoactualizare a persoanei adulte. G. Allport susține că maturitatea persoanei este determinată de nivelul autonomiei funcționale al motivației personale. Individul matur este sănătos și productiv, dacă anterior a trecut cu succes formele precoce ale motivației din copilărie și acționează, la moment, conștient [196; 199; 236, p. 288].

În conformitate cu teoria motivației, includem în cercetarea dată și particularitățile de învățare ale adulților, pe care trebuie să le avem în vedere.

1. Adulții raportează instruirea la sistemul lor de valori, deci sunt orientați spre propria persoană. Fiecare adult posedă anumite cunoștințe, o anumită experiență socială și profesională, are anumite atitudini conștiente față de diferite lucruri. De aceea, în procesul instruirii, el acceptă mai ușor ceea ce consideră că este important pentru sine.
2. Adulții sunt foarte receptivi la instruirea care are legătură cu problemele lor zilnice, ei încep să învețe în momentul în care observă în mod evident necesitatea unei schimbări, deci este vorba despre participare activă. Adulții sunt interesați și se implică activ, dacă consideră că le este util ceea ce li se propune în instruire; de obicei, ei nu acceptă instruirea formală, pasivă.
3. Adulții au tendința să aibă puncte de vedere fixe, standard în anumite cazuri, ceea ce îi face sceptici referitor la noile modalități de gândire și noile comportamente propuse în instruire, fac un fel de validare a informațiilor. De obicei, ei nu primesc credul informația nouă, ei o validează: o verifică, o trec prin sine – prin cunoștințele, experiența, gândirea, standardele sale. Ei meditează asupra informației recepționate și, drept consecință, o acceptă sau o resping.
4. Adulții nu necesită permanent sprijin: ei decid când și ce lucruri trebuie să-și noteze, poartă responsabilitate pentru ceea ce au învățat și, ca rezultat – ce au înțeles și ce au aplicat, deci au o nevoie redusă în acordarea suportului.
5. Adulții învață prin reflectare asupra propriilor experiențe și asupra experiențelor altora, cu alte cuvinte, colaborează. Adulții, de regulă, doresc să facă ceva împreună cu cineva, să soluționeze diverse probleme, să afle, să cunoască experiența altora etc. și, de aceea, ei învață mai bine într-un mediu în care pot colabora cu alte persoane.

6. La planificarea și realizarea activităților de instruire, trebuie luate în considerare și următoarele aspecte specifice ale învățării adulților:
- Adulții contribuie la activitatea de învățare cu propria lor experiență de viață.
 - Adulții obțin rezultate când li se respectă și li se sprijină independența.
 - La adulți învățarea are tendința de a se concentra pe probleme, și nu pe subiecte, fiind mai mult practică, decât teoretică.
 - Adulții învață făcând.
 - Eficiența învățării la adulți depinde de claritatea cerințelor și așteptărilor.
 - Adulții învață cel mai bine când sunt abordați la nivelul lor curent de înțelegere și competență.
 - Adulții rețin mai curând concepte, decât fapte.
 - La adulți învățarea nu este liniară.

B.И. Слободчиков și Г.А. Цукерман relevă postulatul precum că **prima etapă a vârstei adulte (17-42 de ani)** constă în individualizarea sistemului valorilor sociale și a idealurilor corespunzătoare poziției personificate a persoanei devenite subiect al relațiilor sociale. Cu statut de formulă a periodizării integrative a dezvoltării psihice pot servi cuvintele lui M. Luter: „Pe aceasta mă bazez și nu pot altfel”. Apoi vârsta de încheiere (după 39 și mai departe) – universalizarea, care se presupune că ar fi posibilitatea potențială de a atinge nivelul de vârf al dezvoltării spirituale, includerea în spațiul valorilor generale, supraumane și existențiale [Apud 240, p. 286].

E.Л. Солдатова, în cercetarea sa dedicată structurii și dinamicii crizei normative de tranziție spre maturitate, a estimat că sarcinile principale ale etapei vârstei mijlocii sunt asociate cu performanțele în domeniul profesional, în relațiile familiale, în poziția civilă și spirituală. Pentru etapa a doua a maturității sunt specifice schimbări esențiale în structura și nivelul identității. Criza vârstei de mijloc, sau cea de la 40 de ani, este manifestată prin adresarea către sine, cu conștientizarea sistemului valorilor vitale de bază, cu determinarea noilor scopuri. Calea spre viitor este străbătută prin înnoirea sarcinilor, acceptarea și înțelegerea personală și a statutului său de vârstă. O caracteristică nouă a crizei de **40 de ani este autonomia, sau puterea egoului**, care determină independența, autonomia persoanei în realizarea scopurilor vitale, a propriei linii de viață, în sfera atitudinilor, contactelor sociale și profesionale, încrederea în resursele personale [222].

Conform teoriei lui V. Frankl, cu toate că orice criză provoacă, într-o anumită măsură, frustrarea sensului (trecut, prezent, viitor), anume criza vârstei mijlocii este determinată drept

criza existențială – asociată cu conștientizarea bătrâneții și apropierea morții –, de aceea aici sunt foarte strigente întrebările care vizează sensul vieții [Apud 222].

Parametrii epidemiologici ai maladiilor sistemului gastrointestinal la persoanele adulte au fost studiați de Л.А. Тюльтева, care a cercetat persoanele din mediul de trai al zonei industriale. În urma studiului, au fost identificate tendințele de creștere a condițiilor de stres social, cu manifestarea maximă a acestui proces în momente de criză, deducând că vârstnicii sunt mai stabili din punctul de vedere al dinamicii bolii ulceroase [230].

O latură destul de interesantă în domeniul psihogastroenterologic a fost studiată de către Д.С. Бордин. Savantul a cercetat coraportul dintre tabloul clinic și statutul psihovegetativ la pacienții cu BU, stabilind că la 30-39 de ani aceste persoane manifestă „fuga de la boală la lucru”, urmată de dezadaptare minoră, iar după 40 de ani este mai evidentă componenta senzitivă și reflectă neliniștea față de boală și comportamentul dezadaptiv; tulburările stării psihice a bolnavului indică creșterea nivelului de nevrozitate, dezadaptarea față de boală, micșorarea indicelui calității vieții [143].

În urma cercetărilor efectuate s-a putut determina o relație între particularitățile caracterului, tipurile de reacție a personalității și metabolismul substanțelor biologice active, altfel spus, între fenomenele psihice și somatice, ideale și care asigură material, social și biologic, atât la persoanele practic sănătoase, cât și la cele cu dereglări neuropsihice. Ca o variantă a astfel de relații este disocierea necesităților, motivelor și scopurilor activității, care duce la schimbarea nivelului de anxietate. Influența psihosomatică și somatopsihică uneori preschimbă activitatea obișnuită a persoanei, provocând o luptă chiar cu instinctul de autoapărare. Nu întâmplător în noțiunile noi date bolii tot mai mult se evidențiază rolul factorului psihic. Boala întotdeauna implică și lezarea sistemelor organismului, ceea ce duce la dereglarea integrității și vitalității organismului și la suferințe psihice. Faptele și acțiunile persoanei sunt determinate nu de mediul social înconjurător, ci de instinctele caracteristice omului, tendințele agresive, care doar se întetesc și se acutizează de către civilizația contemporană [61; 62; 63; 71; 72; 81; 98].

Ulcerele – în rezultatul stresului – sunt recunoscute oficial în mijlocul sec. XIX. Dacă pacientul are mai mulți factori de , probabilitatea apariției BU crește [88; 106; 188; 189; 228; 234; 238; 247].

Rolul conducător al factorilor neuropsihici în geneza BU a fost fundamentat în teoria lui H. Selye, despre sindromul de adaptare generală și influența „stresului” asupra organismului (Anexa 1). Teoria lui Selye a adus trei contribuții importante, în afara faptului că savantul a introdus conceptul de „stres” ca termen științific: în primul rând, el a postulat că efectele

stresului se acumulează în timp, în al doilea rând, a analizat efectele patologice asupra organismului, în al treilea rând, Selye a concluzionat că efectele stresului sunt cumulative.

În confirmarea teoriei lui H. Selye vine cercetarea caracteristicilor clinico-patogenetice ale particularităților BU, realizată de către B.Г. Apõyзova, care demonstrează rolul stresului în patogeneza BU [139].

S. Popa și P. Cepoida au efectuat un studiu în acest domeniu, în care au descris detaliat importanța rezolvării acestei probleme și au estimat dependența directă dintre incidența ulcerelor de stres și severitatea bolii în practica medicală zilnică [93, pp. 153-157].

I. Țâbârnă, în rezultatul unei cercetări, a constatat că BU afectează preponderent persoanele apte de muncă cu vârsta cuprinsă între 30 și 60 de ani, preponderent din localitățile urbane [123, pp. 139-142]

Persoanele care muncesc mult, cu responsabilități considerabile și anxietate sunt victime potențiale ale bolii, din cauza stresului. La majoritatea pacienților care suferă de BU simptomele se înrăutățesc în perioadele de stres. Stresul psihologic joacă un rol semnificativ în patogeneza BU la persoanele genetic predispuse; astfel, intervențiile psihoterapeutice pot fi utile în aceste cazuri. Boala poate dura câteva luni și de cele mai multe ori se termină cu însănătoșirea, cu toate că pot fi recidive [5; 16; 32; 40; 41; 57; 67; 96; 97; 158; 173; 182].

Există mai multe teorii în privința apariției BU [187; 204]. Ю.М. Губачев și colegii săi au dedus concluziile unui studiu realizat timp de 15 ani și au elaborat cinci variante ale dezvoltării și evoluției BU: biologic sau somatogen – cu organizarea verticală a sistemului funcțional, neurogen – posttraume cerebrale; endogen-psihiopatologic – corelația dintre BU și depresia mascată; debut distresoric al BU; ca tip de personalitate – sindromul dezadaptării social-psihologice [Apud 110]:

1. biologică (somatogenă) – în calitate de bază a evoluției bolii servește sistemul funcțional vertical organizat, care include centrele ciclice ale hipotalamusului, hipofizei, glandelor endocrine, sistemului nervos vegetativ și aparatul neurohormonal al zonei piloroatrale. Este varianta de bază, căci componentele ei sunt prezente și în alte variante patogenetice;
2. neurogenă – este prezentă mai evident la persoanele care au suferit traume craniocerebrale, cu lezarea structurilor subcorticale;
3. endogen-psihiopatologică – include cazuri de combinare psihosomatică a BU și depresie;
4. debut distresoric al BU;

5. personal – în calitate de mecanisme ale dezvoltării și evoluției BU servește sindromul dezadaptării social-psihologice [70, p. 121; 120, p. 96; 153; 167, p. 219; 185, p. 790; 206].

G. Bergmann a elaborat teoria neurogenă, conform căreia există diferite defecte ale nervilor, ce influențează asupra stomacului sau duodenului și duc la spasme musculare ale pereților lor. Rolul principal îl are dereglarea funcțională a SNV, cu dominarea tonusului nervului vag. Încă la mijlocul secolului trecut psihiatrul german H. Glatzel a evidențiat dependența lucrului sistemului digestiv de emoții. Savantul a demonstrat științific că agresivitatea și furia forțează trecerea alimentelor prin stomac, iar frica și gândurile depresive încetinesc masticția, din contul spasmelor [58; 205; 206; 217, p. 92]. S-a constatat că stomacul este cel mai „stresodependent” organ, după inimă. Se știe că 60 % din bolnavi au căpătat ulcer pe fond nervos. Dacă situația se prelungește, tensiunea psihică nu găsește ieșire, atunci stomacul începe, în sens direct, să se „digere” singur pe el [223; 255; 265].

К.М. Быков și И.Т. Курцин relevă specificul teoriei cortico-viscerală: ulcerul apare în rezultatul dereglării sistemului nervos, de exemplu, la stres, care influențează nemijlocit asupra nervilor gastrici. Se manifestă devieri în activitatea nervoasă superioară, care apar ca rezultat al emoțiilor negative, al surmenajului mintal ș.a. În astfel de cazuri se observă slăbirea procesului de inhibiție în scoarța cerebrală și iritarea subscoarței, în care apare un focar de iritare stabil, însoțit de mărirea tonusului nervilor simpatic și vag. Disfuncția SNV duce la mărirea secreției gastrice, a motoricii, contracții spastice ale vaselor și schimbări trofice ale membranei mucoase a zonei gastro-duodenale și, în final, la formarea UG sau UD [168, p. 68].

S. Freud, prin intermediul psihanalizei bazată pe dezvoltarea libidoului, a elaborat teoria psihanalitică. Manifestările emoționale, legate cu procesele biologice de consum, păstrare și folosire, sunt ușor recunoscute drept componente emoționale ale funcției traiectului gastrointestinal. Factorii psihologici, în diferite dereglări gastrointestinale, sunt descriși ca un conflict între acești trei vectori. W. Grace și D. Graham (1952) au explicat un alt aspect al oralității pacienților cu BU prin comportamentul constatat la aceștia în situația de criză, descris de ei în expresii tipic, în felul următor: „Eu vreau să mă răzbun”, „Eu fac aceasta din pura răutate”, „Eu vreau să-l ocrotesc”, „El m-a ofensat și eu îi voi răspunde cu aceeași monedă” [14; 112, p.132; 144, pp. 73-74; 217, p. 49].

Teoria psihofiziologică a conflictului emoțional specific sau vectorial, elaborată de F. Alexander, descrie raportul conflictelor emoționale specifice cu sistemele organice specifice, bazându-se pe corelații psihofiziologice evidente [112, p. 72; 136; 236, p. 127]. Persoana cu BU visează să mănânce bine și apare dereglarea în țesuturile regiunii superioare ale traiectului gastrointestinal. Prezența acestor doi factori – constituțional sau dobândit, sensibilitatea organului și a imaginii caracteristice emoțional-conflictuale – explică într-o măsură oarecare apariția simptomelor ulcerului. Premisele organice și psihice sunt prezente cu mult înainte de a

se dezvoltă procesul maladic. F. Alexander înaintează o teorie independentă și adecvată pentru explicarea relațiilor psihosomatice, fiind primul cercetător care a prezentat o descriere a „structurii psihosomatice” a unui bolnav de ulcer și care poate fi luată ca model general de abordare a tulburărilor psihosomatice prin aceea că încearcă să coreleze constatările fiziologice cu teoria psihanalitică a nevrozelor. F. Alexander a elaborat o schemă a specificității în etiologia BU, pe care am expus-o în Anexa 2 [40, p. 560; 136; 209, p. 363; 264; 267].

Conform teoriei lui F. Alexander [136], delimităm două tipuri de indivizi de limită: persoane care acționează în momentele de criză, stimulând SNV simpatic, și persoane care dau bir cu fugiții, este vorba de așa-zisa „retragere vegetativă”, stimulând SNV parasimpatic. Tipologia bolnavilor ulceroși, în opinia lui F. Alexander, delimitează cinci tipuri de pacienți în domeniul dat:

- Pacienți sănătoși din punct de vedere emoțional. Personalitățile de tipul acesta posedă funcții solide ale egoului și relații de obiect stabile. Ei se îmbolnăvesc de ulcer doar din reacția psihosomatică la un stres extrem impus persoanei lor psihosociale, reacție specifică sau nespecifică, dar provenind din sfera orală a experienței. Aceasta este însoțită de regresia și somatizarea puternică a egoului și, în condițiile unei oarecare predispoziții gastrice, duce la apariția ulcerului [184].

- Pacienți cu nevroză de caracter. Acești bolnavi sunt supuși formării de reacții pseudoindependente sau au trăsături compulsiv-depresive. Conflictele orale sunt evidente la ceilalți din mediul lor. Un exemplu ar fi tipul „executor”, care tinde să răspândească tensiunea agresivă. Conflictele, în cele din urmă, intră într-o fază cronică, în circumstanțe speciale, cum sunt boala, eșecul sau pierderea unui obiect drag. Ei se decompensează apoi prin formarea ulcerului după o represie secundară.

- Pacienți tiranici. Caracteristicile acestui grup sunt: slăbiciunea egoului, dependență pasivă și dependență extremă față de obiect. Acești pacienți au tendință spre izbucniri impulsive sau moduri de comportament paranoic-litigioase. De asemenea, își exteriorizează conflictele orale ca pacienți asociați (alcoolism, nevroză de pensionare). Ei se îmbolnăvesc la cel mai slab indiciu de eșec în sfera afectivă sau de scădere a atenției pe care o pretind. Tulburarea lor gastrointestinală ar putea fi înțeleasă ca expresia fizică sau corelatul fiziologic corespunzător nevoilor lor emoționale [262].

- Pacienți ulceroși „psihosomatici”. Personalităților acestora nu sunt dotate cu facultăți expresive și imaginative, ei au un mod de viață și relație la obiect, deosebit de rigide și prozaice, ceea ce îi creează medicului examinator o impresie de goliciune sufletească. Mai mult, ei par capabili să se vadă în ceilalți numai pe ei și, de obicei, reacționează psihosomatic la orice stres

sau criză, care este deseori legată de pierderea de obiect. Ulcerația peptică este frecvent însoțită la ei de alte tulburări psihosomatice, ca: reacții febrile, simptome cardiace, reumatism, tuberculoză etc.; în plus, acești pacienți au în trecutul lor multe accidente și operații.

- *Pacienții „normopatici”*. Acest grup final cuprinde bolnavii care sunt extrem de preocupați să exteriorizeze un comportament normal. Ei sunt supraadaptați, egoul lor fiind limitat datorită strategiilor puternice de negare (a realității, adică a propriei lor stări de epuizare și condiții fizice). Ei sunt, în general, lucrători manuali sau funcționari, având frecvent două ocupații; sunt implicați într-un stil de lucru autodistructiv, stresant, căruia îi cad victimă, și contractează simptome ulcerative de tip rapid.

Drept forme ale comportamentului exteriorizat în literatura de specialitate, se delimitează *tipurile pasiv și hiperactiv* al bolnavului ulceros [136; 193; 248].

Dispoziția fundamentală a tipului de *pacient pasiv* este depresia, iar nevoile dependenței sunt exprimate într-o manieră directă. Potrivit lui Freyberger, ulcerările apar când dorințele conștiente sau inconștiente legate de această dependență suferă eșec. De primă importanță, la bolnavul de ulcer aparținând tipului pasiv, este frica inconștientă de a pierde îngrijirea și protecția oferite de mamă. Este o frică ce duce la o tensiune constantă. Acești indivizi caută oameni care nu sunt, pur și simplu, capabili să-i părăsească și să se sustragă situației din care ei nu pot scăpa. Nu sunt capabili să creadă că soția nu-i mai iubește. Orice îndoială, cum ar fi absența unei priviri afectuoase, poate precipita anxietatea. Aceeași reacție poate totuși să fie produsă de frica față de figura autoritară a tatălui. Nu se face nici un gest, nici un demers pentru a se câștiga independența. Ei își savurează dependența fără să-și asume vreun risc. Toată strategia vieții lor se centrează pe dorința de a fi protejați. Balint i-a numit pe dependenți „oenofili”, în opoziție cu îndrăzneții – „filobații”. Acești bolnavi de ulcer de tip pasiv, dependenți în mod vizibil, provin, în mare parte, din familii supraorganizate, în care au fost alinați de o mamă foarte atentă. Ei nu au fost în stare să se „înțarce” în sens psihic față de mama lor. În dorința lor de a fi ajutați și protejați, ei rămân puternic atașați de chipul mamei, în timp ce față de tată pot asuma doar o atitudine laudativă.

W. Loch descrie incapacitatea anumitor pacienți de a se dovedi tot atât de perfecți ca tatăl lor și de a primi, ca și acesta, aprobarea și admirația altor bărbați. Aceste persoane sunt dependente de nevoia unei iubiri ocrotitoare și în privința alegerii partenerului de viață. Bărbații cu ulcer de acest tip caută adesea un chip matern ca soție.

Deși nevoile dependenței pacienților de tip „*hiperactiv*” sunt, de asemenea, pronunțate, aceștia se opun. Ei încearcă să supună dorința lor de a satisface impulsurile orale și continuă să fie frustrați. Potrivit lui F. Alexander [136; 248], conflictul acestui tip de bolnavi de ulcer este că

tendențele puternice oral-receptive sunt respinse, pentru că sunt incompatibile cu eforturile de independență și acțiune ale egoului. Atitudinea conștientă a acestor pacienți poate fi exprimată în felul următor: sunt activ și harnic, îmi place să dau ceva din mine altora, să-i ajut, să-mi asum răspunderi, să fiu șef; sunt o persoană activă, chiar agresivă, căreia îi place să fie lăsată cu propriile sale gânduri. Cercetările efectuate au descoperit în inconștientul lui atitudinea exact opusă: un dor puternic de afecțiune și nevoia gândirii unei persoane pe care să se sprijine. Tipul hiperactiv nu este niciodată împăcat cu sine însuși. El își urmărește în mod agresiv obiectivul printr-un efort compensator de independență și cu un continuu imbold forțat de a „dovedi ce poate”. Pacientul are nevoie de o astfel de confirmare, deoarece, pentru el, succesul este singura formă de securitate. Totuși, el scapă adevăratul succes pe care-l caută, întrucât aspirațiile sale sunt, de fapt, câștigarea unei admirații pline de afecțiune și a prestigiului.

F. Alexander a descoperit că, în afară de configurația psihică și „X-factorului”, mai există o a treia condiție, în mecanism de declanșare, care este determinat ca o situație activizatorie, care influențează asupra pacientului. Persoana cu sensibilitate de organ specifică și cu un model caracteristic conflictual se îmbolnăvește de maladia dată doar în acel caz, când evenimentele din viața sa mobilizează conflictul său central, ducând la deteriorarea apărării psihice a organismului. Candidatul la ulcer va manifesta aceste simptome, dacă atracția spre dependența de o altă persoană va întrece măsura răbdării; aceste simptome se pot dezvolta destul de rapid. La o intersecție reușită a evenimentelor, dacă o astfel de situație nu apare, în pofida sensibilității organului și stării psihice, persoana poate să nu se îmbolnăvească niciodată de acea maladie, către care este predispus psihologic și organic.

În incinta Institutului de Psihanaliză din Chicago au determinat și descris modelele conflictuale, caracteristice pentru anumite maladii, care se evidențiază la diferite tipuri de personalitate. Rezultatele au fost formulate ca teoria vectorială, bazată pe direcțiile comune ale impulsurilor conflictuale, care se află la baza maladiilor (Anexa 3): dorința de a uni, de a păstra, de a acumula; dorința de a elimina, de a exclude, de a folosi energia pentru atac sau pentru a efectua ceva, sau pentru a face ceva rău; dorința de a aduna și de a păstra.

Teoria „profilului de personalitate specific”, elaborată de F.H. Dunbar în 1974, constă în încercarea de a găsi corelația dintre particularitățile caracteristice ale personalității și dezvoltarea unor anumite maladii. Bolnavul ulceros este descris ca o personalitate anxioasă, dependentă în reacțiile sale de atitudinea altor persoane, predispusă la retrairi de lungă durată, intensificarea emoțiilor negative și cronicizarea stărilor emoționale negative.

B.A. Ананьев, datorită teoriei „profilului de personalitate specific”, a evidențiat tipul „discret” de personalitate, caracteristic pacienților cu predispunere spre psihosomatizare [153, p.

70; 193; 239, p. 114]. În cercetarea sa, efectuată în domeniul adaptării psihologice și compensării în caz de maladii ale organelor interne, savantul a stabilit că în grupele supuse experimentului anxietatea stabilă este mai înaltă decât cea situativă, adică poartă, mai degrabă, caracter cronic și este o trăsătură stabilă a persoanei cu BU. O componentă a comportamentului studiat a fost și motivația de realizare. Analiza calitativă a relevat un nivel scăzut al imaginației și predispunerea spre anticipare la întreg contingentul subiecților cercetați. În anticiparea dezvoltării situației, frecvent, se observa ceva înfricoșător. Ultima corespunzând mecanismului de formare a stării anxioase. Evitarea eșecului poate fi considerată un comportament care crește riscul apariției BU, fapt asociat cu formarea conflictului intern cronic al motivelor de bază. Evitarea insuccesului evoluează în calitate de reacție compensatorie la imposibilitatea realizării trebuințelor de succes, ceea ce creează tensiune în sistemul adaptiv-compensatoriu. Comportamentul agresiv orientat în exterior la persoanele cu necesitatea realizării succesului contribuie la adaptarea optimă a organismului în situații de stres. Orientarea spre sine la persoanele cu dominarea acestui motiv, „frica de insucces” pot duce la dizarmonie în funcțiile organelor interne. Pe baza analizei clinico-psihologice a rezultatelor obținute în urma cercetării, B.A. Ананьев a elaborat un șir de variante de bază ale dezadaptării psihosomatice la subiecții cu maladii ale organelor interne, cum ar fi că poziția de lider aparține variantei anxios-depresive, ca rezultat al „răspunsurilor psihosomatice” la stresurile din viață, care mai poate fi numită, în acest caz, *depresie reactivă*. Pe locul doi se plasează varianta afectiv-rigidă a dezadaptării psihosomatice, condiționată, într-o anumită măsură, constituțional, manifestată prin comportament conflictual, concurență, ostilitate, proiecție, în calitate de mecanism de apărare, perseverență în atingerea scopului. În continuare, s-a determinat că fixarea ipohondrică la pacienții cu maladii ale organelor interne se asociază cu grija excesivă de sănătatea proprie, care capătă caracter supraevaluativ și domină în sistemul relațional al persoanei, manifestându-se prin creșterea rezultatelor la scala somatizării anxietății. Manifestările isteroide sunt asociate frecvent cu fixarea ipohondrică cu dorința caracteristică de a demonstra „unicitatea”, gravitatea simptomelor bolii. Se observă „fuga în boală”, în loc de rezolvarea problemelor vitale. Stările anxioase se manifestă practic în toate variantele dezadaptării psihosomatice [137]. Acest complex multifactorial include în mod necesar trăsături de personalitate formate pe o matrice constituțională și dobândite în cursul experienței individului și manifeste în planul inserției și interacțiunilor sale cu „rețeaua socială”.

Având o exprimare în comportament, cu inevitabile ajustări conjuncturale impuse de acestea, se consideră că – în cazul unei hipertrofieri a trăsăturilor componente, descrise de K. Leonhard ca „personalități accentuate” – diferitele tipuri de personalitate pot să conflueze într-un tip general, caracterizat prin „vulnerabilitate față de stres”, termen utilizat de Kourilsky [58].

În studiul efectuat la noi în țară, I. Țîbîrnă a elaborat profilul psihologic al persoanelor cu BU, pre- și post-tratament farmaceutic, evidențiind modificări manifestate prin neurotism pronunțat, anxietate intrinsecă, dereglări ale adaptării sociale [122, pp. 143-146]. Mai târziu, Gh. Bezu, I. Țîbîrnă și alți cercetători au studiat caracteristicile psihologice la bolnavii cu BU cu statut social divers. S-a stabilit că dereglările psihologice în BU depind de statutul social al persoanei, fiind mai pronunțate la șomeri, la subiecții ce profesează o muncă intelectuală și mai puțin pronunțate la cei care au o muncă fizică [7, pp.136-138].

Aceiași autori, Gh. Bezu și I. Țîbîrnă, au studiat calitatea vieții persoanelor cu BU. Concluziile au fost următoarele: calitatea vieții bolnavilor cu BU este afectată mult prin necesitatea de limitări importante în diverse activități; indicii calității vieții sunt semnificativ mai scăzuți la bărbați, la subiecții cu ocupație intelectuală și în localizarea gastrică a ulcerului; nivelul calității vieții este invers proporțional cu gravitatea, durata bolii și intensitatea senzațiilor subiective [6, pp. 129-133].

Punctul de vedere în estimarea stărilor psihice în variantele remisiunii UD în baza indicilor clinico-fiziologici (atitudinea față de boală, homeostaza vegetativă, starea secreției gastrice acide) a fost prezentată de către V. Cereș și A. Gîlea. Rezultatele experimentului au permis evidențierea parametrilor clinico-fiziologici, care, asociindu-se, favorizează un risc crescut al recidivelor UD: nivel sporit al ipocondriei, melancoliei, anxietății în atitudinea față de boală, prezența dezadaptării psihosociale, devierea echilibrului vegetativ în direcția SNV parasimpatic, mediul superacid stabil al secreției gastrice acide bazale [27, pp. 443-447; 261].

Cercetătorul rus B.A. Шываев a studiat calitatea vieții persoanelor cu UD, elaborând scala de evaluare a simptomelor gastroenterologice, pentru a determina nivelul calității vieții, care în caz de nivel înalt se manifestă prin remisie UD și în caz de nivel scăzut – prin simptome gastroenterologice [240].

Rezultatele cercetărilor în domeniul psihosomaticii s-au îmbogățit prin studiul efectuat de Л.В. Бороздина și Н.Д. Былкина, conform căruia BU poate fi diagnosticat nu doar de chirurghi, ci și de psihologi calificați. Cercetând influența particularităților persoanei asupra stării sănătății, acești savanți s-au convins de faptul că rolul principal în dezvoltarea BU îl are subevaluarea, cerințele prea înalte și anxietatea ridicată. Acest set de particularități a fost denumit de către cercetători triada riscului. În cercetarea subiecților cu BU, savanții au stabilit că, la majoritatea dintre ei, această triadă este prezentă, ceea ce nu este caracteristic persoanelor sănătoase [235].

Un alt punct de vedere este prezent în cercetarea lui Ф.В. Белоусов, care a studiat tulburările psihice la pacienții cu BU, a elaborat și implementat metode de corecție a lor. Conform rezultatelor cercetării, putem menționa că dereglările vegetative sunt o componentă

somatică și nevrotică obligatorie la aceste persoane. Manifestările asteniei îndeplinesc rolul etapei a doua, ca adaptare sau apărare, care purcede după sindromul psihovegetativ. Simptomatologia psihopatologică a nivelului nevrotic este reprezentată prin trei simptome neurastenice: componenta depresivă, isterică și ipohondrică. Unul dintre rezultatele pozitive în dezvoltarea și decurgerea BU este apariția sindromului neurastenic la persoanele cu accentuări caracterologice slab manifestate [141].

Printre concepțiile ce abordează psihologia pacientului somatic a fost efectuat un studiu de către Л.П. Урванцев, care descrie seturi ale metodelor de psihodiagnostic aplicate în diverse maladii somatice, inclusiv în BU. În lucrare, sunt analizate date statistice referitoare la prezența tulburărilor neuropsihice de limită la 90% din subiecții cu BU și evidențierea tulburărilor sferei emotiv-volitive ca factori de risc în apariția BU. Conform rezultatelor cercetării date, Л.П. Урванцев consideră că, în timpul recidivelor BU, se manifestă emotivitatea, hiperperseverența, pedantismul, ceea ce influențează asupra tabloului intern al bolii și comportamentului în staționar. Atenția sporită față de sănătatea proprie și respectarea regimului, recomandărilor medicului sunt un suport pentru adaptarea în condițiile spitalicești [231].

O altă opinie specifică studiului prezent este reflectată în cercetarea patomorfozei tulburărilor psihice de tip borderline la pacienții cu BU și colecistită calculoasă după intervenție chirurgicală și diminuarea lor (Волкова Е.А.). În rezultatele finale, au fost evidențiate reacții nozogenice, nevrastenie, depresie somatogenă la pacienții în etapa postoperatorie de trei ori mai frecvente, decât la pacienții cu maladii ale organelor sistemului gastrointestinal aflați în clinicile somatice cu tratament terapeutic. Totodată, se manifestă sindromul asteno-depresiv, anxios-depresiv, anxios-fobic și depresiv-fobic. Conform estimărilor autorului, nivelul înalt al anxietății stabile poate fi diminuat cu ajutorul metodelor psihoterapeutice și psihoeducaționale [150].

Studiul efectuat de către cercetătorul Е.А. Севцова s-a axat pe tipologia și dinamica clinică a tulburărilor psihice de tip borderline și particularitățile de personalitate la persoanele cu forme grave ale BU. Rezultatele au identificat relația între particularitățile psihice și psihologice ale acestor pacienți cu gravitatea stării somatice și tipul complicațiilor maladii; particularitățile sferei psihice la acești pacienți în diferite perioade de vârstă. În limitele tulburărilor psihice limitrofe s-au dovedit a fi prezente sindromul asteno-depresiv, anxios-depresiv, astenic, exploziv, anxios-ipohondric. S-a stabilit că tratamentul chirurgical și, mai ales, dezvoltarea complicațiilor postintervenție măresc posibilitatea dezvoltării depresiei și invers, nivelul ridicat al tulburărilor afective duce la apariția complicațiilor. În caz de tulburări afective, se măresc indicii alexitimici, care sunt dependenți de astfel de factori ca nivelul studiilor, starea socială și

familială, vârsta. În caz de alexitimie pronunțată, la aceste persoane se determină subevaluare, ideea că nu este stimat și aprobat de cei din jur [218].

H. Weiner și colaboratorii săi, efectuând cercetări timp de mai mult de 30 de ani asupra persoanelor cu BU, au confirmat ipoteza conform căreia, în apariția acestei maladii, participă trei factori: fiziologic, psihologic și social [Apud 144, pp. 71-72].

S-a constatat că pacienții cu BU au trăsături de personalitate variabile, manifestând anxietate, insecuritate, resentimente, sentimente de vină, frustrare, eforturi compensatorii pentru a-și îmbunătăți stima de sine, ca fiind independenți, autosuficienți și perfecționiști. Se consideră că prin îndepărtarea complexelor nevrotice se întrerupe relația cortico-hipotalamo-viscerală. Corectarea imaginii interne legate de boală și cultivarea intențiilor sanogene crește considerabil eficacitatea terapiei în afecțiunile psihosomatice, cu reducerea morbidității [36, p. 637; 102; 103; 121; 237; pp. 37-42]

E.B. Битюцкая a efectuat o cercetare pentru evaluarea cognitivă și determinarea strategiilor de coping în situații dificile de viață. Studiind patogeneza persoanelor cu UG, autoarea a estimat că există două semne care se includ în noțiunea de „situații dificile de viață” – generale și individuale. În calitate de componente generale pot fi considerate importanța, neliniștea, suprasolicitarea resurselor personale – acestea sunt caracteristice pentru toate tipurile de situații dificile de viață; cele individuale sunt: nedeterminarea, pierderea controlului, necesitatea reacțiilor imediate, dificultăți în luarea deciziilor, evaluarea propriilor cunoștințe – toate acestea se manifestă în funcție de particularitățile situaționale (conținutul și frecvența apariției) și predispozițiile personale (anxietatea și locus control). Același autor consideră că evaluarea cognitivă prezintă un sistem al componentelor cognitive și emoționale și presupune evaluarea personală multiplă a situației și a persoanei într-o situație [142].

Un studiu vast al mai multor parametri observați în portretul psihoemoțional al pacienților cu BU a fost efectuat de E.B. Аникина, care a cercetat starea emoțională, particularitățile de caracter, rigiditatea psihică la pacienții cu BU la diferite categorii de vârstă, a studiat complianța, adică atitudinea față de BU și reprezentarea adecvată față de boală a acestor pacienți în funcție de vârsta cronologică, biologică și nivelul de trai. În urma realizării acestui studiu, s-a stabilit că la bărbații cu BU anxietatea este medie; rigiditatea și emotivitatea sunt mai înalte la femei; la bărbații mai mari de 45 de ani se atestă rigiditate înaltă, pedantism, emotivitate, mai puțin hipertimie; la femeile mai mari de 45 de ani este prezentă instabilitatea emoțională, demonstrativitatea, lipsește anxietatea, rigiditatea nu depinde de vârstă [138].

O.B. Дпaryн a efectuat un studiu complex al particularităților persoanei la pacienții cu BU și caracterul psihopatologic, coraportul „somatic” și „psihic” în tabloul clinic al bolii cu ajutorul

metodelor psihologice. Savantul a fost pionier în cercetarea coeficientului alexitimic la pacienții cu BU; a elaborat o schemă a tratamentului complex, condiționat patogenetic, al pacienților cu BU din punctul de vedere al raportului psihosomatic, cu utilizarea metodelor psihoterapeutice non-aplicate anterior în tratamentul BU (psihoterapia pozitivistă și programarea neuro-lingvistică). Studiarea statutului psihic a scos în evidență nu doar norma și patologia, ci și stadiile intermediare ale dezadaptării psihice [156].

Caracteristica particularităților psihoemoționale și a stării SNV la persoanele cu BU, în funcție de categoria de vârstă, în condiții diferite ale mediului de reședință (urban și rural), a fost realizată de pentru corectarea stărilor emoționale la aceste persoane [180].

Predictorii funcționali și emoționali ai complicațiilor în etiologia UD, cercetați de B.A. Леонтьева, pentru Л.И. Ефремова, care a estimat, în baza grupurilor cercetate, că, mai des, se manifestă anxietate stabilă și situațională urmată de depresie; în mediul rural sunt mai evidente rezultatele pentru introversiune, nevrotism, aceștia fiind factori ai dezadaptării psihoemoționale, și, totodată, un nivel înalt la dereglările vegetative; anxietatea și depresia se atestă la o vârstă mai înaintată [161].

Corelația cu formarea reacției dezadaptive față de boală și raportul reciproc cu scăderea calității vieții și complianței pacienților este concluzia la studiul realizat de către И.Ю. Колесникова, care a identificat la pacienții cu BU dereglări anxios-ipohondrice cu componenta depresivă [175].

П.С.Кузнецов a studiat particularitățile disfuncțiilor vegetative la pacienții cu BU în condiții de stres social, estimând dauna produsă, a indicat posibilitățile de diminuare, utilizând metode de reflexoterapie. Pacienții cu complicații ale UD, s-au dovedit a fi tipul nevrotic de dezvoltare a personalității, cu formarea variantelor anxios-depresive și isteroide ale dezadaptării, care duce la scăderea calității vieții pacienților cu UD; manifestarea mai intensă a componentei emoțional-sentimentale asupra celei intelectuale duce la nevrotizarea și astenizarea acestor pacienți. Complicațiile sunt mai frecvente la pacienții cu calitatea vieții nesatisfăcută și cu emotivitate de intensitate înaltă [183].

Problema cercetării constă în contribuția investigației, prin răspunsurile oferite la întrebarea „Care sunt particularitățile afectivității și comportamentului la persoanele adulte și, respectiv, cum poate fi modelată sfera afectiv-comportamentală în caz de criză a sănătății?”

Scopul lucrării constă în studierea particularităților afectivității și comportamentului persoanelor adulte cu vârsta cuprinsă între 35-45 de ani, drept consecință a perioadei de criză a sănătății; elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihoterapeutică pentru autoreglarea acestora.

Obiectivele stabilite pentru realizarea scopului propus al cercetării au fost analiza și generalizarea literaturii de specialitate cu privire la domeniul studiat, elaborarea și realizarea proiectului de cercetare prin aplicarea diferitor metode și tehnici de investigare a particularităților afectivității și comportamentului:

1. Identificarea comportamentului persoanei adulte de 35-45 de ani, generat de stările afective trăite în perioada de criză a sănătății.
2. Determinarea relației dintre stările afective și comportament cu mediul de reședință, sexul, studiile și vârsta persoanelor adulte.
3. Elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihoterapeutică având ca obiectiv ameliorarea consecințelor perioadei de criză a sănătății.
4. Determinarea eficienței programului de intervenție psihoterapeutică aplicat.
5. Elaborarea recomandărilor pentru psihoprofilaxia și psihoeducația persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății.

Direcțiile de soluționare a problemei luate ca bază pentru organizarea prezentei cercetări și au fost două. Pentru experimentul constatativ – evaluarea, care a inclus: screeningul inițial, evaluarea persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății, informarea vis-a-vis de rezultate, stabilirea priorităților psihoterapiei. Pentru experimentul formativ – psihoterapia: programul psihoterapeutic, psihoterapia individuală, reevaluare, încheierea psihoterapiei.

1.4. Concluzii la capitolul 1

În urma celor expuse, putem concluziona următoarele:

1. Trăirile emoționale depind de mai multe coordonate, tradițional, opunându-se trei componente: motricitatea, cogniția și afectivitatea. Literatura de specialitate conține mai multe teorii ale afectivității și relației sale cu comportamentul. De cele mai multe ori, observăm în practică că experiențele din mediu duc la apariția unor răspunsuri musculare și viscerale, iar acestea determină apariția emoțiilor, deci, emoția urmează comportamentul, și nu-l produce. Din alt punct de vedere, emoțiile provin din modificările fiziologice suportate și interpretarea acordată evenimentelor petrecute în mediul habitual. Conform teoriei disonanței cognitive, emoțiile negative sunt rezultatul ei, confirmând teoriile anterioare. Afectivității îi aparține rolul reglării imediate a comportamentului și acceptării acțiunii, care include, totodată, caracterul reacțional legat de instinctele ce semnalează din interior și provoacă un dezechilibru emoțional în direcție pozitivă sau negativă, în cazul când trec peste limitele indicilor obișnuiți.

2. Viața psihică înglobează trei moduri de organizări comportamentale: motorii, laringiene și viscerale, care includ comportamentele prin care se exteriorizează emoțiile: frica,

furia, mânia. Emoțiile au fost denumite pattern-uri comportamentale înnăscute, cu posibilitatea modificării pe parcursul vieții, ducând la formarea noilor forme de răspuns. Emoțiile au capacitatea de a mobiliza și a dezorganiza conduita, uneori jucând ambele roluri, putând fi explicate doar în legătură reciprocă, determinând măsura autocontrolului și adaptării.

3. Criza a fost definită și studiată din diferite ipostaze – ca o combinație dintre semnele dezastrului și norocului, momentul culminant al unei maladii, combinația între trebuința de a acționa și imposibilitatea de a îndeplini trebuința dată. În prezent, există în întreaga lume legislație specifică și organizații care se ocupă de persoanele adulte în situații de criză, mai puțin în perioade de criză a sănătății. Conform literaturii de specialitate, criza este un moment acut de dezechilibru. Psihanaliștii descriu criza ca pe o consecință a schimbărilor negative, conflicte între Eul real și cel ideal. Crizele existențiale ale adultului sunt explicate din mai multe puncte de vedere: al evoluției umane – „jumătatea vieții” cu conflictul dintre „a vrea” și „a putea” 35-45 de ani; conform manifestărilor biopsihice – prin consolidarea statutului profesional al individului.

4. Stagnarea apărută într-o anumită perioadă a vieții, ca remediu contra crizelor existențiale, este însoțită de somatizare, subiectul atribuindu-și eșecurile și slăbiciunile caracteristice unor maladii dificile în diagnosticare. Starea de criză a sănătății este percepută și acceptată diferit de către subiecții în cauză. Majoritatea cercetărilor sunt de acord cu faptul că, în urma evaluării persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății, în funcție de tipul factorului influențabil prezent, pot apărea tulburări de comportament, de somn, alimentare și emoționale: depresie, anxietate, furie, frustrare, stres.

5. Încă la mijlocul secolului trecut a fost evidențiată dependența lucrului sistemului digestiv de emoții. Psihanaliștii au evidențiat că conflictul este marcat de trei vectori – manifestările emoționale, procesele biologice de consum, păstrare și folosire – ușor recunoscute ca factori psihologici ai dereglării funcției traiectului gastrointestinal. Teoria psihofiziologică a conflictului emoțional specific descrie relația conflictelor emoționale specifice cu sistemele organice specifice. Teoria „profilului de personalitate specific” are adepți care au confirmat corelația dintre particularitățile caracteristice ale personalității și dezvoltarea unor maladii, iar diferitele tipuri de personalitate s-au dovedit a avea capacitatea de a se contopi într-un tip general, caracterizat printr-o „vulnerabilitate față de stres”.

6. Cercetările din domeniu pun în evidență faptul că starea pacientului se modifică în cursul evoluției clinice a unei maladii, relevând aspecte psihologice și conduite noi, în special în plan emoțional-afectiv.

2. STUDIUL MANIFESTĂRII AFECTIVITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI LA PERSOANELE ADULTE ÎN PERIOADA DE CRIZĂ A SĂNĂTĂȚII

2.1. Metodologia experimentului constatativ

Cercetarea experimentală a fost realizată integral în perioada anilor 2009-2014, în secțiile IMSP SCR. Experimentul a fost constituit din două etape. La prima etapă a fost supus cercetării un eșantion de 110 persoane, în faza acută a BU, deci aflați în perioada de criză a sănătății, cu eventuale modificări în sfera emoțională *versus* 50 de persoane fără BU.

În contextul experimentului, ne-am propus să verificăm următoarele ipoteze:

1. Presupunem că la persoanele adulte în perioada de criză a sănătății apar o serie de stări afective negative.
2. Presupunem că există o serie de factori de risc pentru apariția crizei sănătății, de natură psihosocio-afectivă.

În baza ipotezelor, am stabilit următoarele obiective pentru experimentul de constatare:

1. Analiza particularităților afectivității în cazul persoanelor adulte cu vârsta cuprinsă între 35 și 45 de ani, care sunt la moment în perioada de criză a sănătății.
2. Identificarea factorilor de risc pentru perioada de criză a sănătății.

În ceea ce privește factorii de risc pentru perioada de criză a sănătății, am investigat o serie de caracteristici ale provenienței la persoanele adulte, urmărind: locul de trai, sexul, nivelul de studii, grupul de vârstă.

Pentru investigarea afectivității la persoanele adulte am selectat o serie de metode care să permită examinarea cât mai fidelă a acestora.

În cadrul lucrării științifice actuale, evaluarea stării psihologice a persoanelor s-a efectuat multimodal, considerând următoarele aspecte psihologice: profilul caracterial după K. Leonhard și G. Schmieschek, stările nevrotice conform chestionarului după K. Jahin și D. Mendelevici, autoaprecierea stărilor psihice (H. Eysenck) și tipul activismului comportamental (Л.И. Бассерман și Н.В. Гуменюк). Avantajele chestionarelor cu întrebări închise de tip dihotomic (da/nu), trihotomic (întotdeauna/uneori/niciodată), precodificate multiplu sau în evantai (foarte ușor/ușor/greu/foarte greu) constau în facilitarea analizei statistice mai operative a răspunsurilor; permit aplicarea întrebărilor cu mai multe variante de răspuns; asigură anonimatul și securitatea celui chestionat; sprijină memoria celui chestionat, care face o recunoaștere; înlesnește angajarea în chestionar a subiecților [42; 65; 67; 73; 76; 77; 87, pp. 101-102; 129; 130].

Chestionarul caracterologic, elaborat în 1970 (Anexa 4), are ca scop evidențierea aspectelor care vor diagnostica unele structuri de personalitate accentuate, fiind un instrument subsumat tipologiei personalității clinice/accentuate, dezvoltat de Leonhard [Apud 22, p. 17; 75,

pp. 219-247; 89, p. 164; 92, pp. 154-157, pp. 192-195; 135, pp. 219-247; 146, p. 387; 162, p. 201; 185, p. 74; 195, pp. 412-415; 207, pp. 274-281; 208, p. 416].

Chestionarul este format din 88 de itemi, repartizați pe 10 scale, care corespund la 10 tipuri de trăsături accentuate ale personalității: scala I-a – demonstrativitate (12 itemi); scala a II-a – hiperexactitate (12 itemi); scala a III-a – hiperperseverență (12 itemi); scala a IV-a – lipsa de stăpânire, control (8 itemi); scala a V-a – hipertimie (8 itemi); scala a VI-a – distimie (8 itemi); scala a VII-a – ciclotimie (8 itemi); scala a VIII-a – exaltare (4 itemi); scala a IX-a – anxietate (8 itemi); scala a X-a – emotivitate (8 itemi).

Timpul de lucru este liber și, de obicei, variază între 30 și 60 de minute. Corectura se face în funcție de grila de răspunsuri simptomatice (Tabelul A 4.1.), dar calcularea notelor brute se face printr-o corecție, nota cu un coeficient specific pentru fiecare scală, în funcție de numărul itemilor (Tabelul A. 4.2.). Cifra rezultată poate lua ca valoare maximă 24 de puncte: valoarea 24 indică un procentaj simptomatic de 100%; valoarea 18 indică un procentaj simptomatic de 75%; valoarea 12 indică un procentaj simptomatic de 50%; valoarea 6 indică un procentaj simptomatic de 25%. Cu cât rezultatul obținut este mai mare, cu atât este mai mare și gradul de semnificație al trăsăturii respective, marcându-se astfel direcția de „accentuare” a personalității. Coeficientul ajută și la compararea cantitativă a rezultatelor, întrucât prin înmulțirea efectuată se obțin valori-standard comparative.

Referindu-se la interpretarea rezultatelor, autorul chestionarului promovează ideea că se poate vorbi de o veritabilă accentuare în cazul când procentul la una sau la mai multe scale depășește 50% (Tabelul A. 4.3.).

Instrucțiuni: Vi se prezintă un șir de afirmații referitoare la caracterul dvs. Citiți cu atenție fiecare afirmație și răspundeți prin „da”, dacă ceea ce se menționează în ea vi se potrivește, sau prin „nu”, dacă nu vi se potrivește. Fiți atenți, nu lăsați nici o întrebare fără răspuns.

Grupa I-a, cu 12 întrebări, se referă la **demonstrativitate**. Acestor subiecți le este caracteristic teatralismul; autocompătimirea; dorința de a fi în centrul atenției. Persoana se caracterizează printr-o mare capacitate de refulare. Aceasta o ajută să trăiască rolurile atât de intens, încât, în cazurile de accentuare a acestei trăsături, falsifică realitatea fără să-și dea seama. Dacă în limitele normalității demonstrativitatea se manifestă printr-o mare capacitate empatică, prin imaginație, adaptabilitate, mobilitate a expresiei, în cazurile morbide persoana ca personalitate isterică, cu însușirile: minciună, inconsecvență, delicvență etc. Accentuarea acestei caracteristici poate să se exprime în comportamente creative, cum este cazul actorilor talentați,

dar la alte persoane poate să conducă la comportamente dezadaptative [75, pp. 222-225; 104, pp. 55-109].

Grupa a II-a, cu 12 întrebări, se referă la **hiperexactitate**. Se caracterizează prin conștiinciozitate exagerată; seriozitate exagerată. Se manifestă gradual, de la tendințe de hiperexactitate la psihopatia anancastă, nevroza anancastă (nevroza obsesivă). Esența – lipsa capacității de refulare (contrariul firii demonstrative). Apare tendința de a chibzui totul, pentru a înlătura orice posibilitate de greșeală sau pentru că nu pot înlătura din conduită ideea că poate exista o soluție mai bună. Nu sunt în stare să refuleze teama, se inhibă și au greutate în activitate. Chestiunile de mică importanță nu îi determină însă să ia hotărâri. Anancaștii nu pot lua hotărâri nici când există toate premisele de a le lua (contrar firii lor isterice). Hiperexactitatea (când doar este accentuată) prezintă următoarele avantaje: hiperconștiinciozitate, meticulozitate, exactitate, spirit de ordine, trăsături ale persoanei valoroase, se poate ajunge la unele exagerări care îi complică viața; are sens altruist, sens egoist (grija exagerată pentru propria-i bunăstare), care în limite moderate este pozitiv, manifestându-se prin evitarea primejdiilor inutile, evitarea exceselor de băutură și fumat). Psihopatia anancastă (hiperexactitatea are o intensitate mare, psihopatică) prezintă următoarele dezavantaje: capacitatea de decizie este prejudiciată; munca nu se mai desfășoară fluent (îndoieli continue, verificări permanente, rămânări în urmă); persoanei îi vine greu să plece de la lucru; se întoarce pentru verificări; neliniștea persistă și în timpul liber, al odihnei (nu se odihnește); minuțiozitate exagerată; grija excesivă de a evita accidente; pierde mult timp; o muncă de răspundere îi creează multe motive de teamă. Pe fondul psihopatiei anancaste se poate dezvolta nevroza obsesivă. Nevroza anancastă (nevroza obsesivă) se caracterizează prin probleme în luarea hotărârilor chiar în lipsa pericolului; primejdia minimă pare amenințătoare datorită nehotărârii permanente asupra existenței sau nu a motivului de teamă. Oscilarea între cei doi poli ai frământării dă naștere fricii patologice a nevroticilor obsesivi, fricii pe care ei o consideră neîntemeiată, fără a o putea învinge. Încearcă să lupte împotriva obsesiei încă din perioada dezvoltării afectului, dar, deoarece capacitatea de refulare este insuficientă, chiar lupta împotriva obsesiei creează obsesia, căci alternanța sporește frica. Dezvoltarea obsesivă pornește de la prima ezitare, atunci când ar fi necesară o hotărâre. Următoarele ezitări, în împrejurări similare, fac să crească inhibiția mult peste punctul de plecare. Se produc fixații, în unele domenii subiectul nu se mai comportă normal (nu face ce ar trebui sau are o activitate pe care nu ar trebui să o aibă). Prin dezvoltări, obsesia se fixează unilateral. Cu cât nevroza obsesivă este mai înaintată, cu atât este mai clară limitarea la un domeniu (individul nu mai are timp să stea în cumpănă la celelalte domenii). Ca exemplu de nevroze anancaste (obsesivă), nevroza hipocondrică (teama patologică de a avea o boală

serioasă). Aceasta este determinată de așa împrejurări cum sunt examenele medicale, care țin omul în indecizie. Nevrozele hipocondrice nu se pot delimita precis de nevrozele obsesive și se pot însoți una pe cealaltă: cardiofobia (teama obsesivă de a avea o boală de inimă), nosofobia (teama de a fi bolnav); ablutomania (tendința obsesivă de a se spăla pe mâini pentru a înlătura urmele infime de murdărie, microbi). Prin terapie se înlătură nevroza obsesivă, nu și hiperexactitatea [2, pp. 301-304; 75, pp. 22-227; 89, p. 271; 99, p. 374; 104, p. 63; 112, pp. 163-211; 185, p. 164].

Grupa a III-a, cu 12 întrebări, se referă la **hiperperseverență** – ambiție extremă; susceptibilitate. Se manifestă gradual, de la hiperperseverență la firea paranoidă. Esența: perseverența anormală a afectului. În general, după ce a provocat reacții (actul comportamental) sau când gândul se îndreaptă în alte direcții, dacă actul nu este posibil, afectul descrește lent, dispărând după un timp. La hiperperseverent estomparea are loc mai lent. Când se gândește la cele întâmplare, afectele reapar, putând să nu dispară săptămâni, luni în șir, deși a fost familiarizat cu evenimentele noi. Se manifestă în mod anormal în special afectele egoiste, datorită intensității proprii. Firea hiperperseverență se manifestă întotdeauna când sunt lezate interesele personale. Se formează afecte contra unor prejudicii sau acte de opresiune, chiar dacă, obiectiv, sunt neînsemnate. La prejudicii însemnate se raportează incapacitatea de a ierta, sunt ranchiunoși. Firea hiperperseverență se caracterizează prin susceptibilitate, tendința de a se simți jigniți ușor, sunt setoși de prestigiu, resimt acut sentimentul onoarei (de aceea se simt ușor jigniți), suportă greu prejudiciul adus intereselor materiale, manifestă sentimente egoiste mai intense, au un sentiment mai pronunțat al propriei valori, sunt ranchiunoși, nu iartă, nu uită jignirile, prezintă o sensibilitate mai puțin lezată în cazul sentimentului de dreptate (acest sentiment fiind mai puțin profund, decât sentimentele egoiste). Sub masca luptei pentru dreptate, ei revendică, de fapt, un drept al lor, pe care îl generalizează pentru a-i da mai multă forță, evoluează în sens pozitiv sau negativ; în general, nu ajung să se bucure de stimă, sunt ambițioși. Ambiția îi îndeamnă la realizări pozitive, dar și pentru realizări prin discreditarea altora, a eventualilor concurenți, pentru combaterea a tot ce li se împotrivesc [75, pp. 227-229].

Grupa a IV-a, cu opt întrebări, se referă la **nestăpânire** – manifestată prin irascibilitate; indispoziție; uneori devieri (alcool, sex, toxine). Se manifestă gradual, de la firea nestăpânită până la psihopatia epileptoidă (fără o adevărată legătură cu epilepsia). Pentru comportament, sunt decisive impulsurile, instinctele, sentimentele, și nu considerentele raționale. Rațiunea este mai puțin luată în seamă. Se manifestă dorințe de descărcare nervoasă, resimțită mai mult fizic decât psihic. Reacționează impulsiv. Când nu le convine ceva, își arată nemulțumirea prin mimică, cuvinte, formulează pretenții sau se retrag supărați. Se ceartă pentru nimicuri cu șefii și

colaboratorii, devin agresivi, trântesc lucrarea pe birou, își dau demisia, nu se gândesc la urmări. Au încăierări cu oamenii, pentru că, dacă mânia lor crește, cuvintele sunt urmate de fapte. Sunt mai iuți la fapte decât la vorbe. Nu se poate spune că acțiunile lor sunt pripite, ci, mai degrabă, că iritația lor crește așa de mult în intensitate, încât presupune o descărcare. Dominarea de către impulsuri se manifestă în faptul că mănâncă și beau ce le place. Devin alcoolici, nestăpâniți în domeniul sexual (Au raporturi sexuale foarte frecvente. Psihopatele epileptoide, în tinerețe, cedează foarte ușor, unele devenind prostituate.). Prezintă o înclinație deosebită pentru munca fizică, ce nu li se pare grea și în acest domeniu obțin rezultate mult mai bune decât alții. Îi supără mai degrabă perturbările din activitatea lor. Nestatornicia în viața profesională se datorează stării de proastă dispoziție și iritabilitate. Își schimbă des serviciul. Nu prea au tendința de a vorbi, căci a vorbi înseamnă a gândi, ceea ce nu le este caracteristic. Au o fire greoaie, care nu permite o dezvoltare în ritm rapid a reacțiilor afective. Afectele iau amploare excesiv, în loc de a se intensifica exploziv. Au o predispoziție spre ample manifestări de mânie și mai puțin pentru explozii bruște, cum au colericii. În timpul examenelor medicale sunt tăcuți, morocănoși și nu răspund decât când sunt întrebați. Examenele medicale sunt dezagreabile. Nu prea au scrupule. În împrejurări favorabile, comit cu ușurință acte necinstite, furturi. Crima premeditată nu le este caracteristică, ci numai cea sub forma violenței fizice. Nu au înțelegere pentru cerințele sociale, pentru că acestea reclamă o judecată mai profundă. Ei nu se gândesc decât prea puțin la ceea ce depășește prezentul. Manifestă fuga impulsivă, din dorința de a se depărta de locul supărării, nemotivată, fără un motiv de moment. Când sunt liniștiți, sunt grijulii cu copiii lor, iubitori de animale, gata să ajute. Violența lor se datorează marii tensiuni afective, și nu lipsei de afecte. Au o conformație athletică a corpului. Sunt foarte puternici (element de înrudire cu psihopatia epileptoidă și epilepsia). Nu totdeauna există o astfel de conformație a corpului. Gândirea le este greoaie și lentă. În unele cazuri capacitatea de înțelegere este mai scăzută (în special la psihopatii epileptoizi). Nu reușesc la testul de productivitate. Mobilitate lăuntrică mică, dovedită de gândirea lentă și greoaie, și dezvoltarea în ritm lent a afectelor; pedanteria (ordonați, conștiincioși, meticuloși, exacti) la epileptici este mai pronunțată. Amănunțire exagerată a narației, dau detalii multe și nu reușesc decât cu greu să spună esențialul. Stările depresive apar la unele personalități nestăpânite și pot duce la sinucideri. Epileptoizii manifestă insensibilitate față de actele săvârșite de ei, pentru că nu le este specifică reflecția. O bună inteligență poate să mai atenueze câte ceva, dar nu mult, atunci când vine în contact cu pornirile impulsive. Ceea ce își propun în clipa de rațiune este răsturnat prin exploziile afective. Influențarea prin educație este dificilă, pentru că educația se adresează personalității conștiente, nu și sferei impulsurilor. Odată cu maturizarea personalității, apare o ameliorare în autocontrolul impulsurilor și

tentațiilor. Cele trei trăsături specifice sunt: comportamentul greoi, insuficienta stăpânire de sine și exagerata detaliere a gândirii pot să nu fie prezente concomitent. La nestăpâniți și epileptoizi, trăsăturile caracteristice se reliefează deosebit de puternic din copilărie [47; 53, p. 210; 75, p. 229; 89, p. 171; 99, p. 287; 104, p. 91].

Grupa a V-a, cu opt întrebări, se referă la **hipertimie** – manifestată prin bună dispoziție; spirit întreprinzător; activism înalt. Se manifestă gradual, de la hipertimie până la hipomanie; prezintă o combinație între veselie (viața privită sub latura plăcută, ca fiind plăcută, trecându-se ușor peste necazuri); dorința de acțiune (care poate duce la realizări de valoare, invenții, inovații); nevoia de a vorbi (sunt sociabili, de aceea apare înclinația de a bea, datorită faptului că are un număr mare de prieteni. În reuniuni sunt antrenanți, cu umor, nu plictisesc, au teme noi de discuție); prezintă digresiuni în gândire (însoțite de bogăția de idei, stimulatoare pentru munca productivă, dar care pot duce și la fuga de idei). Componentele comportamentului hipertimic care se referă la afectivitate, gândire și voință nu coexistă întotdeauna în același grad. În general, trăsăturile de personalitate sunt combinate, ca și în cazul hipomaniei: combinație între veselie (care constituie, în acest caz, o primejdie, căci lucrurile sunt tratate cu ușurință, superficialitate. Lipsește simțul datoriei, lipsesc remușcărilor, apar ușor abaterile de la etică). Își periclitizează reputația și situația materială. Veselia se transformă frecvent în iritabilitate, nevoia de acțiune (în exces, acest lucru duce la activitate febrilă, dar sterilă. Indivizii sunt distrați); prezintă digresiuni în gândire (care conduc la fantezie cu idei nerealiste) [11, p. 44; 75, pp. 230-231; 112, p. 148; 162, p. 137].

Grupa a VI-a, cu opt întrebări, se referă la **distimie** – posomorâre permanentă; seriozitate exagerată. Se manifestă în grad înalt ca temperament subdepresiv. Gravitatea depresiei psihice nu merge în paralel cu gravitatea evenimentului, fiind accentuată de firea distimică. Sunt afectați în mai mare măsură de evenimentele triste din viață, decât de cele vesele. Evenimentele zguduitoare pot duce la depresie reactivă (când starea de depresiei este accentuată de lunga durată). Sunt serioși din fire, au o ținută etică serioasă; imboldul spre acțiune este diminuat; gândirea este lentă; în reuniuni, participă puțin la conversație. În prim-plan apar sentimente contrare tendințelor egoiste. Firea distimică este mai accentuată la adulți. Se manifestă gradual, de la firea labilă până la cea ciclotimică, iar în gradul cel mai înalt, sub forma bolii maniaco-depresive: este prezentă alternanța stării hipertimice cu starea distimică. Gravitatea depresiei nu merge paralel cu gravitatea evenimentului, fiind accentuată de fire; atmosfera graduală a mediului poate duce la efecte oscilante. La ciclotimici, fără motive exterioare, se trece de la un pol la altul, dar se trece alteori și datorită evenimentelor exterioare. Evenimentele fericite conduc la hipertimie, cu întregul său tablou (veselie, dorința de a acționa, de a vorbi, digresiuni în

gândire); evenimentele triste conduc la depresie, cu încetineală în gândire și acțiune [40, p. 253; 53, p. 184; 75, p. 232; 99, p. 199; 112, p. 193; 120, pp. 95-97; 194, p. 383; 249].

Grupa a VII-a, cu opt întrebări, se referă la **ciclotimie** – manifestată prin labilitate afectivă; treceri bruște de la veselie la tristețe cu tăcere. Este perseverent, bănuitor, neîncrezător, are o neîncredere generalizată, fără motiv exterior, izvorâtă din psihicul lor, se simte mereu nedreptățit, își pierde încrederea în oameni, are idei fixe obsesive, vrea să aibă totdeauna dreptate, prezintă încăpățănare, este prezentă teama, ca și la anancaști (nu atât de frecvent apare și dezvoltarea hipocondrică), afectul stă pe primul plan. Aruncat din succese în insuccese, scopul devine izvor de desfătare, încât rațiunea critică nu mai ține piept afectelor. Dorințele sunt luate drept realități (de ex., se crede mare inventator), pierde din vedere alte scopuri și se formează ideile prevalente, cu influență dominantă; acest lucru se explică nu prin repetarea și însumarea experiențelor de viață neplăcute, ci prin alternanța dintre succes și insucces. În aceste condiții, se pot manifesta și la cel care nu este hiperperseverent. Afectele care ating o intensitate mare persistă timp îndelungat, subjugă gândirea, ducând la idei prevalente, chiar la idei fixe, obsesive (*paranoid* înseamnă „tendința spre idei fixe”). Pot apărea dezvoltări paranoice cu caracter delirant (ca gelozia care derivă din oscilația dintre speranță și teamă, ce conduce la intensitatea afectului) [11, p. 46; 30, p. 81; 75, p. 233; 99, p. 124; 112, p. 64, p. 176; 120, p. 98; 162, p. 139; 171, p. 31].

Grupa a VIII-a, cu patru întrebări, se referă la **exaltare** – manifestată prin pendulare între euforie și depresie. Se manifestă gradual, de la firea exaltată până la temperamentul anxios-fericit (psihopatie): exaltații reacționează intens la evenimente. Momentele îmbucurătoare provoacă repede extazul, cele triste conduc la disperare. Firea lor se asociază mai puțin cu egoismul și mai mult cu altruismul; manifestă dragoste față de oameni, bucurie pentru prosperitatea lor, care pot atinge o intensitate mare. Au sentimente nobile. Sunt mai puternice impulsurile din sfera aspirații-înclinații (dragostea pentru muzică, artă, natură, sport, filozofie, religie). Se emoționează pentru ele până la extaz. Din rândul lor fac parte în mai mare măsură artiștii, poeții, căci raportul afectiv dintre indivizi și artă este mai puternic, fiind prezentă sensibilitatea afectivă. Firile artistice se descurcă greu în viață, pentru că nu sunt înarmate pentru a face față cerințelor brutale ale vieții. Reacția la celălalt pol este provocată de cauze banale. Pot fi profund nefericiți din cauza unor banalități. Frica, în genere, și frica pentru propria lor persoană pot deveni excesive. Teamă este deosebit de susceptibilă de accentuare, devenind copleșitoare: pentru sentimente egoiste, acest lucru nu este valabil. Disperarea profundă poate ajunge la sinucidere [75, pp. 233-234; 99, p. 231; 120, p. 98].

Grupa a IX-a, cu opt întrebări, se referă la **anxietate** – fobie, timiditate, anxietate exagerată. La adulți, frica este mai puțin vizibilă, aceștia sunt incapabili de a se afirma în cazul divergenței de opinii cu alte persoane, când întâmpină atitudini mai energice, dau înapoi, devin timizi, manifestă docilitate și timiditate, determinate de observarea anxioasă a mediului (teama), manifestă timiditate anancastă, derivată din nesiguranță lăuntrică, provenită din faptul că propriul lor comportament și-l știu sub observație (jenă), manifestă supracompensație prin atitudine sigură de sine sau aroganță, dar acestea sunt voite, artificiale. Din timiditatea anxioasă, poate să apară atitudinea de încredere în ceilalți, prin care se încarcă obținerea comportamentului lor favorabil. La femei, timiditatea își adaugă tendința spre spaimă, ori ca reflex, ori ca frică resimțită subit. Tendința spre spaimă, pe măsură ce este mai clară, conduce la certitudinea unei hiperiritabilități a sistemului nervos vegetativ, care, prin intermediul sistemului nervos al inimii, poate să intensifice și frica [1; 10; 75, p. 234; 99, p. 65; 112, p. 29, p. 325; 120, pp. 93-98].

Grupa a X-a, cu opt întrebări, se referă la **emotivitate** – perturbarea trăirilor afective. Sunt prezente reacții de mare sensibilitate (cu prag scăzut de declanșare) și profunzime în sfera sentimentelor subtile. Numai evenimentul ca atare exercită influență asupra sentimentelor. Intensitatea sentimentelor merge mână în mână cu gravitatea evenimentelor exterioare. Sunt impresionati de sentimentele din domeniul spiritual, nu și de cele grosolane. Reacțiile afective nu sunt exagerate și nu progresează atât de rapid ca la exaltați. Reacționează mai puțin vehement, mai sentimental. Cauze minore duc la sentimente profunde. Au sentimente altruiste mai puternice decât cele egoiste. Simt mila mai repede, se înduioșează mai repede, sunt mai accesibile bucuriile produse de artă și natură. Mimica lor trădează o fire afectivă. Le dau ușor lacrimile la filme, la povestiri triste. Le dau ușor lacrimile de bucurie sau înduioșare. O traumă psihică poate produce depresie reactivă (ca urmare a sensibilității afective), care poate duce la tentativă de sinucidere. Gravitatea depresiei merge paralel cu gravitatea evenimentelor exterioare. Nu are predispoziție deosebită pentru depresie. Se bucură mai repede și mai intens decât alții [75, pp. 234-235; 112, p. 113; 254].

Chestionarul clinic de determinare a stărilor nevrotice (Anexa 5) este un chestionar pentru depistarea și evaluarea stărilor nevrotice, elaborat în anul 1978 de K.K. Jahin și D.M. Mendelevici [Apud 22, p. 167; 185, p. 113]. Conține 68 de afirmații, cu cinci variante de răspuns. Fiecare variantă are un punctaj corespunzător: „nu a fost niciodată” – apreciat cu 5 puncte, „rar” – apreciat cu 4 puncte, „uneori” – apreciat cu 3 puncte, „des” – apreciat cu 2 puncte, „întotdeauna/permanent” – apreciat cu 1 punct. Valorile „brute” obținute sunt transformate în valori-standard, pe baza matricelor speciale ale scalelor cercetate.

Chestionarul este destinat depistării anxietății, depresiei neurotice, asteniei, tipului isteric de răspuns, dereglărilor obsesiv-fobice, dereglărilor vegetative. Coeficienții diagnostici sunt sumați după aceste șase scale. Variantele de răspuns „totdeauna” (1) și „des” (2) corespund valorilor negative, în timp ce pentru variantele de răspuns „niciodată” (5) și „rar” (4), corespunzător, sunt valori pozitive. Rezultatele obținute pentru fiecare scală se compară cu indicatorii +1,28 și -1,28. Indicatorii mai mari de +1,28 indică nivelul normalității, cei mai mici de -1,28 indică caracterul patogen al dereglărilor depistate.

Prima scală este **scala anxietății**, care reprezintă o stare afectivă caracterizată printr-un sentiment de insecuritate, de tulburare, stare permanentă de tensiune psihică, neliniște, iritabilitate, irascibilitate, lipsă de încredere în propria persoană (Tabelul A.5.1.) [2, p. 296; 42, p. 68; 79, p. 13; 120, p. 93; 147, p. 48-51; 198, p. 1078]. Anxietatea este însoțită de modificări fiziologice și hormonale caracteristice stărilor de activare ridicată și este adesea asociată comportamentului de conservare-retragere sau conduitelor de evitare. Tulburările anxioase cuprind fobiile, crizele de angoasă sau stările de panică, anxietatea generalizată, manifestările obsesionale și compulsive și anxietatea posttraumatică [39; 42, p. 75]. Pentru psihanaliști, anxietatea s-ar explica prin frustrările libidoului și interdicțiile dictate de Supraeu; anxietatea ar fi semnalul de pericol adresat Eului – adică personalității conștiente –, care, astfel prevenit, poate reacționa prin măsuri adecvate sau mobilizându-se mecanisme de apărare [66; 112, p. 32].

Cea de-a doua scală se referă la întrebările pentru **depresia nevrotică** – stare mentală caracterizată prin tristețe patologică, durere morală, pesimism, autodevalorizare, dezinteres, anxietate, la care se asociază o încetinire psihomotorie. O altă noțiune este „distimia” – prin aceasta subînțelegându-se manifestări persistente cornice sub formă de deprimare a dispoziției (Tabelul A.5.2.) [40; 42, p. 227; 79, p. 5; 99, p. 178; 112, p. 96; 120, p. 96; 147, pp. 51-53; 162, p. 145; 198, p. 1046]. O altă definiție pentru această stare prezintă o psihologie depresivă, care se bazează pe o suferință morală fără concomitente somatice, întâlnite în cadrul tulburărilor narcisice și al stărilor-limită [40, p. 227]. Surmenajul, un regim alimentar prea sever, micșorarea zilei, la fel, pot determina depresia nervoasă [Apud 112, p. 96].

Scala a treia ilustrează **dereglările obsesiv-fobice**, frici persistente și iraționale, excesive și nerezonabile, determinate de prezența sau anticiparea unui obiect specific sau de o situație (Tabelul A.5.3.) [30, p. 79; 42, p. 327, p. 548, p. 634; 79, p. 5; 99, p. 242; 112, p. 129; 120, p. 98; 147, pp. 51-53; 162, p. 144; 185, p. 163; 198, p. 833, p. 846, p. 1081]. Conform lui Lacan, acestea justifică retenția obiectului, pe care subiectul și-l menajează prin acces, dar cu prețul unor infinite precauțiuni și al unei constipații mentale [28, p. 244]. Actele impulsive

amintesc, prin neputința lor, actul major (castrarea) căruia obsesionalul preferă să se sustragă, nerămânându-i decât moartea ca act absolut, temut și, totodată, dezirabil. S. Freud descrie această stare ca pe o regresie la stadiul sadico-anal al individului incapabil de a-și satisface trebuințele (impulsiile Sinelui) și de a respecta interdicțiile morale (Supraeul) [112, p. 214].

A patra scală cuprinde întrebări la **tipurile de reacție isterică**, caracterizată prin excitare nervoasă extremă, manifestată printr-un comportament violent și prin pierderea controlului asupra propriei persoane (Tabelul A.5.4.) [40, p. 372, p. 427, p. 634; 45, pp. 129-130; 68, p. 83; 69; 99, p. 288; 104, p. 109; 112, p. 164; 162, p. 161; 171, p. 46]. Crizele de isterie – convulsii tumultuoase, paralizie, pierderea vederii sau a limbajului vorbit etc. – nu au nici o bază organică; pe de altă parte, aceste crize survin practic întotdeauna în public. Isteria este o nevroză expresională, crizele având o semnificație. Ele sunt manifestarea, somatică și spectaculară, a conflictelor inconștiente. Istericii sunt indivizi emotivi și sensibili, cu imaginație debordantă, sugestionabili, plastici, care vor întotdeauna să placă și să seducă. Neîndrăznind să-și afirme personalitatea, ei joacă mereu un rol care nu le aparține. Ei își refulează în inconștient afectele interzise, iar acestea, pentru a se exprima, se convertesc în simptome corporale [38, p. 427; 145].

A cincea scală face vizibilă prezența unor **dereglări vegetative** ale subiectului, caracterizată prin dereglarea funcțională a sistemului nervos vegetativ sau, altfel spus, Autonom, un set de tulburări funcționale, cauzate de încălcarea reglementării tonusului vascular, și conduce la dezvoltarea de nevroză de organ, hipertensiune și, în final, la un nivel scăzut al calității vieții. SNV reglează activitatea organelor interne. Pot fi atestate dereglări vegetative la nivel de sistem nervos simpatic – acesta acționează autonom, fără control conștient, și pregătește corpul pentru acțiuni în situații periculoase – și parasimpatic, care se mai numește și *sistemul nervos pentru odihnă și digestie*. Se poate spune, într-un mod simplificat, că sistemul nervos parasimpatic funcționează invers față de sistemul simpatic. Totuși, în unele țesuturi funcționează, mai degrabă, împreună (Tabelul A.5.5.) [162, p. 181; 185, p. 864].

Scala a șasea include întrebări cu privire la **starea astenică** a subiectului: slăbire generală a organismului, aceasta traducându-se printr-o stare de oboseală care poate antrena insuficiențe funcționale multiple (Tabelul A.5.6.) [44, p. 140; 104, p. 115; 112, p. 35; 147, pp. 46-48; 171, p. 36]. Poate fi consecința unei infecții, a unei disfuncții endocrine, a surmenajului sau se poate datora unor cauze pur psihologice (refulare sau frustrări repetate) [112, p. 34].

Testul de autoapreciere a stărilor psihice (Anexa 6) a fost elaborat de savantul H.J. Eysenck [Apud 22, p. 115; 219, pp. 141-145]. Scopul testului este autoevaluarea stărilor psihice: anxietate, frustrare, agresivitate, rigiditate. Testul este alcătuit din 40 de afirmații, grupate în patru blocuri, câte zece afirmații în fiecare bloc. Evaluarea se face prin acumularea de puncte conform scalelor de apreciere. Fiecare afirmație are trei variante de răspuns: „da, deseori” – apreciat cu 2 puncte; „nu” – apreciat cu 0 puncte; „uneori” – apreciat cu 1 punct. Prelucrarea rezultatelor este posibilă prin sumarea de puncte pentru fiecare clasă de întrebări: de la 1 la 10 semnifică anxietate; de la 11 la 20 – frustrare; de la 21 la 30 – agresivitate; de la 31 la 40 – rigiditate.

Evaluarea scorurilor la scalele testului de autoapreciere după H. Eysenck:

- *Anxietatea* – stare de neliniște, de așteptare încordată, însoțită de palpitații, jenă în respirație: 0-7 puncte – absența anxietății; 8-14 puncte – nivel mediu al anxietății; 15-20 de puncte – nivel ridicat [12, p. 74; 42, p. 75, p. 339; 68, p. 82; 99, p. 65; 112, p. 32; 120, p. 94; 217, p. 115].
- *Frustrarea* – stare afectivă negativă, creată unui individ sau unui grup, atunci când o reacție orientată spre un scop este contrariată sau când aspirațiile cresc peste nivelul mijloacelor disponibile pentru realizarea lor: 0-7 puncte – nivel jos de frustrare, rezistent la insuccese, subiectului nu-i este frică de greutate; 8-14 puncte – nivel mediu, dominat de frustrare; 15-20 puncte – autoevaluare joasă, subiectul este frustrat, evită greutățile, frică de eșecuri [68, p.]. S. Freud a descoperit în eșecurile anumitor pacienți o intenție inconștientă de a-și refuza lor înșiși satisfacțiile dorite [40, p. 339].
- *Agresivitatea* – stare negativă de a ataca fără a fi provocat, persoană care caută prilej de ceartă: 0-7 puncte – calm, reținere; 8-14 puncte – nivel mediu de agresivitate; 15-20 de puncte – persoană agresivă, nereținută, întâmpină dificultăți în comunicare și relații interpersonale [40, pp. 38-39; 68, p. 84; 99, p. 23; 108; 112, p. 134; 120, p. 100; 201, p. 31]. Conform teoriei lui S. Freud, agresivitatea este o pulsione unitară și independentă, proiecție a instinctului de moarte sau de distrugere. A. Adler are o altă viziune asupra acestei stări, prezentând-o ca pe o manifestare a dorinței de putere asupra altuia și de afirmare de sine [40, p. 40].
- *Rigiditatea* – lipsă de flexibilitate, severitate excesivă, asprime, duritate, intransigență: 0-7 puncte – rigiditatea nu este prezentă, flexibilitate; 8-14 puncte – nivel mediu; 15-20 de puncte – rigiditate puternic accentuată în convingeri, viziuni, comportament, fiind chiar necorespunzătoare circumstanțelor vieții. Sunt contraindicate schimbările de tip profesional și familial [40, p. 636; 120, p. 98; 162]. Rigiditatea mentală, incapacitatea de

a-și schimba punctul de vedere este una dintre trăsăturile esențiale ale caracterului paranoidal și poate fi întâlnită în nevroza obsesională [40, p. 270].

Chestionarul de determinare a tipului activismului comportamental (Anexa 7) este format din 61 de întrebări/afirmații, fiecare întrebare având câteva variante de răspuns (de la două la cinci). Subiectul trebuie să aleagă varianta cea mai potrivită de răspuns, caracteristică propriei persoane. În testul TAC (tipul activismului comportamental), starea psihologică a persoanelor cercetate a fost apreciată în puncte, cu repartizarea lor ulterioară, în funcție de punctajul acumulat, în grupele A (<167 de puncte), A1 (168-335 de puncte), AB (336-459 de puncte), B1 (460-626 de puncte) și B (>627 de puncte) [Apud 22, p. 32; 147, p. 133; 170, p. 859; 207, pp. 531-544] (Tabelul A 7.1.).

Dacă suma punctelor acumulate nu depășește cifra 167, atunci se poate diagnostica cu o probabilitate înaltă tipul A de activism comportamental, care se caracterizează prin necesitate pronunțată de implicare în activitate, suprasolicitare profesională, incapacitate de relaxare, detașare de muncă, insuficiență de timp pentru odihnă și distracții, încordarea permanentă a forțelor psihice și fizice în lupta pentru succes, hiperactivism, încăpățănare în atingerea scopului, incapacitate de concentrare a atenției de durată, tendință de a merge, mânca, lua decizii, vorbi în grabă, impulsivitate, incapacitate de ascultare comprehensivă, competitivitate, ambiție, agresivitate față de cei care împiedică realizarea scopului, tendință spre dominare, prag al frustrării jos.

În cazul în care persoana acumulează un punctaj între limitele 168-335, tipul de comportament este la fel A, condiționat A1, care se caracterizează prin activism ridicat, insistență, incluziune activă în muncă, orientare spre scop, insuficiența timpului pentru odihnă se compensează cu pedantismul în alegerea direcției principale de orientare a activității, luarea rapidă a deciziilor. Manifestă mimică și vorbire expresivă, energică, prezintă tendință spre succes, liderism, insatisfacție de propriile reușite, tendință permanentă de perfecționare a rezultatelor muncii, instabilitate a dispoziției și a comportamentului în situații de stres, competitivitate, lipsită de agresivitate și ambiție.

