

**UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA**

Cu titlul de manuscris

C.Z.U: 159.923(043.3)

**PRAVIȚCHI GALINA**

**PERSISTENȚA MOTIVAȚIONALĂ ȘI AUTOSTIGMATIZAREA  
LA PERSOANELE SEROPOZITIVE**

**511.01 – Psihologie generală**

**Teză de doctor în psihologie**

Conducător științific:  **POTÂNG Angela**, doctor în psihologie,  
conferențiar universitar

Autor:  **PRAVIȚCHI Galina**, doctorandă

**CHIȘINĂU, 2019**

© Galina Pravičchi, 2019

## CUPRINS

<b>ADNOTARE</b> (română, rusă, engleză) .....	5
<b>LISTA ABREVIERILOR</b> .....	8
<b>INTRODUCERE</b> .....	9
<b>1. ORIENTĂRI TEORETICO-EMPIRICE ÎN STUDIUL PERSISTENȚEI MOTIVAȚIONALE ȘI AUTOSTIGMATIZĂRII LA PERSOANELE SEROPOZITIVE</b> .....	18
1.1. Cadrul teoretic general al persistenței motivaționale în psihologie .....	18
1.2. Abordări teoretice ale stigmatizării și autostigmatizării.....	29
1.3. Implicații psihologice ale diagnosticului de seropozitivitate .....	42
1.4. Concluzii la capitolul 1 .....	49
<b>2. REPERE PRAXIOLOGICE ALE RELAȚIEI DINTRE PERSISTENȚA MOTIVAȚIONALĂ, AUTOSTIGMATIZARE ȘI DIMENSIUNILE FUNDAMENTALE ALE PERSONALITĂȚII LA SUBIECȚII SEROPOZITIVI</b> .....	52
2.1. Organizarea și desfășurarea demersului diagnostic al persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive .....	52
2.2. Analiza rezultatelor cercetării persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive .....	59
2.3. Determinarea relației dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistență motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive .....	86
2.4. Concluzii la capitolul 2 .....	98
<b>3. STRATEGII PSIHOLOGICE DE REABILITARE ÎN SITUAȚIA DIAGNOSTICULUI DE SEROPOZITIVITATE</b> .....	100
3.1. Prezentarea generală a modalităților de intervenție psihologică în cadrul diagnosticului de seropozitivitate.....	100
3.2. Proiectarea și implementarea <i>Programului de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive</i> .....	106
3.3. Evaluarea eficienței <i>Programului de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive</i> .....	115
3.4. Concluzii la capitolul 3 .....	126
<b>CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI</b> .....	127
<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	131
<b>ANEXE</b>	
Anexa 1. Metodele de cercetare utilizate .....	147

Anexa 2. Indicii obținuți la Scala Persistenței Motivaționale, după T. Constantin .....	156
Anexa 3. Indicii obținuți la chestionarul de evaluare a autostigmatizării HIV Stigma Scale elaborat de B.E. Berger .....	158
Anexa 4. Indicii obținuți la Chestionarul de Personalitate Big Five elaborat de P. Costa și R. McCrae .....	161
Anexa 5. Semnificațiile diferențelor după testul T-Student în experimentul de control (grup experimental și grup de control).....	165
Anexa 6. Programul de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive (prezentarea ședințelor) .....	173
Anexa 7. Programul de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive (fișe de lucru) .....	197
<b>DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII .....</b>	<b>232</b>
<b>CV-ul autoarei .....</b>	<b>233</b>

## ADNOTARE

**Pravițchi Galina. Persistența motivațională și autostigmatizarea la persoanele seropozitive. Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2019.**

**Structura tezei:** introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 220 de titluri, 7 anexe, 130 de pagini de text de bază, 17 figuri, 23 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 14 lucrări științifice.

**Cuvinte-cheie:** persistență motivațională, resurse personale, depășirea obstacolelor, autostigmatizare, repercusiuni negative, integrare socială, particularități psihologice, factori de personalitate, persoane seropozitive.

**Domeniul de studiu:** psihologia personalității și a proceselor reglatorii.

**Scopul cercetării** constă în stabilirea particularităților interacțiunii dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive și elaborarea unui program de suport psihologic orientat spre depășirea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

**Obiectivele investigației:** analiza aspectelor teoretice din literatura de specialitate cu referire la persistența motivațională, autostigmatizare și factorilor predictivi ai autostigmatizării la persoanele seropozitive; stabilirea gradului de afectare a persoanelor seropozitive din Republica Moldova de fenomenul autostigmatizării și a gradului de influență a dimensiunilor fundamentale ale personalității, ca declanșatori în dezvoltarea autostigmatizării; elaborarea și implementarea unui Program de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive precum și validarea acestuia; elaborarea și propunerea recomandărilor cu privire la depășirea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

**Noutatea și originalitatea științifică.** Pentru prima dată la nivel național a fost realizat un studiu teoretico-empiric cu referire la particularitățile psihologice ale persoanelor seropozitive în special, persistența motivațională și autostigmatizarea; a fost stabilit nivelul de manifestare al persistenței motivaționale și al autostigmatizării în raport cu dimensiunile fundamentale ale personalității persoanelor seropozitive; a fost elaborat profilul psihologic al persoanelor seropozitive predispușe spre un nivel înalt de autostigmatizare; a fost elaborat și validat un Program de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive.

**Problema științifică importantă soluționată** în cadrul cercetării constă în determinarea interacțiunilor dintre persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive, conceptualizarea profilului psihologic al persoanelor seropozitive predispușe spre autostigmatizare, aspecte ce au condus la elaborarea unui program de suport care fiind implementat a contribuit la diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

**Semnificația teoretică a cercetării** rezidă în determinarea specificității persistenței motivaționale la persoanele seropozitive, stabilirea cauzalității și a repercusiunilor autostigmatizării precum și evidențierea profilului dimensiunilor fundamentale ale personalității subiecților seropozitivi. Rezultatele cercetării consolidează bazele teoretice ale psihologiei generale, îmbinate congruent cu elemente particulare ale psihologiei clinice și medicale, fiind fundamentată din punct de vedere teoretic necesitatea organizării asistenței psihologice pentru persoanele seropozitive și familiile acestora.

**Valoarea aplicativă a lucrării** rezidă în posibilitatea aplicării metodologiei psihodiagnostice propuse în cercetare și a programului complex de suport psihologic în activitatea psihologilor clinicieni, consilierilor și practicienilor. Programul de suport psihologic poate fi inclus în activitatea de instruire teoretico-practică, în cadrul instituțiilor de profil, constituind baza unui ghid metodologic în vederea reabilitării psihosociale și diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive.

**Implementarea rezultatelor științifice.** Rezultatele obținute sunt utilizate în activitatea de consiliere și reabilitare psiho-socială a persoanelor seropozitive, beneficiarii Centrului Social Regional „Renașterea” din mun. Chișinău; în activitatea didactică din cadrul cursurilor universitare de psihologia generală și psihologia sănătății precum și a cursurilor de formare continuă a cadrelor didactice din cadrul Universității de Stat din Moldova; prin comunicări la conferințe naționale și internaționale.

## АННОТАЦИЯ

**Правицки Галина. Мотивационная настойчивость и самостигматизация у ВИЧ позитивных людей. Диссертация на соискание ученой степени доктора психологии. Кишинев, 2019.**

**Структура диссертации:** Диссертация состоит из введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии (220 источников), работа содержит 7 приложений, 17 рисунков и 23 таблицы. Содержание работы изложено на 130 страницах основного текста. Результаты исследования опубликованы в 14 научных работах.

**Ключевые слова:** мотивационная настойчивость, личностные ресурсы, преодоление препятствий, самостигматизация, негативные последствия, социальная интеграция, психологические особенности, личностные факторы, ВИЧ-позитивные люди.

**Область исследований:** психология личности и регуляторных процессов.

**Цель исследования** заключается в определении особенностей взаимосвязи между фундаментальными свойствами личности, мотивационной настойчивостью и самостигматизацией у ВИЧ позитивных людей и разработке программы психологической поддержки, направленной на преодоление самостигматизации ВИЧ позитивных. Цель достигнута посредством решения следующих **задач:** теоретический анализ литературы по проблеме мотивационной настойчивости, самостигматизации и факторов, способствующих самостигматизации ВИЧ-позитивных людей; определение степени воздействия феномена самостигматизации на ВИЧ-позитивных людей в Республике Молдова, а также степени влияния личностных факторов, способствующих развитию самостигматизации; разработка и внедрение программы психологической поддержки, направленной на снижение самостигматизации ВИЧ-позитивных; разработка рекомендаций по предотвращению и преодолению самостигматизации у ВИЧ-позитивных людей.

**Научная новизна и оригинальность.** Впервые в Республике Молдова было проведено теоретико-экспериментальное исследование, направленное на изучение мотивационной настойчивости и самостигматизации у ВИЧ-позитивных людей, в результате которого был установлен уровень проявления мотивационной настойчивости и самостигматизации в соотношении с профилем личности ВИЧ позитивных людей; выявлен и описан психологический профиль ВИЧ-позитивных, предрасположенных к самостигматизации; разработана и апробирована программа психологической поддержки, направленной на снижение самостигматизации ВИЧ-позитивных.

В рамках исследования **решена важная научная проблема** определения взаимосвязи между мотивационной настойчивостью и самостигматизацией у ВИЧ-позитивных людей и выявления психологического профиля ВИЧ-позитивных, предрасположенных к самостигматизации, на основании выявленных аспектов разработана и апробирована программа психологической поддержки, направленной на снижение самостигматизации ВИЧ-позитивных людей.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в определении специфики мотивационной настойчивости у ВИЧ-позитивных людей, определении причин и последствий самостигматизации, а также разработке профиля фундаментальных аспектов личности ВИЧ-позитивных субъектов. Результаты исследования закрепляют теоретические основы общей психологии, согласующиеся с конкретными элементами клинической и медицинской психологии, теоретически обосновывая необходимость организации психологической помощи для ВИЧ-позитивных людей и их семей.

**Практическая значимость** заключается в возможности применения методологии психодиагностики и комплексной программы психологической поддержки, предложенных в исследовании, в деятельности клинических психологов, консультантов, практиков. Программа психологической поддержки может быть включена в теоретические и практические занятия в специализированных учреждениях в качестве методического руководства по психосоциальной реабилитации и снижению самостигматизации у ВИЧ-позитивных людей.

**Внедрение научных результатов.** Результаты исследования используются при психологическом консультировании и психосоциальной реабилитации ВИЧ-позитивных - бенефициаров Регионального Социального Центра „Renaşterea” мун. Кишинэу; при подготовке учебных курсов по предметам «Общая психология» и «Психология здоровья», курсов повышения квалификации преподавателей МолдГУ. Положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на научных конференциях.

## SUMMARY

**Pravițchi Galina. Motivational persistence and self-stigma in seropositive people. Doctoral thesis in Psychology. Chisinau 2019.**

**Thesis structure:** introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, references (220 titles), 7 appendixes, 130 pages, 17 figures, plus 23 tables. The results are published in 14 scientific papers.

**Key words:** motivational persistence, overcoming obstacles, personal resources, self-stigma, negative repercussions, social integration, psychological particularities, personality factors, seropositive people.

**Domain of study:** psychology of personality and regulatory processes.

**The purpose** of this study is to identify the particularities of the relationship between the fundamental dimensions of the personality, the motivational persistence and self-stigma in seropositive people and to develop a psychological support program aimed at overcoming self-stigma in seropositive people.

The main **objectives** of the current research: to analyze the theoretical aspects of the literature with reference to motivational persistence, self-stigma and the predictive factors of self-stigma in seropositive people; to establish the extent to which seropositive people in the Republic of Moldova are affected by the phenomenon of self-stigma and the degree of influence of the fundamental dimensions of the personality, as predictive factors in the development of self-stigma; to elaborate and implement a psychological support program aimed to reduce self-stigma in seropositive people and to establish its efficiency; to elaborate and propose recommendations for overcoming self-stigma in seropositive people.

**Novelty and scientific originality.** This is the first theoretical-empirical study, conducted on a national level, that looked at the psychological particularities of the seropositive people, specifically, the motivational persistence and self-stigma; it was established the level of manifestation of motivational persistence and self-stigma in relation to the fundamental dimensions of the personality of seropositive people; it was developed the psychological profile of seropositive people prone to a high level of self-stigma; it was elaborated and validated a psychological support program aimed to reduce self-stigma at seropositive people.

**The solved scientific problem** through this research consists in determination of the relationship between motivational persistence and self-stigma in seropositive people, conceptualization of the psychological profile of seropositive people prone to self-stigma which has led to the elaboration and implementation of a program aimed at diminishing the self-stigma at seropositive people.

**The theoretical significance** is determined by the completion of some theoretical visions regarding the motivational persistence, the causality and the repercussions of self-stigma at seropositive people.

**The applicative value of the thesis** resides in the possibility of applying the psychodiagnostic methodology proposed in the research and the complex psychological support program in the activity of clinical psychologists, counselors and practitioners. The psychological support program can be included in the theoretical and practical training program conducted within specialized institutions as the basis of a methodological guide for the psychological rehabilitation and the diminution of self-stigma in seropositive people.

**Implementation of the scientific results** was achieved through the counseling and psychosocial rehabilitation of seropositive people, the beneficiaries of the Regional Social Center "Renașterea" in Chisinau; through the teaching of General Psychology and Health psychology courses and the continuous training of the professors from the State University of Moldova, through scientific communications held both on a national and international level.

## **LISTA ABREVIERILOR**

HIV – virusul imunodeficienței umane

SIDA - sindromul imunodeficienței umane dobândite

OMS - organizația mondială a sănătății

TARV – terapia antiretrovirală

CD4- limfocitele T (produse în timus)

PTH- persoane care trăiesc cu HIV

SPM- scala persistenței motivaționale

PM- persistență motivațională

LTPP (Long Term Purposes Pursuing) - urmărirea pe termen lung a scopurilor

CPP (Current Purposes Pursuing) - urmărirea sarcinilor zilnice

RUP (Recurrence of Unattained Purposes) - reamintirea scopurilor neatinse

GE- grup experimental

GC- grup de control



## INTRODUCERE

**Actualitatea și importanța problemei abordate.** Una dintre problemele societății contemporane este maladia HIV/SIDA a cărei implicații pot fi resimțite tot mai mult la nivel bio-psiho-social. Interesul sporit față de această maladie se datorează impactului pe care îl are aceasta asupra procesului evoluției personalității individului.

Jonathan Mann, directorul Programului special de luptă împotriva SIDA din cadrul OMS, într-o alocuțiune rostită în fața Adunării Generale a Națiunilor Unite făcea referire la trei epidemii mondiale distincte, deși strâns legate una de alta. Prima epidemie constă în diseminarea pe întreaga planetă a virusului HIV. Această contaminare silențioasă și greu de perceput reprezintă zona ascunsă a epidemiei, care suscită frică, reacții iraționale și tendințe de excludere. A doua epidemie, care decurge în mod inexorabil din prima, dar după un interval de câțiva ani, este cea a „boli SIDA”, maladie clinic observabilă, ce rezultă în urma infecției cu HIV. Aceasta nu este o boală în sensul uzual al termenului, ci un sindrom polimorf, caracterizat prin infecții repetate și rebele (numite infecții oportuniste). Aceste infecții nu se dezvoltă și nu devin grave la un bolnav decât în urma unui atac asupra sistemului imunitar. Cea de a treia epidemie este cea a reacțiilor și răspunsurilor sociale, culturale, economice, și politice date primelor două epidemii. SIDA lansează într-o manieră extraordinară o provocare fără precedent atât indivizilor, cât și societății [apud 63].

Necesitatea studierii temei derivă din statisticile alarmante prezentate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale conform cărora în anul 2017 în Republica Moldova au fost înregistrate 835 de cazuri noi de infectare cu HIV/SIDA. Estimările recente efectuate indică un număr de 11887 de persoane care trăiesc cu HIV/SIDA pe teritoriul țării, dintre care 6861 bărbați și 5017 femei. Acest fapt a condiționat ca depistarea intensivă și precoce a cazurilor de infecție cu HIV să constituie una din sarcinile Programului Național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală, ce are drept obiectiv menținerea epidemiei, concentrată în grupurile cu risc sporit de infectare și neadmiterea răspândirii infecției cu HIV în rândul populației generale.

Modul de transmitere, impactul asupra individului și asupra grupurilor, maniera în care societatea răspunde acestei afecțiuni sunt procese caracterizate printr-o varietate de factori sociali și comportamentali. Din acest motiv, SIDA reprezintă la ora actuală, un fenomen psihologic și social, în aceeași măsură în care este un fenomen medical.

Prin efectele ei, infecția HIV/SIDA se compară cu un cutremur ce zdruncină din temelii toate elementele de structură ale edificiului psihic și psihosocial: valori, atitudini, stiluri comportamentale, obișnuințe, deprinderi, încrederea în capacitatea de apărare a organismului și,

cel mai grav, încrederea în sine și în ceilalți. Această problematică complexă generează o adevărată „morbiditate psihosocială”.

Implicațiile psihologice în cazul infecției HIV/SIDA sunt la fel de copleșitoare ca și cele medicale. Printre aspectele psihologice care marchează o persoană seropozitivă se numără, la nivel individual: limitarea posibilităților fizice; limitarea atribuțiilor profesionale și familiale; pierderea încrederii de sine și în ceilalți; izolarea; supraprotecția sau respingerea de către familie, rude, prieteni; dorința de a cunoaște cât mai multe despre boală; respingere din partea serviciilor sociale și medicale; afectarea întregii familii [59].

Din punct de vedere psihologic, pentru o persoană seropozitivă devine primordial restructurarea sistemului de valori, atitudini și a stilului de viață existente până la aflarea diagnosticului. Un element obligatoriu al acestui proces este aderența la medicamentele antiretrovirale în vederea managementului infecției HIV și menținerea stării de sănătate. Necesitatea administrării medicamentelor antiretrovirale, la aceeași oră în fiecare zi fără a fi admise omisiuni, implică resurse motivaționale înalte, efort, concentrare și perseverență. Din acest motiv este necesară studierea persistenței motivaționale la persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA pentru a elucida particularitățile de manifestare a acesteia și modalitatea în care aceste persoane stabilesc scopuri, ating obiective, manifestă constanță în comportament în vederea realizării activităților propuse în funcție de particularitățile contextului social și al nevoilor personale.

De asemenea, caracteristic infecției HIV este persistența discriminării și stigmatizării manifestate de societate față de persoanele seropozitive. Forța stigmatizării este foarte mare și ea poate avea consecințe tulburătoare pentru persoana etichetată. Când persoana este etichetată, aceasta dobândește un statut sau o identitate socială nouă, deviantă. Statutul său deviant devine dominant și astfel individul începe să se perceapă pe sine așa cum îl văd ceilalți și să se comporte în conformitate cu așteptările lor. Infecția HIV/SIDA aduce cu ea o veritabilă declasare socială și devalorizare morală a persoanei, un stigmat care reflectă diferite atitudini morale din partea celor din jur. Un individ infectat cu HIV este evitat de prieteni, incriminat de membrii familiei, stigmatizat de societate. Implicit, autostigmatizarea legată de HIV include sentimentele, convingerile sau acțiunile interioare, provocate de către persoana care trăiește cu HIV/SIDA, cum ar fi: rușine, auto-culpabilizare, secretul legat de teama de dezvăluire a diagnozei, auto-izolare, disperare, și o mare preocupare față de gândurile și atitudinile altora. Practic, autostigma presupune tot o discreditare a individului, singura diferență fiind că individul vizat este atât ținta, cât și acuzatorul.

### **Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemei de cercetare.**

În psihologie, problema motivației a suscitat interesul multor cercetători printre care: Ambrose și Kulik [107], Bandura [109, 110], Chess și Thomas [122], Cloninger, Przybeck și Svrakic [123], Eisenberg, Kuhlmann și Cotterell [133], Ford [138], Hartshorne, May și Maller [146], Kanfer [155], Kleinginna P.R., Kleinginna A.M. [158], Lewin [166], Locke și Latham [173], Mitchell [183], Mukherjee [185], Peterson și Seligman [191], Pinder [194], Rethlingshafer [198], Skinner [207], Vroom [213]. Printre cei care au operaționalizat persistența motivațională cu ajutorul unor probe standardizate pot fi menționați: Constantin T. [10, 11, 12], Campbell [118], Castles [120], Critcher [126], Dorcus [131], Howells [151], Lufi și Cohen [174], Ponton, Derrick și Carr [195], Wang [214].

Studii referitoare la fenomenul stigmatizării și autostigmatizării atestăm la autorii: Biernat și Dovidio [115], Crocker, Major și Steele [127, 128], Goffman [141], Herek, Mitnick, Burris, Chesney, et al. [148], Link și Phelan [168, 169], Morrison [184], Parker și Aggleton [188], etc. Cauzele și repercusiunile autostigmatizării la persoanele seropozitive au fost studiate de Berger, Ferrans, Lashley [113], Brouard și Willis [116], Ferris France, Macdonald, Conroy et al [137], Lee, Kochman și Sikkema [163].

Contribuții valoroase cu privire la particularitățile psihologice ale persoanelor seropozitive reprezintă cercetările realizate de Blagoslov [1], Buzducea [6, 7], Fabianova [136], Валиева Т.В., Ельцова А.В. [73], Кудрич Л.А., Брызгин М.Б., Ефремова Е.Н. [87], Ланга А. [89], Мурыванова Н.Н., Горбунов В.И., Ткаченко Т.Н., Буланьков Ю.И., Улюкин И.М. [93], Савкин И.В., Букин Е. К., Казаева Е.В., Бечикова А.В., Пушкина Т.П., Орловский В.Г. [99], Шерова-Игнатъева Я.Я. [103, 104].

Deși în diverse alte țări s-au efectuat studii asupra autostigmatizării la persoanele seropozitive, în Republica Moldova astfel de lucrări se atestă într-un număr relativ mic. Cercetările din Republica Moldova dedicate persoanelor seropozitive au avut drept scop investigarea aspectelor ce țin de: statutul socio-economic al persoanelor seropozitive – Malcoci L. [26]; asistența socială a persoanelor seropozitive – Pistrinciuc V., Tarasov V. [36], Prițcan V., Ocerentii A., Iașco A. [53]; protecția drepturilor persoanelor seropozitive – Bobeică R. [2], Rostaș I., Cantarji V., Danii R. [55]; reducerea stigmei și discriminării în infecția HIV – Prisăcari V., Nemerenco A., Gramma R. [51].

Trecerea sub tăcere a fenomenului autostigmatizării la persoanele seropozitive este generată probabil de faptul că foarte mult timp maladia HIV/SIDA era considerată o problemă medicală, și nu una psihologică, iar prin urmare implicațiile psihologice ale acesteia erau neglijate. Astfel, actualitatea temei este confirmată în esență și de constatarea unui număr

oarecum modest de studii cu referire la problematica abordată de noi. Respectiv, lipsa unor rezultate concrete provenite din cercetări empirice generează dificultăți în conturarea unor politici eficiente care să vizeze problematica persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive. În consecință, diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive devine destul de anevoioasă, iar extrapolarea concluziilor din literatura străină la realitatea noastră poate fi riscantă, date fiind diferențele dintre contextul psiho-social autohton și cel străin.

În pofida semnificației sale, teoretice și practice, impactul psiho-social al autostigmatizării asupra persoanelor seropozitive nu și-a găsit încă justificarea științifică corespunzătoare în spațiul nostru sociocultural, fapt ce ne indică **problema de cercetare** a demersului investigativ. Soluționarea ei va scoate în evidență sfera de influență a autostigmatizării în manifestarea persistenței motivaționale și dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi.