Dacă suma punctelor acumulate se plasează între 336 și 459, atunci activismul comportamental este unul de trecere – AB, care se caracterizează prin următoarele: persoană orientată spre scop, activă, cu interese multidirecționale, are capacitatea de a echilibra activitatea profesională cu odihna, motorica și expresivitatea vorbirii sunt moderate, nu manifestă tendință evidentă de dominare. Sunt persoane stabile emoțional, cu comportament predictiv, manifestă rezistență la factorii stresanți, adaptabilitate la diverse tipuri de activitate.

Persoanele care acumulează un punctaj între 460 și 626 se raportează la tipul de activism comportamental B, condiționat B1, caracterizat prin raționalitate. Sunt persoane cu orientări pragmatice evidențiate, în atitudinea lor atât față de activitate, cât și față de oameni. În cazuri excepționale, sunt gata să înlocuiască șeful, să fie responsabili pentru un grup de persoane, dar în restul timpului preferă să se afle în umbra celorlalți. Sunt caracterizați prin „egoism” emoțional, sunt „scumpi la vorbă”, reținuți și cumpătați în acțiuni. Preferă rezolvarea problemelor dificile în mod deschis.

Persoanelor cu punctajul 627 și mai mult li se atribuie tipul de activism comportamental B1.

2.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor experimentului constatativ

Cu scopul verificării ipotezelor înaintate pentru capitolul prezent, în care presupunem că la persoanele adulte în perioada de criză a sănătății apar o serie stări afective negative și că există o serie de factori de risc pentru apariția crizei sănătății de natură psihosocio-afectivă, am efectuat calculele necesare, cu ajutorul programului „Statistical Package for the Social Science”, versiunea 21.0 pentru Windows (SPSS, Inc, Chicago, IL, 2012). Rezultatele sunt prezentate sub formă de $M \pm m$, unde M – media și m – eroarea standard, sau $M \pm DS$, unde M – media, iar SD – devierea standard. În cadrul studiului științific actual au fost utilizate metode statistice de bază, care au permis determinarea mediei, erorii standard, devierii standard, rezultatelor minime și maxime [35; 50; 56; 94; 95; 100].

U Mann-Whitney a fost utilizat pentru compararea subiecților cu și fără patologie gastrointestinală, din grupa experimentală și din grupa de control. U Mann-Whitney se folosește pentru compararea a două grupuri independente în conformitate cu formula:

$$U = n_1 n_2 + \frac{n_1 (n_1 + 1)}{2} - R_1$$

Pentru precizarea existenței corelațiilor statistice directe și inverse între parametrii cuantificabili studiați, a fost utilizată Metoda Spearman. Coeficientul de corelație statistică a rangurilor, sau Spearman, a fost utilizat pentru comparația efectuată între grupul experimental și cel de control, înlocuind notele prin ranguri, bazându-ne pe clasificările întocmite sub ambele aspecte. Fiecare subiect are două ranguri, câte unul pentru fiecare aspect. Diferențele între ranguri ne pot furniza o indicație asupra corelației statistice între ambele aspecte sau variabile. Calculele asupra pătratului acestor diferențe. Formula ce se aplică pentru determinarea coeficientului respectiv, notat cu $p(r_o)$, unde s-a notat cu d diferența de rang, este următoarea:

$$p = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N^2 - 1)}$$

Pentru comparația rezultatelor testelor psihologice în dinamică, am utilizat testul Wilcoxon, pentru compararea a două eșantioane perechi. Testul de rang Wilcoxon este un test cu ipoteza nulă că două populații sunt identice, față de ipoteza alternativă că ele diferă printr-o translație lineară. Calculele se efectuează conform formulei de mai jos:

$$W = \sum_{i=1}^{N_r} [\text{sgn}(x_{2,i} - x_{1,i}) \cdot R_i] \quad z = \frac{W}{\sigma_W}, \sigma_W = \sqrt{\frac{N_r(N_r + 1)(2N_r + 1)}{6}}$$

Materialele primare ale studiului au fost procesate computerizat cu ajutorul programului „Statistical Package for the Social Science”, versiunea 21.0 pentru Windows (SPSS, Inc, Chicago, IL, 2012). Determinarea contribuției diferitor factori în valorile parametrilor studiați a fost realizată prin intermediul metodei Data mining: Classification/Regression Trees – explorarea datelor poate prezice eficiența intervențiilor realizate.

Mai jos am expus variabilele independente și dependente utilizate în cercetare. Toate variabilele dependente au fost cuantificabile (Tabelul 2.1.).

Tabelul 2.1. Variabilele cercetate

<i>Variabile dependente</i>	<i>Variabile independente</i>
<i>I. Accentuări caracterologice:</i> 1 – hipertimie 6 – ciclotimie 2 – hiperperseverență 7 – demonstrativitate 3 – emotivitate 8 – nestăpânire 4 – hiperexactitate 9 – distimie 5 – anxietate 10 – exaltare <i>II. Stări nevrotice:</i> 1 – anxietate 2 – depresie nevrotică 3 – dereglări obsesiv-fobice 4 – reacțieистерică 5 – dereglări vegetative 6 – stare astenică <i>III. Stări psihice:</i> 1 – anxietate 2 – frustrare 3 – agresivitate 4 – rigiditate <i>IV. Tip Activism Comportamental</i>	<i>I – Mediu de trai: rural/urban</i> <i>II – Nivel de studii: medii/superioare</i> <i>III – Grup de vârstă: 35-40/41-45</i> <i>IV – Grup conform genului: femei/bărbați</i> <i>V – BU: prezent/lipsă</i>

Compartimentul cantitativ al cercetării psihologice conține trei studii statistice distincte: studiul particularităților afectivității persoanelor care suferă de patologia gastrointestinală superioară, aflați în perioada de criză a sănătății – BU (110 subiecți), studiul comparativ al influenței prezenței BU asupra eventualelor modificări patologice în stările afective (110 subiecți) *versus* persoane sănătoase (lotul de control din 50 de persoane) și studiul influenței suportului psihologic acordat asupra modificărilor dinamice ale schimbărilor psihologice la persoanele în perioada de criză a sănătății, cu BU (două loturi a câte zece subiecți).

Pentru a identifica existența unor diferențe în cazul perioadei de criză a sănătății, în funcție de mediul de reședință, sex, nivelul de studii, vârstă, au fost analizate statistic rezultatele obținute. Am presupus că există diferențe între persoanele adulte din mediul rural și urban, între bărbați și femei, între persoanele cu studii medii și superioare, între grupa de vârstă de 35-40 și 41-45 de ani, prezența și absența BU.

În primul studiu, în lotul experimental au fost incluse în total 160 de persoane, inclusiv 110 subiecți în perioada de criză a sănătății cu BU (BU) – L1 și 50 de persoane fără BU, considerate, în cazul dat, L2.

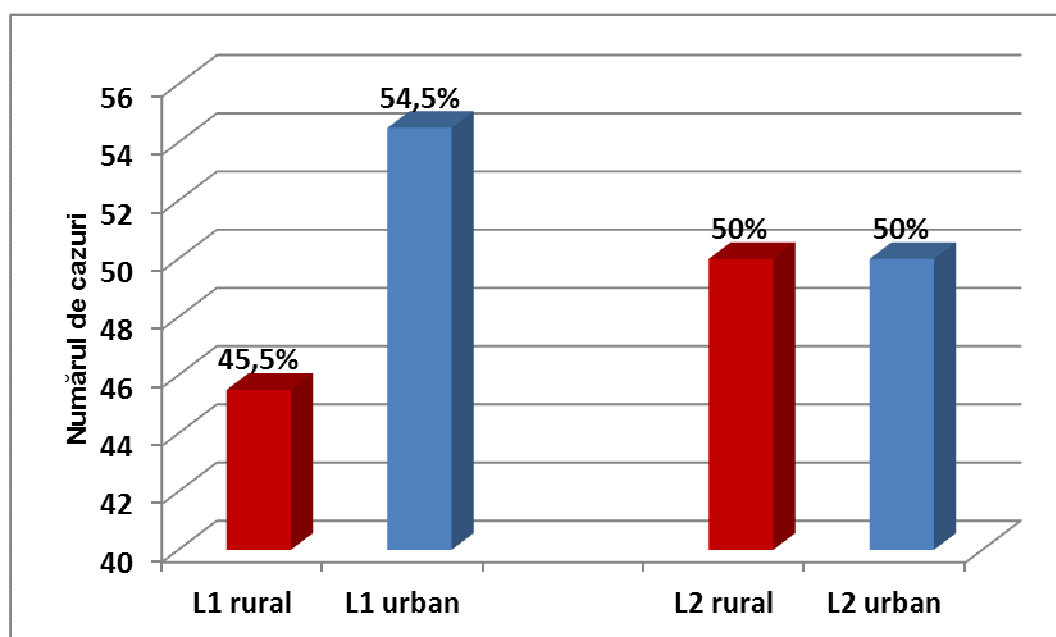


Fig. 2.1. Distribuția L1 și L2 în funcție de mediul de reședință

În grupa L1 au predominat persoanele din mediul urban (60 de persoane – 54,5%) în raport cu cele cu viza de reședință în mediul rural (50 de persoane – 45,5%) (Figura 2.1.). În L2 persoanele evaluate au fost repartizate în mod egal, câte 25 (50%) de subiecți din mediul rural și din cel urban. Astfel de repartizare corespunde, în linii generale, distribuției de populație în

Moldova, ceea ce confirmă posibilitatea transferului rezultatelor studiului actual la nivel populațional, cu limitările corespunzătoare. Aceste rezultate reflectă adresabilitatea pentru ajutor medical, care ne arată că, indiferent de mediul de reședință, persoanele aflate în situație problematică cu sănătatea cer ajutor.

În același timp, este necesar să menționăm că în L1 au predominat net femeile, care au constituit 80 (72,7%) de persoane participante în studiul dat. Ca și în cazul L1, în L2 au predominat femeile, care au constituit 31 (62,0%) din cazuri. Analiza statistică efectuată în continuare nu a determinat o diferență statistic semnificativă între L1 și L2 (72,7% vs. 62%), ceea ce, datorită omogenității grupurilor, permite efectuarea studiului statistic comparativ între cele două loturi de subiecți: cu BU și fără BU. Raportul femei: bărbați = 3:1 reflectă obiectiv contribuția factorului psihologic în adresabilitatea persoanelor cu BU după ajutor medical. Acest fapt arată că femeile sunt mai atente și circumspecte față de starea sănătății lor și percep mai acut decât bărbații problemele legate de sănătate, în cazul nostru – problemele legate de traiectului gastrointestinal (Figura 2.2.).

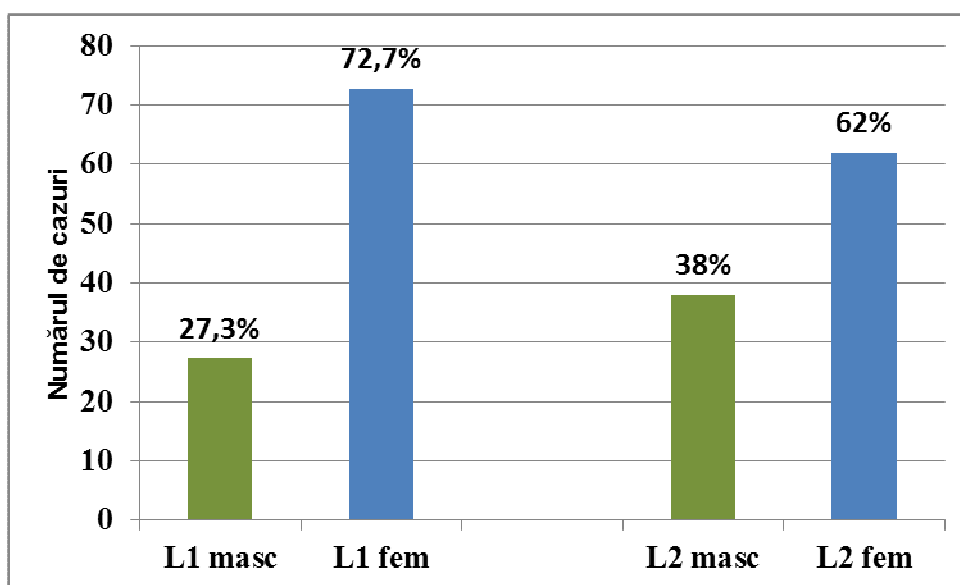


Fig. 2.2. Distribuția L1 și L2 în funcție de gen

În L1 am observat o predominare nesemnificativă a persoanelor cu studii medii, care au constituit 52,7% din persoanele analizate. În același timp, 52 (47,3%) din subiecți au fost persoane cu studii superioare. În L2 am observat predominarea persoanelor cu studii medii, care au constituit 64,0% din subiecții analizați. În același timp, 18 (36,0%) din subiecți au fost persoane cu studii superioare. Persoanele cu studii medii au încredere mai mare în specialiștii de profil și se adresează acestora, conform specializării necesare, în perioada de debut a bolii, pe când persoanele cu studii superioare se adresează mai târziu, deja când starea sănătății lor este

evident nesatisfăcătoare, acest lucru fiind una dintre cauzele avansării maladii depistate (Figura 2.3.).

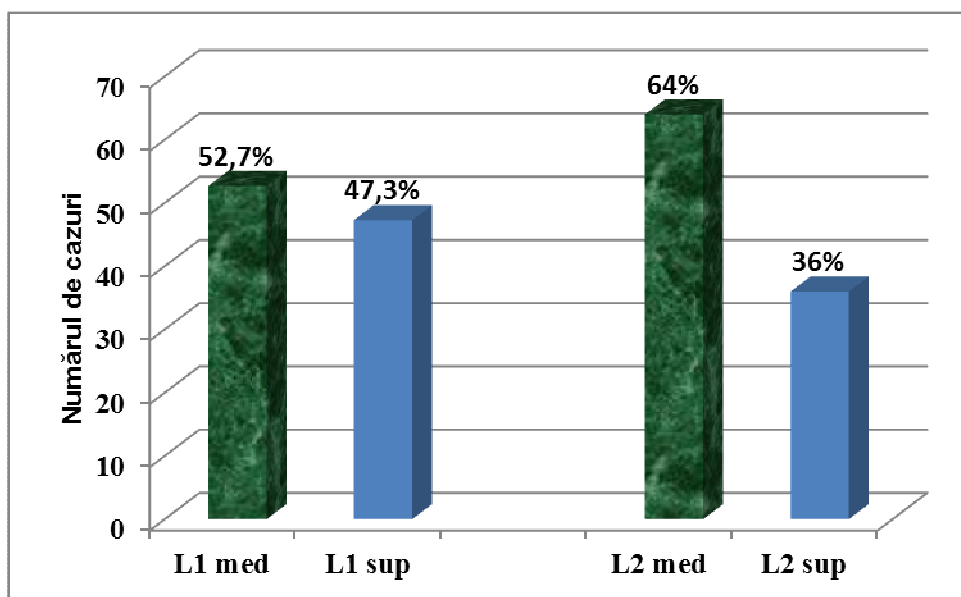


Fig. 2.3. Distribuția L1 și L2 în funcție de nivelul studiilor

La vârsta de 35-40 de ani persoanele sunt în perioada trăirilor emoționale intense, care se soldează cel mai frecvent cu necesitatea de adaptare la condițiile mediului habitual: colectiv de lucru, familie, cerc de prieteni. La această etapă de vârstă persoanele sunt active și totodată acest lucru le împiedică să mențină un regim echilibrat de activitate și odihnă, inclusiv alimentar.

Aici am putea cita teoria lui W. James [29; 226; 251], precum că emoția urmează comportamentul: indivizii sunt activi din punct de vedere social și cu emoții maxime legate de așteptări, care, la rândul lor, sunt destul de mari, fiind adresate atât persoanei proprii, cât și mediului înconjurător. În acest context, facem referință la teoria lui C. Lange, cu explicația că emoțiile apar ca rezultat al răspunsurilor musculare și viscerale, deci putem concluziona că activismul duce la foame, care este resimțită abia în perioada de repaus și deja viscerele sunt cele care provoacă emoțiile, de această dată – cele negative.

Analiza repartizării persoanelor după vârstă (pe ani) a demonstrat prezența unui număr relativ sporit de subiecți cu vârsta de 35 de ani și 45 de ani ((32%) – câte 16 pacienți, similar L1. Relativ mai frecvent, în studiul actual, au fost incluși subiecții cu vârstă de 37 de ani (10,0%) – 5 subiecți. Ponderea relativă a persoanelor cu altă vârstă a fost sub 10% pentru fiecare an.

Aceste rezultate se încadrează în cele prezentate de Леман [Apud 209] în urma unuia dintre studiile efectuate, care consideră că vârsta de 37 de ani este etapa de viață cu rezultatul mediu al succeselor majore, când persoana atinge cele mai înalte performanțe, atât intelectuale, cât și personale.

Vârsta medie a subiecților din L1 a fost egală cu $39,65 \pm 0,36$ ani ($M \pm m$), cu oscilații de la 35 până la 45 de ani. Grupa de vârstă de 35-40 de ani a cuprins 68 de subiecți (61,8%), iar grupa de vârstă de 41-45 de ani a inclus numai 42 de persoane (38,2%). Analiza repartizării subiecților după vârstă (pe ani) a demonstrat prezența unui număr relativ sporit de persoane în vârstă de 35 de ani și 45 de ani (câte 23 (20,9%) de subiecți). De asemenea, în studiul actual, relativ mai frecvent au fost încadrate persoanele cu vârsta de 37 de ani (13,6%) – 15 subiecți – și 39 de ani – 11 subiecți (10%). Ponderea relativă a persoanelor cu altă vârstă a fost sub 10% pentru fiecare an. Vârsta medie a persoanelor din L2 a fost egală cu $40,60 \pm 0,61$ ani ($M \pm m$), cu oscilații de la 35 până la 45 de ani. Aceste date nu au fost statistic diferite, în comparație cu L1: vs. $39,65 \pm 0,36$ ani. Grupa de vârstă de 35-40 de ani și grupa de vârstă de 41-45 de ani au cuprins câte 25 de subiecți (50,0%), nefiind depistată o diferență statistic semnificativă între L1 și L2 (Figura 2.4.).

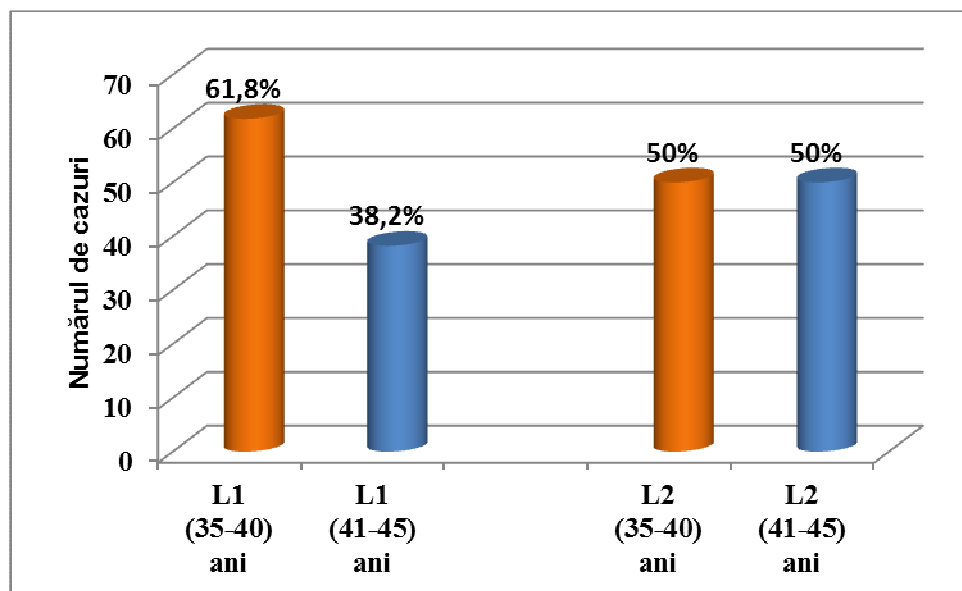


Fig. 2.4. Distribuția L1 și L2 în funcție de grupa de vârstă

Totodată, Bromley [Apud 170], în periodizarea sa bazată pe analiza schimbărilor caracteristicilor psihologice și sociale, schimbarea tipurilor de comportament, a explicat manifestările pentru vârsta de 35-40 de ani ca fiind o etapă caracterizată prin stabilitate și competență, completând astfel explicația lui Леман [Apud 209].

Ca o caracteristică a vârstei de 35-40 de ani putem aminti studiul efectuat de Д.С. Бордин [143], care a estimat că persoanelor din această categorie de vârstă le este specifică „fuga de la boală la lucru”. Acest postulat relevă faptul că, în conformitate cu parametrul categorie de vârstă, adresarea după ajutor medical specializat se face deja în fazele avansate ale deteriorării stării lor de sănătate.

Rezultatele studiului statistic al valorilor medii ale indicatorilor accentuărilor caracterologice, stărilor nevrotice, stărilor psihice, tipului activismului comportamental la persoanele din L1 au fost prezentate în Anexa 8, iar din L2, în Anexa 9.

Comparația grupelor de subiecți cu BU astfel aflați în perioada de criză a sănătății – L1 și fără BU, deci în afara perioadei de criză a sănătății – L2 a fost realizată prin metoda Mann-Whitney (Anexa 10).

Analiza comparativă a parametrilor psihologici determinați cu ajutorul chestionarului caracterologic Leonhard-Schmieschek a demonstrat următoarele rezultate (Tabelul 2.2.).

Tabelul 2.2. Accentuări caracterologice, Mann-Whitney

Nr. d/o	Accentuări caracterologice	L1 M±m	L2 M±m	p
1	Hipertimia	15,59±0,53	17,34±0,58	p<0,05
2	Hiperperseverența	14,76±0,37	14,48±0,41	p>0,05
3	Emotivitatea	17,5±0,44	17,22±0,58	p>0,05
4	Hiperexactitatea	14,82±0,45	14,84±0,54	p>0,05
5	Anxietatea	13,88±0,51	12,72±0,78	p>0,05
6	Ciclotimia	16,88±0,44	16,26±0,52	p>0,05
7	Demonstrativitatea	14,9±0,42	15,02±0,45	p>0,05
8	Nestăpânirea	12,51±0,49	10,44±0,61	p<0,05
9	Distimia	12,43±0,45	10,92±0,64	p>0,05
10	Exaltarea	15,83±0,60	14,46±0,67	p>0,05

„Hipertimia” (M±m) 15,59±0,53 cote L1 în comparație cu 17,34±0,58 cote L2 (p<0,05), este o stare manifestată prin activism înalt, spirit întreprinzător, buna dispoziție, deci o combinație între veselie și plăcere și trecere ușoară peste situațiile dificile de viață; dorința de a acționa, de a realiza ceva de valoare, de preț; trebuința de comunicare, de aici apărând și tendința de a consuma băuturi alcoolice, ca urmare a numărului mare de prieteni. Acest fapt a fost scos în evidență și de rezultatele obținute la această scală în conformitate cu chestionarul aplicat de către subiecții participanți la cercetare.

Componentele comportamentale ale hipertimicului cu referire la afectivitate, gândire și voință deseori sunt în disonanță. Aceste fapte ne sunt confirmate de rezultatele analizei teoretice, care se referă la regresia afectivă a persoanelor adulte aflate în perioada de criză a sănătății, mai precis, la devieri în trăsăturile caracterului, care devin evidente la formarea patocaracterologică a

personalității cu debut în copilărie, manifestându-se prin complexul inferiorității, care le limitează contactele emoționale. În timp, aceste persoane devin egoiste și cu o atitudine chiar dușmănoasă față de cei din jur.

Din rezultatele obținute în urma evaluării indicelui „hipertimie”, în calitate de scală componentă a chestionarului caracterologic, putem concluziona că subiecții din L1 au acceptat situația lor în această perioadă de criză și, totodată, s-au adresat după ajutor specializat, mai întâi la nivel fiziologic. Adulții din L2, la rândul lor, fiind în afara situației de pacient cu BU, prezintă rezultate medii mai înalte ($17,34 \pm 0,58$ sau 71%) decât AC, decât L1 ($15,59 \pm 0,53$ sau 66,6%).

Acest fapt confirmă descrierile făcute de Д.С. Бордин [143] despre „fuga de la boală la lucru”, combinată cu o dezadaptare socială minimă, iar după 40 de ani predomină component senzitivă, care reflectă neliniștea în privința bolii și un comportament dezadaptativ. Majoritatea acestor pacienți manifestă crize vegetative abortive, având diversă etiologie, de tip unic sau mixt, care, la rândul lor, îngreunează percepția subiectivă a bolii, micșorează evaluarea calității vieții și au un rol important în luarea deciziilor pentru stabilirea diagnosticului, indicarea tratamentului și evaluarea capacității de muncă.

Subiecții din L2, cu AC de tip hipertim mai evidentă, pot fi considerați, conform tipologiei lui F. Alexander [136; 248], pacienți „normopatici”, care înglobează preocuparea extremă de a exterioriza un comportament normal, fiind supraadaptați, supraimplicați în activități, cu un stil de lucru autodistructiv, fiind, în sfârșit, victima simptomelor crizei sănătății de tip rapid (Figura 2.5.).

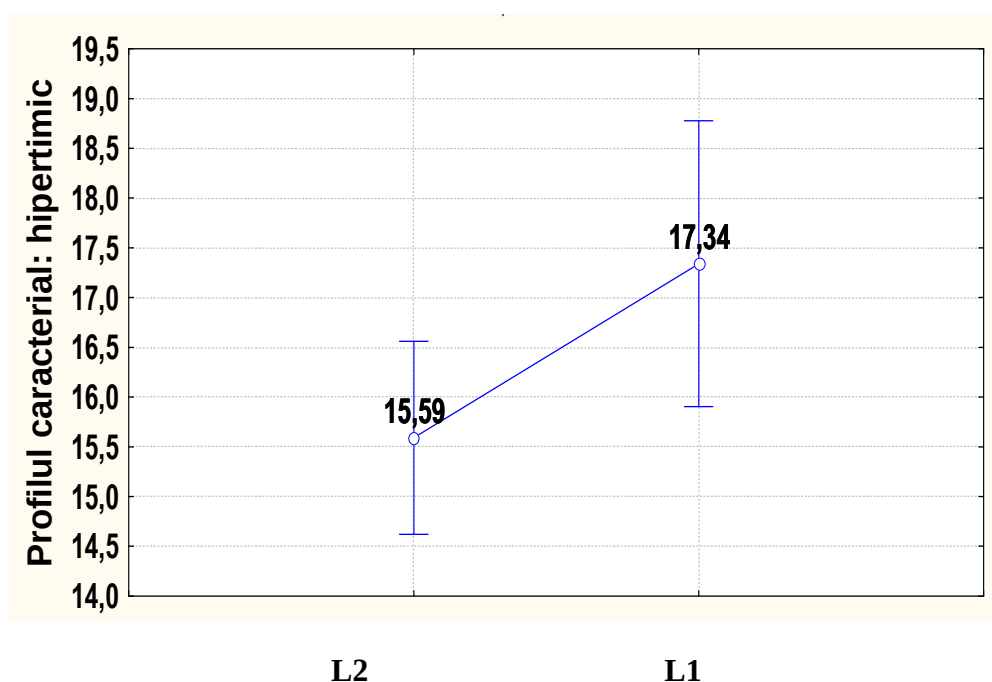


Fig. 2.5. Influența PCS asupra AC „hipertimie”: L1 și L2

„Nestăpânirea” $12,51 \pm 0,49$ cote L1 în comparație cu $10,44 \pm 0,61$ puncte L2 ($p < 0,05$). Acest tip de AC este manifestat prin irascibilitate, uneori devieri în comportament, adicții (cel mai frecvent, alcool). Aceste caracteristici completează portretul psihologic descris la persoanele cu accentuarea caracterologică de tip hipertim, care, la rândul său, presupunea adicții. Nestăpânirea este evidentă în dorința de descărcare nervoasă, resimțită mai mult fizic, decât psihic.

Acest fapt a fost descris de către W. James și C. Lange în teoria elaborată de ei, care presupunea că emoția urmează comportamentul, deoarece la aceste persoane prevalează impulsurile, instinctele, sentimentele, și nu rațiunea.

Din rezultatele obținute, observăm că pentru L1 $12,51 \pm 0,49$ cote sau 54% accentuarea caracterologică „nestăpânirea”, confirmă descrierea dată de Minkowski pentru afectivitate. Cercetătorul susține că afectivitatea este ceva complex; totodată, emotivitatea este ca un „fenomen psihosomatic, având caracter reacțional legat de instincte și, la rândul lui, viață instinctiv-afectivă” [Apud 3; Apud 117; Apud 118].

Teoria sensibilității întăririi, elaborată de J. Gray, prin care a fost explicată una dintre dimensiunile fundamentale ale personalității – impulsivitatea, propunând sistemul luptă-fugă legat de psihotism –, elucidează controlul emoțional scăzut sau chiar absent. La L2 $10,44 \pm 0,61$ cote, 41% AC tip nestăpânit cu aceleași caracteristici manifestate mai slab, explicând un nivel mai înalt al AC de tip emotiv $17,22 \pm 0,58$ cote sau 71%, referindu-le la perturbarea trăirilor afective, având sentimente altruiste mai puternice decât egoiste (Figura 2.6.).

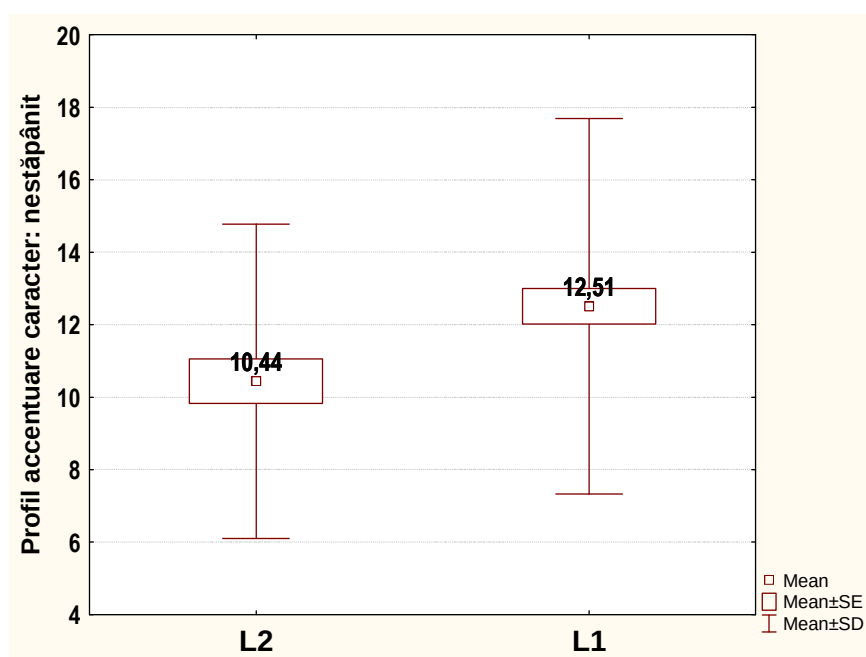


Fig. 2.6. Influența PCS asupra AC „nestăpânit”: L1 și L2

„Demonstrativitatea” a înregistrat L1 ($14,9 \pm 0,42$), în comparație cu L2 ($15,02 \pm 0,45$) pentru ($p > 0,05$), și „distimia” ($12,43 \pm 0,45$) la L1 în comparație cu $10,92 \pm 0,64$ cote L2 pentru ($p > 0,05$); cu toate că nu prezintă diferențe semnificative statistice, totuși este prezentă tendința certă spre valorile sporite la subiecții cu BU. Aceste valori ne indică faptul că PCS influențează stările afective și comportamentul PA.

Indicii AC se includ, evident, în tipologia bolnavilor ulceroși descrisă de *F. Alexander*, la tipul pacienților cu nevroză de caracter fiind manifestate trăsături compulsiv-depresive sau formarea reacțiilor pseudo-independente, și, totodată, la tipul pacienților tiranici, care sunt caracterizați prin slăbiciunea ego-ului, dependența pasivă sau extremă de obiect, corespunzând exteriorizării conflictelor orale ca pacienți asociați (dependența de alcool), accentuându-se toate aceste manifestări la cel mai mic indiciu de eșec în starea afectivă sau scăderea atenției din partea celor apropiați, astfel corelatul fiziologic corespunzător nevoilor lor emoționale devine tulburarea gastrointestinală sau nevroza gastrică, cu corespondentul disfuncție vegetativă somatoformă conform Clasificării ICD-10 a tulburărilor mentale și de comportament [136].

Analiza stărilor nevrotice după Jahin-Mendelevici la L1 și la L2 a demonstrat un număr de modificări anormale (Anexa 10). Rezultatele medii sunt prezentate în Tabelul 2.3.

Tabelul 2.3. Stări nevrotice, Mann-Whitney

N	Stări nevrotice	L1 (M±m)	L2 (M±m)	p
1	Anxietatea	$-2,02 \pm 0,39$	$-2,69 \pm 0,66$	$p > 0,05$
2	Depresia nervoasă	$-1,80 \pm 0,43$	$-3,18 \pm 0,89$	$p < 0,05$
3	Tulburarea obsesiv-fobică	$-1,76 \pm 0,37$	$-0,57 \pm 0,80$	$p < 0,05$
4	Isteria	$-2,38 \pm 0,43$	$-2,08 \pm 0,67$	$p > 0,05$
5	Dereglări vegetative	$-2,23 \pm 0,70$	$-0,58 \pm 0,59$	$p < 0,05$
6	Astenia	$-1,41 \pm 0,53$	$-1,69 \pm 1,50$	$p > 0,05$

Încă în anii 1957-1967 H. Glatzel, psihiatru german, a scos în evidență dependența sistemului digestiv de emoții, dovedind că frica și gândurile depresive încetinesc activitatea de masticatie din contul spasmelor [Apud 65; 205; 206; 217].

Totodată, depresia este dispoziția fundamentală a tipului pasiv din punctul de vedere al comportamentului manifestat de pacienții ulceroși, descris de *F. Alexander* [136].

Din rezultatele obținute, observăm că la L2 indicele $-3,18 \pm 0,89$ pentru depresia nervoasă este mai mare decât $-1,80 \pm 0,43$ la L1, ceea ce ne conduce, din nou, la explicația legată de „fuga de la boală la lucru”. De aici rezultă surmenajul, regimul alimentar prea sever („nu este timp

pentru masă”, „trebuie să lucrez”). Astfel de persoane ajung să ceară ajutor deja în situații grave din punctul de vedere al sănătății lor (Figura 2.7.).

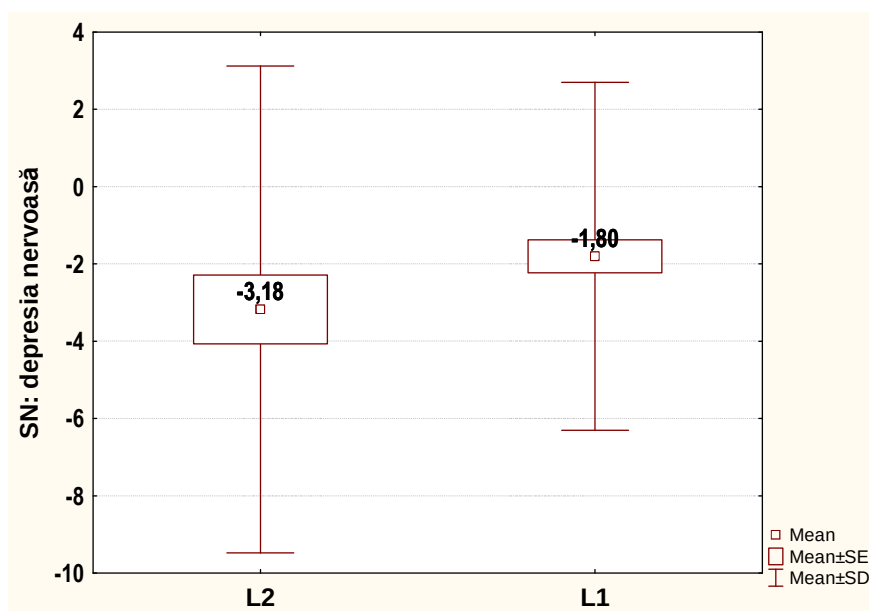


Fig. 2.7. Influența PCS asupra SN „depresia nervoasă”: L1 și L2

Observăm că parametrul „depresia nervoasă”, care este o stare mintală caracterizată prin pesimism, devalorizare, dezinteres, anxietate, este asociat cu încetinirea psihomotorie. Depresia nevrotică cu durata de peste doi ani face parte din tulburările dispoziției afective de tip distimie, conform ICD-10. Aceste persoane meditează și se plâng, dorm rău, nu se simt bine, dar sunt capabile să facă față cerințelor cotidiene. Din acest motiv, distimia are multe în comun cu conceptele de „nevroză depresivă” și „depresie nevrotică”.

În PCS se constată o cumulare a insatisfacției și suprapunere a factorilor determinanți. Această cumulare, până la un timp, nu împiedică subiectul să-și îndeplinească funcțiile sociale și chiar să aibă succese într-un domeniu oarecare. Acest fondal de „trăiri”, cumulate încetul cu încetul, provoacă tensiunea emoțională. Factorul psihotraumatizant declanșator pe tot parcursul evoluției de mai departe a crizei sănătății nu are „rezonanță” afectivă în trăirile pacientului.

Tulburările obsesiv-fobice, explicate prin prisma psihanalizei de către J. Lacan [28], scot în evidență aceleași acte impulsive, stabilite de AC de tip hipertimic, cercetată anterior. La rândul lor, aceste acte amintesc, prin neputința lor, de actul major – castrarea –, lăsând loc doar pentru gânduri temute despre moarte, pe care, totodată, le percep ca fiind dezirabile.

S. Freud [112] explică tulburarea obsesiv-fobică prin regresivitatea la stadiul sadico-anal al personalității, incapacitatea de a-și satisface trebuințele și de a respecta interdicțiile morale.

Parametrul cercetat, „tulburarea obsesiv-fobică”, scoate în evidență indici mai înalți la L1 $-1,76 \pm 0,37$, pe lângă $0,57 \pm 0,80$, $p < 0,05$ corespunzător L2 (Figura 2.8.).

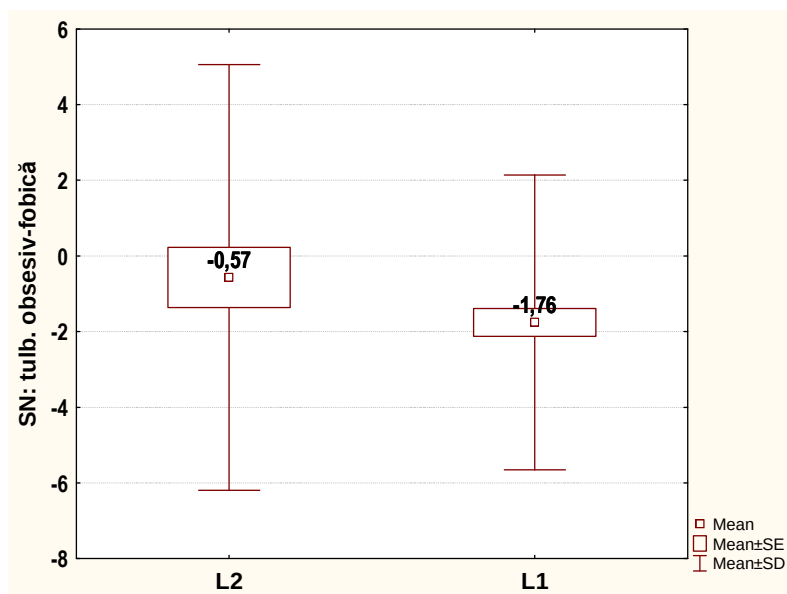


Fig. 2.8. Influența PCS asupra SN „tulburare obsesiv-fobică”: L1 și L2

Rezultatele obținute confirmă profilul psihologic al persoanelor cu BU, cercetat de către *E.A. Сугоняко*, care a concluzionat, în baza unui studiu, că la aceștia predomină dezadaptarea, ca urmare a nerespectării normelor moral-etice [225].

Tulburările obsesiv-fobice sunt prezente și când este vorba despre regresia afectivă a persoanei adulte în perioada de criză a sănătății, fiind descrise ca manifestări fobice și ipohondrice. Totodată, fricile obsesive sunt factori de primă importanță, descriși de către *F. Alexander* [136], în domeniul ce ține de comportamentul manifestat de către bolnavul ulceros de tip pasiv, caracterizat prin frica inconștientă de a pierde îngrijirea și protecția oferite de mamă și, în consecință, tensiune constantă.

Acest parametru se caracterizează prin frici persistente și iraționale. Ținând cont de limitele normei pentru chestionarul de determinare a stărilor nevrotice $(-1,28 \pm 1,28)$, putem concluziona că rezultatul mediu $(-1,75)$ este de 1,5 ori peste limita normei stabilite de autori, pentru starea de sănătate.

În patogeneza tulburărilor vegetative, rolul principal îl au factorii psihologici și somatici; ultimii, în majoritatea cazurilor, definitivează particularitățile manifestării clinice. Factorii psihologici (emoționalitate, alarmare, sugestibilitate) contribuie la dezvoltarea tulburărilor vegetative, iar fenomenele simbolizării, identificării și inducției – la fixarea lor.

„Dereglările vegetative” $(-2,23 \pm 0,70)$ pentru L1 și, respectiv, $(-0,58 \pm 0,59)$, $p < 0,05$ pentru L2 (Figura 2.9.) sunt caracterizate prin dereglarea funcțională a SNV, care are tangențe cu dereglările astenice, ca componentă a reacțiilor psihologice în regresia afectivă a adulților.

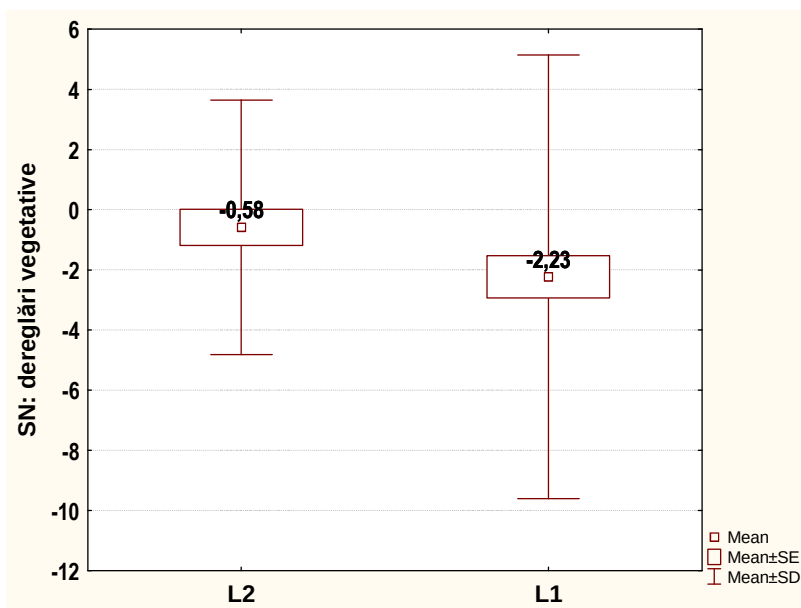


Fig. 2.9. Influența PCS asupra SN „deregările vegetative”: L1 și L2

Acestea fiind diverse, sunt incluse în sindroamele psihopatologice, manifestându-se prin insuficiență emoțională, sensibilitate extremă, izbucnirea în lacrimi, afect epuizat și nu în cele din urmă – instabilitate emoțională. Aceste sindroame sunt prezente și la persoanele investigate din cercetarea dată. La adulții aflați în perioada de criză a sănătății, sau L1, indicele mediei pentru dereglările vegetative este de 1,7 ori mai mare decât limita de jos (-1,28), care ne arată prezența tulburării. Dereglările astenice se asociază cu tulburările obsesiv-fobice, ipohondria și depresia nevrotică. Aceste comportamente se includ în trei variante ale dezvoltării și evoluției BU, prezentate de către Ю.М. Губачев [Apud 110]: somatogenă, ca bază a evoluției bolii servește sistemul funcțional vertical organizat, care include sistemul nervos vegetativ și alte zone; endogen-psihopatologică, ce include cazuri de combinare psihosomatică a BU și depresie; personală, în calitate de mecanisme ale dezvoltării și evoluției bolii ulceroase, servește sindromul dezadaptării social-psihologice [70; 120; 153; 167; 185; 206].

Indicele înalt la dereglările vegetative în L1 poate fi explicat și cu ajutorul teoriei cortico-viscerale elaborată de К.М. Быков și И.Т. Курцин [168], care descriu apariția BU în rezultatul disfuncției SNV, care duce la mărirea secreției gastrice și a contracțiilor spastice. Totodată, rezultatele la L1 se includ în descrierea elaborată de F. Alexander [136], cu privire la stimularea SNV parasimpatic, sau așa-zisa „retragere vegetativă” a persoanelor care dau bir cu fugiții, clasificând mai târziu pacienții cu BU în mai multe tipuri.

Pentru parametrii caracteristici stărilor psihice, cu ajutorul testului Eysenck (Anexa 10), au fost scoase în evidență valorile anxietății, frustrării, agresivității, rigidității, prezentate mai jos, în Tabelul 2.4., care sunt puțin diferite în L1 în comparație cu L2.

Tabelul 2.4. Autoaprecierea stărilor psihice, Mann-Whitney

N	Stări psihice	L1 M±m	L2 M±m	p
1	Anxietate	11,76±0,39	11,48±0,53	p>0,05
2	Frustrare	10,77±0,43	10,26±0,66	p>0,05
3	Agresivitate	10,94±0,44	11,36±0,58	p>0,05
4	Rigiditate	11,41±0,37	12,36±0,48	p>0,05

Din datele prezentate în Tabelul 2.4. observăm că indicii la parametrii de autoapreciere a stărilor psihice sunt destul de ridicați, în comparație cu limitele normei, pentru ambele loturi. Toate patru stări psihice se încadrează la nivelul mediu de manifestare a lor.

Anxietatea, în calitate de stare psihică, se manifestă prin neliniște și așteptare tensionată, însoțite, din punct de vedere fiziologic, de palpitații, acestea fiind o parte componentă a dereglărilor din partea SNV. În conformitate cu faptul că la ambele loturi starea anxioasă este prezentă la nivel mediu, în limitele de 8-14 puncte, putem concluziona că aceste rezultate sunt datorate omogenității loturilor cercetate conform variabilelor independente: mediu de reședință, sex, studii, vârstă. Acestea se includ în teoria despre profilul de personalitate specific, elaborate de F. Dunbar, care constă în încercarea de a găsi corelația dintre particularitățile caracteristice ale personalității și dezvoltarea diferitor tipuri de maladii corespunzătoare [136].

Încă în anii '60 ai secolului trecut H. Glatzel, în urma cercetărilor efectuate, a concluzionat că agresivitatea și furia forțează trecerea alimentelor prin stomac și, în consecință, la persoanele care manifestă emoțiile date, apar spasme [65; 205; 206; 217]. Rezultatele ne prezintă nivelul mediu al agresivității, limitele fiind 8-14 puncte. Acest fapt ne determină să fim de acord cu teoria neurogenă a lui Bergmann, care susține că diferite defecte ale enervației care influențează sistemul gastro-duodenal duc la spasme musculare, deci la dereglări ale SNV [223; 255].

Frustrarea, după cum se observă din Tabelul 2.4., la ambele loturi este practic cu aceiași indici și o putem explica conform mai multor teorii. Una dintre ele este teoria psihoanalistă a lui S. Freud, care ne aduce la cunoștință că manifestările emoționale legate de consum, păstrare și utilizare sunt componente emoționale ale traiectului gastrointestinal, explicând maladia la acest nivel ca fiind consecință a conflictului dintre acești trei vectori [14; 112; 144; 217]. Frustrarea este una dintre nevoile dependenței pacienților de tip hiperactiv, care este explicată ca fiind o încercare de a suprima dorința de a-și satisface impulsurile orale. Aceste caracteristici, descrise de către F. Alexander, corespund persoanelor cu tendințe oral-receptive puternice respinse, fiind

incompatibile cu eforturile de independență și acțiune ale ego-ului. Frustrarea, în combinație cu agresivitatea, denotă tipul hiperactiv în calitate de comportament manifestat de persoanele aflate în situații dificile din punctul de vedere al sănătății traiectului gastrointestinal. F. Alexander, în teoria sa despre tipurile de pacienți psihosomatici, i-a caracterizat pe aceștia prin lipsa imaginației și expresivității emoționale, cu un nivel de rigiditate ridicată. Subiecții din cercetarea dată, atât L1, cât și L2, au nivelul mediu la acest parametru, încadrându-se în media 8-14 puncte. Conform lui F. Alexander, starea de rigiditate este frecvent însoțită de tulburări ale SNV, în consecință tulburările psihosomatice [136]. Analiza suplimentară Mann-Whitney (Anexa 10) de asemenea nu a depistat diferențe statistic semnificative între ambele loturi de subiecți.

Clasificarea subiecților în L1 (110 persoane) conform TAC a relevat ponderea cea mai mare a tipului „AB”, care a inclus 66,4% – 73 de subiecți; tipul „A1” a cuprins 9,1% – 10 persoane; iar tipul „B1”, 24,5% – 27 de persoane. Subiecții din L2 (50 persoane) au fost distribuiți în: „AB”, care a inclus 68% – 34 de subiecți; tipul „A1” a cuprins 22% – 11 persoane, iar tipul „B1”, 10% – 5 persoane (Figura 2.10.).

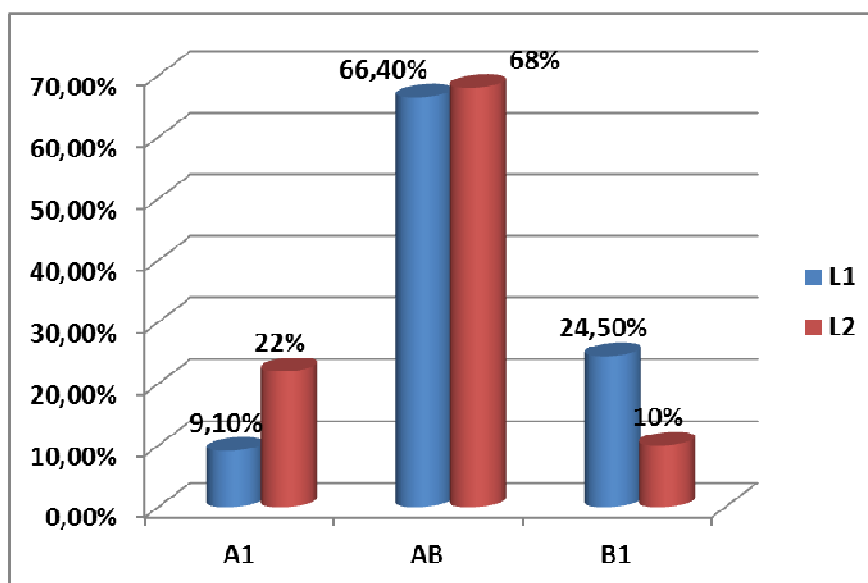


Fig. 2.10. Distribuția conform TAC: L1 și L2

În continuare, ne-am propus să vedem dacă există diferențe semnificative în privința particularităților afectivității și comportamentului în L1, fiind datorat mediului de trai, rural sau urban, realizând comparația prin metoda Mann-Whitney. Analiza de varianță a arătat că nu există diferențe statistic semnificative între persoanele din mediul rural și cele din mediul urban. Acest lucru ne demonstrează o eventuală asemănare în modul de reacționare și tipul de comportament, indiferent de mediul de trai. Aceasta ne arată că persoanele adulte în PCS, indiferent de faptul

dacă sunt din mediul urban sau rural, preferă să se conducă după anumite norme sociale. Nu am stabilit diferențe statistic semnificative între grupele de subiecți L1 din mediul urban și din mediul rural nici în ceea ce privește punctajul acumulat în testarea stărilor nevrotice (Jahin-Mendelevici). Valorile medii ale punctajului corespunzător TAC pentru L1, de asemenea, nu au fost statistic diferite: $415,18 \pm 8,41$ puncte (mediul rural, 50 de persoane) vs. $410,95 \pm 8,69$ puncte (mediul urban, 60 de persoane) ($p > 0,05$) (Anexa 11).

S-a efectuat și comparația influenței unui astfel de factor cum este sexul, pentru L1. Rezultatele furnizate de studiul statistic realizat prin metoda de analiză Mann-Whitney au demonstrat același lucru ca și pentru factorul precedent. Persoanele adulte în PCS, demonstrează omogenitatea varianțelor, indiferent de sexul participanților: masculin sau feminin. Studiul stărilor nevrotice în funcție de sexul subiecților pentru L1 a demonstrat omogenitatea variabilelor. În același timp, analiza statistică suplimentară după Mann-Whitney a demonstrat prezența diferenței statistic semnificative referitoare la punctajul următoarelor aspecte de stări nevrotice, ca isteria: indicii ($-1,07 \pm 5,43$) ($M \pm SD$) la bărbați versus ($-2,86 \pm 4,04$) ($M \pm SD$) la femei ($p < 0,05$), dereglările vegetative: $-0,46 \pm 7,62$ ($M \pm SD$) la bărbați versus $-2,89 \pm 7,22$ ($M \pm SD$) la femei ($p < 0,05$). Nu s-au determinat și diferențe privind valorile medii ale punctajului corespunzător TAC pentru L1: $403,20 \pm 10,80$ puncte (bărbați) vs. $416,5 \pm 7,3$ puncte (femei) ($p > 0,05$) (Anexa 12).

Am cercetat contribuția studiilor superioare și medii asupra indicatorilor psihologici evaluați pentru L1. Analiza Mann-Whitney a scos în evidență indicatorul „hiperexactitatea”: $15,76 \pm 0,56$ puncte (studii medii) vs. $13,77 \pm 0,70$ puncte (studii superioare) ($p < 0,05$), unicul parametru statistic diferit în analiza Mann-Whitney. Acest fapt scoate în evidență conștiinciozitatea exagerată și tendința de a chibzui totul pentru a înlătura orice posibilitate de greșeală. Persoanele cu studii medii prezintă mai intens frica de insucces și/sau nu pot înlătura din conduită ideea că poate există o soluție mai bună. Indicii obținuți la calculele efectuate în privința stărilor nevrotice sau psihice nu au scos în evidență diferențe semnificative care ar fi dependente de nivelul de studii. Rezultatele privind punctajul corespunzător TAC pentru L1 nu au fost statistic semnificativ diferite: $419,41 \pm 8,43$ puncte (studii medii) vs. $405,58 \pm 8,7$ puncte (studii superioare) ($p > 0,05$) (Anexa 13).

Ultimul parametru cercetat pentru L1 a fost contribuția la modificarea parametrilor psihologici a apartenenței subiectului la o anumită grupă de vârstă: 35-40 de ani și 41-45 de ani. În studiul comparativ, efectuat prin analiza Mann-Whitney, am acumulat următoarele date: indicatorul „demonstrativitatea” – $14,29 \pm 0,51$ puncte (grupa 35-40 ani) vs. $15,88 \pm 0,71$ puncte (grupa 41-45 ani) ($p > 0,05$). Acest fapt a demonstrat că astfel de parametru ca demonstrativitatea

a fost statistic semnificativ mai pronunțat la persoanele adulte din grupa cu vârsta cuprinsă între 41 și 45 de ani ($p \approx 0,04$) (Anexa 14).

Acestea confirmă teoria emisă de Д.С. Бордин, care consideră că persoanele adulte, după 40 de ani, sunt mai sensibile și manifestă o neliniște mai ridicată în caz de PCS [143]. Acești subiecți se autocompătimesc mai frecvent și au o dorință vădită de a fi în centrul atenției, deseori falsificând realitatea, fără să-și dea seama. În cazurile morbide, se manifestă ca personalitate isterică, cu comportamente dezadaptative, conturând una dintre etapele periodizării denumită de Bromley *maturitatea târzie*, cunoscută și cu denumirea *criza de la mijlocul vieții*, care are loc între 41-45 ani [Apud 170, pp. 125-127].

Analiza Mann-Whitney (Anexa 14) a demonstrat și prezența influenței statistic semnificative a apartenenței la o anumită grupă de vârstă asupra parametrilor „isterie” și „deregări vegetative” ($p < 0,05$ în ambele cazuri) (Figura 2.11.).

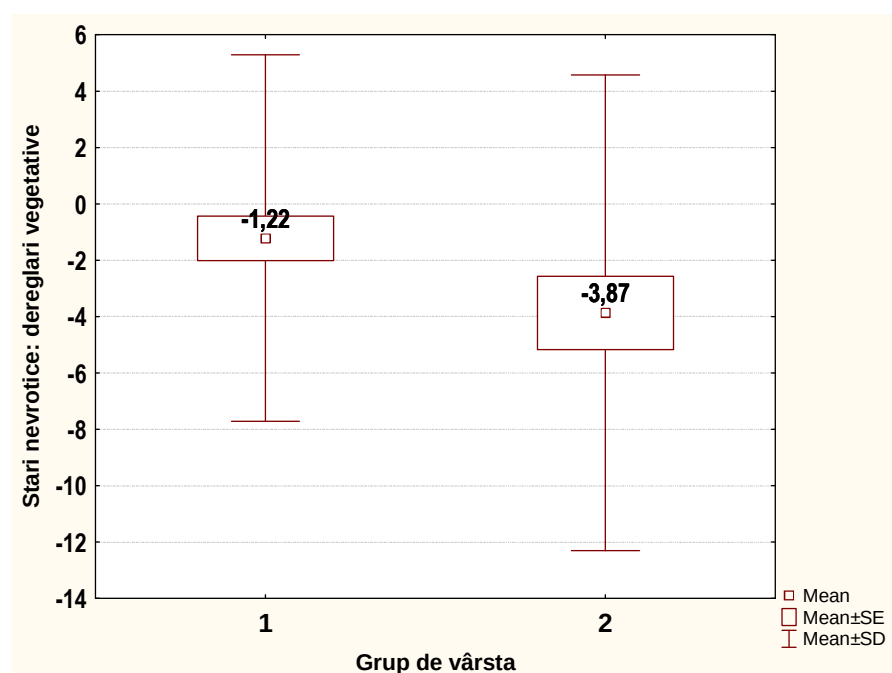


Fig. 2.11. Starea nevrotică „deregări vegetative” în funcție de vârstă

Ne-am propus să studiem corelațiile în conformitate cu metoda Spearman pentru L1. Studiul a demonstrat prezența mai multor corelații statistice directe și inverse între parametrii cercetați (Anexa 15). Valorile parametrului „r” în corelație simplă, după Spearman, depind de numărul de subiecți incluși în eșantion. Pentru L1, care corespunde cu numărul de 110 persoane, „r” $\approx 0,18-0,33$ corespunde valorilor $p \approx 0,01-0,05$, iar „r” $\approx 0,35-0,45$ corespunde valorilor $p \leq 0,01$.

De exemplu, vârsta subiecților (parametrul continuu, apreciat în ani) a corelat statistic direct cu valorile parametrului AC „demonstrativitatea” ($r = 0,22$, $p < 0,05$) (Figura 2.12.).

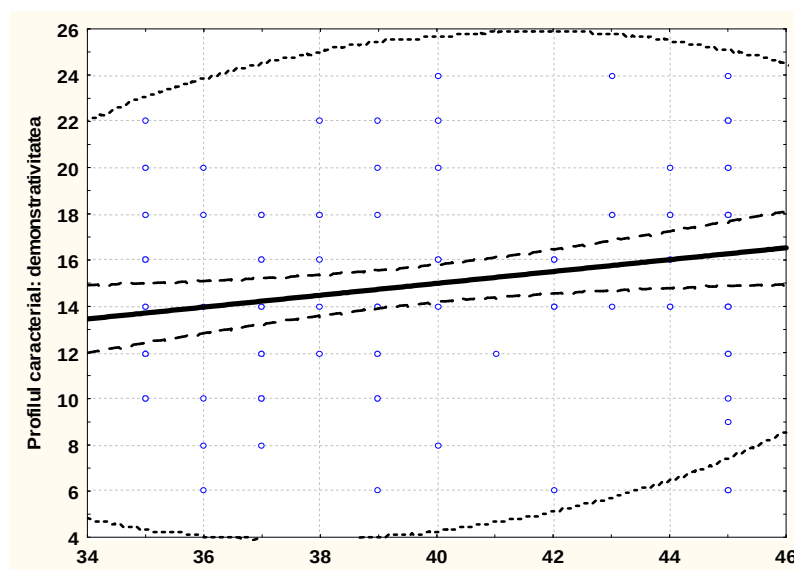


Fig. 2.12. Corelația între vârstă și accentuarea caracterologică „demonstrativitatea”

Același parametru (vârsta) a corelat statistic indirect cu astfel de indicatori ai stării nevrotice, ca „dereglări vegetative” ($r = (-0,20)$, $p < 0,05$) (Figura 2.13) și „isterie” ($r = (-0,10)$, $p < 0,05$)).

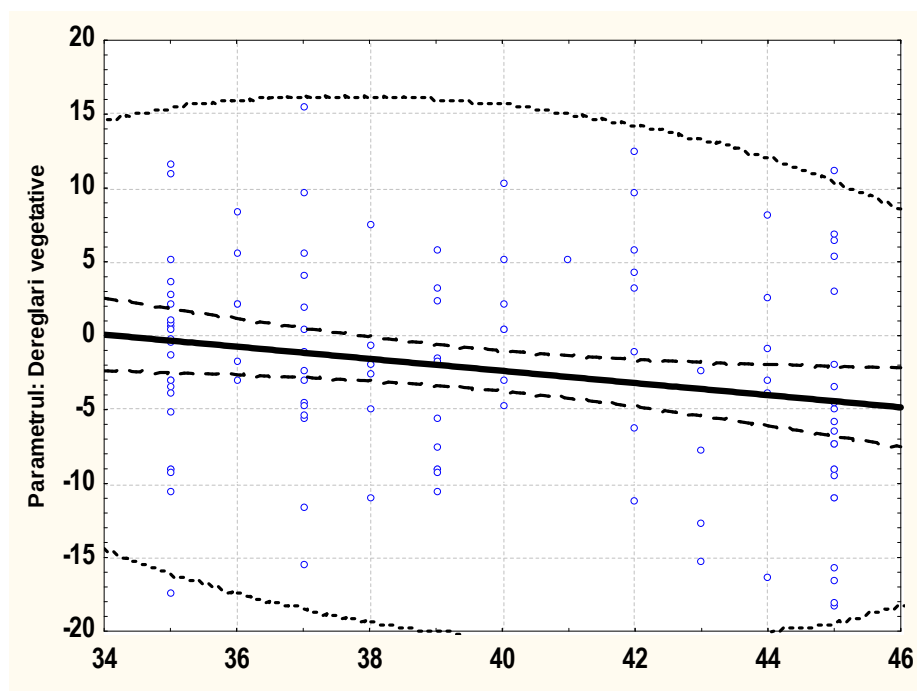


Fig. 2.13. Corelația între vârstă și starea nevrotică „dereglări vegetative”

Parametrul profilului caracterial „hipertimia”, care reprezintă o creștere a încărcăturilor afective, antrenând variații importante ale eutimiei, activității și comportamentului, corelează statistic direct cu astfel de parametri ai profilului caracterial, ca „hiperperseverența” ($r = 0,24$, $p < 0,05$), „ciclotimia” ($r = 0,35$, $p < 0,01$), „demonstrativitatea” ($r = 0,54$, $p < 0,001$), precum și cu indicatorul stării psihice „agresivitatea” ($r = 0,33$, $p < 0,01$). Așadar, atunci când persoanele adulte manifestă o bună dispoziție, prezintă activism înalt, devin mai încrezute în forțele proprii și necesitatea de afirmare și iritare scade. De asemenea, am depistat o corelație inversă a parametrului „hipertimia” cu parametrul „distimie” ($r = (-0,21)$, $p < 0,05$), care este evidentă și din punct de vedere teoretic.

„Hiperperseverența” a corelat statistic direct practic cu toți parametrii profilului caracterial, inclusiv: „hipertimie” ($r = 0,24$, $p < 0,05$), „emotivitate” ($r = 0,28$, $p < 0,05$), „hiperexactitate” ($r = 0,43$, $p < 0,01$), „anxietate” ($r = 0,27$, $p < 0,05$) (Figura 2.14.), „ciclotimie” ($r = 0,43$, $p < 0,05$), „nestăpânire” ($r = 0,38$, $p < 0,01$), „distimie” ($r = 0,22$, $p < 0,05$), „exaltare” ($r = 0,33$, $p < 0,01$). Acest fapt ne confirmă faptul că hiperperseverența se manifestă întotdeauna când sunt incluse interesele personale.

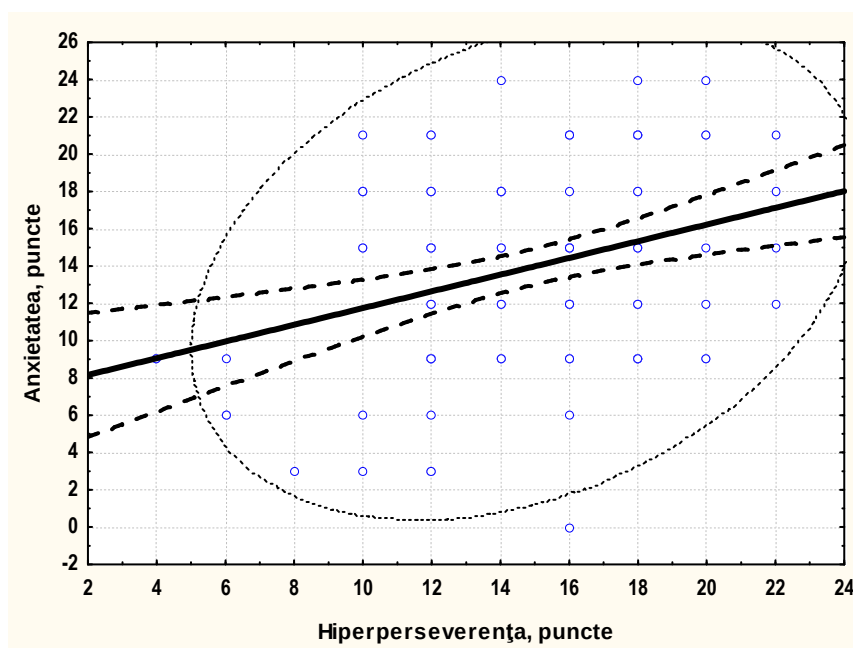


Fig. 2.14. Corelația între hiperperseverență și anxietate

Am determinat și o corelație statistic pozitivă între punctajul acumulat pentru parametrul „hiperperseverență” dintr-o parte și scorul subiecților în PCS pentru indicatorii stărilor psihice ca „anxietate” ($r = 0,19$, $p < 0,05$) și „agresivitate” ($r = 0,27$, $p < 0,05$). Acest fapt ne dovedește că parametrii menționați sunt dependenți reciproc: odată cu ridicarea nivelului indicilor hiperperseverenței, cresc, totodată, indicii anxietății și în același mod se petrece acțiunea în privința relației hiperperseverenței cu agresivitatea.

În același timp, am determinat o corelație statistic inversă a hiperperseverenței cu punctajul acumulat la TAC pentru L1 ($r = (-0,24)$, $p < 0,05$), cu indicatorii stării nevrotice ca „anxietate” ($r = (-0,23)$, $p < 0,05$), „isterie” ($r = (-0,22)$, $p < 0,05$) și „dereglări vegetative” ($r = (-0,19)$, $p < 0,05$), „tulburare obsesiv-fobică” ($r = (-0,32)$, $p < 0,05$). De aici reiese că, în cazul când indicii la parametrul hiperperseverență se măresc, stările nevrotice, menționate mai sus, scad din intensitate (Figura 2.15.).

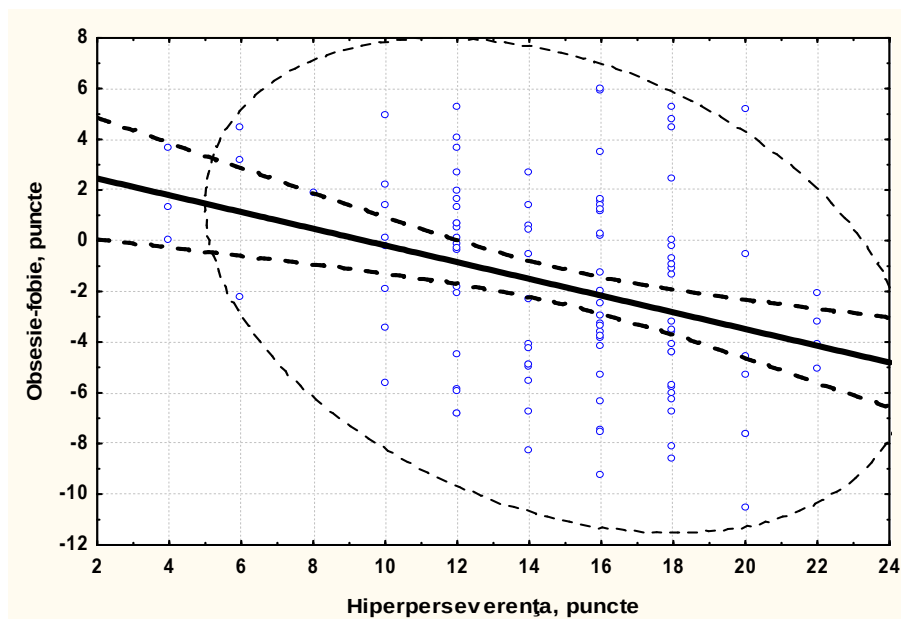


Fig. 2.15. Corelația între hiperperseverență și tulburarea obsesiv-fobică

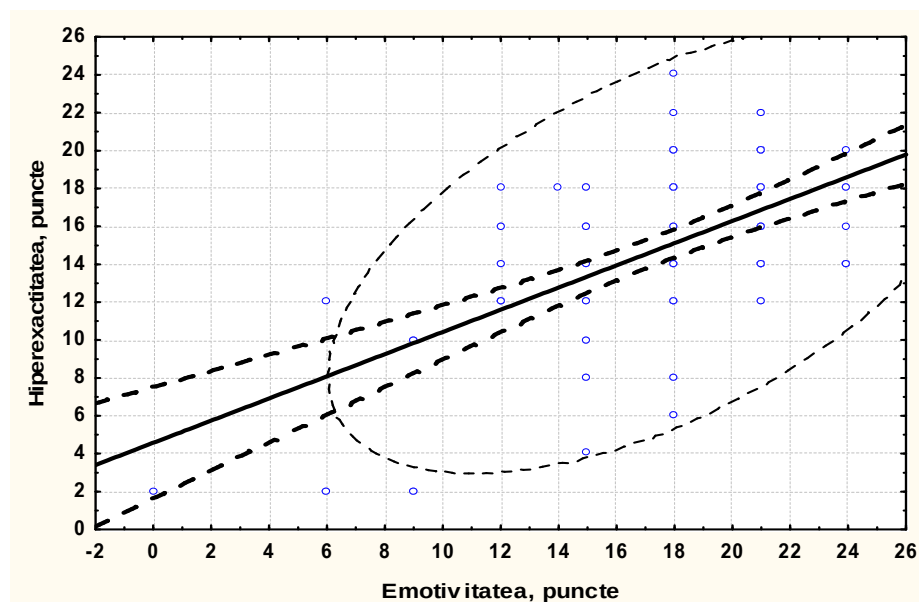


Fig. 2.16. Corelația între emotivitate și hiperexacitate

Pentru indicatorul profilului caracterial „emotivitatea, sunt caracteristice corelații directe cu alți parametri ai AC din L1, inclusiv: „hiperexacitate” ($r = 0,44$, $p < 0,001$), (Figura 2.16.), „hiperperseverență” ($r = 0,28$, $p < 0,05$), „anxietate” ($r = 0,44$, $p < 0,001$), „ciclotimie” ($r = 0,35$,

$p < 0,01$), „nestăpânire” ($r = 0,23$, $p < 0,05$), „distimie” ($r = 0,23$, $p < 0,05$), „exaltare” ($r = 0,32$, $p < 0,01$). Faptul dat ne-a demonstrat că acești indici sunt într-o dependență reciprocă și nivelul de manifestare al fiecăruia dintre ei depinde de nivelul emotivității la momentul petrecerii evenimentului cauzat.

Ca și pentru parametru precedent, am depistat și corelații inverse ale indicatorul profilului caracterial „emotivitatea”, cu rezultatele unor parametri ai stării nevrotice ca „anxietate” ($r = (-0,33)$, $p < 0,01$), „depresie nervoasă” ($r = (-0,24)$, $p < 0,01$), „obsesie-fobie” ($r = (-0,42)$, $p < 0,01$), „isterie” ($r = (-0,37)$, $p < 0,01$) (Figura 2.17.) și „deregări vegetative” ($r = (-0,31)$, $p < 0,05$). S-a păstrat și o corelație statistic directă cu scorul persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății pentru indicatorii autoaprecierii stării psihice „anxietate” ($r = 0,44$, $p < 0,001$), „frustrare” ($r = 0,33$, $p < 0,001$) și „rigiditate” ($r = 0,21$, $p < 0,05$).

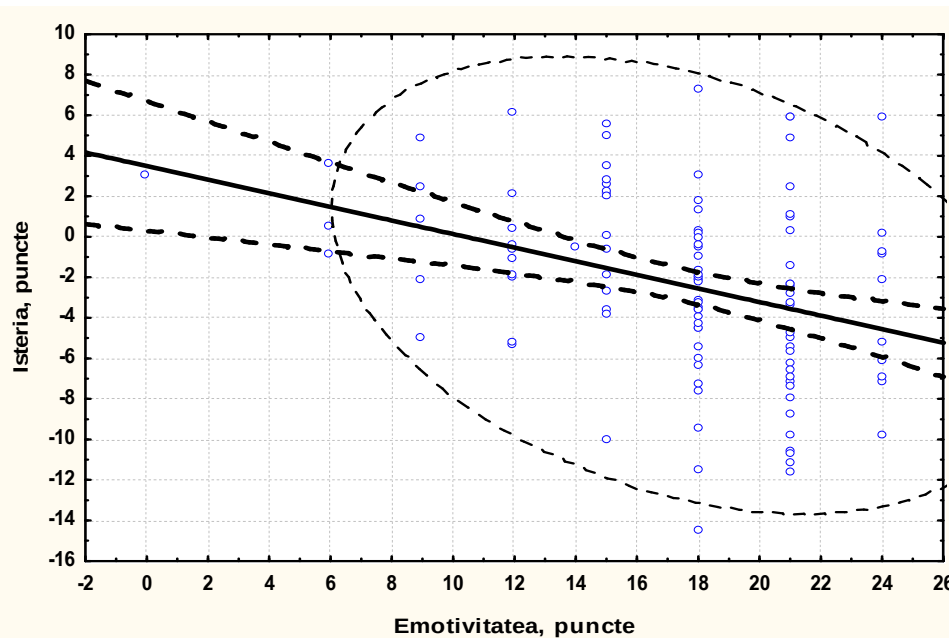


Fig. 2.17. Corelația între emotivitate și isterie

Indicatorul profilului caracterial „hiperexactitate” a corelat statistic direct cu „hiperperseverență” ($r = 0,43$, $p < 0,001$), „emotivitate” ($r = 0,44$, $p < 0,001$), „anxietate” ($r = 0,31$, $p < 0,05$), „ciclotimie” ($r = 0,48$, $p < 0,001$), „demonstrativitate” ($r = 0,29$, $p < 0,05$), „nestăpânire” ($r = 0,44$, $p < 0,001$), „distimie” ($r = 0,38$, $p < 0,01$), „exaltare” ($r = 0,26$, $p < 0,05$); am determinat corelația inversă cu toți parametrii stărilor nevrotice: „anxietate” ($r = (-0,32)$, $p < 0,05$), „depresie nervoasă” ($r = (-0,23)$, $p < 0,01$), „obsesie-fobie” ($r = (-0,42)$, $p < 0,01$), „isterie” ($r = (-0,38)$, $p < 0,01$), „deregări vegetative” ($r = (-0,38)$, $p < 0,01$) și „astenie” ($r = (-0,30)$, $p < 0,05$). Am precizat existența unor corelații semnificative ale hiperexactității la persoanele adulte în PCS pentru indicatorii autoaprecierii stărilor psihice ca „anxietate” ($r = 0,40$, $p < 0,001$), „frustrare” ($r = 0,26$, $p < 0,05$) și „rigiditate” ($r = 0,24$, $p < 0,05$).

Am stabilit și existența unor corelații directe ale scorului anxietății, așa cum este AC, la persoanele adulte în PCS pentru indicatorii stărilor psihice ca „anxietate” ($r = 0,46$, $p < 0,001$), „frustrare” ($r = 0,39$, $p < 0,01$) și „rigiditate” ($r = 0,34$, $p < 0,01$). De aici reiese că stările psihice menționate completează particularitățile caracterologice referitoare la anxietate.

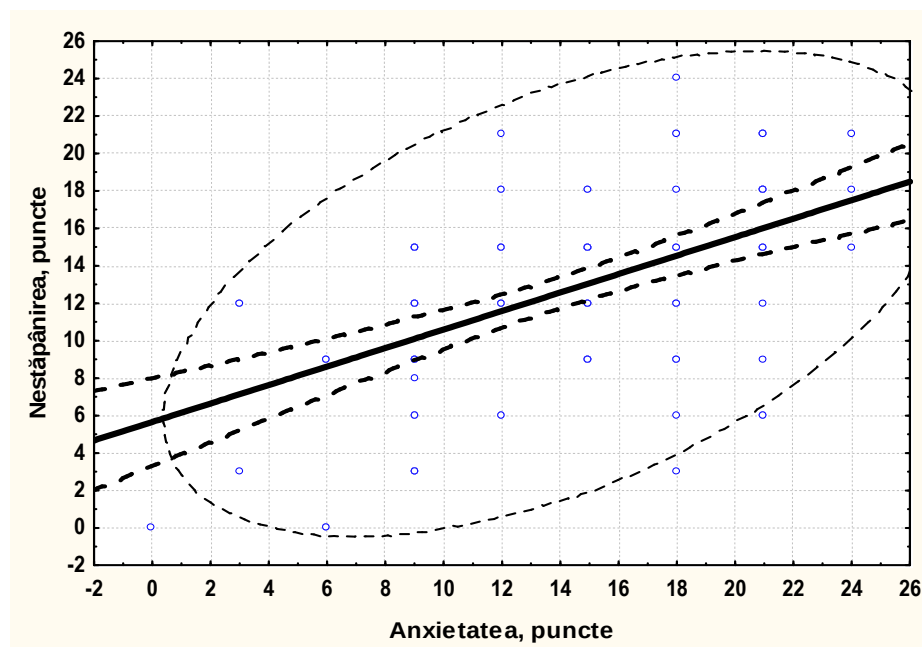


Fig. 2.18. Corelația între anxietate și nestăpânire

Indicatorul profilului caracterial „anxietatea” a corelat statistic direct cu AC: „hiperperseverență” ($r = 0,27$, $p < 0,05$), „emotivitate” ($r = 0,44$, $p < 0,001$), „hiperexactitate” ($r = 0,31$, $p < 0,05$), „ciclotimie” ($r = 0,33$, $p < 0,01$), „nestăpânire” ($r = 0,49$, $p < 0,001$) (Figura 2.18.), „distimie” ($r = 0,34$, $p < 0,01$), „exaltare” ($r = 0,29$, $p < 0,05$). Adultul cu o SP anxioasă fiind adesea timid și docil, incapabil să se afirme în cazul divergențelor de opinie, poate produce însă și o supracompensare, timiditatea exagerată având ca rezultat o atitudine aparent sigură de sine, plină de încredere, sau chiar aroganță, iar AC „nestăpânire” ne scoate în evidență o persoană dominată de impuls, sub toate formele acestuia, individul fiind iritabil, uneori agresiv, capabil să comită un act necinstit sau violent, nestatornic în viața profesională, acționând dirijat fiind de sentimente, instincte și mai puțin de considerente raționale. De aici rezultă că aceste două variabile corelate variază în același sens, când anxietatea SP crește, și AC „nestăpânirea” crește; respectiv, când prima scade, și cealaltă scade.

Am determinat corelația inversă a indicatorului profilului caracterial „anxietatea” cu toți parametrii stărilor nevrotice: „anxietate” ($r = (-0,38)$, $p < 0,01$), „depresie nervoasă” ($r = (-0,28)$,

$p < 0,01$), „obsesie-fobie” ($r = (-0,51)$, $p < 0,001$), „isterie” ($r = (-0,45)$, $p < 0,01$), „deregări vegetative” ($r = (-0,38)$, $p < 0,01$) (Fig. 2.19.) și „astenie” ($r = (-0,32)$, $p < 0,01$).