**Scopul cercetării** constă în stabilirea particularităților interacțiunii dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistența motivațională și autostigmatizarea la persoanele seropozitive și elaborarea unui program de suport psihologic orientat spre depășirea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

#### **Obiectivele investigației:**

- Analiza aspectelor teoretice din literatura de specialitate cu referire la persistența motivațională și autostigmatizare;
- Investigarea factorilor predictivi și a repercurșiunilor autostigmatizării la persoanele seropozitive;
- Identificarea particularităților manifestării persistenței motivaționale la persoanele seropozitive și persoanele seronegative;
- Stabilirea gradului de afectare a persoanelor seropozitive din Republica Moldova de fenomenul autostigmatizării și a gradului de influență a dimensiunilor fundamentale ale personalității, ca declanșatoare în dezvoltarea autostigmatizării;
- Elaborarea și implementarea unui *Program de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive* precum și validarea acestuia;
- Elaborarea și propunerea recomandărilor cu privire la depășirea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

#### **Metodologia cercetării științifice.**

- Metode *teoretice*: documentarea științifică, analiza, sinteza, modelarea teoretică și generalizarea literaturii de specialitate privind problema de cercetare; metoda ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare.

- Metode *empirice*: modele de cercetare non-experimentale, transversale, comparative și corelaționale, experimentul formativ, metoda testelor: Chestionarul „*Scala Persistenței Motivaționale*”, elaborat de T. Constantin [11], chestionarul de evaluare a autostigmatizării *HIV Stigma Scale* elaborat de B.E. Berger [113], Chestionarul de Personalitate *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae [178].

- Metode *statistico-matematice de prelucrare a datelor*: metode statistice descriptive (stabilirea cotelor procentuale și a valorilor medii) și metode statistice inferențiale (determinarea coeficientului de corelație Bravais-Pearson, testul t-Student, analiza de varianță ANOVA).

**Noutatea științifică a rezultatelor obținute** este obiectivată de următoarele:

- A fost realizat un studiu teoretico-empiric cu referire la persistența motivațională și autostigmatizarea la persoanele seropozitive în Republica Moldova;
- A fost determinat profilul psihologic al persoanelor seropozitive predispuse spre un nivel înalt de autostigmatizare;
- A fost stabilit nivelul de manifestare al persistenței motivaționale și al autostigmatizării în raport cu dimensiunile fundamentale ale personalității subiecților seropozitivi;
- A fost elaborat și validat un *Program de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive*.

**Problema științifică importantă soluționată** în cadrul cercetării constă în determinarea interacțiunilor dintre persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive, conceptualizarea profilului psihologic al persoanelor seropozitive predispuse spre autostigmatizare, aspecte ce au condus la elaborarea unui program de suport care fiind implementat a contribuit la diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

**Semnificația teoretică a cercetării** rezidă în determinarea specificității persistenței motivaționale la persoanele seropozitive, stabilirea cauzalității și a repercusiunilor autostigmatizării precum și evidențierea profilului dimensiunilor fundamentale ale personalității subiecților seropozitivi. Rezultatele cercetării consolidează bazele teoretice ale psihologiei generale, îmbinate congruent cu elemente particulare ale psihologiei clinice și medicale, fiind fundamentată din punct de vedere teoretic necesitatea organizării asistenței psihologice pentru persoanele seropozitive și familiile acestora.

**Valoarea aplicativă a lucrării** rezidă în posibilitatea aplicării metodologiei psihodiagnostice propuse în cercetare și a programului complex de suport psihologic în activitatea psihologilor clinicieni și consilierilor. Programul de suport psihologic poate fi inclus în activitatea de instruire teoretico-practică, în cadrul instituțiilor de profil, constituind baza unui

ghid metodologic în vederea reabilitării psihosociale și diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive.

Rezultatele studiului pot fi utilizate:

- la nivel național - în cadrul implementării programelor de stat ce vizează reformele în domeniul sănătății și asistenței psiho-sociale a persoanelor ce trăiesc cu HIV;
- la nivel local - în cadrul activității instituțiilor de profil, în direcția complexă de profilaxie, psihocorecție și reabilitare psiho-socială a persoanelor seropozitive, în vederea elaborării recomandărilor privind realizarea și monitorizarea planului individual și a serviciilor de suport necesare reducerii și prevenirii autostigmatizării;
- la nivel instituțional - în activitatea psihologilor din instituțiile medicale, la realizarea activității de consiliere pre/post testare la infecția HIV;
- în activitatea specialiștilor din domeniul asistenței medicale (medici infecționiști, medici de familie), care activând în cadrul echipelor multidisciplinare sunt implicați în procesul de tratament a persoanelor seropozitive;
- în activitatea didactică prin elaborarea suporturilor de curs pentru diverse discipline, adresate viitorilor psihologi, asistenți sociali, medici, dar și celor ce beneficiază de formare continuă în domeniu.

#### **Rezultate științifice principale înaintate spre susținere:**

1. Persistența motivațională este dimensiunea care îi asigură individului suportul necesar pentru a rezista pe termen lung în opțiunea sa motivațională, în ciuda rutinei, obstacolelor, oboselii sau deziluziilor.
2. Autostigmatizarea legată de virusul imunodeficienței umane este un set de judecăți negative cu privire la propria persoană ca urmare a sentimentului de rușine, inutilitate și auto-culpabilizare, care afectează accesul la îngrijire și tratament, precum și calitatea generală a vieții persoanelor seropozitive.
3. Persistența motivațională și autostigmatizarea la persoanele seropozitive variază în funcție de dimensiunile fundamentale ale personalității.
4. Profilul psihologic al persoanei seropozitive predispusă autostigmatizării vizează următoarele particularități: *personal* (instabilitate emoțională, stimă de sine scăzută, dificultăți de adaptare la situațiile de stres, tendință spre depresie, sentimente de auto-culpabilizare, sentimente de rușine și inutilitate), *de ordin social* (acces scăzut la serviciile de îngrijire, nivel scăzut de informare, lipsa suportului social/izolare socială, experiență de stigmatizare și discriminare) și *contextual* (perioada scurtă de timp de la aflarea diagnosticului, relații familiale dificile).

5. Implementarea programului de suport psihologic, destinat reducerii autostigmatizării la persoanele seropozitive, contribuie la optimizarea relațiilor interpersonale, creșterea nivelului de conștientizare a persoanei, creșterea încrederii în forțele proprii, a capacității de autocontrol și autoeficacității, activarea și valorificarea resurselor personale, a potențialităților latente, dezvoltarea rezilienței și a mecanismelor de coping, dezvoltarea capacității decizionale prin învățarea unor modalități de a ierarhiza prioritățile, de mobilizare a eforturilor personale în vederea atingerii scopurilor propuse.

**Aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării.** Materialele cercetării au fost discutate și aprobate în cadrul Departamentului de Psihologie a Universității de Stat din Moldova. Valoarea științifică a cercetării a fost confirmată prin comunicări la diverse conferințe naționale și internaționale: Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Creșterea impactului cercetării și dezvoltarea capacității de inovare” dedicată aniversării 65 de la fondarea Universității de Stat din Moldova, *„Asistența psihologică în dezvăluirea diagnosticului copiilor cu infecția HIV/SIDA”*, Chișinău, 2011; Conferința Internațională practico-științifică *„Современные информационные технологии работы с молодежью: педагогика, психология, менеджмент и коммуникация”*, *„Проблема ВИЧ как фактор жизни современной молодежи”*, Moscova, 2011; Conferința Științifică Internațională, Universitatea de Stat din Moldova *„Învățământul superior și piața muncii: conexiuni și perspective”*, *„Modele teoretice ale persistenței motivaționale”*, Chișinău, 2014; Conferința Științifică Internațională, Universitatea de Stat din Moldova *„Integrarea prin cercetare și inovare”*, *„Persistența motivațională și locul controlului la tineri”*, Chișinău, 2015; Conferința Științifică Internațională, Universitatea de Stat din Moldova *„Învățământul superior: valențe și oportunități educaționale, de cercetare și transfer inovațional”*, *„Repercusiunile autostigmatizării la persoanele seropozitive”*, Chișinău, 2016; Conferința Științifică Națională cu participare Internațională *„Integrare prin Cercetare și Inovare”* cu prilejul aniversării a 70 de ani de la fondarea Universității de Stat din Moldova *„Asistența psihologică a persoanelor seropozitive”*, Chișinău, 2016; A II- a Conferință Națională în Sănătatea Adolescenților *„Sporirea rezilienței-dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc”*, *„Considerații generale privind impactul diagnosticului HIV/SIDA asupra persoanelor infectate”*, Chișinău, 2016; Conferința Științifică Națională cu participare Internațională *„Integrare prin cercetare și inovare”*, *„Factori predictivi ai autostigmatizării la persoanele seropozitive”*, Chișinău, 2017; Conferința Internațională de Psihologie Aplicată *„Actualități și Perspective în Cercetarea Psihologică”*, Universitatea de Stat din Moldova *„Reziliența și robustețea la persoanele seropozitive”*, Chișinău, 2018.

Rezultatele obținute sunt utilizate în activitatea de consiliere și reabilitare psiho-socială a persoanelor seropozitive, beneficiarii Centrului Social Regional „Renașterea” din mun. Chișinău; în activitatea didactică din cadrul cursurilor universitare de psihologia generală, psihologia personalității și psihologia sănătății precum și a cursurilor de formare continuă a cadrelor didactice din cadrul Universității de Stat din Moldova; prin comunicări la conferințe naționale și internaționale (14 lucrări științifice).

**Structura lucrării.** Teza este alcătuită din adnotare în limbile română, rusă și engleză, lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografia lucrărilor științifice, anexe, CV-ul autoarei. Volumul de bază al tezei este de 130 pagini. Lucrarea conține 17 figuri și 23 tabele.

În *Introducere* este analizată actualitatea temei, fiind argumentată importanța investigării acesteia în contextul psiho-social autohton. În această secțiune mai sunt prezentate scopul și obiectivele investigației, sunt indicate baza conceptuală și metodologia cercetării, este expusă problema științifică importantă soluționată și sunt descrise importanța teoretică a rezultatelor obținute și valoarea aplicativă a lucrării, este indicată aprobarea rezultatelor la care s-a ajuns.

În capitolul 1 *Orientări teoretico-empirice în studiul persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive* este analizat conceptul de persistență motivațională în viziunea diferitor autori care identifică persistența motivațională ca fiind un comportament observabil ce determină individul să renunțe ușor sau să depună efort îndelungat atunci când sarcinile devin dificile. Aceasta formează nucleul dur al motivației individuale, cel care îi asigură stabilitatea și constanța fiind o dimensiune cantitativă importantă, în special după ce individul a ales o anumită direcție comportamentului său motivat. Într-un cadru analitic distinct sunt prezentați factorii ce condiționează persistența motivațională.

În acest capitol atenția se concentrează și asupra fenomenului de autostigmatizare cercetat de către un șir de autori, fiind descris ca un set de judecăți negative cu privire la propria persoană ca urmare a sentimentului de rușine, inutilitate și auto-culpabilizare, care afectează accesul la îngrijire și tratament, precum și calitatea generală a vieții persoanelor seropozitive. Printre factorii care pot servi drept cauză în apariția autostigmatizării la persoanele seropozitive pot fi menționați factorii personali, factorii sociali și factorii contextuali. De asemenea sunt reflectate și repercusiunile autostigmatizării la persoanele seropozitive acestea fiind următoarele: afectarea autopercepției, pierderea încrederii de sine și în ceilalți, menținerea comportamentelor de risc, afectarea sistemului de credințe, izolarea autoimpusă, limitarea atribuțiilor profesionale și familiale, mecanisme de coping deficitare.



Un loc aparte este rezervat profilului psihologic al persoanelor seropozitive predispușe spre autostigmatizare care vizează aspecte de ordin personal, social și contextual.

Capitolul 2 *Repere praxiologice ale relației dintre persistența motivațională, autostigmatizare și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi* cuprinde rezultatele demersului de constatare, care reflectă: particularitățile de manifestare a persistenței motivaționale la persoanele seropozitive; nivelul de afectare a persoanelor seropozitive de autostigmatizare; au fost stabilite și descrise particularitățile relațiilor dintre persistența motivațională, autostigmatizare și dimensiunile fundamentale ale personalității; sunt formulate concluzii cu privire la gradul de afectare a persoanelor seropozitive de fenomenul autostigmatizării, este examinată diferența de manifestare a persistenței motivaționale și autostigmatizare în funcție de dimensiunile fundamentale ale personalității. Sunt aduse dovezi ale validării statistice și este prezentată argumentarea științifică a rezultatelor experimentale. În acest capitol sunt prezentate și descrise metodele, tehnicile și coeficienții utilizați în cadrul investigației. În baza celor constatate a fost elaborat profilul psihologic al persoanelor seropozitive la care poate fi identificat un nivel înalt de autostigmatizare și au fost identificate direcțiile necesare pentru elaborarea unui program de suport, care să contribuie la diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

În capitolul 3 *Strategii psihologice de reabilitare în situația diagnosticului de seropozitivitate* sunt prezentate modelele conceptuale și de intervenție ce au stat la baza elaborării și implimentării unui program de suport psihologic în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive, principiile directoare și etapele parcurse, scopul și ipoteza demersului de intervenție; este prezentată evaluarea eficienței *Programului de diminuare a autostigmatizării la persoanele seropozitive* prin compararea rezultatelor obținute de către participanți pre și post program formativ; sunt demonstrate diferențele semnificative care indică eficiența ședințelor de intervenție psihologică.

*Concluziile generale și recomandările* reprezintă o sinteză a rezultatelor obținute în demersul de constatare, de formare și de control. În baza lor sunt propuse recomandări și sugestii pentru psihologi și specialiștii în acordarea serviciilor psiho-sociale din instituțiile de profil. Realizarea lor va contribui la depășirea dificultăților de adaptare socială a persoanelor seropozitive, la creșterea nivelului de persistență motivațională, la diminuarea nivelului de autostigmatizare al persoanelor seropozitive din Republica Moldova. În final, sunt prezentate, de asemenea, și limitele acestui studiu, ce servesc totodată ca recomandări pentru viitoarele cercetări cu privire la persistența motivațională și autostigmatizarea la persoanele seropozitive.

# 1. ORIENTĂRI TEORETICO-EMPIRICE ÎN STUDIUL PERSISTENȚEI MOTIVAȚIONALE ȘI AUTOSTIGMATIZĂRII LA PERSOANELE SEROPOZITIVE

## 1.1. Cadrul teoretic general al persistenței motivaționale în psihologie

Domeniul motivației umane este unul complex, bogat în paradigme explicative și în modelări empirice. Astfel, încă din 1981 Kleinginna și Kleinginna identifică 140 de definiții ale motivației în literatura de specialitate [158], fapt confirmat și două decenii mai târziu de Ambrose și Kulik [107].

Definițiile motivației au o diversitate mare, de la definiții care insistă pe fundamentul tensiunilor interioare: „act sau ansamblu, sistem de impulsuri, presiuni interne, energizări sau activări, stări tensionale sau mobiluri ale acțiunilor și conduitei”; Popescu- Neveanu, 1994 [apud 10], la definiții cognitive: „motivația este un proces cognitiv guvernând alegerile făcute de către subiect între tipuri alternative de activitate voluntară”, [214] definiții comportamentale: „motivația apare atunci când are loc o întărire adecvată, comportamentul fiind dependent de consecințe sale”, [207] sau la definiții realizate în termeni de alegeri raționale: „un proces care implică două sisteme psihologice interdependente: alegerea scopului și efortul pentru atingerea scopului [205].

Adesea, pentru descrierea motivației s-au utilizat metafore construite pe baza unor noțiuni împrumutate din fizică. De exemplu, K. Lewin [166] consideră că motivația acționează ca un „câmp de forțe”, în care atât subiectul cât și obiectele, persoanele sau activitățile realizate de acesta coexistă și se influențează reciproc. Pentru a caracteriza motivația s-a folosit și conceptul de „vector” care, în fizică, are asociate conceptele de direcție, sens și mărime. Analog vectorilor fizici, s-a considerat că motivația are trei caracteristici principale: orientarea, efortul și persistența.

- *Orientarea* face trimitere la calitatea și la relevanța comportamentelor adoptate, la direcția investițiilor motivaționale ale unei persoane. Altfel spus, orientarea definește ceea ce canalizează atenția și interesul motivațional al unei persoane, spre ceea ce tinde acea persoană din punct de vedere motivațional, tipul de recompensă sau de satisfacție care îl interesează și îl implică personal.

- *Efortul* reprezintă forța sau energia furnizată de un individ în urmărirea obiectivelor sale. Nu este suficient ca o persoană să aleagă o anumită direcție, o anumită țintă motivatoare. Ea trebuie să investească efort, energie emoțională și fizică și să inițieze comportamente concordante cu acea orientare. Efortul este influențat atât de caracteristici

înnăscute (de exemplu: temperamentul) cât și de caracteristici ale contextului (de exemplu: atractivitatea țintei motivaționale sau urgența situației).

- *Persistența* face trimitere la noțiunile de perseverență și constanță în adoptarea unui comportament sau în realizarea unei sarcinii. Nu este suficient ca o persoană să aleagă o anumită direcție a implicării sale motivaționale și să inițieze comportamente concordante cu atingerea obiectivelor care jalonează acea direcție. Mai are nevoie de capacitatea de a rezista pe termen lung în acea opțiune motivațională, în ciuda rutinei, obstacolelor, oboselii sau deziluziilor (mai mari sau mai mici). Persistența motivațională nu presupune doar perseverență comportamentală în atingerea unor scopuri predefinite, ci și capacitatea de a rămâne motivat (implicat motivațional) pe termen lung, de a găsi interes și satisfacție chiar și atunci când realizarea sarcinii nu mai este o noutate și nu mai aduce aceeași satisfacție ca la început.

Cele mai recente studii, efectuate în cadrul paradigmei cognitiviste, au asociat motivația cu trei procese psihologice: cel de activare, cel de direcționare și cel de persistență [111, 139, 158, 183, 195]. Astfel, majoritatea cercetătorilor privesc activarea (arousal) ca pe o consecință a unei trebuințe sau dorințe ce nu poate fi gratificată în mod imediat și automat fapt care duce la inițierea unei acțiuni de căutare. În al doilea rând, cercetătorii susțin existența unei componente direcționale, obiectivele personale fiind cele mai puternice elemente ce orientează comportamentul uman, „direcționarea obiectivelor spre anumite ținte este un aspect cardinal al tuturor organismelor vii” [174]. A treia dimensiune a motivației umane este intensitatea, motivația determinând intensitatea și efortul și, prin acesta, persistența motivațională. Cu cât o persoană este mai motivată cu atât va fi mai prelungit și mai intens efortul alocat unei anumite sarcini. Mai mult, cu cât sunt mai importante obiectivele de atins, mai semnificative din punct de vedere personal, mai specifice sau mai dificile, cu atât mai mare va fi intensitatea persistenței motivaționale [195].

Este evident faptul că există o mare diversitate atât a modelărilor conceptuale, paradigmei explicative și a procedurilor sau instrumentelor de operaționalizare a motivației. Totuși, dincolo de această diversitate, din analiza cercetărilor recente [112, 135, 151, 165, 173, 207] se conturează ideea că multitudinea factorilor motivaționali pot fi reduși la un model cu două module distincte: unul *calitativ*, care include factorii definatorii ai orientării sau direcției implicării motivaționale și un altul *cantitativ*, care include factorii asociați forței și persistenței motivaționale.

Persistența motivațională, ca dispoziție comportamentală controlabilă a indivizilor de a continua activitatea în manieră susținută reprezintă un fenomen psihologic al cărei circumscriere teoretică a fost dificil de realizat și tradus în termeni empirici.

Conceptul de persistență deține o evoluție sinuoasă și inconstantă în istoria psihologiei, intrând alternativ în vizorul teoreticienilor sub diverse forme și având atașate definiții cu un grad la fel de variabil de specificitate. În funcție de perspectiva teoretică din care este examinată - filosofică - teleologică, a psihologiei învățării, motivației sau personalității – noțiunea de persistență este subsumată unor concepte diferite dar care se intersectează, precum cele de „voință”, „interes”, „dependență de recompensă”, angajament sau motivație.

În literatură apar mai multe concepte care se suprapun conținuturilor semantice asociate persistenței. Termeni similari cu cel de persistență care apar în literatură sunt perseverență, tenacitate, robustețe (*hardiness*) și tărie de caracter (*grit*). Termenul de perseverență pare a fi preferat în mai multe domenii, fiind un parametru important luat în considerare în special în cadrul studiilor despre succesul vocațional și în carieră. Astfel, Londoner (1972) afirmă că *perseverența* indică capacitatea indivizilor de a urmări scopuri pe termen lung, în ciuda obstacolelor, a plictisului și consumului energetic ridicat, a sentimentelor de anxietate sau rușine asociate eșecurilor inevitabile de pe parcurs [apud 12].

Al doilea concept înrudit, cel de *tenacitate*, este văzut de Gollwitzer et al. (2007) ca reacția fermă în fața dificultăților, provenind din planificarea anticipată a urmării scopurilor. Brandtstadter și Renner (1990) au exploatat acest concept provenind mai degrabă din teoriile referitoare la caracter și au dezvoltat o scală de măsurare a lui, pe care au denumit-o Scala urmării tenace a scopului (*Tenacious Goal Pursuit*). Itemii măsoară obstinția, capacitatea de a urmări un scop chiar și în fața obstacolelor și capacitatea de energizare și revalorificare a scopului prin înfruntarea dificultăților [apud 12].

Un alt concept asemănător este cel de *robustețe* psihică (*hardiness*) care este considerat de Maddi (2002, 2006) o combinație de orientări atitudinale și deprinderi de coping cu circumstanțe stresante. Acest repertoriu de atitudini și abilități alimentează curajul și motivația de a susține eforturile strategice menite să transforme circumstanțe de viață stresante în oportunități de creștere, de dezvoltare. Spre deosebire de conceptul de persistență, robustețea este circumscrisă mai degrabă momentului eșecului, concentrându-se pe un tip de reacție compensatorie strategică, constructivă la acesta. Conceptul este relevant pentru înțelegerea performanței, dezvoltării personale, a leadershipului, comportamentelor sanogenetice, fiind studiat în special în context militar.

Ultimul termen, găsit în literatură, Duckworth et al. (2007), sub forma „*grit*”, cel mai adesea tradus *tărie de caracter*, este definit de o serie de autori ca „perseverență și pasiune pentru scopurile de termen lung”. Spre deosebire de persistență și perseverență, văzută mai degrabă ca trăsături cu efecte pervazive asupra comportamentului, această trăsătură este

dependentă de proiecte de carieră sau de viață majoră, presupunând depășirea obstacolelor, reenergizarea în ciuda plictiselii sau dezamăgirilor și revitalizarea continuă a interesului și angajamentului pentru traseul ales de individ pe perioade lungi de timp [apud 12]

Peterson și Seligman (2004) precizează că termenii de persistență și perseverență pot fi folosiți intersanjabil, și anume că, în literatură, al doilea termen apare cu o conotație pozitivă aproape în majoritatea cazurilor. Adăugăm la această observație ideea că dacă persistența e un termen cu conotație temperamentală, perseverența este mai degrabă abordată în contextul tratării dimensiunilor de caracter [191].