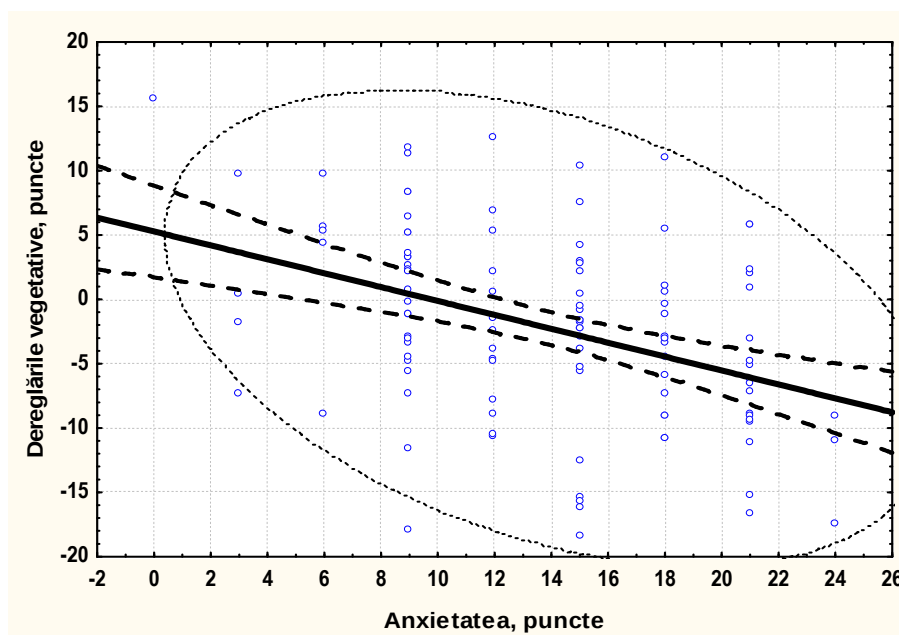


Fig. 2. 19. Corelația între anxietate și deregări vegetative

Indicatorul profilului caracterial „ciclotimia” a corelat statistic direct cu „hipertimie” ($r = 0,35$, $p < 0,01$), „hiperperseverența” ($r = 0,43$, $p < 0,001$), „emotivitatea” ($r = 0,35$, $p < 0,01$), „hiperexactitatea” ($r = 0,48$, $p < 0,001$), „anxietatea” ($r = 0,33$, $p < 0,01$), „demonstrativitatea” ($r = 0,36$, $p < 0,01$), „nestăpânire” ($r = 0,50$, $p < 0,001$), „exaltarea” ($r = 0,50$, $p < 0,001$) (Figura 2. 20.).

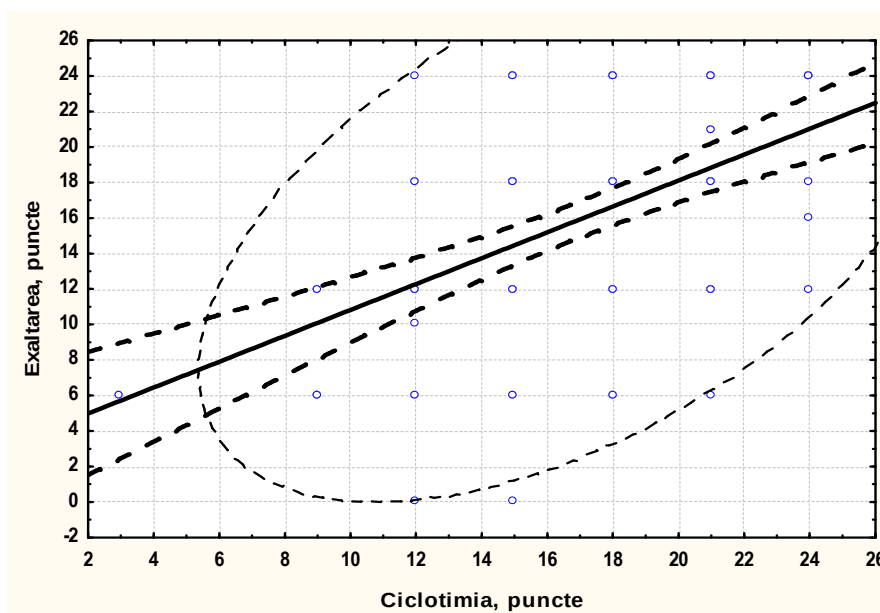


Fig. 2.20. Corelația între ciclotimie și exaltare

A fost determinată corelația inversă dintre indicatorul profilului caracterial „ciclotimia” cu punctajul TAC: $r = -0,24$, $p < 0,05$ (Figura 2.21.), și cu toți parametrii stărilor nevrotice: „anxietate” $r = -0,26$, $p < 0,05$), „depresie nervoasă” $r = -0,24$, $p < 0,05$, „obsesie-fobie” $r = -0,37$, $p < 0,01$, „isterie” $r = -0,2$, $p < 0,01$, „deregări vegetative” $r = -0,26$, $p < 0,05$ și „astenie” $r = -0,22$, $p < 0,05$. Am precizat și existența unor corelații directe cu scorul persoanelor adulte în PCS pentru indicatorii autoaprecierii stării psihice „anxietate” ($r = 0,29$, $p < 0,05$), „frustrare” ($r = 0,18$, $p < 0,05$), „agresivitate” ($r = 0,32$, $p < 0,01$) și „rigiditate” ($r = 0,33$, $p < 0,01$).

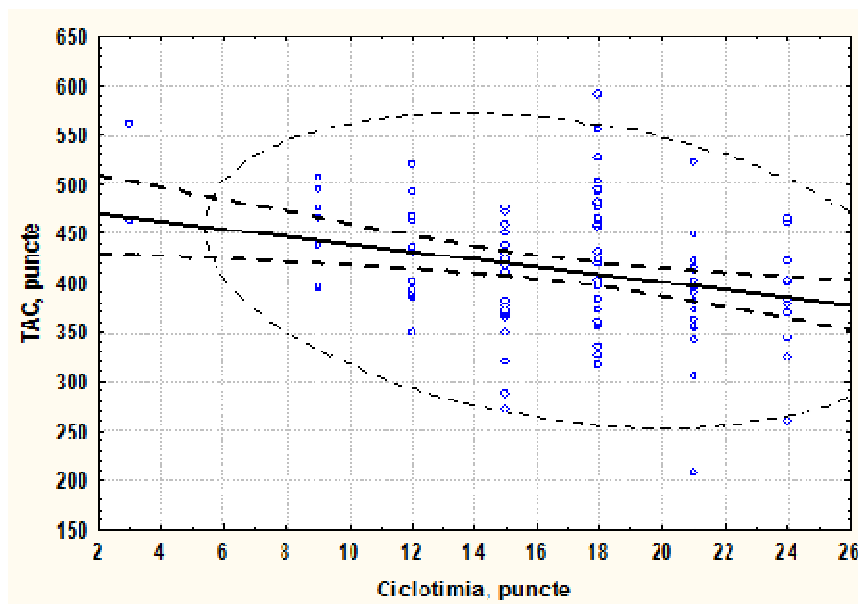


Fig. 2.21. Corelația între ciclotimie și TAC

Indicatorul profilului caracterial „demonstrativitatea” a corelat statistic direct cu „hipertimia” ($r = 0,54$, $p < 0,001$), „hiperperseverența” ($r = 0,33$, $p < 0,01$), „hiperexactitatea” ($r = 0,29$, $p < 0,01$), „ciclotimia” ($r = 0,36$, $p < 0,01$), „nestăpânire” ($r = 0,23$, $p < 0,05$), „exaltare” ($r = 0,21$, $p < 0,05$). A fost determinată corelația inversă dintre indicatorul profilului caracterial „demonstrativitatea” și punctajul TAC ($r = (-0,31)$, $p < 0,01$). Am determinat corelația inversă a demonstrativității cu unii parametri ai stărilor nevrotice: „depresie nervoasă” ($r = (-0,25)$, $p < 0,05$), „isterie” ($r = (-0,25)$, $p < 0,05$). „Demonstrativitatea” a mai corelat statistic și cu scorul pentru unul dintre indicatorii stărilor psihice – „agresivitate” ($r = 0,30$, $p < 0,01$).

Indicatorul profilului caracterial „nestăpânit” a corelat statistic direct cu „hiperperseverența” ($r = 0,38$, $p < 0,01$), „emotivitate” ($r = 0,23$, $p < 0,05$), „hiperexactitatea” ($r = 0,44$, $p < 0,001$), „anxietate” ($r = 0,49$, $p < 0,001$), „demonstrativitatea” ($r = 0,23$, $p < 0,05$), „ciclotimia” ($r = 0,50$, $p < 0,001$), „distimie” ($r = 0,38$, $p < 0,001$), „exaltarea” ($r = 0,32$, $p < 0,01$).

Statistic, a fost precizată existența unei corelații marginale a indicatorului profilului caracterial „nestăpânit” cu punctajul TAC ($r = -0,189$, $p < 0,05$) (Figura 2.22.)

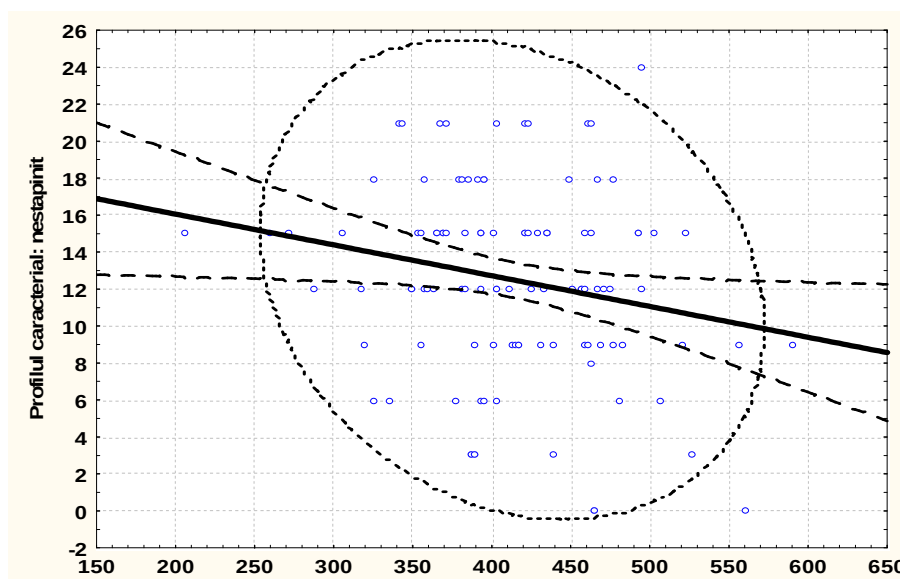


Fig. 2.22. TAC și accentuarea caracterologică „nestăpânit”

Am determinat corelația statistică inversă a profilului caracterial „nestăpânire” cu toți indicatorii stărilor nevrotice: „anxietate” ($r \approx -0,37$, $p < 0,01$), „depresie nervoasă” ($r \approx -0,33$, $p < 0,01$), „obsesie-fobie” ($r \approx -0,46$, $p < 0,001$), „isterie” ($r \approx -0,37$, $p < 0,01$), „deregări vegetative” ($r \approx -0,30$, $p < 0,01$) și „astenie” ($r \approx -0,29$, $p < 0,01$). Am stabilit și existența unor corelații directe cu scorul persoanelor adulte în PCS pentru indicatorii autoaprecierii stărilor psihice ca „anxietate” ($r \approx 0,39$, $p < 0,01$), „frustrare” ($r \approx 0,25$, $p < 0,05$), „agresivitate” ($r \approx 0,24$, $p < 0,05$) și „rigiditate” ($r \approx 0,42$, $p < 0,001$).

Indicatorul profilului caracterial „distimia” a corelat statistic cu „hipertimie” ($r \approx -0,22$, $p < 0,05$), „hiperperseverență” ($r \approx 0,23$, $p < 0,05$), „emotivitate” ($r \approx 0,24$, $p < 0,05$), „hiperexactitate” ($r \approx 0,39$, $p < 0,01$), „anxietate” ($r \approx 0,35$, $p < 0,01$), „nestăpânit” ($r \approx 0,38$, $p < 0,01$) și „exaltare” ($r \approx 0,19$, $p < 0,05$). Am determinat corelația inversă a distimiei cu toți indicatorii stărilor nevrotice: „anxietate” ($r \approx -0,32$, $p < 0,01$), „depresie nervoasă” ($r \approx -0,29$, $p < 0,01$), „obsesie-fobie” ($r \approx -0,40$, $p < 0,001$), „isterie” ($r \approx -0,33$, $p < 0,01$), „deregări vegetative” ($r \approx -0,24$, $p < 0,05$) și „astenie” ($r \approx -0,24$, $p < 0,05$). Am determinat și existența unor corelații directe cu scorul pentru indicatorii autoaprecierii stărilor psihice ca „anxietate” ($r \approx 0,40$, $p < 0,001$), „frustrare” ($r \approx 0,28$, $p < 0,05$) și „rigiditate” ($r \approx 0,32$, $p < 0,01$).

Indicatorul profilului caracterial „exaltat” a corelat statistic direct cu „hiperperseverență” ($r \approx 0,33$, $p < 0,01$), „emotivitate” ($r \approx 0,33$, $p < 0,01$), „hiperexactitate” ($r \approx 0,26$, $p < 0,05$), „anxietate (S)” ($r \approx 0,29$, $p < 0,01$), „demonstrativitate” ($r \approx 0,22$, $p < 0,05$), „ciclotimie” ($r \approx 0,50$, $p < 0,001$), „nestăpânit” ($r \approx 0,32$, $p < 0,01$) și „distimia” ($r \approx 0,19$, $p < 0,05$). A fost stabilită o

corelație statistică a indicatorului profilului caracterial „exaltat” cu punctajul TAC ($r \approx -0,27$, $p < 0,05$). Am determinat corelația statistică inversă cu majoritatea indicatorilor stărilor nevrotice: „anxietate” ($r \approx -0,26$, $p < 0,05$), „obsesie-fobie” ($r \approx -0,34$, $p < 0,01$) și „isterie” ($r \approx -0,27$, $p < 0,05$). Am identificat și existența unor corelații directe cu scorul pentru indicatorii stărilor psihice ca „anxietate” ($r \approx 0,34$, $p < 0,01$), „frustrare” ($r \approx 0,31$, $p < 0,01$), „agresivitate” ($r \approx 0,19$, $p < 0,05$) și „rigiditate” ($r \approx 0,20$, $p < 0,05$).

Parametrul testului pentru Autoaprecierea stărilor psihice „anxietate” pentru L1 a corelat statistic direct cu „distimia” ($r \approx 0,40$, $p < 0,001$) (Figura 2.23.) și cu următorii indicatori ai profilului caracterial determinat prin metoda Leonhard-Schmieschek: „hiperperseverență” ($r \approx 0,39$, $p < 0,01$), „emotivitate” ($r \approx 0,45$, $p < 0,001$), „hiperexactitate” ($r \approx 0,41$, $p < 0,001$), „anxietate” ($r \approx 0,46$, $p < 0,001$), „ciclotimia” ($r \approx 0,30$, $p < 0,01$), „nestăpânit” ($r \approx 0,39$, $p < 0,01$), „exaltare” ($r \approx 0,34$, $p < 0,01$). Am determinat prezența unei corelații statistice inverse între parametrul testului de autoapreciere a stărilor psihice „anxietate” cu punctajul TAC ($r \approx -0,32$, $p < 0,01$).

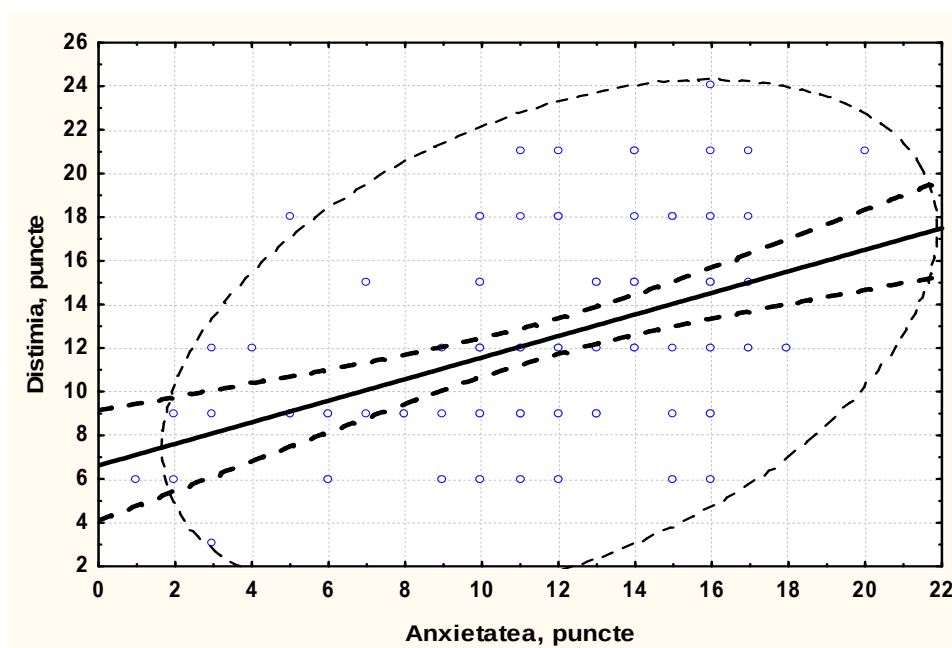


Fig. 2.23. Corelația între anxietate și distimie

În același timp, am determinat prezența unei corelații inverse a indicelui SP „anxietate” cu majoritatea indicatorilor SN: „anxietate” ($r \approx -0,52$, $p < 0,001$), „obsesie-fobie” ($r \approx -0,57$, $p < 0,001$), „depresie nervoasă” ($r \approx -0,50$, $p < 0,001$), „deregări vegetative” ($r \approx -0,37$, $p < 0,01$), „astenie” ($r \approx -0,47$, $p < 0,001$) și „isterie” ($r \approx -0,54$, $p < 0,001$). Corelația inversă evidențiază faptul că două variabile corelate variază în sens contrar, deci dacă nivelul SP crește, nivelul SN scade și invers.

Au fost determinate corelații directe prin metoda Spearman și cu alți indicatori ai testului autoaprecierea stărilor psihice, ca „frustrare” ($r \approx 0,65$, $p < 0,001$) (Figura 2.24.) „agresivitate” ($r \approx 0,33$, $p < 0,01$) și „rigiditate” ($r \approx 0,44$, $p < 0,001$).

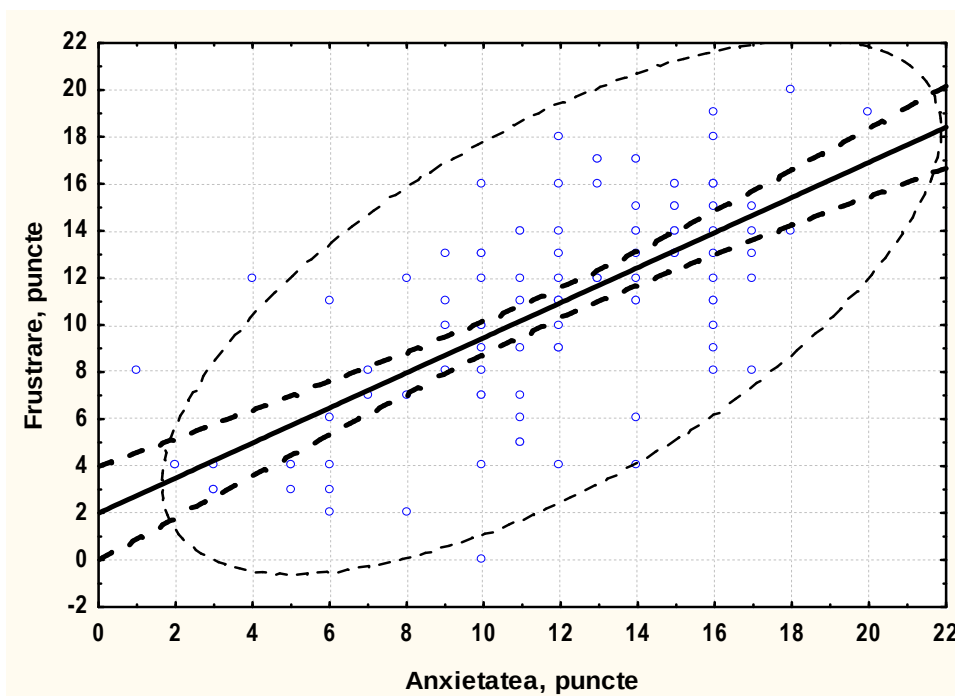


Fig. 2.24. Corelația între anxietate și frustrare

„Frustrarea”, un alt parametru al testului de autoapreciere a stărilor psihice, a corelat statistic direct cu următorii indicatori ai profilului caracterial: „emotivitate” ($r \approx 0,34$, $p < 0,01$), „hiperexactitate” ($r \approx 0,27$, $p < 0,05$), „anxietate (S)” ($r \approx 0,40$, $p < 0,001$), „ciclotimie” ($r \approx 0,19$, $p < 0,05$), „nestăpânit” ($r \approx 0,25$, $p < 0,05$), „distimie” ($r \approx 0,28$, $p < 0,05$) și „exaltare” ($r \approx 0,31$, $p < 0,01$). A fost depistată o corelație inversă între „Frustrare”, parametru al testului de autoapreciere a stărilor psihice, punctajul TAC ($r \approx -0,21$, $p < 0,05$). În ceea ce privește indicatorii stărilor nevrotice, am depistat corelații inverse cu aceștia: „anxietate” ($r \approx -0,38$, $p < 0,01$), „obsesie-fobie” ($r \approx -0,48$, $p < 0,001$), „depresie nervoasă” ($r \approx -0,53$, $p < 0,001$), „deregări vegetative” ($r \approx -0,38$, $p < 0,01$), „astenie” ($r \approx -0,43$, $p < 0,001$) și „isterie” ($r \approx -0,50$, $p < 0,001$). De asemenea, am constatat existența unor corelații directe cu alți indicatori ai testului de autoapreciere a stărilor psihice, ca „anxietate ” ($r \approx 0,65$, $p < 0,001$), „agresivitate” ($r \approx 0,23$, $p < 0,05$) și „rigiditate” ($r \approx 0,41$, $p < 0,001$).

Următorul parametru al testului de autoapreciere a stărilor psihice, „agresivitate”, a corelat statistic direct cu indicatorii profilului caracterial: „hipertimie” ($r \approx 0,33$, $p < 0,01$), „hiperperseverență” ($r \approx 0,27$, $p < 0,05$), „ciclotimie” ($r \approx 0,33$, $p < 0,01$), „demonstrativitate” ($r \approx 0,31$, $p < 0,01$), „nestăpânit” ($r \approx 0,24$, $p < 0,05$) și „exaltare” ($r \approx 0,19$, $p < 0,05$).

A fost precizată o corelație inversă puternică între parametrul stării psihice „agresivitate”, cu punctajul TAC ($r \approx -0,42$, $p < 0,001$) (Figura 2.25.).

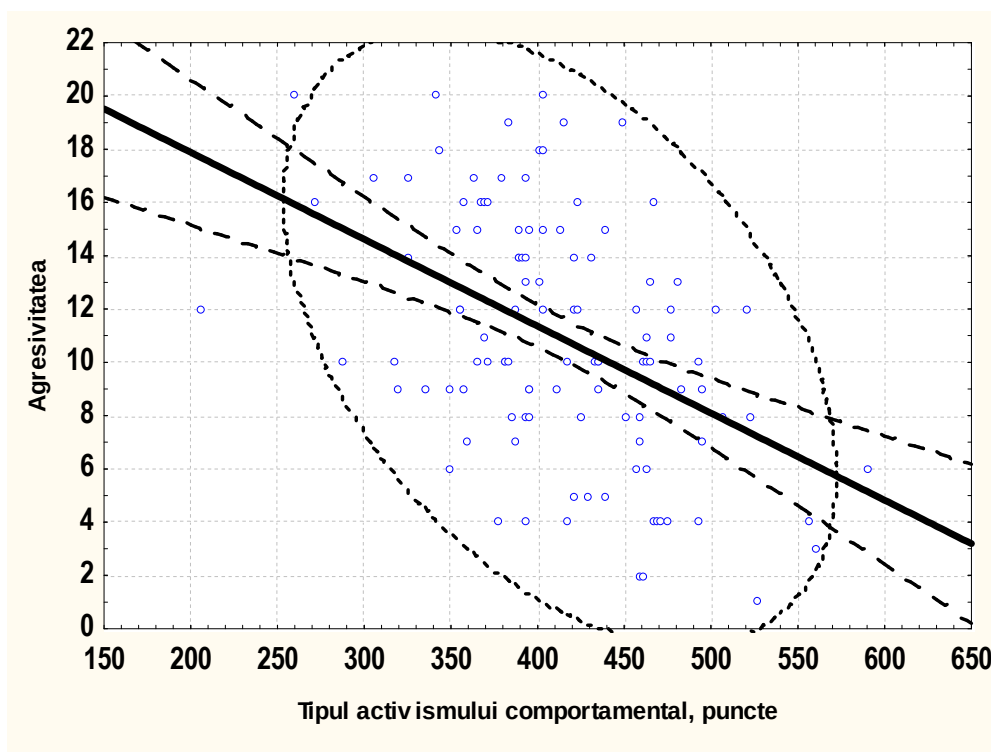


Fig. 2.25. Corelația între TAC și starea psihică „agresivitatea”

Am determinat și corelații inverse ale agresivității cu indicatorii stărilor nevrotice: „anxietate” ($r \approx -0,40$, $p < 0,001$), „obsesie-fobie” ($r \approx -0,21$, $p < 0,05$), „depresie nervoasă” ($r \approx -0,21$, $p < 0,05$) și „isterie” ($r \approx -0,31$, $p < 0,01$). Suplimentar, au fost depistate și corelații cu parametrii ASP „anxietate” ($r \approx 0,33$, $p < 0,01$), „frustrare” ($r \approx 0,23$, $p < 0,05$) și „rigiditate” ($r \approx 0,47$, $p < 0,001$).

„Rigiditatea”, din testul de autoapreciere a stărilor psihice, a corelat statistic direct cu următorii indicatori ai profilului caracterial, după Leongard-Schmieschek: „emotivitate” ($r \approx 0,22$, $p < 0,05$), „hiperexactitate” ($r \approx 0,25$, $p < 0,05$), „anxietate” ($r \approx 0,35$, $p < 0,01$), „ciclotimie” ($r \approx 0,34$, $p < 0,01$), „nestăpânit” ($r \approx 0,42$, $p < 0,001$), „distimie” ($r \approx 0,32$, $p < 0,01$) și „exaltare” ($r \approx 0,20$, $p < 0,05$). Am determinat prezența unei corelații statistice inverse cu majoritatea indicatorilor stărilor nevrotice: „anxietate” ($r \approx -0,40$, $p < 0,001$), „tulburare obsesiv-fobică” ($r \approx -0,39$, $p < 0,01$), „depresie nervoasă” ($r \approx -0,36$, $p < 0,01$), „dereglări vegetative” ($r \approx -0,24$, $p < 0,05$), „astenie” ($r \approx -0,31$, $p < 0,01$) și „isterie” ($r \approx -0,28$, $p < 0,05$).

Parametrii stărilor psihice au corelat statistic în felul următor: „rigiditatea” cu „frustrarea” ($r \approx 0,41$, $p < 0,001$), „agresivitatea” ($r \approx 0,46$, $p < 0,001$) cu „anxietatea” ($r \approx 0,44$, $p < 0,001$).

Analiza scorului acumulat în cadrul evaluării TAC a demonstrat că pentru subiecții L1 în PCS este caracteristic punctajul sporit: $411,96 \pm 6,15$ cote versus $383,20 \pm 9,03$ cote ($p < 0,05$) pentru L2 (Figura 2.26.).

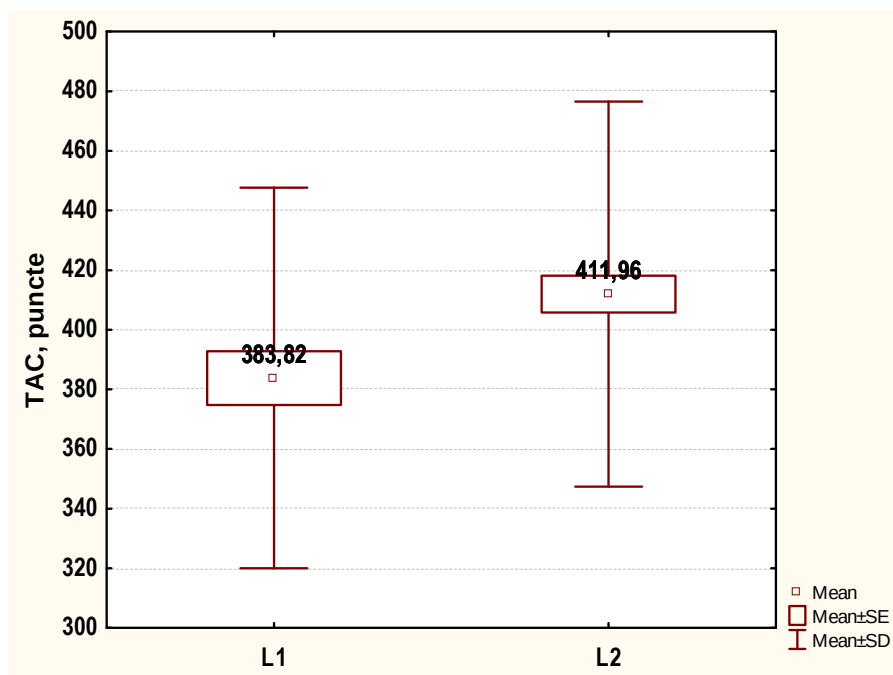


Fig. 2.26. Influența PCS asupra TAC: L1 și L2

Punctajul mediu obținut la evaluarea TAC în ambele loturi se plasează în același interval (336-459) care corespunde tipului intermediar de comportament, adică AB, caracterizat prin orientare spre scop, activism, interese multidirecționale, expresivitate moderată, comportament predictiv. Acest fapt ne dovedește că subiecții din L2 pot fi considerați potențiali pacienți, care sunt suprasolicitați și fac parte din categoria persoanelor „luptă sau fugi”.

În continuare, prin intermediul metodei statistice Data mining (Classification/Regression trees) a fost analizată contribuția diferitor factori determinanți la modificările parametrilor psihologici stabiliți prin intermediul metodelor Leonhard-Schmieschek, Jahin-Mendelevici, Eysenck, TAC. În calitate de factorii determinanți au fost utilizate prezența BU, locul de trai (rural/urban), sexul (femei/bărbați), studii (superioare/medii), grupul de vârstă (35-40/41-45 ani), TAC (Tabelul 2.5.).

Rolul vârstei, în calitate de factor determinant, a fost major în cazul următoarelor parametri psihologici, determinați cu ajutorul chestionarului Leonhard-Schmieschek: „demonstrativitate” (importanța $\approx 1,00$; predominant la 35-40 de ani), „anxietatea” (importanța $\approx 0,75$; de asemenea, predominant la 35-40 de ani) și „hiperexactitatea” (importanța $\approx 0,65$; predominant la 41-45 de ani) (Tabelul 2.5.).

Studiile au demonstrat contribuția majoră la astfel de indicatori psihologici ca „hiperexactitate” (importanța $\approx 1,00$; predominant la adulții cu studii superioare) și „exaltare” (importanța $\approx 1,00$; predominant la adulții cu studii medii). O contribuție importantă a acestui factor determinant am observat la parametri psihologici „ciclotimie” (importanța $\approx 0,76$; predominant la adulții cu studii medii) și „nestăpânire” (importanța $\approx 0,73$; predominant la adulții cu studii medii). Factor determinant, nivelul de studii, a ocupat locul trei ca semnificație (importanța $\approx 0,73$) numai în cazul indicatorului psihologic AC „hiperexactitate” (Tabelul 2.5.).

Componența gender/sexul a influențat valorile sporite ale astfel de parametri psihologici a AC ca „hipertimia” (importanța $\approx 0,75$; predominant la bărbați) și „hiperexactitate” (importanța $\approx 0,82$; predominant la bărbați). Contribuția componenței gender a fost perceptibilă în cazul parametrului psihologic „anxietate” ca AC (importanța $\approx 0,57$; predominant la femei) (Tabelul 2.5.).

Reședința persoanelor adulte a avut o influență relativ mai mică în comparație cu alți factori determinanți asupra parametrilor caracterologici „hiperperseverență” (importanța $\approx 0,62$; predominant la persoane cu reședința în mediul rural), „anxietate” (AC) (importanța $\approx 0,63$; predominant la persoanele cu reședința în mediul urban), „hiperexactitate” (importanța $\approx 0,76$; predominant la adulții cu reședința în mediul urban) și „ciclotimi” (importanța $\approx 0,66$; predominant la persoanele cu reședința în mediul urban) (Tabelul 2.5.).

Tabelul 2.5. Contribuția diferitor factori la valorile absolute ale AC

<i>Parametri psihologici</i>	<i>Prezența BU</i>	<i>Locul de trai (r/u)</i>	<i>Sexul (b/f)</i>	<i>Studii (s/m)</i>	<i>Grupa de vârstă ($\leq 40 <$)</i>	<i>TAC</i>
Hipertimia	0,44	0,24	0,75	0,31	0,44	1,00
Hiperperseverența	0,46	0,62	0,39	0,45	0,21	1,00
Emotivitatea	0,20	0,45	0,24	0,18	0,19	1,00
Hiperexactitatea	0,29	0,44	0,82	1,00	0,65	0,73
Anxietatea	0,53	0,63	0,57	0,69	0,75	1,00
Ciclotimia	0,28	0,66	0,21	0,76	0,20	1,00
Demonstrativitatea	0,25	0,51	0,42	0,62	1,00	0,98
Nestăpânirea	0,60	0,43	0,51	0,73	0,54	1,00
Distimia	0,22	0,16	0,24	0,33	0,32	1,00
Exaltarea	0,36	0,76	0,26	1,00	0,51	0,95

Contribuția semnificativă a prezenței BU a fost depistată numai referitor la indicatorii caracterologici ai AC ca „nestăpânirea” (importanța $\approx 0,60$) și „anxietatea” (importanța $\approx 0,53$) (Tabelul 2.5.).

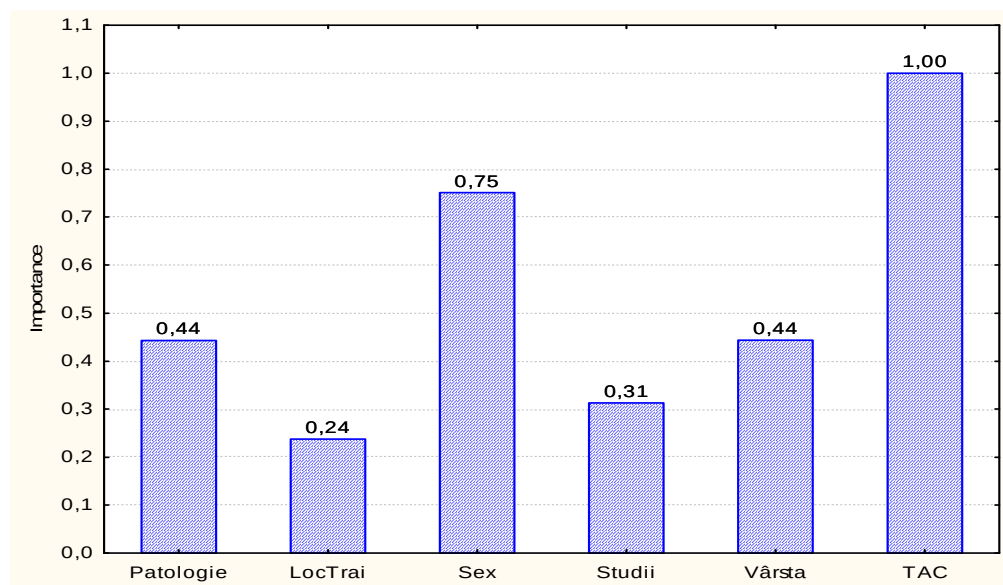


Fig. 2.27. Importanța contribuției diferitor factori asupra valorilor parametrului „hipertimie” (AC)

Analiza statistică efectuată a demonstrat că cea mai mare contribuție la valorile determinate ale hipertimiei aparține TAC (importanța $\approx 1,00$). Importanța contribuției diferitor factori asupra valorilor parametrului AC „hipertimie” (Figura 2.27.) demonstrează că TAC (importanța $\approx 1,00$), sexul (importanța $\approx 0,75$) și prezența BU (importanța $\approx 0,44$), în paralel cu categoria de vârstă (importanța $\approx 0,44$), contribuie cel mai mult la valorile înalte ale hipertimiei ca AC.

Referitor la indicatorul psihologic hiperperseverența (Figura 2.28.), s-a demonstrat că TAC (importanța $\approx 1,00$), locul de trai (importanța $\approx 0,62$) și prezența BU (importanța $\approx 0,46$) influențează cel mai mult valorile acestui parametru.

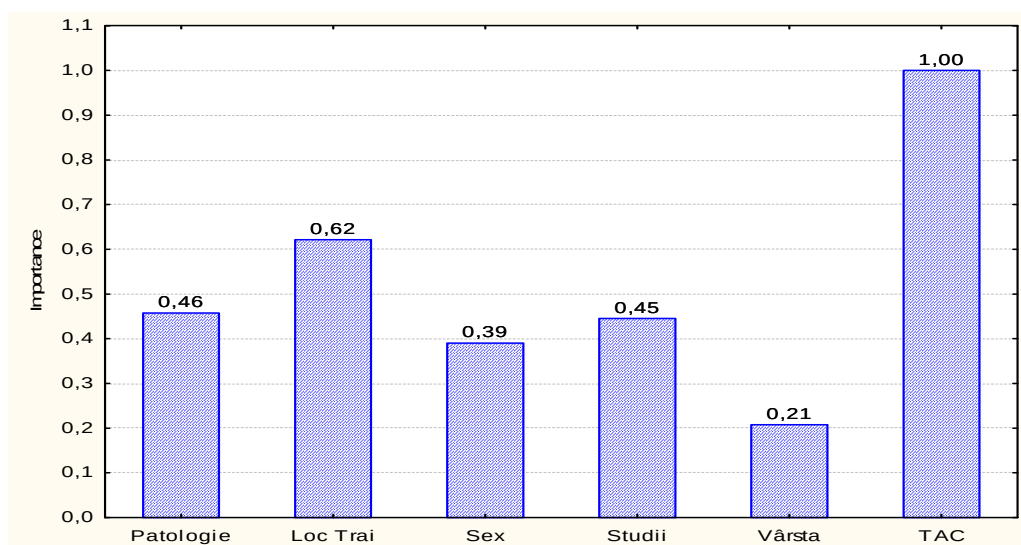


Fig. 2.28. Importanța contribuției diferitor factori asupra valorilor parametrului „hiperperseverența” (AC)

Influența contribuției TAC (importanța $\approx 1,00$), categoriei de vârstă (importanța $\approx 0,75$), nivelului de studii (importanța $\approx 0,69$) asupra valorilor parametrului „anxietate”, determinat cu ajutorul metodei de determinare a accentuărilor caracterologice Leonhard-Schmieschek, care contribuie cel mai mult la valorile înalte ale anxietății ca AC (Figura 2.29.).

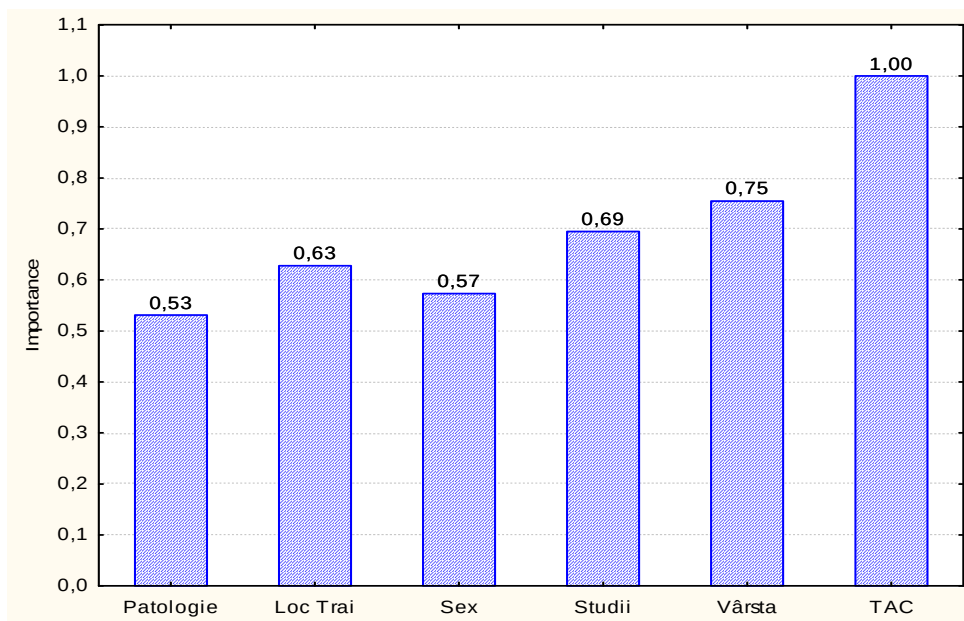


Fig. 2.29. Importanța contribuției diferitor factori asupra valorilor parametrului „anxietatea” (AC)

Referitor la indicatorul psihologic AC „ciclotimia”, s-a demonstrat că TAC (importanța $\approx 1,00$), nivelul de studii (importanța $\approx 0,76$) și locul de trai (importanța $\approx 0,66$) contribuie cel mai mult asupra valorilor acestui parametru (Figura 2.30.).

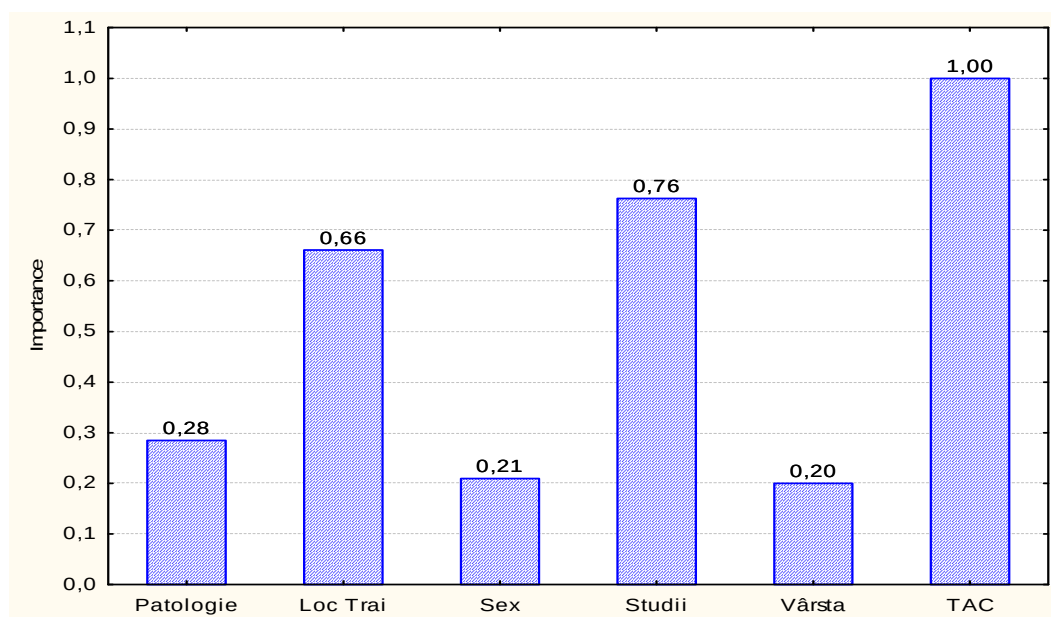


Fig. 2.30. Importanța contribuției diferitor factori asupra valorilor parametrului „ciclotimia” (AC)

Parametrul „nestăpânirea” a fost în special influențat, de asemenea, de TAC (importanța $\approx 1,00$), nivelul de studii (importanța $\approx 0,73$) și prezența BU (importanța $\approx 0,60$) (Figura 2.31.).

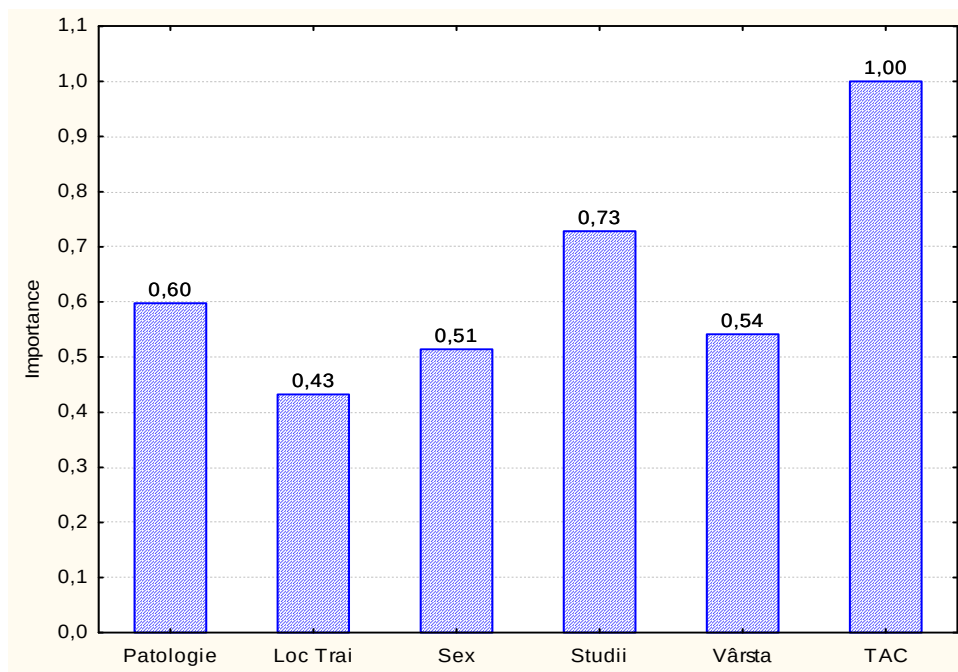


Fig. 2.31. Importanța contribuției diferitor factori asupra valorilor parametrului „nestăpânirea” (AC)

Ca și în cazul parametrilor psihologici apreciați prin metoda Leonhard-Schmieschek, TAC a fost cel mai important factor determinant și în cazul indicatorilor psihologici apreciați prin metodele Jahin-Mendelevici și Eysenck (importanța $\approx 1,00$): „anxietate” (SN), „depresie nervoasă” (SN), „tulburare obsesiv-fobică” (SN), „comportament isteric” (SN), „deregări vegetative” (SN), „astenie” (SN), „anxietate” (SP), „frustrare” (SP), „agresivitate” (SP) și „rigiditate”(SP) (Tabelul 2.6.).

La subiecții de 35-40 de ani a fost mai frecvent depistată SN „tulburarea obsesiv-fobică” (importanța $\approx 0,62$) și SN „deregările vegetative” (importanța $\approx 0,77$), pe când la subiecții de 41-45 de ani cu frecvența mai mare s-au întâlnit valorile sporite ale SP „rigiditatea” (importanța $\approx 0,84$) și SN „astenia” (importanța $\approx 0,52$) (Tabelul 2.6.).

La persoanele cu studii medii mai frecvent am determinat valorile sporite ale SN „tulburare obsesiv-fobică” (importanța $\approx 0,62$) și SP „rigiditate” (importanța $\approx 0,84$) (Tabelul 2.6.).

SN „Depresia nervoasă” a avut un scor mai ridicat la persoanele cu studii superioare (importanța $\approx 0,97$), ca și indicatorul psihologic SN „deregări vegetative” (importanța $\approx 0,76$) (Tabelul 2.6.).

Sexul feminin contribuit major la valorile sporite ale astfel de parametri ca „anxietate (SN) (importanța $\approx 1,00$), SN „depresi nervoasă” (importanța $\approx 0,64$), „anxietate (SP) (importanța $\approx 0,58$) și SN „deregări vegetative” (importanța $\approx 0,54$). La bărbați a fost mai pronunțată „rigiditatea” în autoaprecierea stărilor psihice (importanța $\approx 0,96$) (Tabelul 2.6.).

Tabelul 2.6. Contribuția diferitor factori la valorile absolute ale stărilor nevrotice și psihice ca parametri psihologici

Parametri psihologici	Prezența BU	Locul de trai (r/u)	Sexul (b/f)	Studii (s/m)	Grupa de vârstă ($\leq 40 <$)	TAC
Anxietatea (SN)	0,39	0,80	1,00	0,56	0,52	0,95
Depr. nervoasă	0,89	0,45	0,64	0,97	0,35	1,00
Obsesia-fobia	0,65	0,51	0,28	0,76	0,62	1,00
Isteria	0,41	0,38	0,63	0,23	0,33	1,00
Der. vegetative	0,55	0,57	0,54	0,80	0,77	1,00
Astenia	0,57	0,30	0,38	0,44	0,52	1,00
Anxietatea (SP)	0,36	0,50	0,68	0,52	0,26	1,00
Frustrarea	0,54	0,63	0,29	0,54	0,34	1,00
Agresivitatea	0,18	0,13	0,12	0,33	0,49	1,00
Rigiditatea	0,68	1,00	0,96	0,58	0,84	0,95

„Anxietatea”, ca stare nevrotică mai pronunțată, a fost caracteristică pentru persoanele cu reședința în mediul urban (importanța $\approx 0,80$), ca și SP „frustrare” (importanța $\approx 0,63$) și SN „deregări vegetative” (importanța $\approx 0,57$) (Tabelul 2.6.).

Prezența BU a fost un factor contribuitor important în cazul următorilor indicatori psihologici: SN „depresie nervoasă” (importanța $\approx 0,89$), SN „tulburare obsesiv-fobică” (importanța $\approx 0,65$), SN „astenie” (importanța $\approx 0,57$), SN „deregări vegetative” (importanța $\approx 0,55$) și SP „frustrare” (importanța $\approx 0,54$) (Tabelul 2.6.).

Evaluarea influenței relative a factorilor determinanți asupra valorilor parametrului SN „depresie nervoasă” demonstrează rolul major al tipului activismului comportamental

(importanța $\approx 1,00$), al nivelului de studii (importanța $\approx 0,97$) și prezenței BU (importanța $\approx 0,89$) (Figura 2.32.).

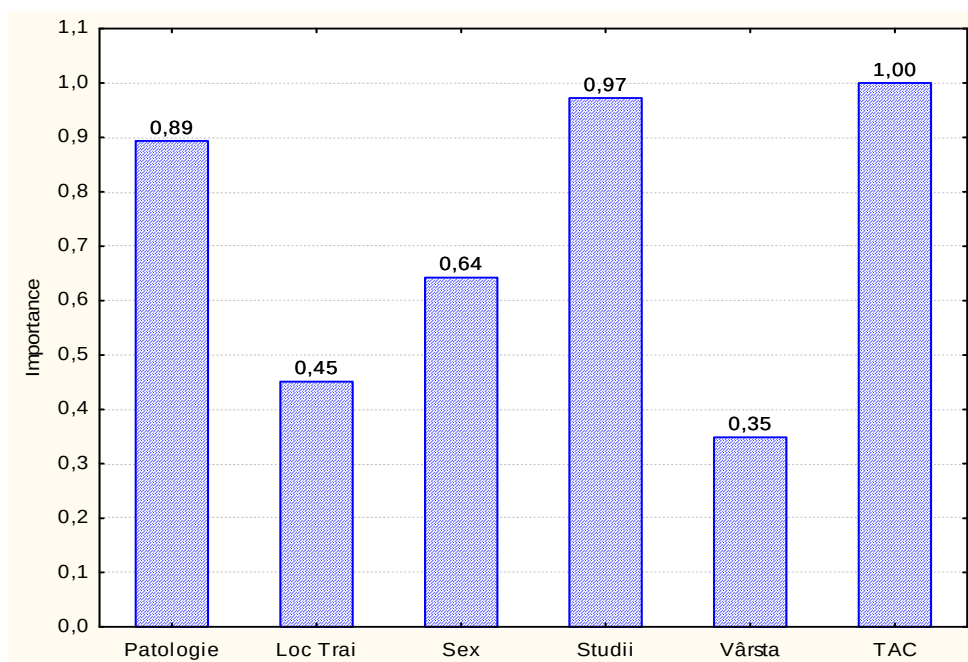


Fig. 2.32. Ponderea diferitor factori asupra valorilor parametrului SN „depresie nervoasă”

Analiza factorilor determinanți a identificat influența majoră a aceluiași factori, TAC (importanța $\approx 1,00$), nivelul de studii (importanța $\approx 0,76$), prezența BU (importanța $\approx 0,65$) asupra valorilor parametrului „tulburări obsesiv-fobice” din cadrul SN (Figura 2.33.)

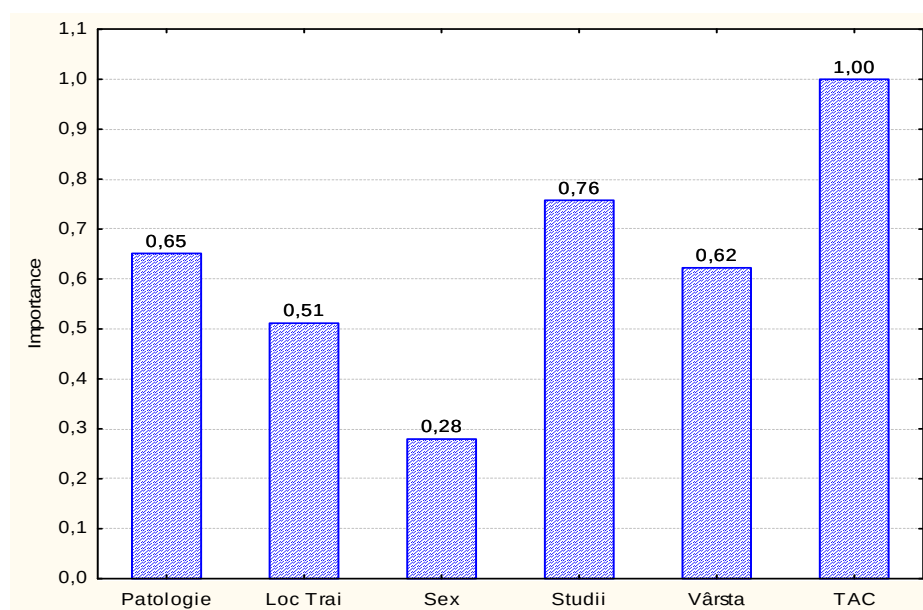


Fig. 2.33. Influența diferitor factori asupra valorilor parametrului SN „tulburări obsesiv-fobice”

La evaluarea contribuției relative a factorilor determinanți asupra valorilor parametrului SN „deregări vegetative” a fost determinată importanța majoră a TAC (importanța $\approx 1,00$), a nivelului de studii (importanța $\approx 0,80$) și a grupului de vârstă (importanța $\approx 0,77$) (Figura 2.34.).

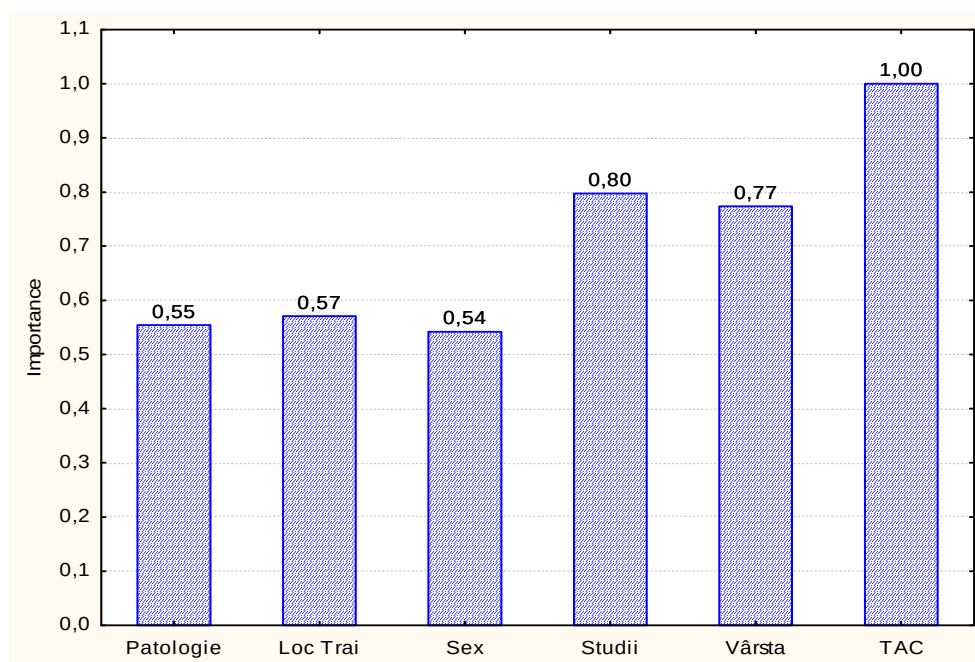


Fig. 2.34. Influența diferitor factori asupra valorilor parametrului „deregări vegetative”

TAC (importanța $\approx 1,00$), prezența BU (importanța $\approx 0,57$), precum și grupul de vârstă (importanța $\approx 0,52$) au influențat valorile parametrului SN „astenien”, determinate cu ajutorul metodei Jahin-Mendelevici (Figura 2.35.).

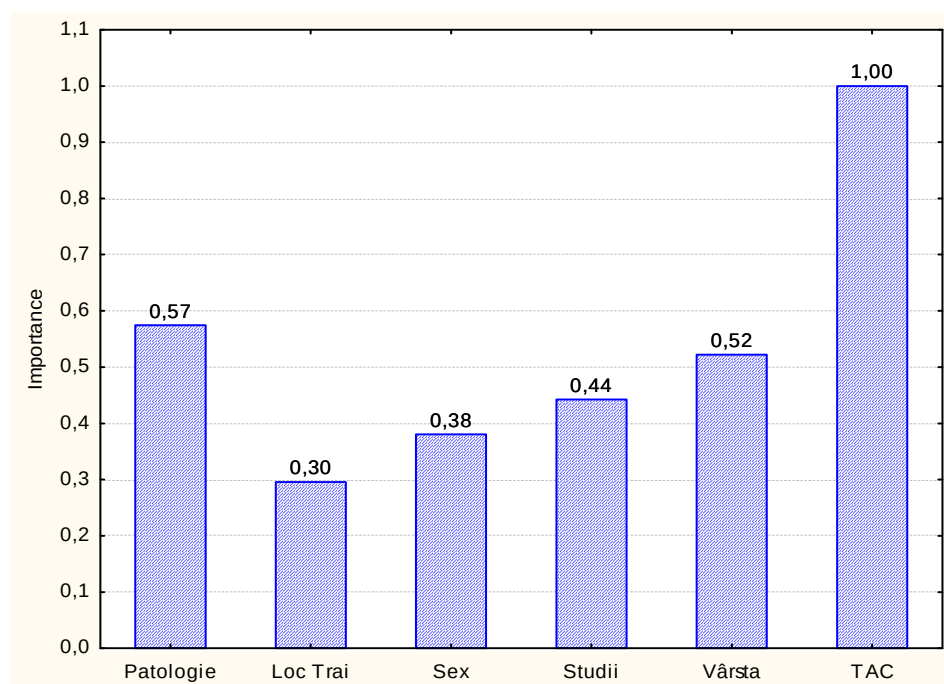


Fig. 2.35. Influența diferitor factori asupra valorilor parametrului „astenien”

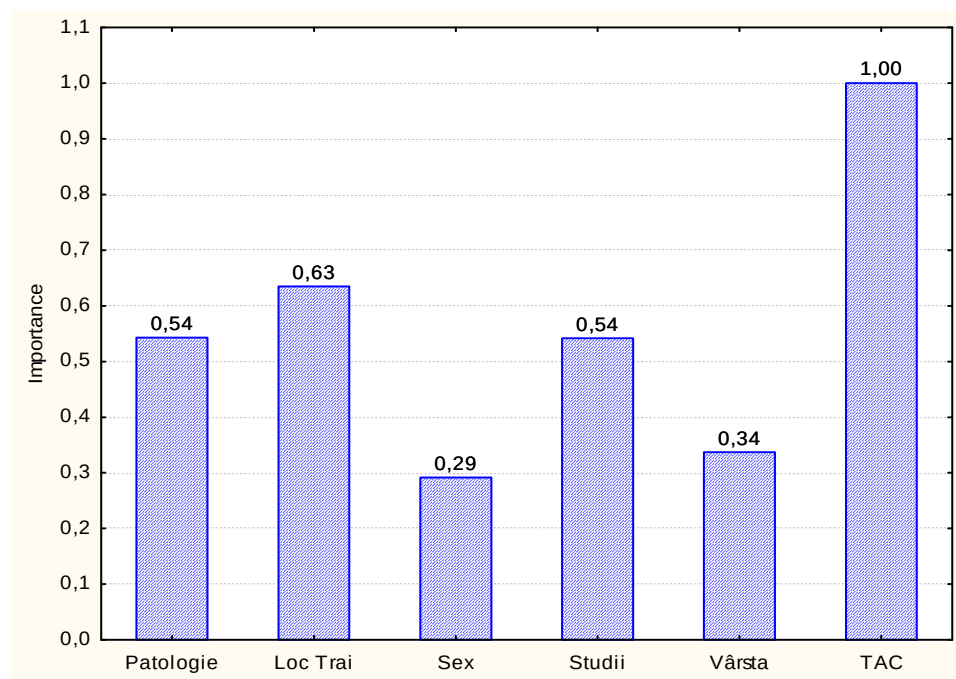


Fig. 2.36. Influența diferitor factori asupra valorilor parametrului „frustrare”

Analiza factorilor determinanți prin metoda Data mining (Classification/Regression trees) a relevat o influență majoră a TAC (importanța $\approx 1,00$), a locului de trai (importanța $\approx 0,63$), a prezenței BU (importanța $\approx 0,54$), precum și a nivelului studiilor (importanța $\approx 0,54$) asupra valorilor parametrului SP „frustrare” (Figura 2.36.).

2.3. Concluzii la capitolul 2.

1. Raportul dintre femei și bărbați arată că femeile mai frecvent decât bărbații se adresează după ajutor medical în caz de probleme ale traiectului gastrointestinal. La bărbați, au predominat valorile sporite ale accentuărilor de caracter „hipertimie” și „hiperexactitate” și „rigiditatea” ca stare psihică. La femei, a fost perceptibilă „anxietatea” ca accentuare caracterologică, stare psihică și stare nevrotică, fiind o un punct de plecare pentru „depresia nervoasă”, nemaivorbind despre nivelul înalt la „deregările vegetative”.

2. Din punctul de vedere al studiilor, s-a elucidat că persoanele cu studii medii au mai mare încredere și se adresează la specialiștii de profil în faza inițială a maladiei, pe când persoanele cu studii superioare se adresează în perioada tardivă. Studiile au demonstrat contribuția majoră a astfel de indicatori psihologici ca AC „hiperexactitate”, SN „depresi nervoasă” și „deregări vegetative”, predominante la persoanele adulte cu studii superioare, iar la persoanele adulte cu studii medii au avut un scor mai ridicat AC „exaltare”, AC „ciclotimi”, AC „nestăpânire”, SN „tulburări obsesiv-fobice” și SP „rigiditate”.

3. Conform grupurilor de vârstă (pe ani), s-a demonstrat prezența unui număr relativ sporit de persoane din categoria de vârstă 35-40 de ani, cărora le este specifică „fuga de la boală la lucru”. AC „demonstrativitate” și AC „anxietate”, SN „tulburarea obsesiv-fobică” și SN „deregările vegetative” s-au dovedit a fi predominante la persoanele adulte din grupul de vârstă de 35-40 de ani, iar AC „hiperexactitatea”, AC „demonstrativitatea”, SP „rigiditatea” și SP „astenia” – la persoanele adulte din grupul de vârstă 41-45 de ani.

4. Reședința persoanelor adulte a avut o influență relativ mai mică, în comparație cu alți factori determinanți, asupra parametrilor psihologici AC „hiperperseverența”, predominant la persoanele cu reședința rurală; „anxietatea” ca AC și SN, AC „hiperexactitatea”, AC „ciclotimia”, SP „frustrarea” și SN „deregările vegetative”, predominante la persoanele cu reședința în mediul urban. Contribuția semnificativă a prezenței BU a fost depistată numai referitor la indicatorii psihologici AC „nestăpânirea” și AC „anxietatea”.

5. Ambele loturi de subiecți, cu BU și fără BU, se plasează în același interval (336-459), care corespunde tipului intermediar de comportament, adică tipului AB, caracterizat prin orientare spre scop, activism, interese multidireționale, expresivitate moderată, comportament predictiv.

7. Importanța contribuției diferitor factori asupra valorilor parametrului AC „hipertimie” demonstrează că tipul activismului comportamental, sexul persoanei și prezența bolii ulceroase contribuie cel mai mult la valorile înalte ale „hipertimiei” ca accentuare caracterologică, iar SN „depresie nervoasă” demonstrează rolul major al tipului activismului comportamental, al nivelului de educație și prezenței bolii ulceroase. Tipul activismului comportamental, precum și prezența BU, au influențat valorile parametrului SN „astenie”.

8. În rezultatul studiului efectuat, s-a conturat și portretul psihologic al persoanei adulte cu BU ca fiind subiecți ambițioși, competitivi, hiperactivi, tensionați.

Din punct de vedere psihodinamic, bolnavii ulceroși se situează la nivelul de „dependență/independență”, ca tip de comportament.

3. INTERVENȚII PSIHOTERAPEUTICE ÎN PERIOADA DE CRIZĂ A SĂNĂTĂȚII LA PERSOANELE ADULTE

3.1. Caracteristica generală a programului de intervenție psihoterapeutică

„Din orice situație există o ieșire”

(Lev Tolstoy)

Domeniul maladiilor somatice cronice constituie una dintre cele mai complicate și importante probleme ale domeniului ocrotirii sănătății contemporane. Importanța acțiunilor profilactice la persoanele cu maladii cronice este condiționată de polietologia și complexitatea patogenezei; frecvența ridicată a maladiilor; lipsa metodelor radicale de tratament, insuficiența studiere a multor aspecte ale dezvoltării maladiei cronice și, totodată, de informarea slabă a persoanelor suferinde în ceea ce privește importanța susținerii propriei sănătăți nu doar cu ajutorul medicamentelor, ci și al metodelor psihologice.

Aceste aserțiuni scot în evidență importanța problemei, estimând-o ca fiind una destul de actuală, care necesită elaborarea complexă atât a noilor metode de tratament, cât și a posibilităților de suport ale sănătății persoanei, deja deteriorate. Profilaxia persoanelor care suferă de maladii cronice trebuie să includă un șir de acțiuni, în particular, orientate spre eliminarea factorilor de risc, care pot duce la acutizare, recidive și progresarea maladiei.

Este necesar să menționăm că formele tradiționale de acordare a ajutorului psihologic și psihoterapeutic în instituțiile medicale, în momentul de față, sunt destul de limitate. Cauza principală a acestei situații este deficitul de psihologi calificați în cadrul instituțiilor medicale, care influențează enorm asupra eficacității procesului de tratament. În particular, tratamentul persoanelor în condiții de staționar, deseori, se limitează la investigații, evaluarea parametrilor clinici și roentgenologici, stabilirea diagnozei și indicarea tratamentului medicamentos de către medic; deci nu se are în vedere starea psihologică a persoanei aflate în stare de criză, criză existențială sau criză a sănătății, adică situația bolnavului. Medicul inconștient ignoră partea psihologică în eficacitatea procesului de tratament – tabloul intern al bolii. O contribuție valoroasă în studierea problemei persoanei în întregime o au medicii și psihologii ruși B.M. Бехтерев, Л.И. Вассерман, Б.В. Зейгарник, Р.А. Лурия, М. В.Денделевич, А.Б. Смулевич, А.И. Тхостов, А.Б. Холмогорова, М.Е. Сандомирский ș.a.

Lucrările științifice ale acestor autori au permis conceptualizarea, sistematizarea, lărgirea reprezentărilor despre realitatea subiectivă a individului în caz de îmbolnăvire. Cunoașterea mecanismelor de formare a tabloului Intern al Bolii, a tipurilor de reacții la „situații de boală”, capacitatea de acordare a ajutorului psihologic persoanei sunt necesare pentru tratamentul și diagnosticul cu succes al bolii.

Serviciul psihologic inclus în practica activității instituțiilor medicale presupune:

1. Cercetare experimental-psihologică a persoanei, care constă în studierea funcției reglatorii a subiectului (control cognitiv, reglarea emoțiilor, control volitiv), integrarea ei, metodele preferabile de autoreglare și mecanismele psihologice de apărare.

2. Organizarea programelor de psihoprofilaxie și psihoeducație, îndeosebi orientate spre dezvoltarea și descoperirea resurselor individuale personale și învățarea de către pacienți a diferite forme de autoreglare a comportamentului în situații de stres.

Studierea detaliată a comportamentului coping al persoanei permite estimarea particularităților reacțiilor psihologice la situații de stres; a resurselor persoană-mediu păstrate; stilurilor comportamentale productive și neproductive de depășire a situațiilor stresante, care, în continuare, sunt foarte utile în învățarea persoanei de a folosi diferite forme de comportament în procesul de adaptare la boală.

Diverse stiluri de comportament, la diferite niveluri, ajută sau periclitizează păstrarea stării de bine psihologic al persoanei, care, în multe privințe, depinde de aptitudinile persoanei de a evalua adecvat situația și de a utiliza cel mai convenabil stil de autoapărare. Indiferent de tipul mecanismului de utilizat, pasiv sau activ, orientat spre problemă sau spre emoții, oricare din acestea poate fi eficient în suportul psihologic și fizic al persoanei în situații de stres, în particular în boală, și poate permite evadarea de la înrăutățirea stării. Eficacitatea coping-comportamentului, în multe privințe, este condiționată de armonizarea funcționării cognitive, comportamentale și emoționale în calitate de componente ale comportamentului autoreglator. Aceasta ajută la ridicarea nivelului de stabilitate împotriva stresului individului și poate îmbunătăți eficacitatea profilaxiei recidivelor și acutizării maladiilor prezente [Apud 23].

Astfel, una dintre problemele de bază în programele de psihoprofilaxie devine funcționarea armonioasă a componentelor cognitiv-comportamental-emoționale incluse în comportamentul manifestat al pacientului.

Adaptarea oferă celor care evaluează starea de sănătate și specialiștilor vizați un nou și contrastant aspect al conceptualizării stării de sănătate și bolilor. Mai mult decât atât, focalizându-se pe tulburări, dureri, stres, destabilizări și alte dereglări ale funcțiilor umane, adaptarea ne permite să căutăm starea de sănătate, resursele, competențele și alte aspecte ale succesului funcționării umane.

Acesta înseamnă că adaptarea se poate realiza atât prin mecanisme stereotipe sau scheme comportamentale asimilate și algoritmizate, cât și prin scheme comportamentale a căror finalitate este doar presupusă, urmând să fie validate, ceea ce implică chiar și asumarea riscului unui eșec. În acest context, trebuie nuanțată însăși semnificația psihologică a eșecului, în sensul că dacă, în

realitate, eșecul este, în expresia sa concretă, efectul „dezadaptării”, uneori el este întruchiparea explorărilor cu finalitate adaptivă, deci este semnificația începutului unui proces de tip adaptativ [63, p. 52].

Se știe că adaptarea presupune, de regulă, un efort adaptativ care, de cele mai multe ori, ia forma unor acțiuni mintale și motorii, mai mult sau mai puțin evidente în exterior. Dar sunt destule situații când efortul adaptativ nu presupune declanșarea, menținerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume, ci întreruperea sau stocarea acestora. Uneori, blocarea la timpul convenit a unei simple reacții sau a unei operații complexe este de o importanță fundamentală pentru însăși existența fizică a persoanei.

Conceptul de „adaptare” le oferă medicilor și cercetătorilor o șansă de a trece dincolo de psihopatologie.

Adaptarea relaționează strâns cu promovarea stării de sănătate și cu prevenirea tulburărilor. Adaptarea ne protejează prin:

1. Eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme.
2. Perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic.
3. Păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limitele controlabile.

Aceste funcții prefigurează baze comportamentale pentru tratarea și prevenirea tulburărilor și pentru promovarea sănătății [37, p. 25].

Prezentă la orice formă de psihism, adaptarea este implicată în toate tipurile de reacții întâlnite la om, după cum poate fi identificată chiar și în secvențele constitutive ale unor subsisteme psihice ale personalității. Așa cum susține marele psiholog J. Piaget, pentru care legile fundamentale după care funcționează psihicul uman sunt asimilarea și acomodarea, ambele cu evidente implicații adaptative. Pentru J. Piaget, adaptarea este „un echilibru al schimbărilor dintre subiect și obiecte”.

Adaptarea este un pattern comportamental pozitiv, care poate fi folosit la reducerea stresorilor și stresului asociat unei boli [102, p. 17].

Importanța adaptării eficiente și ingenioase la stres prin mecanisme de adaptare mature, ca o cheie a supraviețuirii, este recunoscută de George Vaillant, care scrie: „Hans Selye a greșit! Nu stresul este cel care ne ucide, dar adaptarea eficientă la stres ne permite să trăim”. Conceptul de „adaptare” a făcut posibil, pentru cercetători și practicieni, să se vorbească despre capacități, mai mult decât despre incapacități, despre realizare, mai mult decât despre eșec, despre sănătate, mai mult decât despre starea de boală [64, p. 7; 227; 241].

În multe cercetări adaptarea a devenit baza unor noi orientări, așa cum sunt înțelegerea și preocuparea pentru sănătate, tratamentul și prevenirea bolilor.

Adaptarea, sau *copingul*, este un termenul din limba engleză, definit ca „*a lupta cu succes, a face tot posibilul*” sau, în termenii echivalenți, „*a fi mai mult decât*”.

Sensul atribuit adaptării de către autorii care au acreditat și dezvoltat conceptul implică următoarele:

a) Adaptarea include întâlnirea a ceva mai mult, a ceva care n-a mai fost întâlnit: întâlnirea unei situații inedite, a unui obstacol sau a unui conflict. Adaptarea include în procesul activității, obligatoriu, elementul mijloc-scop.

b) Comportamentul adaptiv este calea conștientă și inconștientă folosită de oameni pentru a se acomoda la cerințele mediului înconjurător, fără să le schimbe scopurile și obiectivele.

c) Adaptarea este definită ca un efort cognitiv și comportamental, făcut pentru a stăpâni, tolera sau reduce cerințele interne și externe și conflictele care apar odată cu aceste cerințe [98, p. 14].

Aceste definiții subliniază câteva elemente-cheie: folosirea resurselor; gândire și/sau comportament activ; reducerea nevoilor interne și/sau externe, prin găsirea de soluții și rezolvarea eficientă a problemelor; variațiile în ceea ce privește scopul sau ținta adaptării.

Concordanța acestor definiții oferă o nouă și extinsă definiție: adaptarea este promovarea creșterii și dezvoltării umane prin utilizarea activă a resurselor biopsiho-sociale, care participă la controlul, stăpânirea și prevenirea stresului generat de condiții externe/interne.

În conformitate cu indicațiile lui R. Pierloot, deosebim trei tipuri de a influența psihoterapeutic în caz de PCS:

1. *Acceptarea psihoterapiei*: PCS este interpretată ca o „soluție a unui echilibru indispensabil”, fiind ca un rezultat al eșecului persoanei. Aceștia au mai multă nevoie de *a fi considerați bolnavi*, decât de *a fi vindecați*. Aspectul dat relevă o nouă dimensiune, absolut specifică patologiei psihosomatice, și anume caracterul de „refugiu în boală” al persoanelor traumatizate nevrotic; bineînțeles că aceasta este o trăsătură, dar nu o regulă (W.C. Alvarez, M. Balint, R. Pierloot).

2. *Materialul psihodiagnostic*: este obligatoriu să se stabilească cu exactitate natura afecțiunii, cauzele care au produs-o și existența unei relații de natură „funcțională” somatopsihică a acesteia.

3. *Situația psihoterapeutică*: este necesar să se creeze o ambianță terapeutică deschisă, caldă, securizantă, primitoare, care să constituie un *spațiu de intimitate comunicațională* [45, pp. 319-322].

Având în vedere toate particularitățile personalității în caz de PCS, reacția la boală, varietatea dereglărilor ne psihotice ale sferei psihice, în procesul influenței psihoterapeutice, se evidențiază trei etape [191, p. 9]:

1. Sedativ-adaptativ – 1-2 ședințe individual sau 2-3 de grup: stabilirea contactului emoțional cu pacientul, formarea încrederii în medic/psihoterapeut, atitudinea adecvată față de psihoterapeut, dezactualizarea simptomaticei neurotice acute. În această etapă se folosește hipnosugestia, terapia rațională, terapia simptomatică, artterapia, biblioterapia.
2. Tratament-corectare – 2-3 ședințe individual sau 4-6 de grup: atingerea dinamicii pozitive a stării emoționale a bolnavului; conștientizarea de către bolnav a relației dintre factorii și manifestările dereglărilor neurotice cu particularitățile personalității și comportamentului, conflictelor, problemelor emoționale nerezolvabile; corectarea ariei retrăirii maladiei, a importanței sociale; restaurarea personalității bolnavului, sistematizarea relațiilor lui, readaptarea în macro- și micromediu. La această etapă se practică terapia rațională, autosugestia, autoreglarea psihică, hipnosugestia, sugestia reală, terapia patogenetică, terapia colectiv-grupală.
3. Profilactic-de întărire (de ancorare) – 1-2 ședințe individual sau 2-3 de grup: întărirea rezultatului terapeutic atins și a deprinderilor autoreglării psihice; corecția sistemului scopurilor vitale, valorilor, atitudinii față de boală, față de Eu-l său și față de mediul înconjurător. În această etapă se folosește sugestia reală, psihoterapia rațională, umorul, jocul de rol, artterapia, biblioterapia.

Specificul psihoterapiei pacienților în caz de BU constă în influențarea asupra componentelor neuropsihice a etiopatogenezei maladiei, și anume în evidențierea și corecția sistemului factorilor „agresi” și „apărarea”, care acționează la nivel psihologic. Concomitent, dereglarea sistemului gastrointestinal este considerată o caracteristică integrală a dereglărilor în sistemul particularităților personalității, al reglării neuroendocrine și al sistemului visceral al organelor gastrice, care este de natură ontogenetică. Însărcinările de bază ale influenței psihoterapeutice sunt corecția și profilaxia dereglărilor psihologice, adaptarea psihologică la condițiile mediului extern, învățarea unui mod de viață sănătos și a deprinderilor de înfruntare a situațiilor de stres ca PCS în viața persoanelor adulte [Apud 20, pp. 43-51; 31; 35].

Cercetând variantele clinice ale tulburărilor de adaptare psihică a bolnavilor cu BU, *И.И. Фурцова* a elaborat metoda de diagnosticare a conflictelor intrapsihice prin consultații și psihodramă, a început lucrul cu pacienții prin psihoterapia de grup la Școala pacientului cu BU, în trei etape: formarea atitudinii adecvate față de boală, lucrul cu conflictele emoționale, în

calitate de factori provocatori ai acutizării bolii, dezvoltarea resurselor persoanei cu scop de micșorare a vulnerabilității la stres în situații de criză și a stabilit că mai des sunt evidente ipohondria, reacțiile hipernozognozice față de boală și variante ale tulburărilor de adaptare ca dizarmonie între sisteme, mai des față de starea sa somatică și reacții comportamentale axate pe negarea bolii [232; 233].

3.2. Descrierea metodelor și strategiilor aplicate în experimentul formativ

Un model de eficientizare a comportamentului adulților în perioada de criză a sănătății este orientat spre implementarea diferitor tehnici psihorecuperatorii. În acest context, menționăm caracterul specific al activității de profilaxie: profilaxia primară, ce ține de reducerea dereglărilor emoționale și comportamentale în scopul menținerii sănătății psihice; profilaxia secundară, orientată spre „grupul de risc”, care are ca scop depistarea timpurie a dificultăților de comportare; profilaxia terțiară, care realizează soluționarea problemelor majore de comportare prin implementarea activităților autoreglatorii în scopul depășirii dificultăților psihologice.

Modelul terapiilor psihorecuperatorii poate include ședințe de psihoterapie individuală cu divers conținut: exerciții de relaxare; elemente din psihoterapie de scurtă durată; activități axate pe terapia comportamentală și emoțională; exerciții de respirație; activități de conștientizare și rezolvare a problemelor prin metoda analizei tranzacționale; jocul de rol; exerciții și situații privind antrenarea și dezvoltarea structurilor psihosociale, ce determină eficacitatea procesului de autoreglare și diminuare a sferei avectiv-comportamentale la persoanele adulte în PCS [85].

Programul de intervenție psihoterapeutică se bazează, în exclusivitate, pe interviul petrecut și pe rezultatele obținute în experimentul de constatare. Astfel, după cum a fost demonstrat în experimentul de constatare, trebuie să luăm în considerare că autoreglarea emoțiilor nu poate avea loc și nu poate fi învățată fără autoapreciere adecvată, diminuarea stărilor emotive negative, relaxare, schimbarea atitudinii față de cele petrecute în jur, stimularea gândirii pozitive. Acestea stau la baza autoreglării sferei emoționale, în calitate de particularități indispensabile. În cadrul programului sunt incluse exerciții ce presupun formarea abilităților de autoapreciere, autodezvoltare, stimulare pozitivă [49; 51; 54; 55; 78; 84; 111; 115; 125; 131; 163; 176; 177; 181; 190; 205; 212; 215; 216; 217; 238; 243; 263].

Studiul particularităților emoționale la persoanele adulte în PCS a scos în evidență relația dintre acestea și TAC. Din aceste considerente, în programul formativ denumit „autoreglarea în perioada de criză a sănătății”, au fost incluse exerciții pentru îmbunătățirea nivelului de adaptare în situații de criză, schimbarea gândurilor negative, relaxare.

Totodată, experimentul de constatare a scos în evidență anumiți factori de personalitate, ce contribuie la perseverare prin valorificarea potențialului personalității, a recurs la exerciții care ar permite persoanelor adulte în PCS să depășească anumite bariere psihologice (încredere în sine, imaginea de sine, motivația) și să își valorifice calitățile de personalitate ce ar putea contribui pozitiv la dezvoltarea capacităților de adaptare în PCS. Pentru dezvoltarea acestor aptitudini, este necesar a se crea anumite condiții.

Pentru a realiza formarea acelor trăsături de personalitate, care ar contribui eficient și cu succes la adaptarea adulților, ne-am propus să organizăm un program de intervenție psihoterapeutică, ce a inclus diverse metode de antrenare și stimulare a capacităților adaptative, educarea trăsăturilor de personalitate menționate.

Eșantionul experimental, la etapa formativă, a fost constituit din subiecții care au obținut rezultate majorate la indicii studiați în cadrul experimentului de constatare: 20 de subiecți (zece subiecți din grupul de control și zece subiecți din grupul formativ).

Programul de intervenție psihoterapeutică „autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a adulților în perioada de criză a sănătății” reprezintă un procedeu eficient de activizare a anumitor particularități ale personalității pentru rezolvarea independentă a propriilor situații-problemă și contribuie la formarea deprinderilor vitale de autoreglare și autodezvoltare. Autoreglarea este specifică persoanelor adulte, deoarece este necesar a o utiliza în momente de tranziție, în situații când este necesar a regla activitatea pentru a fi în armonie minte-corp, deci scopurile propuse să coincidă cu acțiunile efectuate. În astfel de situații persoanele adulte realizează trei pași de bază: își programează activitățile, le controlează și le corectează personal. Reiese că strategiile de autoreglare constituie o condiție de dezvoltare a particularităților adaptative.

Psihoterapeutul își dă seama de momentul necesității direcționării terapiei persoanelor adulte în PCS pentru a-și modifica tiparul de comportament, în momentul când adultul a deprins cu succes elementele cognitive și experiențiale ale tratamentului. Dacă persoanele adulte sunt capabile să-și eticheteze schemele cognitive dezadaptive precoce la momentul declanșării lor, să înțeleagă originea apariției lor și să se angajeze în dialogul axat pe schemele lor cognitive, în care le înving sistematic pe acestea cu ajutorul părții lor sănătoase – atât la nivel cognitiv, cât și la nivel emoțional –, atunci ei sunt pregătiți să înceapă modificarea tiparului de comportament.

În continuare, vom prezenta tipurile de metode incluse în programul de intervenție psihoterapeutică „autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a adulților în perioada de criză a sănătății”, cu argumentarea necesară utilizării acestora. Acestea au fost utilizate conform ordinii prezentării în program, crescendo. Ordinea utilizării componentelor programului formativ este importantă pe motiv că programul pornește de la soluționarea problemei-țintă de identificare a

nivelului de autoapreciere și se finalizează cu tehnicile de formare a atitudinii pozitive și diminuarea stărilor emoționale negative în perioadele de criză, când toate condițiile sunt îndeplinite, pentru o mai bună adaptare în PCS.

Organizarea experimentului de formare, scopul și obiectivele

Experimentul formativ s-a realizat în câteva etape:

1. elaborarea programului de autoreglare a sferei afectiv-comportamentale;
2. selectarea eșantionului formativ;
3. implementarea și realizarea programului;
4. evaluarea rezultatelor programului de autoreglare a sferei afectiv-comportamentale.

În urma analizei statistice și calitative a datelor obținute în baza experimentului de constatare, au fost selectați 20 de subiecți, dintre care zece au fost supuși intervenției psihoterapeutice, iar ceilalți 10 au constituit grupul de control. În stabilirea componenței grupurilor, au fost utilizate criteriile: prezența patologiei, mediul de trai, sexul, nivelul de studii, grupa de vârstă. Experimentul formativ a fost realizat începând cu luna ianuarie 2011 și s-a finalizat în luna august 2014.

Au fost organizate câte zece ședințe de intervenție psihoterapeutică individuală. Ședințele au fost realizate în cabinetul psihologului, pe parcursul internării pacientului în secțiile staționar ale IMSP SCR, durata ședințelor fiind de 60 de minute.

Fiecare ședință a fost organizată conform următoarelor etape:

1. Stabilirea relației de lucru pentru fiecare zi – montajul psihologic.
2. Analiza activităților precedente – analiză, opinii, propuneri.
3. Verificarea lucrului de acasă.
4. Organizarea activităților de bază propuse pentru ședința respectivă: metode, exerciții, jocuri.
5. Analiza și generalizarea activităților organizate în fiecare zi.
6. Evaluarea reușitei ședinței.
7. Lucrul pentru acasă.

Persoanelor participante le-au fost explicate scopurile și obiectivele activităților propuse și formele de lucru. În cadrul consultației, subiecții au fost informați că intervenția psihoterapeutică de tip individual este o formă de interacțiune, scopul căreia este, în primul rând, autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a lor în perioada acutizării BU, adică în perioada de criză a sănătății lor [9].

Experimentul a fost efectuat timp de trei ani și opt luni, cu un total de 100 de ore lucrate în mod individual; adică cu fiecare subiect au fost efectuate zece ședințe, a câte 60 de minute

fiecare. A durat în timp, deoarece nu toți subiecții au participat până la sfârșitul programului, din diferite motive: externare la domiciliu, cu ideea că deja nu mai e nevoie de suportul psihologic, convingerea că administrarea preparatelor farmacoterapeutice își va face efectul și nu este necesară implicarea psihologică-psihoterapeutică, nedorința de „a scoate gunoiul din casă” , frica de a nu se expune „prea mult” în fața psihologului-psihoterapeut, rușinea de a merge la psihologul-psihoterapeut după externarea din spital.

În *experimentul formativ*, ipoteza de cercetare presupune că ***aplicarea programului formativ special conceput contribuie pozitiv la autoreglarea emoțională și comportamentală a persoanelor adulte în PCS.***

Pentru formarea deprinderilor autoreglării afectiv-comportamentale a persoanelor adulte aflate în PCS, este necesară o abordare complexă, prin reuniunea părții teoretice cu cea empirică. Dat fiind faptul că experimentul de constatare a scos în evidență anumiți factori caracteristici adulților aflați în PCS, care pot servi în calitate de elemente ce blochează formarea deprinderilor autoreglatorii, se recurge la tehnici de diminuare a stărilor de stres, relaxare, încredere în sine, comunicare, motivație, care sunt organizate în etapa incipientă a programului de intervenție. Aceste metode reprezintă un procedeu eficient de activizare a personalității pentru soluționarea independentă a propriilor probleme și contribuie la formarea deprinderilor de autoreglare afectiv-comportamentală.

Totodată, învățarea autoreglării contribuie la favorizarea comportamentului independent, care accentuează căutarea personală a sensului prin rezolvare de probleme și realizare de activități „aici și acum”. În această ordine de idei, am considerat absolut necesar a propune un program de intervenție psihoterapeutică pentru autoreglarea afectiv-comportamentală în PCS. Ca rezultat, am elaborat și am implementat acest program, care, prin îmbinare de procedee, metode și tehnici psihologice și psihoterapeutice, urmărește învățarea deprinderilor de sanogeneză, care determină înaintarea următoarelor obiective:

- la finalul programului, participanții vor însuși metode de autoreglare afectiv-comportamentală;
- subiecții vor depăși barierele psihologice: neîncrederea în forțele proprii;
- participanții vor fi capabili să se autocontroleze;
- participanții vor fi capabili să se autoeduce;
- subiecții vor fi capabili să rezolve probleme de ordin afectiv-comportamental.

Scopul programului de intervenție psihoterapeutică „autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a adulților în perioada de criză a sănătății”, conform denumirii, constă în formarea deprinderilor autoreglării afectiv-comportamentale a persoanelor adulte aflate în PCS.

Obiective:

1. Diminuarea tensiunii psihoemoționale.
2. Instalarea stării de relaxare, de confort și încredere în forțele proprii.
3. Normalizarea și echilibrarea stărilor psihice.
4. Stimularea autoperceperii pozitive, întărirea generală a psihicului.

Durata: 60 de minute.

Materialele necesare: computer personal, înscriseri cu muzică instrumentală, hârtie A4, creioane simple și colorate, fotoliu.

În continuare, vom prezenta tipurile de metode aplicate în programul de formare, cu argumentarea necesității utilizării acestora, în ordinea în care sunt prezentate în program. Precizăm că ordinea utilizării acestor compartimente are o importanță foarte mare, deoarece programul pornește de la soluționarea problemelor de încredere în sine, identificate la persoanele adulte aflate în PCS, și se finalizează cu tehnicile de autoreglare emoțional-comportamentale propriu-zise.

Descrierea generală a ședințelor de lucru

Introducere. Discuții asupra temei-problemă

1. Autoevaluare. Pe parcursul realizării acestei etape, adulții vor exprima, dezvolta și recupera anumite lucruri legate de autoaprecierea adecvată a stării psihice la momentul dat.

2. Lucrul asupra emoțiilor negative. La această etapă, persoanele adulte vor descrie experiențele de viață pozitive și negative care i-au influențat, vor identifica emoțiile legate de diferite experiențe de viață, vor putea relata despre evenimente obișnuite din viață, menționând cum s-au simțit la momentul petrecerii acțiunii și acum, când și-l amintesc; dezvoltarea deprinderilor și abilităților de identificare a „Eu”- lui propriu și a altuia prin procedura de autoanaliză și autodescoperire; dezvoltarea și stimularea abilităților de încredere în sine.

3. Relaxare. Familiarizarea cu metode de relaxare mintală și fizică în cazuri de urgență, psihoprofilaxie și psihorecuperatorii.

4. Psihoterapia sferei afectiv-comportamentale; antrenarea și recuperarea abilităților de reglare emoțională și comportamentală.

Temă pentru acasă: Stimularea autoperceperii, autocunoașterii și încrederii în sine.

În Anexa 16 este prezentat programul de intervenție psihoterapeutică „autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a adulților în perioada de criză a sănătății”, utilizat în cercetarea dată.

3.3. Evaluarea eficienței programului de intervenție psihoterapeutică

În studiul evolutiv au fost cercetare două loturi, a câte zece subiecți, care au primit (grup experimental retest – „GE/retest”) sau nu au primit (grup control – „GC”) asistență psihologică-psihoterapeutică. Rezultatele obținute în urma experimentului formativ pentru GE test/retest sunt prezentate în Anexa 17, iar pentru GC – în Anexa 18.

La momentul inițierii etapei a doua a cercetării științifice, nu au fost depistate diferențe statistic semnificative între grupele studiate: experimentală (farmacoterapia convențională a BU, cu aplicarea tehnicilor psihologice) și de control (farmacoterapia convențională BU).

În continuare, am efectuat și o comparație directă între cele două grupuri studiate de persoane adulte (grupul experimental și grupul de control) în ceea ce privește valorile absolute ale parametrilor psihologici cercetați, determinate prin metodele Leonhard-Schmieschek, Jahin-Mendelevici, Eysenck, TAC. Pentru comparația rezultatelor testelor psihologice în dinamică, am utilizat testul Wilcoxon. Rezultatele sunt prezentate în Anexa 19.

Valorile parametrului psihologic „hipertimia”, apreciată în chestionarul Leonhard-Schmieschek, sub tratament complex în GE/retest s-a redus de la $16,8 \pm 1,2$ ($M \pm m$) până la $12,6 \pm 1,47$ ($p > 0,05$), iar în GC a crescut de la $15,9 \pm 1,55$ până la $16,8 \pm 1,69$ ($p > 0,05$); „hiperperseverența” s-a redus în GE/retest de la $15,5 \pm 0,89$ până la $13,4 \pm 1,27$ ($p > 0,05$), iar în GC a crescut de la $14,8 \pm 1,00$ până la $15,2 \pm 1,16$ ($p > 0,05$); „emotivitatea” s-a redus în ambele grupe, în GE/retest de la $19,8 \pm 0,66$ până la $14,4 \pm 1,47$ ($p < 0,05$), în GC – de la $19,2 \pm 1,36$ până la $14,4 \pm 2,27$ ($p < 0,05$) (Tabelul 3.1.).

Tabelul 3.1. Accentuări caracterologice: GE și GC

Parametri	GE/test	GE/retest	p	GC/test	GC/retest	p
Hipertimia	$16,8 \pm 1,2$	$12,6 \pm 1,47$	$p > 0,05$	$15,9 \pm 1,55$	$16,8 \pm 1,69$	$p > 0,05$
Hiperpers.	$15,5 \pm 0,89$	$13,4 \pm 1,27$	$p > 0,05$	$14,8 \pm 1,00$	$15,2 \pm 1,16$	$p > 0,05$
Emotivit.	$19,8 \pm 0,66$	$14,4 \pm 1,47$	$p < 0,05$	$19,2 \pm 1,36$	$14,4 \pm 2,27$	$p < 0,05$
Hiperexact.	$16,8 \pm 1,31$	$12,8 \pm 2,19$	$p > 0,05$	$15,6 \pm 0,98$	$11,6 \pm 1,93$	$p > 0,05$
Anxietatea	$16,2 \pm 1,43$	$11,1 \pm 1,67$	$p > 0,05$	$13,5 \pm 1,20$	$14,1 \pm 2,15$	$p > 0,05$
Ciclotimia	$17,4 \pm 1,33$	$14,4 \pm 1,78$	$p > 0,05$	$18,6 \pm 1,32$	$16,5 \pm 1,43$	$p > 0,05$
Demonstr.	$16,7 \pm 1,01$	$12,5 \pm 1,19$	$p > 0,05$	$15,8 \pm 1,13$	$11,8 \pm 0,76$	$p > 0,05$
Nestăpân.	$15,6 \pm 0,98$	$11,7 \pm 1,7$	$p < 0,05$	$13,5 \pm 1,86$	$11,4 \pm 1,94$	$p > 0,05$
Distimia	$16,5 \pm 1,35$	$12,0 \pm 1,27$	$p > 0,05$	$15,5 \pm 1,41$	$11,4 \pm 1,34$	$p > 0,05$
Exaltarea	$18,0 \pm 1,79$	$13,0 \pm 1,53$	$p > 0,05$	$15,0 \pm 1,84$	$13,8 \pm 2,01$	$p > 0,05$

Un astfel de indicator ca „hiperexactitatea” s-a micșorat în GE/retest de la $16,8 \pm 1,31$ până la $12,8 \pm 2,19$ ($p > 0,05$), iar în GC – de la $15,6 \pm 0,98$ până la $11,6 \pm 1,93$ ($p > 0,05$), „anxietatea” de la $16,2 \pm 1,43$ până la $11,1 \pm 1,67$. GE/retest, în comparație cu GC, au o creștere de la $13,5 \pm 1,20$ până la $14,1 \pm 2,15$ ($p > 0,05$); „ciclotimia” s-a micșorat de la $17,4 \pm 1,33$ până la $14,4 \pm 1,78$ în GE/retest și de la $18,6 \pm 1,32$ până la $16,5 \pm 1,43$ în GC ($p > 0,05$) (Tabelul 3.1.).

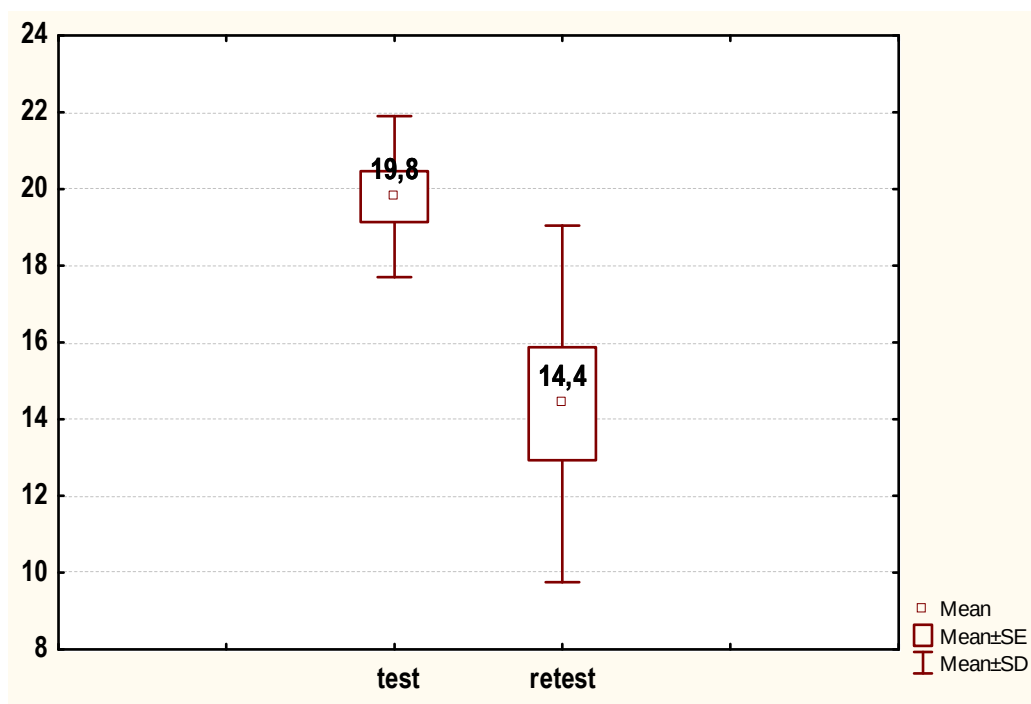


Fig. 3.1. Modificările accentuării caracterologice „emotivitatea”: GE test/retest

În conformitate cu rezultatele obținute, putem observa că indicele la „emotivitate” s-a redus în ambele grupe, în GE/retest de la $19,8 \pm 0,66$ până la $14,4 \pm 1,47$ ($p < 0,05$) (Figura 3.1.), în GC – de la $19,2 \pm 1,36$ până la $14,4 \pm 2,27$ ($p < 0,05$). Acest fapt se poate explica prin păstrarea regimului odihnă-activitate. În secțiile staționar există regimul zilei, care include o normalizare a activismului persoanelor internate. Fiind internate în spital, persoanele adulte în PCS își modifică considerabil comportamentul și atitudinea față de ceea ce se petrece în jurul lor.

Impactul direct al intervenției psihoterapeutice este evident, deoarece se schimbă atitudinea disfuncțională și maladaptativă; este modificat comportamentul nefavorabil sănătății; sunt restructurate cognițiile eronate generatoare ale comportamentelor acesteia.

Parametrul studiat „demonstrativitatea” a suferit o reducere de la $16,7 \pm 1,01$ până la $12,5 \pm 1,19$ în GE/retest și de la $15,8 \pm 1,13$ până la $11,8 \pm 0,76$ în GC ($p > 0,05$). Indicatorul „nestăpânire” a demonstrat o reducere semnificativă, de la $15,6 \pm 0,98$ până la $11,7 \pm 1,7$ în GE/retest ($p < 0,05$) (Figura 3.2.), iar în GC – de la $13,5 \pm 1,86$ până la $11,4 \pm 1,94$ ($p > 0,05$).

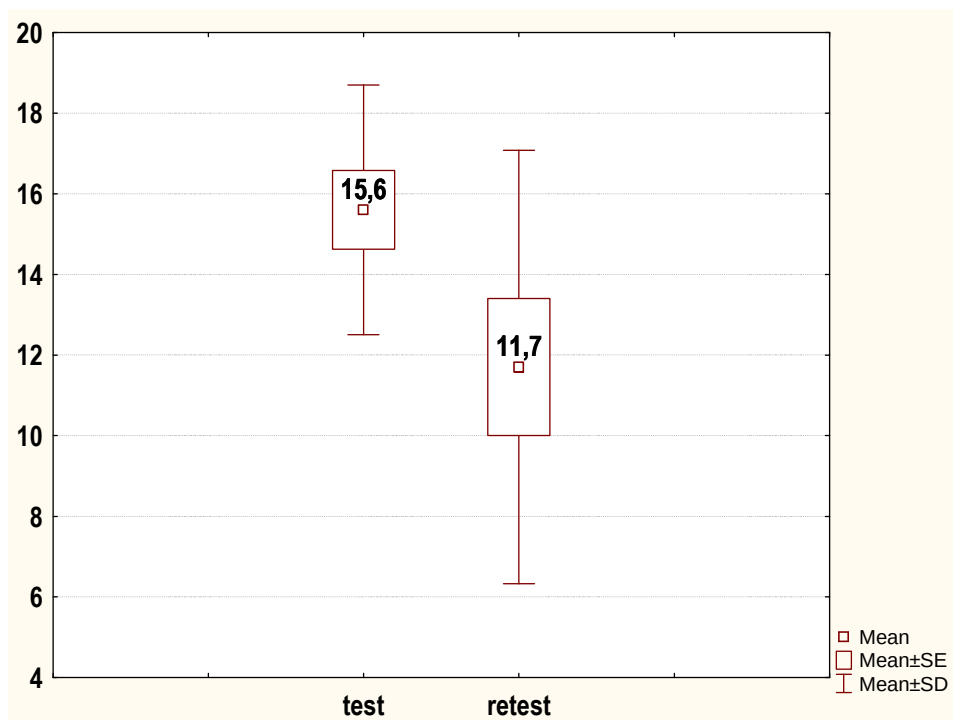


Fig. 3.2. Modificările accentuării caracterologice „nestăpânire”: GE test/retest

Parametrul caracterial „distimia” s-a micșorat de la $16,5 \pm 1,35$ până la $12,0 \pm 1,27$ în GE/retest ($p > 0,05$) și de la $15,5 \pm 1,41$ până la $11,4 \pm 1,34$ în GC ($p > 0,05$); indicatorul caracterial „exaltarea” s-a redus de la $18,0 \pm 1,79$ până la $13,0 \pm 1,53$ în GE/retest ($p > 0,05$) și de la $15,0 \pm 1,84$ până la $13,8 \pm 2,0$ în GC ($p > 0,05$).

Modificările pozitive au fost mai pronunțate la indicii stărilor nevrotice în cazul chestionarului Jahin-Mendelevici (Tabelul 3.2.).

Tabelul 3.2. Stări nevrotice: GE și GC

Parametri	GE/test	GE/retest	p	GC/test	GC/retest	p
Anxietatea	$-4,26 \pm 0,65$	$3,51 \pm 1,16$	$p < 0,01$	$-3,51 \pm 1,17$	$0,07 \pm 1,01$	$p > 0,05$
Depr. nerv.	$-6,21 \pm 0,96$	$3,38 \pm 0,91$	$p < 0,01$	$-3,17 \pm 1,30$	$-1,35 \pm 1,16$	$p > 0,05$
Tulb obs.-fob.	$-5,35 \pm 0,87$	$3,48 \pm 0,61$	$p < 0,01$	$-4,29 \pm 1,17$	$-0,73 \pm 0,93$	$p < 0,05$
Isteria	$-6,32 \pm 1,01$	$3,73 \pm 0,83$	$p < 0,01$	$-4,67 \pm 1,57$	$-1,24 \pm 1,01$	$p > 0,05$
Der. vegetat.	$-7,14 \pm 1,62$	$6,01 \pm 1,14$	$p < 0,01$	$-6,63 \pm 1,73$	$0,14 \pm 2,81$	$p < 0,05$
Astenia	$-6,33 \pm 0,83$	$4,47 \pm 1,09$	$p < 0,01$	$-3,66 \pm 1,38$	$1,08 \pm 1,49$	$p < 0,05$

Indicatorul „anxietatea” s-a modificat de la $-4,26 \pm 0,65$ până la $3,51 \pm 1,16$ în GE/retest ($p < 0,01$) (Figura 3.3.) și de la $-3,57 \pm 1,17$ până la $0,07 \pm 1,01$ în GC ($p > 0,05$), norma pentru stările nevrotice fiind $-1,28 \pm 1,28$.

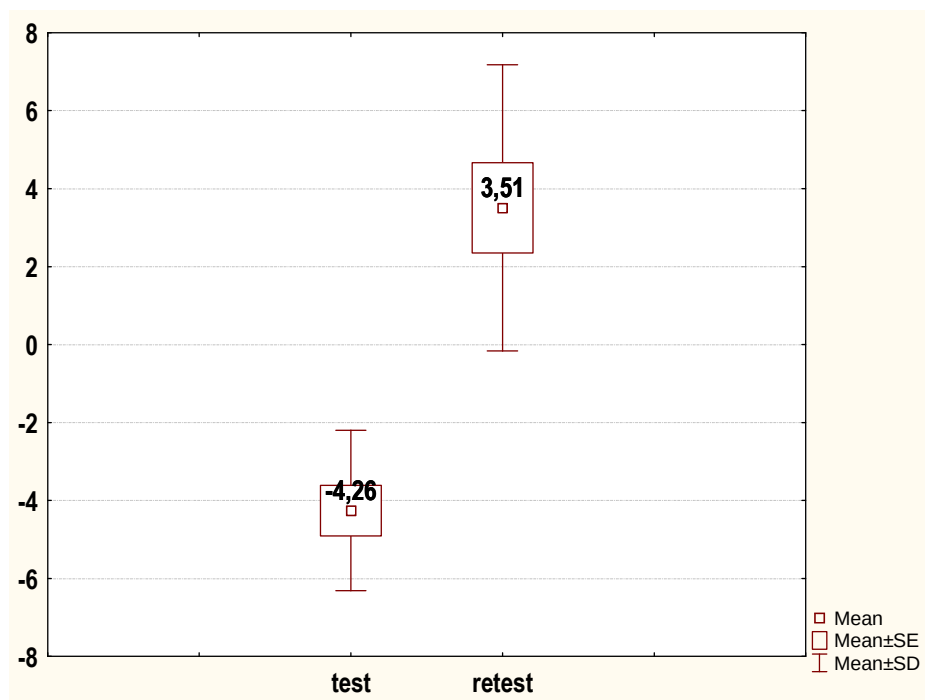


Fig. 3.3. Modificările stării nevrotice „anxietatea”: GE test/retest

Parametrul studiat „depresia nervoasă” s-a ameliorat de la $-6,21 \pm 0,96$ până la $3,38 \pm 0,91$ în GE/retest ($p < 0,01$) (Figura 3.4.), în comparație cu modificările de la $-3,17 \pm 1,30$ până la $-1,35 \pm 1,16$ în GC ($p > 0,05$).

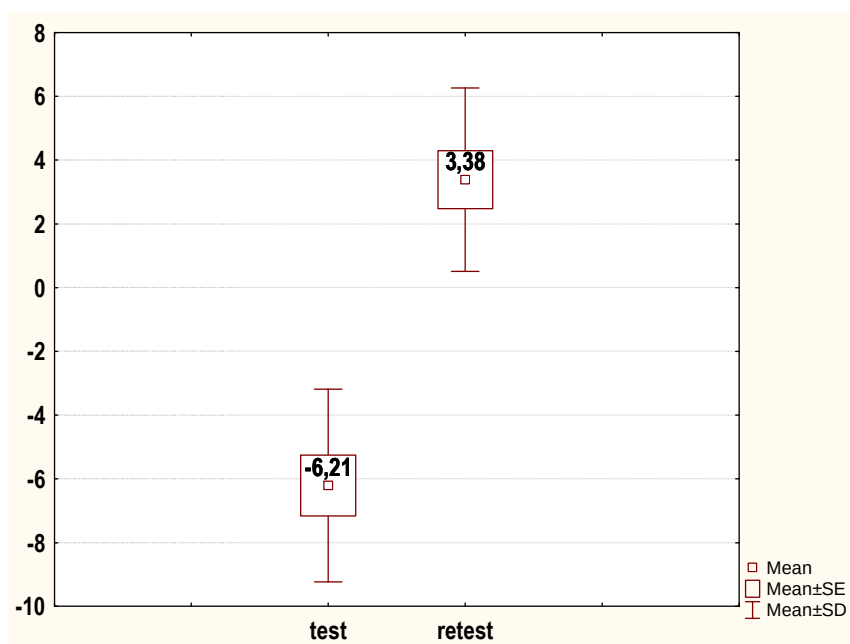


Fig. 3.4. Modificările stării nevrotice „depresia nervoasă”: GE test/retest

Parametrul „tulburarea obsesiv-fobică” a demonstrat următoarele modificări: de la $5,35 \pm 0,87$ până la $3,48 \pm 0,61$ în GE/retest ($p < 0,01$) (Figura 3.5.) și de la $-4,29 \pm 1,17$ până la $0,73 \pm 0,93$ în GC ($p < 0,05$).

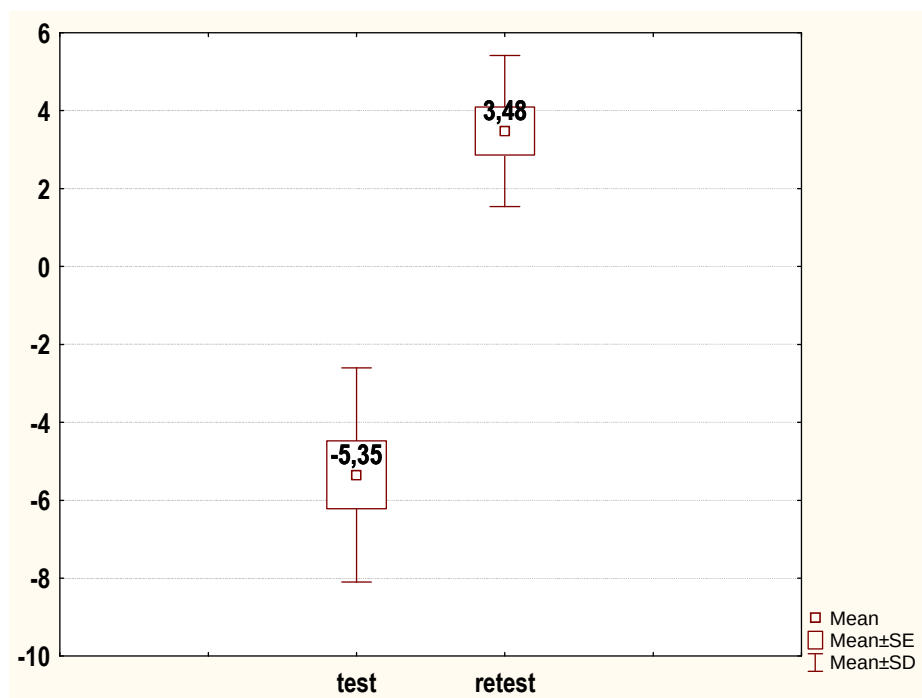


Fig. 3.5. Modificările stării nevrotice „tulburări obsesiv-fobice”: GE test/retest

Rezultatul parametrului „isteria” s-a schimbat de la $-6,32 \pm 1,01$ până la $3,73 \pm 0,83$ în GE/retest ($p < 0,01$) și de la $-4,67 \pm 1,57$ până la $-1,24 \pm 1,01$ în GC ($p > 0,05$) (Figura 3.6.).

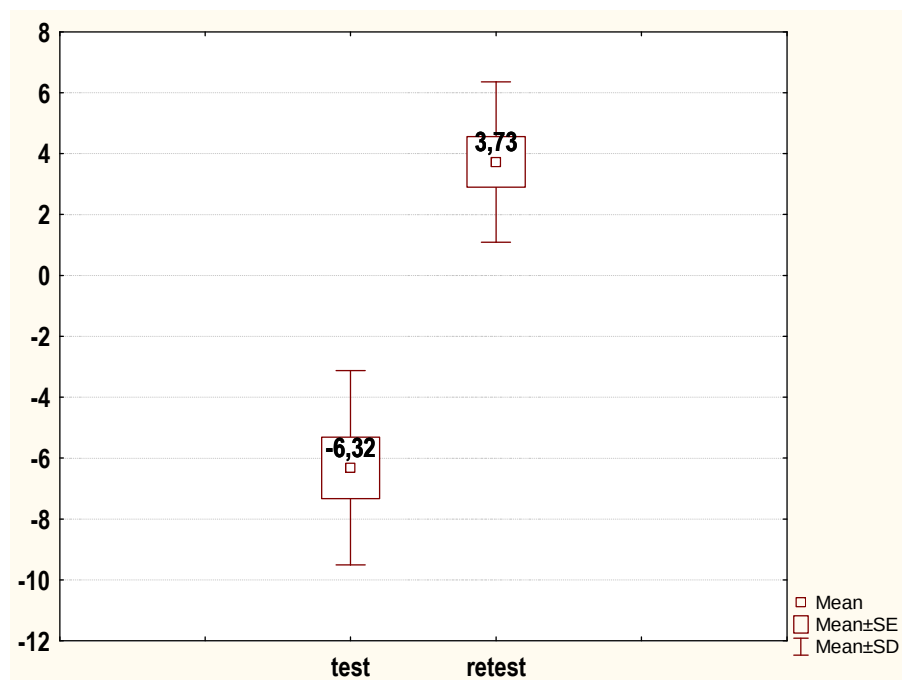


Fig. 3.6. Modificările stării nevrotice „isterie”: GE test/retest

Parametrul „deregări vegetative”, determinat în chestionarul Jahin-Mendelevici, s-a modificat de la $-7,14 \pm 1,62$ până la $6,01 \pm 1,14$ în GE/retest ($p < 0,01$) (Figura 3.7.) și de la $6,63 \pm 1,73$ până la $0,14 \pm 2,81$ în GC ($p < 0,05$).

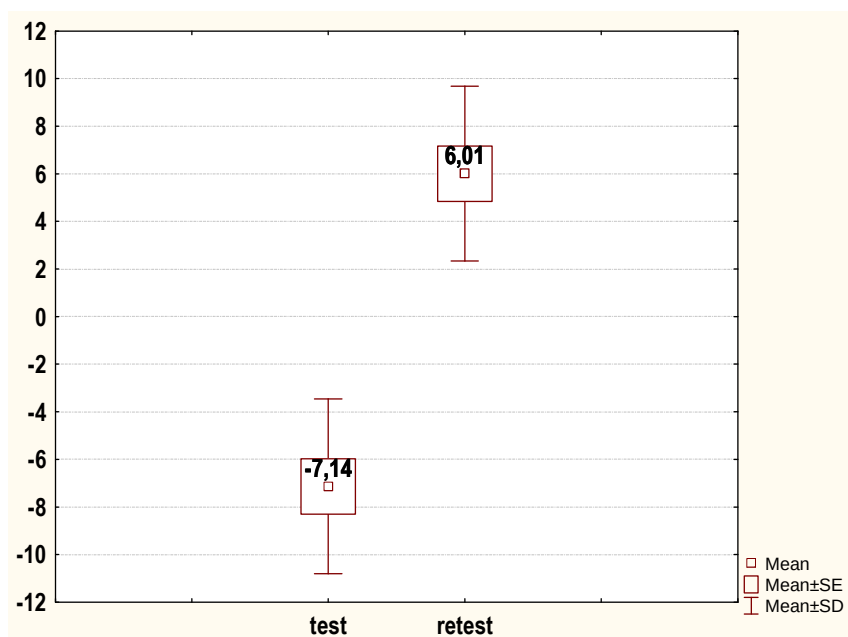


Fig. 3.7. Modificările stării nevrotice „deregări vegetative”: GE test/retest

Indicatorul „astenia”, evaluat în chestionarul Jahin-Mendelevici, în urma tratamentului medicamentos și psihoterapeutic s-a modificat de la $-6,33 \pm 0,83$ până la $4,47 \pm 1,09$ ($p < 0,01$) în GE/retest (Figura 3.8.), iar numai după farmacoterapia convențională – de la $-3,66 \pm 1,38$ până la $1,08 \pm 1,49$ în GC ($p < 0,05$).

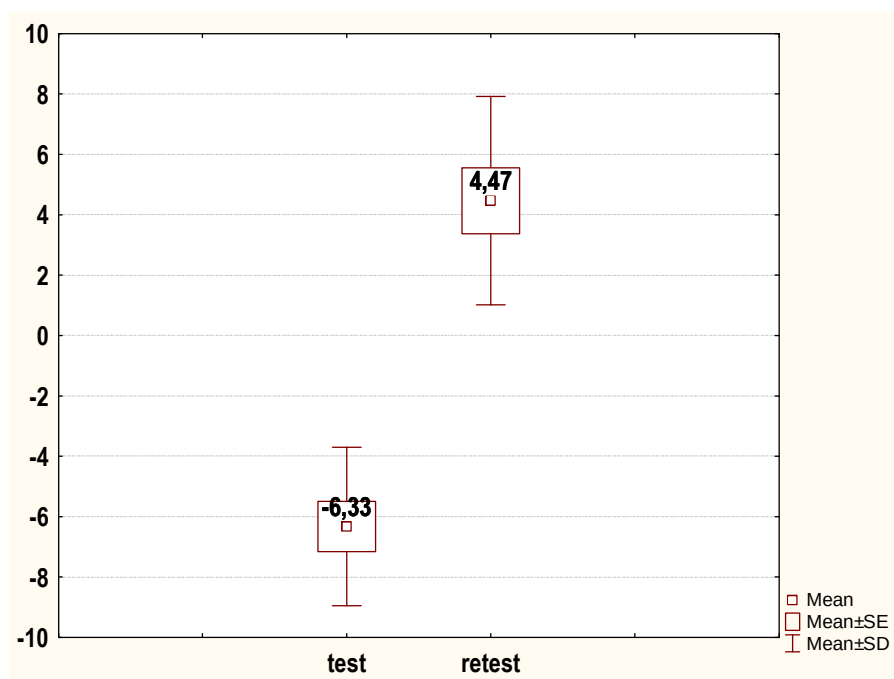


Fig. 3.8. Modificările stării nevrotice „astenie”: GE test/retest

Testul Eysenck, utilizat pentru autoaprecierea stărilor psihice, a demonstrat modificarea tuturor valorilor sale în urma psihoterapiei individuale pentru GE și diminuarea doar a unui parametru pentru GC (Tabelul 3.3.).

Tabelul 3.3. Stările psihice: GE și GC

Parametri	GE/test	GE/retest	p	GC/test	GC/retest	p
Anxietatea	14,0±0,47	6,70±0,42	p<0,01	13,0±1,02	10,20±1,60	p>0,05
Frustrarea	14,4±0,78	6,2±0,59	p<0,01	10,6±1,21	10,6±1,68	p>0,05
Agresivitatea	12,9±0,86	6,50±0,65	p<0,01	13,0±1,42	10,9±1,39	p<0,01
Rigiditatea	13,6±0,67	6,10±0,84	p<0,01	12,6±1,56	9,60±1,03	p>0,05

Testul Eysenck, utilizat pentru autoaprecierea stărilor psihice, a demonstrat modificarea valorilor anxietății de la 14,0±0,47 până la 6,70±0,42 în GE/retest (p<0,01) (Figura 3.9.) și de la 13,0±1,02 până la 10,20±1,60 în GC (p>0,05).

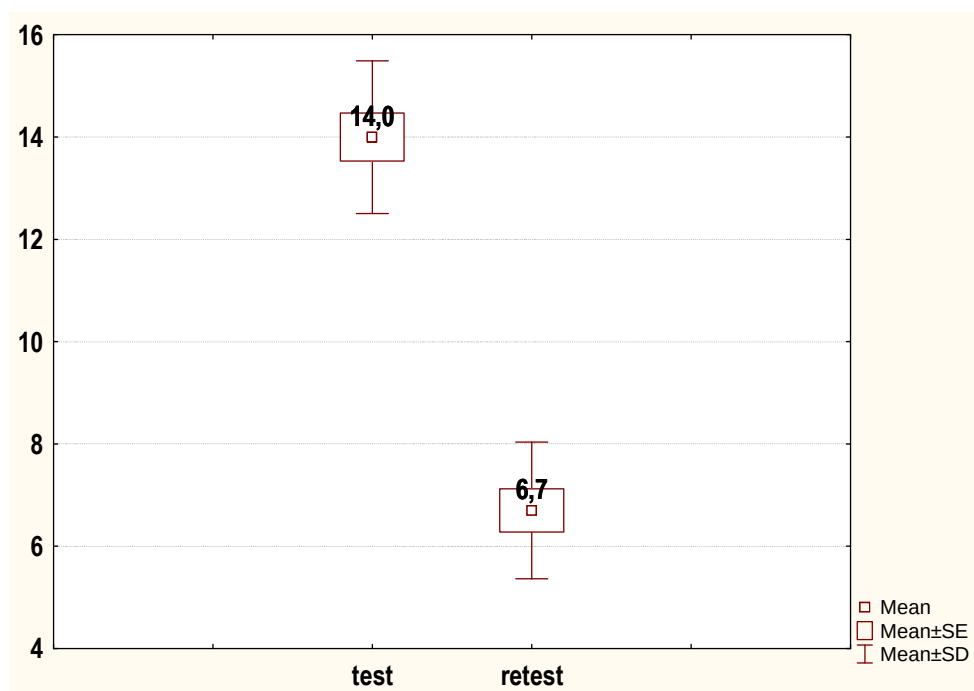


Fig. 3.9. Modificările stării psihice „anxietate”: GE test/retest

Schimbările punctajului frustrării au fost de la 14,4±0,78 până la 6,2±0,59 în GE/retest (p<0,01) și au fost de la 10,6±1,21 până la 10,6±1,68 în GC (p>0,05). Rezultatele inițiale, care scoteau în evidență reacțiile emoționale și atitudinile disfuncționale ce puteau fi evaluate drept comportamente, cum ar fi lipsa de valoare, comportamente catastrofale, convingerile de tipul „nu

mai suport”, „nu mai pot înghiți”, frustrarea, intoleranța, negarea, ne dovedesc că după ședințele de psihoterapie situația s-a schimbat esențial (Figura 3.10.).

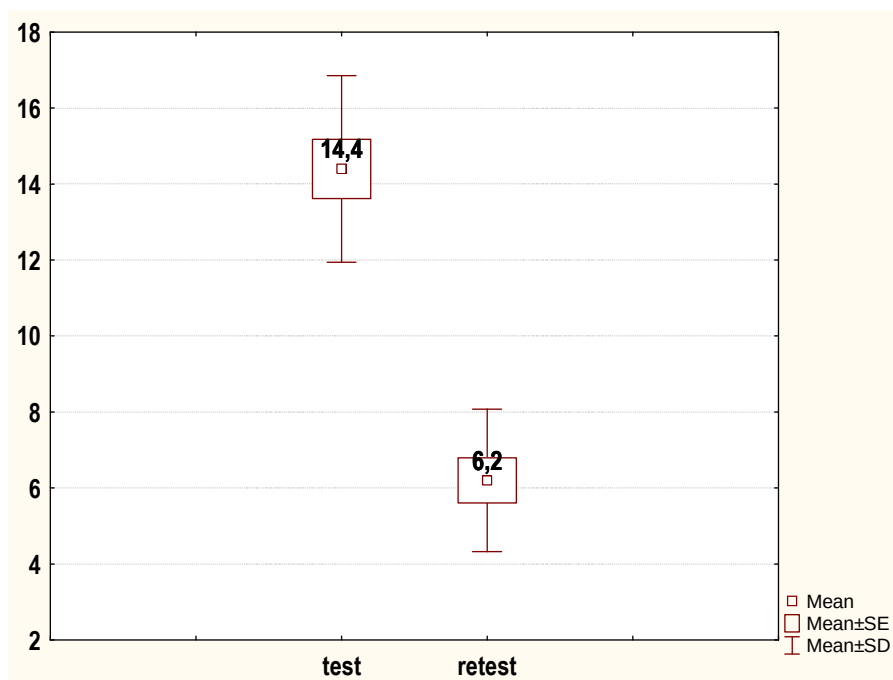


Fig. 3.10. Modificările stării psihice „frustrare”: GE test/retest

Modificarea unui astfel de parametru ca „agresivitatea” a fost înregistrată de la $12,9 \pm 0,86$ până la $6,50 \pm 0,65$ în GE/retest ($p < 0,01$) (Figura 3.11.) și numai de la $13,0 \pm 1,42$ până la $10,9 \pm 1,39$ în GC ($p < 0,01$).

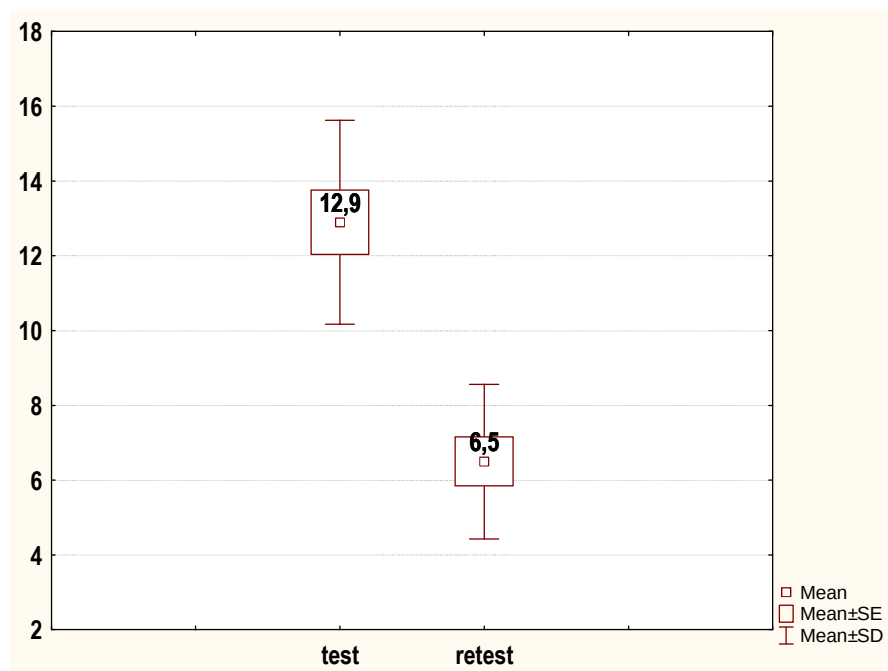


Fig. 3.11. Modificările stării psihice „agresivitate”: GE test/retest

Agresivitatea este determinată de condițiile externe și este un răspuns la frustrare, confirmând astfel teoria provocării agresivității, formulată de J. Dollard [83, p. 167].

În același timp, am determinat reducerea parametrului „rigiditate” de la $13,6 \pm 0,67$ până la $6,10 \pm 0,84$ în GE/retest ($p < 0,01$) (Figura 3.12.), în comparație cu schimbările de la $12,6 \pm 1,56$ până la $9,60 \pm 1,03$ în GC ($p > 0,05$).

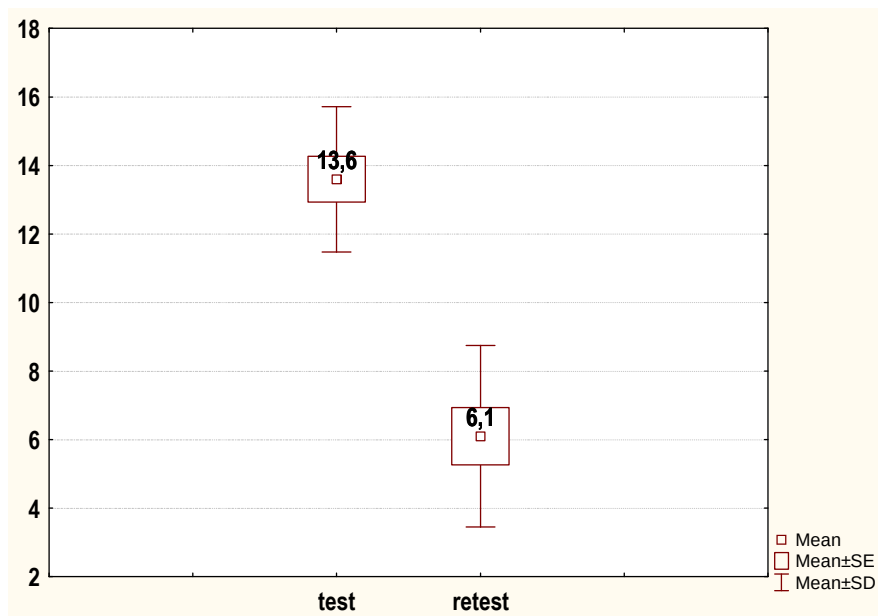


Fig. 3.12. Modificările stării psihice „rigiditate”: GE test/retest

Comparând mediile obținute la indicii parametrului TAC pentru GE la etapa de testare $M \pm m = 416$ și la etapa de retest $M \pm m = 430$, am determinat $z = 0,95$ pentru $p > 0,05$, iar pentru GC la etapa testare $M \pm m = 404$ și la retest $M \pm m = 415$ (Figura 3.13).

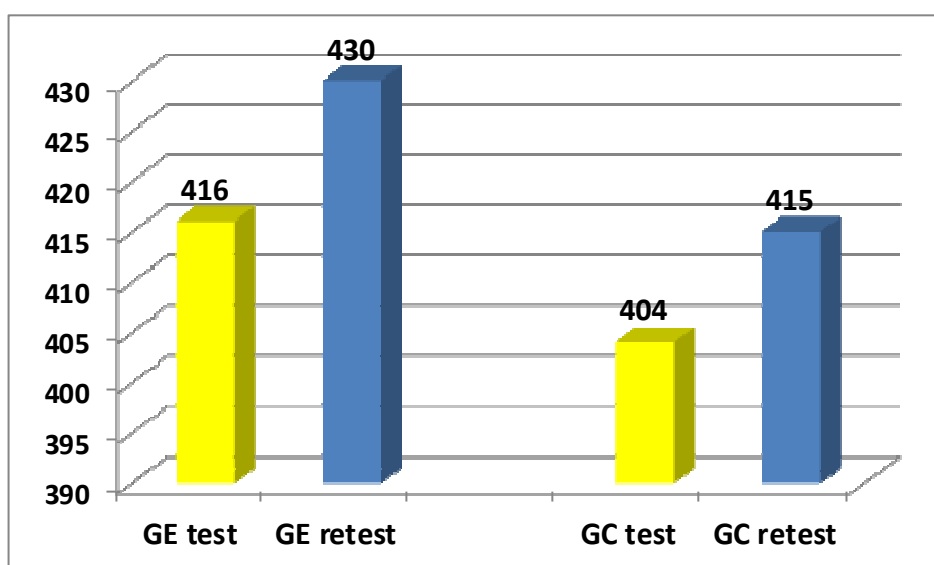


Fig. 3.13. Modificările test/retest TAC: GE/GC

Putem concluziona că, conform tipului de comportament, atât subiecții supuși psihoterapiei individuale, cât și cei lipsiți de această procedură se află în același grup, adică se plasează între 336 și 459 de puncte, ceea ce ar corespunde TAC de trecere sau AB, ce se manifestă prin interese multidirecționale, cu capacitatea de a echilibra activitatea profesională cu odihna, cu comportament predictiv și adaptabili, doar cu necesitatea de a-și aminti de persoana proprie în favoarea profesiei și a celorlalți factori sociali. Ambele grupuri fiind predispuse stresului, pot ajunge la sindromul burnout, adică la dezechilibrul dintre ideal și real, incluzând simptomele somatice (tulburări gastrointestinale, astenie, fatigabilitate), tulburări comportamentale (iritabilitate, lipsă de încredere, criticism nejustificat), atitudini defensive (rigiditate, negativism, pseudoactivism).

3.4. Prezentarea studiilor de caz

În timpul realizării experimentului, am realizat două studii de caz [132], în care am studiat stările emoționale ale acestor subiecți. Am aplicat tehnici psihoterapeutice corespunzătoare maladiilor depistate la subiecții vizați, incluși în experimentul formativ.

Caz nr.1. Date personale: Subiectul G., sex feminin, 38 de ani.

Istoric de viață: Divorțată, are o fiică de 16 ani. A avut cinci sarcini, dintre care doar prima a ajuns la naștere. Mama – profesor de istorie, tata – șofer. Are un frate, cu 1,5 ani mai mare. Locuiau la oraș. Când pacienta avea 1,7 ani, tatăl a decedat după o traumă. Din cauza problemelor financiare, au plecat cu traiul la sat, la nord, la bunica. După absolvirea școlii de opt clase, G. a plecat la studii la Școala Medicală. A cunoscut un băiat dintr-o familie de intelectuali, cu care peste ceva timp s-a căsătorit. Din adolescență, avea probleme cu stomacul, însă le lega cu alimentarea slabă și puțină. După absolvirea studiilor speciale, a lucrat în calitate de asistentă medicală la policlinică. Fiind căsătorită, s-au acutizat problemele gastrice. I-a fost pus diagnosticul: gastrită erozivă. Soțul nu o înțelegea. Relațiile dintre ei încep a se răci. Soțul voia un copil, mai ales un băiat, ca să-i fie urmaș. Pacienta a născut o fată. Când fetița avea 0,5 ani, au început probleme mari cu soțul. A început să o bruscheze, să folosească forța, bătea copilul. Ea spunea că va trece timpul, se va mai liniști. Dar n-a fost să fie așa, deoarece au căpătat educație diferită, tot din spusele G. Părinții soțului trăiau fiecare pentru sine. Mama soțului îi dădea bani băiatului pe când era adolescent, ca să nu spună ce vede acasă și unde pleacă ea, să ascundă lucruri și fapte de tata. Tatăl, la rândul său, făcea la fel; deci băiatul din familia de intelectuali își petrecea zilele și nopțile în distracții. G., crezând că a dat peste o persoană care o va înțelege și o va salva din greutatea financiară în care s-a aflat tot timpul, se mângâia cu gândul că încă este tânăr: după ceva timp și se va opri. Dar n-a fost așa. Soțul îi interzicea să meargă la părinții ei, să

vorbească cu cineva despre semnele pe care i le făcea el. Era ceva de tipul cicloidal (după spusele G.), deoarece o bătea măr o dată în lună și apoi o lună întreagă era cel mai bun soț de pe lume și tatăl cel mai grijuliu pentru copil. A maltratat-o timp de patru ani. Copilul era foarte stresat, deoarece vedea toate acestea. Ultima dată a luat cuțitul și a tăiat-o de-a mărunțelul. Fetița avea șase ani. Fata a fugit la vecini, dar nimeni n-a venit, deoarece se temeau de el. Când totul s-a liniștit, vecinii au venit și au adunat-o de pe podea pe o cuvertură, au chemat salvarea și pacienta a fost dusă la spitalul de urgență, unde a fost „strânsă la loc”. După acest caz, pacienta a divorțat și era fără casă, fără masă, fără serviciu și cu un copil de șase ani în grija ei. Peste un timp, s-a aranjat la serviciu în spital, locuia acolo cu fetița, în camera de odihnă a asistentelor, deoarece mama ei era foarte dură și nu voia să audă de divorțul și de problemele fiicei. Din cauza stării sale, G. și-a pierdut prietenii, deoarece nu mergea la petreceri, nu ieșea din spital nicăieri, ca să nu trebuiască să facă cheltuieli în plus. Lucra zi și noapte, ca să se poată întreține pe sine și copilul. Apoi a împrumutat bani și și-a cumpărat o căsuță veche, dar a ei, pentru care lucra apoi ca să î ntoarcă datoriile, dar avea de acum o casă. Consideră că fetița a suferit mult în copilărie din cauza tatălui, deoarece acum este adolescentă, dar nu poate avea o prietenie cu un băiat și este destul de agresivă cu persoanele de sex masculin. Este o fetiță introvertită, calculată și foarte muncitoare. De la vârsta de zece ani își ajută mama financiar, lucrând vara la câmp. După toată povestea aceasta, femeia și cu fata încearcă să trăiască liniștit, dar în suflet suferă enorm. Despre tatăl fetiței nu se știe nimic, atunci a fost judecat, dar pentru purtare bună a fost eliberat, la puțin timp. El nu s-a interesat niciodată de fetiță sau de soție.

Profil de stare actuală: Pacienta se află pentru tratament staționar în Secția de Gastroenterologie a Spitalului Clinic Republican. Este prima zi de internare. Diagnostic: ulcer cronic al bulbului duodenal.

Profil simptomatic: După datele culese și după testarea efectuată, reiese că G. este o persoană cu un sistem Nervos intermediar, între slab și puternic; este o persoană cu o dispoziție echilibrată, liniștită. Este introvertă moderat: necomunicabilă, închisă în sine, pasivă în plan social, este predispusă spre autoanaliză și are greutăți în adaptarea socială. Lucrează mai bine de una singură, îi place lucrul monoton, este foarte atentă și grijulie, îi este prezent spiritul de acuratețe și pedantism. Este instabilă emoțional: este sensibilă, anxioasă, emoțională, este predispusă spre a re trăi insuccesele dureros și se indispune din nimicuri. Când povestește, parcă se transformă într-o stană de piatră și nu poate plânge, spunând că i s-au uscat lacrimile în decursul vieții. Are autoapreciere scăzută: se subapreciază în toate și se consideră vinovată. Este permanent în stare de alertă, așteptând un semnal de pericol și simte frecvent atac de panică. Este o persoană neurotizată.

Profil psihologic: Indicatorii relevați prin aplicarea inventarului psihometric ne indică o schimbare la nivel psihologic, ca rezultat al intervenției petrecute în cadrul ședințelor psihoterapeutice. Profilul caracterial inițial este evident diferit față de cel post-terapie (Tabelul 3.4.), conform scalelor chestionarului „Accentuări de caracter” după Leonhard-Schmiesheck.

Tabelul 3.4. Accentuări de caracter inițial și post-terapie, studiu de caz 1

Parametri	Inițial	%	Post-terapie	%
Emotivitate	21	87,5	9	37,5
Hipertimie	15	62,5	12	50
Distimie	15	62,5	9	37,5
Anxietate	15	62,5	9	37,5
Nestăpânire	15	62,5	9	37,5
Ciclotimie	15	62,5	12	50
Demonstrativitate	14	58,3	10	41,66
Hiperexactitate	14	58,3	2	8,33
Exaltare	12	50	10	41,66
Hiperperseverență	12	50	10	41,66

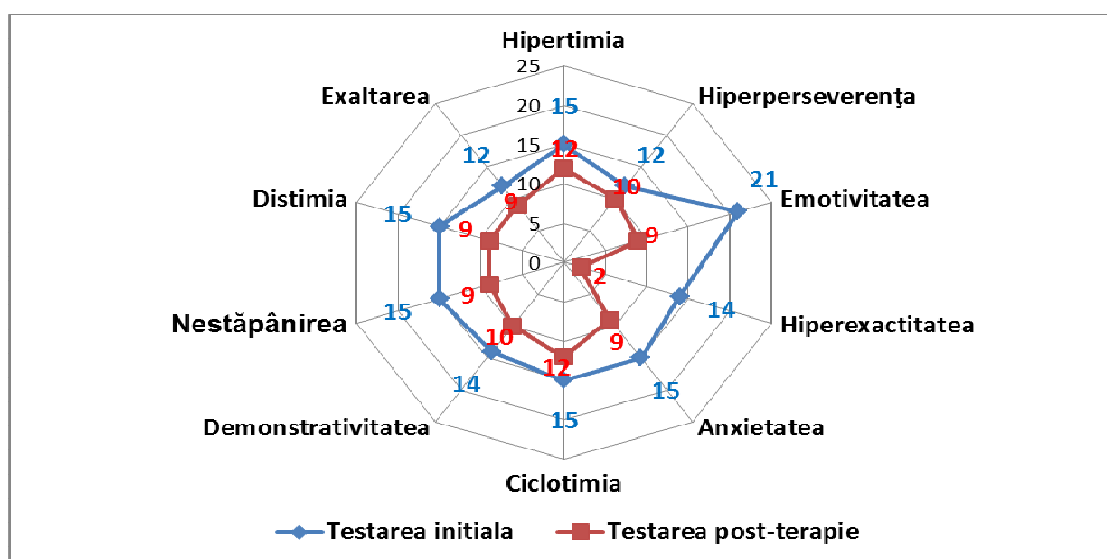


Fig. 3.14. Evoluția scorurilor la accentuările caracterologice, studiu de caz 1

Accentuările de caracter prezintă indici mari (Figura 3.14.) și denotă polul opus al stabilității emoționale, adică sensibilitatea emoțională a subiectului cercetat. În combinaire cu stările nevrotice studiate, putem estima valoarea ridicată a neurotismului, în cazul dat. Acest fapt

nu înseamnă că persoana este nevrotică, ci este mai sensibilă. Aici, este vizibilă necesitatea învățării unor modalități de gestionare a tensiunii emoționale, care pot fi folosite pe parcursul vieții în situații de criză.

Instabilitatea emoțională, după cum se vede și din anamneza subiectului, este caracterizată de următoarele fațete: frică, neîncredere în sine, nivel înalt al neliniștii, anxietate, tendință spre depresie, oboseală (Figura 3.15.).

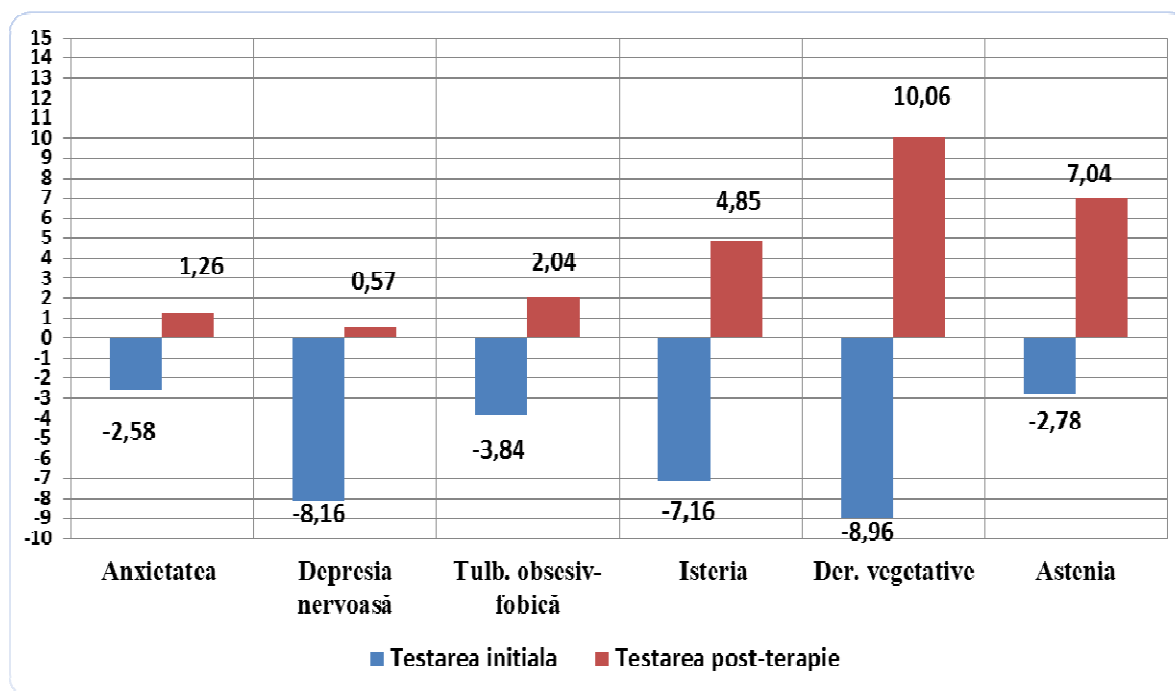


Fig. 3.15. Evoluția scorurilor la stările nevrotice, studiu de caz 1

Din figurile prezentate supra, observăm că accentuarea de caracter „distimia” se caracterizează printr-un nivel înalt de manifestare și, în paralel, „depresia nervoasă”, care deseori este utilizată în literatura de specialitate cu denumirea *distimie*, este, de asemenea, cu un nivel de aproximativ șase ori mai mare decât norma ($N = (-1,28/+1,28)$). Persoanele cu un nivel înalt al indicilor la stările nevrotice se deosebesc atât prin credințe despre sine vădit negative, cât și prin tendințele lor stabile de a trata în mod neadaptat situațiile dificile.

Diferiți oameni gestionează tensiunea emoțională sau starea de criză a sănătății în mod diferit. Unele sunt mai eficiente pe termen scurt, altele au o durată mai mare. Strategiile de coping care sunt eficiente pe termen scurt pot conduce la rezultate pe termen lung și poate avea efect asupra sănătății.

Subiectul dat nu-și poate atinge obiectivele puse și se simte frustrat, fapt confirmat și prin metoda de autoapreciere a stărilor psihice. O astfel de frustrare poate conduce la un comportament mai puțin adaptiv. Această caracteristică este foarte importantă pentru explicarea și predicția comportamentului, mai ales când se petrec frustrări similare și modalitățile de reacție sunt aceleași: se răspunde cu agresivitate, se observă rigiditatea și neapărat este prezentă anxietatea (Figura 3.16.).

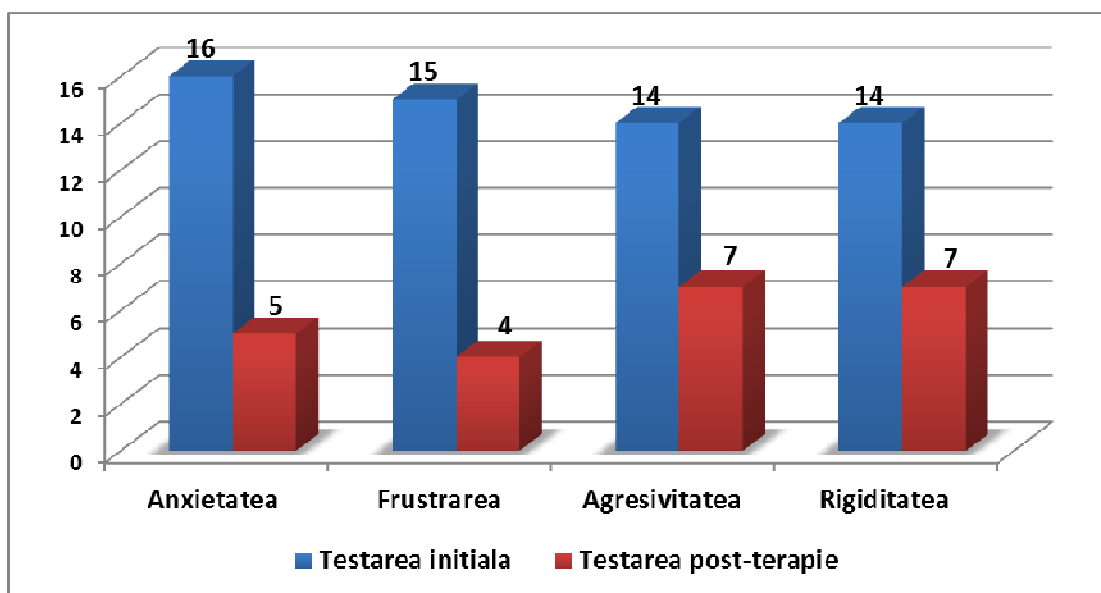


Fig. 3.16. Evoluția scorurilor la autoaprecierea stărilor psihice, studiu de caz 1

Sentimentele cu o manifestare mai îndelungată tind să producă modele de comportament similar și este foarte util să le luăm în considerare. Vinovăția, anxietatea și alte stări prezic și explică foarte bine comportamentul persoanei observate. Din datele interviului, putem concluziona că atașamentele afective de alte persoane sunt un definitoriu pentru comportament și au o relevanță motivațională, care poate fi consonantă sau disonantă cu acesta (Fig. 3.17.).

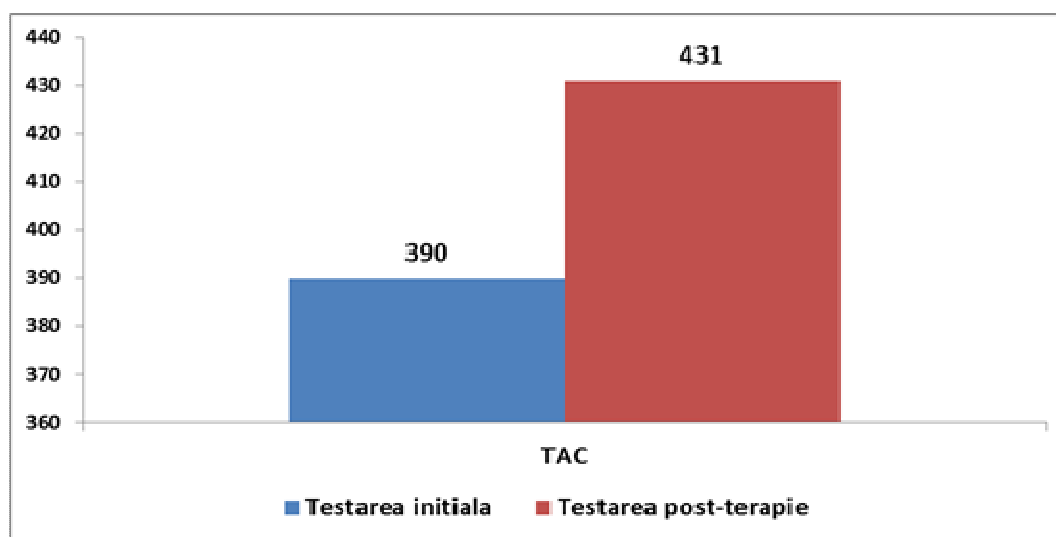


Fig. 3.17. Evoluția scorurilor la tipul Activismului Comportamental, studiu de caz 1

Concluzii: Am petrecut cu G. zece ședințe de psihoterapie, în care am combinat diferite tehnici psihoterapeutice, după care ea și-a schimbat atitudinea față de autoaprecierea sa, față de viață, față de boala sa. Am aplicat tehnicile de relaxare pentru a elimina blocajele din partea organelor digestive și respiratorii. În timpul acestor zile, G. n-a avut niciun acces de panică. Tehnicile de respirație au ajutat-o să treacă peste aceste accese. Am folosit ancora, pentru a-i fixa stările de relaxare și liniște atinse în timpul exersărilor. Le folosea de fiecare dată când simțea că are o situație de criză. Tema pentru acasă: de prelungit exercițiile pe care le îndeplinea și control la telefon, vizită la cabinet, în caz de necesitate.

Caz nr.2. Date pașaportale: Subiectul este de sex masculin, 45 de ani. Căsătorit, are o fiică de 15 ani.

Istoric de viață: S-a născut într-o familie de intelectuali : tata – preot, mama – profesoară. Are o soră, cu doi ani mai mică. Când era mic, familia sa a suferit din cauza tatălui, care a fost condamnat la șapte ani de închisoare. Până la trei ani a crescut doar cu mama și bunica, apoi s-a întors tatăl. A fost eliberat pentru comportament satisfăcător. Relațiile dintre L. și tata erau reci, deoarece nu-l cunoștea, căci tata plecase când L. avea trei luni de zile. Apoi, peste un an, s-a născut sora și mama era mai mult preocupată cu cea mică. L. se asemana fizic cu tata, iar sora lui – cu mama. Mama lucra profesoară în sat, locuiau la bunica. L., de cum a putut lucra, se ducea în câmp la lucru. După lecții, mergea la lucru la câmp, căci era mai mare și trebuia să ajute familia. Când tata iar s-a angajat la serviciu, mama a fost eliberată din funcție, din cauza religiei, și a devenit foarte bolnăvicioasă. Toți făceau lucrul pe acasă. Soțul o respecta foarte mult și îndeplinea orice lucru, doar ca ea să nu obosească sau să nu se îmbolnăvească iar. În această atmosferă a crescut și a învățat L. la școală. N-a fost primit în octombrel (îi este greu să spună) din cauza tatei. Nici în comsomol nu l-au înaintat la timp. Când a absolvit școala (a fost fruntaș), a vrut să plece în Rusia, la Școala de Aviație. Totul era pregătit, dar în ziua plecării mama a făcut un acces de isterie, spunând că dacă el pleacă, nu se va mai întoarce și ea va muri. Atunci, după așa ceva, a mers la Institutul Politehnic, absolvind Facultatea de Radiomecanică. De atunci, activează în acest domeniu. În tinerețe, a avut multe prietene, dar se dezamăgea în ele destul de repede – ele mințeau (după spusele lui L.). S-a căsătorit din cauza că toți colegii de la facultate și de la serviciu erau căsătoriți, iar el și fata dată erau celibatari (erau colegi de facultate). Soția era din familie de intelectuali: ambii părinți erau profesori. La un an după căsătorie, soția a avortat, cauza fiind infidelitatea (o dovadă a celor spuse mai înainte). După doi ani de căsnicie, au cumpărat mașină și L. era dedat cu suflet serviciului și mașinii. Locuiau la gazdă. Lucrau în sat. După ceva timp, s-au stabilit cu traiul în oraș în oraș, au cumpărat apartament. Copii nu aveau.

După câțiva ani, au înfiat un copil – un băiat. Viața lor s-a schimbat, dar L. nu este satisfăcut. A început să folosească alcool în doze mari, fumează mult, nu se alimentează normal (poate să bea doar o cafea pe zi și nimic mai mult, în afară de alcool și nicotină). La prima vedere, este o persoană liniștită, cântărește bine înainte de a face ceva.

Profil de stare actuală: Subiectul L. se află la tratament staționar în Secția de Gastroenterologie, în Spitalul Clinic Republican. Este ziua a II-a de internare. Diagnoza: Ulcer gastric cronic în acutizare.

Profil simptomatic: După rezultatele obținute, se evidențiază un comportament extravert. Este normostenic : destul de nervos, instabil, se adaptează greu la condițiile noi. Este o persoană destul de sensibilă, este neliniștit, impulsiv, activ, puțin agresiv. După ce a îndeplinit chestionarul de tendințe accentuate, s-a constatat că este o persoană cu o AC de tip hipertim: dispoziție preponderent bună, spirit întreprinzător, activism înalt. S-a dovedit a fi o accentuare din partea factorului „demonstrativ”: autoapreciere neadecvată, demonstrativitate comportamentală, teatralism, egocentrism. A fost depistată o accentuare de 100% la factorul „exaltat”: trăire intensă, uneori nemotivată a stărilor de bucurie, fericire, satisfacție și alternarea frecventă a acestora cu stările de tristețe și disperare. Prezintă caracteristicile unui sistem nervos puternic: tempoul lucrului său crește până la maximum la începutul activității, apoi ardoarea cu care poate dispărea.

Profil psihologic: Evoluția profilelor de răspuns inițial și după intervenția psihoterapeutică le-am expus în Tabelul 3.5.; Figurile 3.18; 3.19; 3.20; 3.21.

Tabelul 3.5. Accentuări de caracter inițial și post-terapie, studiu de caz 2

Parametri	Inițial	%	Post-terapie	%
Emotivitate	21	87,5	18	75
Hipertimie	21	87,5	18	75
Distimie	18	75	12	50
Anxietate	18	75	12	50
Nestăpânit	18	75	12	50
Ciclotimie	24	100	15	62,5
Demonstrativitate	20	83,3	10	41,66
Hiperexactitate	22	91,6	14	58,3
Exaltare	24	100	12	50
Hiperperseverență	20	83,3	18	75

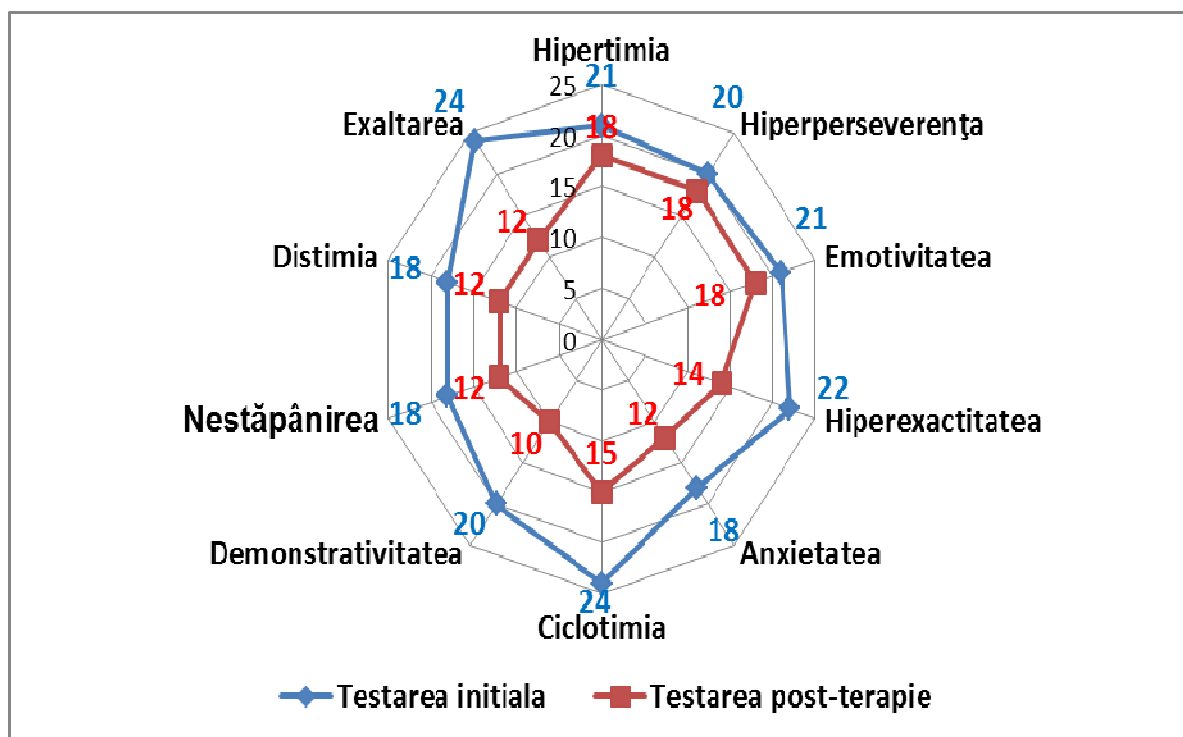


Fig. 3.18. Evoluția scorurilor la accentuări caracterologice, studiu de caz 2

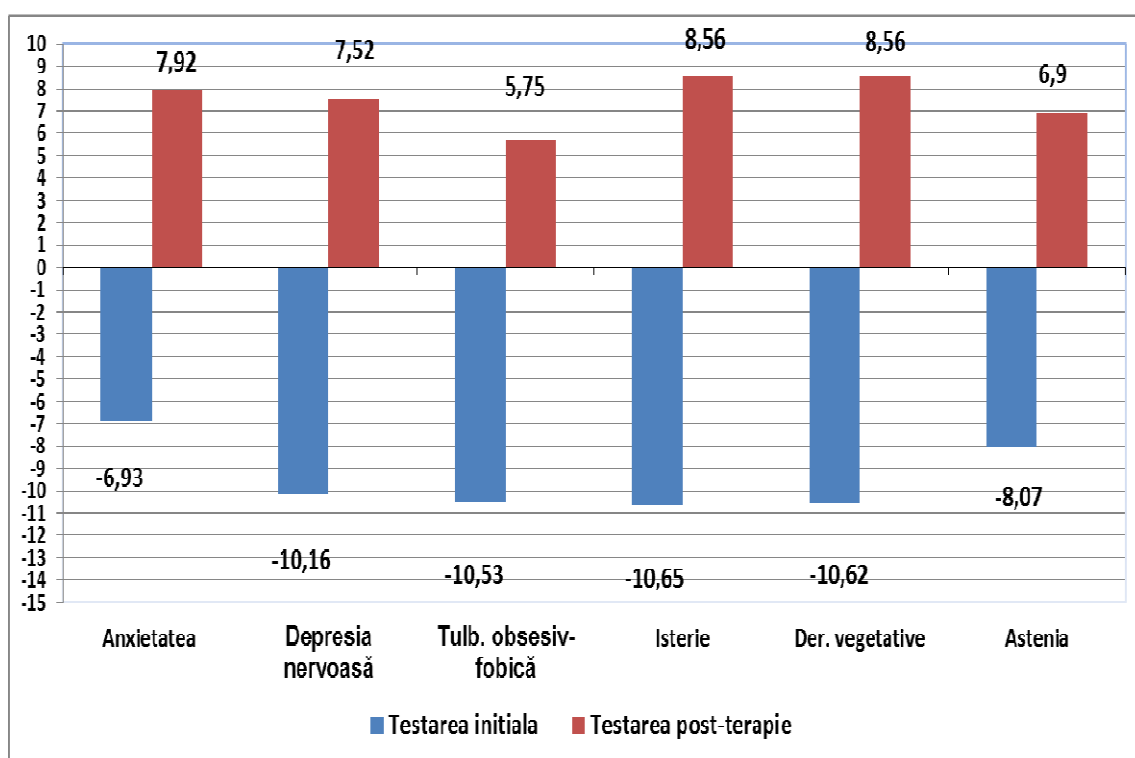


Fig. 3.19. Evoluția scorurilor la stările nevrotice, studiu de caz 2

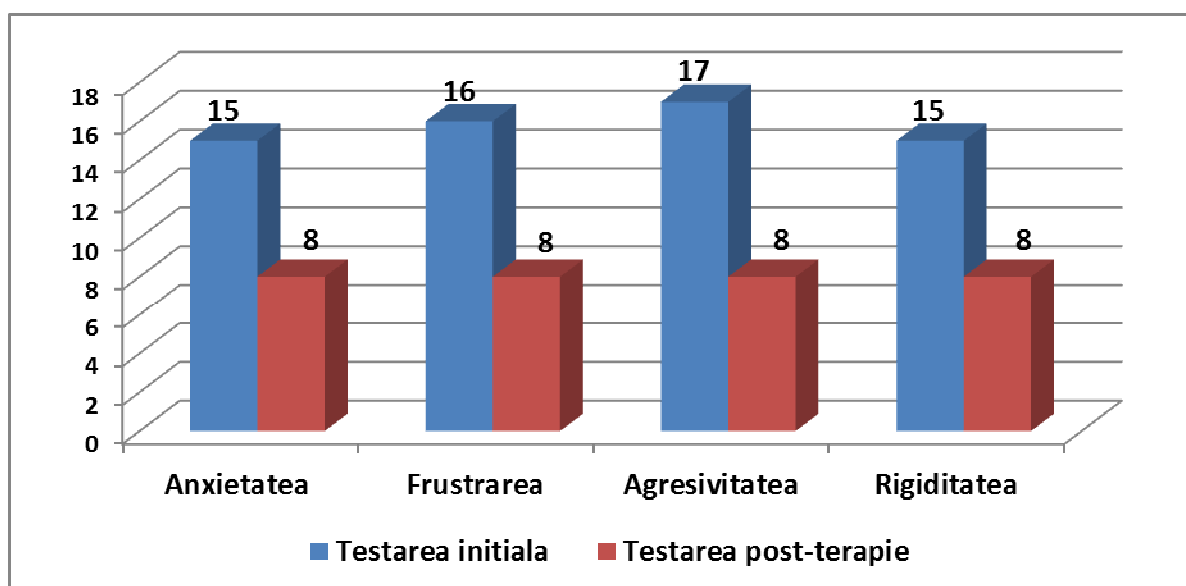


Fig. 3.20. Evoluția scorurilor la autoaprecierea stărilor psihice, studiu de caz 2

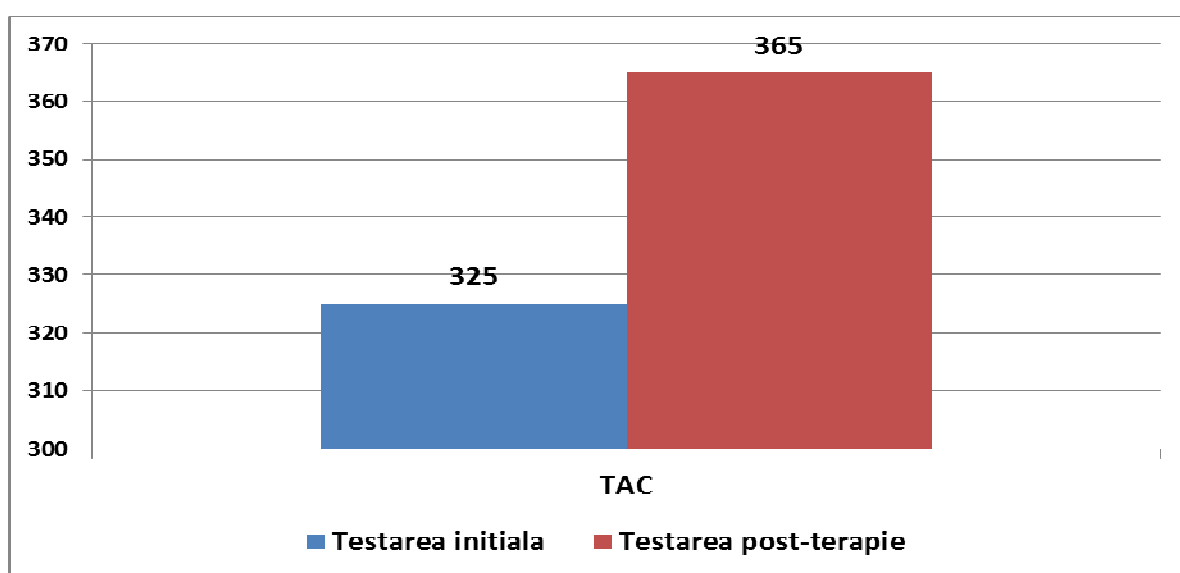


Fig. 3.21. Evoluția scorurilor la tipul Activismului Comportamental, studiu de caz 2

Concluzii: Am petrecut cu L. zece ședințe de psihoterapie, analizând problemele sistemului digestiv și, totodată, problema din copilărie: că mama l-a iubit mai mult pe fratele său, deoarece se aseamăna cu ea. Tehnicile de relaxare, în combinație cu cele cognitive-comportamentale, au avut efectul așteptat. L. avea tema pe acasă să îndeplinească anumite exerciții de relaxare, de respirație și să verbalizeze senzațiile pe care le avea în timpul îndeplinirii exercițiilor. Pentru viitor, urma să realizeze folosirea exercițiilor petrecute și amintirea acelei stări fixate (ancora) în timpul relaxării organismului, starea de bine fizic și psihic pe care o simțea la acel moment. La necesitate, convorbiri telefonice sau vizită la cabinet.