Un alt concept care nu se suprapune asupra persistenței precum cele patru enumerate mai sus este cel de motivație a performanței, în legătură cu care trebuie realizate anumite distincții. Motivația pentru performanță sau realizare se referă la dorința indivizilor de a obține realizări, succese, de a dobândi deprinderi la standarde ridicate. Acesta este un concept utilizat eminent în context profesional, dar autorii săi afirmă că modelul nu este în mod necesar limitat la acestea, putând fi extins în toate domeniile activității umane.

Dicționarul enciclopedic Blackwell definește persistența drept „fenomenul de creștere sau persistare în eforturi după eșecul la o sarcină”, Gerhart (1995, p. 417), plasând conceptul în opoziție cu neajutorarea învățată, așa cum este definită de Seligman și Martin (1975) – anume, o tendință de a descrește eforturile la sarcini în urma eșecurilor repetate. Pittenger (2002) mută accentul pe prezența/absența recompensei, arătând că esența persistenței este capacitatea de a continua și susține angajamentul în activități care și-au pierdut caracterul motivațional. Același autor arată că domeniul de studiu al persistenței a fost fragmentat de existența a două paradigme de înțelegere paralele: o paradigmă experimentală, care s-a focalizat pe identificarea circumstanțelor care facilitează comportamentul persistent și o paradigmă centrală pe diferențele individuale, care conceptualizează persistența ca trăsătură [apud 13].

Astfel, în urma analizei literaturii de specialitate putem atesta o evoluție cronologică a conceptului. Astfel, încă din 1912, Fernald [apud 204, p.715], vorbește despre „abilitatea indivizilor de a rezista și de a continua în susținerea eforturilor pentru atingerea succesului, în ciuda oboselei sau a descurajărilor”. Ulterior, Hartshorne, May și Maller [146] încearcă să definească persistența ca o funcție a interesului, considerând-o mai puțin o trăsătură individuală generală, ci o modalitate de a reacționa în anumite situații în funcție de experiențele trecute.

Încă în 1932, Wang [214] propune măsurarea diferențelor interindividuale în ceea ce privește persistența, construind o scală de autoraportare alcătuită din 111 itemi cu răspuns dihotomic. Howells [151] încearcă să pună bazele unei măsuri de obiective a persistenței, operaționalizând-o ca rezistență în fața disconfortului fizic, utilizând sarcini care să provoace

durere prin expunere la stimulare termică, presiune, înțepare. Utilizând diverse sarcini, Critcher [126] și Dorcus [131] încearcă să extragă un factor comun, denumit de ei persistență, respectiv *perseverență volițională*. Ambii autori ajung, pe baza analizelor factoriale, la concluzia că persistența nu este o calitate pervazivă, ci una mai degrabă determinată de interesul, curiozitatea sau auto-eficiența indivizilor, recomandând abordarea acesteia în relație cu specificul activității la care este raportată.

O definiție larg acceptată este cea înaintată de Neumann, Finlay-Neumann și Reichel [186], care definesc persistența drept tendința de a depăși obstacole și de a persevera în căutarea de soluții la diverse probleme sau nevoi, în ciuda circumstanțelor ostile.

Crider (1997) afirmă că perseverarea este o manifestare neintenționată, inadecvată, dezadaptativă și lipsită de beneficii, caracterizată de repetarea unui răspuns sau unități comportamentale [apud 14]. Perseverarea este un deficit neurocognitiv prezent în afecțiuni determinate de leziuni ale lobului frontal, în tulburări anxioase, de tipul tulburării obsesiv – compulsive, luând forme extreme în schizofrenie. Persistența este un concept diferit de comportamentele inerțiale („escalation behaviors”), care presupun continuitatea doar pentru speranța câștigului, a obținerii succesului, ceea ce ar da senzația că efortul și investițiile de timp și de energie au meritat [140].

Persistența a intrat în vizorul teoreticienilor și ca trăsătură: Rethlingshafer [198] a denumit-o *enduranță* sau „tendința de a termina orice sarcină inițiată”, Eysenk [135] văzând-o ca indicator al anumitor tendințe nevrotice; Mukherjee [185] o descrie ca dispoziția de a persista și construiește o scală cu răspuns dihotomic, utilă în a măsura motivația performanței; Lufi și Cohen [174] o leagă de dimensiunea de performanță academică, dezvoltând o scală pentru a măsura persistența copiilor. Chess și Thomas [122] consideră persistența o dimensiune temperamentală fundamentală, definind-o ca o abilitate de a „continua o activitate în pofida obstacolelor”, la fel ca și în modelul propus de Cloninger, Przybeck și Svrakic [123], unde apare tot ca dimensiune temperamentală reflectată prin capacitatea de a rezista frustrării și oboselii și capacitatea de a le percepe ca provocări în fața cărora indivizii persistenți tind să-și intensifice efortul și investiția motivațională față de scopuri.

Mai recent, Serpell, Waller, Fearon și Meyer (2009) investighează asocierea dintre persistență și perseverență în debutul și manifestarea afecțiunilor mentale, arătând că dacă perseverența este asociată cu niveluri ridicate ale indicatorilor psihopatologici, persistența este o variabilă cu rol sanogenetic [apud 14].

Plecând de la asumțiile teoriei funcționale – [139, 156, 183, 195] conform căreia motivația în muncă este cel mai bine reprezentată ca un proces care implică două sisteme

psihologice interdependente - alegerea scopului și efortul pentru atingerea scopului, Constantin [14] propune conceptul de *persistență motivațională*, definit ca set de competențe (înnăscute sau formate) care susțin indivizii în a atinge scopurile propuse, nucleul dur al motivației. Acest nucleu dur este denumit în psihologia germană „voință” și se referă la modul în care indivizii gestionează persistența, urmărirea eficientă și cu efort a scopului [161].

Într-un studiu recent dedicat persistenței motivaționale și implicării motivaționale Constantin [14] afirmă că persistența motivațională se referă la capacitatea unei persoane de a persevera comportamental și motivațional în efortul spre atingerea unor obiective ambițioase, la tendința de a persista în acțiunile direcționate spre atingerea obiectivelor, atingerea scopului stabilit, de a nu abandona. El susține că persistența motivațională formează nucleul dur al motivației individuale, cel care îi asigură stabilitatea și constanța, în timp ce implicarea motivațională se referă la componenta calitativă motivației, cea care îi asigură adaptarea și modelarea în funcție de particularitățile contextului social și al nevoilor personale. Ca o dimensiune complementară implicării motivaționale, persistența motivațională poate fi văzută ca o dimensiune cantitativă, importantă în special după ce individul a ales o anumită direcție comportamentului său motivat. Persistența motivațională este cea care îi asigură individului suportul necesar pentru a rezista pe termen lung în acea opțiune motivațională, în ciuda rutinei, obstacolelor, oboselii sau deziluziilor.

Persistența este o variabilă sensibilă la factori de ordin cultural, care pare să diferențieze membrii culturilor vestice de cele estice. Jostmann și Koole [154] susțin că în culturile vestice indivizii perseverenți sunt glorificați, iar cei care renunță ușor sunt marginalizați și calificați drept „neizbutiți”; din acest motiv, autorii speculează că mulți indivizi continuă să persevereze în anumite cursuri de acțiune, chiar și când acestea au șanse foarte scăzute de reușită de teamă de a fi catalogați în acest fel. Cu toate acestea, Blinco (1992), indică faptul că elevii japonezi de școală primară dovedesc o persistență în sarcină mai ridicată decât grupul american la care au fost comparați. Heine și colaboratorii (2001) au mers mai departe testând rolul atribuirilor în persistența răspunsurilor comportamentale după eșec, respectiv după succes și au arătat că subiecții japonezi persistă mai mult în urma eșecului, subiecții americani atribuind eșecului cauze independente de eforturile lor [apud 14].

În viziunea lui Ryan, Sheldon, Kasser și Deci [202] conținutul scopurilor individuale reflectă nevoile lor, nevoile de autonomie, competență și integrare socială fiind asociate mai degrabă cu scopuri orientate pe realizarea de sine decât cu scopuri materialiste. McDougall [179] analizând instinctele și impulsurile care motivează comportamentele umane, este primul care concluzionează că persistența este o funcție a comportamentului orientat spre scop.

Caracteristicile motivaționale ale persistenței au fost surprinse în importante teorii clasice cum ar fi cea propusă de K. Lewin [166] cu referire la forțele câmpului social, la cea propusă de Vroom [213] cu referire la expectanțele angajaților cu privire combinația dintre efortul depus, rezultatul așteptat și valența recompensei finale sau la cea propusă de Bandura [109], cu referire la auto-eficiență.

Alți autori analizează persistența prin referire la diferite contexte sau situații de viață. Astfel, Robinson [199] a studiat importanța identității ca mediator al integrării instituționale și ajunge la concluzia că identitatea studenților mediază impactul integrării academice asupra persistenței în instituție. Graves [145] demonstrează faptul că liderii persistenți în sarcină sunt evaluați mult mai pozitiv de către subordonați, sunt considerați mult mai responsabili și sunt văzuți ca având mai multe abilități de leadership comparativ cu liderii non-persistenti. Ponton, Derrick și Carr [195], vorbesc de relațiile dintre inventivitate și persistența în învățarea autonomă a adulților în timp ce Castles [120] ajunge la definirea unui model al persistenței în 12 factori.

În literatura de specialitate atestăm și încercări de analiză a persistenței prin raportare la perseverența afectivă sau cognitivă sau la factorii inteligenței emoționale. Sherman și Kim [206] argumentează faptul că există evidențe neuropsihologice consistente care sugerează că cele două sisteme – afectiv și cognitiv - sunt separate și a fost demonstrată persistența afectului în absența oricăror cogniții [154] sau tendința afectului de a persevera în ciuda informațiilor contradictorii primare [166]. Totuși, în opinia autorului menționat, aceste studii nu asigură argumentare directă a existenței perseverenței afective sau a asocierii ei cu perseverența motivațională.

În aceeași ordine de idei, Eniola și Adebisi [134] argumentează empiric că inteligența emoțională și stabilirea scopurilor mărește motivația în muncă a studenților cu deficiențe de vedere. Pentru autorii menționați stabilirea scopurilor este văzută ca o componentă cheie a persistenței motivaționale. Pe de altă parte, Belschak, Verbeke și Bagozzi [112] analizează perseverența și strategiile de concentrare pe sarcină prin raportare la anxietatea socială, ajungând la concluzia că perseverența în aplicarea procedurilor de vânzare și în concentrarea pe sarcină pot fi două strategii de reducere a anxietății sociale generate de contactul cu clientul.

Dintr-o altă perspectivă, Link [172], încercând să prezică persistența și performanța noilor interviatori telefonici, argumentează faptul că facilitățile fizice ale locului de muncă, programul de lucru și programul de instruire sunt mult mai relevante în a prezice persistența în muncă, în timp ce atributele personale, incluzând abilitățile de interviu, experiența anterioară și atitudinea pozitivă și realistă față de ancheta prin interviu, sunt mai slab legate de performanța în muncă.



Houser-Marko și Sheldon [150] propun constructul „Self-As-Doer” pentru a desemna pe toți cei care au obișnuința de a practica cu consecvență un anumit comportament (a face jogging, a ține diete, a practica un sport de amatori etc.) nu ca parte a unui angajament motivațional ci mai degrabă ca parte a identității personale. Autorii menționați demonstrează empiric că astfel de persoane („Self-As-Doer”) au o mult mai mare persistență comportamentală și în efortul spre atingerea obiectivelor nelegate de hobby-ul lor, independent de alte variabile ca expectanță (expectancy), concordanță de sine (self-concordance), implicare (commitment) sau nevrotism (neuroticism).

O abordare mai amplă a persistenței ca trăsătură de personalitate o realizează cercetătorii dedicați modelului Big Five. Aceștia propun factori de personalitate numiți fie „Persistence” fie „Industriousness” fie „Perseverance” sau „Self-Discipline”, în funcție de preferințele fiecărui autor, factori integrați celui general de „Conștiinciozitate”. Astfel, Goldberg [142] operaționalizează factorul „Self-discipline” ca abilitatea de a persista în sarcini dificile sau neplăcute până ce sunt realizate. O limită a acestor abordări este dată de faptul că semnificația concretă a fiecărui factor și maniera de operaționalizare cu ajutorul itemilor este diferită de la autor la autor. În plus se obține un scor general al persistenței, ca factor de personalitate, fără a se izola componentele afective, cognitive sau motivaționale. Altfel spus, persistența /perseverența măsurată cu ajutorul acestor scale poate fi generată de numeroși factori inclusiv de cei de natură psihopatologică, fără a ști care este semnificația reală a unor scoruri înalte la acest factor.

Deși persistența a fost studiată ca un element al realizării motivaționale și al auto-eficacității, încercările de operaționalizare a persistenței motivaționale cu ajutorul unor probe standardizate sunt destul de limitate. Scala de inteligență Stanford-Binet (ediția a 4-a) are o secțiune prin care evaluatorul observă comportamentul de persistență. Unii cercetători și-au propus să o măsoare furnizându-le indivizilor sarcini imposibil de rezolvat sau foarte dificile, în timp ce alții au utilizat teste cu grile de observație pentru a măsura comportamente indicatori ai persistenței [apud 140]. În mod similar, Campbell [118] a măsurat persistența motivațională în context experimental, furnizând indivizilor sarcini nerezolvabile sau foarte dificile. Ponton, Derrick și Carr, [195] dezvoltă un inventar al persistenței adultului care învață. Castles [120] abordând aceeași tematică (persistența în învățare la adulți) ajunge la definirea unui model al persistenței în 12 factori, fiind printre puținii autori care propune un model și propune spre validare un chestionar de evaluare a persistenței motivaționale. Totuși, proba propusă Castles nu a fost confirmată sub aspectul fidelității sau validității predictive sau de construct.

Astfel, în urma analizei literaturii științifice, putem afirma că conceptul de persistență motivațională este unul multiaspectual și se referă la capacitatea unei persoane de a persevera

comportamental și motivațional în efortul spre atingerea unor obiective ambițioase, la tendința de a persista în acțiunile direcționate spre atingerea obiectivelor propuse, de a investi timp și efort și energie pentru atingerea scopului stabilit, de a nu abandona.

### **Modele explicative ale persistenței motivaționale**

Teoriile moderne cum ar fi cea socio-cognitivă a lui Bandura [110], a stabilirii obiectivelor Locke și Latham [173], sau teoria controlului Klein (1989), au început să se concentreze asupra cazurilor în care motivația persistă sau nu de-a lungul timpului sau în ciuda diverselor obstacole [apud 107]. Făcând o sinteză a acestor trei teorii Ambrose și Kulik (1999) afirmă că persistența motivațională depinde: a) de ritmul cu care indivizii îndeplinesc propriile sarcini; b) de un proces de sincronizare a ritmului de lucru cu propriile obiective și interese; c) de existența altor factori externi cu rol facilitator sau de inhibitori. Astfel, conform autorilor menționați, la început, când se inițiază o activitate, ritmul de lucru depinde de factori individuali cum ar fi propriul mod de a percepe timpul, presiunea de timp și autoeficiența percepută. Acest ritm inițial este la rândul sau corectat, regulat și transformat de un proces independent, intrinsec de autoreglare. În funcție de propriile scopuri, obiective, dar și de factorii externi cum ar fi termenii limită, natura sarcinilor sau resursele avute la dispoziție, se acordă priorități, se redefinesc obiective, se schimbă strategii, se intensifică sau reduce ritmul de muncă, orientând astfel comportamentele într-o anumită direcție și reglând intensitatea efortului depus pentru atingerea propriilor scopuri [107].

Pentru a dezvolta un model al procesului de persistență la nivel individual, Meier și Albrecht [181] integrează elementele din teoria lui Ajzen asupra comportamentului planificat, punând în același timp accentul pe latura motivațională a conceptului de persistență așa cum apărea ea descrisă în studiile lui Atkinson și Feathers (1964, 1962). Prin acest model se consolidează și integrează conceptele de *goal setting*, motivație, comportament și proces decizional într-un model procesual unic al persistenței umane. Mai mult, acest model mai are avantajul de a extinde teoria comportamentului planificat depășind conceptul inițial de intenție comportamentală și propunând un nou tip de comportament specific, și anume persistența comportamentală. Conform lui Albrecht și Meier (2003), persistența este un proces comportamental motivat și organizat sub forma unei perpetue căutări a obținerii unei performanțe, atingerii unui obiectiv sau săvârșirii unei acțiuni și implică în mod necesar o serie de activități progresive [181]. Așa cum menționează Constantin [10], perspectiva funcțională vine cu descrierea unei serii de factori care condiționează componenta *goal striving* a procesului motivațional, referindu-se la procese interne de autoreglare la încrederea în forțele proprii,

abilitățile/caracteristicile motivaționale personale, influența practicilor grupului de muncă în care angajatul activează etc.

Eisenberg, Kuhlmann și Cotterell [133] formulează teoria perseverenței învățate, în care demonstrează că persistența este o consecință a experienței personale în care investirea unui efort prelungit s-a dovedit gratificantă în situații diferite. O altă perspectivă este teoria controlului perceptual [120, 176] care susține că indivizii prezintă structuri ierarhice de scopuri, succesul în atingerea acestora fiind orientarea flexibilă în cadrul acestei ierarhii. Teoria are beneficiul de a distinge între perseverență, văzută ca angajament flexibil în urmărirea scopurilor, ajustare a demersului în funcție de priorități și importanța obiectivelor și perseverare, acea tendință de a insista în urmărirea scopurilor de ordin inferior în detrimentul celor cu adevărat importante pentru individ sau urmărirea scopurilor care au servit la un moment dat ca mijloace, dar – odată scopul urmărit atins, și-au pierdut valoarea instrumentală și adaptativă. Dacă perseverența este o trăsătură care asigură succesul indivizilor în atingerea scopurilor personale și profesionale, perseverarea este o manifestare inadecvată, dezadaptativă și lipsită de beneficii (prezentă în afecțiuni determinate de leziuni ale lobului frontal, în tulburări anxioase, de tipul fobiilor sau tulburării obsesiv compulsive).

Sheldon și Elliot [205], descriind trei studii experimentale realizate din perspectiva modelul concordanței cu sine a scopurilor, definește ca variabile importante asociate acestui model: efortul susținut, atingerea scopurilor, auto-eficiența și nevoia de satisfacere a experiențelor personale. În mod similar, Oettingen și Gollwitzer [187], insistând asupra conceptelor de *goal sitting* (operaționalizată ca fiind implicarea motivațională) și *goal striving* (operaționalizată ca fiind persistența motivațională), definește ca determinanți ai *goal striving* dimensiuni ca stabilirea scopurilor, planificarea, acțiunea, reluarea scopurilor, mobilizarea efortului, reducerea discrepanței etc.

Luând în calcul atât sinteza propusă de Ambrose și Kulik [105] cât și modelările teoretice propuse de Kanfer [155, 156], Sheldon și Elliot [205], Meier și Albrecht [181], sau Oettingen și Gollwitzer [187], Constantin [12] identifică opt factori descriși în literatura de specialitate ca fiind cei care condiționează persistența motivațională:

- *efortul* - energia pe care o persoană o pune în slujba atingerii unor obiective motivaționale; forța cu care o persoană duce la îndeplinire acțiuni orientate spre scop;
- *încrederea* – încrederea pe care o persoană o are în capacitate sa de a folosi abilitățile, atuurile, resursele personale în slujba atingerii obiectivelor stabilite anterior; a face față problemelor sau provocărilor profesionale;

- *perseverența* - perseverența în efortul direcționat spre atingerea unor obiective stabilite anterior; a rezista motivațional în ciuda obstacolelor, dificultăților sau duratei sarcinii; încăpățânarea orientată spre atingerea obiectivelor stabilite anterior;
- *scopul* –căutarea și alegerea unor obiective incitante și a schița mintal strategii de atingere a lor; a fi atent la noi oportunități și a fi cu un pas înaintea celorlalți;
- *organizarea* – planificarea și organizarea efortului în vederea atingerii obiectivelor dificile, a identifica resurse necesare, a crea condițiile necesare realizării sarcinilor; a urmări cu consecvență aplicarea pas cu pas a etapelor planificate anterior;
- *concentrarea* – focalizarea pe esențial, pe activitățile asociate scopului și motivației principale; a fi absorbit de ceea ce face; a fi rezistent la factorii perturbatori;
- *obstacolul* – a insista în fața obstacolelor, a căuta și găsi soluții alternative de depășire constructivă a lor, a folosi flexibilitatea în sensul găsirii unei soluții alternative de atingere a obiectivelor inițiale;
- *ambibiția* – ambiția, nevoia de a fi în competiție și de a-i întrece pe ceilalți sau de a realiza mereu mai mult; dorința de a fi cel mai bun; predilecția de a se compara cu cei mai buni.

Așa cum subliniau Meier și Albrecht într-o sinteză dedicată conceptului de persistență, unele teorii evaluează persistența ca o funcție a motivației, abilităților și factorilor de mediu, în timp ce altele includ persistența ca un important element al motivației individuale și a intențiilor comportamentale [181]. Wise [219] elaborează un model al motivației și performanței în situații de evaluare din perspectiva persistenței în sarcină în timp ce Meier și Albrecht [181] oferă un cadru teoretic al persistenței văzută ca parte a comportamentului orientat spre scop. Sunt autori care preferă să identifice și să analizeze factorii care pot fi asociați persistenței: locul controlului [153, 183], dominantele personalității [180], succesul vocațional [210, 211] inteligența emoțională [146], tendințele nevrotice [135, 217].

Astfel, putem concluziona că modelele teoretice menționate mai sus prezintă fenomenul persistenței motivaționale ca fiind unul complex și dinamic. Prin urmare, persistența motivațională, ca dispoziție comportamentală controlabilă a indivizilor de a continua activitatea în manieră susținută reprezintă un fenomen psihologic a cărei circumscriere teoretică a fost dificil de realizat și tradus în termeni empirici.

Persistența motivațională este dimensiunea care îi asigură individului suportul necesar pentru a rezista pe termen lung în opțiunea sa motivațională, în ciuda rutinei, obstacolelor, oboselii sau deziluziilor. Pornind de la această asumție, ne propunem să studiem persistența motivațională la persoanele seropozitive pentru a elucida particularitățile de manifestare a acesteia. Datorită faptului că stilul de viață a persoanelor seropozitive implică administrarea

medicamentelor antiretrovirale, la aceeași oră în fiecare zi fără a fi admise omisiuni, care necesită resurse motivaționale înalte, efort, concentrare și perseverență, este prioritară pentru cercetarea noastră perspectiva studierii modalității în care aceste persoane stabilesc scopuri, ating obiective, manifestă constanță în comportament în vederea realizării activităților propuse.

## 1.2. Abordări teoretice ale stigmatizării și autostigmatizării

Etimologic, termenul stigmă provine din grecescul stigma= semn cu fierul înroșit, înțepătură, marcă, sau semn distinct. Stigma mai este definită ca fiind o marcă a disprețului celorlalți la adresa anumitor persoane considerate a fi „altfel”, sau „diferite” într-un grup, sau într-o societate. Termenul a căpătat în accepțiunea medicală semnificația de semn clinic obiectiv, care relevă existența unei stări morbide.

Stigma a fost definită de către Goffman (1963) ca un atribut sau caracteristică profund discreditată la indivizii ce posedă acest atribut sau caracteristică, care influențează la devalorizarea persoanei ce îl posedă. Goffman, de asemenea, identifică în mod semnificativ stigmatizarea ca pe un fenomen complex și multidimensional afirmând că sunt trei tipuri de stigmă. Astfel, există: 1) stigma asociată cu diformitățile fizice (membre lipsă, desfigurări faciale sau extreme de greutate/înălțime), 2) stigma asociată cu slăbiciunile sau defectele de caracter (aici se includ și tulburările psihice) și 3) stigma care se referă la apartenența la diferite grupuri sociale (grup etnic, religios sau rasial) [141].