3.5. Concluzii la capitolul 3

1. La persoanele care au suferit de patologie gastrointestinală, profilul caracterial, după Leonhard-Schmieschek, a demonstrat valori relativ sporite ale punctajului acumulat pe astfel de profile, ca „emotivitatea”, „ciclotimia”, „hipertimia” și „exaltarea”. Relativ redus a fost cotate „anxietatea”, „nestăpânirea” și „distimia”. În contextul problemei studiate, este necesar să se confirme existența unei varietăți majore a caracteristicilor profilului psihologic studiat.

2. În același timp, am determinat o varietate semnificativă a valorilor tuturor parametrilor înregistrați în caracterizarea stărilor nevrotice la persoanele adulte cu patologie gastrointestinală. Este important să subliniem faptul că pentru toți parametrii stărilor nevrotice – anxietatea, depresia nervoasă, tulburările obsesiv-fobice, isteria, dereglările vegetative, astenia – din chestionarul pentru determinarea stărilor nevrotice după Jahin-Mendelevici la persoanele adulte cu boală ulceroasă am înregistrat valori medii negative.

3. În grupa persoanelor cu boală ulceroasă, cel mai frecvent a fost întâlnit tipul activismului comportamental „AB”, care a fost constatat la aproape 2/3 din subiecții evaluați. Studiul statistic comparativ nu a demonstrat prezența influenței mediului rural sau urban de reședință asupra nici unui din parametrii studiați. În același timp, analiza statistica Wilcoxon a relevat severitatea mai mare a dereglărilor vegetative și a isteriei la femei, în comparație cu bărbații care suferă de boală ulceroasă. Din parametrii psihologici studiați, numai valorile mai sporite de hiperexactitate au fost asociate cu caracteristicile grupului de pacienți cu studii medii. Studiul efectuat a probat prezența mai multor corelații statistice între parametrii profilului caracterial, cotele acumulate la tipul Activismului Comportamental, parametrii stărilor nevrotice și stărilor psihice.

4. Printre parametrii psihologici determinați prin metoda accentuării caracterologice, dovezi semnificative a prezenței bolii ulceroase au fost depistate numai la indicatorii psihologici „nestăpânirea” și „anxietatea”.

5. Analiza statistică comparativă efectuată prin metoda Wilcoxon a demonstrat că suportul psihologic acordat ameliorează valorile tuturor parametrilor studiați în testul Eysenck, inclusiv reduce anxietatea, frustrarea, agresivitatea și rigiditatea psihologică a subiecților. De asemenea, prin tratament psihoterapeutic, la subiecții cu patologia gastrointestinală superioară (boala ulceroasă) a fost depistată ameliorarea anxietății, modificarea tendințelor depresive a gradului de dereglări vegetative, reducerea tulburării obsesiv-fobice, a isteriei și modificărilor astenice, apreciate conform chestionarului Jahin-Mendelevici.

6. Psihoterapia persoanelor adulte în perioada de criză a sănătății este un proces complex, ce include sesiuni de psihoterapie individuală, implicând atât adulții în perioada de criză a sănătății, cât și relațiile reciproce între membrii activi din mediul înconjurător.

7. Persoanele adulte aparținând grupului experimental au prezentat rezultate ce indică ameliorarea tulburărilor manifestate în perioada de criză a sănătății, comparativ cu cei din grupul de control. Aceștia prezintă scoruri apropiate de media populației sau chiar sub acest nivel, iar în unele cazuri intensitatea simptomelor atinge pragul clinic, necesar pentru diagnosticarea unei tulburări psihice.

8. Analiza statistică a datelor test-retest obținute de persoanele adulte aparținând grupului experimental la testul accentuări caracterologice, stări nevrotice, autoaprecierea stărilor psihice, prin utilizarea testului Wilcoxon, a evidențiat o scădere semnificativă statistic pentru $p < 0,05$ la toate scalele acestora, înregistrându-se o ameliorare a tulburărilor emoționale consecutive la adulți în perioada de criză a sănătății care au participat la programul de intervenție psihoterapeutică „autoreglarea în perioada de criză a sănătății”.

9. Prin aplicarea testului Wilcoxon au fost evidențiate diferențe semnificative statistic între rezultatele obținute în etapa de retest de către grupul de control și cel experimental la toate instrumentele utilizate, ceea ce relevă influența pozitivă a programului de intervenție psihoterapeutică „autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a adulților în perioada de criză a sănătății”, conceput pentru formarea deprinderilor autoreglării afectiv-comportamentale a persoanelor adulte aflate în perioada de criză a sănătății.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Prin prezenta cercetare a fost soluționată o problemă științifică actuală, de importanță majoră în domeniu, anume identificarea stărilor afective ale persoanelor adulte aflate în perioada de criză a sănătății și stabilirea metodelor de intervenție psihoterapeutică pentru ameliorarea acestora. Analiza rezultatelor teoretice și experimentale ne permite să formulăm următoarele concluzii:

1. Perioada de criză a sănătății la persoanele adulte reprezintă o problemă acută a perioadei actuale, implicând un număr din ce în ce mai mare de persoane adulte, având consecințe asupra stării psihice și stării nevrotice ale acestora atât pe termen scurt, cât și, în cazul în care nu sunt identificate și tratate la timp, pe termen lung, uneori pe parcursul viață [16; 18; 19].

2. În urma evaluării, au fost identificate stări afective de ordin negativ, care constituie o consecință a perioadei de criză a sănătății: depresie, anxietate, agresivitate. Simptomele anxioase sunt prezente la majoritatea persoanelor adulte investigate, anxietatea fiind tulburarea emoțională întâlnită cel mai frecvent în cazul tuturor formelor de criză. Depresia este, de asemenea, identificată frecvent în urma evaluării persoanelor adulte, intensitatea acesteia fiind mai puternică în cazul adulților predispuși spre criză. Unii dintre adulți au obținut scoruri înalte la scalele ce măsoară agresivitatea, care este o stare evidentă la persoanele adulte aflate în situații de criză. Simptomele de frustrare apar frecvent la adulții suprasolicitați, mai ales în cazul celor supuși unor experiențe traumatice de gravitate mare [19; 21; 25; 110].

3. A fost identificată prezența unor scheme dezadaptative, cauzate de experiențele negative pe parcursul vieții și care generează un distres puternic, având consecințe asupra stării sănătății personale, inclusiv asupra relaționării cu semenii. În ceea ce privește autoevaluarea și autocontrolul, se observă că cei mai mulți dintre persoanele adulte examinate atribuie sursa controlului puterii celorlalți sau au un tip de control necunoscut, fiind necesară îmbunătățirea gradului de conștientizare a evenimentelor, evaluarea lor corectă și dezvoltarea competențelor de luare a deciziilor și de rezolvare a problemelor. Gradul de iraționalitate al persoanelor adulte evaluate este deseori crescut, mulți dintre aceștia prezentând o serie de cogniții iraționale, care afectează modul în care interpretează evenimentele trăite, inclusiv stresul, situațiile dificile de viață, perioadele de criză ale sănătății [18; 19; 20; 21; 22; 23; 101].

4. A fost stabilită utilitatea metodelor alese pentru cercetare în evaluarea comportamentului și stărilor afective ale persoanelor adulte aflate în perioada de criză a sănătății, realizată analiza corelațiilor statistice dintre numărul și semnificația elementelor grafice și scalele

testelor psihometrice aplicate finalizând cu concluzia că aceste metode pot fi utilizate cu bune rezultate în evaluarea acestor persoane [24].

7. Rezultatele experimentului formativ și de control arată că intervenția psihoterapeutică trebuie să includă persoanele adulte în diferite perioade de vârstă, cu un interval de 4-5 ani. Pentru persoanele adulte, aceasta include o serie de obiective: managementul stresului, îmbunătățirea stimei de sine, psihoeducația, managementul emoțiilor, cognițiilor și comportamentului, îmbunătățirea relaționării. Datele obținute în urma aplicării programului de intervenție psihoterapeutică demonstrează efectul benefic al metodelor și tehnicilor aplicate pentru ameliorarea stărilor emoționale ale persoanelor adulte care au suferit situații de criză sau sunt, la momentul studiului, în perioada de criză a sănătății [17; 21; 23; 26; 121].

Recomandări pentru implementare:

1. Procedura de evaluare a persoanei adulte și programul de intervenție psihoterapeutică „autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a adulților în perioada de criză a sănătății” pot fi implementate în metodologia de lucru a cabinetelor și centrelor de consiliere și psihoterapie a persoanei adulte la nivelul asistenței Medicale Teritoriale și Sociale din Chișinău și din țară, în îmbunătățirea activității medicilor de familie, psihologilor clinicieni, psihoterapeuților.

2. Informațiile teoretice și practice incluse în lucrarea pot constitui fundamentul unui ghid de bune practici pentru profesioniștii care lucrează în domeniul asistării persoanelor adulte.

3. Materialele pot fi utilizate în predarea cursurilor universitare, masterale sau de specializare și formare profesională continuă pentru medicii de familie, psihologi, psihoterapeuți, asistenții sociali preocupați de domeniul studiat.

Sugestii privind cercetările viitoare

Lucrarea de față deschide calea unor noi cercetări în domeniul psihologiei dezvoltării, psihologiei adultului, domeniul clinic și educațional, pentru sănătate, cum ar fi:

- investigarea tulburărilor și a modurilor de intervenție psihoterapeutică în cazul persoanelor adulte supuse perioadei de criză a sănătății aparținând altor grupe de vârstă (sub 30 de ani și/sau după 45 de ani) și consecințelor pe termen lung ale perioadei de criză a sănătății;

- identificarea unor posibilități de prevenție a fenomenului de criză a sănătății la persoanele adulte prin intervenția asupra stării psihice, care duce la manifestarea comportamentelor considerate ca fiind favorizante pentru o eventuală criză a sănătății.

BIBLIOGRAFIE

1. Andrews G. ș.a. Psihoterapia tulburărilor anxioase: ghid practic pentru terapeuți și pacienți. Iași: Polirom, 2007. 885 p.
2. Angheluță V., Nica-Udangiu Șt., Nica-Udangiu L. Psihiatrie preventivă. București: Editura Medicală, 1986. 471 p.
3. Athanasiu A. Tratat de psihologie medicală. București: Oscar print, 1998. 475 p.
4. Atkinson R.L., Atkinson R.C. Introducere în psihologie. București: Editura Tehnică, 2002. 320 p.
5. Băban A. Stres și personalitate. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 1998. 231 p.
6. Bezu Gh., Țâbârnă I. Calitatea vieții bolnavilor cu ulcer gastric și duodenal. In: Anale Științifice consacrate zilelor universității. Vol. II, ed. IV, Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic al USMF „Nicolae Testemițanu”, 2003, pp. 129-133.
7. Bezu Gh., Țâbârnă I. Caracteristici psihologice la bolnavii cu ulcer gastric și duodenal cu statut social divers. In: Anale Științifice consacrate zilelor universității. Vol. III, ed. II, Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic al USMF „Nicolae Testemițanu”, 2001, pp.136-138.
8. Bitch A. Psihologia dezvoltării. București: Tehnica, 2000. 331 p.
9. Bolea Z. Bazele consilierii psihologice: suport de curs. Chișinău: CEP USM, 2015. 168 p.
10. Botez M-I. Neuropsihologie clinică și neurologia comportamentului. București: Editura Medicală, 1996. 253 p.
11. Breabin S. Patopsihologia: Suport de curs. Chișinău: Elan Poligraf, 2005. 112 p.
12. Brinster Ph. Terapia cognitivă. București: Teora, 1997. 184 p.
13. Butler G., McManus F. Psihologia. Foarte scurtă introducere. București: ALLFA, 2002. 208 p.
14. Caîn J. Psihanaliză și psihosomatică. București: Editura Trei, 1998. 188 p.
15. Calancea A. Psihologia personalității: suport de curs. Chișinău: F.E.-P. „Tipografia Centrală”, 2006. 271 p.
16. **Calancea V.** Etiopatogenia ulcerului gastric și duodenal. În: Studia universitatis. Seria „Științe ale educației”. Univ. de Stat din Moldova. 2008, nr. 5 (15), pp.159-162.
17. **Calancea V.** Modalități de intervenție psihologică în ulcer gastric și duodenal. În: Revista științifico-practică nr.2/2011 „Psihologie”, pp. 43-52.
18. **Calancea V.** Modul de manifestare a afectivității în raport cu evenimentele de viață și în conformitate cu tipul de personalitate. În: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor: Probleme actuale ale științelor umanistice. Ediție Jubiliară. Vol. IX. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2010. pp. 398-405.

19. **Calancea V.** Particularități ale adaptării în caz de criză a sănătății. În: Materialele Conferinței a 10-a naționale cu participare internațională științifico-practică a psihologilor „Dimensiuni contemporane în formarea personalității copilului și adolescentului”, 16 mai 2014, Chișinău: S.n., 2014: Tipografia „Reclama”, pp. 209-211.
20. **Calancea V.** Particularități ale adaptării în caz de maladii psihosomatice. În: Materialele Conferinței Științifice cu Participare Internațională, consacrată aniversării a 65-a a USM. Rezumatele comunicărilor. Științe sociale. Volumul II. Chișinău, 2011, pp. 186-189.
21. **Calancea V.** Rolul particularităților individuale în somatizare. În: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor: Probleme actuale ale științelor umanistice. Vol. XII. Partea I. Chișinău: UPS „I. Creangă”, 2013. pp. 82-86.
22. **Calancea V.** Specificul relației medic-pacient în funcție de tipul comunicării. În: Materialele Conferinței Practico-Științifice cu Participarea internațională, 27-29 septembrie 2013, „Practica psihologică modernă”. Chișinău, S.n., 2013. pp. 123-126.
23. **Calancea V.,** Frunză N., Melniciuc A. Relația dintre adaptare și stilul de viață la pacienții somatici. În: Revista științifico-practică Sănătatea Publică, Economie și Management în Medicină, 3 (42)/2012.
24. **Calancea V.,** Melniciuc A. Practicum la psihologia clinică. Chișinău: Cetatea de Sus, 2012. 194 p.
25. **Calancea, V.** Introducere în psihologie. Suport de curs. Chișinău: Moldpres AIS, 2010. pp. 62-65.
26. **Calancea, V.** Psihologia Generală. Suport de curs pentru studenții anului I BAC, specialitatea Asistența socială și sociologie. Chișinău: Moldpres AIS, 2010. pp. 143-190.
27. Ceres V., Gîlea A. Variantele clinico-fiziologice ale remisiunii ulcerului duodenal relaționate cu probleme de pronostic a recidivelor maladiei. În: Anale științifice consacrate zilelor universității. Vol. 3, ed. I, Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic al USMF „Nicolae Testemițanu”. 2000, pp. 443-447.
28. Chemama R. Dicționar de psihanaliză. Semnificații. Concepte. Mateme. București: LAROUSSE, Univers Enciclopedic, 1997. 380 p.
29. Christophe A., Lelord F. Cum să ne exprimăm emoțiile și sentimentele. Ed. a 4-a. București: Trei, 2013. 362 p.
30. Cosman D. Psihologie medicală. Iași: Polirom, 2010. 462 p.
31. Cottraux J. Terapiile cognitive: cum să acționăm asupra propriilor gânduri. Iași: Polirom, 2003. 296 p.
32. Cozmovici A. Psihologie generală. Iași: Polirom, 1996. 253 p.

33. Crețu T. Psihologia vârstelor. Iași: Polirom, 2009. 392 p.
34. Cucu I. Psihologie medicală. București: Litera, 1980. 320 p.
35. Dafinoiu I. Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observația și interviul. Iași: Polirom, 2002. 248 p.
36. Dănăilă L., Golu M. Tratat de neuropsihologie.Vol 1. București: Editura Medicală, 2015. 649 p.
37. Dănăilă L., Golu M. Tratat de neuropsihologie.Vol. 2. București: Editura medicală, 2015. 654 p.
38. David D. Psihologie clinică și psihoterapie: fundamente. Iași: Polirom, 2006. 323 p.
39. Derevenco P., Anghel L., Băban A. Stresul în sănătate și boală: de la teorie la practică. Cluj-Napoca: Dacia, 1992. 320 p.
40. Dindelegan C. Incursiune în psihopatologie și psihologie clinică. București: SPER, 2012. 233 p.
41. Doron R., Parot F. Dicționar de psihologie. București: Humanitas, 2006. 886 p.
42. Dumitrache S. Tulburările de personalitate: în clinică și cotidian. București: SPER, 2013. 225 p.
43. Enăchescu C. Neuropsihologie. București: Victor, 1996. 155 p.
44. Enăchescu C. Tratat de igienă mintală. Iași: Polirom, 2004. 408 p.
45. Enăchescu C. Tratat de psihanaliză și psihoterapie. Iași: Polirom, 2003. 392 p.
46. Enăchescu L. Psihosomatică. Iași: Polirom, 2008, 240 p.
47. Goleman D. Inteligența emoțională. București: Curtea Veche Publishing, 2001. 424 p.
48. Grozavu C. Afectivitatea. București: E.D.P., 1998. 245 p.
49. Hall M. Cartea cărților în NLP: Cel mai cuprinzător ghid al tiparelor de schimbare prin programare neurolingvistică. București: Vidia, 2012. 415 p.
50. Havârneanu C. Cunoașterea psihologică a persoanei: posibilități de utilizare a computerului în psihologia aplicată. Iași: Polirom, 2000. 240 p.
51. Hawkins P. Hipnoza și stresul: ghid pentru clinicieni. Iași: Polirom, 2009. 419 p.
52. Hayes N., Orrell S. Introducere în psihologie. Ediția a III-a. București: ALL, 2005. 529 p.
53. Hicks J. 50 de semne ale tulburărilor psihice. București: Editura Trei, 2012. 472 p.
54. Holdevici I. Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală. București: Editura Trei, 2009. 717 p.
55. Holdevici I., Vasilescu I. Psihoterapia.Tratament fără medicamente. București: Ceres, 1993. 215 p.

56. Howitt D., Cramer D. Introducere în SPSS pentru psihologie: versiunile SPSS 10, 11, 12 și 13. Iași: Polirom, 2006. 260 p.
57. Iamandescu I.B. Manual de Psihologia Medicală. Bucuresti: InfoMedica, 2005. 344 p.
58. Iamandescu I.B. Manual de psihologie medicală. București: InfoMedica, 1995. 280 p.
59. Iamandescu I.-B. Stresul psihic și bolile interne. București: Editura ALL, 1993. 173 p.
60. Iamandescu I.B., Răpițeanu C. Manual de Psihologie Medicală. Bucuresti: InfoMedica, 2010. 286 p.
61. Ionescu G. Tratat de psihologie medicală și psihoterapie. București: Asklepios, 1995. 320 p.
62. Ionescu G. Tratat de Psihologie Medicală și Psihoterapie. București: Asklepios, 2002. 202 p.
63. Ionescu G., Bejat M. Psihologie clinică. București: Academiei, 1985. 352 p.
64. Ionescu Ș., Jacquet M.-M., Lhote C. Mecanisme de apărare: teorie și aspecte clinice. Iași: Polirom, 2007. 331 p.
65. Jan J.F., Ter L. Evaluarea psihologică a întrebărilor clientului: ghid practic pentru studenți și practicieni. Cluj-Napoca: Sinapsis Publishing Projects, 2013. 524 p.
66. Kafka J. Realități multiple în psihanaliză. Iași: Tipografia Multiprint, 1999. 240 p.
67. Keyrsey D. Personalitate și temperamente: descriere și compatibilități. Iași: Polirom, 2009. 486 p.
68. Légeron P. Cum să ne apărăm de stres. București: Editura Trei, 2003. 342 p.
69. Lelord F., André C. Cum să ne purtăm cu personalitățile dificile. București: Trei, 2003. 370 p.
70. Luban-Plozza B., Iamandescu I.-B. Dimensiunea psihosocială a practicii medicale. București: Infomedica, 2003. 408 p.
71. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F. Boli psihosomatice în practica medicală. Ediția a IV-a, revăzută și adăugită. București: Editura Medicală, 2000. 235 p.
72. Manea M., Manea T. Psihologie Medicală. București: Editura Tehnică, 2004. 320 p.
73. Matthews G. ș.a. Psihologia personalității: trăsături, cauze, consecințe. Iași: Polirom, 2005. 510 p.
74. Mereacre I., Țapu G. Vedemecum în psihologie (Psihologia în tabele). Chișinău: UCCM, 2000. 138 p.
75. Minulescu, M. Psihodiagnoza modernă. Chestionarele de Personalitate. București: Editura Fundației România de Măine, 2004. 320 p.
76. Mitrofan I. Tulburările anxios-depresive: diagnoză experiențială și terapie unificatoare: model integrativ tridimensional: simptomatologic, existențial, transgenerațional. București: SPER, 2013. 249 p.
77. Mitrofan N. Testarea psihologică: aspecte teoretice și practice. Iași: Polirom, 2009. 315 p.

78. Molden D., Hutchinson P. NLP – Genial!: ce știu, ce fac și ce spun oamenii care au succes... București: Amsta Publishing, 2008. 167 p.
79. Moțet D. Depresia nervoasă (combatere și tratament). București: Semne, 2011. 78 p.
80. Munteanu A. Psihologia vârstelor adulte și ale senectuții. Timișoara: Eurobit, 2004. 227 p.
81. Nacu A., Căraușu Gh. Îndrumar metodic la seminariile aplicative la Psihologia medicală pentru studenții facultății Medicină generală. Chișinău: CEP Medicina, 2006. 63 p.
82. Neacșu I. Introducere în psihologia educației și a dezvoltării. Iași: Polirom, 2010. 333 p.
83. Neculau A. Manual de psihologie socială. Iași: Polirom, 2003. 344 p.
84. O'Connor J. Manual de programare neuro-lingvistică: ghid practic pentru obținerea rezultatelor pe care le dorești. București: Curtea Veche Publishing, 2012. 416 p.
85. Olărescu V. Psihoneurologia: suport de curs. Chișinău: „Elena- V.I.”, 2001. 258 p.
86. Oprea N., Revenco M. și alții. Psihologie generală și medicală. Partea I. Chișinău: Știința, 1993. 141 p.
87. Oprea N., Revenco M. și alții. Psihologie generală și medicală. Partea II. Chișinău: Știința, 1993. 118 p.
88. Oprea N., Revenco M. și alții. Psihologie generală și medicală. Partea III. Chișinău: Știința, 1993. 216 p.
89. Paris J. Ghidul DSM-5 pentru clinicianul inteligent. București: Editura Trei, 2015. 351 p.
90. Pavelcu V. Caracterele afectivității. Cunoașterea de sine și cunoașterea personalității. București: EDP, 1982. 380 p.
91. Peale N. Forța gândirii pozitive. București: Curtea Veche, 1999. 263 p.
92. Platon C. Psihodiagnostic clinic: suport de curs. Chișinău: CEP USM, 2010. 249 p.
93. Popa S., Cepoida P. Ulcerul de stres: stare actuală a problemei. În: Anale Științifice consacrate zilelor universității 2003, vol. II. Probleme clinico-terapeutice (medicină internă, tradițională, boli infecțioase) ed.IV; Centrul Ed.-poligr. al USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 2003. pp. 153-157.
94. Popa M. Statistică pentru psihologie. Teorie și aplicații SPSS. Iași: Polirom, 2008. 240 p.
95. Popa M. Statistici multivariate aplicate în psihologie. Iași: Polirom, 2010. 358 p.
96. Popa-Velea, O. Elemente de psihosomatică generală și aplicată. București: InfoMedica, 1999. 332 p.
97. Popescu S. Elemente de psihopatologie și psihologie clinică. Târgu-Mureș: Editura „Dimitrie Cantemir”, 2003. 335 p.
98. Popescu-Neveanu P. Dicționar de psihologie. București: Albatros, 1978. 440 p.

99. Postel J. Dicționar de psihiatrie și de psihopatologie clinică. București: LAROUSSE, Univers Enciclopedic, 1998. 624 p.
100. Racu I. Psihodiagnoza și statistica psihologică. Chișinău: Tipografia UPS „Ion Creangă”, 2004. 244 p.
101. Racu J., **Calancea V.** Sfera afectivă și reacțiile fiziologice: comun și divers. În: Probleme ale științelor socioumane și modernizării învățământului: Conferința de totalizare a muncii științifice și științifico-didactice a corpului profesoral-didactic pentru anul 2010. Vol. I, Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2011. pp. 50-54.
102. Rășcanu R. Psihologie medicală și asistență socială. București: Editura Știință și Tehnică, 1997, 235 p.
103. Rășcanu R. Psihologie medicală. București: Știință și Tehnică, 1997. 220 p.
104. Revenco M. Tulburări de personalitate. Clinica și evaluarea psihiatrico-legală. Chișinău: Tipografia „Bons Offices”, 2015. 216 p.
105. Riedesser P., Fischer G. Tratat de psihotraumatologie. București: Editura Trei, 2001. 389 p.
106. Riga S., Riga D. Stresologie, adaptologie și sănătate mintală. București: Cartea Universitară, 2008. 266 p.
107. Romila A. Psihiatrie. Ediția a 2-a revizuită. București: Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2004. 632 p.
108. Rosenberg M. Comunicarea nonviolentă: limbajul vieții. Chișinău: Epigraf S.R.L., 2005. 224 p.
109. Rusnac S. Preocupări ale psihologiei sociale. Ch.: F.E.-P. „Tipografia Centrală”, 2007. 264 p.
110. Rusnac S., **Calancea V.** Particularități ale activismului comportamental și stării psihice la pacienții cu ulcer gastric și duodenal. În: Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială. Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie Specială a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, 2007- nr. 4 (9). p.58-67
111. Schoenewolf G. 101 succese terapeutice: depășirea transferului și a rezistenței în psihoterapie. București: Editura Trei, 2010. 344 p.
112. Sillamy N. Dicționar de Psihologie. București: LAROUSSE, Univers Enciclopedic, 2000. 348 p.
113. Sion, G. Psihologia vârstelor. București: Editura Fundației României de Mâine, 2007. 256 p.
114. Șchiopu, U., Verza, E. Psihologia vârstelor, ciclul vieții. București: E.D.P, 1997. 367 p.
115. Temes R. Hipnoza. București: Curtea Veche Publishing, 2009. 357 p.
116. Tolstaia S. Particularități psihologice ale autoactualizării femeii de vârstă mijlocie. Teza dr. în șt.psih.: 19.00.01, Chișinău, 2010. 230 p.

117. Tudose F. Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului. București: Editura Fundației România de Măine, 2007. 280 p.
118. Tudose F. O abordare modernă a psihologiei medicale. București: Infomedica, 2000. 190 p.
119. Tudose F. Orizonturile psihologiei medicale. București: Infomedica, 2003. 407 p.
120. Tudose F., Tudose C. Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi. București: Infomedica, 2002. 324 p.
121. Turchină T., **Calancea V.** Alexitimia și reglarea emoțională la persoanele cu boli psihosomatice. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Revista științifico-practică categoria B, nr. 4 (36)/2012 pp.150-154.
122. Țăbîrnă I. Influența tazepamului asupra profilului psihologic în tratamentul complex al bolnavilor cu ulcer gastric și duodenal. În: Anale Științifice consacrate zilelor universității. Vol. 3, ed. I, Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic al USMF „Nicolae Testemițanu”, 2000, pp. 143-146.
123. Țăbîrnă I. Aspecte epidemiologice și clinico-endoscopice în ulcerul gastric și duodenal. În: Anale Științifice consacrate zilelor universității. Vol. 3, ed. I, Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic al USMF „Nicolae Testemițanu”, 2000, pp. 139-142.
124. Ulcerul gastric și duodenal la adult. Protocol clinic național. PCN-207. Chișinău, 2014. 49 p.
http://old.ms.gov.md/files/14783-PCN_%2520BU_adult_25.04.14_Tofan.pdf
125. Veress A. Balint: întrebări și răspunsuri. Miercurea-Ciuc: Alutus, 2006. 86 p.
126. Verza E. Psihologia vârstelor. București: Hyperion XXI, 1993. 305 p.
127. Verza, E. Psihologia vârstelor. București: ProHumanitate, 2000. 307 p.
128. Vuzitas Gh., Anghelescu A. Neurologie și psihiatrie: manual pentru școlile sanitare postliceale. București: Editura Știința și Tehnica, 1996. 191 p.
129. Westhoff K. Interviu Orientat spre Decizie (IOD) ca interviu de evaluare a competențelor. Cluj-Napoca: Sinapsis Publishing Projects, 2011. 152 p.
130. Westhoff K., Kluck M.-L. Raportul psihologic: redactare și evaluare. Cluj-Napoca: Sinapsis Publishing Projects, 2009. 222 p.
131. Williams M. ș.a. Exerciții de meditație pentru depășirea depresiei: eliberarea de nefericirea cronică. București: Editura Trei, 2013. 330 p.
132. Yin R. Studiul de caz: designul, analiza și colectarea datelor. Iași: Polirom, 2005. 214 p.
133. Zlate M. Fundamentele psihologiei. București: Pro Humanitate, 2000. 330 p.
134. Zlate M. Psihologia la răspântia mileniilor. Iași: Polirom, 2001. 431 p.
135. Акимова М.К. Психологическая диагностика. СПб.: Питер, 2005. 304 с.

136. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. 336 с.
137. Ананьев В. А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: автореф. дис. канд. псих. наук : 19.00.04, Санкт-Петербург, 1998. 46 с. <http://nauka-pedagogika.com/psihologiya-19-00-04/dissertaciya-psihologicheskaya-adaptatsiya-i-kompensatsiya-pri-zabolevaniyah-vnutrennih-organov>
138. Аникина Е.Б. Психологические особенности больных язвенной болезнью разного паспортного и биологического возраста: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Томск, 2007. 156 с. <http://www.dissercat.com/content/psikhologicheskie-osobennosti-bolnykh-yazvennoi-boleznyu-raznogo-pasportnogo-i-biologicheskogo-vozrasta>
139. Арбузова В.Г. Сравнительная характеристика клинко-патогенетических особенностей язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук : 14.00.05, Москва, 2003. 202 с. <http://www.dissercat.com/content/sravnitel'naya-kharakteristika-kliniko-patogeneticheskikh-osobennostei-yazvennoi-bolezni-zhel>
140. Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития. М.: Когито-Центр, 2000. 350 с.
141. Белоусов Ф.В. Психические расстройства у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и методы их коррекции: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18, 14.00.05, Оренбург, 2004. 24 с. <http://medical-diss.com/medicina/psihicheskie-rasstroystva-u-bolnyh-yazvennoy-boleznyu-dvenadtsatiperstnoy-kishki-i-metody-ih-korreksii>
142. Битюцкая Е.В. Когнитивное оценивание и стратегии совладания в трудных жизненных ситуациях: дис. канд. психол. наук: 19.00.01, Москва, 2007. 209 с. <http://netess.ru/3psihologiya/4953-1-kognitivnoe-ocenivanie-strategii-sovladaniya-trudnih-zhiznennih-situaciyah.php>
143. Бордин Д. С. Соотношения клинической картины, психовегетативного статуса и результатов интрагастральной рН-метрии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Москва, 2003. 165 с. <http://www.dissercat.com/content/sootnosheniya-klinicheskoi-kartiny-psikhovegetativnogo-statusa-i-rezultatov-intragastralnoi>
144. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. М.: Изд. ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.71-72.
145. Бурбо Л. Твое тело говорит: люби себя. М.: ООО Изд. дом «София», 2004. 336 с.

146. Бурлачук Л., Морозов С. Словарь-справочник по психодиагностике. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2004. 520 с.
147. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271 с.
148. Вилюнас В.К., Гиппенрейтер Ю.Б. Психология эмоций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 288 с.
149. Вилюнас, В.К. Психология эмоциональных явлений. М.: МГУ, 1976. 235 с.
150. Волкова Е.В. Патоморфоз пограничных психических расстройств у больных, перенесших оперативное лечение язвенной и желчнокаменной болезни, их психотерапевтическая коррекция: дис. канд. мед. наук 14.00.18, Москва, 2007. 216 с.
<http://www.dissercat.com/content/patomorfoz-pogranichnykh-psikhicheskikh-rasstroystv-u-bolnykh-perenesshikh-operativnoe-leche>
151. Выготский Л. С. Психология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
152. Головей Л.А.; Рыбалко, Е.Ф. Практикум по возрастной психологии. СПб.: Речь, 2002. 694 с.
153. Губачев Ю.М., Симаненков В.И., Ананьев В.А. Адаптивно-компенсационные психосоматические механизмы реагирования на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. În: психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психическоц и соматической патологии. În: Сборник научных трудов, том 127, Ленинград: Изд-во Ленинградского Научно-Исследовательского института им. В.М. Бехтерева под общей редакцией М.М. Кабанова, 1990. 172 с.
154. Данилова Е.Е. Практикум по возрастной и педагогической психологии. М.: Академия, 1999. 160 с.
155. Дмитриева Т.В. Особенности течения и терапии осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с психосоматическими расстройствами: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Воронеж, 2005. 103 с.
<http://www.dissercat.com/content/osobennosti-techeniya-i-terapii-oslozhnennoi-yazvennoi-bolezni-zheludka-i-dvenadtsatiperstno#ixzz3NxboDncS>
156. Драгун О.В. Особенности течения и терапии осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с психосоматическими расстройствами: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Воронеж. 2005. 103 с. <http://medical-diss.com/medicina/osobennosti-techeniya-i-terapii-oslozhnennoy-yazvennoy-bolezni-zheludka-i-dvenadtsatiperstnoy-kishki-u-bolnyh-s-psihosoma>

157. Дружинина В.Н. Психология. Учебник для экономических вузов. СПб.: Питер, 2002. 672 с.
158. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. 2-е издание, исправленное и дополненное. СПб.: Питер, 2004. 509 с.
159. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. М.: Эксмо, 2003. 608 с.
160. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии 3-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2009. 384 с.
161. Ефремова Л.И. Клинико-патогенетические особенности язвенной болезни в различные возрастные периоды у больных, проживающих в сельской местности: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Москва, 2006. 274 с. <http://www.dissercat.com/content/kliniko-patogeneticheskie-osobennosti-yazvennoi-bolezni-v-razlichnye-vozrastnye-periody-u-bo#ixzz3NxxxzdUL>
162. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 2000. 544 с.
163. Зуйкова Н.Л. Психотерапевтическая психосоматика. Опыт и алгоритм работы с психосоматическими пациентами. In: Психотерапия. №11. 2012. с. 24-25.
164. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999. 464 с.
165. Изард К. Эмоции человека. М.: МГУ, 1980. 1024 с.
166. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2001. 752 с.
167. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. 312 с.
168. Калиткин К.Н. Психотерапия в хирургии (Практическое руководство для врачей). Т.: Медицина, 1965. 80 с.
169. Капра Дж., Сервон Д. Психология личности. СПб.: Питер, 2003. 640 с.
170. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Учебник. СПб.: Питер, 2004. 960 с.
171. Кашапов Р.Р. Курс практической психологии, или Как научиться работать и добиваться успеха: Учебное пособие для высшего управленческого персонала. Ижевск: Изд-во Удм. ун-та, 2002. 448 с.
172. Квинн В. Прикладная психология. СПб.: Питер, 2000. 560 с.
173. Кирпиченко А.А., Ладик Б.Б., Пашков А.А. Основы медицинской психологии. Минск: Высшая школа, 1998. 144 с.
174. Клонингер С. Теории личности: познание человека. 3-е изд. СПб.: Питер, 2003. 720 с.
175. Колесникова И.Ю. Качество жизни больных язвенной болезнью и его связь с особенностями соматического и психовегетативного состояния пациента: дис. канд. мед. наук : 14.00.05, Москва, 2003. 180 с. <http://www.dissercat.com/content/kachestvo->

[zhizni-bolnykh-yazvennoi-boleznyu-i-ego-svyaz-s-osobennostyami-somaticheskogo-i-ps#ixzz3NxcNLUX](#)

176. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии. СПб.: Питер, 2002. 368 с.
177. Копытин А.И. Диагностика в арт-терапии: Метод «Мандала». 2-е изд., испр. М.: Психотерапия, 2009. 144 с.
178. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. 9-е изд. СПб.: Питер, 2005, 940 с.
179. Крылов А.А., Маничев С.А. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии. СПб.: Питер, 2005. 560 с.
180. Кузнецов П.С. Особенности вегетативных дисфункций у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, их диагностика и коррекции методами рефлексотерапии: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Рязань, 2003. 154 с.
[http://www.dissercat.com/content/osobennosti-vegetativnykh-disfunktsii-u-bolnykh-yazvennoi-boleznyu-zheludka-i-dvenadtsatiperstnoy-kiшки#ixzz3NxbzvNhV](#)
181. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. СПб.: Речь, 2007. 294 с.
182. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. 2-е перераб. и доп., М.: Медицина, 1984. 272 с.
183. Леонтьева В.А. Клинические, эмоционально-личностные и функциональные предикторы осложненного течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Москва, 2009. 101 с.
[http://www.dissercat.com/content/klinicheskie-emotsionalno-lichnostnye-i-funktsionalnye-prediktory-oslozhnennogo-techeniya-ya#ixzz3NxaYfWlJ](#)
184. Малкина – Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
185. Малкина – Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 992 с.
186. Малкина – Пых И. Г. Возрастные кризисы взрослости. М.: ЭКСМО, 2005. 416 с.
187. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. М.: Медицина. 1984. 176 с.
188. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: МЕДпресс, 1999. 592 с.
189. Менегетти А. Психосоматика. М.: ННБФ «Онтопсихология», 2005. 360 с.
190. Милютина Е. Психотерапевтические рецепты на каждый день. М.: Независимая фирма „Класс”, 2001. 384 с

191. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство. Харьков: Прапов, 2002. 128 с.
192. Мухина В.С. Возрастная психология: Учебник для студентов ВУЗов. М.: Академия, 2005. 455 с.
193. Мягков И.Ф., Боков С.Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии. Уч. для ВУЗов. М.: Медицина, 1999. 232 с.
194. Немов Р.С. Психологическое консультирование: Учебник для студентов вузов. М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2001. 528 с.
195. Немов Р.С. Психология. Книга 1. М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2002. 688 с.
196. Обухова Л. Ф. Возрастная психология. М.: Педагогическое общество России, 1999. 442 с.
197. Оганезова, И.А. Клинические и психофизиологические аспекты течения язвенной болезни в экстремальных условиях среды: дис. канд. мед. наук : 14.00.05, Архангельск, 2005. 273 с. <http://www.dissercat.com/content/klinicheskie-i-psikhofiziologicheskie-aspekty-techeniya-yazvennoi-bolezni-v-ekstremalnykh-us#ixzz3NxyJi5MS>
198. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2007. 1312 с.
199. Петровский А.В. Возрастная и педагогическая психология. М.: Психология, 2004. 567 с.
200. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. История и теория психологии. Том 1. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. 416 с.
201. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. История и теория психологии. Том 2. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. 416 с.
202. Подъяпольская И.А. Особенности психоэмоционального статуса и качество жизни у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, медикаментозная психокоррекция: дис. канд. мед. наук : 14.00.05, Барнаул, 2006. 178 с. <http://medical-diss.com/medicina/osobennosti-psihoemotsionalnogo-statusa-i-kachestvo-zhizni-u-bolnyh-yazvennoy-boleznyu-zheludka-i-dvendatsatiperstnoy-kis>
203. Поливанова К.Н. Психология возрастных кризисов: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учебн.з аведений. М.: Изд.центр «Академия», 2000. 184 с.
204. Поморцев О.Н. Основы общей и медицинской психологии. Учебное пособие для медицинских вузов. Тирасполь: РИО ПГУ, 1998. 225 с.
205. Простомолотов В.Ф. Психосоматические расстройства (клиника, патогенез, терапия, профилактика): Руководство для психологов и врачей. Одесса: КП ОГТ, 2007. 296 с.
206. Пушкина Т.П. Медицинская психология. Методические указания. Новосибирский Научный Учебный Центр Психологии НГУ, 1996. 244 с.

207. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ – М », 2004. 672 с.
208. Райгородский Д. Я. Психология и психоанализ характера. Хрестоматия по психологии и типологии характеров. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ – М », 2002. 640 с.
209. Райгородский Д. Я. Психология личности. Т. 2. Хрестоматия. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ – М », 2002. 544 с.
210. Райгородский Д.Я. Психология зрелости. Самара: Изд. Дом «БАХРАХ-М», 2003. 768 с.
211. Райгородский Д.Я. Учебное пособие по возрастной психологии. Для факультетов: психологии, педагогики и социальной работы. Самара: Изд. Дом «БАХРАХ-М», 2003, 768 с.
212. Рамендик Д.М. Тренинг личностного роста. М.: ИНФРА-М, 2007. 176 с.
213. Реан А.А. Психология от рождения до смерти. СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. 656 с.
214. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979. с.133-151.
215. Рубштейн Н., Султанова Е. Тренинг управления судьбой. М.: ЭКСМО, 2008. 224 с.
216. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Физиологически – ориентированный подход к решению психологических проблем (Метод РЕТРИ), Изд. Института Психотерапии, М., 2001. 336 с.
217. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 2005. 592 с.
218. Северова Е.А. Пограничные психические расстройства у больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук: 14.00.18. Москва, 2006. 117 с. <http://www.dissercat.com/content/pogranichnye-psikhicheskie-rasstroistva-u-bolntskh-s-oslozhnennymi-formami-yazvennoi-bolezni>
219. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Т. 1.: Учебник для студентов медицинских вузов. М.: Академический Проект, 2000. 416 с.
220. Симонов В.П., Ершов П.В. Темперамент, характер, личность. М.: Наука, 1984. 163 с.
221. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981, 216 с.
222. Солдатова Е.Л. Структура и динамика нормативного кризиса перехода к взрослости: монография. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2007. 267 с. <http://www.klex.ru/bkw>
223. Сорокоумова, Е. А. Возрастная психология. СПб.: Питер, 2006. 352 с.
224. Столяренко Л.Д. Основы психологии: Практикум. Ростов н/Д: Феникс, 2003. 704 с.
225. Сугоняко Е. А. Клинико-морфологическая характеристика, психологический профиль и качество жизни больных язвенной болезнью осложненного и неосложненного течения: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Красноярск, 2006. 24 с.

<http://www.dissercat.com/content/kliniko-morfologicheskaya-kharakteristika-psikhologicheskii-profil-i-kachestvo-zhizni-bolnyk#ixzz3NxZB7ywp>

226. Тайсон Ф., Тайсон Р. Психоаналитические теории развития. Екатеринбург: Деловая книга, 1998. 407 с.
227. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. М.: ЭКСМО, 2005. 928 с.
228. Тарабрина Н.В. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2000. 352 с.
229. Тутушкина М.К. Практическая психология. Учебник. 4-е изд., СПб.: Дидактика Плюс, 2001. 368с.
230. Тюльтева Л.А. Клинические и эпидемиологические параметры течения заболеваний органов пищеварения в условиях социального стресса и пути совершенствования гастроэнтерологической помощи населению: дис. канд. мед. наук : 14.00.05, Самара, 2009. 245 с. <http://www.dissercat.com/content/klinicheskie-i-epidemiologicheskie-parametry-techeniya-zabolevanii-organov-pishchevareniya-v#ixzz3NxcAulav>
231. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. Институт психологии РАН, Ярославль, 2000 <http://www.medpsy.ru/meds/meds165.php>
232. Фирсова Л. Психосоматические аспекты гастроэнтерологических заболеваний. Медицинская газета, 2005. №75 – 28 сентября.
233. Фирсова Л.Д. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: нарушения психической адаптации и их психотерапевтическая коррекция: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Москва, 2003. 255 с. <http://www.dissercat.com/content/yazvennaya-bolezn-dvenadtsatiperstnoi-kishki-narusheniya-psikhicheskoi-adaptatsii-i-ikh-psik#ixzz3NxaFqkHm>
234. Фурдуй Ф.И. Стресс и здоровье. Кишинев: Штиинца, 1990. 239 с.
235. Химия и жизнь – XXI век. Ежемесячный научно-популярный журнал, nr.7, 2002. 76 с. http://www.dshinin.ru/Upload_Books/AUploaded_2/Books/2007-08-28/200708280017081.pdf
236. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. 607 с.
237. Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В., Трегубов Л.З. Состояние психической сферы больных язвенной болезнью. М.: Клиническая медицина, 2004, № 82 (3). с. 37-42.
238. Чобану И.К. Основы психотерапевтической кинезиологии: руководство. 2-е издание, исправленное и дополненное. М.: ОАО Мпк, 2012, 184 с.
239. Шаповаленко И.В. Возрастная психология. М.: Гардарики, 2005. 349 с.
240. Шуваев В.А. Характеристика качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук: 14.00.05, Санкт-Петербург, 2004. 131

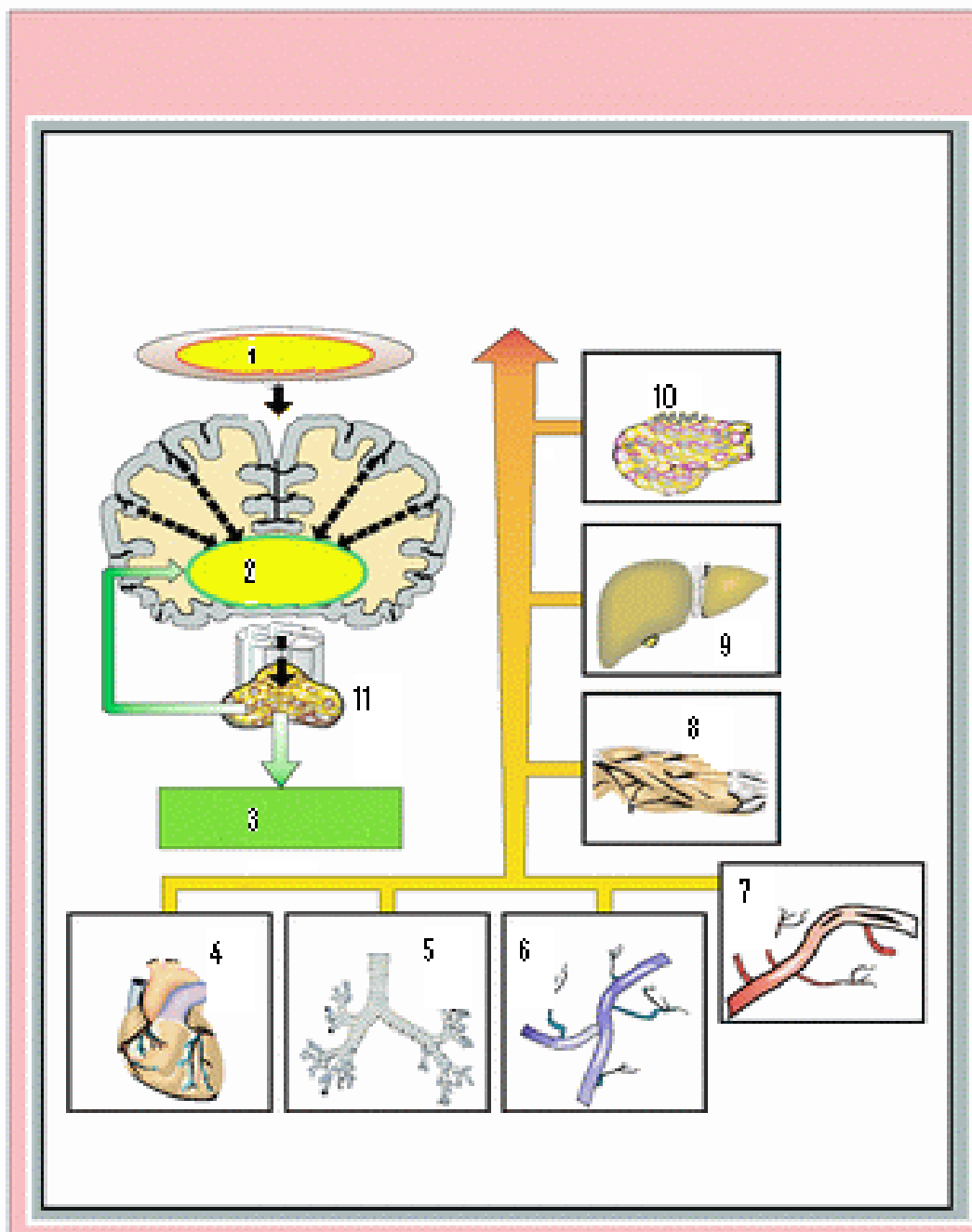
с. <http://www.dissercat.com/content/kharakteristika-kachestva-zhizni-bolnykh-yazvennoi-boleznyu-dvenadtsatiperstnoi-kishki#ixzz3NxasDI8o>

241. Щербатых Ю. В. Психология стресса. М.: ЭКСМО, 2005. 304 с.
242. Экман П. Психология эмоций. Я знаю что ты чувствуешь. СПб.: Питер, 2010. 334 с.
243. Эксакусто Т.В., Истратова О.Н. Групповая психокоррекция: тренинги и роли, игры для личностного и профессионального развития. Ростов н/Д: Феникс, 2014. 254 с.
244. Эстебан В.М. Особенности психологической саморегуляции у больных язвенной болезнью и гипертонической болезнью: автореф. дис. канд. псих. наук: 19.00.04, Москва, 1989. 22 с. http://www.childpsy.ru/dissertations/id/20235.php?sphrase_id=377171
245. Юрчук В.В. Современный словарь по психологии. Минск: Элайда, 2000. 704 с.
246. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: Монография. Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. 161 с.
247. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. Москва: Питер-М, 2004. 336 с.
248. Alexander F. Psychosomatic medicine. Its principles and applications. New York: Norton, 1990. 382 p.
249. Alexinschi O, Chirita V. et al. The relationship between personality temperament an illness. In: Bulletin of Integrative Psychiatry. New Series. September 2012, An XVIII, nr. 3 (54). pp. 17-20.
250. Alexinschi O., Ștefănescu C. et al. Major depressive episode with melancholia. În: Bulletin of Integrative Psychiatry. New Series. June 2012, An XVIII, Nr. 2 (53). pp. 34-39.
251. Baldwin. D. An atlas of depression. New York: The Parthenon Publishing Group, 2002. 106 p.
252. Braisby N., Gellatly A. Cognitive Psychology. New York: Oxford University Press Inc., 2005. 684 p.
253. Burlea A. Depression and anxiety in clinical practice. În: Bulletin of Integrative Psychiatry. New Series. June 2012, An XVIII, nr. 2 (53). p. 3.
254. Damasio A. L'Erreur de Descartes: la raison des émotions. Paris: Odile Jacob, 1995. 368 p.
255. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment. A Multinational consensus. Little, Brown and Company, 1994. 370 p.
256. Fernandez F., Lézé S. Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé. Paris: Anthropos-Economica, 2008. 424 p.
257. Griez E., Faravelli C. et al. Anxiety disorders: an introduction to clinical management and research. New York: John Wiley & sons, 2001. 384 p.

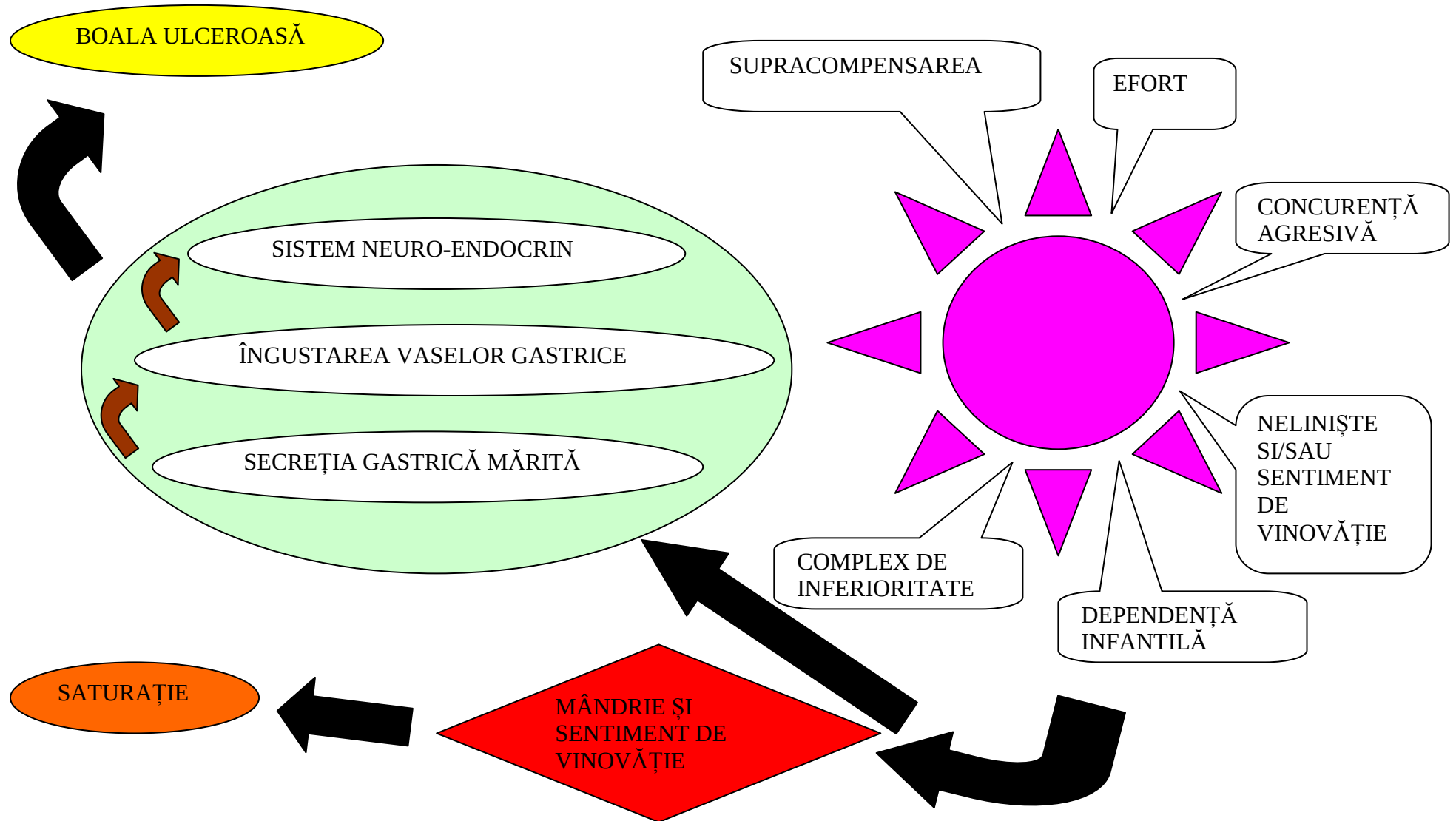
258. Hersen M., Thomas J. Comprehensive handbook of personality and psychopathology. New York: John Wiley & sons, 2006. 544 p.
259. Lelord F., André C. La Force des émotions. Paris: Odile Jacob, 2001. 396 p.
260. Levenson J.L. Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington: APPI, 2005. 1092 p.
261. Levenstein S. The Very Model of a Modern Etiology: A Biopsychosocial View of Peptic Ulcer. În: Psychosomatic Medicine. March/April 2000. Vol. 62. Nr. 2. pp. 176-185.
262. Pojog C., Fadgyas M. Biopsychosocial approach gastrointestinal disorders. În: Journal of medicine and Pharmacy. Nr. 2, Vol. 87, 2014. pp. 95-98.
263. Radu M., Parlea N., Chirita R. The efficiency of ericksonian therapy in clinical anxiety – a holistic approach. În: Bulletin of Integrative Psychiatry. New Series. June 2012, An XVIII, nr. 2 (53). pp. 44-48.
264. Sacuiu I. Personality and mental disorders. În: Bulletin of Integrative Psychiatry. New Series. September 2012, An XVIII, nr. 3 (54). pp. 13-14.
265. Sapolsky R. Stres and Your Shrinking Brain. În: Discover, March, 1999. 122 p.
266. Sarason I., Johnson, J. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. În: Journal of Consulting and Clinical Psychology, nr. 46, 1998, 1046 p.
267. Tribolet S., Shahidi M. Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques. Paris: Heures de France, 2005. 456 p.
268. Wise M., James M. et al. Clinical manual of psychosomatic medicine: a guide to consultation-liaison psychiatry. Psychosomatic Medicine. Washington: APPI, 2005. 339 p.

ANEXE

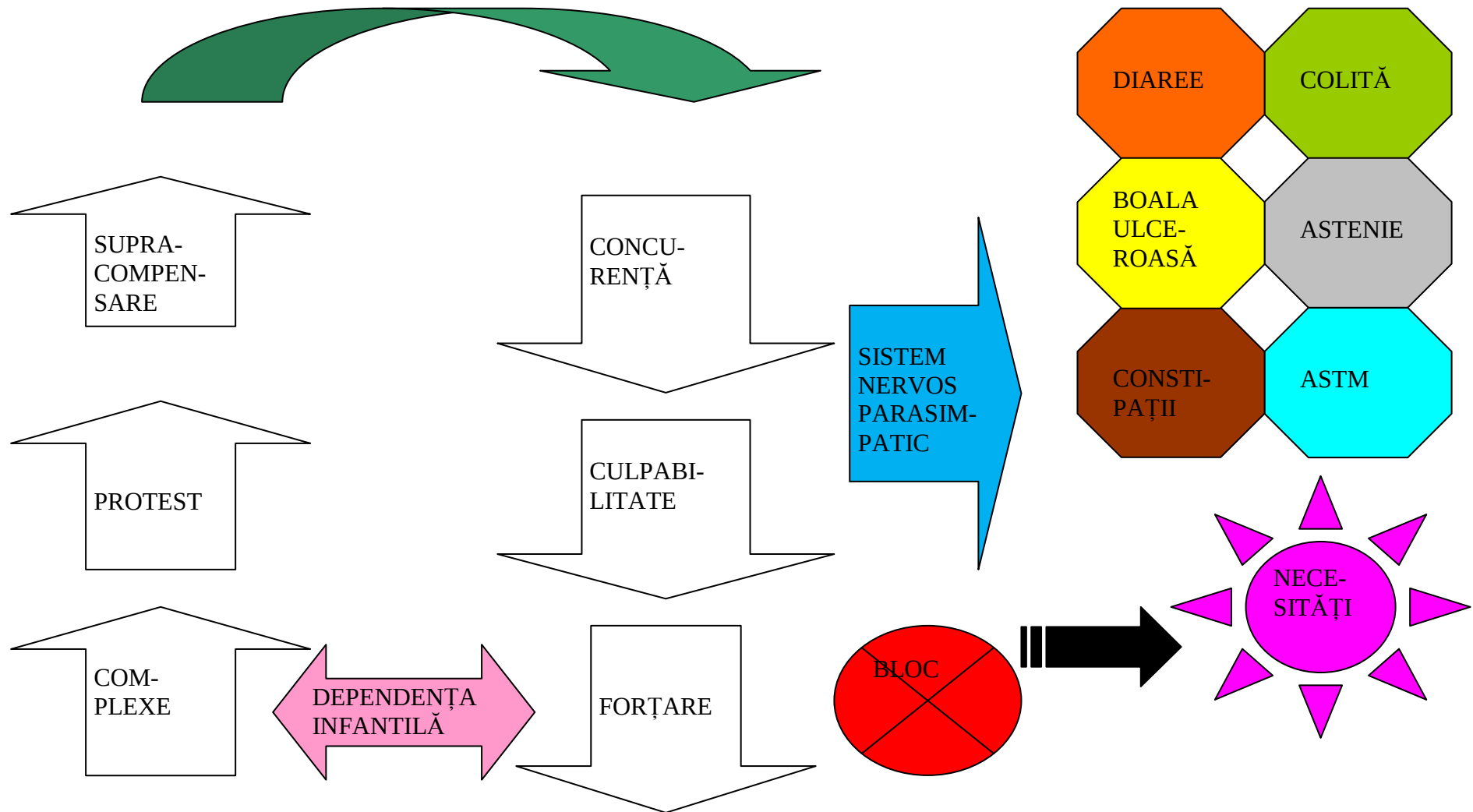
Anexa 1. Reglarea neuro-humorală a funcțiilor organismului stresat [79]



Anexa 2. Reprezentarea schematică a specificității în etiologia bolii ulceroase [136]



Anexa 3. Teoria vectorială [136]



Anexa 4. Chestionar Accentuări caracterologice [24]

Nr.	Răspundeți cu DA / NU la următoarele întrebări, după cum vă este caracteristic. Marcați prin "X" varianta de răspuns aleasă.	Da	Nu
1	În general sunteți un om voios și fără griji?		
2	În general sunteți sensibil (ă) la jigniri?		
3	Uneori vi se întâmplă să plângeți ușor?		
4	După ce ați terminat cu bine o sarcină oarecare vi se întâmplă să aveți îndoieli că ați finalizat-o cu bine și să verificați?		
5	În copilărie considerați că ați fost la fel de îndrăzneț (ă) ca și ceilalți copii?		
6	Vi se întâmplă să treceți ușor de la o bucurie excesivă la o tristețe profundă?		
7	De obicei, într-o reuniune amicală sunteți în centrul atenției?		
8	Sunt zile în care sunteți supărat (ă) și iritat (ă) fără nici un motiv evident?		
9	Considerați că sunteți o persoană serioasă?		
10	Vi se întâmplă să vă entuziasmați foarte tare?		
11	Vă considerați întreprinzător/ întreprinzătoare?		
12	Uitați ușor când cineva v-a jignit?		
13	Sunteți iertător/iertătoare?		
14	Atunci când aruncați o scrisoare în cutia poștală, obișnuiți să controlați dacă scrisoarea a intrat complet în cutie?		
15	Aveți ambiția ca, la locul de muncă, să fiți cel (a) mai bun(ă) ?		
16	V-a fost vreodată frică de furtună sau de câini?		
17	Credeți că unii oameni vă consideră puțin pedant(ă) ?		
18	Dispoziția dvs. depinde de evenimentele cu care vă confrunțați?		
19	Sunteți întotdeauna simpatizat(ă) de cunoscuții dvs.?		
20	Aveți uneori stări de neliniște și tensiune puternice?		
21	De obicei vi se întâmplă să vă simțiți deprimat(ă), presat(ă) de ceva?		
22	Vi s-a întâmplat până acum să aveți crize de plâns sau crize nervoase?		
23	Vă este greu să stați pe un scaun timp îndelungat?		
24	Dacă cineva v-a făcut o nedreptate, luptați pentru îndreptarea acesteia?		
25	Sunteți capabil(ă) să sacrificați un animal?		
26	Dacă perdeaua sau fața de masă sunt puțin strâmbe, simțiți nevoia să le îndreptați imediat?		
27	Când erăți copil vă era frică să rămâneți singur(ă) seara în casă?		
28	Vi se întâmplă adesea să vi se schimbe dispoziția fără motiv?		
29	În activitatea dvs. profesională sunteți întotdeauna printre cei (cele) mai capabili(e) ?		
30	Vă înfuriați repede?		
31	Vă simțiți din când în când cu adevărat vesel(ă), exuberant(ă) ?		
32	Puteți uneori să trăiți un sentiment de fericire deplină?		
33	Sunteți de acord să participați la reuniuni vesele?		
34	De obicei spuneți oamenilor deschis părerea dvs.?		
35	Vă impresionează vederea sângelui?		
36	Vă incită activitățile care solicită responsabilitate sporită?		
37	Sunteți înclinat(ă) să interveniți în favoarea celor cărora li s-a făcut o nedreptate?		
38	Vă este teamă să intrați într-o cameră întunecoasă?		
39	Preferați activitățile migăloase celor de activism sporit?		

40	Vă considerați o persoană sociabilă?		
41	La școală vă plăcea să recitați poezii?		
42	Ați fugit vreodată de acasă când erați copil?		
43	Considerați că viața e grea?		
44	Vi s-a întâmplat să fiți atât de tulburat(ă) de anumite evenimente traumatice încât v-a fost imposibil să vă duceți la serviciu?		
45	Este adevărat că nu vă pierdeți ușor buna dispoziție atunci când aveți un insucces?		
46	Dacă v-a jignit cineva dvs. sunteți cel/cea care face primul pas spre împăcare?		
47	Vă plac animalele?		
48	Vi se întâmplă să vă întoarceți din drum pentru a vă asigura că ați lăsat totul în ordine (siguranță)?		
49	Vă simțiți câteodată chinuit(ă) de frica neexplicată precum că dvs. sau cuiva drag i se va întâmpla ceva rău?		
50	Considerați că dispoziția dvs. depinde de condițiile meteo?		
51	V-ar plăcea să urcați pe o scenă și să vă adresați publicului?		
52	Dacă cineva vă jignește profund și în mod intenționat ați fi în stare să vă ieșiți din fire și să provocați o altercație?		
53	Vă plac petrecerile?		
54	Sunteți profund descurajat(ă) de decepții?		
55	Vă place munca de organizare?		
56	În general vă urmăriți scopurile cu tărie chiar dacă întâmpinați rezistență?		
57	Puteți fi emoționat(ă) până la lacrimi de vizionarea unui film?		
58	Vi se întâmplă să nu puteți adormi reflectând la problemele zilnice sau de viitor?		
59	Ca școlar le-ați permis colegilor să copieze după dvs?		
60	V-ar plăcea să traversați un cimitir pe întuneric?		
61	Vă preocupă ca acasă fiecare lucru să-și aibă locul său?		
62	Vi se întâmplă ca dimineața să vă treziți prost dispus(ă), stare care să dureze uneori câteva ore?		
63	Vă adaptați ușor la situații noi?		
64	Aveți uneori dureri de cap?		
65	Râdeți des?		
66	Vă puteți purta prietenos cu persoanele care vă displac astfel încât aceștia să nu fie conștienți de adevăratele dvs. sentimente?		
67	Sunteți o persoană plină de viață?		
68	Vă deranjează nedreptatea?		
69	Sunteți un prieten al naturii?		
70	Aveți obiceiul să controlați gazele, aparatele, etc. înainte de a vă părăsi locuința sau de a merge la culcare?		
71	Vă considerați o persoană serioasă?		
72	Consumarea alcoolului poate determina o schimbare a dispoziției dvs.?		
73	Colaborați sau ați colaborat cu plăcere cu cercuri teatrale de amatori?		
74	Vă este câteodată dor de depărtări?		
75	În general vă priviți viitorul cu pesimism?		
76	Suferiți de schimbări bruște și radicale ale dispoziției?		
77	Vă este ușor să creați bună dispoziție într-o reuniune?		
78	De obicei rămâneți multă vreme supărat(ă)?		
79	Vă impresionează puternic suferința altor oameni?		
80	Atunci când erați școlar obișnuiați să rescrieți o pagină pătată cu cerneală?		

81	În prezența altor persoane preferați să vă arătați mai prudent(ă) și circumspect(ă)?		
82	Vi se întâmplă să aveți coșmaruri?		
83	Vă sperie câteodată ideea că, stând pe peronul unei gări, ați putea fi împins pe șine din greșeală?		
84	În general, deveniți vesel(ă) într-un loc plăcut?		
85	În general vă debarasați ușor de problemele apăsătoare?		
86	Consumul de alcool vă face impulsiv(ă)?		
87	În timpul discuțiilor sunteți mai de grabă rezervat(ă) decât vorbăreț(ă)?		
88	Dacă ați colabora la o reprezentație teatrală v-ați intra atât de bine în rol încât să vă uitați adevărata identitate?		

Tabelul A 4.1. Fișa de răspuns, chestionarul caracterologic

Nr. grup	Nr. de întrebări	Accentuarea	Da	Nu
I	12	demonstrativitate	7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88	51
II	12	hiperexactitate	4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83	36
III	12	hiperperseverență	2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81	12, 46, 59
IV	8	nestăpânire	8, 20, 30, 42, 52, 54, 70, 86	-
V	8	hipertimie	1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77	-
VI	8	distimie	9, 21, 43, 75, 87	31, 53, 65
VII	8	ciclotimie	6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84	-
VIII	4	exaltare	10, 32, 54, 76	-
IX	8	anxietate	16, 27, 38, 49, 60, 71, 82	5
X	8	emotivitate	3, 13, 35, 47, 57, 69, 79	25

Tabelul A 4.2. Tabelul de sinteză

Grupa	Nr. de întrebări	Valorile brute	Coeficientul de înmulțire	Rezultat	Procentaj
I	12		2		
II	12		2		
III	12		2		
IV	8		3		
V	8		3		
VI	8		3		
VII	8		3		
VIII	4		6		
IX	8		3		
X	8		3		

Tabel A 4.3. Convertirea notelor brute în procente

<i>Nr. de item / Nr. răspunsuri simptomatice</i>	<i>Scalele cu 12 itemi</i>	<i>Scalele cu 8 itemi</i>	<i>Scalele cu 4 itemi</i>
1	8,3%	12,5%	25%
2	16,6%	25,0%	50%
3	24,9%	37,5%	75%
4	33,2%	50,5%	100%
5	41,5%	63,5%	
6	49,8%	75,0%	
7	58,1%	87,5%	
8	66,4%	100%	
9	74,7%		
10	83,0%		
11	91,3%		
12	99,6%		

Anexa 5. Chestionar clinic pentru determinarea stărilor nevrotice [24]

	Starea Dumneavoastră la momentul actual	5	4	3	2	1
1	Somnul vă este superficial și neliniștit?					
2	Observați că, ați devenit mai lent, nu aveți energia de mai înainte?					
3	După somn vă simțiți obosit și neodihnit?					
4	Nu aveți poftă de mâncare?					
5	Aveți senzația de greutate în piept și simțiți insuficiență de aer când aveți emoții sau vă indispuceți ?					
6	Nu puteți să adormiți, dacă vă neliniștește ceva?					
7	Vă simțiți reprimat și oprimat ?					
8	Simțiți oboseală, extenuare considerabilă ?					
9	Simțiți că, lucrul D-stă vă reușește mai greu și cere mai mult efort ?					
10	Observați că, ați devenit mai neatent, mai dispersat; uitați unde ați pus un lucru oarecare sau nu vă puteți aminti ce ați vrut să faceți numai ce ?					
11	Vă deranjează amintiri săcâitoare ?					
12	Aveți uneori senzația unei neliniști (parcă ar trebui să se întâmple ceva),cu toate că nu este cazul ?					
13	Vă apare frica de a vă îmbolnăvi de o boală gravă (cancer, infarct, boală psihică ș.a.) ?					
14	Nu vă puteți reține lacrimile și plângeți ?					
15	Simțiți că, necesitatea vieții intime pentru D-stă a scăzut sau este o povară?					
16	Ați devenit mult mai iritabil ?					
17	Vă vine ideea că, în viața D-stă este puțină bucurie și fericire ?					
18	Observați că, ați devenit mai indiferent, nu aveți interesele și pasiunea de mai înainte ?					
19	Controlați des dacă: este închis aragazul, apa, lumina, ușa ș.a.?					
20	Vă deranjează dureri sau senzații neplăcute în regiunea inimii?					
21	Când vă supărați puteți avea probleme cu inima că, trebuie să primiți					

	medicamente sau să chemați ambulanța?					
22	Aveți sunete în urechi sau vedeți steluțe ?					
23	Aveți accese de aritmie cardiacă ?					
24	Sunteți atât de sensibil că, sunetele tari, lumina strălucitoare și culorile aprinse vă irită ?					
25	Simțiți în degetele de la mâini și picioare, sau în corp înțepături, furnicături, amorțeală sau alte senzații neplăcute?					
26	Aveți așa perioade de neliniște că, nu puteți să vă găsiți loc?					
27	La sfârșitul zilei de muncă obosiți așa de tare că, vă este necesar să vă odihniți înainte de a vă ocupa de ceva?					
28	Așteptarea vă neliniștește și vă enervează?					
29	Vi se învârte capul și vă vine negru în fața ochilor dacă, vă sculați sau vă aplecați brusc?					
30	La schimbarea bruscă a timpului vi se înrăutățește starea D-stă de sănătate?					
31	Ați simțit cum involuntar se mișcă capul și umerii, sau sprâncenele, maxilarele, mai ales când retrăiți?					
32	Aveți vise groaznice ?					
33	Simțiți neliniște pentru cineva sau pentru ceva ?					
34	Simțiți un nod în gât când aveți emoții?					
35	Aveți senzația că, atitudinea față de D-stă este indiferentă, nimeni nu încearcă să vă înțeleagă, vă simțiți singur?					
36	Simțiți dificultăți la înghițirea hranei, mai ales când aveți emoții?					
37	Ați observat că, mâinile și picioarele Dv. sunt în mișcare neliniștită ?					
38	Vă neliniștește faptul că, nu puteți permanent să vă eliberați de gândurile obsesive care vă deranjează (o melodie, o poezie, anumite dubii) ?					
39	Transpirați abundant când aveți emoții ?					
40	Aveți frică să rămâneți în singurătate într-un apartament pustiu ?					
41	Simțiți nerăbdare, agitație și neastâmpărare?					
42	Aveți amețeli sau grețuri la sfârșitul zilei de muncă ?					
43	Greu suportați transportul, vi se face rău?					
44	Chiar și pe timp cald picioarele și mâinile D-stă sunt reci ?					
45	Vă supărați ușor?					
46	Aveți dubii obsesive față de corectitudinea faptelor sau hotărârilor pe care le luați?					
47	Nu credeți că, munca D-stă la serviciu sau acasă este subapreciată de către cei din jur?					
48	Des simțiți necesitatea de a fi singur?					
49	Observați că apropiații sunt indiferenți față de D-stă sau chiar încearcă emoții neplăcute ?					
50	Vă simțiți intimidat sau neîncrezut în societate?					
51	Aveți dureri de cap?					
52	Observați, cum pulsează sângele prin vene, mai ales când aveți emoții?					
53	Efectuați D-stă mecanic acțiuni inutile (frecați mâinile, îndreptați haina, ș.a.) ?					
54	Ușor vă înroșiți sau deveniți palid?					
55	Se acoperă fața D-stă, gâtul, pieptul cu pete roșii când aveți emoții?					
56	La serviciu vă vin în minte idei că, vi s-ar putea întâmpla ceva rău pe neașteptate și nu vor dovedi să vă acorde ajutor ?					

57	Vă apar dureri sau senzații neplăcute în regiunea gastrică, când vă indispu-neți ?					
58	Vă vin în gând idei că, prietenii sau rudele sunt mai fericiți decât Dv.?					
59	Aveți constipații sau diaree ?					
60	Când vă mâhniți,, aveți regurgitație sau grețuri ?					
61	Înainte de a lua o hotărâre stați mult pe gânduri ?					
62	Ușor se schimbă dispoziția D-stă?					
63	Când vă indispu-neți vă apar erupții cutanate sau prurit?					
64	După o supărare puternică pierdeți glasul sau vă amorțeau mâinile sau picioarele ?					
65	Aveți hipersalivație ?					
66	Se întâmplă că, nu puteți traversa singur strada, un teren deschis ?					
67	Se întâmplă ca D-stă să simțiți o senzație de foame foarte puternică, iar după ce începeți să mâncați, vă saturați foarte repede?					
68	Vă apare senzația că, în multe neplăceri sunteți însuși vinovat ?					

Tabelul A 5.1. Fișa de răspuns: scala anxietății

Nr. item	1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte	5 puncte
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	- 1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	- 1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	- 1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	- 1,48	- 1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

Tabelul A 5.2. Fișa de răspuns: scala depresie nevrotică

Nr. item	1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte	5 puncte
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	- 1,51	- 1,53	-0,34	0,58	1,4
15	- 1,45	-1,26	- 1	0	0,83
17	- 1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	- 1,34	- 1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1 23	0,36	0,56	0,2
49	- 1,08	- 1,08	-1,18	0	0,46
58	- 1,2	- 1,26	-0,37	0,21	0,42
68	- 1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Tabelul A 5.3. Fișa de răspuns: scala dereglare obsesiv-fobice

Nr. item	1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte	5 puncte
11	- 1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	- 1,53	- 1,38	-0,74	0,23	0,9
19	- 1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	- 1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	- 0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-03	- 1,2	- 1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	- 1	-0,78	- 1,15	-0,52	0,18

Tabelul A 5.4. Fișa de răspuns: scala reacție tip isteric

Nr. item	1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte	5 puncte
5	- 1,41	- 1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	- 1,26	-0,18	0,67
31	- 1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	- 1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	- 1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	- 1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	- 1,38	- 1,08	-0,64	-0,1	0,52
49	- 1,08	- 1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	- 1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	- 1,08	-0,38	0,23

Tabelul A 5.5. Fișa de răspuns: scala dereglări vegetative

Nr. item	1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte	5 puncte
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	- 1,56	- 1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	- 1,08	- 1,5	- 0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	- 1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	- 1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	- 1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	- 1,11	-,044	0	0,78	0,45
44	- 1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	- 1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77

54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	- 1,34	-0,3	0	0,42
59	- 1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	- 1,15	- 1	-0,1	0,25
65	- 1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Tabelul A 5.6. Fișa de răspuns: scala asteniei

Nr. item	1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte	5 puncte
3	- 1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	- 1,18	0	0,79	1,18
14	- 1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	- 1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Anexa 6. Chestionar Autoaprecierea stărilor psihice [24]

Nr.	Afirmații	Da 2	Nu prea 1	Nu 0
1	Nu simt încredere în mine			
2	Des din cauza unor nimicuri roșesc			
3	Am somnul neliniștit			
4	Ușor mă descurajez			
5	Mă neliniștesc chiar la neplăcerile imaginare			
6	Mă sperie greutățile			
7	Îmi place să mă aprofundez în neajunsurile mele			
8	Sunt ușor convins			
9	Sunt bănuitor			
10	Greu suport așteptarea			
11	Des situațiile îmi par fără ieșire			
12	Neplăcerile mă indispun, mă descurajează			
13	În neplăceri mari eu mă blamez fără motiv			
14	Insuccesele și nenorocirile nu mă învață nimic			
15	Eu des mă dezic de luptă, socotind-o fără succes			
16	Des mă simt neapărat			
17	Uneori sunt în stare deprimată			
18	Sunt zăpăcit în fața greutăților			
19	În situații dificile mă comport ca copiii, vreau să fiu compătimit			
20	Cred că neajunsurile caracterului meu sunt incorigibile			
21	Îmi las ultimul cuvânt			
22	Des întrerup interlocutorul			

23	Ușor mă supăr			
24	Îmi place să fac observații			
25	Vreau să fiu autoritate pentru alții			
26	Nu mă mulțumesc cu puțin, vreau mai mult			
27	Când mă supăr, greu mă rețin			
28	Prefer să conduc, decât să fiu condus			
29	Am gesturi dure, bruște			
30	Sunt răzbunător			
31	Îmi este greu să-mi schimb deprinderile			
32	Nu e ușor de transferat atenția			
33	Sunt cu ochii în patru față de tot ce este nou			
34	Greu îmi schimb convingerile			
35	Des am în minte un gând de care ar fi trebuit să mă debarsez			
36	Greu mă apropii de oameni			
37	Mă întristează chiar mici devieri de la planuri			
38	Des manifest încăpățănare			
39	Merg la risc fără plăcere			
40	Retrăiesc dur devierile de la regimul zilei primit			

Anexa 7. Chestionar pentru determinarea Tipului Activismului Comportamental [24]

1. Vă este greu să găsiți timp pentru a merge la frizerie?

- 1) Nu
- 2) Uneori
- 3) Deseori

2. Aveți un serviciu, care vă stimulează, vă „înviorează”?

- 1) Mai puțin decât serviciul majorității oamenilor
- 2) Aproape la fel ca la majoritatea oamenilor
- 3) Mai mult decât serviciul multora

3. Viața D-stră zilnică în general este plină cu :

- 1) Afaceri, ce necesită rezolvare
- 2) Afaceri obișnuite
- 3) Afaceri, care Vă plictisesc

4. Viața unor persoane des este plină de situații neașteptate și complicații. Cât de des vă confrunțați cu astfel de evenimente?