Același autor realizează o distincție între discreditare, atunci când alții comit stigmatizarea, și discreditabil, atunci când o persoană este dezonorată sau are un comportament compromițător. El afirmă că poate exista o substanțială discrepanță între cum oamenii se văd pe ei înșiși, și părerile altora despre ei, denumind această discrepanță - *identitatea actuală* și *identitatea virtuală*. De asemenea, Goffman menționează că această incoerență, influențând negativ asupra identității sociale a persoanelor, duce la izolarea socială a acestora [141].

Pornind de la afirmația lui Goffman, Herek (2002) definește stigmatizarea ca o circumstanță negativă, statut sau caracteristică care discreditează și dezavantajează indivizii. Acesta afirmă că stigma se manifestă prin patru factori: *prejudecată*, *devalorizare*, *discreditare*, și *discriminare*. În acest context Herek, delimitează diferențele dintre prejudecată și discriminare. Astfel, prejudecata este definită ca o decizie împotriva unui grup, în timp ce discriminarea este un act sau un comportament. Aceste atitudini și comportamente, ca manifestări ale stigmatizării, cauzează prejudicii importante persoanelor stigmatizate [147].

Într-un studiu dedicat problematicii stigmatizării, Link, B., Phelan (2001) afirmă că identitatea socială virtuală a unei persoane este compusă din ipotezele și expectanțele pe care

ceilalți și le formează despre categoria din care persoana face parte aparent și despre atributele pe care aceasta pare să le posedă. Autorii menționează că identitatea socială actuală a unui individ se referă la categoria din care el sau ea se consideră ulterior că face parte și din caracteristicile pe care le posedă cu adevărat. Dacă aceste atribute actuale sunt considerate ca fiind mai puțin dezirabile decât cele presupuse inițial, persoana ar putea fi „redușă de la o persoană completă și obișnuită la o persoană infecțioasă” în mintea celui care o percepe [168, p.366].

În acest context, autorii precizează că putem vorbi despre stigmatizare unde sunt atestate următoarele cinci condiții:

1. persoanele identifică diferențe în atitudinea oamenilor față de ele, fiind etichetate;
2. existența legăturii între valorile culturale dominante și etichetările cu stereotipuri negative;
3. plasarea persoanelor etichetate în categoriile care le izolează de grup și le stabilește în opoziție cu majoritatea;
4. experimentarea de către persoanele etichetate a situațiilor de pierdere a statutului din motive neobiective și a comportamentului discriminatoriu;
5. faptul că etichetarea este condiționată de diferențele de putere existente în societate.

J. Crocker et al. (1998) propune un model referitor la stigmă ca fiind o amenințare la identitatea persoanelor [128]. Astfel, în cadrul modelului înaintat el delimitează următoarele funcții ale stigmei:

1. Creșterea imaginii de sine ca urmare a stigmatizării altora;
2. Menținerea identității sociale pozitive, care se transformă în atitudini de justificare a discriminării outgroup-ilor;
3. Legitimizarea inegalității de statut a grupurilor;
4. Gestionarea fricilor, executarea funcției de protecție în legătură cu apariția anxietății severe.

Abordând problematica stigmei, pot fi atestate numeroase cercetări ce evidențiază multiple interferențe ale acestui fenomen cu alte fenomene asociate cu devalorizarea și evaluarea negativă a persoanelor ce ar avea un semn distinct. În acest context vorbim de o interferență vizibilă dintre stigmă și stereotipuri, stigmă și prejudecată.

Referindu-se la stigmă și stereotipuri, M. Biernat și Dovidio (2000) prezintă o analiză a tradițiilor socio-psihologice de cercetare pe marginea acestui subiect. Autorii afirmă că stigma și stereotipul sunt concepte similare, dar nu identice, deoarece există un număr semnificativ de situații în care există stereotip fără stigmatizare și vice-versa. Cu toate acestea, stereotipurile sunt implicate în procesul de stigmatizare, acest fapt poate fi identificat atunci când persoanele care

percep stigma, nu numai că manifestă o reacție negativă față de persoana stigmatizată, dar utilizează un set de caracteristici negative la adresa celor care suportă această stigmă [115]. Necesitatea unor stereotipuri apare datorită faptului că oamenii au nevoie să explice și să justifice atitudinea negativă față de persoanele stigmatizate și să raționalizeze discriminarea împotriva acestora.

Un alt aspect important ce necesită a fi analizat este relația dintre stigmă și prejudecată. Astfel, Phelan, Link și Dovidio (2008) fac o analiză destul de aprofundată a acestui subiect ce le-a permis autorilor să concluzioneze că între stigmă și prejudecăți sunt atestate mai multe puncte comune decât diferențe. Generalizând opiniile formulate în cadrul tuturor modelelor analizate, autorii subliniază că stigma și prejudecățile au trei funcții principale: 1) exploatarea și dominarea; 2) consolidarea normelor sociale; 3) evitarea bolii. În cazul stigmatizării persoanelor seropozitive sunt implicate, în același timp, două funcții - consolidarea normelor sociale și evitarea bolii [193].

Stigma și prejudecata sunt legate de o serie de procese și fenomene, cum ar fi: categorizarea, etichetarea, stereotipizarea, emoțiile negative, disconfort în procesul de interacțiune, respingerea socială și alte forme de discriminare, pierderea statutului social etc.

Referindu-se la aspectele stigmei, Johns et al. [apud 128] prezintă în urma studiului său, șase aspecte ale acesteia:

1. ascunderea (măsura în care atributul poate fi ascuns de către individ);
2. cursul (rezultatele așteptate pe termen lung asociate cu atributul stigmatizat);
3. distrugerea (măsura în care atributul afectează activitatea individului în viața de zi cu zi);
4. calitățile estetice (aspectul exterior al unui individ care are un atribut stigmatizat);
5. originea (gradul de responsabilitate al individului pentru atributul său existent);
6. pericolul (măsura în care atributul este dăunător pentru alții).

Un aspect relevant ce vizează consecințele stigmei pentru individul care are un atribut stigmatizat îl prezintă ascunderea și originea stigmei. Astfel, referindu-se la ascunderea stigmei, Goffman (1963) menționează două aspecte: *stigma neascunsă* (vizibilă) și *stigma ascunsă* (invizibilă). În primul caz, indivizii trebuie să fie în permanență gata să suporte devalorizarea din partea celor care nu au un astfel de atribut. Stigmatul vizibil indică despre prezența la o anumită persoană a unei boli precum și pericolul pe care îl prezintă pentru alții. Persoanele care au acest gen de stigmă, în procesul interacțiunii, întâmpină reacții imediate la adresa lor [141].

Persoanele a căror stigmă este ascunsă pot evita dezaprecierea din partea altora atât timp cât pot ține ascuns acest fapt, astfel statutul lor nu este diferit de cel al altora. Cu toate acestea, de

îndată ce stigma lor devine vizibilă, statutul lor se schimbă, ele sunt evaluate de către alții ca fiind purtătoare de stigmă. Este important de menționat faptul că „prețul” plătit de persoanele care ascund stigma (evitând stigmatizarea și consecințele negative ale acesteia) este suficient de mare deoarece în relațiile interpersonale acestea se confruntă cu o stare de tensiune, fiindu-le frică ca alții să nu-i descopere, îngrijorându-se că datorită unor indicii interlocutorul va afla secretul lor. Cu toate acestea, este important să fie studiate aspectele ce au loc la nivel interpersonal, dar și intrapersonal la indivizii care ascund stigma lor. Astfel Smart și Wegner, (2000) afirmă că încercările de a ascunde atributul stigmatizat necesită un nivel înalt de autocontrol, contribuie la faptul ca indivizii să se gândească în mod constant la stigma lor, ceea ce are un impact negativ asupra sănătății mentale și fizice a acestora [208].

În modelul lor cu privire la preocuparea referitoare la ascundere, Wegner și Lane (1995), prezintă situația persoanelor care au un secret. Astfel, procesele ce au loc cu persoanele care ascund un secret pot fi descrise în felul următor:

1. secretul, ascuns de către o persoană, în acest caz- stigma, duce la suprimarea acestor gânduri;
2. suprimarea gândurilor duce la apariția gândurilor perturbatoare despre secretul ascuns;
3. gândurile perturbatoare determină individul să facă eforturi mai mari pentru a suprima aceste gânduri. De fapt, cu cât mai mult individul tinde să ascundă un secret, în acest caz-stigma, cu atât sunt mai accesibile gândurile referitoare la el;
4. etapa a doua și a treia se repetă, deoarece procesul este ciclic, apariția celei de a doua etape - duce la apariția celei de a treia etape.

Autorii afirmă că inhibarea gândurilor le face ușor accesibile în conștiința individului și în cazurile de solicitare cognitivă aceste gânduri apar în conștiința individului mult mai repede decât cele asupra cărora el încearcă să se concentreze. Acest efect este asociat cu procesele automate inconștiente [162, 216].

Este necesar de menționat faptul că efectele asupra nivelului cognitiv continuă să existe chiar și după ce secretul încetează să mai fie un secret [162]. Astfel, potrivit acestui model, încercarea indivizilor de a ascunde stigma duce la faptul ca gândul referitor la stigmă să devină obsesiv și să mențină persoana într-o stare de tensiune internă, stare asociată de Smart și Wegner (2000) cu *activare cognitivă profundă*. Comparativ cu persoanele cu stigmă vizibilă, persoanele cu stigmă invizibilă suportă profunde consecințe psihologice, deoarece, crezând că ei au fost capabili să suprimeze gândurile referitoare la stigmatizare, aceștia nu conștientizează cât de mult gândurile refulate afectează comportamentul și gândirea lor. Mai mult decât atât, activarea cognitivă profundă duce la reducerea capacităților în procesul de prelucrare a informațiilor



despre lumea socială, la tendința obsesivă de a percepe și de a evalua lumea socială în termeni de stigmatizare și alte constructe legate de acesta [208].

Încercarea individului de a ascunde stigma implică profunde consecințe negative asupra sănătății. Un argument în acest sens îl propune Wegner (1995) în lucrarea sa dedicată implicațiilor ascunderii stigmei. Astfel, pornind de la cercetările efectuate de către Pennebaker [189, 190] cu privire la efectele negative a păstrării în secret a situațiilor traumatizante, Wegner (1995) surprinde faptul că păstrarea în secret a unui anumit eveniment nu face posibilă anularea activării cognitive profunde [216].

Un alt aspect important, ce vizează originea și capacitatea de a controla stigma, subliniat de Dijker și Koomen (2003), se referă la posibilele consecințe asupra indivizilor făcând trimitere la teoriile atribuirilor. Astfel, distingem două situații, în funcție de modul în care este atribuită cauza bolii (capacitatea/incapacitatea de a controla simptomul asociat stigmei). Dacă simptomul este considerat ca fiind controlabil, atunci persoanei îi este atribuită responsabilitatea pentru boala sa. Reacția comportamentală referitoare la un astfel de pacient este furia. Dacă simptomul este perceput ca fiind necontrolabil, atunci individului nu îi este atribuită responsabilitatea pentru boala sa. Ca rezultat, răspunsul comportamental este dictat de milă [130].

Un alt fenomen strâns legat de stigmă este autostigmatizarea aceasta fiind procesul de interiorizare a stigmei externe asociat cu numeroase gânduri negative despre propria persoană, devalorizare personală și auto-blamare.

Link et al. (1997) definește autostigmatizarea, ca „dimensiune în care oamenii aprobă convingerile negative și sentimentele asociate cu atributul lor stigmatizat, aplicându-le la sine” [171]. Esențiale și fundamentale pentru manifestarea autostigmatizării sunt convingerile de bază, inflexibile, absolute și generalizate pe care oamenii le au despre ei înșiși, despre alții, lume și/sau viitor [111]. În conturarea viziunii asupra lumii a unei persoane, convingerile de bază care contribuie la autostigmatizare pot avea un efect profund asupra sentimentului de auto-eficacitate și a conceptului de sine [218].

Morrison (2006) delimitează cadrul conceptual al autostigmatizării (Fig. 1.1.) și evidențiază interdependența factorilor ce duc la apariția autostigmatizării precizând elementele constitutive ale fiecărui factor. Astfel, autostigmatizarea este văzută ca fiind rezultatul interacțiunii complexe între *factorii sociali*, *factorii contextuali* și *factorii personali* [184].

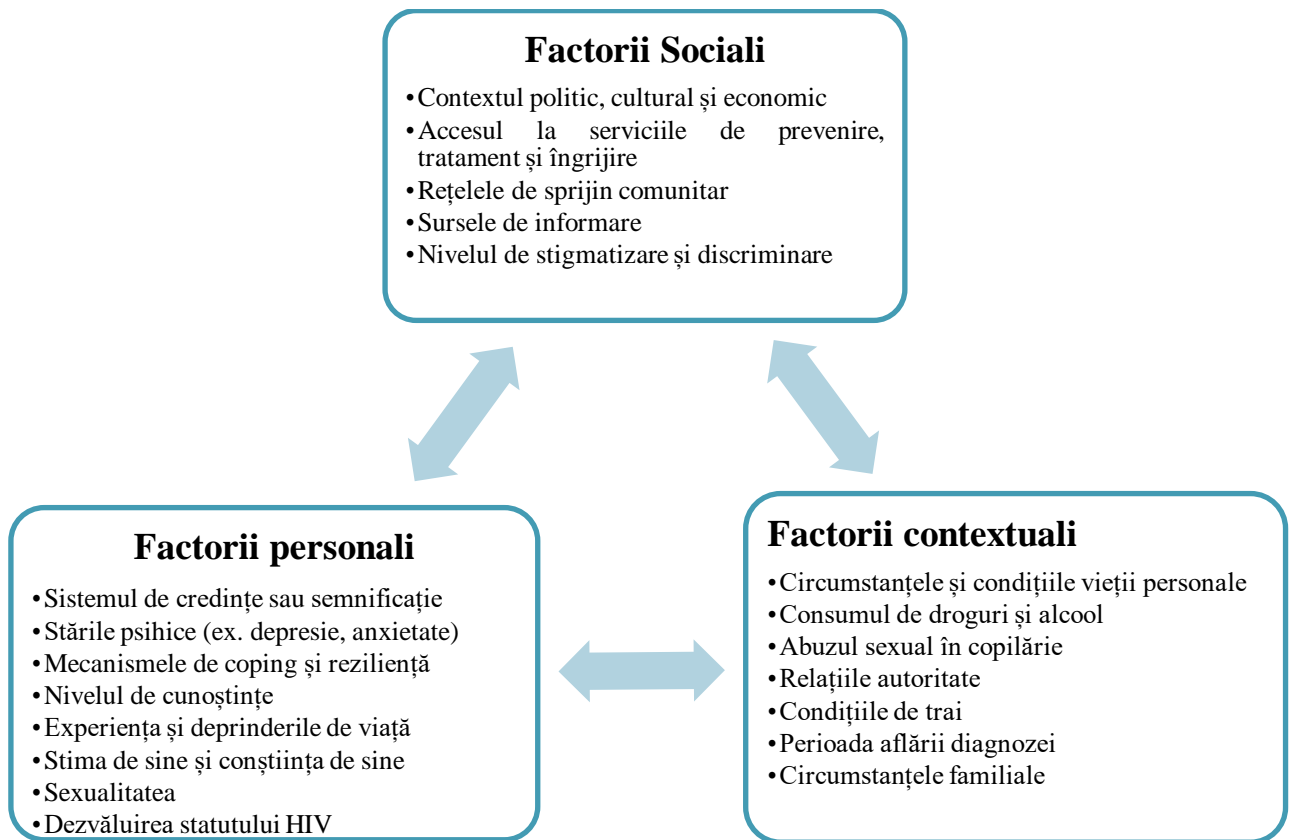


Fig.1. 1. Cadrul conceptual al autostigmatizării după Morrison (2006)

Brouard și Willis (2006) afirmă că, autostigmatizarea este un proces complex care este influențat de imaginea de sine a persoanei cât și de factorii externi. Ca răspuns la confruntarea cu stigmatizarea, persoanele care trăiesc cu HIV pot adopta măsuri de protecție care, la rândul lor, au tendința de a consolida și confirma autostigmatizarea. Astfel, în timp ce nevoia de a înfrunta autostigma este universală pentru persoanele seropozitive, manifestările individuale ale sentimentelor, emoțiilor și reacțiilor pot varia foarte mult de la o persoană la alta [116].

Ca urmare a analizei literaturii științifice, putem concluziona că există relații directe între autostigmatizare și stigma socială, aceasta din urmă fiind considerată cea mai importantă cauză a producerii autostigmatizării. Autostigmatizarea sau stigmatizarea internă se referă la modurile în care indivizii stigmatizați la rândul său se stigmatizează pe ei înșiși. Unele persoane care trăiesc cu HIV/SIDA, în special cele care sunt recent diagnosticate, se pot vedea ca fiind vinovate sau responsabile pentru situația lor. Acestea pot să-și facă griji că această maladie reprezintă o amenințare pentru sănătatea celor din jurul lor, evitând sau sacrificând relații semnificative.

Pornind de la asumția că etiologia autostigmatizării cuprinde o paletă extrem de largă de factori ce se află într-o intercondiționare dinamică, ne propunem să studiem în mod particular cauzele instalării fenomenului de autostigmatizare la persoanele seropozitive și modalitățile de manifestare a acestuia.

## **Cauzele fenomenului de autostigmatizare**

Problematica autostigmatizării este investigată prin raportare la caracteristicile contextului social și la reacțiile individuale față de stigma și discriminarea percepută din exterior. Astfel, explorarea literaturii de specialitate consacrată acestei teme evidențiază un fenomen ce are o cauzalitate complexă, aflată la interferența unor factori individuali, sociali și contextuali.

În acest context menționăm studiile efectuate de Antoniou, (2004); Lowrie, (1999); Hayward, Bright, (1997); Jorm, (2000) asupra pacienților cu tulburări psihice, potrivit cărora stigmatizarea este rezultatul impactului percepțiilor negative față de pacienți asupra atitudinii altor persoane, și autostigmatizarea este stima de sine scăzută a pacientului sub influența acestei percepții. Există doar câteva studii realizate de Ertugrul și Ulug, (2003); Link, (2001) consacrate identificării cauzelor pentru care individul devine sensibil la stigmatizare, de exemplu, din cauza particularităților stării mentale sau a situației de viață [125].

În studiile lor majoritatea cercetătorilor printre care: Spennato (1997); Lee et al (2002); Ritsher et al (2003); Caltraux (2003); Corrigan (2004) reflectă faptul că internalizarea stigmatizării sociale (sau discriminarea) conturându-se în jurul experienței bolii, prin orice procedeu este, în general, considerată a fi cauza autostigmatizării. Studiile efectuate de Lee et al. (2002); Ritsher et al. (2003); Caltraux (2003) demonstrează că adoptarea unor atitudini negative a majorității sau convingerile despre boală poate fi cauza autostigmatizării în rândul persoanelor cu această experiență. Într-un caz, se sugerează că atitudinile membrilor grupurilor stigmatizate sunt „oglindea” societății în general, și din cauza acestei oglindiri, apare autostigmatizarea [apud 192].

Corrigan și Watson (2002), pe de altă parte, susțin că aceasta este din cauza resimțirii discriminării, încercând să argumenteze discriminarea, și crezând că discriminarea este legitimă, că persoanele care suferă o maladie psihică ajung la internalizarea stigmei [apud 125].

În mod similar, Spennato (1997) prezintă autostigmatizarea ca convingerile deținute despre sine cauzate de interacțiunile sociale discriminatorii, de experiențele instituționale discriminatorii, și confruntarea în mass-media cu stereotipurile negative despre grupul din care face parte. Aceste modele sunt subminate totuși, de rezultatele cercetărilor efectuate de către Ritsher și Phelan (2004), Hansson și Bjorkman (2005), și Dinos et. al. (2004), care sugerează că nu există nici o asociere directă între nivelurile de experiență de discriminare și niveluri de autostigmatizare. După Camp et al (2002); Corrigan și Watson (2002) unele persoane ce suferă o maladie psihică și care se confruntă cu discriminarea sunt indiferente. Unii participanți în cercetarea efectuată de către Camp (2002) s-au dovedit a fi categorizați ca „normal” - dar acest lucru nu a fost neapărat asociat cu autostigmatizarea, și, uneori, a fost făcut de către persoane

fizice care s-au identificat și empatizat cu alte persoane care suferă o maladie psihică. Alți participanți au exprimat ambivalența cu privire la natura stigmatică și general peiorativă a etichetărilor folosite pentru a descrie o anumită maladie, dar au menționat că experiența bolii a fost un semn distinctiv și că într-un anumit mod, eticheta a fost utilă [apud 192].

Link și colegii săi (2001) a constatat că experiențele de cercetarea a diferitor grupuri supuse discriminării a arătat că reducerea stimei de sine nu a fost un răspuns inevitabil la procesul de discriminare [168]. Diferite persoane răspund în mod divers la discriminare, ceea ce nu înseamnă că discriminarea nu este cauza autostigmatizării. Cu toate acestea, autorii menționează faptul că experimentând discriminarea nu este suficient, în sine, pentru a provoca o persoană cu o anumită maladie psihică să internalizeze stigmatizarea [apud 125].

În literatura de specialitate, Corrigan și Watson (2002) insistă pe dezvoltarea unui model explicativ care elucidează de ce unele persoane ce suferă o maladie psihică internalizează stigmatizarea, în timp ce alții rezistă [apud 125]. Modelul lor localizează cauza acestei distincții în situațiile interpersonale în care persoanele cu experiență de suportare a bolilor psihice, fac față discriminării. Dacă oamenii ce suferă o boală experimentează discriminarea, interpretând această discriminare ca fiind cauza convingerilor stigmatizate, atunci ei percep aceste convingeri ca fiind legitime, și este foarte probabil că aceștia vor internaliza aceste convingeri stigmatizându-le. Pe de altă parte, dacă aceste convingeri stigmatizate nu sunt percepute ca fiind întemeiate, atunci indivizii care suportă o maladie psihică nu le vor internaliza. Dacă sentimentele de identificare ale individului cu oameni care au aceeași maladie ca grup vor fi la nivel înalt ei vor răspunde cu mânie, iar dacă sentimentele vor fi la nivel scăzut, ei vor răspunde cu indiferență [apud 125].

Atât Hansson și Bjorkman (2005) cât și Bagley și King (2005) descriu autostigmatizarea ca fiind corelată negativ cu emanciparea. Cu toate acestea, mai multe studii efectuate de Wahl (1999), Link et al (2001), Chung și Wong (2004) demonstrează că confruntarea cu discriminarea, mai des decât cu stigmatizarea internă, poate provoca acest tip de daune. De fapt, Chung și Wong (2004) au constatat că stima de sine redusă influențează la nivelul crescut de izolare socială, întreruperea tratamentului, și înrăutățirea simptomelor (toate frecvent asociate cu autostigmatizarea) acestea fiind asociate cu o experiență de discriminare.

Cercetările efectuate de Caltraux (2003); Ritsher și Phelan (2004); Bromley și Cunningham (2004); Stuart (2005) au constatat în mod repetat că persoanele ce suferă o maladie psihică și sunt autostigmatizate sunt mai izolate, înstrăinate, și retrase social decât sunt oamenii bolnavi care nu sunt autostigmatizați. Caltraux (2003) susține că această izolare socială implică de obicei probleme și comportamente de retragere manifestate față de prieteni și relațiile familiale, și include evitarea de a se angaja în câmpul muncii. De asemenea, Bromley și

Cunningham (2004) afirmă că datorită faptului că oamenii autostigmatizați ce suferă o maladie pot avea rețele sociale relativ limitate, aceștia mai puțin probabil, comparativ cu alți oameni, vor primi sprijin atunci când au nevoie de el.