- 1) Câteva ori pe zi
- 2) Câteva ori pe săptămână
- 3) Aproximativ o dată pe zi
- 4) O dată pe săptămână

5) O dată pe lună și mai rar

5. În cazul, când vă presează ceva sau de la D-stră se cere foarte mult, atunci :

- 1) Pierdeți pofta de mâncare/sau mâncați mai puțin
- 2) Mâncați mai des sau mai mult decât de obicei
- 3) Nu observați schimbări esențiale în pofta de mâncare

6. În cazul când ceva vă presează sau aveți preocupări urgente, atunci D-stră:

- 1) Imediat luați măsurile cuvenite
- 2) Chibzuiți meticulos, înainte ca să acționați

7. Cât de repede D-stră obișnuieți să luați masa?

- 1) De obicei termin de mâncat înaintea celorlalți
- 2) Eu mănânc mai repede decât alții
- 3) Eu mănânc atât de repede ca și ceilalți
- 4) Eu mănânc mai încet decât ceilalți

8. Rudele D-stră și prietenii v-au spus vre-o dată că, D-stră mâncați foarte repede?

- 1) Da, des
- 2) Da, o dată sau de două ori
- 3) Nu, mie nu mi-a spus nimeni niciodată.

9. Cât de des D-stră faceți mai multe lucruri concomitent, de exemplu, mâncați și lucrați?

- 1) Des
- 2) Uneori
- 3) Aproape niciodată

10. Când D-stră ascultați pe cineva, și această persoană mult timp nu poate termina gândul, simțiți dorința să grăbiți acea persoană?

- 1) Des
- 2) Uneori
- 3) Aproape niciodată

11. Cât de des D-stră într-adevăr „finisați” gândul persoanei ce vorbește rar, ca să grăbiți convorbirea?

- 1) Des
- 2) Uneori
- 3) Aproape niciodată

12. Cât de des apropiații D-stră observă că sunteți neatent(ă), dacă vi se povestește despre ceva foarte minuțios?

- 1) O dată pe săptămână și mai des

- 2) Câteva ori pe lună
- 3) Aproape niciodată
- 4) Niciodată

13. Dacă le spunei prietenilor D-stră, că veți veni la un timp anumit, atunci cât de des întârziați?

- 1) Uneori
- 2) Rar
- 3) Aproape niciodată
- 4) Eu niciodată nu întârzii

14. Se întâmplă ca D-stră să vă grăbiți la locul întâlnirii, cu toate că aveți timp destul ?

- 1) Des
- 2) Uneori
- 3) Rar sau niciodată

15. Să presupunem că, D-stră trebuie să vă întâlniți cu cineva la o vreme anumită, spre exemplu, în stradă, în vestibul ș.a., și această persoană întârzie 10 minute, atunci D-stră:

- 1) Așteptați liniștit
- 2) Vă veți plimba așteptând
- 3) De obicei aveți cu D-stră un ziar sau o carte, ca să aveți ocupație când așteptați.

16. Dacă vă este dat să stați la coadă, atunci D-stră:

- 1) Liniștit așteptați să vă vină rândul.
- 2) Simțiți nerăbdare, dar nu o manifestați
- 3) Simțiți așa o nerăbdare, că este evident pentru cei din jur
- 4) Refuzați categoric să stați la coadă și încercați să găsiți o metodă de a evita pierderea

timpului

17. Dacă participați într-un joc, în care este elementul întrecerii (volei, fotbal), atunci D-stră :

- 1) Depuneți toate forțele pentru victorie
- 2) Vă străduiți să câștigați, dar nu prea înverșunat
- 3) Jucați mai mult pentru plăcere, decât serios

18. Să presupunem că, D-stră și prietenii sau colegii D-stră, începeți un lucru nou. Ce ați spune despre o întrecere sau concurență în acest caz ?

- 1) Prefer să evit aceasta
- 2) Particip, deoarece aceasta nu se poate evita
- 3) Primesc plăcere, deoarece aceasta mă stimulează și mă înviorează

19. Când erai mult mai tânăr (ă), majoritatea persoanelor considerau că D-stră:

- 1) Des vă străduiți și cu adevărat vreți să fiți primul și cel mai bun în toate
- 2) Uneori vă străduiți, și vă place să fiți primul și cel mai bun la toate
- 3) De obicei D-stră vă este bine așa cum este (de obicei sunteți relaxat)
- 4) D-stră sunteți întotdeauna relaxat și nu sunteți dispus să concurați.

20. Prin ce, după părerea D-stră , vă caracterizați la momentul actual:

- 1) Des vă străduiți și cu adevărat vreți să fiți primul și cel mai bun în toate
- 2) Uneori vă străduiți, și vă place să fiți primul și cel mai bun la toate
- 3) De obicei D-stră vă este bine așa cum este (de obicei sunteți relaxat)
- 4) D-stră sunteți întotdeauna relaxat și nu sunteți dispus să concurați

21. După părerea rudelor și prietenilor, D-stră:

- 1) Des vă străduiți și cu adevărat vreți să fiți primul și cel mai bun în toate
- 2) Uneori vă străduiți, și vă place să fiți primul și cel mai bun la toate
- 3) De obicei D-stră vă este bine așa cum este (de obicei sunteți relaxat)
- 4) D-stră sunteți întotdeauna relaxat și nu sunteți dispus să concurați.

22. Cum evaluează rudele și prietenii activitatea D-stră generală?

- 1) Subactivism, încetineală, trebuie să fiți mai activ
- 2) Aproape de mediu, întotdeauna aveți o ocupație oarecare
- 3) Supraactivitate, energie care iese din limite

23. Ar fi fost de acord persoanele care vă cunosc că, aveți o atitudine prea serioasă față de serviciul D-stră?

- 1) Da, absolut
- 2) Posibil, da
- 3) Posibil, nu
- 4) Absolut nu

24. Ar fi fost de acord persoanele care vă cunosc că, sunteți mai puțin energic decât majoritatea oamenilor?

- 1) Da, absolut
- 2) Posibil, da
- 3) Posibil, nu
- 4) Absolut nu

25. Ar fi fost de acord persoanele care vă cunosc că, într-un timp scurt D-stră sunteți capabil să efectuați un volum foarte mare de lucru?

- 1) Da, absolut
- 2) Posibil, da

- 3) Posibil, nu
- 4) Absolut nu

26. Ar fi fost de acord persoanele care vă cunosc că, D-stră vă supărați și vă iritați repede?

- 1) Da, absolut
- 2) Posibil, da
- 3) Posibil, nu
- 4) Absolut nu

27. Ar fi fost de acord persoanele care vă cunosc că, D-stră aveți o viață pașnică și liniștită?

- 1) Da, absolut
- 2) Posibil, da
- 3) Posibil, nu
- 4) Absolut nu

28. Ar fi fost de acord persoanele care vă cunosc că, D-stră majoritatea afacerilor le efectuați în grabă ?

- 1) Da, absolut
- 2) Posibil, da
- 3) Posibil, nu
- 4) Absolut nu

29. Ar fi fost de acord persoanele care vă cunosc că, pe D-stră vă bucurați întrecerile (concurența) și vă străduiți foarte mult ca să câștigați?

- 1) Da, absolut
- 2) Posibil, da
- 3) Posibil, nu
- 4) Absolut nu

30. Ce fel de caracter aveați când erați mai tânăr?

- 1) Nestabil, care cu greu era posibil de controlat
- 2) Nestabil, dar era posibil decontrolat
- 3) Destul de stabil (nu erau probleme)
- 4) Aproape niciodată nu mă supăram

31. Cum vi se pare caracterul D-stră astăzi?

- 1) Nestabil, care cu greu este posibil de controlat
- 2) Nestabil, dar este posibil de controlat
- 3) Destul de stabil (nu sunt probleme)
- 4) Aproape niciodată nu mă supăr

32. Când sunteți aprofundat în lucru și cineva (nu șeful) vă întrerupe, ce simțiți?

- 1) Eu mă simt bine, deoarece după o pauză neașteptată lucrez mai bine
- 2) Eu simt o mică decepție
- 3) Eu simt iritare, deoarece aceasta este un obstacol în afaceri

33. Dacă întreruperile repetate în lucru într-adevăr v-au enervat, atunci D-stră:

- 1) Veți răspunde aspru
- 2) Veți răspunde liniștit
- 3) Veți încerca să faceți ceva, ca să evitați aceasta
- 4) Veți încerca să găsiți un loc mai liniștit, dacă aceasta este posibil

34. Cât de des D-stră îndepliniți un lucru pe care trebuie să-l prezentați într-un timp anumit?

- 1) Zilnic și mai des
- 2) Săptămânal
- 3) Lunar și mai rar

35. Lucrul, pe care trebuie să-l prezentați la o dată anumită, de regulă:

- 1) Nu provoacă tensiune, deoarece este obișnuită, monotună
- 2) Provoacă tensiune înaltă, deoarece neprezentarea la timp poate influența asupra lucrului unui grup de persoane.

36. D-stră personal Vă determinați limitele îndeplinirii lucrului la serviciu și acasă?

- 1) Nu
- 2) Da, dar foarte rar
- 3) Da, dar foarte des

37. Calitatea lucrului, pe care îl îndepliniți, la sfârșitul timpului limită este:

- 1) Mai bună
- 2) Obișnuită
- 3) Mai rea

38. Se întâmplă ca, la serviciu D-stră să îndepliniți concomitent două sau mai multe însărcinări, efectuând când una, când alta?

- 1) Nu, niciodată
- 2) Da, dar nu atât de des
- 3) Da, întotdeauna

39. Ați fi fost satisfăcut de posibilitatea de a rămâne la serviciul de acum pentru anul viitor?

- 1) Da
- 2) Nu, aș fi vrut să obțin ceva mai mult
- 3) Desigur, nu, eu fac tot posibilul, ca să fiu ridicat în grad, altfel voi fi foarte indispus

40. Dacă ați avea posibilitatea de a alege, ce ați prefera?

- 1) Surplus la salariu
- 2) Ridicarea în grad fără mărirea esențială a salariului

41. Spre sfârșitul concediului, D-stră preferați :

- 1) Ați vrea să-l prelunghiți cu 1-2 săptămâni
- 2) Simțiți că, sunteți gata să vă întoarceți la lucrul obișnuit
- 3) Ați vrea ca concediul să se termine, și D-stră să vă puteți întoarce la serviciu

42. S-a întâmplat așa că, în ultimii trei ani v-ați luat concediu mai puțin timp decât se obișnuiește în organizația D-stră?

- 1) Da
- 2) Nu
- 3) Nu, niciodată

43. Se întâmplă ca, în timpul concediului D-stră să nu puteți fără a vă gândi la serviciu?

- 1) Da, des
- 2) Da, uneori
- 3) Nu, niciodată

44. În ultimii trei ani D-stră ați primit vre-o recompensă la serviciu ?

- 1) Nu, niciodată
- 2) Uneori
- 3) Da, des

45. Cât de des D-stră aduceți acasă și studiați materiale, legate de serviciu?

- 1) Rar sau niciodată
- 2) O dată pe săptămână sau mai rar
- 3) Aproape permanent

46. Cât de des D-stră vă rețineți după serviciu sau veniți în afara orelor de lucru ?

- 1) La serviciul meu aceasta este imposibil
- 2) Destul de rar
- 3) Uneori

47. D-stră de obicei rămâneți acasă dacă aveți febră, frisoane ?

- 1) Da
- 2) Nu

48. Dacă simțiți că începeți să obosiți la serviciu, atunci:

- 1) Ceva timp lucrați mai lent, până când vă revin forțele
- 2) Continuați să lucrați la fel de activ, chiar dacă sunteți obosit

49. Când lucrați în colectiv, alții așteaptă de la D-stră că o să-i conduceți ?

- 1) Rar
- 2) Nu mai des, decât alții
- 3) Mai des, decât alții

50. Dumneavoastră Vă scrieți regimul zilei în agendă ?

- 1) Niciodată
- 2) Uneori
- 3) Des

51. Dacă cineva procedează incorect față de D-stră atunci:

- 1) Îi arătați direct incorectitudinea
- 2) Vă aflați în nehotărâre și procedați în dependență de situații
- 3) Nu spuneți nimic

52. În comparație cu alții, care îndeplinesc același lucru, D-stră depuneți efort:

- 1) Mai mult
- 2) Ceva mai mult
- 3) Aproximativ același
- 4) Cu mult mai puțin

53. În comparație cu alții, care îndeplinesc același lucru, D-stră simțiți responsabilitate :

- 1) Mult mai mare
- 2) Ceva mai mare
- 3) Aproximativ aceeași
- 4) Ceva mai puțină
- 5) Destul de puțină

54. În comparație cu alții, care îndeplinesc același lucru, D-stră simțiți necesitatea de a se grăbi?

- 1) Mult mai mare
- 2) Ceva mai mare
- 3) Aproximativ aceeași
- 4) Ceva mai puțină
- 5) Destul de puțină

55. În comparație cu alții, care îndeplinesc același lucru, D-stră sunteți punctual :

- 1) Mult mai mult punctual
- 2) Ceva mai mult punctual
- 3) Aproape la fel de punctual

4) Destul de puțin

56. În comparație cu alții, care îndeplinesc același lucru, D-stră aveți o atitudine:

1) Destul de serioasă

2) Ceva mai serioasă

3) Puțin se deosebește de a celorlalți

4) Ceva mai puțină seriozitate

5) Prea puțină seriozitate

57. În comparație cu lucrul pe care îl îndeplineați trei ani în urmă , D-stră acum lucrați în decursul săptămânii:

1) Mai multe ore

2) Aproximativ același timp

3) Mai puțin

58. În comparație cu lucrul pe care îl îndeplineați trei ani în urmă, acum se cere responsabilitate :

1) Mai puțină

2) La fel

3) Mai multă

59. În comparație cu lucrul pe care îl îndeplineați trei ani în urmă, acum serviciul D-stră este prestigios:

1) Mai mult

2) La fel

3) Mai puțin

60. Câte locuri de muncă ați schimbat în ultimii cinci ani (orice schimbări în caracterul sau locul de muncă) ?

1) Fără schimbări

2) Două

3) Trei

4) Patru

5) Cinci și mai multe

61. În ultimii cinci ani D-stră v-ați limitat distracțiile din cauza lipsei de timp ?

1) Da

2) Nu

Tabelul A 7.1. Fișa de raspuns, chestionarul TAC

	Variante de răspuns				
Nr. întrebării	1	2	3	4	5
1	13	7	1		
2	13	7	1		
3	1	7	13		
4	1	4	7	10	13
5	1	7	13		
6	1	13			
7	13	9	5	1	
8	1	7	13		
9	1	7	13		
10	1	7	13		
11	1	7	13		
12	1	5	7	9	13
13	13	9	5	1	
14	1	7	13		
15	13	7	1		
16	13	9	5	1	
17	1	7	13		
18	13	7	1		
19	1	5	9	13	
20	1	5	9	13	

21	1	5	9	13	
22	13	7	1		
23	1	5	9	13	
24	13	9	5	1	
25	1	5	9	13	
26	1	5	9	13	
27	13	9	5	1	
28	1	5	9	13	
29	1	5	9	13	
30	1	5	9	13	
31	1	5	9	13	
32	13	7	1		
33	1	5	9	13	
34	1	7	13		
35	13	1			
36	13	7	1		
37	1	7	13		
38	13	7	1		
39	13	7	1		
40	13	1			
41	13	7	1		
42	1	7	13		

43	1	7	13		
44	13	7	1		
45	13	7	1		
46	13	9	5	1	
47	13	1			
48	13	1			
49	13	7	1		
50	13	7	1		
51	1	7	13		
52	1	4	7	10	13
53	1	4	7	10	13
54	1	4	7	10	13
55	1	4	7	10	13
56	1	4	7	10	13
57	1	7	13		
58	13	7	1		
59	1	7	13		
60	13	10	7	4	1
61	1	13			
TOTAL					
TIP					

Anexa 8. Rezultate obținute la indicatorii studiați, lotul 1 (experiment constatativ)

	Valid N	Mean	Median	Sum	Minimum	Maximum	Lower - Quartile	Upper - Quartile	Percentile - 5,00000	Percentile - 95,00000	Variance	Std.Dev.	Coef.Var.	Standard - Error	Skewness	Std.Err. - Skewness	Kurtosis	Std.Err. - Kurtosis
hipertim	110	15,5909	18,0000	1715,00	3,0000	24,0000	12,0000	21,0000	3,0000	24,0000	30,868	5,55588	35,635	0,529732	-0,62932	0,230448	-0,332146	0,457021
hiperpers	110	14,7636	16,0000	1624,00	4,0000	22,0000	12,0000	18,0000	6,0000	20,0000	15,191	3,89761	26,400	0,371622	-0,63669	0,230448	0,453213	0,457021
emotiv	110	17,5000	18,0000	1925,00	0,0000	24,0000	15,0000	21,0000	9,0000	24,0000	20,950	4,57707	26,155	0,436406	-1,05772	0,230448	1,437918	0,457021
hiperexact	110	14,8182	16,0000	1630,00	2,0000	24,0000	12,0000	18,0000	4,0000	20,0000	22,407	4,73360	31,945	0,451331	-0,92037	0,230448	0,815857	0,457021
anxietat	110	13,8818	15,0000	1527,00	0,0000	24,0000	9,0000	18,0000	6,0000	21,0000	29,041	5,38897	38,820	0,513818	-0,15802	0,230448	-0,673514	0,457021
ciclotim	110	16,8818	18,0000	1857,00	3,0000	24,0000	15,0000	21,0000	9,0000	24,0000	21,114	4,59503	27,219	0,438119	-0,48722	0,230448	0,135789	0,457021
demonstr	110	14,9000	14,0000	1639,00	6,0000	24,0000	12,0000	18,0000	8,0000	22,0000	19,228	4,38502	29,430	0,418096	0,05584	0,230448	-0,520266	0,457021
nestapinit	110	12,5091	12,0000	1376,00	0,0000	24,0000	9,0000	15,0000	3,0000	21,0000	26,803	5,17713	41,387	0,493620	-0,31303	0,230448	-0,166295	0,457021
distimic	110	12,4364	12,0000	1368,00	3,0000	24,0000	9,0000	15,0000	6,0000	21,0000	22,432	4,73621	38,084	0,451580	0,26861	0,230448	-0,865991	0,457021
exaltat	110	15,8364	18,0000	1742,00	0,0000	24,0000	12,0000	21,0000	6,0000	24,0000	39,991	6,32387	39,933	0,602957	-0,29535	0,230448	-0,738943	0,457021
TAC	110	412,8727	403,0000	45416,00	206,0000	591,0000	372,0000	460,0000	317,0000	521,0000	4048,039	63,62420	15,410	6,066329	-0,07977	0,230448	0,776934	0,457021
anxiet	110	-2,0150	-2,5100	-221,65	-11,3400	8,7200	-5,0200	0,3200	-8,1200	5,1900	16,880	4,10848	-203,895	0,391728	0,28032	0,230448	-0,269510	0,457021
deprnerv	110	-1,8023	-1,8150	-198,25	-12,8400	7,8400	-4,8400	1,5000	-10,1600	5,0300	20,260	4,50112	-249,747	0,429165	-0,17014	0,230448	-0,329995	0,457021
obsfob	110	-1,7575	-1,9750	-193,33	-10,5300	6,0300	-4,8700	1,3100	-7,6300	4,9800	15,176	3,89568	-221,655	0,371439	0,05016	0,230448	-0,799397	0,457021
isterie	110	-2,3803	-2,1350	-261,83	-14,5200	7,2100	-5,3900	0,3600	-10,6500	5,5300	20,328	4,50869	-189,419	0,429887	-0,17557	0,230448	-0,237293	0,457021
vegetativ	110	-2,2291	-2,3250	-245,20	-18,3500	15,6100	-7,3000	2,7600	-15,7300	10,3300	54,413	7,37652	-330,921	0,703324	-0,04110	0,230448	-0,345191	0,457021
astenie	110	-1,4109	-1,7300	-155,20	-14,4500	11,1300	-5,9200	3,4200	-9,6600	7,2400	30,920	5,56054	-394,111	0,530177	0,05856	0,230448	-0,872261	0,457021
anxiet	110	11,7636	12,0000	1294,00	1,0000	20,0000	10,0000	15,0000	3,0000	17,0000	16,311	4,03864	34,332	0,385069	-0,66300	0,230448	-0,015914	0,457021
frustrare	110	10,7727	11,5000	1185,00	0,0000	20,0000	7,0000	14,0000	3,0000	17,0000	20,544	4,53257	42,075	0,432164	-0,28990	0,230448	-0,718492	0,457021
agresivit	110	10,9364	10,0000	1203,00	1,0000	20,0000	8,0000	15,0000	4,0000	19,0000	21,143	4,59812	42,044	0,438413	0,00529	0,230448	-0,710226	0,457021
rigiditate	110	11,4091	12,0000	1255,00	0,0000	20,0000	9,0000	14,0000	4,0000	17,0000	15,235	3,90318	34,211	0,372153	-0,35491	0,230448	0,032788	0,457021

Anexa 9. Rezultatele obținute la indicatorii studiați, lotul 2 (experiment constatativ)

	Valid N	Mean	Median	Sum	Minimum	Maximum	Percentile - 5,000000	Percentile - 95,00000	Variance	Std.Dev.	Coef.Var.	Standard - Error	Skewness	Std.Err. - Skewness	Kurtosis	Std.Err. - Kurtosis
hipertim	50	17,3400	18,0000	867,00	6,0000	24,0000	9,0000	24,0000	16,637	4,07887	23,523	0,576839	-0,85161	0,336601	1,27581	0,661908
hiperpers	50	14,4800	16,0000	724,00	4,0000	18,0000	12,0000	18,0000	8,418	2,90137	20,037	0,410316	-1,06494	0,336601	2,00012	0,661908
emotiv	50	17,2200	18,0000	861,00	9,0000	24,0000	9,0000	24,0000	16,828	4,10221	23,822	0,580141	-0,05536	0,336601	-0,56226	0,661908
hiperexact	50	14,8400	16,0000	742,00	2,0000	20,0000	10,0000	20,0000	14,382	3,79237	25,555	0,536322	-1,48014	0,336601	3,47082	0,661908
anxietat	50	12,7200	12,0000	636,00	3,0000	24,0000	3,0000	21,0000	30,696	5,54035	43,556	0,783524	0,09782	0,336601	-0,71743	0,661908
ciclotim	50	16,2600	16,5000	813,00	9,0000	24,0000	9,0000	21,0000	13,625	3,69119	22,701	0,522013	-0,25304	0,336601	-0,49353	0,661908
demonstr	50	15,0200	14,0000	751,00	9,0000	22,0000	10,0000	22,0000	10,061	3,17188	21,118	0,448571	0,20879	0,336601	-0,03719	0,661908
nestapinit	50	10,4400	12,0000	522,00	0,0000	21,0000	3,0000	15,0000	18,823	4,33853	41,557	0,613561	-0,52785	0,336601	0,00239	0,661908
distimic	50	10,9200	10,5000	546,00	6,0000	18,0000	6,0000	18,0000	20,483	4,52584	41,445	0,640051	0,46297	0,336601	-1,13483	0,661908
exaltat	50	14,4600	12,0000	723,00	6,0000	24,0000	6,0000	24,0000	22,662	4,76042	32,921	0,673226	0,46777	0,336601	-0,19384	0,661908
TAC	50	383,8200	388,0000	19191,00	260,0000	556,0000	263,0000	496,0000	4076,804	63,84985	16,635	9,029733	0,28162	0,336601	0,16418	0,661908
anxiet	50	-2,6914	-2,4050	-134,57	-20,2300	9,4700	-8,2600	3,1700	21,793	4,66831	-173,453	0,660199	-0,66882	0,336601	3,26164	0,661908
deprnerv	50	-3,1776	-4,6400	-158,88	-13,6700	7,7900	-13,1200	7,5400	39,645	6,29641	-198,150	0,890447	0,02222	0,336601	-1,20922	0,661908
obsfob	50	-0,5684	0,1900	-28,42	-13,3100	9,2800	-9,2500	7,9500	31,653	5,62609	-989,812	0,795650	-0,15124	0,336601	-1,04335	0,661908
isterie	50	-2,0752	-1,9000	-103,76	-12,7000	9,2600	-11,0600	5,6500	22,625	4,75661	-229,212	0,672686	-0,19763	0,336601	0,23030	0,661908
vegetativ	50	-0,5810	-0,2600	-29,05	-9,0400	10,2000	-8,6500	5,1200	17,877	4,22815	-727,737	0,597951	0,00821	0,336601	-0,39322	0,661908
astenie	50	-1,6908	-2,1800	-84,54	-21,6200	30,3600	-21,3300	13,1400	112,268	10,59564	-626,664	1,498450	0,28377	0,336601	0,62674	0,661908
anxiet	50	11,4800	12,0000	574,00	2,0000	18,0000	4,0000	16,0000	14,255	3,77554	32,888	0,533942	-0,71232	0,336601	0,36687	0,661908
frustrare	50	10,2600	11,0000	513,00	2,0000	20,0000	2,0000	18,0000	22,033	4,69394	45,750	0,663823	-0,11511	0,336601	-0,51552	0,661908
agresivit	50	11,3600	12,0000	568,00	4,0000	19,0000	4,0000	18,0000	16,602	4,07461	35,868	0,576237	-0,26741	0,336601	-0,54596	0,661908
rigiditate	50	12,3600	12,0000	618,00	4,0000	20,0000	7,0000	17,0000	11,664	3,41521	27,631	0,482984	-0,09370	0,336601	0,47614	0,661908

**Anexa 10. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „patologie”
(experiment constatativ)**

Test of SS Whole Model vs. SS Residual											
	Multiple - R	Multiple - RI	Adjusted - RI	SS - Model	df - Model	MS - Model	SS - Residual	df - Residual	MS - Residual	F	p
hipertim	0,156661	0,024543	0,018369	105,16	1	105,16	4179,8	158	26,454	3,975282	0,047894
hiperpers	0,036541	0,001335	-0,004985	2,77	1	2,77	2068,3	158	13,091	0,211253	0,646419
emotiv	0,029434	0,000866	-0,005457	2,69	1	2,69	3108,1	158	19,671	0,137001	0,711777
hiperexact	0,002280	0,000005	-0,006324	0,02	1	0,02	3147,1	158	19,918	0,000822	0,977170
anxietat	0,099192	0,009839	0,003572	46,40	1	46,40	4669,5	158	29,554	1,570007	0,212057
ciclotim	0,066758	0,004457	-0,001844	13,29	1	13,29	2969,1	158	18,792	0,707301	0,401612
demonstr	0,013826	0,000191	-0,006137	0,49	1	0,49	2588,9	158	16,385	0,030210	0,862237
nestapinit	0,192027	0,036874	0,030778	147,16	1	147,16	3843,8	158	24,328	6,049186	0,014991
distimic	0,149684	0,022405	0,016218	79,04	1	79,04	3448,7	158	21,827	3,621152	0,058868
exaltat	0,108471	0,011766	0,005511	65,12	1	65,12	5469,5	158	34,617	1,881138	0,172149
TAC	0,199849	0,039940	0,033863	27227,21	1	27227,21	654483,2	158	4142,299	6,572971	0,011286
anxiet	0,073346	0,005380	-0,000915	15,73	1	15,73	2907,7	158	18,403	0,854576	0,356671
deprnerv	0,124188	0,015423	0,009191	65,02	1	65,02	4150,9	158	26,272	2,474944	0,117674
obsfob	0,122225	0,014939	0,008704	48,61	1	48,61	3205,2	158	20,286	2,396144	0,123635
isterie	0,031007	0,000961	-0,005362	3,20	1	3,20	3324,4	158	21,041	0,152051	0,697108
vegetativ	0,116323	0,013531	0,007288	93,37	1	93,37	6807,0	158	43,082	2,167233	0,142969
astenie	0,017420	0,000303	-0,006024	2,69	1	2,69	8871,4	158	56,148	0,047961	0,826933
anxiet	0,033399	0,001116	-0,005207	2,77	1	2,77	2476,3	158	15,673	0,176447	0,675015
frustrare	0,052110	0,002715	-0,003597	9,04	1	9,04	3318,9	158	21,006	0,430203	0,512843
agresivit	0,044437	0,001975	-0,004342	6,17	1	6,17	3118,1	158	19,735	0,312608	0,576876
rigiditate	0,117192	0,013734	0,007492	31,08	1	31,08	2232,1	158	14,127	2,200199	0,139985

Mann-Whitney U Test By variable Patologie Marked tests are significant at p <,05000									
	Rank Sum - a	Rank Sum - p	U	Z	p-level	Z - adjusted	p-level	Valid N (non-BU)	Valid N (BU)
hipertim	4463,000	8417,000	2312,000	1,61239	0,106878	1,64438	0,100100	50	110
hiperpers	3830,000	9050,000	2555,000	-0,71785	0,472853	-0,73458	0,462593	50	110
emotiv	3791,500	9088,500	2516,500	-0,85957	0,390025	-0,88093	0,378356	50	110
hiperexact	3929,500	8950,500	2654,500	-0,35156	0,725168	-0,35689	0,721176	50	110
anxietat	3692,000	9188,000	2417,000	-1,22586	0,220253	-1,24830	0,211923	50	110
ciclotim	3752,000	9128,000	2477,000	-1,00498	0,314906	-1,02759	0,304145	50	110
demonstr	4094,500	8785,500	2680,500	0,25585	0,798069	0,25931	0,795397	50	110
nestapinit	3357,000	9523,000	2082,000	-2,45908	0,013930	-2,51175	0,012014	50	110
distimic	3520,000	9360,000	2245,000	-1,85904	0,063023	-1,89586	0,057979	50	110
exaltat	3618,000	9262,000	2343,000	-1,49827	0,134063	-1,56234	0,118209	50	110
TAC	3278,500	9601,500	2003,500	-2,74806	0,005995	-2,74832	0,005990	50	110
anxiet	3850,500	9029,500	2575,500	-0,64238	0,520627	-0,64241	0,520605	50	110
deprnerv	3678,000	9202,000	2403,000	-1,27740	0,201463	-1,27745	0,201443	50	110
obsfob	4395,500	8484,500	2379,500	1,36391	0,172598	1,36397	0,172577	50	110
isterie	4135,000	8745,000	2640,000	0,40494	0,685523	0,40496	0,685509	50	110
vegetativ	4423,000	8457,000	2352,000	1,46514	0,142883	1,46521	0,142864	50	110
astenie	3961,000	8919,000	2686,000	-0,23560	0,813743	-0,23561	0,813734	50	110
anxiet	3864,500	9015,500	2589,500	-0,59084	0,554627	-0,59358	0,552792	50	110
frustrare	3812,500	9067,500	2537,500	-0,78227	0,434058	-0,78429	0,432869	50	110
agresivit	4214,000	8666,000	2561,000	0,69576	0,486581	0,69777	0,485323	50	110
rigiditate	4376,000	8504,000	2399,000	1,29212	0,196316	1,29834	0,194172	50	110

**Anexa 11. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „mediu de trai”
(experiment constatativ)**

Test of SS Whole Model vs. SS Residual											
	Multiple - R	Multiple - RI	Adjusted - RI	SS - Model	df - Model	MS - Model	SS - Residual	df - Residual	MS - Residual	F	p
hipertim	0,031211	0,000974	-0,008276	3,2776	1	3,2776	3361,3	108	31,123	0,105309	0,746176
hiperpers	0,093259	0,008697	-0,000482	14,4012	1	14,4012	1641,5	108	15,199	0,947533	0,332523
emotiv	0,084150	0,007081	-0,002112	16,1700	1	16,1700	2267,3	108	20,994	0,770228	0,382095
hiperexact	0,066221	0,004385	-0,004833	10,7103	1	10,7103	2431,7	108	22,515	0,475690	0,491860
anxietat	0,034344	0,001179	-0,008069	3,7336	1	3,7336	3161,7	108	29,275	0,127535	0,721698
ciclotim	0,004354	0,000019	-0,009240	0,0436	1	0,0436	2301,4	108	21,309	0,002048	0,963990
demonstr	0,050192	0,002519	-0,006717	5,2800	1	5,2800	2090,6	108	19,358	0,272761	0,602555
nestapinit	0,044445	0,001975	-0,007266	5,7709	1	5,7709	2915,7	108	26,997	0,213758	0,644768
distimic	0,096108	0,009237	0,000063	22,5845	1	22,5845	2422,5	108	22,430	1,006878	0,317895
exaltat	0,016874	0,000285	-0,008972	1,2412	1	1,2412	4357,8	108	40,350	0,030761	0,861103
TAC	0,033256	0,001106	-0,008143	487,9882	1	487,9882	440748,2	108	4081,002	0,119576	0,730168
anxiet	0,014241	0,000203	-0,009055	0,3731	1	0,3731	1839,5	108	17,032	0,021907	0,882612
deprnerv	0,001156	0,000001	-0,009258	0,0029	1	0,0029	2208,3	108	20,448	0,000144	0,990439
obsfob	0,084685	0,007171	-0,002021	11,8632	1	11,8632	1642,4	108	15,207	0,780114	0,379068
isterie	0,012707	0,000161	-0,009096	0,3578	1	0,3578	2215,4	108	20,513	0,017440	0,895181
vegetativ	0,047653	0,002271	-0,006967	13,4682	1	13,4682	5917,6	108	54,792	0,245805	0,621052
astenie	0,158078	0,024989	0,015961	84,2178	1	84,2178	3286,0	108	30,426	2,767941	0,099069
anxiet	0,076378	0,005834	-0,003372	10,3712	1	10,3712	1767,5	108	16,366	0,633721	0,427740
frustrare	0,098587	0,009719	0,000550	21,7648	1	21,7648	2217,6	108	20,533	1,059999	0,305516
agresivit	0,087028	0,007574	-0,001615	17,4545	1	17,4545	2287,1	108	21,177	0,824228	0,365968
rigiditate	0,011961	0,000143	-0,009115	0,2376	1	0,2376	1660,4	108	15,374	0,015453	0,901299

Mann-Whitney U Test By variable LocTr Marked tests are significant at p <,05000										
	Rank Sum - u	Rank Sum - r	U	Z	p-level	Z - adjusted	p-level	Valid N - u	Valid N - r	2*1sided - exact p
hipertim	3238,500	2866,500	1408,500	-0,54927	0,582817	-0,55774	0,577024	60	50	0,584229
hiperpers	3173,500	2931,500	1343,500	-0,93947	0,347490	-0,95488	0,339639	60	50	0,348912
emotiv	3139,500	2965,500	1309,500	-1,14357	0,252802	-1,17700	0,239198	60	50	0,253923
hiperexact	3181,500	2923,500	1351,500	-0,89145	0,372691	-0,90292	0,366569	60	50	0,374158
anxietat	3375,500	2729,500	1454,500	0,27314	0,784748	0,27761	0,781314	60	50	0,785600
ciclotim	3337,500	2767,500	1492,500	0,04502	0,964089	0,04594	0,963361	60	50	0,964238
demonstr	3451,000	2654,000	1379,000	0,72636	0,467617	0,73360	0,463191	60	50	0,470988
nestapinit	3267,000	2838,000	1437,000	-0,37819	0,705290	-0,38482	0,700369	60	50	0,708627
distimic	3478,500	2626,500	1351,500	0,89145	0,372691	0,90721	0,364297	60	50	0,374158
exaltat	3362,000	2743,000	1468,000	0,19210	0,847667	0,19853	0,842629	60	50	0,850627
TAC	3247,500	2857,500	1417,500	-0,49525	0,620426	-0,49528	0,620405	60	50	0,621762
anxiet	3283,500	2821,500	1453,500	-0,27914	0,780138	-0,27915	0,780134	60	50	0,781005
deprnerv	3320,000	2785,000	1490,000	-0,06003	0,952132	-0,06003	0,952131	60	50	0,954711
obsfob	3203,500	2901,500	1373,500	-0,75938	0,447626	-0,75939	0,447618	60	50	0,449156
isterie	3346,500	2758,500	1483,500	0,09905	0,921099	0,09905	0,921098	60	50	0,921425
vegetativ	3397,000	2708,000	1433,000	0,40220	0,687536	0,40221	0,687532	60	50	0,690905
astenie	3063,000	3042,000	1233,000	-1,60280	0,108979	-1,60283	0,108974	60	50	0,109863
anxiet	3203,000	2902,000	1373,000	-0,76238	0,445833	-0,76569	0,443860	60	50	0,449156
frustrare	3136,500	2968,500	1306,500	-1,16158	0,245407	-1,16475	0,244119	60	50	0,246495
agresivit	3494,000	2611,000	1336,000	0,98449	0,324874	0,98759	0,323356	60	50	0,327724
rigiditate	3324,500	2780,500	1494,500	-0,03302	0,973661	-0,03315	0,973552	60	50	0,973771

**Anexa 12. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „sex”
(experiment constatativ)**

Test of SS Whole Model vs. SS Residual											
	Multiple - R	Multiple - Rl	Adjusted - Rl	SS - Model	df - Model	MS - Model	SS - Residual	df - Residual	MS - Residual	F	p
hipertim	0,078514	0,006164	-0,003038	20,741	1	20,741	3343,8	108	30,962	0,669892	0,414892
hiperpers	0,037306	0,001392	-0,007855	2,305	1	2,305	1653,6	108	15,311	0,150519	0,698803
emotiv	0,058242	0,003392	-0,005836	7,746	1	7,746	2275,8	108	21,072	0,367592	0,545592
hiperexact	0,080338	0,006454	-0,002745	15,764	1	15,764	2426,6	108	22,469	0,701588	0,404101
anxietat	0,134910	0,018201	0,009110	57,614	1	57,614	3107,9	108	28,776	2,002115	0,159957
ciclotim	0,037729	0,001424	-0,007823	3,276	1	3,276	2298,2	108	21,280	0,153957	0,695555
demonstr	0,046763	0,002187	-0,007052	4,583	1	4,583	2091,3	108	19,364	0,236693	0,627591
nestapinit	0,076336	0,005827	-0,003378	17,024	1	17,024	2904,5	108	26,893	0,633031	0,427991
distimic	0,069667	0,004853	-0,004361	11,867	1	11,867	2433,2	108	22,530	0,526733	0,469553
exaltat	0,013265	0,000176	-0,009082	0,767	1	0,767	4358,3	108	40,355	0,019008	0,890601
TAC	0,093524	0,008747	-0,000431	3859,418	1	3859,418	437376,8	108	4049,785	0,952993	0,331140
anxiet	0,061640	0,003799	-0,005425	6,991	1	6,991	1832,9	108	16,971	0,411911	0,522361
deprnerv	0,019262	0,000371	-0,008885	0,819	1	0,819	2207,5	108	20,440	0,040087	0,841687
obsfob	0,128995	0,016640	0,007535	27,526	1	27,526	1626,7	108	15,062	1,827498	0,179248
isterie	0,177912	0,031653	0,022687	70,136	1	70,136	2145,7	108	19,867	3,530232	0,062956
vegetativ	0,147480	0,021750	0,012693	129,002	1	129,002	5802,0	108	53,722	2,401270	0,124162
astenie	0,036941	0,001365	-0,007882	4,599	1	4,599	3365,6	108	31,163	0,147583	0,701611
anxiet	0,020771	0,000431	-0,008824	0,767	1	0,767	1777,1	108	16,455	0,046616	0,829467
frustrare	0,076087	0,005789	-0,003416	12,964	1	12,964	2226,4	108	20,614	0,628882	0,429504
agresivit	0,035271	0,001244	-0,008004	2,867	1	2,867	2301,7	108	21,312	0,134528	0,714501
rigiditate	0,098386	0,009680	0,000510	16,074	1	16,074	1644,5	108	15,227	1,055640	0,306507

Mann-Whitney U Test By variable Sex Marked tests are significant at p < .05000										
	Rank Sum - f	Rank Sum - m	U	Z	p-level	Z - adjusted	p-level	Valid N - f	Valid N - m	2*1sided - exact p
hipertim	4389,000	1716,000	1149,000	-0,34229	0,732133	-0,34756	0,728169	80	30	0,736021
hiperpers	4383,500	1721,500	1143,500	-0,37920	0,704537	-0,38542	0,699924	80	30	0,706023
emotiv	4606,500	1498,500	1033,500	1,11747	0,263792	1,15014	0,250089	80	30	0,265352
hiperexact	4579,500	1525,500	1060,500	0,93626	0,349139	0,94831	0,342970	80	30	0,351042
anxietat	4664,000	1441,000	976,000	1,50339	0,132740	1,52800	0,126514	80	30	0,134154
ciclotim	4512,500	1592,500	1127,500	0,48659	0,626551	0,49646	0,619570	80	30	0,628313
demonstr	4355,500	1749,500	1115,500	-0,56713	0,570628	-0,57278	0,566794	80	30	0,572538
nestapinit	4552,000	1553,000	1088,000	0,75169	0,452235	0,76488	0,444343	80	30	0,456299
distimic	4534,500	1570,500	1105,500	0,63424	0,525923	0,64546	0,518631	80	30	0,527914
exaltat	4459,500	1645,500	1180,500	0,13088	0,895874	0,13526	0,892406	80	30	0,896444
TAC	4585,000	1520,000	1055,000	0,97318	0,330466	0,97323	0,330438	80	30	0,333989
anxiet	4300,000	1805,000	1060,000	-0,93962	0,347414	-0,93964	0,347404	80	30	0,351042
deprnerv	4407,500	1697,500	1167,500	-0,21813	0,827331	-0,21813	0,827329	80	30	0,828258
obsfob	4248,000	1857,000	1008,000	-1,28862	0,197531	-1,28864	0,197523	80	30	0,199833
isterie	4114,000	1991,000	874,000	-2,18797	0,028673	-2,18800	0,028670	80	30	0,028380
vegetativ	4157,500	1947,500	917,500	-1,89602	0,057959	-1,89604	0,057955	80	30	0,057677
astenie	4376,500	1728,500	1136,500	-0,42618	0,669974	-0,42619	0,669969	80	30	0,671592
anxiet	4422,500	1682,500	1182,500	-0,11745	0,906502	-0,11796	0,906098	80	30	0,907015
frustrare	4307,000	1798,000	1067,000	-0,89264	0,372052	-0,89508	0,370747	80	30	0,375814
agresivit	4389,000	1716,000	1149,000	-0,34229	0,732133	-0,34337	0,731324	80	30	0,736021
rigiditate	4257,500	1847,500	1017,500	-1,22486	0,220629	-1,22996	0,218715	80	30	0,221922

**Anexa 13. Rezultatele obținute la Testul U Mann-Whitney, variabila „studii”
(experiment constatativ)**

Test of SS Whole Model vs. SS Residual											
	Multiple - R	Multiple - R ²	Adjusted - R ²	SS - Model	df - Model	MS - Model	SS - Residual	df - Residual	MS - Residual	F	p
hipertim	0,033822	0,001144	-0,008105	3,849	1	3,849	3360,7	108	31,118	0,123686	0,725756
hiperpers	0,120658	0,014558	0,005434	24,107	1	24,107	1631,7	108	15,109	1,595532	0,209258
emotiv	0,087923	0,007730	-0,001457	17,653	1	17,653	2265,8	108	20,980	0,841395	0,361042
hiperexact	0,210782	0,044429	0,035581	108,512	1	108,512	2333,9	108	21,610	5,021449	0,027081
anxietat	0,064987	0,004223	-0,004997	13,369	1	13,369	3152,1	108	29,186	0,458055	0,499982
ciclotim	0,031268	0,000978	-0,008273	2,250	1	2,250	2299,2	108	21,289	0,105693	0,745730
demonstr	0,128483	0,016508	0,007402	34,599	1	34,599	2061,3	108	19,086	1,812780	0,180994
nestapinit	0,029937	0,000896	-0,008355	2,618	1	2,618	2918,9	108	27,027	0,096876	0,756211
distimic	0,029704	0,000882	-0,008369	2,157	1	2,157	2442,9	108	22,619	0,095375	0,758047
exaltat	0,015935	0,000254	-0,009003	1,107	1	1,107	4357,9	108	40,351	0,027432	0,868760
TAC	0,109074	0,011897	0,002748	5249,457	1	5249,457	435986,8	108	4036,914	1,300364	0,256669
anxiet	0,078005	0,006085	-0,003118	11,195	1	11,195	1828,7	108	16,932	0,661172	0,417935
deprnerv	0,080377	0,006461	-0,002739	14,267	1	14,267	2194,1	108	20,316	0,702273	0,403872
obsfob	0,038398	0,001474	-0,007771	2,439	1	2,439	1651,8	108	15,294	0,159473	0,690430
isterie	0,068055	0,004631	-0,004585	10,262	1	10,262	2205,5	108	20,422	0,502523	0,479921
vegetativ	0,126947	0,016116	0,007006	95,582	1	95,582	5835,4	108	54,032	1,768999	0,186308
astenie	0,048481	0,002350	-0,006887	7,921	1	7,921	3362,3	108	31,133	0,254437	0,614996
anxiet	0,093798	0,008798	-0,000380	15,642	1	15,642	1762,2	108	16,317	0,958625	0,329722
frustrare	0,129877	0,016868	0,007765	37,773	1	37,773	2201,5	108	20,385	1,853014	0,176267
agresiv	0,084772	0,007186	-0,002006	16,561	1	16,561	2288,0	108	21,185	0,781736	0,378575
rigiditate	0,052830	0,002791	-0,006442	4,635	1	4,635	1656,0	108	15,333	0,302269	0,583598

Mann-Whitney U Test By variable Studii Marked tests are significant at p <.05000										
	Rank Sum - s	Rank Sum - m	U	Z	p-level	Z - adjusted	p-level	Valid N - s	Valid N - m	2*1sided - exact p
hipertim	2860,500	3244,500	1482,500	-0,15267	0,878659	-0,15502	0,876804	52	58	0,879152
hiperpers	2635,500	3469,500	1257,500	-1,49976	0,133678	-1,52436	0,127420	52	58	0,134084
emotiv	2754,000	3351,000	1376,000	-0,79029	0,429358	-0,81339	0,415995	52	58	0,432622
hiperexact	2476,000	3629,000	1098,000	-2,45469	0,014101	-2,48629	0,012909	52	58	0,013810
anxietat	3016,000	3089,000	1378,000	0,77832	0,436382	0,79106	0,428911	52	58	0,439666
ciclotim	2774,000	3331,000	1396,000	-0,67055	0,502507	-0,68416	0,493878	52	58	0,505919
demonstr	2631,000	3474,000	1253,000	-1,52670	0,126837	-1,54192	0,123094	52	58	0,127942
nestapinit	2815,500	3289,500	1437,500	-0,42209	0,672961	-0,42949	0,667566	52	58	0,674158
distimic	2865,500	3239,500	1487,500	-0,12273	0,902317	-0,12490	0,900599	52	58	0,902716
exaltat	2941,500	3163,500	1452,500	0,33228	0,739677	0,34341	0,731287	52	58	0,740675
TAC	2800,000	3305,000	1422,000	-0,51489	0,606632	-0,51492	0,606611	52	58	0,610077
anxiet	3068,500	3036,500	1325,500	1,09264	0,274554	1,09266	0,274544	52	58	0,275754
deprnerv	3053,000	3052,000	1341,000	0,99984	0,317389	0,99985	0,317383	52	58	0,320184
obsfob	2848,500	3256,500	1470,500	-0,22451	0,822357	-0,22452	0,822354	52	58	0,823066
isterie	3037,000	3068,000	1357,000	0,90405	0,365972	0,90406	0,365965	52	58	0,369010
vegetativ	3043,500	3061,500	1350,500	0,94296	0,345701	0,94297	0,345695	52	58	0,347109
astenie	2966,500	3138,500	1427,500	0,48196	0,629836	0,48197	0,629831	52	58	0,631141
anxiet	2747,000	3358,000	1369,000	-0,83220	0,405296	-0,83581	0,403260	52	58	0,408486
frustrare	2663,500	3441,500	1285,500	-1,33212	0,182822	-1,33576	0,181629	52	58	0,183566
agresiv	3027,500	3077,500	1366,500	0,84717	0,396902	0,84983	0,395419	52	58	0,398391
rigiditate	2819,000	3286,000	1441,000	-0,40113	0,688323	-0,40280	0,687094	52	58	0,691676

**Anexa 14. Rezultatele obtinute la Testul U Mann-Whitney, variabila „vârsta”
(experiment constatativ)**

Test of SS Whole Model vs. SS Residual											
	Multiple - R	Multiple - R ²	Adjusted - R ²	SS - Model	df - Model	MS - Model	SS - Residual	df - Residual	MS - Residual	F	p
hipertim	0,017532	0,000307	-0,008949	1,034	1	1,034	3363,6	108	31,144	0,033207	0,855746
hiperpers	0,009997	0,000100	-0,009158	0,165	1	0,165	1655,7	108	15,330	0,010794	0,917448
emotiv	0,123208	0,015180	0,006061	34,664	1	34,664	2248,8	108	20,823	1,664727	0,199722
hiperexact	0,070036	0,004905	-0,004309	11,980	1	11,980	2430,4	108	22,504	0,532355	0,467198
anxietat	0,087331	0,007627	-0,001562	24,142	1	24,142	3141,3	108	29,086	0,830020	0,364296
ciclotim	0,016512	0,000273	-0,008984	0,628	1	0,628	2300,8	108	21,304	0,029455	0,864055
demonstr	0,176616	0,031193	0,022223	65,378	1	65,378	2030,5	108	18,801	3,477322	0,064930
nestapinit	0,081266	0,006604	-0,002594	19,294	1	19,294	2902,2	108	26,872	0,717996	0,398676
distimic	0,046328	0,002146	-0,007093	5,248	1	5,248	2439,8	108	22,591	0,232299	0,630800
exaltat	0,154191	0,023775	0,014736	103,636	1	103,636	4255,4	108	39,402	2,630233	0,107762
TAC	0,064897	0,004212	-0,005009	1858,296	1	1858,296	439377,9	108	4068,314	0,456773	0,500581
anxiet	0,078330	0,006136	-0,003067	11,289	1	11,289	1828,6	108	16,931	0,666729	0,415992
deprnerv	0,037814	0,001430	-0,007816	3,158	1	3,158	2205,2	108	20,418	0,154649	0,694907
obsfob	0,073118	0,005346	-0,003864	8,844	1	8,844	1645,4	108	15,235	0,580491	0,447781
isterie	0,100972	0,010195	0,001030	22,591	1	22,591	2193,2	108	20,307	1,112440	0,293906
vegetativ	0,175294	0,030728	0,021753	182,248	1	182,248	5748,8	108	53,229	3,423815	0,066996
astenie	0,171941	0,029564	0,020578	99,636	1	99,636	3270,6	108	30,283	3,290135	0,072474
anxiet	0,139295	0,019403	0,010324	34,496	1	34,496	1743,4	108	16,142	2,137006	0,146686
frustrare	0,076912	0,005916	-0,003289	13,247	1	13,247	2226,1	108	20,612	0,642679	0,424503
agresivit	0,087188	0,007602	-0,001587	17,519	1	17,519	2287,0	108	21,176	0,827286	0,365084
rigiditate	0,097196	0,009447	0,000275	15,688	1	15,688	1644,9	108	15,231	1,030003	0,312426

Mann-Whitney U Test By variable Grupa vârstă Marked tests are significant at p < ,05000										
	Rank Sum - Group 1	Rank Sum - Group 2	U	Z	p-level	Z - adjusted	p-level	Valid N - Group 1	Valid N - Group 2	*1sided - exact p
hipertim	3753,500	2351,500	1407,500	-0,12613	0,899632	-0,12807	0,898095	68	42	0,900073
hiperpers	3738,500	2366,500	1392,500	-0,21841	0,827108	-0,22200	0,824317	68	42	0,827850
emotiv	3557,000	2548,000	1211,000	-1,33509	0,181849	-1,37411	0,169409	68	42	0,183659
hiperexact	3633,500	2471,500	1287,500	-0,86442	0,387356	-0,87555	0,381275	68	42	0,388945
anxietat	3910,000	2195,000	1292,000	0,83674	0,402741	0,85043	0,395085	68	42	0,406081
ciclotim	3793,000	2312,000	1409,000	0,11690	0,906942	0,11927	0,905062	68	42	0,909778
demonstr	3448,500	2656,500	1102,500	-2,00263	0,045218	-2,02259	0,043116	68	42	0,044890
nestapinit	3919,500	2185,500	1282,500	0,89519	0,370689	0,91089	0,362355	68	42	0,372252
distimic	3743,000	2362,000	1397,000	-0,19073	0,848740	-0,19410	0,846098	68	42	0,851795
exaltat	3502,000	2603,000	1156,000	-1,67347	0,094235	-1,72954	0,083713	68	42	0,094945
TAC	4035,500	2069,500	1166,500	1,60887	0,107645	1,60897	0,107625	68	42	0,107862
anxiet	3956,500	2148,500	1245,500	1,12283	0,261512	1,12285	0,261502	68	42	0,262748
deprnerv	3814,000	2291,000	1388,000	0,24610	0,805606	0,24610	0,805603	68	42	0,808806
obsfob	3902,500	2202,500	1299,500	0,79059	0,429182	0,79061	0,429174	68	42	0,430809
isterie	3956,000	2149,000	1246,000	1,11975	0,262821	1,11977	0,262814	68	42	0,265382
vegetativ	4061,500	2043,500	1140,500	1,76884	0,076922	1,76886	0,076918	68	42	0,076864
astenie	4020,000	2085,000	1182,000	1,51351	0,130151	1,51353	0,130145	68	42	0,131348
anxiet	3534,500	2570,500	1188,500	-1,47352	0,140612	-1,47992	0,138896	68	42	0,141105
frustrare	3611,000	2494,000	1265,000	-1,00285	0,315932	-1,00559	0,314612	68	42	0,318859
agresivit	3918,000	2187,000	1284,000	0,88596	0,375641	0,88874	0,374143	68	42	0,378876
rigiditate	3930,500	2174,500	1271,500	0,96286	0,335617	0,96687	0,333611	68	42	0,337107

Anexa 15. Rezultatele obținute la indicatorii studiați, corelatia Spearmann (experiment constatativ)

Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <.05000																						
	Vârsta	hipertim	hiperpers	emotiv	hiperexact	anxietat	ciclotim	demonstr	nestapinit	distimic	exaltat	TAC	anxiet	deprnerv	obsfob	isterie	vegetativ	astenie	anxiet	frustrare	agresivit	rigiditate
Vârsta	1,000000	0,082558	0,078583	0,071301	0,107633	-0,079436	0,068553	0,227251	0,015243	-0,008916	0,145840	-0,156377	-0,177812	-0,034987	-0,107225	-0,107819	-0,202635	-0,195836	0,149049	0,075237	-0,059685	-0,013552
hipertim	0,082558	1,000000	0,240106	-0,003802	0,167536	-0,117510	0,356224	0,543119	0,046107	-0,218724	0,051105	-0,185518	0,010504	0,001463	0,135585	-0,029176	-0,051555	0,109798	0,029857	-0,128063	0,334462	-0,004238
hiperpers	0,078583	0,240106	1,000000	0,288684	0,438983	0,279184	0,434944	0,332968	0,386998	0,223873	0,333250	-0,248396	-0,237558	-0,138994	-0,325934	-0,223416	-0,191317	-0,155365	0,197426	0,090491	0,273917	0,186232
emotiv	0,071301	-0,003802	0,288684	1,000000	0,446091	0,449234	0,350250	0,137137	0,234506	0,236637	0,326115	-0,175698	-0,337416	-0,244572	-0,424018	-0,370488	-0,312171	-0,179651	0,449821	0,335799	0,065670	0,219478
hiperexact	0,107633	0,167536	0,438983	0,446091	1,000000	0,311163	0,480572	0,299276	0,442111	0,389856	0,261194	-0,158530	-0,326058	-0,236190	-0,424154	-0,382236	-0,385083	-0,304499	0,409577	0,265559	0,072173	0,248811
anxietat	-0,079436	-0,117510	0,279184	0,449234	0,311163	1,000000	0,337534	0,072033	0,493127	0,346697	0,294262	-0,070000	-0,384465	-0,287207	-0,513772	-0,459405	-0,382391	-0,321587	0,463189	0,398191	0,168456	0,346443
ciclotim	0,068553	0,356224	0,434944	0,350250	0,480572	0,337534	1,000000	0,362948	0,504781	0,079854	0,503803	-0,247912	-0,264122	-0,248317	-0,370365	-0,297347	-0,267639	-0,220671	0,294758	0,189000	0,329391	0,336727
demonstr	0,227251	0,543119	0,332968	0,137137	0,299276	0,072033	0,362948	1,000000	0,234860	0,128669	0,215441	-0,316771	-0,164003	-0,252399	-0,122372	-0,255962	-0,127043	-0,130315	0,151937	0,040360	0,307188	0,153306
nestapinit	0,015243	0,046107	0,386998	0,234506	0,442111	0,493127	0,504781	0,234860	1,000000	0,384146	0,321945	-0,189507	-0,373904	-0,334855	-0,464032	-0,369344	-0,298142	-0,286704	0,388439	0,253823	0,241248	0,420705
distimic	-0,008916	-0,218724	0,223873	0,236637	0,389856	0,346697	0,079854	0,128669	0,384146	1,000000	0,194410	-0,046665	-0,319483	-0,285394	-0,403781	-0,329696	-0,242879	-0,411954	0,404528	0,282635	0,091592	0,318320
exaltat	0,145840	0,051105	0,333250	0,326115	0,261194	0,294262	0,503803	0,215441	0,321945	0,194410	1,000000	-0,270913	-0,256095	-0,144709	-0,340290	-0,271278	-0,072404	-0,148900	0,337498	0,311296	0,187982	0,200129
TAC	-0,156377	-0,185518	-0,248396	-0,175698	-0,158530	-0,070000	-0,247912	-0,316771	-0,189507	-0,046665	-0,270913	1,000000	0,369819	0,208784	0,256686	0,309406	0,142273	0,146405	-0,320501	-0,210664	-0,424387	-0,131246
anxiet	-0,177812	0,010504	-0,237558	-0,337416	-0,326058	-0,384465	-0,264122	-0,164003	-0,373904	-0,319483	-0,256095	0,369819	1,000000	0,549801	0,560358	0,695026	0,660284	0,566758	-0,522953	-0,375028	-0,399013	-0,395984
deprnerv	-0,034987	0,001463	-0,138994	-0,244572	-0,236190	-0,287207	-0,248317	-0,252399	-0,334855	-0,285394	-0,144709	0,208784	0,549801	1,000000	0,514968	0,605864	0,517197	0,604869	-0,492065	-0,529053	-0,207160	-0,363072
obsfob	-0,107225	0,135585	-0,325934	-0,424018	-0,424154	-0,513772	-0,370365	-0,122372	-0,464032	-0,403781	-0,340290	0,256686	0,560358	0,514968	1,000000	0,654555	0,495969	0,567312	-0,577228	-0,482325	-0,208569	-0,388615
isterie	-0,107819	-0,029176	-0,223416	-0,370488	-0,382236	-0,459405	-0,297347	-0,255962	-0,369344	-0,329696	-0,271278	0,309406	0,695026	0,605864	0,654555	1,000000	0,750213	0,632228	-0,537926	-0,500347	-0,314487	-0,284950
vegetativ	-0,202635	-0,051555	-0,191317	-0,312171	-0,385083	-0,382391	-0,267639	-0,127043	-0,298142	-0,242879	-0,072404	0,142273	0,660284	0,517197	0,495969	0,750213	1,000000	0,609422	-0,374623	-0,383545	-0,144200	-0,237312
astenie	-0,195836	0,109798	-0,155365	-0,179651	-0,304499	-0,321587	-0,220671	-0,130315	-0,286704	-0,411954	-0,148900	0,146405	0,566758	0,604869	0,567312	0,632228	0,609422	1,000000	-0,469845	-0,428433	-0,126761	-0,309626
anxiet	0,149049	0,029857	0,197426	0,449821	0,409577	0,463189	0,294758	0,151937	0,388439	0,404528	0,337498	-0,320501	-0,522953	-0,492065	-0,577228	-0,537926	-0,374623	-0,469845	1,000000	0,646789	0,329475	0,440252
frustrare	0,075237	-0,128063	0,090491	0,335799	0,265559	0,398191	0,189000	0,040360	0,253823	0,282635	0,311296	-0,210664	-0,375028	-0,529053	-0,482325	-0,500347	-0,383545	-0,428433	0,646789	1,000000	0,234514	0,409316
agresivit	-0,059685	0,334462	0,273917	0,065670	0,072173	0,168456	0,329391	0,307188	0,241248	0,091592	0,187982	-0,424387	-0,399013	-0,207160	-0,208569	-0,314487	-0,144200	-0,126761	0,329475	0,234514	1,000000	0,465884
rigiditate	-0,013552	-0,004238	0,186232	0,219478	0,248811	0,346443	0,336727	0,153306	0,420705	0,318320	0,200129	-0,131246	-0,395984	-0,363072	-0,388615	-0,284950	-0,237312	-0,309626	0,440252	0,409316	0,465884	1,000000

Anexa 16. Program de intervenție psihoterapeutică

„Autoreglarea sferei afectiv-comportamentale a adulților în perioada de criză a sănătății”

Scop: formarea deprinderilor de autoreglare a sferei afectiv-comportamentale

Obiective:

1. Diminuarea tensiunii psihoemoționale;
2. Instalarea stării de relaxare, confort și încredere în forțele proprii;
3. Normalizarea și echilibrarea stărilor și proceselor psihice;
4. Stimularea autoperceperii pozitive, întărirea generală a psihicului.

Durata: 60 min

Sedința nr.1.

Introducere.

Ele se numesc diferit: umilință, chin dulce, liniște perfectă, bucurie îmbătătoare, suferință calmă, neliniște tristă, furie fără margini... Despre ce vorbesc acum? Desigur despre emoții – care sunt “sunetele sufletului nostru”. Ele joacă un rol foarte important în viața noastră. Noi suferim, ne bucurăm, suntem triști, ne supărăm, suntem neliniștiți sau fericiți – toate acestea sunt manifestări ale emoțiilor noastre. Emoțiile pot fi pozitive și negative. Cele pozitive ne colorează viața în culori aprinse, de gală; cele negative – ne provoacă stări depresive și stres. Vom discuta despre posibilitățile stimulării emoțiilor pozitive.

1. Prezentarea

1. Pe mine mă cheamă ...
2. Cel mai mult îmi place ...
3. Cinci cuvinte care mă caracterizează ...

2. Tehnica „Diminuarea emoțiilor negative”

1. Respirația: 3-4 inspirații scurte consecutive, apoi 3-4 expirații scurte consecutive;
2. Numărați dinții (din partea interioară) cu limba;
3. Ușor masați vârful degetului mic;
4. Strângeți degetele în pumn cu degetul mare în interior. Respirați liniștit, fără grabă.
La inspirație – strângeți cu putere pumnul, la expirație – desfaceți. Repetați de 5 ori.
5. Acelaș exercițiu, doar că de această dată cu ochii închiși. Astfel efectul se dublează.

3. Tehnica „O mână o simte pe cealaltă” [216, p.78]

Așezați-vă comod pe scaune cu mâinile pe genunchi. Atinge-ți mușchii mâinilor. Ușor ridicați antebrațele, întorcând palmele una spre alta, ținându-le paralel. Citiți palmele, degetele, observați, cum trăiește această parte a corpului, parcă independent de d-stă. Străduiți-vă să vă distrați atenția de la tot ce vă înconjoară. Puteți închide ochii, dacă vă este mai comod, ca să vă

concentrați atenția la senzațiile de la mâini, urmărind schimbările din ele. Apoi începeți lent, foarte încet, să mutați mâinile, una în întâmpinarea alteia, treptat apropiindu-le, până când o palmă va începe să o simtă pe alta de la distanță (5-30 cm). Când într-una va apărea senzația de „prezență” a celeilalte, materializată într-o senzație de căldură. În această poziție opriți-vă, duceți observații asupra senzațiilor, memorați-le. Apoi continuați să apropiați palmele, apropiindu-le la distanța de 2-3 cm. Atrageți atenția, se simte între palme atracție sau respingere. Dacă, după cum se întâmplă uneori, palmele s-au oprit la distanță mare una de alta, dacă ele se mișcă pe sărite, dacă se simte împotrivire la apropierea lor, treceți peste această împotrivire, totodată respirând mai profund. Identificați senzațiile din palme, schimbarea lor, neîntrerupt 5-6 min. Apoi descrieți starea D-stă și dispoziția, și efectuați ieșirea de activizare.

4. Tehnica „*Tabloul Intern al Bolii și al Sănătății*” [176, p.179]

Tabloul Intern al Bolii – atitudinea față de boala sa, Tabloul Intern al Sănătății – atitudinea față de sănătatea sa. Pacienții cu maladii cronice nu cunosc care este Tabloul Intern al Sănătății. Rolul psihologului constă în acordarea ajutorului pentru a se percepe ca persoană sănătoasă, a simți emoțiile pozitive, ca urmare a unei stări de sănătate bună, să conștientizeze “dublul câștig” drept consecință a bolii.

Instucțiune: Desenați, vă rog, boala și sănătatea dvs.

Atenție:

1. Imaginile bolii și sănătății trebuie să se deosebească esențial. Dacă persoana a desenat două imagini asemănătoare (ex.: a copacilor uscați), trebuie de întrebat, de ce sănătatea sa arată atât de neplăcut și este rugat să introducă o schimbare în imaginea sănătății, să o „învie”.
2. Tabloul Intern al Sănătății nu trebuie să aibă simboluri de iarnă, culori reci, tema morții și/sau dispariției. Tabloul Intern al Sănătății trebuie să provoace emoții pozitive. Psihologul contribuie la schimbarea imaginii sănătății într-o imagine agreabilă prin culori și prezentare. Culorile standart: albastru – pentru boală, verde – pentru sănătate.
3. Dacă persoana desenează pe foaie Tabloul Intern al Bolii mai mare sau Tabloul Intern al Bolii subminează Tabloul Intern al Sănătății, este necesar de schimbat Tabloul Intern al Sănătății: de lărgit, de adăugat crengi verzi ale sănătății, care străpung și distrug Tabloul Intern al Bolii.

Când ambele imagini sunt gata și Tabloul Intern al Sănătății se va deosebi esențial de Tabloul Intern al Bolii, subiectul este rugat să se adâncească în imaginea Tabloul Intern al sănătății, să simtă sănătatea în corpul său. Acest exercițiu se repetă de câteva ori. Apoi, când persoana este orientată spre sănătate, deoarece astfel de stare îi este comodă, confortabilă, simte emoții

pozitive, se poate analiza „dublul câștig” al bolii. Pentru aceasta timp de 15 min trebuie să scrie pe foaie toate asociațiile care apar la tema bolii sale, apoi se discută.

Temă pentru acasă. Tehnica „ Transformarea problemelor în scopuri” [227, p.724]

Fiecare din noi se confruntă cu anumite probleme. Unele pot fi acceptate și nu merită eforturi pentru a fi rezolvate. Altele ne deranjează mult, de aceea am dori să le găsim o rezolvare. Multe din problemele noastre pot fi rezolvate, dacă sunt transformate în scopuri. Să încercăm această activitate. Gândiți-vă la o problemă, pe care doriți să o rezolvați cel mai mult. Întocmiți o listă a dificultăților, legate de această problemă, pe care ați dori să le înlăturați cât mai curând. Pentru a le depista pe cele mai importante, încercați să răspundeți la următoarele întrebări:

- Ce vreau cu adevărat să realizez, să posed sau să fac?
- Ce-mi aduce plăcere în această activitate?
- În ce domenii am nevoie de perfecționare a abilităților, pentru a face față acestei probleme?
- Ce mă preocupă mult în ultimul timp?
- Ce-mi provoacă mai multe dificultăți în ultimul timp?
- Ce-mi provoacă mai multe griji în ultimul timp?
- Ce-mi aduce satisfacție?
- Ce mă întristează?
- Ce aş dori să schimb în atitudinea mea față de sine?
- Ce aş dori să schimb în comportamentul meu?
- Ce îmi i-a mai mult timp actualmente?
- Ce-mi este dificil să fac?
- Ce mă obosește mai mult?
- Cum aş putea să-mi programez mai bine timpul?
- Cum aş putea să organizez mai bine activitatea mea?
- De ce fel de resurse am nevoie?

Analizând răspunsurile la întrebări, descrieți problema pe care ați dori să o rezolvați cât mai repede. Încercați să oferiți o descriere cât mai obiectivă.

Formulați câteva scopuri, care vă orientează spre rezolvarea acestei probleme. Ce ar putea contribui la înlăturarea ei, sau cel puțin la diminuare?

Ședința nr.2.

Scop: formarea unei atitudini adecvate, pozitive față de stresorii zilnici

Obiective:

1. Observarea comportamentului propriu
2. Formularea nouă a situațiilor de criză
3. Echilibrarea stării psihice
4. Inventarierea activităților pentru realizarea scopului

Durata: 60 min

Discuții asupra temei pentru acasă.

Care este acum atitudinea dvs. față de problema în cauză? Prin ce se deosebește atitudinea dvs. de trăirile de până la analiza pe care ați făcut-o? Cum poate fi numită acum problema dvs.? Vă doriți la fel de mult ca aceasta să nu fi existat? Ce vă oferă rezolvarea problemei date?

1. Test psihogeometric

Psihogeometria este un sistem de analiză a tipologiei personalității pe baza observărilor duse asupra comportamentului uman. Subiectul dă preferinței în alegerea unei figuri geometrice de către om. Sun prezentate 5 figuri : pătrat, triunghi, cerc, dreptunghi, zigzag.

Instrucțiune: Alegeți figurile geometrice în ordinea preferințelor. Pe locul întâi puneți figura față de care puteți spune cu ușurință „Această figură mă caracterizează ! ”. Încercați să simțiți forma d-stră. Dacă este complicat, atunci alegeți figura care v-a atras atenția de la început. Apoi aranjați și celelalte figuri în ordinea preferinței d-stă. Figura care ați ales-o pe primul loc – este figura d-stă de bază sau subiectivă. Ea vă poate da posibilitatea să determinați caracteristicile dominante ale caracterului d-stă și particularitățile comportamentale. Restul figurilor sunt modulatori care provoacă anumite schimbări în comportamentul D-stă. Ultima figură aleasă identifică forma persoanei cu care interacțiunea vă poate provoca greutăți mai mari. În caz că nici una dintre figuri nu vă caracterizează totalmente, puteți fi descris ca o combinație din două sau trei forme.

Caracteristicile psihologice fundamentale ale comportamentului conform figurilor geometrice aranjate pe primul loc:

1. Pătrat – organizare, punctualitate, respectarea strictă a normelor, instrucțiunilor, gândire analitică, atenție la detalii, orientare la fapte, pasiune spre vorbirea scrisă, acuratețe, curățenie (îngrijire), spirit de raționalitate, ordine, prudență, rigiditate, răceală, practicisim, spirit de economie, chibzuință, străduință, încăpățănare, tenacitate (perseverență), încrezut în luarea deciziilor, răbdare, apt de muncă, erudiție profesională, politician slab, cerc restrâns de prieteni și cunoscuți.
2. Triunghi – lider, tendință spre conducere, ambiție, orientare spre victorie, pragmatism, orientare spre esența problemei, încredere în sine, hotărâre, impulsivitate, sentimente puternice, îndrăzneală, energie necontrolată, înclinație spre risc, capacitate de muncă

înaltă, distracții furtunoase (impetuoase), nerăbdare, politician foarte bun, agerime a minții, istețime, câmp larg de comunicare, cerc restrâns de apropiați și prieteni.

3. Cerc – necesitate sporită în comunicare, contactare, bunăvoință, grijă față de alții, generozitate, capacitate de compătimire, intuiție bună, liniștire, tendință spre autoînvinuire și melancolie, sensibilitate emoțională, încredere în oameni, orientat spre părerea altor oameni, neîncredere în forțele proprii, politician slab, vorbăreț, capacitate de a insufla încredere, convingere a altor oameni, sentimentalism, aspirație spre trecut, orientare spre munca publică, flexibilitatea regimului zilei, cerc larg de prieteni și cunoscuți.
4. Dreptunghi – spirit schimbător, incontinuitate, nedeterminare, excitabilitate, sete de cunoștințe, orientare pozitivă spre tot ce e nou, îndrăzneală, autoapreciere joasă, neîncredere în sine, încrezător (credul), nervozitate, schimbări rapide și bruște ale dispoziției, evitarea conflictelor, uitare, orientat spre pierderea lucrurilor, nepunctualitate, prieteni noi, imitarea comportării altor oameni (încercarea “rolurilor”), tendință spre răceală, traume, accidente rutiere.
5. Zigzag – setea de schimbări și transformări, creativitate, setea de cunoștințe, intuiție excelentă, încrezut în ideile proprii, visător, aspirație spre viitor, dispoziție pozitivă spre tot ce e nou, entuziasm, exaltare, nemijlocire, spontanietate, nepracticism, impulsivitate, instabilitatea dispoziției, a comportării, tendință de a lucra în singurătate, repulsie la lucrul cu hârtiile, sufletul companiei, agerime a minții, istețime, dezordine în problemele financiare.

2. Tehnica „Dă un nume problemei tale” [185, p.245; 227, p.894]

Termenii, legați de patologii, pot avea un șir de consecințe nedorite. Chiar și cuvintele de ordin general: „dereglație”, „deviere”, „disfuncție”, „patologie” – provoacă imaginea unui deficit sau anormalitate. Această metodă constă în căutarea formulării, care ar forma climatul speranței, care ar permite să vadă problema ca pe ceva schimbător. Funcția formulării noi – de a forma acea pistă pentru rezolvarea creativă a problemelor și permiterea persoanei de a fi mai activ în rezolvarea lor. O singură formulare aleasă corect poate totodată să ușureze discuția despre problemă și să joace rolul principal de pistă pentru hotărâri creative noi.

Exemple de întrebări:

- Aveți o oarecare poreclă sau nume pentru această problemă?
- Poate, începem cu aceea ca să denumim problema d-astră cu un nume simpatic „optimist”. Care ar putea fi ?

- Cum ar fi fost numită problema d-stră de către generația veche, până la apariția psihiatriei și psihologiei?
- Da, am putea să ne folosim de termenul „Eul slab”. Dar dacă am spune “Eul doarme”, nu ar însemna aceasta tot același lucru, doar că va avea o nuanță simpatcă?

Trebuie de subliniat că, noul nume al problemei nu trebuie să nege seriozitatea ei. Noua denumire nu trebuie să devină o posibilitate de a se eschiva de la activitatea, ea trebuie să fie adecvată tuturor, ca să-i permită persoanei să se includă activ în rezolvarea problemei.

Exemplu: termenul „depresie” se folosește pentru definirea situației când, oamenii văd viața sa într-o lumină pesimistă, suferă de lipsa energiei vitale. Depresia îi privează de încrederea în sine, îi aduce la deprimare. Pentru această situație se pot folosi frazele: „petrecerea inventarierii vieții”, „a stânga forțele”, „a se afla în căutarea sensului vieții”, „bucuria ascunsă” ș.a.

Nu întotdeauna subiectul este capabil să schimbe noțiunea „suferindă” care a purtat-o mult timp. Atunci ne limităm la aceea ca, problema să primească un nume oarecare sau o poreclă simpatcă, cu care vom lucra în continuare.

3. Tehnica „*Respirația prin palme*” [216, p.78; 217, p.419]

Când palmele se apropie una de alta, observați, cum senzațiile în ele se schimbă odată cu respirația. Observați, cum senzațiile (mai ales sentimentul de căldură) se schimbă la inspirație într-o parte, la expirație în partea opusă. Apoi imaginar îndreptați respirația d-stră într-acolo. Vă puteți imagina, că în timpul expirației un val cald din centrul pieptului este dispersat (împrăștiat) pe partea exterioară a umărului ... antebrațului...și... în sfârșit ajunge la mână. Urmăriți dacă mersul valului de căldură timp de 8-10 expirații. Încredințați-vă, că căldura în palme, degete – crește. Continuați să respirați „prin palme” încă câteva minute, atingând senzația stabilă, intensă, simetrică de căldură. (Aceasta este excepțional de important. Dacă la începutul îndeplinirii exercițiilor este observabilă deosebirea vizibilă a senzațiilor dintre mîna dreaptă și mîna stângă, este necesar da adus senzațiile la egalitate, ceea ce stă la baza armoniei stării stărilor nevrotice.) Paralel se atinge starea de liniște și comfort intern. Memorînd această stare, efectuați ieșirea de activare.

Pentru mărirea eficacității includem relaxarea mușchilor din sectorul ce-l prelucrăm. Pentru aceasta folosim încordarea statică : mai întâi în timpul inspirației încordați mușchii atât de tare, pe cât puteți, nefăcând în acest timp alte mișcări articulare (cu oasele). Oprind respirația continuați să mențineți starea încordată atât de mult pe cât e posibil (ideal 1-1,5 min). Apoi faceți o expirație bruscă, totodată aruncând încordarea musculară. Repetați această metodă de câteva ori până când în mușchi apare senzația cunoscută de greutate și căldură.

5. Tehnica „Anotimpuri” [227, c.719]

(Pentru o derulare mai optimală a procesului imaginativ, se recomandă realizarea exercițiului pe un fundal muzical).

În natură totul e în armonie. Iată de ce am putea învăța de la natură, cum să realizăm o stare de armonie a lucrurilor. În natură, la fel precum în viața omului, au loc diferite schimbări. Schimbările din viața noastră ne pot bucura, dar și întrista. Dar natura prin schimbare menține starea de armonie. Să urmărim cum se schimbă anotimpurile. Toamna - strânsul roadelor, căderea frunzelor, plecarea păsărilor. Iarna - viscol și vijelie. Primăvara - renaștere. Vara - vegetație și creșterea rodului. Aceasta deoarece tot ce se petrece asigură o continuitate. Dacă dorim să adunăm rodul eforturilor noastre, trebuie să ne bucurăm de posibilitatea unui început. Acest gând trebuie să vă ghideze în realizarea exercițiului.

Ați privit vreodată un Mugure când se deschide? Ați simțit nevăzuta lui forță interioară ce pare să învingă petalele, să le răsfângă? Ați simțit parfumul pătrunzător pe care-l degajă atunci când izbucnește-n afară? El exersează forța solară-n limbajul miresmei. El se deschide, se dilată, emite... Priviți-l cum își trăiește răsfângerea ca pe o victorie și încercați să simți asemenea lui această putere.

Deschideți-vă, creșteți și transmiteți ceva din căldura aceea discretă și pură ce sălășluiește în chiar miezul dvs. Ascultați-o atent... reperați-i vibrația, simțiți-o... Și-acum, observați atent cum ghemul din mijlocul florii se-adună încet, se-nfășoară, devine puternic, dulce-acru. Asistați la nașterea fructului, imaginați-vă cum se-ntorc sevele-n miezul acesta, se concentrează, se-adună, până ce el devine tot mai greu, rotunjit...

Și simțiți cum fetusul-fruct, crud și incert își caută gustul său fermecător de-nceput. Fragil se înfășoară în el până dă pe-afară și poate desprinde petalele florii, pe rând... și într-o bună zi exersează explozia - dă-n pârg. Ce nuanțe frenetice curg dinăuntru-n afară, ce gusturi străine se decantează, adânci și suave deodată, dinspre acel interior în care veghează un sîmbure, poate mai mulți... Cum soarbe lumina pe care-o preface în gust și-n miros cu cât te afunzi mai spre miez... Acolo el cântă.

Ce forță au sunetele lui interioare, ce putere prin care istoria fructului devine memoria vie a sîmburelui... De-acum și de-aici el o duce cu sine spre altundeva și cândva, când, prinzând rădăcini, va reitera arta creșterii sale.

...Dvs. puteți să fiți Fructul acum? Încercați! Ce pierdeți?!...

Finalizare. Pe o coală de hârtie notați în ordine crescătoare câteva analize ale evenimentelor, care au loc acum în viața Dvs.: Ce se ascunde în mugurele activității pe care o realizați sau ați realizat-o? Ce dă primele frunze? Ce e în floare? Ce roade adunați?

Alegeți din lista alcătuită două puncte, care vă par mai importante. Dați-le o scurtă explicație :

- Ce ați ales?
- Care este istoria acestui ciclu al activității dvs. profesionale?
- Ce facilitează și ce încurcă realizarea?
- Poate această activitate să constituie un scop important al vieții dvs.?
- Ce vă orientează spre realizarea acestui scop?
- Cum va fi viața dvs., dacă acest scop se va realiza?