Studiile realizate de Watson și Corrigan (2001); Corrigan și Rusch (2002); Mind (2002); Yen și colab (2005) identifică o altă consecință a reducerii stimei de sine pentru persoanele ce suferă o maladie psihică și autostigmatizare, ca fiind faptul că acestea mai puțin probabil caută tratament pentru simptome spre deosebire de oamenii fără autostigmatizare. Watson și Corrigan (2001) susțin că eșecul de a urma un tratament în rândul persoanelor autostigmatizate care suportă o maladie este probabil să fie rezultatul lipsei de speranță, a atitudinii că nu are rost să mai încerce [215]. Cu toate acestea, Corrigan și Rusch (2002) merge mai departe pentru a argumenta că cercetarea trebuie încă să stabilească direcționalitatea relației dintre autostigmatizare și eșecul de a căuta un tratament [apud 192].

Sirey et al (2001) demonstrează, însă, că percepțiile printre oamenii ce suferă o maladie psihică cu niveluri ridicate ale stigmatizării publice, indiferent dacă este sau nu aceasta stigmatizare interiorizată, prezice un nivel scăzut de aderare la un curs de tratament. Studiile efectuate de Ritsher și Phelan (2004); Dinos et al (2004); Yen et al (2005) evidențiază faptul că autostigmatizarea poate distruge oamenii ce suferă o maladie, agravând simptomele și împiedicând reabilitarea acestora. Yen și colegii săi pun la îndoială direcționalitatea dintre simptomele înrăutățite și autostigmatizare, argumentând că aceasta este, probabil, faptul că persoanele cu simptome mai severe de boală tind mai mult să fie izolate social decât persoanele cu simptome mai ușoare fapt care le face să se plaseze la un nivel mai ridicat de autostigmatizare. Cu toate acestea, cercetările efectuate de Ritsher și Phelan (2004) au demonstrat că un nivel ridicat de autostigmatizare este un predictor pentru simptomele agravate de depresie. În plus, Bromley și Cunningham (2004); Dinos et al (2004) afirmă că persoanele ce suferă o maladie psihică care se autostigmatizează raportează o reticență de a dezvălui experiența lor. În studiul efectuat de Dinos și colegii săi (2004), toți participanții care au raportat sentimente subiective ale stigmatizării de asemenea au raportat o teamă de divulgare. Ritsher și Phelan (2004) susțin că este foarte reală experiența de divizare a societății în ansamblu, și să fii parte a unui grup stigmatizat, este aspectul cel mai dăunător a experienței de autostigmatizare [apud 192].

Cercetările realizate de Ritsher și Phelan (2004); Dinos et al (2004) identifică autostigmatizarea ca având efecte asupra membrilor grupurilor stigmatizate, care sunt diferite de efectele discriminării. Ritsher și Phelan (2004) susțin că stigmatizarea interiorizată poate avea consecințe mult mai distructive pentru persoanele care suportă o maladie decât o face experiența

stigmatului social singur. Astfel, efectul principal al autostigmatizării în rândul persoanelor care suferă o maladie este un nivel redus de stimă de sine și auto-eficacitate [apud 192].

Sintetizând rezultatele studiilor menționate mai sus, putem concluziona că în majoritatea situațiilor cauzele autostigmatizării sunt: perioada scurtă de timp de la aflarea diagnosticului, mediul și condițiile de viață precare în care persoana seropozitivă se află, confruntarea cu stigma socială și comportamente discriminatorii, relațiile de familie și relațiile sociale deficitare, acces scăzut la serviciile de îngrijire și reabilitare psiho-socială, nivel scăzut al respectului și acceptării de sine, nivel redus de reziliență. Prin urmare, studiul impactului distructiv al autostigmatizării asupra edificiului psihic al persoanelor seropozitive, va constitui elementul necesar și determinativ al cercetării noastre în vederea abordării complexe a modalităților de manifestare a acestui fenomen.

### **Repercusiunile autostigmatizării la persoanele seropozitive**

Autostigmatizarea este în mod intrinsec legată de stigmatizarea externă, ca teamă de judecată sau discriminare din partea altora și poate influența profund modul în care persoanele care trăiesc cu HIV fac față statutului lor de seropozitivitate. Procesul de internalizare a stigmei este unul complex, și orice persoană diagnosticată cu HIV experimentează o formă a acesteia. Studiile realizate în acest domeniu atestă faptul că stigmatizarea internă este modelată de experiențele anterioare de rușine și vină. Este un proces de a parcurge prin diferite etape în prelucrarea internalizată a stigmatizării, și cele mai multe persoane vor ajunge la o etapă de acceptare, experimentând pe parcurs unele sentimente negative și subliminând atributele lor pozitive.

Cercetările referitoare la autostigmatizare sugerează faptul că persoanele care se confruntă cu niveluri ridicate de stigmatizare internă fac acest lucru în contextul unui diagnostic recent, au familii care mai puțin acceptă boala lor, sunt mai puțin susceptibile de a fi participant la un grup de sprijin a persoanelor HIV pozitive și știu mai puține persoane afectate. Aceste persoane, de asemenea, pot fi mai îngrijorate de răspândirea infecției la alte persoane [163]. Cu alte cuvinte, izolarea poate promova stigmatizarea interiorizată, deoarece individul este în imposibilitatea de a avea experiențe pozitive de susținere și ajutor de a-și construi stima de sine și autoeficacitatea. De asemenea, din studiile efectuate, se detașează ideea că stigmatizarea internă contribuie în mod semnificativ la niveluri de depresie, anxietate, lipsa de speranță la persoanele care trăiesc cu HIV [apud 163].

Prin urmare, menționăm că repercusiunile autostigmatizării la persoanele seropozitive sunt numeroase și dramatice, cu implicații profunde ce vizează toate aspectele vieții:

- **Autoperceperea.** Imaginea de sine a persoanelor care trăiesc cu HIV / SIDA este de multe ori influențată de atitudinile și comportamentele celor din jur. Persoanele seropozitive pot avea sentimente negative despre ei înșiși, resimțite acut la aflarea diagnosticului de seropozitivitate. Ele pot reacționa împotriva lor la fel cum o fac alții din societate: cu vină, rușine, și respingere. Unele persoane seropozitive simt că au dezamăgit pe alții și sunt motiv de rușine pentru familiile lor și comunitate. Asemenea persoane experimentează profunde sentimente de vină, autoblamare și o profundă suferință legată de statutul lor HIV. La fel, se percep ca fiind dăunătoare și manifestă frică de a nu infecta pe alții.

Brouard și Wills (2006) afirmă că autoblamarea este asociată cu alte frici profunde atestate la persoanele seropozitive, cum ar fi frica de a nu cauza durere și suferințe altora. Persoanelor care trăiesc cu HIV le este frică că ele vor fi responsabile pentru infectarea altora. De asemenea, ei pot prezenta anxietate profundă față de moarte [116].

- **Comportamentele de risc.** Persoanele seropozitive, de asemenea, nu reușesc să schimbe comportamentul lor de risc, de teamă că o astfel de schimbare ar trezi suspiciuni și ar provoca stigmatizarea. De exemplu, autostigmatizarea poate duce la faptul că mamele HIV pozitive care alăptează, deși sunt conștiente de statutul lor, continuă să alăpteze în ciuda pericolelor de transmitere a virusului la copil.

- **Acceptarea de sine.** Multe dintre persoanele care trăiesc cu HIV au menționat importanța acceptării statutul lor HIV pozitiv. Cele mai multe persoane trec printr-un proces de schimbare de la negare la acceptare. Acest lucru poate dura în timp și poate evolua diferit de la o persoană la alta. În unele cazuri, niciodată nu poate fi realizată o acceptare deplină. Nivelul acceptării de sine poate influența astfel dezvoltarea autostigmatizării.

- **Spiritualitatea / sistemul de credințe.** Există argumente care demonstrează că în cazul în care persoanele care trăiesc cu HIV sunt capabile să includă experiența de a fi seropozitiv în sistemele lor de referință și de credințe, ele pot dezvolta mecanisme de coping și sunt mult mai fericite. În schimb, atunci când se confruntă cu credințe represive și atitudini de judecată din partea celorlalți aceasta va influența la apariția autostigmatizării.

În urma efectuării unui studiu, Herek et al. (1998) afirmă că persoanele seropozitive percep SIDA ca pe o sancțiune morală pentru ei. Participanții au afirmat faptul că sentimentul de a fi respins le-a provocat suferințe, dureri și furie, frustrare și iritabilitate, precum și diminuarea stimei de sine. Stigmatizarea înaltă legată de HIV este asociată cu încălcarea normelor sexuale și de etică. Persoanele seropozitive sunt considerate ca având o identitate vicioasă care se abate de la normele sociale și morale tradiționale, meritând sancționare. În acest sens, persoanele

seropozitive sunt considerate responsabile pentru comportamentul lor sexual „deviant”. Acestea internalizează în mod pesimist aspectele sociale, fapt care le poate duce la ideea că ele sunt persoane dezumanizate și aduc ghinion pentru alții. Ele se acuză în mod constant și simt că sunt persoane rele, păcătoase, având gânduri de sinucidere provocate de această maladie fatală. De asemenea, persoanele seropozitive, care acceptă aprecierile negative din partea societății, se pot autoblama pentru intoleranța din partea altora, simțind că merită maltratarea [148].

- ***Izolarea autoimpusă.*** Persoanele seropozitive, care au experimentat indiferență sau remărci din partea altor persoane, sunt mai predispuse pentru a manifesta comportament de retragere, izolare și pasivitate în procesul de a face față statutului de seropozitivitate. Din cauza fricii de a fi refuzate și judecate, multe persoane seropozitive păstrează informațiile lor despre boală în secret față de alții, ceea ce duce la faptul că ele să fie izolate social și înstrăinate. Există multe motive pentru care persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA nu dezvăluie statutul lor: pentru a evita conversații despre subiecte sensibile, pentru a proteja familiile lor, pentru a păstra locurile lor de muncă sau relațiile lor de prietenie etc. [116].

Prin urmare, persoanele care trăiesc cu HIV se exclud din activitățile sociale, responsabilitățile familiale și variate oportunități. Autostigmatizarea forțează individul să evite relațiile publice și interacțiunea socială, drept consecință, aceste persoane se simt ca fiind străine în societate și înstrăinate față de ele înșăși.

Astfel, în studiul său Broun și Wills, (2006) menționează că situația persoanelor seropozitive este atât de extremă încât ei se îndepărtează de așteptările sale și aleg să rămână izolați și să nu participe la activități de familie sau religioase. Acest tip de izolare autoimpusă a dus la faptul că unele persoane seropozitive să se priveze de relații sexuale și iubire. De asemenea, persoanele menționate în acest studiu au ales să evite relațiile amoroase și să stea cât mai mult posibil departe de sfera publică. Acest fapt are un efect negativ în ceea ce privește solicitarea ajutorului și aderența la tratament [116].

- ***Mecanisme de coping.*** Stigma și autostigmatizarea afectează complet mecanismele de adaptare internă a persoanelor seropozitive și face indivizii sensibili la pericol. Persoanele seropozitive sunt de obicei orientate să nu dezvăluie experiențele lor din cauza sentimentelor de vinovăție și rușine. În acest caz, ele nu vor împărtăși trauma lor cu membrii familiei și cu prietenii. Această frustrare internă îi determină să dezvolte imaginea unei persoane conflictuoase în fața altora.

În acest context, Joseph et al., (2004) afirmă că persoanele seropozitive încearcă să combată infecția HIV/SIDA, prin ascunderea statutului lor. Autorii menționează că stigma și discriminarea percepută au fost asociate cu prevalența crescută și severitatea depresiei în rândul



persoanelor seropozitive. Astfel, frustrarea și depresia face ca persoanele seropozitive să întârzie în diagnosticarea lor și să adopte un stil de viață sănătos fără risc. Când persoanele seropozitive percep infecția HIV/SIDA ca un pericol fatal de boală, atunci ele nu simt nici nevoia de a se testa, nu au nici o motivație să adopte eforturile preventive. Drept urmare, autostigmatizarea face ca persoanele seropozitive să fie ezitante în adoptarea măsurilor de siguranță pentru ele înșiși și pentru membrii familiilor lor. În acest sens, persoanele care trăiesc cu HIV mențin frecvent relații sexuale neprotejate, fără a lua prezervative sau alte măsuri de siguranță. Aceste rezultate sugerează că autostigmatizarea atestată la persoanele seropozitive afectează în mod negativ bunăstarea lor fizică și mentală și, ca urmare, procesele lor de decizie ce vizează stilul de viață și accesul la servicii [137].

Astfel, putem constata o serie de particularități psihologice ale personalității persoanelor seropozitive cu nivel înalt de autostigmatizare comparativ cu cei care manifestă un nivel scăzut al autostigmatizării. În urma analizei teoretice a particularităților psiho-individuale a persoanelor cu autostigmatizare, am elaborat un profil de personalitate al subiecților seropozitivi cu nivel înalt și scăzut de autostigmatizare, pe care îl prezentăm în figura mai jos.

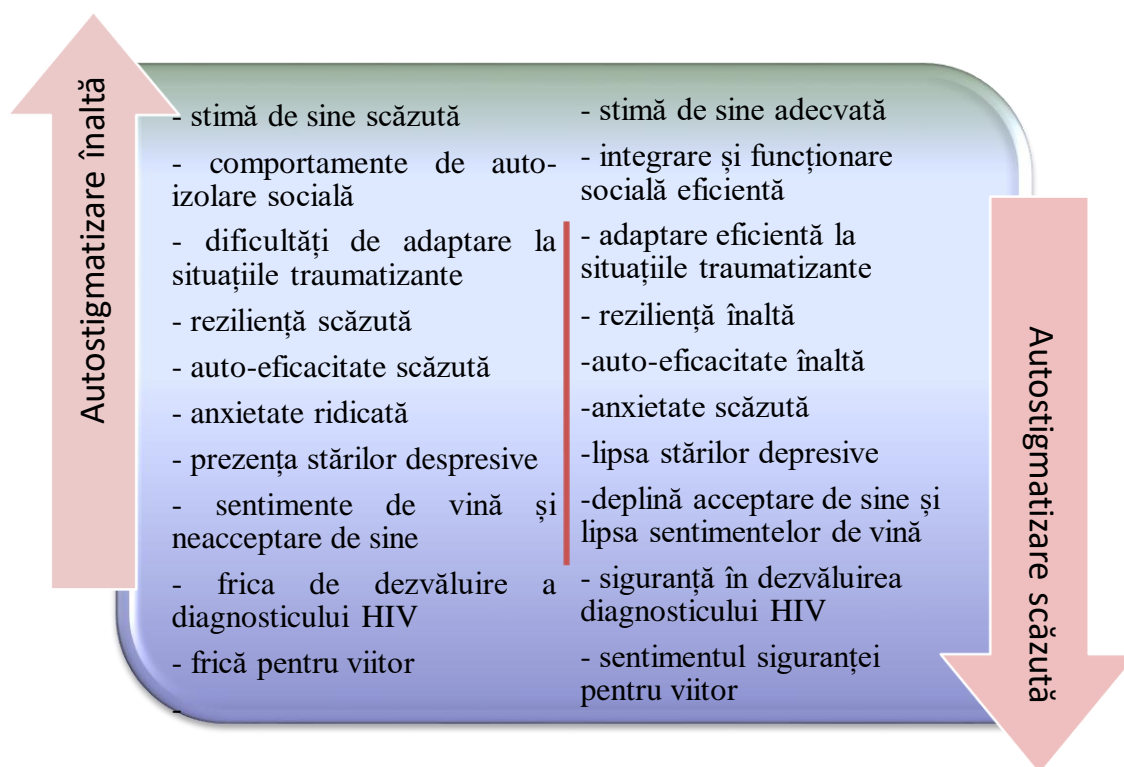


Fig. 1.2. Profilul psihologic al persoanelor seropozitive cu nivel înalt și nivel scăzut de autostigmatizare

În urma analizei aspectelor teoretice din literatura de specialitate cu referire la fenomenul autostigmatizării, putem descrie persoanele seropozitive cu nivel înalt de autostigmatizare astfel:

- sunt persoane, cu un nivel ridicat de anxietate, care se poate manifesta sub forma rigidității, incapacității de a-și exprima emoțiile, sau fiind persoane excesiv de dependente de cei din jur.

- le este caracteristic comportamentul de auto-izolare fapt care duce la dificultăți de relaționare în cadrul mediului familial și social.

- se caracterizează prin ostilitate, frustrare, instabilitate emoțională și suspiciune față de cei din jur, fapt care acutizează simptomele autostigmatizării.

- persoanele seropozitive cu nivel înalt de autostigmatizare au un nivel ridicat de depresie și sentimente de vină, dar totodată au tendința de a ascunde, de a masca aceste stări emoționale, ceea ce intensifică și acutizează autostigmatizarea.

- sunt persoane cu un autocontrol slab dezvoltat, reziliență redusă, sentiment profund de deznădejde și lipsă de speranță.

Pentru cercetarea noastră este foarte relevant studiul daunelor profunde ale autostigmatizării asupra edificiului psihic și psiho-social al persoanelor seropozitive. Este important de menționat faptul că autostigmatizarea împiedică manifestarea potențialului personal al persoanelor seropozitive prin limitarea atribuțiilor profesionale și familiale, prin izolare auto-impusă, reducerea sentimentului implicării personale, sentimente de rușine, inutilitate și auto-culpabilizare, pierderea încrederii în sine, diminuarea autoeficacității și stimei de sine.

### **1.3. Implicații psihologice ale diagnosticului de seropozitivitate**

Infecția cu HIV îndeplinește criteriile de încadrare în rândul bolilor cronice, suferința persoanei infectate cu HIV interferând viața familiei acesteia. Infecția cu HIV nu distruge progresiv doar sistemul imunitar, ci distruge în același timp și imunitatea psihologică a bolnavului și familiei sale [59].

Boala nu reprezintă doar o sumă de simptome sau acuze somatice, ea reprezintă un proces care, chiar dacă nu conduce la modificări structurale sau funcționale majore, afectează viața psihică a individului, ca o reacție a acestuia la boală. Astfel, sub aspect psihic, boala, în primele ei stadii, creează anxietate și incertitudine. Odată diagnosticată starea de boală, comportamentul bolnavului se structurează în jurul acestei stări. Conștiința bolii, anxietatea, neliniștea, suferința fizică, ecoul social pe care-l poate avea boala asupra individului determină la orice bolnav un stres psihic major și de lungă durată. Stresului psihic determină reacții și manifestări diferite, în funcție de natura bolii și de gravitatea ei.

Conform lui E. Kubler-Ross [160] persoanele seropozitive trec prin 5 etape la aflarea diagnosticului: negarea, furia, negocierea, depresia și acceptarea:

1. *Negarea*, atunci când pacientul sau familia (părinții) refuză să dea crezare veridicității diagnosticului. Negarea reprezintă un mecanism de apărare dificil și de aceea, ca etapă inițială, trebuie respectată, dar nu întreținută o perioadă prea mare de timp.

2. *Furia* este un mecanism de apărare mai elaborat și reprezintă un început de integrare; pacientul este invadat de anxietate și caută vinovați pentru ceea ce i s-a întâmplat. Ea constă în reacții verbale agresive care sunt greu de suportat de către anturaj. Cu toate acestea, este important să se accepte aceste furii și să fie lăsate să se exprime.

3. *Negocierea* constă în modalități de rezolvare colaterală a situației. Pacientul ia în considerație proiecte de viitor și ia decizii, punând în practică anumite ritualuri și gânduri de tip magic („Voi avea un regim de viață mai echilibrat”, etc.). În această etapă persoana nu mai suportă informația, dar acționează prin ea.

4. *Depresia* reprezintă o decompensare reactivă și o epuizare a mecanismelor de apărare ale Eului. În această etapă pacientul se simte inutil, nu mai are dorințe și simte că nu mai are viitor; de asemenea, acesta se izolează, nu mai are prieteni, nu mai mănâncă etc. Această izolare poate constitui un moment de căutare interioară a resurselor pentru ca, ulterior, persoana să fie capabilă să înfrunte exteriorul, dar poate fi și un moment în care apar idei suicidare, tentative suicidare și chiar suicidul. Este foarte important ca familia și prietenii să sprijine persoana în această perioadă, să o confirme și să-i arate că este iubită.

5. *Acceptarea* este etapa în care persoana acceptă să trăiască cu statutul de seropozitivitate, este o reinvestire în sine, o reluare a sentimentului de urgență de a exista și de a profita de viață.

Aceste etape diferă de la o persoană la alta, iar desfășurarea lor nu este liniară. Astfel, persoana poate parcurge toate etapele iar ulterior se poate reîntoarce la una dintre ele în funcție de diferite evenimente ale vieții; alte persoane nu ajung niciodată la etapa ultimă, rămânând blocați într-un punct.

Datele clinice și empirice arată că majoritatea persoanelor seropozitive se confruntă cu multiple sentimente și emoții. Acestea se concentrează în jurul pierderilor resimțite intens în plan psihologic. Astfel, Blagoslov (2006) evidențiază cele mai dureroase experiențe cu care se confruntă o persoană seropozitivă:

- *Pierderea sănătății* – este faptul evident care apare în conștiința persoanei respective. Această pierdere duce la reajustarea priorităților personale în jurul menținerii unei stări de bine -

cât mai aproape de sănătatea pierdută – în dauna altor lucruri importante din viața personală și profesională.

- *Pierderi în plan psihologic:* pierderea aspirațiilor, a statutului social, a relațiilor cu ceilalți, scăderea stimei de sine, pierderea interesului pentru viață etc. Aceste pierderi se petrec în timp și duc, de multe ori, la trăirea permanentă a senzației de singurătate, de a fi neînțeles, la retragere socială, la dezechilibre psihologice serioase.

- *Pierderea viitorului.* La aflarea diagnosticului toată perspectiva asupra vieții este răsturnată. Cei mai mulți dintre oameni trăiesc având o viziune asupra propriului viitor și idei despre cum își vor împlini acele vise. Pierderea acestei viziuni asupra viitorului are un impact devastator asupra imaginii de sine, a respectului de sine, a încrederii în sine, a identității personale, a integrității psihologice a persoanei.

- *Amenințarea permanentă a stigmatizării și izolării din partea societății.* Persoanele seropozitive trăiesc această teamă indiferent unde merg și indiferent cu cine vorbesc. La serviciu, acasă, la școală, în relațiile cu prietenii sau rudele, permanent selectează informațiile personale care pot fi spuse. Ei trebuie să decidă permanent cui, cum, cât și ce anume vor spune în legătură cu sănătatea lor, problemele lor, nevoile lor.

- *Descoperirea unui secret.* Există situații când, odată cu dezvăluirea statutului de seropozitivitate, persoanele sunt nevoite să dezvăluie informații ascunse până atunci, informații care pot prin ele însele să pună în pericol echilibrul personal, al relației de cuplu, al relației cu familia sau prietenii.

- *Vinovăția* – pentru că s-a infectat și poate că a infectat și pe alții. În multe cazuri povara propriului diagnostic este dublată de povara vinovăției. Dacă persoana nu depășește această etapă psihologică ea poate alimenta mari frământări și poate duce la depresii serioase sau alte manifestări psihopatologice.

- *Povara păstrării secretului diagnosticului.* Persoanele seropozitive ajung, în timp, să trăiască o viață dublă. O viață intimă, neîmpărtășită cu nimeni sau cu foarte puține persoane și o viață publică, cu alte priorități, cu alte persoane, dar cu multe minciuni care acoperă cealaltă parte, ascunsă, ce nu trebuie știută de nimeni. Această permanentă dedublare duce la epuizarea resurselor emoționale, la retragere socială, la retragere în sine, schimbarea unor comportamente și chiar, cu timpul, la schimbări în personalitatea persoanei respective.

- *Pierderea speranței.* Aceasta poate fi cel mai greu de suportat de către persoana în cauză dar și de către persoanele apropiate. Persoanele trăiesc disperare și neputință, nemaicrezând în apariția în viitor a unui tratament care să le rezolve problema. Orice încercare de a le vorbi acestor persoane despre speranță este privită cu neîncredere și cinism.

Potrivit autoarei, aceste pierderi și experiențe prin care trec persoanele seropozitive se cumulează, în timp, creând un conglomerat, din care persoana nu mai poate ieși. Totuși, problema majoră din punct de vedere emoțional, este cea a morții. Pentru o persoană infectată cu HIV perspectiva morții devine brusc iminentă. Cu toate că, la nivel intelectual, persoana înțelege că infecția cu HIV este o boală cronică, cu care se poate trăi foarte mult timp, la nivel emoțional anxietatea dată de iminența morții devine punctul cel mai dureros al vieții de zi cu zi. Această anxietate fundamentală va însoți persoana pe parcursul existenței sale ulterioare, crescând sau diminuând în intensitate, dezintegrând sau mobilizând persoana respectivă pe măsură ce boala evoluează. Mulți dintre ei, trăiesc durerea propriei morți chiar foarte devreme, când încă nu au apărut semne de boală. Aceasta este anxietatea anticipatorie care apare frecvent la cei diagnosticați cu o boală terminală și la membrii familiilor lor. Anxietatea anticipatorie este una dintre marile consumatoare de energie psihică și resurse emoționale, iar profesionistul trebuie să o recunoască și să ajute persoana să îi facă față [1].

Conform autorilor Rubenstein D. și Sorentino D. (2008) modalitățile prin care un individ poate răspunde la diagnosticarea cu HIV diferă în funcție de caracteristicile psihologice ale acestuia, precum și de contextul de viață în care individul se află. Printre aceste modalități se numără refuzul acceptării diagnosticului, tulburări psihotice, ale afectivității, ale somnului sau ale personalității, dar și ideea suicidară, cu precădere în prima jumătate de an de la aflarea diagnosticului. Individul în stare de suferință poate resimți vinovăție, rușine, umilință, stigmatizare, singurătate, izolare, frică sau furie datorată neputinței și stării malade în care se află organismul său, toate aceste sentimente răsfrângându-se și în relațiile sale cu ceilalți. Astfel, un număr mare de persoane infectate cu HIV urmează un tratament medicamentos adecvat bolii, căruia i se alătură psihoterapii adresate afecțiunilor psihice, acestea din urmă prezentând o incidență mare în rândul bolnavilor. În vederea elaborării unui plan de tratament eficient, specific persoanei, este indicat să fie evaluate o serie de aspecte, precum istoricul personal al bolilor mentale și al abuzului de substanțe, natura actuală a relațiilor intime, relațiile familiale și cu apropiații, suportul social, statutul la locul de muncă, satisfacția în muncă și starea de sănătate curentă [200].

Cercetările evidențiază prezența manifestărilor psihopatologice în rândul persoanelor infectate cu HIV, mai mult decât în rândul populației generale [1, 87, 89, 93, 99, 103, 104, 105, 136, 197]. Stresul generat de particularitățile HIV/SIDA ca boală fără un tratament care vindecă, modificarea stilului de viață, multiplele pierderi suferite, povara păstrării secretului, discriminarea percepută permanent în jur sunt probleme care, de multe ori, provoacă pierderea

echilibrului psihologic al persoanelor afectate, generând tulburări psihice majore. La adulții seropozitivi se întâlnesc frecvent tulburări anxioase, tulburări afective și tulburări ale somnului:

*Tulburările anxioase.* Există multiple tipuri de tulburări anxioase ce pot afecta persoanele seropozitive [1, 89, 93, 103, 104, 136]. Cele mai des întâlnite sunt: atacul de panică, fobiile (în special agorafobia, sociofobia, mysophobia, nosofobia, dar și altele), tulburarea obsesiv-compulsivă, anxietatea generalizată, sindromul de stres post-traumatic, tulburarea de adaptare. Aceste tulburări pot apărea, mai ales, în momentele cheie, pe parcursul evoluției infecției cu HIV. Astfel, momente cu impact mare din punct de vedere psihologic pot fi: momentul diagnosticării, prima infecție oportunistă, declinul numărului de celule CD4, primul eșec al terapiei cu medicamente antiretrovirale, internarea în spital, pierderea unei persoane apropiate cu același diagnostic, etc.

Fiecare dintre aceste tulburări are semne și simptome specifice (conform DSM IV revizuit) dar, ceea ce este comun pentru toate, este prezența, într-o proporție mai mare sau mai mică, atât a acuzelor somatice cât și a celor psihice (frica intensă, incapacitatea de concentrare, îngrijorare permanentă, ruminație, comportamente compulsive sau impulsuri ce nu pot fi controlate, ș.a.).

Cele mai susceptibile persoane de a dezvolta tulburări anxioase sunt cele cărora le lipsește susținerea din partea familie și/sau prietenilor sau nu au mecanisme eficiente de a face față situațiilor dificile. Persoanele care au în istoria personală experiențe dureroase cum ar fi abuzul (de orice fel), pierderea unor persoane apropiate, cei ce au în familie persoane cu tulburări psihice pot, de asemenea, să prezinte un risc mai mare de a dezvolta tulburări anxioase.

*Tulburările afective.* Potrivit studiilor cele mai frecvente tulburări afective prezente în tabloul clinic psihopatologic al persoanelor seropozitive sunt: episoadele maniacale, tulburarea bipolară și depresia [1, 73, 79, 85, 87, 93]. Mania se manifestă prin semne specifice cum ar fi: implicare excesivă în activități inutile, presiune de comunicare, entuziasm nediscriminativ, intruzivitate, idei delirante, supraestimare, etc.

Cea mai des întâlnită este depresia prezentă în toate formele ei. Pierderile multiple, avansarea infecției cu HIV, păstrarea secretului asupra diagnosticului, lipsa suportului social pe o perioadă lungă de timp sau un tip de personalitate predispus, pot conduce la declașarea episoadelor depresive. Pot fi identificate episoade depresive unice (ca parte a procesului psihologic de adaptare la condiția de boală), episoade severe cu tentative de suicid și depresii majore cu manifestări psihotice. Simptomele definitorii sunt: pierderea plăcerii, pierderea interesului pentru activități recreative, dispoziția depresivă, retragerea socială, suferință morală, vinovăția, reducerea debitului verbal și a fluxului ideilor, dar și tulburări ale somnului, pierdere

ponderală, pierderea apetitului etc, pot fi dezvoltate, într-un timp mai lung sau mai scurt, și uneori sunt mascate de o complicație somatică.

*Tuburările de somn* sunt destul de comune și de supărătoare exacerbând alte simptome ce pot apărea pe parcursul infecției cu HIV: oboseală, deteriorare cognitivă, pierderi de memorie, scăderea performanței la locul de muncă, reducerea interacțiunilor sociale. Ele pot duce la o slabă aderență la tratament, deteriorarea capacității de decizie, scăderea capacității de autocontrol. Tratarea acestor tulburări de somn nu numai că ajută pacientul seropozitiv dar duce și la întărirea alianței terapeutice.

Menționăm că în cazul evenimentelor traumatizante intervin pierderi multiple și apar momente de criză, când persoana este pur și simplu depășită și nu mai face față situației. Ea basculează emoțional într-o stare psihopatologică de depresie sau de agitație și/sau are comportamente imprevizibile și de neînțeles pentru cei din jur. Intervenția specialiștilor este în aceste situații foarte importantă, de cele mai multe ori, fiind nevoie de o echipă multidisciplinară, pentru a evalua complet situația și a găsi sprijinul adecvat pentru persoana în cauză.

### **Profilul psihologic al persoanelor seropozitive predispuse spre autostigmatizare**

În ultimii ani, există tot mai multe cercetări care scot în evidență gravitatea fenomenului autostigmatizării la persoanele seropozitive și implicațiile acestuia asupra procesului de adaptare la statutul de seropozitivitate. Autostigmatizarea și managementul slab al emoțiilor negative continuă să fie unul din motivele pentru care persoanele seropozitive manifestă comportamente de izolare socială și refuză serviciile de reabilitare psiho-socială. În lucrarea dată am evidențiat că autostigmatizarea la persoanele seropozitive poate îmbrăca o mulțime de forme și are surse diverse, iar o evaluare amplă a acestui fenomen este o componentă importantă în sprijinul oricărui efort de depășire a autostigmatizării. Analiza minuțioasă a cercetărilor orientate asupra tematicii abordate în lucrarea noastră confirmă faptul că odată cu diagnosticul de seropozitivitate, persoanele ce trăiesc cu HIV sunt nevoite să facă față unui șir de modificări structurale sau funcționale majore ce afectează viața psihică a acestora și determină manifestarea unui nivel înalt de neurotism. Astfel, sub aspect psihic, diagnosticul de seropozitivitate, în primele stadii, creează anxietate și incertitudine. Conștiința bolii, anxietatea, neliniștea, suferința fizică, ecoul social pe care-l poate avea diagnosticul asupra individului determină la orice persoană seropozitivă un stres psihic major și de lungă durată.

În încercarea noastră de a explica și înțelege evoluția fenomenului de autostigmatizare la persoanele seropozitive, am identificat o serie de variabile care ar putea duce la dezvoltarea lui.

În acest context menționăm unele studii ce au relevat faptul că natura traumatică a maladiei și consecințele sale sociale pot agrava tulburările cauzate de infecția HIV [1, 6, 24, 59, 64, 73, 80,

87, 89, 93, 103, 104, 105, 136, 163, 188, 197, 216]. Accentul, în cadrul acestor studii, este focusat asupra perturbărilor aspectelor emoționale și sociale.

Prin urmare putem menționa, că fenomenul autostigmatizării la persoanele seropozitive se va dezvolta în dependență de reacțiile individuale la situațiile de stres continuu (perioadele lungi de spitalizare, păstrarea diagnosticului în secret, confruntarea cu situații de discriminare etc.), mecanismele de gestionare a stărilor emoționale negative, flexibilitatea în adaptarea la situații contextuale noi, acceptarea deplină a diagnosticului de seropozitivitate, nivelul de informare și accesul la serviciile de reabilitare psiho-socială.

În urma analizei abordărilor teoretice ale autostigmatizării am elaborat profilul psihologic al persoanelor seropozitive supuse autostigmatizării (fig. 1.3.). Scopul profilului elaborat este de a preveni dezvoltarea autostigmatizării la persoanele seropozitive care sunt în grupul de risc. Fenomenul autostigmatizării se atestă ca un conglomerat de comportamente și atitudini ce se manifestă în funcție de particularitățile psiho-individuale ale persoanele seropozitive. Mai mult decât atât, multe persoane seropozitive încearcă să mascheze elementele autostigmatizării sub forma unor probleme psihosomactice. Astfel, odată elaborat profilul persoanelor seropozitive supuse autostigmatizării va servi ca instrument de diagnosticare a elementelor autostigmatizării și prevenire a acestora prin monitorizarea variabilelor identificate.



Fig. 1.3. Profilul psihologic al persoanelor seropozitive predispuse autostigmatizării



În concluzie menționăm că fenomenul autostigmatizării nu trebuie considerat ca fiind o componentă inevitabilă ce survine odată cu stabilirea diagnosticului de seropozitivitate. Putem găsi multe persoane seropozitive ce au relații familiale armonioase, sunt eficiente în plan social și își manifestă potențialul propriu la un nivel înalt. Cu toate acestea, există un conglomerat de surse de nivel individual, instituțional și social care pot cauza autostigmatizarea la persoanele seropozitive. Având în vedere faptul că persoanele seropozitive se confruntă zilnic cu sentimente de vină și frică de a nu infecta persoanele apropiate, au sentimentul subiectiv al pierderii sensului vieții și lipsă de speranță, sunt neliniștiți în legătură cu viitorul și starea lor de sănătate, resimt o amenințare permanentă de a fi stigmatizate și izolate din partea societății, duc povara păstrării secretului diagnosticului, nu este de mirare că aceste persoane se confruntă cu autostigmatizarea. Deși unii factori ce determină autostigmatizarea sunt în afara controlului instituțional și personal, multe din cauzele contextuale, sociale și chiar de ordin personal, pot fi prevenite și înlăturate.

#### **1.4. Concluzii la capitolul 1**

Cercetarea persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive este deosebit de actuală și importantă în condițiile răspândirii infecției HIV. Abordarea infecției HIV/SIDA este complexă, vizând rezolvarea tuturor aspectelor alterate: somatic, psihic, socio-economic, accentul fiind pus pe calitatea vieții persoanei. Fiind o maladie cronică, care provoacă mari daune la nivel de comunitate, de țară și la nivel global, aceasta aduce suferință persoanei. De asemenea, aceasta împiedică manifestarea potențialului personal prin diminuarea persistenței motivaționale și atingerea obiectivelor de lungă durată.

Stigmatizarea și discriminarea asociată cu HIV/SIDA se referă la prejudecii, atitudini negative, abuz și maltratarea direcționată spre persoanele seropozitive. Într-un final, se poate ajunge la fenomenul de evitare din partea familiei, cunoscuților și comunității per ansamblu; beneficierea de un sistem medical și educațional sărac; încălcarea drepturilor; daune psihologice; poate fi afectat succesul tratamentului.

Autostigmatizarea limitează capacitatea persoanelor ce trăiesc cu HIV de a avea un mod de viață pozitiv. Aceasta stimulează frica, depresia și izolarea, militează împotriva divulgării statutului de seropozitivitate. Autostigmatizarea este o barieră profundă la un răspuns global eficient împotriva infecției HIV. Frica de o reacție negativă a comunității face mai complicată lupta contra virusului, întrucât înconjoară persoana seropozitivă cu un zid de tăcere și rușine legate de statutul său.

Considerăm că este justificată investigarea contribuțiilor teoretice ale autorilor din domeniu, analiza punctelor de vedere existente și formularea unei opțiuni personale de

interpretare ce vizează prevenirea și diminuarea fenomenului autostigmatizării la persoanele seropozitive.

În acest sens este important să stabilim care sunt cauzele și repercusiunile autostigmatizării, pentru a putea evita posibilele experiențe dureroase cu care se confruntă persoanele seropozitive, pentru a facilita depășirea anumitor situații traumatizante și, desigur, pentru a facilita manifestarea potențialului personal prin creșterea persistenței motivaționale și atingerea obiectivelor de lungă durată. În conformitate cu cele expuse mai sus putem deduce demersul care fundamentează experimentul propus:

- Persistența motivațională este acea dimensiune care îi asigură individului suportul necesar pentru a rezista pe termen lung în opțiunea sa motivațională, în ciuda rutinei, obstacolelor, oboselii sau deziluziilor.

- Câteva dintre cele mai dureroase experiențe cu care se confruntă o persoană seropozitivă sunt: pierderea sănătății, pierderi în plan psihologic (pierderea aspirațiilor, a statutului social, a relațiilor cu ceilalți), scăderea stimei de sine, pierderea interesului pentru viață, pierderea viitorului, amenințarea permanentă a stigmatizării și izolării din partea societății, descoperirea unui secret, vinovăția, povara păstrării secretului diagnosticului, pierderea speranței.

- Autostigmatizarea legată de virusul imunodeficienței umane este un set de judecăți negative cu privire la propria persoană ca urmare a sentimentului de rușine, inutilitate și auto-culpabilizare, care afectează accesul la îngrijire și tratament, precum și calitatea generală a vieții persoanelor seropozitive.

- Stilul de viață a persoanelor seropozitive implică aderență în administrarea medicamentelor antiretrovirale, la aceeași oră în fiecare zi fără a fi admise omisiuni, care necesită resurse motivaționale înalte, efort, concentrare și perseverență.

- În ciuda impactului său distructiv asupra psihicului unui individ, există diferite modalități de a depăși autostigmatizarea. Indivizii confrunțați cu această situație pot beneficia în mod eficient de sprijin reciproc, precum și asistență medicală de calitate și servicii de consiliere. Autostigmatizarea poate fi depășită prin dezvăluirea statutului HIV la cei dragi, rămânând productiv în familie sau comunitate, și prin informare intensivă despre HIV și SIDA. Accesul la tratamentul antiretroviral pentru cei care au nevoie de medicamente și respectarea reală a drepturilor tuturor persoanelor seropozitive contribuie la depășirea autostigmatizării.

- Persoana seropozitivă predispusă autostigmatizării are următorul profil psihologic ce înglobează variabilele: instabilitate emoțională, relații familiale dificile, acces scăzut la serviciile

de îngrijire, lipsa suportului social/izolare socială, experiență de stigmatizare și discriminare, stimă de sine scăzută, dificultăți de adaptare la situațiile de stres, nivel scăzut de informare, perioada scurtă de timp de la aflarea diagnosticului, tendință spre depresie, sentimente de auto-culpabilizare, sentimente de rușine și inutilitate.

În pofida semnificației sale, teoretice și practice, impactul psihosocial al autostigmatizării asupra persoanelor seropozitive nu și-a găsit încă justificarea științifică corespunzătoare în spațiul nostru sociocultural, fapt ce ne indică **problema de cercetare** a demersului investigativ. Soluționarea ei va scoate în evidență sfera de influență a autostigmatizării în manifestarea persistenței motivaționale și dimensiunilor fundamentale ale personalității la persoanele seropozitive.

Astfel, **scopul cercetării** pe care ne propunem să-l urmărim în următoarele două capitole constă în stabilirea particularităților interacțiunii dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive și elaborarea unui program de suport psihologic orientat spre depășirea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

#### **Obiectivele investigației:**

- Identificarea particularităților manifestării persistenței motivaționale la persoanele seropozitive și persoanele seronegative;
- Stabilirea gradului de afectare a persoanelor seropozitive din Republica Moldova de fenomenul autostigmatizării și a gradului de interacțiune cu dimensiunile fundamentale ale personalității;
- Elaborarea și implementarea unui *Program de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive* precum și validarea acestuia;
- Elaborarea și propunerea recomandărilor cu privire la depășirea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

## 2. REPERE PRAXIOLOGICE ALE RELAȚIEI DINTRE PERSISTENȚA MOTIVAȚIONALĂ, AUTOSTIGMATIZARE ȘI DIMENSIUNILE FUNDAMENTALE ALE PERSONALITĂȚII LA SUBIECȚII SEROPOZITIVI

### 2.1. Organizarea și desfășurarea demersului diagnostic al persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive

În acest capitol sunt analizate rezultatele studiului constatativ cu referire la problematica manifestării persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive. S-a pornit de la o premisă mai mult de ordin practic, precum că diferențele în manifestarea variabilelor incluse în cercetare sunt determinate de factorii de personalitate.

Pregătirea pentru demersul de constatare, cât și realizarea lui propriu-zisă, colectarea și prelucrarea datelor obținute au fost realizate în perioada anilor 2015-2016. Cercetarea s-a desfășurat în câteva etape:

- pe parcursul *primei etape* au fost realizate activități de formulare a scopului, a ipotezelor experimentale, a obiectivelor, s-au desfășurat activități de selectare și adaptare a metodelor de cercetare și a eșantionului investigat etc.
- la *cea de-a a doua etapă* s-au colectat datele experimentale analiza calitativă și cantitativă a cărora a permis determinarea particularităților de manifestare a persistenței motivaționale, autostigmatizării și dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi;
- la *cea de-a a treia etapă* a fost realizată analiza datelor experimentale cu referire la manifestarea persistenței motivaționale, autostigmatizării și dimensiunilor fundamentale ale personalității subiecților seropozitivi incluși în cercetare, cu determinarea relației dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistență motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive;
- *etapa a patra* a fost caracterizată prin formularea concluziilor în contextul confirmării ipotezelor cercetării, urmată de proiectarea programului de suport psihologic în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive. La final au fost elaborate recomandări practice pentru psihologi, medici și asistenți sociali ce vizează îmbunătățirea calității vieții și diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

Datele experimentale obținute au fost supuse prelucrării, fiind utilizată metoda teoretică ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor, precum și metode de interpretare cantitativă și calitativă cu diferențierea caracteristicilor pentru diferite grupuri experimentale. Dintre *metodele de prelucrare statistică* utilizate fac parte: statisticile descriptive (stabilirea cotelor procentuale și a valorilor medii) și statisticile inferențiale (determinarea

coeficientului de corelație Bravais-Pearson, testul t-Student, analiza de varianță ANOVA). Rezultatele empirice brute au fost prelucrate cu ajutorul metodelor statistico-matematice, folosind pachetul informatic SPSS, versiunea 20.0 și programul de calcul tabelar Microsoft Excel [9, 23, 37, 61].

**Lotul experimental.** În vederea studierii manifestării persistenței motivaționale, autostigmatizării și dimensiunilor fundamentale ale personalității la persoanele seropozitive a fost efectuată cercetarea pe teren în perioada anului 2015, la care au participat 124 persoane seropozitive, beneficiarii Centrului Social Regional „Renașterea”, mun. Chișinău, cu vârsta cuprinsă între 18-58 de ani. La studiu au participat persoanele care își cunosc statutul de seropozitivitate pe o perioadă de la 6 luni până la 20 de ani.

Pentru a avea o imagine comprehensibilă a manifestării persistenței motivaționale și dimensiunilor fundamentale ale personalității la persoanele sănătoase, în baza căreia am putea face o comparare, a fost selectat cel de al doilea grup (grupul experimental 2) în care au fost incluse 124 de persoane fără diagnosticul de seropozitivitate, dar care satisfac condițiile criteriilor de selecție indicate mai sus.

Subiecții supuși cercetării, 248 de persoane, au fost din mediul rural și urban, cu diferite nivele educaționale și de viață. La administrarea testelor am ținut cont de asigurarea unui climat favorabil, de asemenea, de oferirea timpului necesar completării acestora, fără a fi constrânși sau influențați subiecții în vreun oarecare mod. Rezultatele obținute, cât și interpretarea testelor realizate le-au fost oferite persoanelor implicate în cercetare cu explicațiile de rigoare.

**Scopul demersului de constatare** a fost de a identifica particularitățile de manifestare a persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive în funcție de dimensiunile fundamentale ale personalității.

În vederea realizării scopului propus, am elaborat un model de cercetare experimentală de tip transversal, comparativ și corelațional având următoarele **obiective**:

- Identificarea nivelului de manifestare a persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive;
- Determinarea relației dintre persistența motivațională, autostigmatizare și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi;
- Stabilirea diferențelor de manifestare a dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi în funcție de nivelul de autostigmatizare;
- Stabilirea diferențelor de manifestare a persistenței motivaționale și dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi și seronegativi.

În cadrul acestui demers de constatare am formulat următoarele **ipoteze**:

**I1** Factorii persistenței motivaționale corelează cu autostigmatizarea la persoanele seropozitive.

**I2** Există o relație între persistența motivațională și manifestarea dimensiunilor fundamentale de personalitate la subiecții seropozitivi și seronegativi.