Ce ați conștientizat pe parcursul realizării exercițiului?

Temă pentru acasă. Tehnica „Desenați propriul Curcubeu” [227, p.729]

Imaginați-vă curcubeul d-stră personal, format de către soare și ploaie pentru a vă bucura pe d-stră. Fie ca punctele, pe care se fixează curcubeul la orizont, semnifică starea d-stră prezentă și viitoare. Imaginați-vă, că în punctul viitorului vă așteaptă ceva valoros și foarte dorit pentru d-stră, care vă convine ideal.

Desenați curcubeul, iar acolo, unde el pleacă după orizont, desenați scopul, care vă vine în minte în timpul exercițiului. Concentrați-vă mai întâi de toate asupra curcubeului, asupra culorilor sale, curbei sale. În timpul cât desenați vă pot veni în minte diferite gânduri, în memorie vor apărea felurite scopuri. Desenați viitorul scop în prim plan, conștientizând că acesta poate să nu fie unicul gând important. Puteți face desenul simbolic și realist sau combinându-le ambele metode. Pentru acest exercițiu se oferă 20 min.

După ce terminați desenul, priviți-l și răspundeți la următoarele întrebări:

1. Cum să-mi ating scopul?
2. Ce depinde de mine și ce depinde de alții?
3. Ce bariere pot întâlni în cale?
4. De la ce va trebui să mă dezic?
5. Ce voi câștiga?
6. Cine, în afară de mine, va avea de câștigat de la atingerea acestui scop?
7. Care este atitudinea mea față de acest scop?

Ședința nr.3.

Scop: Aprecierea adecvată a situației prezente

Obiective:

1. Autoevaluarea posibilităților proprii
2. Echilibrarea stărilor emoționale

3. Estimarea barierelor gândirii
4. Stimularea încrederii în sine

Discuții asupra temei pentru acasă

Discuții asupra desenului „Curcubeul” conform întrebărilor pregătite acasă.

1. Tehnica „Estimarea resurselor personale” [185, p.257; 227, p.907]

Fiecare persoană posedă anumite resurse – deprinderi, aptitudini, interese, calități forte ale caracterului ș.a. Ele pot fi utilizate într-o oarecare măsură pentru rezolvarea anumitor probleme. Însă aceste resurse pot rămâne și neutilizate, dacă atenția nu este focalizată intenționat asupra lor (punem întrebări directe - tehnica acestor întrebări permite evidențierea posibilităților de a face față problemelor și de a ține piept tensionării).

Întrebări:

- Dacă eu ar trebui să trec prin astfel de situație ca dvs., probabil, nu aș supraviețui. Cum v-a reușit? De unde ați avut atâta putere?
- Atât de mult timp ați reușit să fugiți de această problemă. Ce surse ați folosit pentru aceasta?
- Există ceva ce dvs. vă reușește cel mai bine? Cum ar fi posibil de folosit această calitate pentru rezolvarea problemei d-astră la momentul dat ?
- Care este cea mai bună trăsătură al caracterului dvs.? Cum v-ați folosit de ea în cazul dat? Ce mai este posibil de făcut, ce v-ar permite să includeți această parte puternică a dvs. pentru hotărârea problemei acestea?
- Există probleme asemănătoare, pe care le-ați rezolvat până la aceasta? Ați putea să vă gândiți, cum ați putea folosi o rezolvare asemănătoare în cazul dat?
- Cine, după părerea dvs., ar putea rezolva problema dată? Cum vă imaginați dvs. că ar face-o?

2. Tehnica „Respirația împotriva durerii” [216, p. 89; 217, p 425]

Pentru aceasta e necesar de apropiat palma la zona bolnavă (sau ambele palme, dacă sectorul este mai mare) și de imaginat de parcă respiri prin ele concomitent. Între palme și suprafața corpului trebuie să rămână o distanță de 1 cm. În timpul respirației, la inspirație trebuie de apropiat palmele de locul bolnav, la expirație – de depărtat (astfel, ca volumul mișcărilor să fie 0,5-1 cm). Se poate de pus palma (de obicei dreapta – cea mai „încălzită”) pe locul bolnav. Străduiți-vă să simțiți cum în timpul expirației palma încălzește sectorul bolnav. Încercați să vă imaginați că palma „iradiază” ceva (căldură, „energie”), care intră în corp și dispersează (împrăștie) durerea.

4. ***Tehnica „Respirația care tratează”*** [216, p. 86; 217, p. 423]

Relaxați-vă ca de obicei și în poziția obișnuită. Atent, cu răbdare și fără grabă conștientizați senzațiile interioare, imaginar, atent, trecând peste tot organismul de sus până jos, examinându-l în întregime. Căutați locurile, în care simțiți discomfort, încătușare, stingere – orice senzații, ce deosebesc partea „dubioasă” de la celelalte sectoare vecine, care o evidențiază pe fondalul celorlalte regiuni, care parcă o fac străină. Evidențiați mai întâi zona cea ce vă creează imagine de „a nu fi în regulă”. Imaginar îndreptați într-acolo respirația D-stă. În acest timp veți observa, că spre deosebire de sectoarele „sănătoase”, unde puteți orienta imaginar respirația fără anumite greutateți, în locurile „bolnave” se simte un fel de împotrivire, de parcă ceva împiedică trecerea liberă. Respirați prin aceste zone, „suflați-le”. Imaginați-vă, că expirația „curăță” aceste „dopuri”, „baraje” în calea respirației. Imaginați-vă, cum acea căldură, care iese cu aerul expirat, o îndreptați spre locul bolnav în timpul expirației. Concomitent treceți-l pe calea cea mai ușoară din centrul cutiei toracice (nivelul IV intercostal) spre locul bolnav.

De regulă, este mai ușor de imaginat, că senzația se mișcă pe suprafața corpului. Puteți să vă imaginați, că senzația „barajului” se mută în altă zonă a corpului, folosind respirația ca o forță de mișcare, care schimbă „bariera” împreună cu expirația ...mai departe și mai departe...până când, însăși senzația va dispărea, de parcă s-ar evapora, pierzându-se la locul nou.

5. ***Tehnica „Calea spre atingerea scopului”*** [227, p.730; 165, p.239]

Uneori noi știm foarte bine ce dorim, dar nu ne ajunge energie pentru realizarea propriilor dorințe, pentru ca pe parcursul unei perioade îndelungate de timp să depunem efort și să nu ezităm, necătând la bariere și obstacole.

Gândiți-vă la scopurile importante, pe care doriți să le realizați, și prescurtat descrieți-le prin câteva cuvinte cheie. Spectrul acestor scopuri poate fi foarte larg: acestea pot fi scopuri abstracte și concrete, greu de atins și ușor, distante și apropiate. Importanța semnificativă aici constă în aceea că, scopul este important pentru d-stă, și doriți într-adevăr să se realizeze.

Acum alegeți din lista personală de preferințe acel scop, care este cel mai strident în acest moment, care este mai tentant. Așezați-vă comod și închideți ochii. De câteva ori inspirați adânc și fie ca odată cu expirația să vă părăsească toate grijile, gândurile, treburile urgente, să plece tensionarea/încordarea. Concentrați-vă asupra scopului ales.

Fie ca în conștiința d-stă să apară imaginea care simbolizează acest scop. Acesta este simbolul personal, individual, și imaginea poate fi oricare: obiect natural, animal, ființă umană, obiect.

Rămânând cu ochii închiși, imaginați-vă că, aveți în față o cărare lungă și dreaptă, care duce spre vârful unui deal. Deasupra dealului vedeți anume acea imagine, care vă simbolizează

scopul. Iar pe ambele părți ale cărării simțiți prezența diferitor forțe, care încearcă să vă facă să vă întoarceți din cale, să vă încurce să atingeți vârful dealului.

Aceste forțe pot face aproape orice doresc. Nu pot ele face doar un singur lucru – să distrugă cărarea dreaptă, ca o rază, care strălucește în față. Aceste forțe simbolizează variate situații care vă distrag atenția, persoane, scopuri mai puțin importante, dispoziții proaste. La cheremul lor sunt multe moduri de a vă impune să deviați. Ele vor încerca să vă priveze de curaj sau să vă atragă cu ceva. Ele vor aduce multe dovezi logice, care vor dovedi că nu are sens de mers mai departe. Ele vor încerca să vă sperie sau să vă provoace sentimentul de vină/culpă.

Ați putea să vă simțiți ca un conglomerat al voinței curate și să mergeți înainte pe cărare fără a devia. Nu vă grăbiți și rezervați-vă suficient timp pentru a înțelege strategia fiecărui „indignat al calmului”. Simțiți orientarea mișcării. Puteți chiar să schimbați câteva vorbe cu cineva dintre acei care încearcă să vă distragă atenția, însă după aceasta iarăși continuați-vă calea și simțiți ființă vie, orientată înainte de o voință fermă

Când atingeți vârful dealului, uitați-vă la acea imagine, care simbolizează scopul pe care l-ați trasat. Simțiți prezența lui, rămâneți un timp oarecare alături de el și primiți plăcere de la apropierea lui. Simțiți, ce înseamnă pentru d-stră această imagine, ascultați, ce vă poate spune acum.

Acum a venit timpul să permiteți tuturor imaginilor să pălească și să se îndepărteze pe planul doi. Luați cu d-stră ceea ce s-a dovedit a fi important pentru d-stră și treptat întorceți-vă înapoi. Deschideți ochii, întindeți-vă, îndreptați-vă. Scrieți ideile d-stră vizavi de scop și acele forțe, care vor să vă facă să vă întoarceți din calea d-stră.

Temă pentru acasă. Tehnica „ Povestea despre șanse realizate”

În unele din poveștile copilăriei noastre eroii suportă mult timp dificultățile vieții, pentru ca în final să câștige. Așa se întâmplă în "Cenușăreasa", "Bobocul cel urât", "Fata babei și fata moșneagului". Ce le-a ajutat eroilor să-și realizeze visul? Încercați să vă amintiți istoria lor, transformând eroii neîncrezuți, timizi în încrezuți și insistenți.

Discuție asupra conținutului exercițiului:

- Cum s-a schimbat povestea?
- În ce postură eroul poveștii vă este mai simpatic?
- Ce i-a ajutat Cenușăresei să ajungă regină, Bobocelului urât - lebădă, fetei moșneagului - fericită?
- Ce învățăminte vă oferă aceste povești?

Ședința nr.4.

Scop: învățarea tehnicilor de autoreglare a stărilor psihice

Obiective:

1. Exteriorizarea emoționale negative
2. Discriminarea propriilor stări emoționale
3. Relaxarea și echilibrarea stării psihice
4. Armonizarea minte-corp

Discuții asupra temei pentru acasă

Formulați câte un motto al vieții, inspirându-vă din poveștile discutate.

1. Tehnica „Dispoziția” [212, p.102]

Aveți în față un set de creioane colorate, carioca și o foaie de hârtie curată. Desenați orice doriți – linii, pete colorate, figuri. Este important să redați propriile emoții, să alegeți culoarea și să faceți desenul în acel mod care vă place mai mult, în deplină concordanță cu dispoziția proprie. Imaginați-vă că, transferați neliniștea și anxietatea din interior pe foaia de hârtie, exteriorizând-o totalmente, până la sfârșit. Desenați până când o să fie completată toată suprafața foi și o să simțiți o ușurare. Acum timpul este nelimitat: desenați atât timp, de cât aveți nevoie. Apoi întoarceți foaia și scrieți câteva cuvinte, care vă descriu dispoziția. Nu vă gândiți mult, este important ca cuvintele să apară liber, fără un control special din partea dvs. După ce ați desenat dispoziția și ați expus-o în cuvinte, cu plăcere, emoțional, rupeți foaia și aruncați-o la coș. Gata! Acum ați scăpat de starea tensionată! Tensiunea emoțională s-a epuizat prin desen și a dispărut, ca acest desen neplăcut pentru dvs.

2. Tehnica „Tabelul emoțiilor”

Stresul nu este periculos pentru organism, dacă găsește o ieșire adecvată, este compensat cu relaxarea și utilizat ca factor al activismului vitalității organismului. Drept factori ai stresului pot fi: graba permanentă, conflictele, un somn neîmplinit, insatisfacția personală, realizarea sarcinilor contrar voinței proprii, visele nocturne în abundență, lipsa persoanei cu care ar fi posibil de discutat problemele personale.

Toți acești factori provoacă emoții negative, pe care individul nu le poate gestiona. Cel mai bun remediu, desigur, ar fi – înlăturarea factorului stresant – de a dormi îndeajuns, de a fi relaxat, de soluționat conflictele.

În viața cotidiană, însă, nu totul depinde doar de o singură persoană. Și uneori nu suntem în stare să evităm acele situații, care ne provoacă stres și trăiri negative legate de acesta. De aceea este necesar să diferențiem diferite stări emoționale.

Niveluri	Fericire	Tristețe	Furie	Frică
Scăzut	Plăcere Voioșie Recuperare Satisfacție Pacificare	Nenorocire Tristețe Singurătate Amărăciune	Nemulțumire Iritare Supărare Superexcitare	Nedumerire Nehotărâre Neîncredere Pericol Vigilență
Mediu	Distracție Bucurie Inspirație Vitalitate Admirație	Deznădejde Chin Durere Suferință Neputință	Scârbă Furie Ostilitate Agresivitate	Spaimă Constrângere Teamă Neliniște Anxietate
Înalt	Jubilare Încântare Triumfare Extaz	Asuprire Prigonit Inutilitate Doliu Fără speranță	Turbare Mânie Ură Iritare extremă	Panică Groază Stupoare Coșmar

Învățând să deosebim emoțiile noastre și să le evaluăm puterea lor, noi putem să învățăm să le dirijăm.

3. *Tehnica „Relaxarea musculară progresivă”* [217, p.397]

Este o tehnica de relaxare de tipul „încordare-relaxare”. Scenariul tehnicii de relaxare după tipul „încordare-relaxare”, necesită respectarea unor reguli anumite. Recomandările ar fi :

- în timpul exercițiului încordați fiecare grup de mușchi, iar relaxarea o faceți treptat, atrăgând o atenție deosebită la deosebirea între starea de relaxare medie și relaxare totală;
- folosiți în totalmente perioada de 5 sec. pentru eliminarea treptată a tensionării;
- în următoarele etape este necesar de eliminat tensiunea rămasă până la senzația de relaxare totală a mușchilor. Această etapă este necesară pentru recunoașterea și eliminarea tensiunii psihice minore;
- nu încordați mușchii prea tare – puteți avea convulsii musculare;
- pentru realizarea exercițiului de relaxare este necesar de expus sarcina în voce, calm, lent, cu simțul ritmului și păstrarea pauzelor de timp indicate;
- înainte de exercițiu este necesar de ocupat o poziție maximal confortabilă și pe cât este posibil de exclus influența factorilor externi.

Puneți mâinile de-a lungul corpului și alegeți cea mai confortabilă poziție. Închideți ochii și respirați câteva ori adânc, ca să începeți procesul de relaxare. Permiteți respirației să decurgă natural, în ritm liniștit, calm. Abdomenul se ridică cât mai sus, când inspirați, și se lasă cât mai

jos când expirați. Se pare că respirați cu abdomenul, nu cu pieptul. Acesta este cel mai natural și liniștit mod de respirație. Noi respirăm astfel, când dormim. Respirația va deveni lentă și controlată.

Acum simțiți o forță care vă apasă și totodată simțiți o relaxare. Sunteți relaxat. De fiecare dată când atingeți o astfel de stare de relaxare, căpătați o odihnă profundă, completă, după care vă simțiți ușurat. Atrageți atenție, cum corpul a devenit greu. Nu vă puteți mișca. Rămâneți în această stare atât, cât doriți : 1 min, 2 min și mai mult. Nimeni nu vă va încurca. Iar când vă veți scula, mișcărilor vor fi moi, lente și liniștite.

4. ***Tehnica „Durere transmisă unui animal prietenos”*** [56, p.306]

Inspirați profund și lăsați corpul să plutească spre locul preferat în aer liber, observând ceea ce vedeți...ceea ce auziți...ceea ce mirosiți...și ceea ce atingeți...simțind temperatura aerului pe mâinile și fața dvs....și felul în care vă simțiți acum...Inspirați energie vindecătoare, care se scurge în fiecare parte a corpului, fiecare celulă devenind tot mai relaxată și simțindu-se complet confortabil. Pe măsură ce continuați să vă bucurați de acest sentiment de relaxare fără efort, observați o potecă prietenoasă în față și, cum vă uitați mai atent, observați o sferă de lumină aducătoare de pace care se mișcă încet și fără efort spre tine. Începeți să vă bucurați de pacea și de calmul ce radiază de la ea...Pe măsură ce se apropie tot mai mult, vedeți cum se transformă într-un animal sau o persoană prietenoasă...Îi urați bun-venit prietenului dvs. și îl întrebați cum se numește, puteți să îi împărtășiți orice informație personală, dacă este potrivit să faceți acest lucru. Aș dori să știți că prietenul dvs. este foarte special și vă poate ajuta cu problemele din viața, inclusiv cu durerea...Poate avea grijă de durere atât timp cât doriți...Acest lucru nu îi va produce disconfort. Puteți să îl întrebați dacă poate face acest lucru. Dacă răspunsul este pozitiv, atunci dați-i durerea personală într-un mod special, știind că puteți să o cereți oricând înapoi. Așa este foarte bine! Iar acum este momentul să îi mulțumiți prietenului și să îi spuneți la revedere, știind că îl puteți întâlni oricând doriți în viitor...Tot ce trebuie să faceți este să mergeți în acest loc special și să observați poteca și sfera de lumină...Acum, fiind într-un loc special încă o dată cu fiecare respirație, corpul devine din ce în ce mai ușor, această senzație răspândindu-se prin tot corpul, spre față și până la pleoape, pe măsură ce ele se deschid încet...Foarte bine...sunteți în această încăpere...simțindu-vă relaxat și confortabil...și având încredere în mintea inconștientă, pentru a vă lăsa să stați așa atâta timp cât vă este comod. Știți data de azi, ziua săptămânii și ce vârstă aveți... (inspirație lentă - expirație bruscă)

Temă pentru acasă. Tehnica „Liniștea gândurilor: Eu văd ..., Eu aud ..., Eu simt...”
[217, p.387]

Fiecare frază se începe obligatoriu cu enunțul, care descrie experiența senzitivă nemijlocită: „ Eu văd..., Eu aud..., Eu simt... „ – cu descrierea detaliată a informației vizuale, auditive sau chinestetice, care vă caracterizează în acest moment.

Deci, vorbiți neîncetat, fără pauze, despre tot ce vedeți în momentul dat, apoi auziți, apoi simțiți la nivel de senzații corporale externe. Când vorbirea continuă un timp îndelungat, apare o stare deosebită de simplitate și naturalețe, în care te poți simți într-adevăr ușor și plăcut... stare, în care „ ce este în gând, aceea este și pe limbă ”... stare de eliberare de dublura internă, când se oprește obișnuința pentru fiecare persoană, „ gândirea dublă”, ... când nu trebuie jucat rolul față de conlocuitor, de încordat intern și de a nu fi sincer... când este posibil de a fi persoana însăși, fără mască, fără fațete. Simțiți senzațiile legate de această stare... memorați însuși starea, ca să vă puteți reîntoarce la ea mai târziu. La începutul fiecărei fraze noi, inspirați lent și expirați prelungit. Apoi după efectuarea a trei faze, treceți la a patra: monitorizarea senzațiilor interioare a întregului corp. La sfârșit – inspirație adincă și expirație bruscă de trei ori.

Sedința nr.5.

Scop: învățarea tehnicilor de autoreglare

Obiective:

1. Dezvoltarea abilităților de autocontrol în situații de stres
2. Schimbarea viziunii asupra situației negative
3. Conștientizarea stării de relaxare
4. Focalizarea pe rezolvarea problemei „aici și acum”

Discuții asupra temei pentru acasă

Descrieți detaliat cum a derulat exercițiul: informația vizuale, auditivă sau chinestetică, care din ele mai mult v-a atenționat.

1. Tehnica Respirația [212, p.99]

Instrucțiune: Folosiți respirația pentru a ieși de sub influența directă a stresului. Pentru aceasta odată cu expirația vă relaxați și odată cu inspirația puțin vă dați pe spate, ridicați bărbia și ușor întoarceți capul pe spate.

Așezați-vă comod și expirați tot aerul din plămâni. Odată cu expirația vă relaxați. Vă apucați strâns cu ambele mâini de marginile fotoliului și la inspirație trageți în sus, de parcă ați încerca să-l ridicați. Încordați mâinile, abdomenul și ceilalți mușchi ai corpului, continuând parcă ridicarea fotoliului, pe care sunteți așezat. Încet expirați pe nas, relaxând corpul și eliberând fotoliul. După expirație relaxați-vă complet. Nicăeri în corp nu trebuie să rămână încordare. Îndepliniți trei-cinci astfel de cicluri. Timpul inspirației, expirației și opririi respirației îl

determinați în conformitate cu stare sănătății dvs. și cu ritmul respirației dvs. (Dacă aveți hipertensiune, atunci practicați doar metoda de relaxare a respirației, fără faza de încordare la inspirație).

Cu fiecare expirație eliberați-vă de tensiunea rămasă, de parcă ați „sufla,, indicii ei de pe scala contorului personal de măsurare.

2. Tehnica „Ecranul” [185, p.645; 227, p.808]

Instrucțiune: Așezați-vă într-o poziție comodă, cea mai comodă pe care o poți găsi. Vă mișcați puțin, întindeți-vă, modificați-vă poziția corpului, astfel încât aceasta să fie cât mai comodă, să vă simțiți cât de bine doriți. Închideți ochii și fiți foarte atent la ceea ce se întâmplă în jurul dvs.; veți constata că puteți percepe o mulțime de lucruri din jur, aveți senzații de contact, auziți sunete, simțiți mirosuri, explorați această lume a senzațiilor cu foarte mare atenție, sunteți conștient de tot ceea ce se întâmplă în jur. După ce ați conștientizat pe deplin ce se întâmplă în jurul dvs. și relațiile pe care le aveți în acest moment cu mediul, puteți să vă îndreptați atenția asupra corpului, asupra senzațiilor pe care le aveți și să vă lăsați corpul să se destindă; observați cum se modifică senzațiile pe care le trăiți datorită relaxării mușchilor; vă relaxați tot mai mult, iar dacă simțiți nevoia, acesta este cel mai bun moment să vă schimbați poziția, astfel încât să vă simțiți atât de bine cât vreți. Sunteți relaxat, respirați ușor și regulat, sunteți atent la respirația dvs., la felul în care aerul intră și iese din pieptul dvs., intră și iese, sunteți foarte atent la aerul care intră și iese din piept; veți observa că puteți avea control asupra respirației dvs., că o puteți face cât de liniștită și regulată doriți, respirați ușor și regulat, destindeți-vă, relaxați-vă.

Contactați cu lucrurile care vă trec acum prin minte, o mulțime: idei, sentimente, amintiri, imagini, senzații, culori, prin minte vă trec o mulțime de lucruri pe care le priviți, veți observa cum apar pe ecranul minții dvs. Vin și se duc: gânduri, sentimente, amintiri, imagini, senzații, le priviți cum apar pe ecranul interior a minții dvs., le urmăriți pentru câteva clipe, apoi le lăsați să treacă, fără a vă opri prea mult asupra vre-uneia dintre ele, vin și trec, sunteți martorul imaginilor care formează propria dvs. lume interioară, le urmăriți cum apar pe ecran, vă opriți pentru câteva clipe asupra lor și le lăsați să treacă, sunteți martorul propriei dvs. lumi interioare.

Explorați astfel întreaga dvs. lume interioară, liniștit, detașat, luați cunoștință de ceea ce se întâmplă, priviți imaginile care apar pe ecran și învățați cum puteți controla viteza cu care acestea circulă, descoperiți ce puteți face ca acestea să circule mai rapid sau ca să le puteți păstra în fața dvs. multă vreme: poate pe unele nu le cunoașteți foarte bine. Le explorați cu atenție și alegeți din lumea propriilor imagini interioare una care vă face să vă simțiți foarte bine, care vă place foarte mult, un peisaj, un colț de natură unde vreți să mergeți.

Opriti peisajul pe ecran în față și îl explorați cu atenție, vă apropiați ușor de el și-l priviți în toate detaliile sale; sunteți acum foarte aproape de el: simțiți cum pătrundeți ușor în interiorul peisajului și-l explorați de data aceasta dintr-o nouă viziune, trăiți toate senzațiile legate de el, simțiți senzații, auziți sunete, vedeți culori, trăiți plenar experiența de a fi în acest peisaj, priviți înapoi și conștientizați ce anume s-a schimbat în viziunea dvs. Vă mișcați în interiorul acestui peisaj și-l explorați în toate detaliile sale, așa încât experiența dvs. este și mai bogată. Găsiți un loc unic în acest peisaj, un loc numai al dvs., unde ați dorit întotdeauna să fiți și unde vă puteți simți parte integrantă a acestui peisaj. Mergeți în acest loc, contactați cu el și experimentați ca fiind parte a peisajului, sunteți o bucățică de natură, parte integrantă a acestui peisaj minunat, vibrați acum în același ritm cu natura, sunteți o parte a ei, vibrați armonios, cald, trăiți experiența ca parte a peisajului, conștientizați ce anume este nou în felul dvs. de a vedea lucrurile. Bucurați-vă pentru o vreme de armonia faptului de a fi o parte a peisajului...

După 4-5 minute: Conștientizați încă odată ce anume v-a adus nou și util această experiență, memorizați foarte bine locul în care sunteți, este locul dvs., învățați ce puteți face ca să puteți merge aici de câte ori vreți, după care începeți din nou să vă mișcați ușor în interiorul acestui peisaj, îl explorați încă odată în toate detaliile lui și vă îndreptați ușor spre punctul prin care ați intrat, poate l-ați găsit sau poate trebuie să-l mai căutați puțin, găsiți acest punct și ieșiți din acest peisaj, acum îl puteți vedea iarăși în față, proiectat pe ecranul interior al minții, îndepărtați-vă de el ușor, așa încât să ajungă la dimensiunea inițială și lăsați ca locul peisajului pe ecran să fie luat de altă imagine, apoi de alta, sunteți din nou martorul propriei lumi interioare, al gândurilor care vă trec prin minte, sunteți conștient de felul în care respirați ușor și liniștit, de aerul care intră și iese din piept, sunteți relaxat și pe deplin liniștit.

4. Tehnica „Relaxarea musculară progresivă – II” [217, p. 397]

Acum ve-ți efectua prima parte a exercițiului și apoi ve-ți trece la următoarea etapă.

Puneți mâinile de-a lungul corpului și alegeți cea mai confortabilă poziție a corpului. Închideți ochii și respirați câteva ori adânc, ca să începeți procesul de relaxare. Permiteți respirației să decurgă natural, în ritm liniștit, calm. Abdomenul se ridică cât mai sus, când inspirați, și se lasă cât mai jos când expirați. Se pare că respirați cu abdomenul, nu cu pieptul. Acesta este cel mai natural și liniștit mod de respirație. Noi respirăm astfel, când dormim. Acum respirația va deveni lentă și controlată. Acum ne vom concentra asupra diferitor grupuri de mușchi.

La început încordați fruntea, ridicând sprâncenele. Și încet relaxați fruntea. Simțiți fruntea relaxată total; fie ca orice tensiune, pe care o simțiți aici să dispară fără urmă. Închideți ochii, strângeți pleoapele puternic. Treptat relaxați mușchii oculari. Permiteți-le să se relaxeze total.

Zâmbiți, zâmbiți larg, pe cât puteți, simțiți cum se încordează mușchii obrazilor. Permiteți zâmbetului să dispară încet, simțiți, cum dispare încordarea din obraji. Dați voie oricărei tensiuni rămase, pe care încă o simțiți, să dispară, să se evapore. Strângeți buzele, împreună, puternic. Și lent relaxați buzele și limba. Simțiți limba, buzele relaxate. Strângeți puternic dinții. Treptat permiteți maxilarelor să slăbească și să se relaxeze, simțiți, cum tensiunea se micșorează și dispare. Simțiți toată fața într-o stare de relaxare. Fruntea, fața și gura sunt total relaxate. Nici un mușchi nu se va mișca pe față. Fața este nemișcătoare și tăcută.

Acum simțiți o forță care vă apasă și totodată simțiți o relaxare. Sunteți relaxat. De fiecare dată când atingeți o astfel de stare de relaxare, căpătați o odihnă profundă, completă, după care vă simțiți foarte ușor, foarte bine. Atrageți atenție, cum corpul a devenit greu. Nu vă puteți mișca. Rămâneți în această stare atât, cât doriți : 1 min, 2 min și mai mult. Nimeni nu vă va înkurca. Iar când vă veți scula, mișcărilor vor fi moi, lente și liniștite.

5. Tehnica „Jocul de puzzle” [56, p.204]

Imaginați-vă că stați pe un scaun cu o masă mică înaintea. Pe masă sunt diverse cutii de culori și forme diferite; sunt roșii, albastre, galbene și verzi; unele cutii sunt pătrate, cubice, iar altele cilindrice. În fiecare dintre ele există un set separat de piese de puzzle. Atunci când vă puteți vedea stând la masă cu cutiile de culori diferite, afirmați. Așa este foarte bine. Acum vă rog să alegeți doar una dintre aceste cutii – de orice culoare și formă preferi – să scoateți piesele din jocul de puzzle și să le puneți pe masă. Observați că nu există nici o poză pe capacul cutiei, așa că nu am idee care va fi în final imaginea - și nici nu știți în acest moment. Dar va fi poza unei scene sau a unui incident care este îndeaproape conectat cu problema actuală.

Mintea inconștientă știe exact ce piesă caută și vă va ajuta să potriviți piesele laolaltă, astfel încât să vedeți care va fi imaginea. Așa că puteți începe acum, punând laolaltă piesele de puzzle – o piesă aici, una dincolo - și puteți face acest lucru mult mai repede decât ați face-o în mod obișnuit ... În câteva momente, veți reveni la starea de veghe și îmi veți putea spune exact ce ați văzut în acea imagine, pe măsură ce a început să se formeze.

Descrieți ceea ce vedeți, cu cât mai multe detalii posibile. Ce se întâmplă în imaginea d-astră sau la ce vă gândiți privind imaginea ?

Acum că ați finalizat jocul de puzzle, vă rog să reveniți la starea d-astră, aici și acum. Inspirați adânc și expirați brusc de trei ori, înainte de a deschide ochii.

Temă pentru acasă. Tehnica „Transformarea gândurilor automate – Eu trebuie..., Eu nu pot..., Eu mă tem că...” [185, p.318; 215, p.34]

Aveți în față o fișă cu trei începuturi de fraze a câte 10 de fiecare tip.

Instrucțiune: terminați aceste fraze conform caracteristicilor personale. Scrieți primele gânduri care vă vin în minte, atunci când citiți începutul frazei.

- 1-10. Eu trebuie.....
11-20. Eu nu pot.....
21-30. Eu mă tem că.....

Ședința nr.6.

Scop: antrenarea deprinderilor de viață

Obiective:

1. Estimarea resurselor personale
2. Observarea senzațiilor proprii
3. Relaxarea mentală
4. Ancorarea stării de bine intern

Discuții asupra temei pentru acasă

Se transformă gândurile negative în idei cu nuanță pozitivă, cu citirea ulterioară de câteva ori pe zi, pentru o programare pozitivă.

1. „Eu trebuie...” se transformă în „Eu nu vreau...”
2. „Eu nu pot...” se transformă în „Îmi doresc să...”
3. „Eu mă tem că...” se transformă în „Eu vreau...”

1. Tehnica „Amintiri”

Amintiți-vă acel timp din viața personală când erați încrezut în sine și iubit cu adevărat... Alegeți un epizod oarecare din acea perioadă...și re trăiți-l din nou cu toate detaliile sale...

Amintiți-vă toate sunetele...mirosurile...culorile...muzica...sentimentele dvs., și re trăiți-le din nou...

Încercați să vă răspundeți singur...care sunt cele mai esențiale particularități ale acestei re trăiri...Ce va împiedică să simțiți astfel de senzații acum?...

2. Tehnica „Cunoașterea personală” [217, p. 381]

Exercițiul este propus pentru antrenarea deprinderii de observație asupra sentimentelor sale. Aceasta este o deprindere simplă, o observație asupra proceselor fiziologice personale. În calitate de obiect al observației folosim propriul corp – palma mâinii drepte pentru dreptaci și palma mâinii stângi pentru stângaci.

Pentru încălzire faceți un șir de mișcări simple, care pregătesc „materialul” pentru lucru de mai departe, asigurând o multitudine de senzații fiziologice, care este imposibil de a nu le observa.

1. Uniți vârfurile degetelor la ambele mâini, lipiți-le cu forță, împingându-le unul pe altul. Faceți cu putere 15-20 de mișcări reciproce, de parcă a-ți strânge o pară de cauciuc imaginară, care se află între palme, imitând lucrul pompei.
2. Energic frecați palmele una de alta, până când va apărea o senzație intensă de căldură.
3. Puternic și repede, nu mai puțin de 10 ori, strângeți și desfaceți pumnul, atingând senzația de oboseală în mușchii palmei.
4. Fluturați pasiv mâina care „atâră”.

Acum – atenție și încă o dată atenție! Puneți palmele simetric pe genunchi. Orientați toată atenția la senzațiile interioare. Tot ce este din exterior în acest timp, parcă nu ar exista pentru d-astră. Concentrați-vă atenția pe palma dreaptă. Ascultați senzațiile. În primul rând atrageți atenția la următoarele senzații :

1. Senzația de greutate. Ce simțiți în mână: greutate sau ușurință .
2. Senzația de temperatură. Simțiți frig sau căldură în mână.
3. Senzații adăugătoare (nu neapărat, dar există des)
 - uscăciune sau umiditate
 - pulsație
 - înțepare
 - senzația trecerii curentului electric
 - senzația „furnicării”, „piele de găină”
 - amortire (de obicei la vârful degetelor)
 - vibrație
 - tremor muscular

Posibil, veți simți, că palma parcă iradiază o oarecare „energie”. Străduiți-vă să memorați această senzație, care vă va prinde bine mai apoi. Poate, veți simți în degete, palmă, mână – apariția unei mișcări – dați-i drumul la libertate. Observați după ea dintr-o parte. Închipuiți-vă, că corpul s-a trezit și se mișcă involuntar, independent de dorință. Continuați să duceți observații asupra senzațiilor, fără întrerupere, de parcă v-ați aprofunda în acest proces, imaginar delimitându-vă de tot ce vă înconjoară, de toate din exterior. Stăruiți-vă să prindeți în senzații „cele mai mici schimbări”, deoarece senzațiile niciodată nu rămân strict stabile și neschimbate; este important de reținut, de concentrat atenția asupra lor, ca să observați aceste schimbări. Urmăriți cum senzațiile se schimbă: când sunt mai puternice, când sunt mai slabe; cum își schimbă localizarea treptat schimbându-se dintr-un punct în altul, și cum unele senzații eliberează locul pentru altele. Continuați să îndepliniți exercițiile destul de mult 8-10 min, iar dacă aveți răbdare și mai mult timp. La sfârșit - ieșirea activizatorie.

3. Tehnica „Relaxarea musculară progresivă – III” [217, p. 397]

După efectuarea primelor două părți ale exercițiului vom trece la următoarea etapă.

Puneți mâinile de-a lungul corpului și alegeți cea mai confortabilă poziție a corpului. Închideți ochii și respirați câteva ori adânc, ca să începeți procesul de relaxare. Permiteți respirației să decurgă natural, în ritm liniștit, calm. Abdomenul se ridică cât mai sus, când inspirați, și se lasă cât mai jos când expirați. Se pare că respirați cu abdomenul, nu cu pieptul. Acesta este cel mai natural și liniștit mod de respirație. Noi respirăm astfel, când dormim. Respirația va deveni lentă și controlată. Acum ne vom concentra asupra diferitor grupuri de mușchi.

La început încordați fruntea, ridicând sprâncenele. Și încet relaxați fruntea. Simțiți fruntea relaxată total; fie ca orice tensiune, pe care o simțiți aici să dispară fără urmă. Închideți ochii, strângeți pleoapele puternic. Treptat relaxați mușchii oculari. Permiteți-le să se relaxeze total. Zâmbiți, zâmbiți larg, pe cât puteți, simțiți cum se încordează mușchii obrazilor. Permiteți zâmbetului să dispară încet, simțiți, cum dispare încordarea din obraji. Dați voie oricărei tensiuni rămase, pe care încă o simțiți, să dispară, să se evapore. Strângeți buzele, împreună, puternic. Și lent relaxați buzele și limba. Simțiți limba, buzele relaxate. Strângeți puternic dinții. Treptat permiteți maxilarelor să slăbească și să se relaxeze, simțiți, cum tensiunea se micșorează și dispare. Simțiți toată fața într-o stare de relaxare. Fruntea, fața și gura sunt total relaxate. Nici un mușchi nu se va mișca pe față. Fața este nemișcătoare și tăcută.

Simțiți încordare în mușchii gâtului. Plecați capul pe piept și încercați să îl atingeți cu bărbia. Încordați gâtul. Lent ridicați capul de pe piept, relaxați gâtul. Apăsați cu capul în suprafața patului pe care sunteți culcat. Și treptat aruncați toată încordarea de la gât. Acum toți mușchii gâtului sunt relaxați și nemișcați, capul liniștit și fără greutate stă culcat pe pat. Permiteți oricărei tensiuni care persistă să dispară de la cap și gât.

Acum simțiți o forță care vă apasă și totodată simțiți o relaxare. Sunteți relaxat. De fiecare dată când atingeți o astfel de stare de relaxare, căpătați o odihnă profundă, completă, după care vă simțiți foarte ușor, foarte bine. Atrageți atenție, cum corpul a devenit greu. Nu vă puteți mișca. Rămâneți în această stare atât, cât doriți : 1 min, 2 min și mai mult. Nimeni nu vă va încurca. Iar când vă veți scula, mișcărilor vor fi moi, lente și liniștite.

5. Tehnica „Urcarea pe munte” [56, p.158]

Imaginați-vă că este o zi frumoasă de primăvară... Soarele cald strălucește deasupra... făcându-vă să vă simțiți confortabil și relaxat, dar plin de entuziasm față de călătoria pe care urmează să o realizați. În vreme ce priviți în sus la vârful muntelui, știți că scopul este să ajungeți acolo pentru a descoperi un secret personal. Imaginați-vă acum poteca, ce urcă treptat pe coasta

lină. Pe măsură ce urcați tot mai sus... din ce în ce mai sus, poteca devine mai îngustă, iar terenul mai abrupt. Odihniți-vă un moment și simțiți briza răcoroasă pe piele și prin păr. Sunteți deja destul de sus pe munte, iar în jos se întinde o priveliște frumoasă... Puteți vedea la câțiva kilometri depărtare în jur. Ici-colo vedeți câte un iepure sau câteva capre negre, sau oi. Ele trăiesc în pace aici sus, împreună cu păsările și fluturii. Pe măsură ce urcați mai sus, muntele devine un pic mai abrupt și, pe alocuri, poteca devine mai îngustă. Tufișurile sălbatice mărginesc pe alocuri poteca și florile de munte răsar pentru a te întâmpina. Puteți vedea un alt munte, ce pare atât de aproape, încât ați putea să pășiți peste el; dar în realitate știți că este mult prea departe. După ce urcați mai sus pe munte, în final, ajungeți la un platou unde vă opriți pentru a vă odihni. Uitându-vă în josul muntelui, puteți vedea cât de departe ați ajuns. Ați mers drum lung în sus pe poteca de munte, care uneori a fost ușoară și alteori dificilă, dar ați continuat. Și puteți continua acum, până când ajungi în vârf. Apropiați-vă de scopul d-stră. Chiar în vârful muntelui vă așteaptă o persoană semnificativă din viața D-stră, care vă poate da răspunsul la problema d-stră. Memorați acest răspuns. Și... acum...inspirați adânc și expirați brusc de trei ori, și reveniți aici și acum, în ziua de azi (data, luna, anul).

Temă pentru acasă. Tehnica „ Desenați mandala proprie” [176]

Vă propun o foaie de desen cu un cerc inclus diametrul 27 cm, un creion simplu și un set de creioane/carioca/crete pastilate, colorate. Această tehnică este asemeni unui fapt sacru, precum este dialogul cu sine însuși. Într-un sens oarecare ca rezultat al desenării mandalei, se va naște propriul „eu”.

Instrucțiuni: luați o culoare și desenați ceva în mijlocul cercului. Alegeți culoarea care, în cea mai mare măsură vă este plăcută la moment. Focusați atenția la forma imaginii și gândiți-vă, ce acțiune vă va șopti să faceți. Este important să primiți plăcere de la acest lucru.

Marginile cercului nu trebuie să fie pentru dvs. o barieră de neînvins. Dacă vreți să ieșiți din aceste limite, o puteți face – doar e cercul dvs.

Când ve-ți finaliza desenul, semnați-l și puneți data, și faceți un semn care este partea de sus a imaginii.

Completați prin imagine tot conținutul cercului, începând din mijloc. Ce imagine apare, aceea o puneți în cerc. Nu încercați să dați din start o explicație. Cineva a zis, că e mai bine să fii o celulă vie a ficatului, decât o „celulă” sintetică a inimii artificiale (astfel de fraze evidențiază necesitatea fidelității față de sine însuși).

Ședința nr.7.

Scop: redobândirea autoaprecierii adecvate

Obiective:

1. Prelucrarea stării de neliniște
2. Autoaprecierea stării psihice
3. Relaxarea psihologică
4. Stimularea autoevaluării

Discuții asupra temei pentru acasă

Dacă imaginea din cerc este aranjată mai mult în partea stângă jos – reflectă prioritar procesele inconștiente; în partea din stânga sus și mai departe spre dreapta – reflectă procesele conștiente și transformarea conștiinței.

După categorie deosebim 2 tipuri: mandale simetrice, care amintesc floarea sau portocala în tăietură și reflectă în exclusivitate momentul dat de timp, lipsa culorilor și a formei în desen sunt legate de materialul psihic ca se află în afara domeniului conștient; mandale compuse, în diferite sectoare având culori și forme, reflectă materialul atât conștient, cât și inconștient, care se va descoperi mai mult pe parcursul lucrului.

1. Tehnica „Jocul cu neliniștea” [243]

Povestiți despre conținutul stării de neliniște. Dacă aveți mai multe gânduri care vă provoacă neliniște, alegeți una dintre situațiile concrete, pentru a petrece apoi astfel de lucru cu fiecare situație în parte.

Încercați să spuneți, cât de des și cât de mult vă gândiți la situația dată pe parcursul zilei (câte ori, cât timp în general).

Alegeți timpul și locul, care nu este caracteristic pentru neliniștea dvs... Vă puteți convinge că, cu cât este mai stabil locul, cu atât este mai eficientă tehnica dată.

În acest timp responsabil, trebuie să vă gândiți doar la conținutul negativ al neliniștei, la posibilele scenarii negative a dezvoltării ei. Permiteți-le să apară în conștient liber, necătând la faptul că vă vor provoca neliniște și retrairi. Nu vă distrageți atenția la alternativele pozitive pe care vi le poate da conștientul, după principiul „Da... dar!” . Continuați să vă gândiți doar la conținutul negativ.

Imposibil să vă gândiți la variante din ce în ce mai rele, decât doar câteva minute.

Pregătindu-vă de lucru, este necesar să inspirați bine și să începeți liniștit și profund să respirați, de dorit cu umor să vă adresați conștientului: „Ei, drag conștient, azi vom avea ceva nou, și eu cred că tu vrei să mă ajuți să ocup acest timp, așa că, te rog, dă-mi și amintește-mi, tot ce poți”.

Cât nu ar fi de neașteptat, dar degrabă veți vedea că, câteva minute (5-10) vă va fi de ajuns, ca să transformați neliniștea într-o stare mai liniștită, stare de siguranță sau chiar să vă eliberați

definitiv de ea. Astfel, folosind timpul doar pentru „jocul de-a neliniștea” ați atins scopul – asociindu-vă cu neliniștea, o localizați într-un loc anumit și o limitați într-un timp anume.

La sfârșitul tehnicii date, adresați-vă iar conștientului: „Da, dragă conștient... multstimabil „Eu” azi ai lucrat binișor, mulțumesc ție, eu știam că nu o să mă dai de gol într-o situație dificilă...”.

2. Tehnica „Treapta pe care vă aflați...”

Instrucțiune: Aveți o fișă cu 10 scări desenate. Apreciați, după părerea proprie, pe care treaptă vă aflați acum.

Evaluarea:

- a) 1 - 4 subapreciere
- b) 5 – 7 apreciere adecvată
- c) 8 – 10 supraapreciere

3. Tehnica „Relaxarea musculară progresivă – IV” [217, p.397]

Acum veți efectua primele trei părți ale exercițiului și apoi veți trece la următoarea etapă.

Puneți mâinile de-a lungul corpului și alegeți cea mai confortabilă poziție a corpului. Închideți ochii și respirați câteva ori adânc, ca să începeți procesul de relaxare. Permiteți respirației să decurgă natural, în ritm liniștit, calm. Abdomenul se ridică cât mai sus, când inspirați, și se lasă cât mai jos când expirați. Se pare că respirați cu abdomenul, nu cu pieptul. Acesta este cel mai natural și liniștit mod de respirație. Noi respirăm astfel, când dormim. Respirația va deveni lentă și controlată. Acum ne vom concentra asupra diferitor grupuri de mușchi.

La început încordați fruntea, ridicând sprâncenele. Și încet relaxați fruntea. Simțiți fruntea relaxată total; fie ca orice tensiune, pe care o simțiți aici să dispară fără urmă. Închideți ochii, strângeți pleoapele puternic. Treptat relaxați mușchii oculari. Permiteți-le să se relaxeze total. Zâmbiți, zâmbiți larg, pe cât puteți, simțiți cum se încordează mușchii obrazilor. Permiteți zâmbetului să dispară încet, simțiți, cum dispăre încordarea din obraji. Dați voie oricărei tensiuni rămasă, pe care încă o simțiți, să dispară, să se evapore. Strângeți buzele, împreună, puternic. Și lent relaxați buzele și limba. Simțiți limba, buzele relaxate. Strângeți puternic dinții. Treptat permiteți maxilarelor să slăbească și să se relaxeze, simțiți, cum tensiunea se micșorează și dispăre. Simțiți toată fața într-o stare de relaxare. Fruntea, fața și gura sunt total relaxate. Nici un mușchi nu se va mișca pe față. Fața este nemișcată și tăcută.

Simțiți încordare în mușchii gâtului. Plecați capul pe piept și încercați să îl atingeți cu bărbia. Încordați gâtul. Lent ridicați capul de pe piept, relaxați gâtul. Apăsați cu capul în suprafața patului pe care sunteți culcat. Și treptat aruncați toată încordarea de la gât. Acum toți mușchii

gâtului sunt relaxați și nemișcați, capul liniștit și fără greutate stă culcat pe pat. Permiteți oricărei tensiuni care persistă să dispară de la cap și gât.

Acum ridicați umerii spre cap atât de sus, pe cât puteți. Lent permiteți-le să se lase în jos. Simțiți umerii calmi și nemișcați. Încordați brațul, îndoind mușchiul biceps astfel, încât să apară o curbă convexă. Încet scoateți încordarea din partea de sus a mâinii. Strângeți pumnii și încordați mușchii antebrațului și labei mâinii. Și din nou relaxare, lent și treptat. Acum relaxați total capul, gâtul, umerii și mâinile astfel, ca să vă simțiți liber și comod. Încordați mușchii pieptului și abdomenul. Treptat relaxați-le. Încovoiați spatele, simțiți cum se încordează. Și încet dezdoiați-vă, relaxând fiecare mușchi. Simțiți capul, gâtul, torsul și mâinile în liniște absolută. Dați-le voie să stea nemișcate și în repaos total. Imaginați-vă cât sunt de nemișcate; nici nu le puteți mișca.

Acum simțiți o forță care vă apasă și totodată simțiți o relaxare. Sunteți relaxat. De fiecare dată când atingeți o astfel de stare de relaxare, căpătați o odihnă profundă, completă, după care vă simțiți foarte ușor, foarte bine. Atrageți atenție, cum corpul a devenit greu. Nu vă puteți mișca. Rămâneți în această stare atât, cât doriți : 1 min, 2 min și mai mult. Nimeni nu vă va înkurca. Iar când vă veți scula, mișcărilor vor fi moi, lente și liniștite.

4. Tehnica „Metafora tufei de trandafir” [56, p.258]

Imaginați-vă că arătați ca o tufă de trandafiri, în special o tulpină cu frunze verzi și un boboc de trandafir. Bobocul pare verde, deoarece separele sunt închise, dar chiar în vârf se poate vedea un punct roșu. Acum, pe măsură ce vă concentrați asupra acestui punct de culoare roșie, separele verzi încep să se separe, să se deschidă treptat, relevând petalele din interior, de o delicată culoare roșie. Separele continuă să se deschidă până când puteți vedea întregul boboc delicat. Petalele se separă și ele încet, până când apare un trandafir perfect, complet deschis. Așa că acum respirați și inspirați parfumul acestui trandafir delicat, inhalând parfumul său caracteristic și inimitabil; atât de delicat, dulce și delicios. Continuați să inspirați parfumul său vindecător, care vă încântă și vă pătrunde toate simțurile, în fiecare parte a corpului. Imaginați-vă forța vieții care ia naștere din rădăcinile florii și duce la deschiderea ei... Memorați această stare. Acum, inspirați adânc și expirați brusc, de trei ori, și deschideți ochii.

Temă pentru acasă. Tehnica „Eul-real și Eul-ideal”

Instrucțiune: Desenați, vă rog persoana proprie în două ipostaze. Prima imagine trebuie să reprezinte Eul real, iar a doua imagine – Eul ideal. Acest exercițiu îl efectuați în 10-15 min.

Ședința nr.8.

Scop: autoobservarea activă

Obiective:

1. Recunoașterea tiparelor comportamentale proprii
2. Observarea senzațiilor interioare
3. Relaxarea mentală
4. Relaxarea musculară

Discuții asupra temei pentru acasă

Răspundeți la următoarele întrebări:

1. Când ați simțit mai mare încordare/tensionare, la desenarea imaginii reale sau ideale?
2. Ce ar fi bine de făcut, cum să acționați ca aceste două noțiuni real-ideal să devină unificate/ într-un tot unitar?

1. Tehnica „Chineziterapie. Poza lui Cook” [238, p.72]

La început trebuie de recunoscut prezența stresului. Cel mai neproductiv comportament – este fuga de propriile probleme. Este important de a le privi în față și de a lua hotărâri importante. Nimeni, în afară de însuși persoana, nu va face acest lucru. Dacă nu se primește individual, atunci a sosit timpul de apelat pentru ajutor și de scăpat de stres. Pentru ajutor corpului se poate recomanda mai multe ore de somn. Luați-vă liber, săturați-vă de somn. La fel ajută folosirea unui volum mai mare de apă pură cu scopul eliminării produselor descompunerii hormonilor stresului; alimentație completă sănătoasă, ședere la aer curat în timpul zilei. Există și tehnici pentru corecția suprasolicitării, ca ajutor în corecția consecințelor stresului.

Poziția 1. Așezați-vă comod, puneți picioarele pe podea. Piciorul drept puneți-l pe genunchiul piciorului stâng, încrucișați mâinile în așa mod, ca mâina dreaptă să fie de-asupra celei stângi. Apucați cu mâina stângă glezna piciorului drept, iar palma dreaptă puneți-o pe partea intrioară a tălpii drepte. Apăsați cu limba palatul dur și respirați profund. Închideți ochii și stați în poziția aceasta 30-60 sec. Apoi schimbați picioarele, puneți piciorul stâng pe genunchiul drept și corespunzător schimbați mâinile. Repetați exercițiul.

Poziția 2. Șezând pe fotoliu puneți ambele tălpi pe podea. Uniți palmele astfel, ca degetele să se atingă reciproc. Închideți ochii. Apăsați cu limba palatul dur. Respirați profund. Rămâneți în poziția aceasta 30-60 sec.

Acest exercițiu permite echilibrarea tuturor meridianelor energetice. Este benefic de efectuat în caz de supraoboseală, tensionare, stări de stres.

3. Tehnica „Respirația orientată” [217, p.415]

Relaxați-vă. Respirați cu abdomenul. Încercați să simțiți într-adevăr respirația. Foarte atent observați toate senzațiile, care apar în timpul respirației. Folosiți 5-7 min pentru aceasta fără întrerupere. Continuați să duceți observații asupra senzațiilor interioare, legate cu respirația. Găsiți o senzație, legată de centrul cutiei toracice. Dacă se simte undeva la suprafață, ea poate

aminti o atingere ușoară. Dacă o simțiți mai profund – poate aminti o greutate, destul de moderată, posibil de răbdat. Observați, cum se schimbă la inspirație și la expirație, schimbările vor fi contrarii. Dacă este senzația de atingere, apăsare din exterior, de obicei la inspirație – ea se intensifică, iar la expirație „apăsarea” slăbește. Dacă este senzația de greutate interioară, atunci la inspirație - greutatea crește, iar la expirație – scade, „se topește”. Fiți atent - mai întâi schimbările pot fi abia observabile; în timpul observației ele se pot intensifica (astfel este construită atenția noastră). Dacă apariția senzațiilor stabile în centrul cutiei toracice, se manifestă diferit la inspirație și expirație, dați frâu liber fanteziei, imaginându-vă, că respirația, aerul inspirat în afară de mișcările sale prin căile de respirație trece prin această porțiune, imaginați-vă că respirați prin această porțiune a propriului corp. Respirați astfel 4-5 min. Apoi încercați să orientați respirația imaginar în alte părți ale corpului, după dorința personală.

4. ***Tehnica „Relaxarea musculară progresivă – V”*** [217, p.397]

Acum veți efectua primele patru părți ale exercițiului și apoi veți trece la următoarea etapă.

Puneți mâinile de-a lungul corpului și alegeți cea mai confortabilă poziție a corpului. Închideți ochii și respirați câteva ori adânc, ca să începeți procesul de relaxare. Permiteți respirației să decurgă natural, în ritm liniștit, calm. Abdomenul se ridică cât mai sus, când inspirați, și se lasă cât mai jos când expirați. Se pare că respirați cu abdomenul, nu cu pieptul. Acesta este cel mai natural și liniștit mod de respirație. Noi respirăm astfel, când dormim. Respirația va deveni lentă și controlată. Acum ne vom concentra asupra diferitor grupuri de mușchi.

La început încordați fruntea, ridicând sprâncenele. Și încet relaxați fruntea. Simțiți fruntea relaxată total; fie ca orice tensiune, pe care o simțiți aici să dispară fără urmă. Închideți ochii, strângeți pleoapele puternic. Treptat relaxați mușchii oculari. Permiteți-le să se relaxeze total. Zâmbiți, zâmbiți larg, pe cât puteți, simțiți cum se încordează mușchii obrazilor. Permiteți zâmbetului să dispară încet, simțiți, cum dispare încordarea din obraji. Dați voie oricărei tensiuni rămase, pe care încă o simțiți, să dispară, să se evapore. Strângeți buzele, împreună, puternic. Și lent relaxați buzele și limba. Simțiți limba, buzele relaxate. Strângeți puternic dinții. Treptat permiteți maxilarelor să slăbească și să se relaxeze, simțiți, cum tensiunea se micșorează și dispare. Simțiți toată fața într-o stare de relaxare. Fruntea, fața și gura sunt total relaxate. Nici un mușchi nu se va mișca pe față. Fața este nemișcată și tăcută.

Simțiți încordare în mușchii gâtului. Plecați capul pe piept și încercați să îl atingeți cu bărbia. Încordați gâtul. Lent ridicați capul de pe piept, relaxați gâtul. Apăsați cu capul în suprafața patului pe care sunteți culcat. Și treptat aruncați toată încordarea de la gât. Acum toți mușchii

gâtului sunt relaxați și nemișcați, capul liniștit și fără greutate stă culcat pe pat. Permiteți oricărei tensiuni care persistă să dispară de la cap și gât.

Acum ridicați umerii spre cap atât de sus, pe cât puteți. Lent permiteți-le să se lase în jos. Simțiți umerii calmi și nemișcați. Încordați brațul, îndoind mușchiul biceps astfel, încât să apară o curbă convexă. Încet scoateți încordarea din partea de sus a mâinii. Strângeți pumnii și încordați mușchii antebrațului și labei mâinii. Și din nou relaxare, lent și treptat. Acum relaxați total capul, gâtul, umerii și mâinile astfel, ca să vă simțiți liber și comod. Încordați mușchii pieptului și abdomenul. Treptat relaxați-le. Încovoiați spatele, simțiți cum se încordează. Și încet dezdoiați-vă, relaxând fiecare mușchi. Simțiți capul, gâtul, torsul și mâinile în liniște absolută. Dați-le voie să stea nemișcate și în repaos total. Imaginați-vă cât sunt de nemișcate; nici nu le puteți mișca.

Acum vom lucra cu partea de jos a corpului. Mai întâi încordați mușchii fesieri. Și permiteți-le să se relaxeze, câte puțin, treptat. Acum debarasați-vă de orice încordare rămasă în regiunea fesieră. Simțiți cum fesele stau – plăcut, comod, bine. Acum încordați mușchii coapselor, apoi al genunchilor. Permiteți încordării din coapse și de la genunchi să dispară lent. Coapsele și genunchii pierd încordarea rămasă și se aranjează ca să se odihnească. Încordați pulpele picioarelor. Lent relaxați-le. simțiți picioarele total relaxate. Lent relaxați degetele picioarelor. Apoi îndoiați degetele picioarelor în jos cât mai tare. Permiteți degetelor și tălpilor să se întoarcă la starea de liniște, pauză. Tălpile se află într-o stare de relaxare totală.

Acum simțiți o forță care vă apasă și totodată simțiți o relaxare. Sunteți relaxat. De fiecare dată când atingeți o astfel de stare de relaxare, căpătați o odihnă profundă, completă, după care vă simțiți foarte ușor, foarte bine. Atrageți atenție, cum corpul a devenit greu. Nu vă puteți mișca. Rămâneți în această stare atât, cât doriți : 1 min, 2 min și mai mult. Nimeni nu vă va încurca. Iar când vă veți scula, mișcările vor fi moi, lente și liniștite.

5. Tehnica „Relaxarea mintală/psihologică”

Închideți ochii și respirați de câteva ori adânc, încet. În timp ce respirați încet și adânc, imaginați-vă la etajul 7 al unei clădiri. Vă plimbați de-a lungul unui coridor roșu și ajungeți la capătul lui, unde este partea de sus a unei scări rulante, cu indicatorul "coborâre". Este o scară rulantă, de o culoare argintie, foarte interesantă. E o scară rulantă, netedă, silențioasă, foarte solidă și sigură. Pășiți pe ea și simțiți cum începeți să alunecați în jos. Țineți mâinile pe balustradă și coborâți fără nici un zgomot, foarte lent..., foarte sigur..., foarte liniștit... Coborâți într-o incursiune relaxantă, spre parter, unde știți că puteți cunoaște lume. Continuați să coborâți și să vă simțiți liniștit și relaxat, ... liniștit și relaxat...

Trageți, adânc, aer în piept. În timp ce respirați, repetați "7" de mai multe ori. Vizualizați această cifră "7", afișată în fața pereților de un roșu aprins, de la etajul "7". Culoarea roșie rămâne în urma dvs., în timp ce dvs. continuați să vă relaxați și să vă lăsați în jos. Acum ați ajuns la etajul 6. Ieșiți de pe scara rulantă și vedeți numărul 6, imprimat pe pereții de un portocaliu aprins, de la etajul 6. Înconjurat de această culoare, pășiți spre partea de sus a scării rulante. Pășiți spre ea și, din nou, glisați ușor în jos.

Trageți adânc aer în piept și, când expirați, repetați de mai multe ori "6" și vedeți clar pereții de un portocaliu aprins care vă înconjoară. Vă simțiți liniștit și relaxat, în vreme ce coborâți silențios spre o zonă și mai plăcută și odihnitoare. Acum ați ajuns la etajul 5. Vedeți indicatorul etajului 5 și observați că pereții au o culoare galben-aurie, foarte plăcută. Ieșiți de pe scara rulantă și pășiți pe acest coridor galben, spre următoarea scară rulantă, de coborâre.

Trageți adânc aer în piept și în timp ce expirați, vizualizați numărul "5". Repetați mental numărul "5" de mai multe ori, în vreme ce vă delectați cu această minunată și veselă culoare galben-aurie. Pășiți pe următoarea scară rulantă și continuați să vă lăsați în jos. Vă simțiți foarte bine, foarte ușor, în vreme ce vă lăsați în jos și nu faceți nimic altceva decât să vă desfățați de culori. Vedeți indicatorul etajului 4 și observați că pereții sunt de un verde ca iarba, odihnitor și succulent. Ieșiți de pe scara rulantă a etajului 4 și mergeți prin această culoare verde-smarald, spre următoarea scară rulantă. Inspirați adânc și în timp ce expirați vizualizați numărul 4. Repetați de mai multe ori "4". Vă pătrundeți de plăcerea acestui verde clar și bogat care vă înconjoară, în vreme ce pășiți spre următoarea scară rulantă și glisați spre un spațiu mai plăcut și mai relaxant. Ajungeți la indicatorul etajului 3 și vedeți că pereții acestuia sunt de o minunată culoare albastră. Vă simțiți invadat de acest albastru calm, liniștitor. Vă simțiți înconjurat de albastru. Vă opriți câteva clipe la etajul 3 și vizualizați o scenă liniștită din natură, un loc preferat în care v-ați simțit cel mai relaxat, un lac albastru sau un ocean albastru, calm sau câmpii/munți acoperiți de un vast cer albastru. Simțiți iarăși aceeași senzație de armonie și relaxare adâncă pe care ați simțit-o atunci. Vă bucurați de culoarea albastră care curge pe lângă dvs. și trăiți o senzație foarte plăcută, foarte odihnitoare, foarte relaxantă. Trageți adânc aer în piept și în timp ce expirați, vizualizați numărul 3. Repetați în minte "3" de mai multe ori.

Pășiți pe următoarea scară rulantă de coborâre și începeți încă o dată să glisați în jos, silențios și ușor, spre un spațiu și mai relaxant, plăcut, de o culoare caldă și odihnitoare.

Vedeți indicatorul etajului 2 și observați că pereții care vă înconjoară la acest etaj sunt de un indigo "plin". Vă mișcați pe acest indigo spre următoarea scară rulantă, coborând prin acest indigo, spre o zonă mai plăcută și mai relaxantă. Vedeți indicatorul "1" și constatați că acest nivel are o culoare luminoasă, violetă. Scara glisează ușor în jos și dvs. coborâți la etajul 1. Trageți adânc aer în

piept și în timp ce expirați, vizualizați numărul 1 și repetați "1" de mai multe ori. Vă place culoarea luminoasă violetă din jurul dvs. Ați ajuns într-o stare foarte, foarte relaxată. Vă simțiți foarte odihnit, foarte relaxat, foarte sănătos. Acum sunteți la nivelul dvs. interior de bază. La acest nivel vă puteți conecta cu ușurință la alte zone ale conștiinței dvs. Continuați să vă odihniți și să savurați relaxarea totală și să respirați adânc. Timp de aproximativ un minut vă simțiți complet relaxat.

Ca să ieșiți din acest nivel interior, de bază, numărați de la 1 la 3. Când ajungeți la 3, deschideți ochii și vă simțiți energic, echilibrat, proaspăt și fără nici o tensiune.

Temă pentru acasă. Tehnica „Soarele meu”

Instrucțiuni: Desenați un cerc în mijlocul foii și scrieți în cerc cuvântul Eu. Imaginați-vă că acest cerc sunteți Dvs., iar razele soarelui sunt calitățile pozitive ale Dvs. Pe fiecare rază scrieți câte o calitate.

Ședința nr.9.

Scop: schimbarea tiparelor de gândire

Obiective:

1. Autoinfluența asupra proceselor cognitive
2. Observarea comportamentului propriu
3. Relaxarea musculară
4. Întărirea Eu-lui

Discuții asupra temei pentru acasă

Determinarea calităților sale bune; activizarea deprinderii de a gândi pozitiv despre sine.

1. Tehnica „Șase pălării ale gândirii”

Imaginați-vă că odată cu îmbrăcarea unei pălării de o anumită culoare căpătați posibilitatea de a gândi în alt mod:

- pălăria albă vă învață să gândiți prin intermediul cifrelor, faptelor, fără emoții, logic și concis;
- pălăria neagră - să vedeți toate părțile negative ale situației, să apreciați riscurile;
- pălăria galbenă - să descoperiți potențialul pozitiv, plusurile situației;
- pălăria roșie - să vedeți evenimentul în culori vii, trăindu-l intensiv;
- pălăria verde - să depistați o soluție originală, nouă;
- pălăria albastră - să găsiți sensul în faptele Dvs., să generalizați experiențele, să analizați problema în contextul evenimentelor curente;

Urmează să fie realizate însărcinările, îmbrăcând pe rând pălării de diferite culori.

Însărcinări: relatarea de pe diferite poziții a unei povești foarte cunoscute:

- "Scufița Roșie",
- "Capra cu trei iezi",
- "Gogoșa" etc.;
- rețeta salatei cu roșii, castraveți, ceapă și ardei;
- publicitatea înghețatei cu ciocolată "Eskimo".

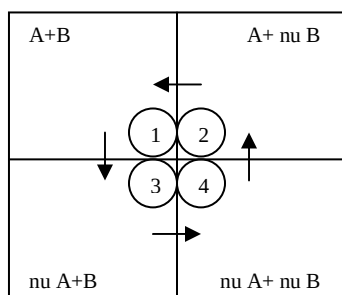
Discuția asupra conținutului exercițiului:

- Ce ați învățat în cursul acestui exercițiu?
- Ce "pălărie" îmbrăcați de obicei când vă confrunțați cu o situație complicată?
- Ce pălărie v-ar plăcea să îmbrăcați într-o asemenea situație?
- Încercați să schimbați "pălăria".
- Ce se schimbă în modul Dvs. de a gândi, a reacționa afectiv, a acționa?

2. Tehnica „Pătratul logic” [227, p.794]

Acest exercițiu vă va ajuta să priviți comportamentul obișnuit sub un alt unghi de vedere, să eliberați timpul dvs. de activitatea în surplus.

Construcția de bază:

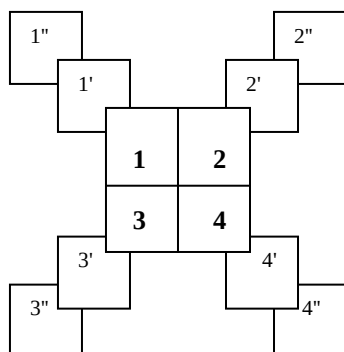


Instrucțiune 1:

Consecutivitatea acțiunilor	Exemplu
Puneți în locul literelor A și B cuvintele „vreau” și „fac”. Găsiți problema în unul dintre patrate: „Vreau, dar nu fac...”, „Nu vreau, dar fac” ș.a.m.d. (N2)	Vreau să învăț engleza, dar nu învăț...
Ce văd, aud, simt, fac, când mă aflu în acest pătrat?	Acord atenție cărților de limbă engleză, cumpăr compact disc, mă cert singură...
Ce văd, aud, simt, dacă mă mut în pătratul N1?	Voi învăța, cu regularitate voi asculta compact disc, voi citi, voi traduce, mă voi lăuda...
Dar în pătratul N3? Nu vreau, dar fac! Forțat...	Dacă aș fi plecat în Anglia? Probabil, aș fi învățat oral și mai rapid. Cursurile – sunt tot același fel de studii.
Dar în pătratul N4? Nu vreau și nu fac!	Dacă m-aș fi relaxat? Ei, probabil, mai puțin

	m-aș fi certat, nu aș fi cumpărat cărți nefolositoare, nu aș fi sâcâit pritenele cu o problemă inutilă...
--	---

Instrucțiune 2: Imaginați-vă consecințele aflării personale în fiecare pătrat destul de mult...punându-vă întrebarea „Ce se va întâmpla mai apoi ?”



Exemplu:

2' Voi suferi încă un an din cauza că nu am învățat engleza, nu pot pleca la muncă pe baza contractului peste hotare.

2'' Se încetinește înaintarea pe scara ierarhică, creșterea în carieră, pot fi concediată; dar nici nu caut alt serviciu, unde engleza nu ar trebui deloc.

3' Merg să frecventez cursuri foarte costisitoare cu „totală aprofundare”, nu le pot abandona – e scump !

3'' Învăț în sfârșit, vorbesc liber, merg pe contract în SUA, iar acolo sigur – vreau nu vreau, dar trebuie...

4' Mă relaxez, încetez să mai sufăr, caut ceva nou. Poate, mai mult mă voi ocupa de viața personală, mă voi întâlni cu C. ...

4'' Da, așa nu e departe și căsătoria !

Hotărât: Merg împreună cu C. la cursuri! La o parte auto-tutorialele!

3. ***Tehnica „Relaxarea musculară progresivă – VI” (total)*** [217, p.397]

Puneți mâinile de-a lungul corpului și alegeți cea mai confortabilă poziție a corpului. Închideți ochii și respirați câteva ori adânc, ca să începeți procesul de relaxare. Permiteți respirației să decurgă natural, în ritm liniștit, calm. Abdomenul se ridică cât mai sus, când d-str inspirați, și se lasă cât mai jos când expirați. Se pare că respirați cu abdomenul, nu cu pieptul. Acesta este cel mai natural și liniștit mod de respirație. Noi respirăm astfel, când dormim. Acum respirația va deveni lentă și controlată. Acum vă veți concentra asupra diferitor grupuri de mușchi.

La început încordați fruntea, ridicând sprâncenele. Și încet relaxați fruntea. Simțiți fruntea relaxată total; fie ca orice tensiune, pe care o simțiți aici să dispară fără urmă. Închideți ochii, strângeți pleoapele puternic. Încet relaxați mușchii oculari. Permiteți-le să se relaxeze total. Zâmbiți, zâmbiți larg, pe cât puteți, simțiți cum se încordează mușchii obrazilor. Permiteți zâmbetului să dispară încet, simțiți, cum dispare încordarea din obraji. Dați voie oricărei tensiuni rămase, pe care încă o simțiți, să dispară, să se evapore. Strângeți buzele, împreună, puternic. Și lent relaxați buzele și limba. Simțiți limba, buzele relaxate. Strângeți puternic dinții. Treptat permiteți maxilarelor să slăbească și să se relaxeze, simțiți, cum tensiunea se micșorează și dispare. Simțiți toată fața într-o stare de relaxare. Fruntea, fața și gura sunt total relaxate. Nici un mușchi nu se va mișca pe față. Fața este nemișcătoare și tăcută.

Acum veți simți încordare în mușchii gâtului. Plecați capul pe piept și încercați să îl atingeți cu bărbia. Încordați gâtul. Lent ridicați capul de pe piept, relaxați gâtul. Apăsați cu capul în suprafața patului pe care sunteți culcat. Și treptat aruncați toată încordarea de la gât. Toți mușchii gâtului sunt relaxați și nemișcați, capul liniștit și fără greutate stă culcat pe pat. Permiteți oricărei tensiuni care persistă să dispară de la cap și gât.

Ridicați umerii spre cap atât de sus, pe cât puteți. Și lent permiteți-le să se lase în jos. Simțiți umerii calmi și nemișcați. Încordați brațul, îndoind mușchiul biceps astfel, încât să apară o curbă convexă. Încet scoateți încordarea din partea de sus a mâinii. Strângeți pumnii și încordați mușchii antebrăului și labei mâinii. Și din nou relaxare, lent și treptat. Relaxați total capul, gâtul, umerii și mâinile astfel, ca să vă simțiți liber și comod. Încordați mușchii pieptului și abdomenul. Treptat relaxați-le. Încovoiați spatele, simțiți cum se încordează. Și încet dezdoiați-vă, relaxând fiecare mușchi. Simțiți capul, gâtul, torsul și mâinile în liniște absolută. Dați-le voie să stea nemișcate și în repaos total. Imaginați-vă cât sunt de nemișcate; nici nu le puteți mișca.

Acum veți lucra cu partea de jos a corpului. Mai întâi încordați mușchii fesieri. Și permiteți-le să se relaxeze, câte puțin, treptat. Debarasați-vă de orice încordare rămasă în regiunea fesieră. Simțiți cum fesele stau – plăcut, comod, bine. Încordați mușchii coapselor, apoi al genunchilor. Permiteți încordării din coapse și de la genunchi să dispară lent. Coapsele și genunchii pierd tensiunea rămasă și se aranjează ca să se odihnească. Încordați pulpele picioarelor. Și lent relaxați-le. Simțiți picioarele total relaxate. Lent relaxați degetele picioarelor. Apoi îndoiați degetele picioarelor în jos cât mai tare. Permiteți degetelor și tălpilor să se întoarcă la starea de liniște, pauză. Tălpile se află acum într-o stare de relaxare totală.

Simțiți o forță care vă apasă tot corpul, total relaxat și liniștit, în jos. Simțiți o relaxare evident profundă.

Și, acum sunteți total relaxat – din vârful capului până la degetele de la picioare. De fiecare dată când atingeți o astfel de stare de relaxare, căpătați o odihnă profundă, completă, după care vă este foarte ușor de trăit. Atenție la respirație, care dă viață, un circuit fără sfârșit, care aduce energia vitală în timpul inspirației și elimină cele netrebuincioase prin expirație. Relaxarea va atinge un nivel profund, dacă veți simți, cum prin corpul trece un curent de aer, pătrunzând în interiorul corpului și apoi părăsindu-l lent.

Atrageți atenție, cum corpul a devenit greu. Nu vă puteți mișca. Rămâneți în această stare atât, cât doriți : 1 min, 2 min și mai mult. Nimeni nu vă va înkurca.

Iar când vă veți scula, mișcărilor vor fi moi, lente și liniștite.

4. *Tehnica „Intervenție de întărire a Eului (imagerie dirijată)”* [165, p.237]

Aveți posibilitatea să vă lăsați timpul de care aveți nevoie pentru a vă găsi propriul loc, propriul spațiu pentru a vă simți confortabil ... și doar tu știi când vei atinge acea stare, starea de confort care este necesară, în vederea ... începerii călătoriei către atingerea liniștei, relaxării și confortului interior.

Lăsați mintea inconștientă să călătorească acolo unde dorește ... lăsați sentimentele să se ducă acolo unde doresc ... lăsați senzațiile să călătorească și ... ați putea să vă acceptați indiferent de ceea ce face mintea, spiritul și corpul tău. Ați putea sta pe virful unui munte, putând alege să vă imaginați un curcubeu. Și... pentru un moment ... simțiți că acest curcubeu cunoaște toate răspunsurile de care aveți nevoie ... toate secretele vieții. Inspirând profund ați putea să intrați în mod confortabil într-o transă din ce în ce mai profundă. Și ... în același timp ați putea să vă simțiți din ce în ce mai aproape de curcubeu... împlinindu-vă în final dorința de a-l atinge ... învăluindu-vă cu culorile sale ... și ceva foarte special ar putea să vi se întâmple în această minunată călătorie de vindecare. Vă imaginați atât de luminos, atât de plin de energie de când ați intrat în acest curcubeu. Prima culoare în care ați intrat este cea roșie ... frumoasa bandă roșie... simțiți-o, trăiți-o, simțiți cum vă învăluie în totalitate, respirați în roșeață și începeți să observați cât de bine începeți să vă simțiți. *Culoarea roșie semnifică tăria... tăria fizică, tăria emoțională, tăria mentală.* Este tăria pe care o chemați pentru a vă echilibra, pentru a vă atinge scopul de a fi sănătos. Și de acum înainte de câte ori veți avea nevoie să vă alimentați această tărie, tot ce va trebui să faceți va fi - să închideți ochii și să vă înconjurați, să vă imaginați înconjurat, învăluit de culoarea roșie a curcubeului. Și acum permiteți minții inconștiente să coboare către un nivel mai profund de relaxare mintală și vizualizați-vă părăsind banda roșie și intrând în cea portocalie... Simțiți culoarea pe piele, respirați-o, mirosiți-o, umpleți-vă plămânii și lăsați-o să intre în circuitul sangvin... *Portocaliul reprezintă vindecarea...* - vindecarea fizică, vindecarea mentală și cea emoțională. În fapt, procesul de vindecare are loc chiar acum în interior.

Imaginează-ți și simte moleculele portocalii ca milioane de anticorpi microscopici care vă curăța de toate impuritățile... stres, tensiune, anxietate, îngrijorare și disconfort... Portocaliul vă poate vindeca de orice intruziune nedorită din viață, pur și simplu închizând ochii și respirând profund în culoarea portocalie. Inspirați pentru ultima dată culoarea oranj și permiteți inconștientului să călătorească către banda galbenă. Cum ați intrat în zona galbenă simțiți cât de fierbinte este galbenul... cât de plin de energie vă simțiți... Simțiți această energie circulând în corpul d-ștră. *Culoarea galbenă reprezintă puterea...* Și acum combinați puterea galbenului cu tăria roșului și cu vindecarea portocaliului... pur și simplu lăsați timpul să vă pătrundă, să vă reîntinerească. Observați cât de bine vă simțiți... Oricând vă veți simți dărâmat, dezolat... doar închideți ochii și respirați puterea galbenului...cufundați-vă în tăria roșului și în vindecarea portocaliului... și astfel nevoile vă vor fi satisfăcute.

Ați putea începe să vă lăsați purtat din banda galbenă în cea verde. Cum ați intrat în banda verde călătoriți din ce în ce mai relaxat, simțiți culoarea verde pe propria piele, vă simțiți răcorit și reîmprospătat. *Verdele reprezintă autocontrolul...* Ori de câte ori veți simți cum mânia și nemulțumirea vă încinge, în viața personală sau la locul de muncă, de fiecare dată culoarea verde vă va racori, odata cu fiecare respirație.

Respirați pentru ultima dată culoarea verde și îndreptați-vă plutind către zona albastră. Odată ce ați pătruns în zona albastră vă simțiți în siguranță. *Albastrul reprezintă protecția...* Tot timpul suntem expuși unor momente de necazuri, de tristețe, de stres... și câte odată simțim nevoia să ne retragem pentru a ne proteja pe noi înșine pentru scurte perioade de timp. Deci, acum dețineți abilitatea de a închide ochii oricând și oriunde, singuri sau împreună cu alții, să respirați în îmbrățișarea protectoare a culorii albastre. Veți descoperi că albastrul vă va proteja și vă va ajuta în timp ce continuați să vă atingeți scopurile. Și acum aș vrea să vă pregătiți pentru cea mai interesantă culoare a curcubeului - violetul. *Violetul reprezintă tranziția...* Culoarea violet vă va permite să treceți de la dominarea minții conștiente către zona profundă a propriei schimbări. Violetul deschide o nouă lume, noi experiențe interioare. Și în timp ce mintea conștientă se odihnește, mintea inconștientă este liberă să atingă insight-ul de care aveți nevoie. Deci închideți ochii și respirați culoarea violet."

În ritm propriu, permiteți Eul-ui d-ștră să părăsească curcubeul cu toată înțelepciunea sa, împreună cu puterea și noua înțelegere pe care ați adunat-o și lăsați-vă câteva momente de totală pace, confort și echilibru înainte de a redeschide ochii.

Temă pentru acasă. Tehnica „Harta viitorului” [165, p.165; 227, p.726]

Vom desena o hartă. Aceasta va fi Harta Viitorului. Însemnați pe hartă locul, unde vă aflați acum. Mai apoi notați locul unde ați dori să vă aflați în viitor și distanța în ani care vă

desparte de acest punct din harta voastră, începeți să notați calea spre viitor. Ea trece peste râuri și munți, prin localități populate intens și prin deșert. Notați denumirile fiecărui obiect din harta voastră. Identificați locurile mai puțin accesibile, pe care le veți parcurge mai dificil. După ce veți definitiva harta, stabiliți ce mijloace de transport pot fi folosite în deplasarea spre scop. Ce va alimenta transportul ales? Cu cine veți merge alături pe unele porțiuni, cine vă va ajuta să vă deplasați în cele mai dificile locuri? Cum se aranjează calea ta - cu multe cotituri și staționări, sau confruntând locurile periculoase și urmând-o cu insistență?

Discuția asupra conținutului exercițiului (răspunsurile la întrebări sunt notate și apoi prezentate în formă de relatare):

- Identificați cele mai importante locuri din hartă.
- Ce scopuri intermediare urmează a fi realizate, până a ajunge în punctul final?
- Există sau nu o legătură (un drum) între punctele cardinale de pe hartă?
- Unde urmează să vă confrunțați cu pericole?
- Unde vă veți alimenta și de ce aveți nevoie pentru a vă restabili forțele?
- Ce sentimente încercați, privind la harta întocmită?

Ședința nr.10.

Scop: ancorarea modelelor afectiv-comportamentale corespunzătoare stării de bine

Obiective:

1. Stabilirea obiectivelor pentru viitor
2. Formarea deprinderilor de ancorare a stărilor emoționale pozitive
3. Combinarea proceselor psiho-comportamentale
4. Provocarea stării de bine

Discuții asupra temei pentru acasă

Răspunsurile pentru întrebările temei pe acasă de la ședința precedentă notate și prezentate în formă de relatare.

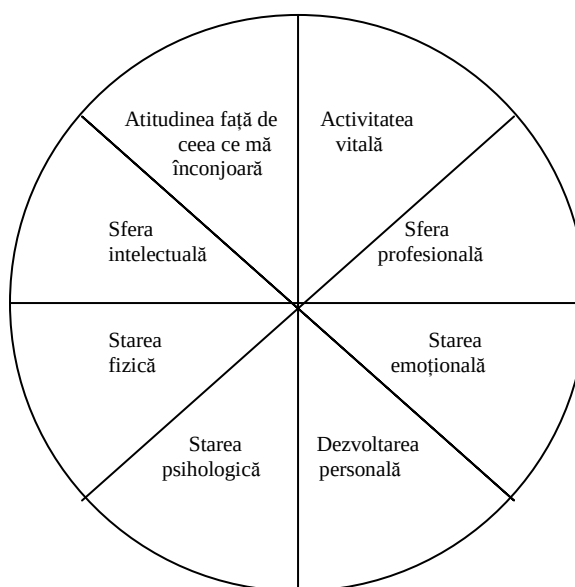
1. Tehnica „Roata vieții” [215, p.72]

Să aveți obiective clar stabilite, pe care să le urmați întocmai, pare să fie condiția necesară pentru succes în orice domeniu! Este această condiție suficientă?

S-a întâmplat vreodată să vă doriți foarte mult un anumit lucru, să vă focalizați toată atenția pe acel lucru și prin efort susținut să îl obțineți? S-a întâmplat, de asemenea, ca bucuria succesului obținut să dureze foarte puțin, iar dvs. să reveniți la o stare de nemulțumire? Această “întâmplare” este un semn clar că eforturile dvs. nu sunt îndreptate în direcția potrivită sau,

metaforic vorbind, nu ați pus scara pe zidul potrivit. O metodă simplă și de impact, prin care puteți evalua dezechilibrele din viața dvs. și cauzele nemulțumirilor, este roata vieții. Acest model de evaluare se referă la ariile vieții. Iată cum vă poate ghida roata vieții către obținerea echilibrului dorit: când distribuiți timpul folosit pentru fiecare dintre aceste arii, țineți cont de obiectivul pe termen lung de armonizare a ariilor vieții.

Instrucțiune: Realizați o reprezentare grafică a nivelului de satisfacție alocat fiecărei arii într-un interval de timp. Este surprinzător ce impact poate avea această reprezentare grafică pentru percepția vieții în general.



Odată creată această reprezentare, luați în considerare centrul cercului cu valoarea zero și marginea cercului cu valoarea 10. Astfel, puteți da pentru fiecare secțiune o măsură a satisfacției proprii prezente în fiecare din ariile reprezentate.

Întrebarea retoric-metaforică ce survine aici este: Roata se poate învârti suficient de bine dacă are această formă? Și a doua întrebare cheie: Cum puteți obține o roată cât mai “rotundă” și în același timp cât mai “plină”?

Într-o lume perfectă, probabil ne dorim o roată a vieții cât mai plină și cât mai echilibrată. Și totuși, în realitate se întâmplă rar acest lucru. Prin urmare, este necesar de a găsi soluții pentru trecerea de la un nivel mai jos la unul mai înalt, în acea sferă care necesită aceasta. Motivul este simplu: vă reechilibrați roata vieții și vă recâștigați simțul echilibrului.

Iată un model simplu, în 5 pași, prin care puteți explora obiectivele cu adevărat importante pentru dvs. Puneți-vă următoarele întrebări:

1. Ce îmi doresc?
2. Asta este ceea ce îmi doresc cu adevărat?

3. Care este lucrul, căruia nu îi acord suficientă atenție în viața mea chiar acum?
4. Care este pasul cel mai simplu pe care îl pot face chiar acum către ceea ce vreau?
5. Propune-ți să revizuiești periodic roata vieții și echilibrul personal (lunar, de exemplu).

Stabiliți-vă obiectivele pe baza unei viziuni de ansamblu a vieții dvs. și nu doar prin comparație cu standardele sociale. Pe termen lung, veți avea mult de câștigat. Roata vieții se-nvârtește...

2. Tehnica „Masarea timusului”

Timusul este o glandă ce se găsește în coșul pieptului. Prin masarea acestei zone, se stimulează funcțiile și se mărește nivelul de energie. Folosiți-vă de trei degete pentru a masa apăsând mijlocul pieptului într-o mișcare circulară, inversă acelor de ceasornic. Va trebui să masați pornind din mijlocul pieptului în sus spre umărul stâng și apoi spre cel drept. Repetați această mișcare circulară timp de un minut sau chiar mai mult. Ați putea observa când să vă opriți după felul în care respirați.

3. Tehnica „Formarea lanțului de ancorare” [185, p.639]

Determinați, cum aflați că o anumită situație vă crează stare neplăcută, legată de un oarecare eveniment. Ce vă dă de știre – gândurile, poziția, mișcările, respirația...? Hotărâți, la care stare mai întâi ați vrea să treceți, de îndată cum primiți acest semnal intern. La care în al doilea rând? Al treilea ...? (Ex. „lanțul,, dvs. poate arăta în felul următor „tensionare-liniște-interes-creativitate,,). Amintiți-vă timpul, când erați foarte calm și fixați această stare printr-o atingere-ancoră (cel mai comod este să atingeți cu un anumit deget o anumită parte a corpului). Ieșiți din acea stare de liniște, amintiți-vă când ați avut un interes enorm și fixați acea stare printr-o mișcare-ancoră, radical diferită de precedentă. Efectuați aceasta și pentru situația de creativitate (fixați-o/ancorați-o și pe aceasta). Întoarceți-vă la retrăirea stării de tensiune (ex: amintiți-vă cauza ultimei stări de tensionare). Cum numai ați simțit semnalul tensionării/neliniștei, includeți acea mișcare-ancoră a liniștei/calmității. Când această stare va atinge apogeul maxim, includeți ancora interesului, iar apoi a creativității.

4. Tehnica „Integrarea ancorelor” [185, p.640]

Principul „combinării,, a două procese neurologice contrarii se află la baza unei metode puternice, de integrare a ancorelor.

Așezați-vă comod, amintiți-vă când ați fost pe deplin încrezut în forțele proprii, plin de energie creativă sau pur și simplu sănătos (alegeți o stare). Ancorați aceste amintiri pe genunchiul dvs. drept, printr-o ușoară apăsare cu mâina dreaptă. Convingeți-vă că, ancorați anume în acel moment când retrăiți această amintire cel mai intens. Acum amintiți-vă situația traumatizantă care vă provoacă amintiri negative. Fixați ancora cu mâina stângă pe genunchiul

stâng. Cu ambele mâini odată apăsați pe ambele ancore. În rezultat ambele modele de comportament se vor ciocni într-un loc și în acelaș timp, astfel că neurologic va fi necesar de a le integra. Starea cu resurse și fără resurse se vor contopi, impunând creierul dvs. să caute noi posibilități în situația, care mai devreme se percepea ca problematică, și/sau schimbarea stării din nesănătoasă/neliniștită în una mai sănătoasă/de calmitate. Acum imaginați-vă situația problematică sau traumatică în viitor. Dacă lucrul dvs. a fost cu succes, observați că vă este mai ușor să găsiți resurse în situația dată (pe măsura cum vă veți imagina situația, vor apărea semne ale stării-resursă). Și fiți încrezut că, în consecință, dvs. veți putea simți „posedarea resursei,, nimerind într-o situație problematică, sau să vă însănătoșiți mult mai repede.

Temă pentru acasă. Tehnica „O călătorie în prezent”

Vă propun un exercițiu simplu, nu o călătorie în viitor, ci o călătorie în prezent. Evaluați-vă viața! Evaluați ce ați fost până acum, ce ați făcut sau ce ați avut! Poate întâmpinați o rezistență, considerând inutil să vă faceți o asemenea analiză și cu cât veți opune mai multă rezistență cu atât mai mult, probabil, aveți nevoie să vă răspundeți la întrebările de mai jos! Adăugați valoare vieții dvs. răspunzând sincer acestor întrebări. Nu există răspunsuri corecte sau greșite, sunt răspunsurile dvs.!

1. Ce v-a oprit până acum cel mai mult să aveți o viață împlinită (notați 3 lucruri/fapte/emoții)?
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
2. Ce ați putea face de acum încolo pentru a înlătura fiecare din cele trei bariere?
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
3. Ce ați făcut până acum pentru a învăța, pentru a vă dezvolta?
 - a. _____
 - b. _____
4. Ce ați putea face în continuare pentru a vă dezvolta și a învăța mai mult?
 - a. _____
 - b. _____
5. Ce ați făcut până acum pentru a fi mai sănătos?
 - a. _____
 - b. _____
6. Ce ați putea face în continuare pentru a fi mai sănătos?

- a. _____
- b. _____

7. Ce lucruri remarcabile ați făcut până în prezent care au adus o contribuție pentru tine, dar mai ales celor din jur?

- a. _____
- b. _____

8. Ce lucruri remarcabile ați putea să faceți în continuare?

- a. _____
- b. _____

9. Care sunt talentele dvs. folosite sau nefolosite?

- a. _____
- b. _____

10. Cum ați putea să le puneți în aplicare pentru a fi mai fericit sau mai împlinit?

- a. _____
- b. _____

11. Ce lucruri bune/ fapte bune ați făcut până acum?

- a. _____
- b. _____

12. Ce lucruri bune/ fapte bune ați putea face în continuare?

- a. _____
- b. _____

13. Care sunt oamenii din viața dvs. cărora le sunteți recunoscător?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

14. Cum ați putea să le arătați fiecăruia dintre ei că le sunteți recunoscător?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

15. Dacă astăzi ați afla că mai aveți doar 7 zile de trăit, care ar fi acele 5 lucruri pe care le-ați face?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

- d. _____
- e. _____

16. Cum ați lăsat până acum să se reverse iubirea dvs. asupra propriei persoane, asupra familiei și asupra celor din jur?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

17. Cum ați putea să continuați astfel încât să vă simțiți și mai împlinit?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

18. Care sunt cele mai importante lucruri pe care le prețuiți cel mai mult la dvs.?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

19. Cum ați putea să valorificați în viață aceste 5 lucruri pentru a vă simți mai împlinit?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

20. Ce ați făcut până acum pentru a sparge rutina vieții?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

21. Ce ați putea face în continuare pentru a ieși din starea de confort, pentru a vă lărgi cercul experiențelor astfel încât să vă simțiți mai împlinit?

- a. _____
- b. _____

- c. _____
22. Ce vă face pe dvs. unic, diferit și special?
- a. _____
- b. _____
- c. _____
23. Ce ar trebui să se întâmple pentru a fi dvs. mai împăcat cu sine însuși?
- a. _____
- b. _____
- c. _____
24. Cum credeți că ați putea să vă bucurați mai mult făcând munca pe care o faceți acum?
- a. _____
- b. _____
- c. _____
25. Cum credeți că ați putea să aduceți mai multă împlinire în viața personală
- a. _____
- b. _____
- c. _____
26. Ce vă oprește acum?
- a. _____
- b. _____
- c. _____
27. Cum ați putea să serviți mai bine scopului vieții dvs.?
- a. _____
- b. _____
- c. _____
28. Ce ați putea face astfel încât să simțiți că viața dvs. are un sens cu adevărat desăvârșit?
- a. _____
- b. _____
- c. _____
29. Care sunt acele 3 lucruri care v-au oprit până acum să aveți o viață mai împlinită?
- a. _____
- b. _____
- c. _____
30. Care sunt lucrurile cu adevărat importante din viața dvs.?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

31. De ce credeți că aceste lucruri sunt importante pentru dvs.?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

32. Cum ați putea să faceți astfel încât să dați mai multă atenție acestor lucruri cu adevărat importante pentru dvs.?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

33. Care sunt acele 3 lucruri pe care le veți face astăzi ca urmare a răspunsurilor pe care vi le-ați dăruit?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Este momentul să includeți persoana proprie în planul vieții dumneavoastră!

Țineți aproape aceste răspunsuri și recitiți-le cel puțin odată pe săptămână! Acest demers simplu poate aduce în viața dvs. mai multă împlinire decât vă imaginați! Acceptați provocarea, pentru că este important să vedeți în ce măsură contați personal pentru dvs. cu adevărat! Puteți învăța, vă puteți simți împlinit, fericit, puteți avea succes, vă puteți schimba, puteți să aveți tot ce vă doriți!

Anexa 17. Rezultatele obținute test-retest la indicatorii studiați, grupul experimental

	Valid N	Mean	Confidence - 95,000%	Confidence - 95,000	Median	Sum	Minimum	Maximum	Percentile - 5,000000	Percentile - 95,00000	Variance	Std.Dev.	Standard - Error	Skewness	Std.Err. - Skewness	Kurtosis	Std.Err. - Kurtosis
hipertim1	10	16,8000	14,0854	19,5146	15,0000	168,000	12,000	21,0000	12,000	21,0000	14,400	3,79473	1,20000	0,13176	0,687043	-1,86756	1,334249
hipertim2	10	12,6000	9,2753	15,9247	12,0000	126,000	3,000	18,0000	3,000	18,0000	21,600	4,64758	1,46969	-0,63653	0,687043	0,90608	1,334249
hiperpers1	10	15,5000	13,4979	17,5021	15,5000	155,000	12,000	20,0000	12,000	20,0000	7,833	2,79881	0,88506	0,57015	0,687043	-0,31779	1,334249
hiperpers2	10	13,4000	10,5346	16,2654	13,0000	134,000	6,000	20,0000	6,000	20,0000	16,044	4,00555	1,26667	-0,10788	0,687043	0,35349	1,334249
emotiv1	10	19,8000	18,2995	21,3005	21,0000	198,000	15,000	21,0000	15,000	21,0000	4,400	2,09762	0,66332	-1,65772	0,687043	2,04545	1,334249
emotiv2	10	14,4000	11,0753	17,7247	15,0000	144,000	6,000	21,0000	6,000	21,0000	21,600	4,64758	1,46969	-0,48412	0,687043	-0,45800	1,334249
hiperexact1	10	16,8000	13,8447	19,7553	16,0000	168,000	12,000	24,0000	12,000	24,0000	17,067	4,13118	1,30639	0,55598	0,687043	-0,80933	1,334249
hiperexact2	10	12,8000	7,8347	17,7653	12,0000	128,000	2,000	22,0000	2,000	22,0000	48,178	6,94102	2,19494	-0,46092	0,687043	-0,71102	1,334249
anxietat1	10	16,2000	12,9690	19,4310	15,0000	162,000	12,000	24,0000	12,000	24,0000	20,400	4,51664	1,42829	0,60560	0,687043	-1,18080	1,334249
anxietat2	10	11,1000	7,3079	14,8921	10,5000	111,000	3,000	18,0000	3,000	18,0000	28,100	5,30094	1,67631	-0,03625	0,687043	-1,38356	1,334249
ciclotim1	10	17,4000	14,3989	20,4011	18,0000	174,000	12,000	24,0000	12,000	24,0000	17,600	4,19524	1,32665	-0,17065	0,687043	-0,96794	1,334249
ciclotim2	10	14,4000	10,3787	18,4213	15,0000	144,000	3,000	21,0000	3,000	21,0000	31,600	5,62139	1,77764	-0,78025	0,687043	0,45554	1,334249
demonstr1	10	16,7000	14,4116	18,9884	17,0000	167,000	10,000	20,0000	10,000	20,0000	10,233	3,19896	1,01160	-0,90726	0,687043	0,74306	1,334249
demonstr2	10	12,5000	9,8181	15,1819	13,0000	125,000	6,000	18,0000	6,000	18,0000	14,056	3,74907	1,18556	-0,23721	0,687043	-0,76140	1,334249
nestapinit1	10	15,6000	13,3835	17,8165	15,0000	156,000	12,000	21,0000	12,000	21,0000	9,600	3,09839	0,97980	0,27232	0,687043	-0,89565	1,334249
nestapinit2	10	11,7000	7,8543	15,5457	12,0000	117,000	0,000	18,0000	0,000	18,0000	28,900	5,37587	1,70000	-0,97321	0,687043	1,48443	1,334249
distimic1	10	16,5000	13,4231	19,5769	15,0000	165,000	12,000	24,0000	12,000	24,0000	18,500	4,30116	1,36015	0,56553	0,687043	-1,00115	1,334249
distimic2	10	12,0000	9,1386	14,8614	12,0000	120,000	6,000	18,0000	6,000	18,0000	16,000	4,00000	1,26491	0,35156	0,687043	-0,74833	1,334249
exaltat1	10	18,0000	13,9533	22,0467	18,0000	180,000	12,000	24,0000	12,000	24,0000	32,000	5,56585	1,78885	-0,00000	0,687043	-2,12946	1,334249
exaltat2	10	13,0000	9,5445	16,4555	12,0000	130,000	6,000	24,0000	6,000	24,0000	23,333	4,83046	1,52753	1,33084	0,687043	2,77784	1,334249
anxiet1	10	-4,2590	-5,7310	-2,7870	-3,8200	-42,590	-7,970	-2,0700	-7,970	-2,0700	4,234	2,05778	0,65073	-0,73978	0,687043	-0,63355	1,334249
anxiet2	10	3,5070	0,8800	6,1340	1,7200	35,070	-0,690	8,7200	-0,690	8,7200	13,486	3,67234	1,16129	0,48081	0,687043	-1,78179	1,334249
deprnerv1	10	-6,2110	-8,3739	-4,0481	-5,6900	-62,110	-11,510	-2,7800	-11,510	-2,7800	9,142	3,02359	0,95614	-0,60440	0,687043	-0,81562	1,334249
deprnerv2	10	3,3840	1,3246	5,4434	3,7850	33,840	-0,700	7,5200	-0,700	7,5200	8,287	2,87880	0,91036	0,08013	0,687043	-1,33316	1,334249
obsfob1	10	-5,3480	-7,3139	-3,3821	-5,7000	-53,480	-10,530	-1,8600	-10,530	-1,8600	7,553	2,74821	0,86906	-0,37855	0,687043	-0,28031	1,334249
obsfob2	10	3,4790	2,0909	4,8671	3,7250	34,790	-0,110	5,7500	-0,110	5,7500	3,765	1,94039	0,61361	-0,51830	0,687043	-0,64922	1,334249
isterie1	10	-6,3210	-8,6031	-4,0389	-6,4000	-63,210	-11,170	-2,4100	-11,170	-2,4100	10,177	3,19018	1,00882	-0,30989	0,687043	-1,36803	1,334249
isterie2	10	3,7250	1,8388	5,6112	3,6700	37,250	0,510	8,5600	0,510	8,5600	6,952	2,63670	0,83380	0,48097	0,687043	-0,56624	1,334249
vegetativ1	10	-7,1380	-9,7660	-4,5100	-8,9350	-71,380	-11,070	-2,6000	-11,070	-2,6000	13,497	3,67376	1,16174	0,34709	0,687043	-2,08652	1,334249
vegetativ2	10	6,0100	3,3813	8,6387	6,2050	60,100	-0,320	10,4200	-0,320	10,4200	13,503	3,67464	1,16202	-0,70022	0,687043	-0,38396	1,334249
astenie1	10	-6,3290	-8,2090	-4,4490	-7,1400	-63,290	-9,660	-2,7800	-9,660	-2,7800	6,906	2,62799	0,83104	0,48569	0,687043	-1,44928	1,334249
astenie2	10	4,4650	1,9953	6,9347	4,8000	44,650	-1,790	9,1500	-1,790	9,1500	11,919	3,45246	1,09176	-0,74164	0,687043	-0,11886	1,334249
anxiet1	10	14,0000	12,9336	15,0664	14,0000	140,000	12,000	16,0000	12,000	16,0000	2,222	1,49071	0,47140	-0,00000	0,687043	-1,33393	1,334249
anxiet2	10	6,7000	5,7432	7,6568	7,0000	67,000	5,000	8,0000	5,000	8,0000	1,789	1,33749	0,42295	-0,36222	0,687043	-1,83376	1,334249
frustrare1	10	14,4000	12,6413	16,1587	15,0000	144,000	9,000	18,0000	9,000	18,0000	6,044	2,45855	0,77746	-1,08341	0,687043	2,02274	1,334249
frustrare2	10	6,2000	4,8596	7,5404	7,0000	62,000	3,000	9,0000	3,000	9,0000	3,511	1,87380	0,59255	-0,35972	0,687043	-0,69168	1,334249
agresivit1	10	12,9000	10,9496	14,8504	12,5000	129,000	8,000	17,0000	8,000	17,0000	7,433	2,72641	0,86217	-0,23931	0,687043	-0,21149	1,334249
agresivit2	10	6,5000	5,0204	7,9796	7,0000	65,000	3,000	9,0000	3,000	9,0000	4,278	2,06828	0,65405	-0,75350	0,687043	-0,96846	1,334249
rigiditate1	10	13,6000	12,0844	15,1156	14,0000	136,000	10,000	16,0000	10,000	16,0000	4,489	2,11870	0,66999	-0,91827	0,687043	0,06207	1,334249
rigiditate2	10	6,1000	4,2088	7,9912	7,0000	61,000	0,000	8,0000	0,000	8,0000	6,989	2,64365	0,83600	-1,62281	0,687043	2,26303	1,334249

TAC1	10	416,0000	375,1404	456,8596	399,0000	4160,000	325,000	523,0000	325,000	523,0000	3262,444	57,11781	18,06224	0,45972	0,687043	0,18209	1,334249
TAC2	10	430,8000	385,4040	476,1960	417,5000	4308,000	359,000	561,0000	359,000	561,0000	4027,067	63,45917	20,06755	1,14212	0,687043	0,87751	1,334249
delTAC	10	14,8000	-53,8004	83,4004	40,5000	148,000	-164,000	159,0000	-164,000	159,0000	9196,178	95,89670	30,32520	-0,41323	0,687043	0,01278	1,334249
delhtim	10	-4,2000	-7,5857	-0,8143	-3,0000	-42,000	-12,000	3,0000	-12,000	3,0000	22,400	4,73286	1,49666	-0,22921	0,687043	-0,82048	1,334249
delhpers	10	-2,1000	-5,0868	0,8868	-2,0000	-21,000	-9,000	6,0000	-9,000	6,0000	17,433	4,17532	1,32035	0,21386	0,687043	0,75397	1,334249
delemot	10	-5,4000	-9,0195	-1,7805	-4,5000	-54,000	-15,000	3,0000	-15,000	3,0000	25,600	5,05964	1,60000	-0,56282	0,687043	0,82358	1,334249
delhexact	10	-4,0000	-8,6727	0,6727	-5,0000	-40,000	-12,000	8,0000	-12,000	8,0000	42,667	6,53197	2,06559	0,40665	0,687043	-0,49512	1,334249
delanx	10	-5,1000	-10,3616	0,1616	-6,0000	-51,000	-18,000	6,0000	-18,000	6,0000	54,100	7,35527	2,32594	-0,37658	0,687043	-0,05280	1,334249
delcicl	10	-3,0000	-8,3532	2,3532	-1,5000	-30,000	-15,000	9,0000	-15,000	9,0000	56,000	7,48331	2,36643	-0,16107	0,687043	-0,70886	1,334249
deldemonstr	10	-4,2000	-7,6686	-0,7314	-5,0000	-42,000	-10,000	4,0000	-10,000	4,0000	23,511	4,84883	1,53333	0,49590	0,687043	-0,86362	1,334249
delnest	10	-3,9000	-7,1072	-0,6928	-3,0000	-39,000	-15,000	0,0000	-15,000	0,0000	20,100	4,48330	1,41774	-1,85764	0,687043	4,25898	1,334249
deldist	10	-4,5000	-7,8932	-1,1068	-4,5000	-45,000	-12,000	3,0000	-12,000	3,0000	22,500	4,74342	1,50000	-0,00000	0,687043	-0,89524	1,334249
delexalt	10	-5,0000	-9,7810	-0,2190	-1,0000	-50,000	-18,000	0,0000	-18,000	0,0000	44,667	6,68331	2,11345	-1,03845	0,687043	-0,33873	1,334249
delanxiet	10	7,7660	4,9593	10,5727	7,7400	77,660	2,270	14,8500	2,270	14,8500	15,394	3,92349	1,24072	0,43276	0,687043	-0,47814	1,334249
deldnerv	10	9,5950	6,4401	12,7499	8,3800	95,950	3,230	17,6800	3,230	17,6800	19,450	4,41026	1,39465	0,65385	0,687043	-0,06462	1,334249
delobsf	10	8,8270	6,0542	11,5998	8,3300	88,270	4,220	16,2800	4,220	16,2800	15,025	3,87616	1,22575	0,59982	0,687043	-0,30325	1,334249
delist	10	10,0460	6,7675	13,3245	8,9550	100,460	3,790	19,2100	3,790	19,2100	21,004	4,58300	1,44927	0,93673	0,687043	0,62151	1,334249
deldveg	10	13,1480	10,3312	15,9648	12,1500	131,480	7,730	19,1800	7,730	19,1800	15,505	3,93759	1,24517	0,42701	0,687043	-0,89328	1,334249
delasten	10	10,7940	8,1069	13,4811	10,1800	107,940	5,950	17,9200	5,950	17,9200	14,109	3,75625	1,18783	0,57915	0,687043	-0,05657	1,334249
delan	10	-7,3000	-8,6082	-5,9918	-7,0000	-73,000	-11,000	-5,0000	-11,000	-5,0000	3,344	1,82878	0,57831	-1,21806	0,687043	1,01295	1,334249
delfrustr	10	-8,2000	-10,7415	-5,6585	-8,0000	-82,000	-13,000	0,0000	-13,000	0,0000	12,622	3,55278	1,12349	1,22722	0,687043	2,77287	1,334249
delagr	10	-6,4000	-9,0381	-3,7619	-7,5000	-64,000	-11,000	1,0000	-11,000	1,0000	13,600	3,68782	1,16619	0,94575	0,687043	0,34849	1,334249
delirigid	10	-7,5000	-9,2278	-5,7722	-7,0000	-75,000	-14,000	-6,0000	-14,000	-6,0000	5,833	2,41523	0,76376	-2,57296	0,687043	7,24198	1,334249

Anexa 18. Rezultatele obținute test-retest la indicatorii studiat, grupul de control

	Valid N	Mean	Median	Sum	Minimum	Maximum	Percentile - 5,000000	Percentile - 95,00000	Variance	Std.Dev.	Standard - Error	Skewness	Std.Err. - Skewness	Kurtosis	Std.Err. - Kurtosis
hipertim1	10	15,9000	15,0000	159,000	9,0000	24,0000	9,0000	24,0000	24,100	4,90918	1,55242	0,34992	0,687043	-1,09288	1,334249
hipertim2	10	16,8000	18,0000	168,000	9,0000	24,0000	9,0000	24,0000	28,400	5,32917	1,68523	-0,42815	0,687043	-1,20862	1,334249
hiperpers1	10	14,8000	14,0000	148,000	10,0000	20,0000	10,0000	20,0000	9,956	3,15524	0,99778	0,22921	0,687043	-0,82048	1,334249
hiperpers2	10	15,2000	16,0000	152,000	10,0000	22,0000	10,0000	22,0000	13,511	3,67575	1,16237	0,33828	0,687043	-0,38426	1,334249
emotiv1	10	19,2000	21,0000	192,000	12,0000	24,0000	12,0000	24,0000	18,400	4,28952	1,35647	-0,88943	0,687043	-0,16026	1,334249
emotiv2	10	14,4000	18,0000	144,000	0,0000	21,0000	0,0000	21,0000	49,600	7,04273	2,22711	-1,18259	0,687043	0,38872	1,334249
hiperexact1	10	15,6000	16,0000	156,000	12,0000	20,0000	12,0000	20,0000	9,600	3,09839	0,97980	-0,03586	0,687043	-1,91303	1,334249
hiperexact2	10	11,6000	13,0000	116,000	2,0000	18,0000	2,0000	18,0000	37,156	6,09554	1,92758	-0,61697	0,687043	-0,81996	1,334249
anxietat1	10	13,5000	15,0000	135,000	6,0000	18,0000	6,0000	18,0000	14,500	3,80789	1,20416	-0,81501	0,687043	0,25378	1,334249
anxietat2	10	14,1000	13,5000	141,000	0,0000	24,0000	0,0000	24,0000	46,100	6,78970	2,14709	-0,68577	0,687043	1,06223	1,334249
ciclotim1	10	18,6000	18,0000	186,000	12,0000	24,0000	12,0000	24,0000	17,600	4,19524	1,32665	-0,43881	0,687043	-0,42005	1,334249
ciclotim2	10	16,5000	15,0000	165,000	9,0000	24,0000	9,0000	24,0000	20,500	4,52769	1,43178	0,60603	0,687043	0,60882	1,334249
demonstr1	10	15,8000	17,0000	158,000	10,0000	20,0000	10,0000	20,0000	12,844	3,58391	1,13333	-0,39392	0,687043	-1,36036	1,334249
demonstr2	10	11,8000	12,0000	118,000	8,0000	16,0000	8,0000	16,0000	5,733	2,39444	0,75719	0,23310	0,687043	-0,36854	1,334249

nestapinit1	10	13,5000	13,5000	135,000	3,0000	24,0000	3,0000	24,0000	34,500	5,87367	1,85742	-0,00000	0,687043	0,42290	1,334249
nestapinit2	10	11,4000	12,0000	114,000	0,0000	21,0000	0,0000	21,0000	37,600	6,13188	1,93907	-0,64018	0,687043	0,43089	1,334249
distimic1	10	15,0000	15,0000	150,000	6,0000	21,0000	6,0000	21,0000	20,000	4,47214	1,41421	-1,00623	0,687043	0,78750	1,334249
distimic2	10	11,4000	12,0000	114,000	3,0000	18,0000	3,0000	18,0000	17,600	4,19524	1,32665	-0,47538	0,687043	0,81270	1,334249
exaltat1	10	15,0000	12,0000	150,000	6,0000	24,0000	6,0000	24,0000	34,000	5,83095	1,84391	0,45397	0,687043	-0,51607	1,334249
exaltat2	10	13,8000	12,0000	138,000	6,0000	24,0000	6,0000	24,0000	40,400	6,35610	2,00998	0,65891	0,687043	-0,40584	1,334249
anxiet1	10	-3,5660	-3,2500	-35,660	-11,3400	0,9100	-11,3400	0,9100	13,615	3,68984	1,16683	-0,94196	0,687043	0,92540	1,334249
anxiet2	10	0,0680	-0,0350	0,680	-4,2300	4,1100	-4,2300	4,1100	10,266	3,20411	1,01323	-0,09155	0,687043	-1,69161	1,334249
depmerv1	10	-3,1720	-2,8150	-31,720	-10,1600	1,5800	-10,1600	1,5800	16,912	4,11246	1,30047	-0,42774	0,687043	-1,12459	1,334249
depmerv2	10	-1,3520	-0,7850	-13,520	-6,5400	4,2000	-6,5400	4,2000	13,503	3,67462	1,16202	-0,07952	0,687043	-1,16986	1,334249
obsfob1	10	-4,2920	-4,0550	-42,920	-10,5300	0,1200	-10,5300	0,1200	13,784	3,71272	1,17406	-0,42373	0,687043	-1,09241	1,334249
obsfob2	10	-0,7320	-0,1400	-7,320	-5,2700	3,6600	-5,2700	3,6600	8,702	2,94989	0,93284	-0,24075	0,687043	-1,15575	1,334249
isterie1	10	-4,6710	-2,2850	-46,710	-14,5200	1,0200	-14,5200	1,0200	24,737	4,97364	1,57280	-0,97210	0,687043	0,04993	1,334249
isterie2	10	-1,2370	-1,7100	-12,370	-7,4400	3,5700	-7,4400	3,5700	10,172	3,18943	1,00859	-0,22640	0,687043	0,68173	1,334249
vegetativ1	10	-6,6260	-5,4200	-66,260	-16,2500	1,0300	-16,2500	1,0300	29,762	5,45550	1,72518	-0,36797	0,687043	-0,56738	1,334249
vegetativ2	10	0,1390	-0,5000	1,390	-17,4400	15,6100	-17,4400	15,6100	79,063	8,89173	2,81181	-0,11458	0,687043	1,50547	1,334249
astenie1	10	-3,6610	-3,6500	-36,610	-11,7700	3,4300	-11,7700	3,4300	19,069	4,36678	1,38090	-0,28947	0,687043	0,27661	1,334249
astenie2	10	1,0790	-0,6400	10,790	-6,3200	7,1500	-6,3200	7,1500	22,309	4,72329	1,49363	0,11425	0,687043	-1,36832	1,334249
anxiet1	10	13,0000	14,5000	130,000	7,0000	16,0000	7,0000	16,0000	10,444	3,23179	1,02198	-0,74065	0,687043	-0,83798	1,334249
anxiet2	10	10,2000	12,5000	102,000	3,0000	16,0000	3,0000	16,0000	25,733	5,07280	1,60416	-0,40754	0,687043	-1,91391	1,334249
frustrare1	10	10,6000	11,0000	106,000	5,0000	16,0000	5,0000	16,0000	14,711	3,83551	1,21289	0,11697	0,687043	-1,20624	1,334249
frustrare2	10	10,6000	12,0000	106,000	2,0000	17,0000	2,0000	17,0000	28,489	5,33750	1,68787	-0,67013	0,687043	-1,15705	1,334249
agresivit1	10	13,0000	12,0000	130,000	7,0000	20,0000	7,0000	20,0000	20,222	4,49691	1,42205	0,40321	0,687043	-1,27046	1,334249
agresivit2	10	10,9000	10,5000	109,000	4,0000	19,0000	4,0000	19,0000	19,211	4,38305	1,38604	0,12351	0,687043	0,44403	1,334249
rigiditate1	10	12,6000	14,0000	126,000	4,0000	18,0000	4,0000	18,0000	24,267	4,92612	1,55778	-1,15637	0,687043	0,18450	1,334249
rigiditate2	10	9,6000	9,0000	96,000	4,0000	15,0000	4,0000	15,0000	10,711	3,27278	1,03494	0,18352	0,687043	-0,01082	1,334249
TAC1	10	404,5000	410,5000	4045,000	260,0000	495,0000	260,0000	495,0000	5255,611	72,49559	22,92512	-0,73014	0,687043	0,45359	1,334249
TAC2	10	415,7000	425,0000	4157,000	287,0000	471,0000	287,0000	471,0000	3014,900	54,90811	17,36347	-1,50475	0,687043	2,79687	1,334249
delTAC	10	11,2000	12,0000	112,000	-66,0000	75,0000	-66,0000	75,0000	2013,289	44,86969	14,18904	-0,21288	0,687043	-0,90628	1,334249
delhtim	10	0,9000	-1,5000	9,000	-9,0000	9,0000	-9,0000	9,0000	38,100	6,17252	1,95192	0,07080	0,687043	-1,25789	1,334249
delhpers	10	0,4000	0,0000	4,000	-4,0000	4,0000	-4,0000	4,0000	12,267	3,50238	1,10755	-0,06828	0,687043	-2,12362	1,334249
delemot	10	-4,8000	-4,5000	-48,000	-21,0000	6,0000	-21,0000	6,0000	50,400	7,09930	2,24499	-1,10172	0,687043	2,86777	1,334249
delhexact	10	-4,0000	-5,0000	-40,000	-16,0000	6,0000	-16,0000	6,0000	44,444	6,66667	2,10819	-0,18000	0,687043	-0,25907	1,334249
delanx	10	0,6000	0,0000	6,000	-18,0000	12,0000	-18,0000	12,0000	83,600	9,14330	2,89137	-0,58989	0,687043	0,67952	1,334249
delcicl	10	-2,1000	-3,0000	-21,000	-9,0000	6,0000	-9,0000	6,0000	32,100	5,66569	1,79165	0,32661	0,687043	-1,30978	1,334249
deldemonstr	10	-4,0000	-4,0000	-40,000	-10,0000	2,0000	-10,0000	2,0000	21,333	4,61880	1,46059	-0,00000	0,687043	-1,57701	1,334249
delnest	10	-2,1000	-3,0000	-21,000	-15,0000	12,0000	-15,0000	12,0000	72,100	8,49117	2,68514	0,24403	0,687043	-0,42780	1,334249
deldist	10	-3,6000	-6,0000	-36,000	-12,0000	9,0000	-12,0000	9,0000	51,600	7,18331	2,27156	1,14364	0,687043	0,34855	1,334249
delexalt	10	-1,2000	0,0000	-12,000	-12,0000	6,0000	-12,0000	6,0000	38,400	6,19677	1,95959	-0,27232	0,687043	-0,89565	1,334249
delanxiet	10	3,6340	3,3550	36,340	-0,7200	8,8900	-0,7200	8,8900	12,340	3,51283	1,11085	0,17246	0,687043	-1,37711	1,334249
deldnerv	10	1,8200	2,3750	18,200	-5,8600	9,4600	-5,8600	9,4600	30,769	5,54699	1,75411	0,06418	0,687043	-1,54773	1,334249

delobst	10	3,5600	4,1950	35,600	-1,3900	7,3600	-1,3900	7,3600	7,440	2,72758	0,86254	-0,70665	0,687043	-0,21708	1,334249
delist	10	3,4340	3,6700	34,340	-4,8800	12,4400	-4,8800	12,4400	23,958	4,89472	1,54785	0,11543	0,687043	0,33792	1,334249
deldveg	10	6,7650	6,2700	67,650	-12,7500	19,9800	-12,7500	19,9800	91,764	9,57936	3,02926	-0,67158	0,687043	0,53595	1,334249
delasten	10	4,7400	7,7000	47,400	-5,0300	12,8600	-5,0300	12,8600	39,966	6,32186	1,99915	-0,48361	0,687043	-1,47098	1,334249
delan	10	-2,8000	-2,5000	-28,000	-13,0000	5,0000	-13,0000	5,0000	41,289	6,42564	2,03197	-0,31674	0,687043	-1,22996	1,334249
delfrustr	10	-0,0000	-1,0000	-0,000	-10,0000	10,0000	-10,0000	10,0000	51,556	7,18022	2,27058	0,12832	0,687043	-1,47617	1,334249
delagr	10	-2,1000	-1,5000	-21,000	-10,0000	4,0000	-10,0000	4,0000	26,322	5,13052	1,62241	-0,35988	0,687043	-1,49328	1,334249
delrigid	10	-3,0000	-4,0000	-30,000	-12,0000	10,0000	-12,0000	10,0000	38,889	6,23610	1,97203	0,92091	0,687043	1,20789	1,334249

Anexa 19. Rezultatele obținute la indicatorii studiați, Testul Wilcoxon

Wilcoxon Matched Pairs Test Marked tests are significant at $p < 0,05000$				
	Valid - N	T	Z	p-level
hipertim1 & hipertim2	20	52,50000	1,136115	0,255909
hipertim1 & hiperpers2	20	49,00000	1,589588	0,111929
hipertim1 & emotiv2	20	43,00000	1,292719	0,196109
hipertim1 & hiperexact2	20	35,00000	2,199293	0,027858
hipertim1 & anxietat2	20	38,00000	2,068642	0,038580
hipertim1 & ciclotim2	20	71,00000	0,631480	0,527727
hipertim1 & demonstr2	20	31,00000	2,762618	0,005734
hipertim1 & nestapinit2	20	21,50000	2,603596	0,009226
hipertim1 & distimic2	20	13,50000	2,982301	0,002861
hipertim1 & exaltat2	20	29,50000	1,732284	0,083224
hipertim1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hipertim1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hipertim1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hipertim1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hipertim1 & vegetativ2	20	1,00000	3,882598	0,000103
hipertim1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hipertim1 & anxiet2	20	5,00000	3,733267	0,000189
hipertim1 & frustrare2	20	4,00000	3,662039	0,000250
hipertim1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hipertim1 & rigiditate2	20	2,50000	3,826599	0,000130
hipertim1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089

hiperpers1 & hipertim2	20	66,50000	0,473381	0,635942
hiperpers1 & hiperpers2	20	61,00000	0,733741	0,463107
hiperpers1 & emotiv2	20	66,00000	0,497050	0,619154
hiperpers1 & hiperexact2	20	18,00000	2,165789	0,030328
hiperpers1 & anxietat2	20	58,50000	1,735969	0,082570
hiperpers1 & ciclotim2	20	96,50000	0,317328	0,750995
hiperpers1 & demonstr2	20	22,50000	2,743672	0,006076
hiperpers1 & nestapinit2	20	44,00000	2,277293	0,022769
hiperpers1 & distimic2	20	18,00000	3,098648	0,001944
hiperpers1 & exaltat2	20	49,00000	1,301798	0,192986
hiperpers1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperpers1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperpers1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperpers1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperpers1 & vegetativ2	20	1,00000	3,882598	0,000103
hiperpers1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperpers1 & anxiet2	20	1,00000	3,680005	0,000233
hiperpers1 & frustrare2	20	3,00000	3,702281	0,000214
hiperpers1 & agresivit2	20	2,50000	3,722402	0,000197
hiperpers1 & rigiditate2	20	0,00000	3,823007	0,000132
hiperpers1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & hipertim2	20	31,00000	2,575500	0,010010
emotiv1 & hiperpers2	20	17,00000	3,285275	0,001019
emotiv1 & emotiv2	20	15,00000	3,070300	0,002139

emotiv1 & hiperexact2	20	12,50000	3,179176	0,001477
emotiv1 & anxietat2	20	15,50000	3,199253	0,001378
emotiv1 & ciclotim2	20	25,00000	2,634797	0,008419
emotiv1 & demonstr2	20	3,50000	3,571129	0,000355
emotiv1 & nestapinit2	20	3,00000	3,702281	0,000214
emotiv1 & distimic2	20	0,00000	3,723555	0,000196
emotiv1 & exaltat2	20	4,00000	3,549354	0,000386
emotiv1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & vegetativ2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & anxiet2	20	0,00000	3,823007	0,000132
emotiv1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
emotiv1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperexact1 & hipertim2	20	53,50000	1,088776	0,276253
hiperexact1 & hiperpers2	20	58,00000	1,488961	0,136499
hiperexact1 & emotiv2	20	63,50000	0,958108	0,338009
hiperexact1 & hiperexact2	20	21,50000	2,404458	0,016197
hiperexact1 & anxietat2	20	47,50000	1,911504	0,055941
hiperexact1 & ciclotim2	20	81,00000	0,563391	0,573169
hiperexact1 & demonstr2	20	13,00000	2,843982	0,004456
hiperexact1 & nestapinit2	20	22,50000	2,743672	0,006076
hiperexact1 & distimic2	20	16,00000	3,179132	0,001477
hiperexact1 & exaltat2	20	30,50000	1,939079	0,052493
hiperexact1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperexact1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperexact1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperexact1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperexact1 & vegetativ2	20	0,00000	3,919930	0,000089

hiperexact1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperexact1 & anxiet2	20	3,00000	3,702281	0,000214
hiperexact1 & frustrare2	20	4,00000	3,770600	0,000163
hiperexact1 & agresivit2	20	6,50000	3,677268	0,000236
hiperexact1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
hiperexact1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxietat1 & hipertim2	20	66,50000	0,077563	0,938176
anxietat1 & hiperpers2	20	93,00000	0,447992	0,654159
anxietat1 & emotiv2	20	93,00000	0,080484	0,935852
anxietat1 & hiperexact2	20	56,00000	1,284735	0,198886
anxietat1 & anxietat2	20	53,50000	1,088776	0,276253
anxietat1 & ciclotim2	20	40,00000	0,384371	0,700704
anxietat1 & demonstr2	20	43,00000	2,092593	0,036386
anxietat1 & nestapinit2	20	49,50000	2,071963	0,038270
anxietat1 & distimic2	20	35,00000	1,964531	0,049469
anxietat1 & exaltat2	20	26,50000	1,632189	0,102641
anxietat1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxietat1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxietat1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxietat1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxietat1 & vegetativ2	20	6,00000	3,695934	0,000219
anxietat1 & astenie2	20	1,00000	3,882598	0,000103
anxietat1 & anxiet2	20	18,50000	3,229276	0,001241
anxietat1 & frustrare2	20	16,50000	3,303941	0,000953
anxietat1 & agresivit2	20	25,00000	2,986614	0,002821
anxietat1 & rigiditate2	20	4,50000	3,641917	0,000271
anxietat1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & hipertim2	20	43,00000	1,850890	0,064186
ciclotim1 & hiperpers2	20	9,00000	2,896605	0,003772
ciclotim1 & emotiv2	20	13,50000	2,818128	0,004831
ciclotim1 & hiperexact2	20	9,50000	3,171653	0,001516
ciclotim1 & anxietat2	20	28,00000	2,696226	0,007013
ciclotim1 & ciclotim2	20	42,00000	1,633165	0,102435

ciclotim1 & demonstr2	20	10,00000	3,288052	0,001009
ciclotim1 & nestapinit2	20	13,50000	3,279738	0,001039
ciclotim1 & distimic2	20	3,00000	3,479351	0,000503
ciclotim1 & exaltat2	20	9,00000	2,730777	0,006319
ciclotim1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & vegetativ2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
ciclotim1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
demonstr1 & hipertim2	20	67,00000	1,126781	0,259836
demonstr1 & hiperpers2	20	50,50000	1,524262	0,127444
demonstr1 & emotiv2	20	62,50000	1,307871	0,190918
demonstr1 & hiperexact2	20	32,00000	2,535257	0,011237
demonstr1 & anxietat2	20	23,50000	2,508920	0,012111
demonstr1 & ciclotim2	20	76,00000	0,413728	0,679073
demonstr1 & demonstr2	20	16,00000	3,026750	0,002472
demonstr1 & nestapinit2	20	25,00000	2,816953	0,004848
demonstr1 & distimic2	20	20,50000	3,154611	0,001607
demonstr1 & exaltat2	20	37,00000	1,869855	0,061505
demonstr1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
demonstr1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
demonstr1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
demonstr1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
demonstr1 & vegetativ2	20	1,00000	3,882598	0,000103
demonstr1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
demonstr1 & anxiet2	20	6,00000	3,695934	0,000219
demonstr1 & frustrare2	20	6,00000	3,695934	0,000219

demonstr1 & agresivit2	20	1,50000	3,863931	0,000112
demonstr1 & rigiditate2	20	1,50000	3,863931	0,000112
demonstr1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
nestapinit1 & hipertim2	20	75,50000	0,047338	0,962244
nestapinit1 & hiperpers2	20	94,00000	0,040242	0,967900
nestapinit1 & emotiv2	20	51,00000	0,094165	0,924978
nestapinit1 & hiperexact2	20	47,50000	1,372805	0,169814
nestapinit1 & anxietat2	20	46,50000	1,111739	0,266251
nestapinit1 & ciclotim2	20	56,00000	0,620505	0,534926
nestapinit1 & demonstr2	20	55,00000	1,609687	0,107467
nestapinit1 & nestapinit2	20	29,50000	1,990788	0,046505
nestapinit1 & distimic2	20	33,50000	2,035539	0,041798
nestapinit1 & exaltat2	20	53,00000	1,112446	0,265948
nestapinit1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
nestapinit1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
nestapinit1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
nestapinit1 & isterie2	20	1,00000	3,882598	0,000103
nestapinit1 & vegetativ2	20	5,00000	3,733267	0,000189
nestapinit1 & astenie2	20	4,00000	3,770600	0,000163
nestapinit1 & anxiet2	20	15,00000	3,359940	0,000780
nestapinit1 & frustrare2	20	16,00000	3,322608	0,000892
nestapinit1 & agresivit2	20	21,50000	2,957800	0,003099
nestapinit1 & rigiditate2	20	5,00000	3,505804	0,000455
nestapinit1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
distimic1 & hipertim2	20	42,00000	0,659153	0,509798
distimic1 & hiperpers2	20	54,50000	1,629808	0,103143
distimic1 & emotiv2	20	53,50000	0,749777	0,453389
distimic1 & hiperexact2	20	39,00000	2,025092	0,042859
distimic1 & anxietat2	20	31,00000	1,647089	0,099541
distimic1 & ciclotim2	20	43,00000	0,174714	0,861304
distimic1 & demonstr2	20	30,00000	2,615742	0,008904
distimic1 & nestapinit2	20	11,50000	3,076977	0,002091
distimic1 & distimic2	20	30,00000	2,417045	0,015648

distimic1 & exaltat2	20	40,00000	1,981541	0,047531
distimic1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
distimic1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
distimic1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
distimic1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
distimic1 & vegetativ2	20	6,00000	3,695934	0,000219
distimic1 & astenie2	20	1,00000	3,882598	0,000103
distimic1 & anxiet2	20	12,00000	3,471938	0,000517
distimic1 & frustrare2	20	13,00000	3,434606	0,000593
distimic1 & agresivit2	20	14,00000	3,397273	0,000681
distimic1 & rigiditate2	20	1,50000	3,762644	0,000168
distimic1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
exaltat1 & hipertim2	20	49,00000	0,982467	0,325871
exaltat1 & hiperpers2	20	24,50000	1,467599	0,142214
exaltat1 & emotiv2	20	41,50000	1,370282	0,170600
exaltat1 & hiperexact2	20	21,00000	2,215051	0,026757
exaltat1 & anxietat2	20	51,00000	1,770656	0,076619
exaltat1 & ciclotim2	20	64,00000	0,206835	0,836139
exaltat1 & demonstr2	20	19,50000	2,507875	0,012146
exaltat1 & nestapinit2	20	15,00000	3,070300	0,002139
exaltat1 & distimic2	20	8,00000	2,793553	0,005214
exaltat1 & exaltat2	20	15,00000	1,882715	0,059740
exaltat1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
exaltat1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
exaltat1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
exaltat1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
exaltat1 & vegetativ2	20	6,00000	3,695934	0,000219
exaltat1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
exaltat1 & anxiet2	20	3,00000	3,702281	0,000214
exaltat1 & frustrare2	20	3,50000	3,682160	0,000231
exaltat1 & agresivit2	20	13,00000	3,434606	0,000593
exaltat1 & rigiditate2	20	1,50000	3,863931	0,000112
exaltat1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089

anxiet1 & hipertim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & hiperpers2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & emotiv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & hiperexact2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & anxietat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & ciclotim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & demonstr2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & nestapinit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & distimic2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & exaltat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & anxiet2	20	5,00000	3,733267	0,000189
anxiet1 & deprnerv2	20	19,00000	3,210610	0,001325
anxiet1 & obsfob2	20	7,00000	3,658602	0,000254
anxiet1 & isterie2	20	12,00000	3,471938	0,000517
anxiet1 & vegetativ2	20	24,00000	3,023946	0,002495
anxiet1 & astenie2	20	11,00000	3,509271	0,000449
anxiet1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & hipertim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & hiperpers2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & emotiv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & hiperexact2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & anxietat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & ciclotim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & demonstr2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & nestapinit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & distimic2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & exaltat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & anxiet2	20	10,00000	3,546604	0,000390
deprnerv1 & deprnerv2	20	20,00000	3,173277	0,001507

deprnerv1 & obsfob2	20	12,00000	3,471938	0,000517
deprnerv1 & isterie2	20	22,00000	3,098612	0,001944
deprnerv1 & vegetativ2	20	27,00000	2,911948	0,003592
deprnerv1 & astenie2	20	16,00000	3,322608	0,000892
deprnerv1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
deprnerv1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & hipertim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & hiperpers2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & emotiv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & hiperexact2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & anxietat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & ciclotim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & demonstr2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & nestapinit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & distimic2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & exaltat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & anxiet2	20	4,00000	3,770600	0,000163
obsfob1 & deprnerv2	20	7,00000	3,658602	0,000254
obsfob1 & obsfob2	20	3,00000	3,807932	0,000140
obsfob1 & isterie2	20	9,00000	3,583936	0,000339
obsfob1 & vegetativ2	20	19,00000	3,210610	0,001325
obsfob1 & astenie2	20	6,00000	3,695934	0,000219
obsfob1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
obsfob1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & hipertim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & hiperpers2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & emotiv2	20	1,00000	3,882598	0,000103

isterie1 & hiperexact2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & anxietat2	20	1,00000	3,882598	0,000103
isterie1 & ciclotim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & demonstr2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & nestapinit2	20	1,00000	3,882598	0,000103
isterie1 & distimic2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & exaltat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & anxiet2	20	5,00000	3,733267	0,000189
isterie1 & deprnerv2	20	17,00000	3,285275	0,001019
isterie1 & obsfob2	20	6,00000	3,695934	0,000219
isterie1 & isterie2	20	10,00000	3,546604	0,000390
isterie1 & vegetativ2	20	21,00000	3,135944	0,001713
isterie1 & astenie2	20	8,00000	3,621269	0,000293
isterie1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
isterie1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & hipertim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & hiperpers2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & emotiv2	20	1,00000	3,882598	0,000103
vegetativ1 & hiperexact2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & anxietat2	20	1,00000	3,882598	0,000103
vegetativ1 & ciclotim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & demonstr2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & nestapinit2	20	1,00000	3,882598	0,000103
vegetativ1 & distimic2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & exaltat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & anxiet2	20	1,00000	3,882598	0,000103
vegetativ1 & deprnerv2	20	8,00000	3,621269	0,000293
vegetativ1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & isterie2	20	4,00000	3,770600	0,000163
vegetativ1 & vegetativ2	20	11,00000	3,509271	0,000449

vegetativ1 & astenie2	20	3,00000	3,807932	0,000140
vegetativ1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
vegetativ1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & hipertim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & hiperpers2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & emotiv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & hiperexact2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & anxietat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & ciclotim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & demonstr2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & nestapinit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & distimic2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & exaltat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & anxiet2	20	11,00000	3,509271	0,000449
astenie1 & deprnerv2	20	21,00000	3,135944	0,001713
astenie1 & obsfob2	20	11,00000	3,509271	0,000449
astenie1 & isterie2	20	17,00000	3,285275	0,001019
astenie1 & vegetativ2	20	23,00000	3,061279	0,002204
astenie1 & astenie2	20	9,00000	3,583936	0,000339
astenie1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
astenie1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & hipertim2	20	79,00000	0,970649	0,331724
anxiet1 & hiperpers2	20	67,00000	0,449712	0,652918
anxiet1 & emotiv2	20	75,50000	0,784723	0,432617
anxiet1 & hiperexact2	20	89,50000	0,578656	0,562821
anxiet1 & anxietat2	20	87,50000	0,653322	0,513549
anxiet1 & ciclotim2	20	38,50000	1,525409	0,127158

anxiet1 & demonstr2	20	63,00000	1,287750	0,197834
anxiet1 & nestapinit2	20	71,00000	0,965812	0,334139
anxiet1 & distimic2	20	63,00000	1,567972	0,116889
anxiet1 & exaltat2	20	92,00000	0,485325	0,627446
anxiet1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & vegetativ2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
anxiet1 & anxiet2	20	17,00000	3,285275	0,001019
anxiet1 & frustrare2	20	16,00000	3,179132	0,001477
anxiet1 & agresivit2	20	11,50000	3,490605	0,000482
anxiet1 & rigiditate2	20	5,50000	3,601675	0,000316
anxiet1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
frustrare1 & hipertim2	20	66,00000	1,455974	0,145401
frustrare1 & hiperpers2	20	46,00000	1,137593	0,255291
frustrare1 & emotiv2	20	75,00000	0,804844	0,420911
frustrare1 & hiperexact2	20	89,00000	0,241453	0,809204
frustrare1 & anxietat2	20	90,00000	0,201211	0,840534
frustrare1 & ciclotim2	20	43,00000	2,092593	0,036386
frustrare1 & demonstr2	20	55,00000	0,283981	0,776425
frustrare1 & nestapinit2	20	70,50000	0,653255	0,513592
frustrare1 & distimic2	20	61,50000	1,045209	0,295927
frustrare1 & exaltat2	20	67,00000	0,449712	0,652918
frustrare1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
frustrare1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
frustrare1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
frustrare1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
frustrare1 & vegetativ2	20	5,00000	3,733267	0,000189
frustrare1 & astenie2	20	1,00000	3,882598	0,000103
frustrare1 & anxiet2	20	31,00000	2,373494	0,017621
frustrare1 & frustrare2	20	39,00000	2,253562	0,024224

frustrare1 & agresivit2	20	34,50000	2,434652	0,014907
frustrare1 & rigiditate2	20	25,00000	2,986614	0,002821
frustrare1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
agresivit1 & hipertim2	20	57,00000	0,923093	0,355959
agresivit1 & hiperpers2	20	47,50000	1,372805	0,169814
agresivit1 & emotiv2	20	73,00000	0,885328	0,375980
agresivit1 & hiperexact2	20	88,00000	0,281695	0,778177
agresivit1 & anxietat2	20	90,50000	0,541324	0,588285
agresivit1 & ciclotim2	20	62,00000	1,605305	0,108428
agresivit1 & demonstr2	20	60,00000	0,781079	0,434757
agresivit1 & nestapinit2	20	80,00000	0,933317	0,350657
agresivit1 & distimic2	20	58,00000	1,197635	0,231060
agresivit1 & exaltat2	20	81,50000	0,174201	0,861707
agresivit1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
agresivit1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
agresivit1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
agresivit1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
agresivit1 & vegetativ2	20	6,00000	3,695934	0,000219
agresivit1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
agresivit1 & anxiet2	20	25,50000	2,967947	0,002998
agresivit1 & frustrare2	20	27,00000	2,911948	0,003592
agresivit1 & agresivit2	20	24,50000	3,005280	0,002654
agresivit1 & rigiditate2	20	7,50000	3,521191	0,000430
agresivit1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
rigiditate1 & hipertim2	20	76,50000	0,744480	0,456586
rigiditate1 & hiperpers2	20	71,50000	0,945691	0,344307
rigiditate1 & emotiv2	20	63,00000	1,287750	0,197834
rigiditate1 & hiperexact2	20	87,00000	0,321937	0,747500
rigiditate1 & anxietat2	20	96,00000	0,335994	0,736876
rigiditate1 & ciclotim2	20	62,50000	1,307871	0,190918
rigiditate1 & demonstr2	20	68,00000	1,086539	0,277241
rigiditate1 & nestapinit2	20	76,00000	1,082647	0,278966
rigiditate1 & distimic2	20	73,00000	1,194645	0,232226

rigiditate1 & exaltat2	20	79,50000	0,623754	0,532790
rigiditate1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
rigiditate1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
rigiditate1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
rigiditate1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
rigiditate1 & vegetativ2	20	3,00000	3,807932	0,000140
rigiditate1 & astenie2	20	2,00000	3,845265	0,000120
rigiditate1 & anxiet2	20	30,00000	2,799950	0,005111
rigiditate1 & frustrare2	20	26,00000	2,776711	0,005492
rigiditate1 & agresivit2	20	38,00000	2,501289	0,012375
rigiditate1 & rigiditate2	20	22,00000	3,098612	0,001944
rigiditate1 & TAC2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & hipertim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & hiperpers2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & emotiv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & hiperexact2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & anxietat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & ciclotim2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & demonstr2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & nestapinit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & distimic2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & exaltat2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & deprnerv2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & obsfob2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & isterie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & vegetativ2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & astenie2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & anxiet2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & frustrare2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & agresivit2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & rigiditate2	20	0,00000	3,919930	0,000089
TAC1 & TAC2	20	79,50000	0,951983	0,341106

GLOSAR

Acomodare – proces de adaptare datorită căruia un organ sau un organism poate suporta, fără pericol, modificările mediului exterior.

Adaptare – ajustare a unui organism la mediul său.

Adult - organism care și-a terminat creșterea și a ajuns în stadiul de a se reproduce; persoană aflată în perioada de la 17-18 ani până la 50 de ani.

Afectivitate – ansamblu al stărilor afective: sentimente, emoții și pasiuni ale unei persoane.

Angoasă – neliniște dusă la extrem, frică irațională.

Anxietate – stare afectivă caracterizată printr-un sentiment de insecuritate, de tulburare, difuz; stare de neliniște, de așteptare încordată, însoțită de palpitații, jenă în respirație etc., întâlnită în unele boli de nervi.

Apatie – indolență, lipsă de energie, aparentă insensibilitate la stimulările afective.

Astenie - stare de oboseală intensă și prelungită, însoțită de slăbiciune fizică, de scăderea capacității de lucru intelectual etc.

Atac de panică - termen vechi, readus în circulație de DSM IV, pentru denumirea a două tipuri de tulburări anxioase: 1) Atacul de panică survine brusc (fără relație certă cu o situație exterioară declanșatoare) și constă în asocierea unei senzații de frică intensă (teama de a muri, de a deveni nebun, de a comite un act necontrolat) asociată cu simptome vegetative. 2) Tulburarea de panica reprezintă repetarea atacurilor de panică neașteptate pe un fond de anxietate persistentă.

Autoapreciere - faptul de a se aprecia singur; a se autoevalua.

Autoeficacitate - convingerea unei persoane în capacitățile sale de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare pentru îndeplinirea cu succes a anumitor sarcini.

Biofeedback - procedeu prin care se încearcă modificarea unor variabile fiziologice, în urma aciziției unor informații pe cale auditivă sau vizuală.

Boală ulceroasă - boală care se caracterizează din punct de vedere anatomic prin prezența unei ulceratii cronice care depășește musculatura mucoasei și care se localizează la nivelul mucoasei gastrice (ulcerul gastric) sau mucoasei duodenale (ulcerul duodenal) sau la nivelul amandurora (ulcerul gastroduodenal).

Caracter - mod de a fi, de a simți și de a reacționa al unui individ sau al unui grup.

Chestionar – serie de întrebări standardizate, orale sau scrise, puse în cadrul unei anchete.

Ciclotimie – dispoziție care evoluează, fazic, între veselie și tristețe.

Complex de inferioritate - sentiment de insuficiență, de a nu fi la nivelul așteptărilor socio-profesionale.

Comportament - modalitate de a acționa în anumite împrejurări sau situații; conduită a unui subiect luat în considerare într-un mediu și într-o unitate de timp dată; purtare, comportare.

Conflict – luptă de tendințe, de interese; situație în care se găsește un individ supus unor forte vectorial opuse și de puteri aproape egale.

Consiliere psihologică - proces intensiv de acordare a asistenței psihologice pentru persoane normale, care doresc să-și atingă obiectivele și să funcționeze mai eficient sau care parcurg o perioadă de criză.

Consultație psihologică - este o intervenție psihologică în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale sau în scopul prevenției și remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament.

Corelație – raport de termeni, dintre care unul îl invocă în mod logic pe celălalt; relație în care unul dintre termeni nu poate exista fără celălalt.

Criză - manifestare bruscă a unei ruperi de echilibru.

Criză a sănătății - moment critic, culminant, în evoluția care precedă vindecarea sau agravarea unei boli; declanșare bruscă a unei boli sau apariția unui acces brusc în cursul unei boli cornice (criză de apendicită; criză de tensiune; moment de mare depresiune sufletească, zbucium).

Demonstrativitate - atitudine teatrală manifestată prin preocuparea continuă de atragere a atenției anturajului asupra propriei persoane.

Depresie – stare morbidă, mai mult sau mai puțin durabilă, caracterizată îndeosebi de tristețe și de o scădere a tonusului și energiei.

Depresie neurotică - decompensarea în cursul unei nevroze vechi, tradusă printr-un sindrom depresiv asociat la o recrudescență a semnelor de nevroză, obsesie, fobii, în funcție de caz.

Distimie - tulburare a afectivității, manifestată prin indispoziție, stare de disconfort, neplăcere.

Ego – în limbajul psihanalizei, fracțiunea de personalitate care echilibrează forțele cărora le este supus individul, adică propriile sale impulsii (tendințe abisale), morala sa și realitatea exterioară; din latină “Eu”.

Emotivitate - aptitudine a fiecărei persoane de a reacționa mai mult sau mai puțin intens (reacții psihice și somatice) la evenimente, chiar obișnuite, trăind emoții. Emotivitatea reprezintă aspectul cel mai elementar al afectivității; totalitatea stărilor și fenomenelor care țin de viața psihică a omului (de emoții, sentimente, pasiune etc.).

Emoție – reacție globală, intense și de scurtă durată a organismului la o situație neașteptată, însoțită de o stare afectivă de tonalitate plăcută sau neplăcută.

Empatie – rezonanță, comunicare afectivă cu semenii.

Epileptoidie – constituție mentală caracterizată prin imaturitate, impulsivitate, lentoare de spirit, “vâscozitate mentală” (glișroidie) și tendința la religiozitate.

Fobie - frica paroxistică irațională, obsedantă, de unele ființe, obiecte sau situații: agorafobie, claustrofobie, cancerofobie.

Frică – sentiment de neliniște trait în prezența sau la gândul unui pericol.

Frustrare - concept larg răspândit care desemnează situația unui subiect care nu obține o satisfacție pe care o dorește. Frustrarea poate fi cauzată atât de lipsa unui obiect real (subiectul este frustrat), cât și de o imposibilitate iluzorie, intrinsecă a subiectului, care își refuza o satisfacție (subiectul se frustrează, în acest caz); frustrarea se poate exprima printr-un comportament agresiv sau poate fi refulată, conducând la diverse tulburări psihice.

Inadaptare – carență a integrării în mediu.

Inhibiție – diminuare sau stopare a unei funcții.

Ipohondrie - stare psihică morbidă, caracterizată prin neliniște continuă, teamă și preocupare obsesivă de starea sănătății proprii; idee fixă a cuiva care crede că suferă de o boală pe care în realitate nu o are.

Isterie – nevroză care se exprimă corporal.

Isteroid – caracter psihologic în care regăsim, într-o formă atenuată, principalele trăsături de personalitate ale istericilor: emotivitate, sugestibilitate, seducție, egocentrism, dependență afectivă etc.

Labilitate – termen preluat din chimie pentru a caracteriza o component instabilă a personalității, în special atenția și afectivitatea atunci când acestea sunt foarte nestatornice.

Maladie – alterare a sănătății ca urmare a incapacității corpului de a-și utiliza mecanismele organice de apărare contra unei agresiuni din exterior (traumatism, toxiinfecție etc.) sau de a-și rezolva conflictele psihologice.

Managementul stresului - se referă la ameliorarea stresului și în special a stresului cronic, cu scopul îmbunătățirii funcționării zilnice. Managementul stresului a fost dezvoltat pornind de la premiza că stresul nu este un răspuns direct la agentul stresor, ci mai degrabă la resursele și abilitățile persoanei de a media răspunsul la agentul stresor.

Mecanisme de apărare – mecanisme psihologice de care dispune persoana spre a diminua angoasa generate de conflicte interioare; reacții subconștiente, la nivel cognitiv, prin care sinele evită confruntarea cu o conștientizare pentru care nu este pregătit; acestea apar în forme subtile, ca reacții nepotrivite la stimulii din exterior prin care emoțiile se exprimă, dar necesitățile fundamentale nu sunt împlinite.

Obsesie - tulburare a voinței care se manifestă prin idei fixe, prin dorința irezistibilă de a face un act determinat, bolnavul fiind conștient de caracterul anormal al acțiunilor sale; imagine sau idee inadecvată care revine neîncetat în câmpul conștiinței, stăruitor și anormal; preocupare chinuitoare.

Personalitate - ceea ce este propriu, caracteristic fiecărei persoane și o distinge ca individualitate; ansamblu de trăsături morale sau intelectuale prin care se remarcă o persoană; felul propriu de a fi al cuiva.

Psihastenție – nevroză caracterizată de un sentiment de incompletitudine, preocupări obsedante, scrupule, timiditate și o slăbire generală a voinței.

Psihosomatică - domeniu care studiază originea psihică a unor boli și folosirea mijloacelor psihologice în terapia lor.

Psihoterapie – aplicare metodică a unor tehnici psihologice determinate, pentru restabilirea echilibrului afectiv al unei persoane; metodă de tratare a bolnavilor prin influențarea psihicului lor, utilizându-se persuasiunea, hipnoza, sugestia etc.; ansamblul tehnicilor și metodelor care utilizează acțiunea directă sau indirectă a terapeutului asupra pacientului.

Psihoterapie cognitivă – metodă folosită în mod tradițional pentru tratamentul depresiei și al anxietății. Practic, acest tip de tratament psihologic este o combinație de psihoterapie și educație, folosindu-se adesea teme pentru acasă.

Psihoterapie cognitivă-comportamentală - este o formă de psihoterapie care acordă o atenție deosebită felului în care gândurile (cognițiile) pot produce, modela sau influența trăirile emoționale ale unui individ și comportamentele sale.

Psihoterapie comportamentală – metodă de tratament psihoterapeutic bazată pe legile și principiile învățării, îndeosebi pe acelea ale condiționării, cu scopul de a înlocui atitudinile neadecvate cu altele, mai bine adaptate.

Psihoterapie gestalt - este un tip de terapie axat pe conștientizarea și integrarea gândirii, a sentimentelor și a comportamentului din prezent - aici și acum. Este o formă de psihoterapie existențială și experiențială ce pune accent pe alegerea și responsabilitatea personală. Potrivit viziunii nedeterministe, ființa umană este văzută ca având capacitatea de a-și da seama cum influențele din trecut generează probleme în prezent.

Psihoterapie individuală – o psihoterapie oferă un spațiu de întâlnire și regăsire interioară, un spațiu de dialog verbal și nonverbal. Acest spațiu se vrea liber și fără constrângeri ideologice, lipsit de prejudecăți. Pentru fiecare persoană, se dedică un timp, de fiecare dată același, în care terapeutul îi acordă întreaga sa atenție. Toate problemele, ideile, emoțiile, fanteziile clientului își găsesc dreptul la exprimare, analiză și înțelegere. Scopul este ca în relație cu terapeutul, clientul

să își poată pune întrebările potrivite; astfel noi răspunsuri se pot transforma în soluții eficiente de viață. Durata terapiei poate varia în funcție de fiecare caz și de nevoile fiecăruia.

Relaxare – destindere voluntară a tonusului muscular, asociată cu o senzație de odihnă.

Rigiditate mentală - incapacitate de a-și schimba punctul de vedere.

Sănătate – stare a celui care se simte puternic și asigurat.

Somatizare - proces inconștient care constă în ascunderea dificultăților afective sau morale sub masca somatică. Ca urmare, pot apărea o serie de tulburări funcționale: cefalee, disfagie, palpitații etc. După DSM, termenul îl înlocuiește pe cel de - conversie isterică.

Stres – cuvânt englez utilizat pentru prima dată de H.Selye, pentru a desemna starea în care se găsește un organism amenințat de dezechilibru sub acțiunea unor agenți sau condiții care pun în pericol mecanismele sale homeostatice.

Stres ambiental – ansamblu de condiții atribuite, în general, vieții urbane și cărora subiectul trebuie să le facă față: zgomot, poluare a aerului, densitate etc. Prezența acestei multitudini de stimulări, rezumată adesea în conceptual de supraîncărcare ambientală, cere din partea individului o energie psihologică sporită datorată unui efort de adaptare al cărui cost poate fi și imediat și pe termen lung.

Stres cronic – reprezintă o lovitură puternică pentru organism, lipsa unei separații decente între timpul de lucru și cel dedicat familiei, „aducerea acasă a problemelor de serviciu” - și viceversa.

Studiu de caz - este o investigație concretă, care cercetează un fenomen contemporan în contextul de viață real, unde frontierele dintre fenomen și context nu sunt clar delimitate, investigație în care utilizăm surse multiple de date (R.Yin, 1989).

Temperament – ansamblu de elemente biologice care, împreună cu factorii psihologici, constituie personalitatea.

Training autogen – metodă de relaxare propusă de J.H.Schultz (Berlin), care constă în determinarea subiectului de a se decontracta, de a obține o destindere psihofiziologică perfectă printr-o concentrare asupra sa, procedând membru cu membru.

Tulburări obsesiv-fobice - frici persistente și iraționale, excesive și nerezonabile determinate de prezența sau anticiparea unui obiect specific sau o situație.

Tulburări vegetative - dereglarea funcțională a Sistemului Nervos Vegetativ.

BU – boală ulceroasă, o întrerupere circumscrisă, unică sau multiplă, a continuității peretelui gastric și duodenal, însoțită de o reacție fibroasă, începând de la mucoasă și putând penetra până la seroasă.

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, declar pe proprie răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat se referă la propriile activități și realizări, în caz contrar urmând să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Nume Prenume

CALANCEA Veronica

Semnătura

Data

CV-ul autorului



Calancea Veronica Mihai 07.08.1974

e-mail: v.calancea@yandex.ru

tel. +373 79559787

STUDII și CALIFICĂRI

01.11.2009-01.11.2013 Doctorat UPS “I.Creangă”, 19.00.07: Psihologia pedagogică, dezvoltării și persoanei (baza practică – IMSP Spitalul Clinic Republican)

2011-2013 Universitatea de Stat din Moldova, Master în Științe sociale, Specializarea Psihologia Clinică (baza practică – IMSP Spitalul Clinic Republican)

2006 – 2007 ULIM, Master în Psihologie, specializarea Psihologie (baza practică – IMSP Spitalul Clinic Republican)

2003-2006 Institutul de Stat de Instruire Continuă RM, profil Psihologie, specialitatea Psihologie și Limbă engleză, Licențiat în psihologie (baza practică – IMSP Spitalul Clinic Republican)

ACTIVITĂȚI

03.01.2011 – present: psiholog clinician IMSP Spitalul Clinic Republican

25.02.2009 – 30.08.2012: Centrul Medical REVIMED, Psiholog-psihoterapeut

09.2012-06.2014: Lector superior, Institutul de Criminologie și Științe Penale

01.2008 – 06.2015: Lector Asistent ULIM, Catedra Psihologie

08.2007 – 08.2008: Lector Asistent USM, Catedra Psihologie

FORMAREA PROFESIONALĂ

1. «Психосоматика и соматическая психотерапия». ИГиСПП. 230 acad.час., 2004/2005, 2005/2006, г.Москва, Россия
2. «Системная семейная терапия» Базовый курс. ИГиСПП. 240 acad.час. 2006 – 2007, г.Москва, Россия
3. «Основы и техники арт-терапии. Часть 1. Базовые положения арт-терапии. Приемы и техники арт-терапии. Часть 2. Современные направления арт-терапии» по программе «Арт-терапия», ИГиСПП. 80 acad.час. 15.04.2010-18.04.2010 ; 17.06.2010-20.06.2010, г.Москва, Россия
4. «Probleme actuale în psihoterapie.» Perfecționare tematică. 14.05.2012-01.06.2012. USMF „N.Testemițanu”. 100 credite Educație Medicală Continuă, Chișinău
5. Cursul de formare continuă în psihologie clinică, modulul “Evaluarea clinică a adultului”. Sub egida Colegiului Psihologilor din România, Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie, acreditat cu 10 credite. București, 27.07.2013
6. “Actualități în psihoterapie” Perfecționare tematică. 04.11.2013-19.11.2013. USMF „N.Testemițanu”, 75 credite Educație Medicală Continuă, Chișinău
7. “Aspecte practice a transferului și contratransferului în psihoterapia psihanalitică”, ianuarie 2014 – decembrie 2014, creditat 60 ore Educație Medicală Continuă, Chișinău
8. “Tulburările psihosomatice” Perfecționare tematică. 12.05.2014-30.05.2014. USMF „N.Testemițanu”, 100 credite Educație Medicală Continuă, Chișinău
9. “Probleme actuale în psihologia medicală” Perfecționare tematică. USMF „N.Testemițanu”, 18.05.2015-02.06.2015. 75 credite Educație Medicală Continuă, Chișinău
10. Formare „NLP-Practitioner”, EANLP, 144 ore, Chișinău. 13.09.2014-16.05.2015
11. Formare „NLP-Master”, EANLP, 144 ore, Chișinău. 12.09.2015-17.07.2016

12. Curs de perfecționare competențe de FORMATOR pentru furnizarea formării profesionale a adulților. 5 octombrie 2016 București, România
13. "Evaluare și expertiză psihologică clinică pentru copil, adult și familie". Cursul de formare continuă în psihologie clinică, 150 credite Colegiul Psihologilor din România, 2016-2017, București, România
14. "Технологии экстренного психологического реагирования и посткризисной психологической поддержки при кризисах и тяжелых жизненных ситуациях", 144 часов, 5 июля 2017-23 августа 2017, АНО НИИДПО. г.Москва, Россия

PUBLICAȚII

1. Rusnac S., **Calancea V.** Particularități ale activismului comportamental și stării psihice la pacienții cu ulcer gastric și duodenal // Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială. / Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie specială a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, - 2007- Nr 4 (9). – p.58-67 ISSN 1857-0224
2. **Calancea V.** Etiopatogenia ulcerului gastric și duodenal // Studia universitatis. Seria „Științe ale educației” / Universitatea de Stat din Moldova. 2008 – Nr 5 (15). – p.159-162 ISSN 1857-2103
3. **Calancea V.** Modul de manifestare a afectivității în raport cu evenimentele de viață și în conformitate cu tipul de personalitate. In: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor : Probleme actuale ale științelor umanistice. Ediție Jubiliară. Vol.IX. Ch.: UPS „I.Creangă”, 2010. p.398-405 ISBN 978-9975-46-065-1
4. **Calancea V.** Psihologia Generală : Suport de curs pentru studenții anului I BAC specialitatea Asistența socială și sociologie. Chișinău: Moldpres AIS, 2010.227 p.ISBN 979-975-4076-7-0
5. **Calancea V.** Introducere în Psihologie: Suport de curs. Chișinău: Moldpres AIS,2010. 108 p. ISBN 978-9975-4076-6-3
6. Racu J., **Calancea V.** Sfera afectivă și reacțiile fiziologice: comun și divers. Probleme ale științelor socioumane și modernizării învățământului: Conferința de totalizare a muncii științifice și științifico-didactice a corpului profesoral-didactic pentru anul 2010. Vol.I, Chișinău: UPS „I.Creangă”, 2011. p.50-54 ISBN 978-9975-46-094-1
7. **Calancea V.** Particularități ale adaptării în caz de maladii psihosomatice. Materialele Conferinței Științifice cu participare Internațională consacrată aniversării a 65-a a USM. Rezumatele comunicărilor. Științe sociale. Volumul II. Chișinău 2011, p.186-189 ISBN 978-9975-71-151-7
8. **Calancea V.** Modalități de intervenție psihologică în ulcer gastric și duodenal. Revista științifico-practică N2/2011 „Psihologie”, p.43-52 ISSN 1857-2502
9. **Calancea V.** , Frunză N., Melniciuc A. Relația dintre adaptare și stilul de viață la pacienții somatici. Revista științifico-practică Sănătatea Publică, Economie și Management în Medicină, 3(42)/2012. ISSN 1729-8687
10. **Calancea V.**, Melniciuc A. Practicum la psihologia clinică. Chișinău: Cetatea de Sus, 2012. 194 p. ISBN 978-9975-4367-9-3
11. Turchină T., **Calancea V.** Alexitimia și reglarea emoțională la persoanele cu boli psihosomatice. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Revista științifico-practică categoria B, N4 (36)/2012, p.150-154 ISSN 1857-0011
12. **Calancea V.** Specificul relației medic-pacient în funcție de tipul comunicării. In: Materialele Conferinței Practico-științifice cu participarea internațională, 27-29 sept.2013, „Practica psihologică modernă”. Chișinău, S.n., 2013. p.123-126 ISBN 978-9975-46-153-5
13. **Calancea V.** Rolul particularităților individuale în somatizare. In: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor: Probleme actuale ale științelor umanistice. Vol. XII Partea I. Chișinău: UPS „I. Creangă”, 2013. p.82-86 ISBN 978-9975-46-150-4

14. **Calancea V.** Particularități ale adaptării în caz de criză a sănătății. In: Materialele Conferinței a 10-a naționale cu participare internațională științifico-practică a psihologilor „Dimensiuni contemporane în formarea personalității copilului și adolescentului”, 16 mai 2014, Chișinău: S.n., 2014: Tipografia “Reclama”, p.209-211 ISBN 978-9975-58-019-9
15. **Calancea V.** Studiu teoretic al particularităților de adaptare în cazul pacienților cu urolitiază. Revista științifico-practică N1-2/2014 „Psihologie”, p.45-49 ISSN 1857-2502
16. **Calancea V.** Psihologul vs psihoterapeutul și relația sa cu clienții. Revista științifico-practică N3-4/2016 „Psihologie”, p.73-77. ISSN 1857-2502

VARIA

1. Международная Конференция „Психология телесности: теоретические и практические исследования», г.Москва, 25-27 ianuarie 2011
2. Expoziția Internațională Specializată MoldMedizin & MoldDent, ediția a 17-a (13-16 septembrie 2011) CIE MOLDEXPO, pavilionul central, secțiunea SCR, „Serviciul Asistență și Reabilitare Psihologică în Spitalul Clinic Republican”.
3. Международный Конгресс „Психотерапия, практическая и консультативная психология: сплетение судеб”. Ukraina, Kiev: 4-7 octombrie 2012
4. Conferința științifico-practică cu genericul „Tulburări afective: aspecte clinice și de tratament la etapa contemporană” 20 decembrie 2013, 10 credite EMC, Chișinău
5. Simpozionul Științific cu genericul „Sindromul metabolic – abordare multidisciplinară”, 13 iunie 2014, 5 credite EMC
6. The launch of DepNet Moldova. 9 credite EMC. 1 mai 2015, Chișinău
7. Congresul al VI-lea de Gastroenterologie și Hepatologie cu participare internațională, dedicate jubileului de 70 ani de la fondarea USMF “N.Testemițanu” 25 credite EMC. 25-26 iunie 2015, Chișinău
8. Moderator la trainingul “Cum ne pot îmbolnăvi conflictele la locul de muncă” în cadrul Centrului Expozițional MoldExpo, Tribuna Sănătății, ediția III, 7 septembrie 2016
9. Expert Național, Proiect “Cu privire la evaluarea complexă medicală, psihologică și socială a pacienților din raioanele Orhei, Soroca, Cîmislia și Cahul care primesc îngrijiri spitalicești și comunitare de sănătate mintală în vederea determinării principalelor nevoi ce trebuie acoperite ale acestora”, 06.2017 - prezent
10. Consultant Expert, Proiect Filiala din republica Moldova a Fundației "CRED-Centrul Româno-Elvețian pentru Dezvoltarea Sistemului de Sănătate", 26.10.2017-25.12.2017

Limba maternă: româna

Limbi străine: rusa (excelent), engleza (bine), franceza (bine), araba (vorbită)

PC: WINWORD, InterNet, Excel, PowerPoint, PDF, SPSS