**I3** Există o relație între autostigmatizare și manifestarea dimensiunilor fundamentale de personalitate la subiecții seropozitivi.

Pentru a realiza obiectivele propuse în cadrul demersului de cercetare și pentru a verifica ipotezele înaintate, au fost utilizate următoarele metode psihodiagnostice:

- 1) Chestionarul „*Scala Persistenței Motivaționale*”, elaborat de T. Constantin;
- 2) Chestionarul de evaluare a autostigmatizării *HIV Stigma Scale* elaborat B.E. Berger;
- 3) Chestionarul de Personalitate *Big Five* elaborat de R. McCrae și P. Costa.

**Scala Persistenței Motivaționale** (Anexa 1.1) evaluează persistența motivațională, înțeleasă ca fiind predispoziția unui individ de a persista motivațional în efortul direcționat spre atingerea unui scop asumat (o dată luată decizia implicării motivaționale), găsind resursele personale necesare pentru depășirea obstacolelor și pentru a rezista rutinei, stresului, oboselii, și altor factori distractori.

Scala Persistenței Motivaționale permite evaluarea persistenței motivaționale prin intermediul itemilor cu răspuns pe o scală în 5 trepte (1 – în foarte mică măsură; 5 – în foarte mare măsură), itemi vizând identificarea a trei factori: urmărirea pe termen lung a scopurilor (LTPP - Long Term Purposes Pursuing); urmărirea sarcinilor curente (CPP - Current Purposes Pursuing) și recurența scopurilor neatinse (RUP – recurrence of unattained purposes) [ 11, p.10].

Scorurile cumulate a celor trei factori ai chestionarului, permit evaluarea persistenței motivaționale individuale globale: capacitatea unei persoane de a persevera comportamental și motivațional în efortul spre atingerea unor obiective ambițioase; tendința de a persista, de a investi timp și efort, de a nu abandona (scoruri mari).

Scorurile mari la dimensiunea persistență motivațională (scor global) sunt reprezentative pentru oamenii care găsesc mereu resurse pentru a-și alimenta motivația în efortul de atingere a unor obiective ambițioase, cele care cer dedicare sau efort constant. Astfel de oameni acceptă provocarea sarcinilor dificile și reușesc să rămână concentrați în activitățile zilnice/curente chiar și după ce devin neplăcute sau mai puțin interesante. Ei revin frecvent cu gândul la obiective sau inițiative personale amânate sau abandonate și își imaginează noi moduri de a folosi oportunități la care au renunțat la un moment dat.

Persoanele cu scoruri ridicate la dimensiunea **LTPP (urmărirea pe termen lung a scopurilor)** sunt animate de visuri personale, aspirații conturate de multe ori de timpuriu și care

presupun o planificare amănunțită și o desfășurare îndelungată, derulată pe perioade extinse de luni sau chiar ani de zile. Eforturile celor cu scoruri ridicate par a fi centrate monotematic în jurul acestor aspirații sau idealuri semnificative pentru sine, de ordin profesional, spiritual sau de altă natură. În fața obstacolelor repetate, indivizii cu scoruri mari continuă să depună efort, chiar mai mult, arătând și mai multă stăruință. Sunt convinși și animați de scopul sau cauza pe care o urmează cu consecvență, stabilindu-și mereu scopuri ambițioase, nerenunțând la standardele sau exigențele personale. În anumite cazuri, întreaga lor existență pare a fi subordonată unui ideal, centrare care împinge către un plan secundar alte aspecte ale vieții cum ar fi de pildă relațiile personale.

Persoanele care obțin scoruri ridicate la factorul **CPP (urmărirea sarcinilor zilnice)** sunt persoane care acceptă provocarea sarcinilor dificile și reușesc să rămână concentrați în activitățile pe care le desfășoară perioade îndelungate, chiar și după ce devin neplăcute sau, cu timpul, mai puțin interesante. Scala se referă la efortul și perseverența cu care sunt abordate și rezolvate sarcinile cotidiene, atât cele autoselectate, cât și activitățile instrumentale, impuse de alții. Indivizii cu scoruri ridicate manifestă o preferință cognitivă pentru dificultate, având o rezistență la frustrare ridicată. Renunță greu la sarcinile începute, impulsionați de motivația de a duce la capăt ceea ce au început la un moment dat. Scorurile reduse caracterizează indivizii care își pierd interesul ușor pentru activitățile pe care le desfășoară dacă nu sunt suficient de stimulante, sau dacă devin obositoare sau frustrante. Ritmul de muncă al celor cu scoruri mai degrabă mici este inconstant, amenințat mereu de tentația de a renunța în favoarea angajării în noi ocupații, activități.

Persoanele cu scoruri ridicate la dimensiunea **RUP (reamintirea scopurilor neatinse)** sunt consecvente și au nevoie de constanță în realizarea activităților lor; abandonează cu greu visurile și promisiunile pe care și le-au făcut în trecut, având mereu grijă să își prioritizeze acțiunile pentru a realiza echilibrul dintre scopurile lor personale, onorându-le pe cele uitate în plan secund. Valorizând constanța și continuitatea în strădaniile lor, tind să revină mereu la obiective din trecut, mai apropiate sau mai îndepărtate, pe care au fost nevoiți la un moment dat să le pună pe lista de așteptare sau, pe care, datorită circumstanțelor potrivnice, au fost nevoiți să le abandoneze. Resimt problemele din trecut sau scopurile neatinse ca o sursă de tensiune și nemulțumire, resimțind în mod subiectiv incapacitatea de a le relua și a le duce la capăt. Din acest motiv, au tendința de a se întoarce mereu către acele scopuri, având în minte perspectiva reluării lor și concepând diverse strategii și mijloace de a le duce la îndeplinire. Astfel, dacă au resursele necesare și oportunitatea, fac tot posibilul pentru a restabili acel simț al sinelui, frustrat în absența scopului neîndeplinit. [11, p.12].

Scala a fost tradusă în limba rusă prin metoda experților (masteranzi, doctori conferențieri și profesori universitari) din cadrul Universității de Stat din Moldova, or. Chișinău. Validarea de conținut s-a realizat pe un eșantion de 366 subiecți vorbitori de limba rusă din Republica Moldova, obținându-se un coeficient de consistență internă Alpha Crambach de: pentru dimensiunea LTPP- 0,798; pentru dimensiunea CPP- 0,699; pentru dimensiunea RUP- 0,665.

**Scala HIV-stigma** (Anexa 1.2) constă din 40 de itemi care formează patru subscale și un scor total. Scala a fost tradusă din engleză prin metoda experților (masteranzi, doctori conferențieri și profesori universitari) din cadrul Universității de Stat din Moldova, or. Chișinău. Validarea de conținut s-a realizat pe un eșantion de 124 persoane seropozitive din Republica Moldova, cu un coeficient de consistență internă Alpha Crombach de 0,905. Analiza factorială exploratorie a versiunii originale din engleză a dus la patru factori care reprezintă cele patru dimensiuni ale stigmatizării: (1) stigmatizarea personalizată, (2) preocupările față de dezvăluirea diagnosticului (3) imagine de sine negativă (4) preocupările față de atitudinea publică, fiecare constituind o subscală a instrumentului. Dimensiunea stigmatizării personalizate este propusă pentru a reprezenta mecanismul de stigmatizare adoptat, preocupările față de atitudinea publică și preocupările față de dezvăluirea diagnosticului sunt propuse pentru a reprezenta mecanismul de stigmatizare anticipat, iar imaginea de sine negativă, este propusă pentru a reprezenta mecanismul de stigmatizare internalizat [113].

Cei 40 de itemi sunt afirmații la care o persoană care trăiește cu HIV poate fi de acord sau nu, prin patru puncte alternative de răspuns de tip Likert (complet dezacord, dezacord, de acord și complet de acord). Scorurile subscalei sunt calculate prin însumarea scorurilor pentru elementele care aparțin fiecărei subscale, și un scor general al stigmatizării se calculează prin însumarea scorului obținut la toți cei 40 de itemi.

**Modelul Big Five** (Anexa 1.3) este o probă standardizată de evaluare a personalității capabilă să ofere un profil de personalitate complet atât prin raportare la cei 5 meta-factori (extraversiune, agreabilitate, nevrozism, conștiinciozitate și deschidere) cât, mai ales, prin raportare la cei 25 de factori (fațete).

Chestionarul a fost elaborat în 1985- 1987 de către McCrae R. și Costa P. În articulațiile acestui „model al persoanei” personalitatea apare ca una dintre subdiviziunile fundamentale, alături de abilitățile cognitive, cele fizice și de alte aspecte care intră în alcătuirea personalității ca „material” brut. În opinia autorilor menționați, ceea ce interesează psihologul este reprezentat de adaptările specifice, respectiv felul în care au fost modelate tendințele de bază prin influențele externe și interne. Psihologul nu poate schimba trăsăturile de bază ale clientului, dar cunoașterea



și explicarea corectă a acestora și a felului cum ele intervin în problemele existențiale ale persoanei îl poate ajuta să reducă la minim dificultățile.

În explicarea modelului avansat de ei, Costa și McCrae consideră că trăsăturile bazale, superfactorii personalității - *nevrotism, extraversie, deschidere, agreabilitate, conștiinciozitate* - apar ca dispoziții psihice fundamentale, care nu trebuie în nici un caz privite ca dimensiuni biologice, ele rămânând constructe psihice care sunt la rândul lor „servite” de structurile biologice (baze biologice). Personalitatea este supusă acestor influențe endogene (denumite de autori tendințe bazale) dar și unor influențe exogene. Influențele externe, rezumate prin conceptul de „situație existențială”, reunesc cadrul socio-cultural în care se formează persoana și sistemul de evenimente de viață cu întăririle pozitive/negative primite de individ de-a lungul vieții și operează asupra individului în dezvoltarea sa ontogenetică. În acest cadru biografia obiectivă este constituită de cursul real al comportamentelor și trăirilor care formează viața individului.

Punctul de focalizare al acestui model îl constituie adaptările caracteristice, influențate atât de tendințele bazale cât și de cultură, acele obiceiuri, atitudini, deprinderi, valori, motive, roluri, relații care definesc „identitatea contextualizată” și persoana pusă în contextul interrelațiilor în care s-a format și evoluează. În acest model, un rol aparte în evaluarea psihologică îl are imaginea de sine ca o subdiviziune a adaptărilor caracteristice persoanei. Răspunsurile la chestionarul de personalitate sunt legate cel mai mult și cel mai direct de acest nivel al imaginii de sine. Între tendințele bazale și adaptările caracteristice care constituie expresia directă a personalității, au avut loc și au în mod continuu loc procese dinamice responsabile de un anumit izomorfism. Individul intră în viață cu anumite dispoziții particulare cărora li se dă culoare locală și sens prin cultura prevalentă, prin intermediul proceselor de dezvoltare care creează acest izomorfism.

Factorii de personalitate ai Modelului Big –Five pot fi descriși astfel:

1. **Extraversie (extraversion)** – E - descrie persoane comunicative, sociabile, vorbărețe, cu o bună prezență socială, cu o capacitate de verbalizare deosebită, persoane care se simt bine în contexte sociale și caută din acest motiv interacțiunile cu ceilalți. Polaritatea vizată de scala E este surprinsă de continuumul *extraversie–introversie*.

2. **Agreabilitate (agreeableness)** – A - descrie persoane agreabile, neagresive, plăcute, animate de sentimente plăcute față de copii, față de animale și, în general, față de cei din jur, cu rezistență la frustrare și care nu-și exprimă frustrarea prin acte de agresivitate fizică sau verbală. Împreună cu scala Extraversiune, această scală face referire la acele dimensiuni ale personalității

implicate în relațiile sociale, fiind caracterizată de polaritatea *agreabilitate – duritate în relațiile interpersonale*.

3. **Conștiinciozitate (conscientiousness)** – C - detectează persoane ordonate, care preferă medii de lucru bine structurate și controlate, capabile de muncă susținută și de concentrare îndelungată a energiei către realizarea obiectivelor propuse, care sunt dispuse să investească multă muncă și să nu se lase distrase de tentații. După McCrae și Costa, acest factor este legat de reușita profesională, de nivel superior, indiferent de domeniul de activitate, polaritatea exprimată de scală fiind *conștiinciozitate - tendința spre hedonism*.

4. **Nevrotism (neuroticism)** – N - descrie persoane cu accente nevrotice puternice, cu o emoționalitate accentuată, cu frici, angoase sau depresii, persoane care necesită sprijin afectiv pentru a trece peste astfel de faze. Polaritatea vizată de scala N este legată de continuumul *dezechilibru emoțional - echilibru emoțional*.

5. **Deschidere spre experiență (openness to experience)** – O - descrie persoane deschise spre experiențe senzoriale, cu simț artistic, înclinate spre muzică sau arte plastice, animate de interese intelectuale, caracterizate de curiozitate științifică (în special în științele naturale), apropiate de natură și atrase, în general, de o viață în armonie cu natura și frumosul. Polaritatea vizată de scala O este surprinsă în continuumul *deschidere spre experiență - mod reținut, conservator de a fi, care include și preferința pentru familiar*.

Fațetele celor 5 meta- factori sunt următoarele:

- *Extraversiunea* cu factorii: E1 – Activism, E2 - Asertivitate, E3 Sociabilitate, E4 – Căutarea stimulării, E5 - Emoții pozitive;
- *Agreabilitatea* cu factorii: A1 - Altruism, A2 – Cooperare, A3 – Încredere, A4 – Compasiune, A5 – Modestie;
- *Conștiinciozitatea* cu factorii: C1 – Ordine, C2 – Perseverență, C3 – Simț al datoriei, C4 – Deliberare, C5 – Prudență;
- *Nevrotismul* cu factorii: N1 – Anxietate, N2 Teamă, N3 – Depresie, N4 – Conștiință de sine, N5 –Vulnerabilitate (la stres);
- *Deschidere spre experiență* cu factorii: O1 – Spre fantezie, O2 – În plan ideatic, O3- Pe plan estetic, O4– Către modurile proprii de a simți, O5 –În planul valorilor.

Chestionarul este format din 75 de perechi opuse, acestea fiind declarații care caracterizează comportamentul unei persoane. Itemii formulați au o scală de evaluare de cinci puncte (-2, -1, 0, 1, 2) pentru a identifica modul de manifestare a fiecăruia dintre cei cinci factori.

În cercetarea noastră am utilizat varianta Chestionarului Big Five adaptat pe populația rusă în 1999 de către Hromov [102], dat fiind faptul că majoritatea subiecților implicați în cercetare sunt vorbitori de limba rusă.

## 2.2. Analiza rezultatelor cercetării persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive

În vederea determinării manifestării persistenței motivaționale la persoanele seropozitive a fost aplicat chestionarul pentru evaluarea persistenței motivaționale *Scala Persistenței Motivaționale* după T. Constantin la eșantionul supus cercetării. Această metodă ne oferă informații despre predispoziția unui individ de a persista motivațional în efortul direcționat spre atingerea unui scop asumat (o dată luată decizia implicării motivaționale), găsind resursele personale necesare pentru depășirea obstacolelor și pentru a rezista rutinei, stresului, oboselii, și altor factori distractori.

Mai jos prezentăm rezultatele obținute de către persoanele din grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative), pentru a identifica nivelul de manifestare a persistenței motivaționale.

Tabelul 2.1. Manifestarea persistenței motivaționale la subiecții cercetării, prezentare comparativă pe nivele (valori procentuale), N=248

<i>Subiecții cercetării</i>	<i>Nivelul persistenței motivaționale</i>					
	<i>înalt</i>		<i>mediu</i>		<i>scăzut</i>	
	<b>f (r)</b>	<b>f (a)</b>	<b>f (r)</b>	<b>f (a)</b>	<b>f (r)</b>	<b>f (a)</b>
<b>Grupul experimental 1</b>	5%	6 pers.	90%	112 pers.	5%	6 pers.
<b>Grupul experimental 2</b>	4%	5 pers.	95%	118 pers.	1%	1 pers.

Analiza cantitativă a rezultatelor prezentate în tabelul 2.1. ne permite să remarcăm că 5% (6 persoane din 124) dintre subiecții grupului experimental 1 (persoanele seropozitive) manifestă un nivel maxim al persistenței motivaționale, de asemenea 5% (6 persoane din 124) manifestă nivel scăzut, majoritatea – 90% (112 persoane din 124), manifestând un nivel mediu al persistenței motivaționale. Rezultatele referitoare la grupul experimental 2 (persoanele seronegative) sunt următoarele: 4% (5 persoane din 124) manifestă nivel înalt al persistenței motivaționale, 1% (1 persoană din 124) manifestă nivel scăzut, majoritatea- 95% (118 persoane din 124) manifestând un nivel mediu al persistenței motivaționale.

Pentru o mai bună vizualizare a datelor, cu care s-a operat în tabelul de mai sus, a fost realizată următoarea figură:

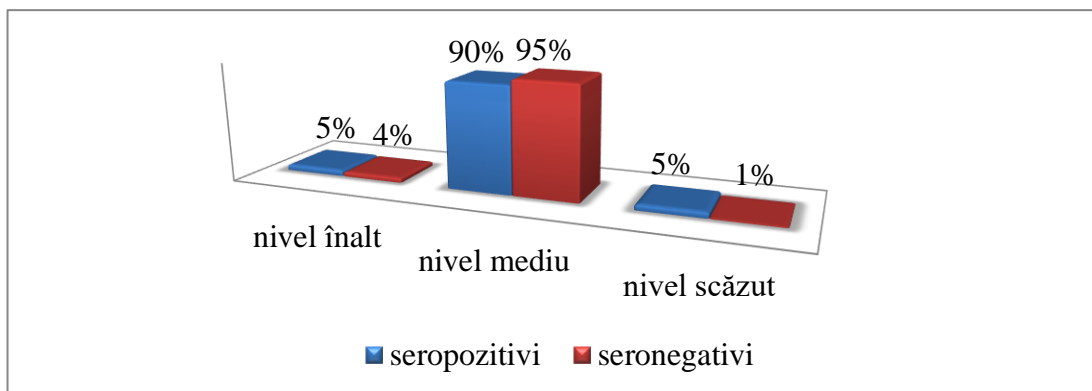


Fig 2.1 Manifestarea persistenței motivaționale la subiecții cercetării, prezentare comparativă pe nivele (valori procentuale), N=248

O posibilă explicație a rezultatelor obținute de majoritatea subiecților seropozitivi, 90% (112 persoane din 124) - nivel mediu al persistenței motivaționale ar fi manifestările comportamentale dictate de stilul de viață a unei persoane seropozitive. Fiind o maladie cronică, infecția HIV/SIDA implică o aderență totală pe parcursul vieții la medicamentele necesare (Terapia Antiretrovirală) care solicită persoanelor seropozitive un nivel optim de persistență motivațională chiar dacă această activitate devine neplăcută și survine riscul de a fi abandonată.

Rezultatele corespunzătoare nivelului înalt de persistență motivațională obținute de către subiecții seropozitivi - 5% (6 persoane din 124) pot fi explicate prin atribuire la activitatea acestor persoane. Prin urmare, acești subiecți activează ca specialiști „egal la egal” în cadrul instituțiilor de profil ce oferă servicii de reabilitare psiho-socială persoanelor seropozitive. Fiind la curent cu cele mai recente informații referitoare la tematica HIV, participând la diferite activități ce le solicită manifestarea potențialului propriu, aceste persoane continuă să investească timp și resurse personale în vederea depășirii numeroaselor obstacole.

Un argument în acest sens îl putem vedea în studiul realizat de către Macovei și Constantin (2011) asupra persoanelor care activează în organizațiile non-profit. Potrivit autorilor, aceste persoane manifestă un nivel înalt al persistenței motivaționale, comparativ cu persoanele ce nu activează în organizațiile non-profit, rezultatele înalte fiind dictate de specificul instituției și activității acestora. Autorii menționează că persistența motivațională este văzută ca fiind rezultatul interferenței mai multor factori. Ulterior, cu cât o persoană manifestă mai mult capacitatea de a depăși orice obstacol, are mai multă energie, depune mai multe eforturi pentru a-și atinge scopul și se va concentra mai mult pe sarcină, cu atât mai persistentă motivațional va fi. Astfel, în procesul de realizare a obiectivului lor, indivizii se vor confrunta cu mai multe obstacole și vor necesita o anumită abilitate de a depăși, de a persista și de a găsi soluții, de a fi flexibili și de a rezolva problema într-un mod constructiv. Prin urmare, individul va fi capabil să-

și atingă scopul numai dacă se concentrează asupra sarcinii, se concentrează asupra a ceea ce este esențial și asupra activităților principale și ignoră factorii perturbatori. De asemenea, în cadrul studiului său, Macovei și Constantin (2011) afirmă că dorința unei persoane de a descoperi lucruri noi despre ea însăși și despre mediul înconjurător, plăcerea de a explora noi orizonturi, nevoia de a-și confrunta ideile și viziunile și tendința de a crede în succese vor influența pozitiv persistența motivațională a acesteia [175].

Conform rezultatelor prezentate în figura de mai sus, atestăm faptul că 5% dintre subiecții grupului experimental 1 (6 persoane din 124) manifestă un nivel scăzut al persistenței motivaționale. Posibila explicație a rezultatelor ar putea fi adusă prin evocarea studiului realizat de către Hojbotă și Constantin (2009) în care au avut drept scop identificarea relației dintre persistența motivațională și ambiguitate. Autorii menționează faptul că în momentul angajării în anumite demersuri, majoritatea indivizilor se confruntă frecvent cu experiențe frustrante, întârzieri, obstacole, bariere care modifică în permanență gradul de accesibilitate a scopului. Această fluctuație este inerentă procesului de urmărire a scopurilor, și este cu atât mai evidentă cu cât scopul respectiv este unul central, definitoriu pentru identitatea de sine. Sustenabilitatea planului de acțiune, prin găsirea și dozarea resurselor personale, șansele de succes, previziunile referitoare la momentul atingerii acestuia, durabilitatea lui și riscul de a pierde investițiile de timp, efort, financiare și afective, constituie exemple de factori care au atașat un anumit grad de ambiguitate. Această ambiguitate poate determina ezitare și neîncredere în adoptarea unor scopuri noi, oricât de motivantă ar fi perspectiva atingerii lor [18].

Menționăm că persistența reprezintă înaintarea către un scop, prin executarea unui set de acțiuni, alese ordonate conform unui plan prestabilit. În acest context, Gollwitzer (1996) afirmă că de multe ori, acțiunile pot fi împiedicate, întârziate sau omise, planul fiind supus obstacolelor, frustrărilor, distragerilor. Pentru a menține cu succes urmărirea obiectivelor personale, indivizii trebuie să răspundă punctual la nevoile situaționale, acționând cu promptitudine prin ajustarea comportamentului și intensificarea eforturilor la contactul cu acestea. De cele mai multe ori, pentru a profita de șansele care apar, este necesară capacitatea de a reacționa într-un mod neutru, deschis și lipsit de aversiune în fața ambiguității. Astfel, Gollwitzer (1996) explică faptul că reactivitatea la oportunitățile și cerințele situaționale încurajează realizarea scopurilor [143 p. 290]. Confrunțați cu amenințări posibile la adresa planului ales, mijloacelor sau resurselor de care dispun, din nevoia de a avea un răspuns cert la străduințele lor, indivizii intoleranți la ambiguitate au mult mai multe șanse de a se dezangaja prematur din proiectele personale.

De asemenea, Budner (1962) a definit ambiguitatea ca o caracteristică a situațiilor sau a cunoașterii caracterizate prin noutate, complexitate sau insolubilitate. În lucrarea sa autorul

denumeste și descrie patru modalități de reducere a efectului ambiguității: *prin negare fenomenologică* (tendința de reprimare și negare a situației amenințătoare sau contradictorii), *supunere fenomenologică* (cedare, abandonarea sinelui în fața stării de anxietate, tensiune, disconfort), *negare operativă* (strategie comportamentală care include posibilele acțiuni efective cu rol distructiv sau reconstitativ asupra situației) și *supunere operativă* (tendința de evitare și îndepărtare față de situația caracterizată de confuzie și ambiguitate) [117].

În contextul studiului nostru, menționăm că persoanele seropozitive care se confruntă cu amenințări legate de aderența la tratament datorită contextului sau situațiilor contradictorii (membrii familiei nu cunosc despre diagnostic, necesitatea administrării TARV în timpul orelor de muncă, necesitatea adoptării unui comportament flexibil pentru a nu crea bănuieli) apelează la diverse modalități de reducere a ambiguității (cedare, evitare etc.) fapt care determină o persistență motivațională scăzută.

Pentru o analiză mai detaliată a datelor, cu care s-a operat în figura de mai sus, a fost realizată prezentarea rezultatelor obținute de către subiecții cercetării conform factorilor persistenței motivaționale.

Tabelul 2.2. Manifestarea factorilor persistenței motivaționale la subiecții cercetării (valori procentuale), N=248

<i>Factorii persistenței motivaționale</i>	<i>Subiecții cercetării</i>	<i>Nivel scăzut</i>	<i>Nivel mediu</i>	<i>Nivel înalt</i>
Urmărirea scopurilor pe termen lung LTPP	grup experimental 1	0,8%	49,2%	50%
	grup experimental 2	0%	48,4%	51,6%
Urmărirea sarcinilor curente CPP	grup experimental 1	1,6%	32,3%	66%
	grup experimental 2	0%	31,5%	68,5%
Reamintirea scopurilor neatins RUP	grup experimental 1	0,8%	74,2%	25%
	grup experimental 2	4,8%	75,8%	19,4%

Conform rezultatelor prezentate în tabelul de mai sus atestăm faptul că 50% (62 persoane din 124) din respondenții grupului experimental 1 și 51,6% (64 persoane din 124) din respondenții grupului experimental 2 manifestă la nivel înalt *urmărirea consecventă a scopurilor pe termen lung* (LTPP). Ei își propun scopuri sau obiective (personale sau profesionale) care solicită o planificare amănunțită și o desfășurare pe perioade extinse de timp (luni sau chiar ani de zile). După înfruntarea de obstacole repetate, continuă să depună și mai mult efort, cu mai multă stăruință. Sunt convinși și animați de aceste scopuri pe care le urmează cu consecvență,

găesc mereu resurse pentru a-și susține efortul de a progresa în atingerea obiectivelor intermediare. Aceste persoane pot fi caracterizate având drept elemente definitorii următoarele aspecte: manifestă ambiție, urmăresc obiective personale cu standarde înalte de calitate și nu cedează în fața rutinei sau obstacolelor; consecvente în urmărirea scopurilor și visurilor personale.

O posibilă explicație a rezultatelor obținute de către subiecții seropozitivi o găsim în nevoia de acces continuu la îngrijiri și servicii medicale pe parcursul bolii a acestor persoane. Întrucât pacientul infectat cu HIV este un pacient cu boală cronică, tratamentul antiretroviral (ARV) este o condiție obligatorie. În acest caz, aderența este cel mai important factor de care depinde ca tratamentul ARV să fie eficient. Nivelurile reduse ale aderenței la TARV conduc la ineficiența tratamentului și sunt asociate cu creșteri ale încărcăturii virale, scăderea numărului de CD4, un risc mărit al progresiei bolii, o perioadă mai lungă petrecută în spital și un risc crescut de deces [60]. În acest sens, monitorizarea permanentă a aderenței la terapia ARV este scopul primordial al persoanelor seropozitive ce urmează a fi urmărit pe tot parcursul vieții.

Rezultatele referitoare la dimensiunea *urmărirea sarcinilor curente* (CPP) indică un nivel înalt de 66% (82 persoane din 124) obținut de către respondenții grupului experimental 1 și 68,5% (85 persoane din 124) obținut de către respondenții grupului experimental 2. Prin urmare, aceste persoane acceptă provocarea sarcinilor dificile și reușesc să rămână concentrate în activitățile curente, chiar și după ce acestea devin neplăcute sau mai puțin interesante. Manifestă o preferință cognitivă pentru sarcinile dificile, având o rezistență la frustrare ridicată. Odată ce și-au stabilit un plan concret, pe termen scurt, renunță greu la acesta, impulsionați fiind de motivația de a duce la capăt ceea ce au început la un moment dat. Elementele definitorii ale acestor persoane sunt următoarele: sunt concentrați, cu o bună capacitate de focalizare pe realizarea activităților zilnice, ignoră cu ușurință factorii distractori și cedează greu o dată ce și-au asumat o sarcină.

Explicația datelor obținute de către subiecții grupului experimental 1 o putem găsi în aspectele ce rezultă din implicațiile medicale ale infecției HIV. Astfel, persoanele seropozitive sunt nevoite să utilizeze diverse mijloace de monitorizare a administrării terapiei ARV (jurnalul de evidență a administrării medicamentelor, cutiile compartimentale pentru medicamente) pentru a menține o mai bună aderență la tratament. Cunoscând riscurile generale ale neadministrării sau administrării incorecte a dozelor ce pot conduce la rezistența la tratament, persoanele seropozitive fac față provocărilor și frustrărilor zilnice fiind conștienți că eșecul tratamentului duce la limitarea medicamentelor pe care le pot lua în viitor.

În conformitate cu rezultatele obținute la dimensiunea *recurența scopurilor neatinse* (RUP) menționăm că 74,2% (91 persoane din 124) din respondenții grupului experimental 1 și 75,8% (94 persoane din 124) din respondenții grupului experimental 2 manifestă un nivel mediu de reamintire a scopurilor neatinse. Aceste persoane revin rareori cu gândul la obiective personale sau inițiative mai vechi, amânate sau al căror curs de acțiune a fost abandonat la un moment dat. Le este destul de ușor să se detașeze de proiectele la care au renunțat și sunt tentați să uite ceea ce și-au promis la un moment dat, mai ales dacă apar dificultăți în atingerea acelor scopuri personale. Nu revin cu gândul la obiectivele, inițiativele sau proiectele la care au renunțat de bună voie sau la care au fost nevoiți să renunțe în trecut.

O posibilă explicație a acestor rezultate obținute de către subiecții din grupul experimental 1 ar fi legată de stilul de viață a persoanelor seropozitive care implică administrarea medicamentelor antiretrovirale, la aceeași oră în fiecare zi fără a fi admise omisiuni, care necesită resurse motivaționale înalte, efort, concentrare și perseverență. În acest sens, întreaga lor existență pare a fi subordonată unui scop general, centrare care împinge către un plan secundar alte aspecte ale vieții cum ar fi de exemplu reamintirea scopurilor neatinse.

Rezultatele medii obținute la *Scala Persistenței Motivaționale* după T. Constantin de către subiecții din grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative) sunt prezentate în tabelul următor:

Tabelul 2.3. Manifestarea factorilor persistenței motivaționale la subiecții cercetării (valori medii), N=248

<i>Factorii persistenței motivaționale</i>	<i>Subiecții cercetării</i>			
	<i>Grup experimental 1</i>		<i>Grup experimental 2</i>	
	<b>m</b>	<b><math>\sigma</math></b>	<b>m</b>	<b><math>\sigma</math></b>
Urmărirea scopurilor pe termen lung LTPP	17,43	4,01	17,61	3,23
Urmărirea sarcinilor curente CPP	24,40	5,07	24,36	4,09
Reamintirea scopurilor neatinse RUP	15,44	3,39	14,85	3,51
Total PM	57,27	9,35	56,82	7,27

Analiza comparativă a scorurilor obținute de către subiecții incluși în cercetare scoate în evidență o tendință de apropiere a valorilor medii obținute pentru factorii persistenței motivaționale. Astfel, datele prezentate în tabelul de mai sus indică scoruri medii mai mici la factorul *urmărirea scopurilor pe termen lung* pentru grupul experimental 1 (m= 17,43) comparativ cu subiecții din grupul experimental 2 (m= 17,61). De asemenea, compararea rezultatelor ne permite să constatăm următoarele deosebiri a valorilor medii obținute de către



subiecții cercetării pentru factorii: *urmărirea sarcinilor zilnice* (grup experimental 1 m=24,40; grup experimental 2 m=24,36), *reamintirea scopurilor neatınse* (grup experimental 1 m= 15,44; grup experimental 2 m= 14,85) și scorul *total al PM* (grup experimental 1 m= 57,27; grup experimental 2 m= 56,82), cu rezultate mai mici pentru subiecții din grupul experimental 2.

În continuare, prezentăm ilustrarea grafică a rezultatelor (valori medii) obținute pentru factorii persistenței motivaționale de către subiecții din grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative):

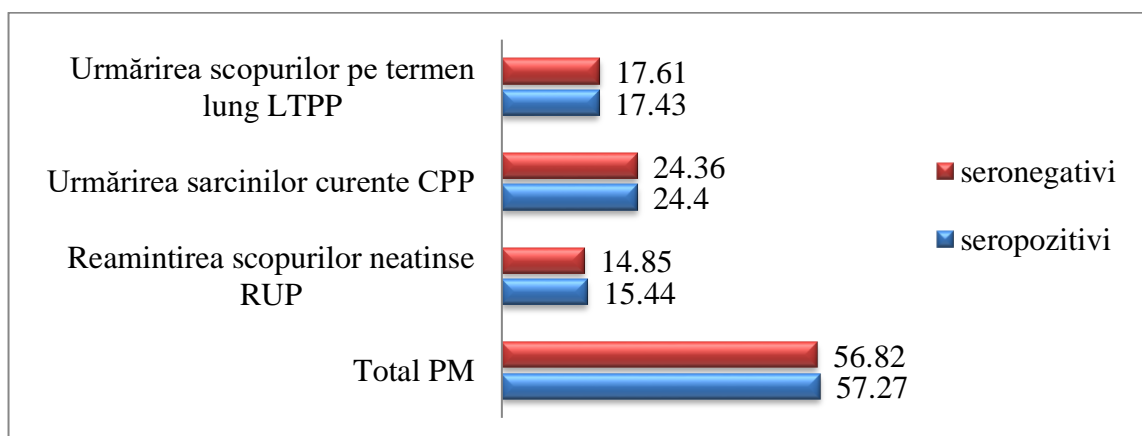


Fig. 2.2. Manifestarea factorilor persistenței motivaționale la subiecții cercetării (valori medii), N=248

Pentru a vedea dacă există diferențe semnificative cu privire la rezultatele obținute de către subiecții incluși în cercetare, am apelat la statistica inferențială optând pentru *testul t-Student*.

Tabelul 2.4. Semnificația diferenței dintre medii la factorii persistenței motivaționale pentru subiecții cercetării, N=248

<b><i>Factorii persistenței motivaționale</i></b>	<b><i>Testul t</i></b>	<b><i>Pragul de semnificație</i></b>
Urmărirea scopurilor pe termen lung LTPP	t=0,401	nesemnificativ
Urmărirea sarcinilor curente CPP	t=0,069	nesemnificativ
Reamintirea scopurilor neatınse RUP	t=1,360	nesemnificativ
Total PM	t=0,424	nesemnificativ

Prelucrarea statistică a rezultatelor ce reflectă manifestarea persistenței motivaționale indică *lipsa diferențelor semnificative* la subiecții din grupul experimental 1 și grupul experimental 2.

O posibilă explicație a rezultatelor obținute ar surveni din modelul lui Leonard, Beauvais și Scholl (1999) referitor la implicarea motivațională în care autorii fac trimitere la motivația instrumentală [164].

De asemenea, considerăm elocventă invocarea aspectelor menționate de către Blagoslov (2006) referitoare la anxietatea anticipatorie trăită de persoanele seropozitive. Potrivit autoarei, pentru o persoană seropozitivă problema majoră din punct de vedere emoțional, este cea a morții. Odată cu stabilirea diagnosticului de seropozitivitate, perspectiva morții devine brusc iminentă. Cu toate că, la nivel intelectual, persoana înțelege că infecția cu HIV este o boală cronică, cu care se poate trăi foarte mult timp, la nivel emoțional anxietatea dată de iminența morții devine punctul cel mai dureros al vieții de zi cu zi. Această anxietate fundamentală însoțește persoana seropozitivă pe parcursul existenței sale ulterioare, crescând sau diminuând în intensitate, dezintegrând sau mobilizând persoana respectivă pe măsură ce boala evoluează [1].

Considerăm relevantă și plauzibilă pentru cercetarea noastră explicația ce derivă din aspectele menționate mai sus. Prin urmare, referindu-ne la subiecții din grupul experimental 1, considerăm că nivelul înalt de persistență motivațională al acestora este mai degrabă o modalitate compensatorie, manifestată la nivel comportamental, a anxietății anticipatorii cu care se confruntă. În același timp, persistența motivațională a acestora se conturează ca o relație de schimb între efortul și dedicarea lor, pe de o parte, și recompensa așteptată, pe de altă parte. Astfel, considerăm că motivația acestora capătă mai degrabă un caracter instrumental, ei fiind motivați de o recompensă palpabilă și vizibilă condiționată de starea de sănătate, cu profund interes de reinvestire în sine, de reluare a sentimentului de urgență de a exista și de a profita de viață.

Un alt aspect important al demersului de cercetare îl constituie identificarea particularităților de manifestare a autostigmatizării la persoanele seropozitive.

Autostigmatizarea legată de virusul imunodeficienței umane este un set de judecăți negative cu privire la propria persoană ca urmare a sentimentului de rușine, inutilitate și auto-culpabilizare, care afectează accesul la îngrijire și tratament, precum și calitatea generală a vieții persoanelor seropozitive. Înțelegerea fenomenului de autostigmatizare la persoane seropozitive impune o analiză atentă a raporturilor dintre individ și societate. Pentru a înțelege ce simt ei, este necesar de a pătrunde în esența fenomenului de autostigmatizare și de a percepe consecințele acestuia.

În vederea determinării manifestării autostigmatizării la persoanele seropozitive a fost aplicat chestionarul pentru evaluarea autostigmatizării *HIV Stigma Scale* (după B.E. Berger) la grupul experimental 1.

Mai jos prezentăm ilustrarea grafică a rezultatelor obținute de către persoanele seropozitive supuse experimentului privind nivelul de autostigmatizare.

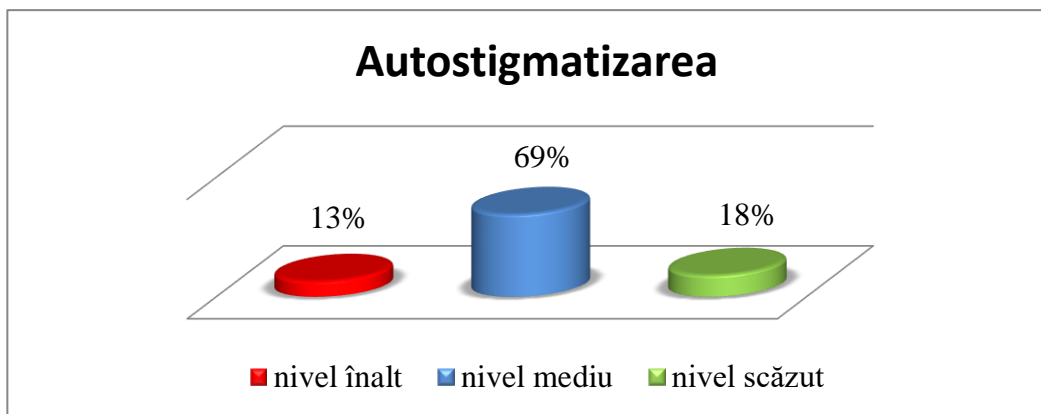


Fig. 2.3. Manifestarea autostigmatizării la persoanele seropozitive  
prezentare comparativă pe nivele (valori procentuale), N=124

Astfel, din figura prezentată mai sus atestăm următoarele rezultate obținute în urma evaluării fenomenului de autostigmatizare de către subiecții grupului experimental 1 (persoane seropozitive): 13% (16 persoane din 124) au manifestat nivel înalt de autostigmatizare, 69% (86 persoane din 124) au manifestat nivel mediu și 18 % (22 persoane din 124) au manifestat nivel scăzut de autostigmatizare.

O posibilă explicație a rezultatelor obținute de majoritatea subiecților (86 de persoane din 124) la nivelul mediu de autostigmatizare ar fi legată de perioada aflării diagnosticului și capacitatea acestora de a dezvolta mecanisme eficiente de coping la situația cu care se confruntă. Persoanele care au aflat despre statutul lor de seropozitivitate de mai mult timp, posedă mai multă informație și au reușit să integreze acest diagnostic în realitatea lor psihică sunt mult mai adaptate și reziliente.

Un alt aspect important în dezvoltarea autostigmatizării la persoanele seropozitive este modalitatea de infectare. Potrivit unui studiu efectuat de Brouard și Wills (2006) apariția stării de vinovăție depinde direct de modul în care o persoană s-a infectat: pe cale sexuală, prin transfuzii de sânge, consumul de droguri injectabile, accidente medicale etc. Astfel ele pot avea un impact asupra formării și nivelului de autostigmatizare. Potrivit participanților la studiu, o persoană poate fi considerată „nevinovată” în cazul în care era pasivă sau lipsită de putere în infectarea cu HIV, de exemplu, l-a dobândit prin viol sau a fost născută de la părinți pozitivi, și „vinoveți” au fost considerați cei care s-au infectat cu HIV, practicând sexul în afara căsătoriei sau prin utilizarea de droguri injectabile [116].

Un aspect relevant menționat în studiul de mai sus este importanța acceptării statutului de seropozitivitate. Fiecare persoană infectată cu HIV trece prin procesul acceptării diagnosticului de seropozitivitate, acest lucru poate lua timp și diferă de la o persoană la alta. În momentul în care persoana își acceptă statutul, situația în care se află și are o atitudine adecvată referitor la

starea sa de sănătate, atunci nivelul autostigmatizării va fi mai scăzut, iar în unele situații el va lipsi. Persoana care se acceptă așa cum este nu va fi predispusă să internalizeze stigma din exterior [116, p.15].

De asemenea, este important să menționăm că în apariția autostigmatizării un rol important le revine factorilor contextuali. În acest sens Brouard [116, p. 14] afirmă că condițiile de viață, mediul în care se află persoana seropozitivă, poate acționa direct asupra formării autostigmatizării și dezvoltării acesteia. Relațiile de familie și relațiile cu societatea lasă amprenta asupra stilului de viață și asupra percepției propriului Eu, astfel persoanele seropozitive au nevoie de mai mult suport, înțelegere și condiții favorabile pentru a se simți confortabil și pentru a evita internalizarea stimei. Autorul afirmă că relațiile care se stabilesc între cel infectat și partenerul său ori familia, acționează direct asupra modului în care va internaliza stigma. În cazul în care relațiile vor fi dificile și se va simți criticat sau se vor expune gânduri negative în legătură cu infecția HIV, atunci șansele că stigma se va internaliza, cresc considerabil.

Rezultatele obținute de către subiecții seropozitivi, 13% (16 persoane din 124) referitoare la nivelul înalt de autostigmatizare, pot fi explicate prin acțiunea concomitentă a unui conglomerat de factori care duc la apariția autostigmatizării. Studiile demonstrează că caracterul psiho-traumant al maladiei micșorează resursele persoanelor seropozitive. În majoritatea cazurilor ele sunt psihologic nepregătite pentru situația nou creată, fiind incapabile de a găsi o modalitate de a reacționa la nivel comportamental în situații de distrugere a stereotipului vital al vieții. Infectarea cu HIV reprezintă un exemplu de situație extremă, faptul prezenței unei maladii incurabile reprezintă un stres psihologic accentuat. Astfel, de adaptarea la prezența virusului în organism, de nivelul rezistenței față de stres depinde continuitatea crizei și eficacitatea metodei de luptă cu maladia, a mecanismelor de adaptare și compensare [73, 87, 89, 93, 103]. Reacția la maladie se manifestă diferit și depinde nu doar de intensitatea pericolului pentru viață, ci și de natura reacției biologice individuale de răspuns.

O altă posibilă explicație a nivelului înalt de autostigmatizare ar fi legată starea de sănătate a persoanelor seropozitive. În cazul în care are loc evoluția bolii, apariția și menținerea stigmatizării interne poate să se desfășoare pe un termen lung. Disponibilitatea tratamentului antiretroviral reprezintă un element esențial, în cazul în care tratamentul devine disponibil pe scară largă, există șanse ca stima de sine și eficacitatea să fie îmbunătățite [137].

Aggarwal (2008) afirmă că factorii psiho-emoționali exercită o influență distructivă traumatică asupra stării de sănătate a pacientului și asupra capacității acestuia de a se adapta la condițiile realității și la mediul înconjurător. De asemenea este posibilă formarea unor simptome psihosomatice, în așa mod, orice detaliu legat de sănătate și anume apariția a unor simptome sunt

legate de HIV. Pe lângă acestea, persoanele sunt predispuse să-și inducă anumite stări de sănătate, sub influența emoțiilor, stresului sau impresiilor legate de boală [106].

În studiul său, Brouard P. și Wills C. (2006) menționează ca factor în apariția autostigmatizării, frica de dezvăluire a diagnosticului. Astfel, cei mai mulți participanți au raportat că dezvăluirea statutului lor a fost un pas foarte dificil, din cauza fricii de a fi judecați și respinși de către ceilalți. Persoanele nu pot să-și găsească puterea de a se deschide, din cauza stigmatului pe care l-ar putea trăi în urma dezvăluirii informației și din cauza că ar putea pierde respectul societății și familiei sale. În așa mod ei preferă să ducă o povară pe tot parcursul vieții, din cauza fricii de a fi tratați în mod diferit [116, p.13].

Rezultatele obținute de către subiecții grupului experimental 1 pentru nivelul scăzut de autostigmatizare- 18 % (22 persoane din 124) pot fi explicate prin acceptarea deplină a diagnosticului de seropozitivitate, prezența mecanismelor de coping la situațiile traumatiche, stimă de sine și autoeficacitate înaltă, integrarea eficientă în societate. De asemenea, un rol important în evitarea autostigmatizării îl au instituțiile de profil ce oferă suport psiho-social persoanelor seropozitive și facilitează accesul acestora la serviciile de tratament și îngrijire.

Pentru o analiză mai detaliată a rezultatelor obținute de către subiecții din grupul experimental 1, prezentăm mai jos (tab. 2.5.) datele referitoare la nivelul persistenței motivaționale în funcție de nivelul de manifestare a autostigmatizării la persoanele seropozitive.

Tabelul 2.5. Nivelul persistenței motivaționale în funcție de nivelul autostigmatizării la persoanele seropozitive, N=124

<i>Nivelul autostigmatizării la persoanele seropozitive</i>	<i>Nivelul persistenței motivaționale la persoanele seropozitive</i>					
	<i>PM înaltă</i>		<i>PM medie</i>		<i>PM scăzută</i>	
	<i>f (a)</i>	<i>f (r)</i>	<i>f (a)</i>	<i>f (r)</i>	<i>f (a)</i>	<i>f (r)</i>
Autostigmatizare înaltă	—	—	16 pers.	100%	—	—
Autostigmatizare medie	4 pers.	4,7%	76 pers.	88,3%	6 pers.	7%
Autostigmatizare scăzută	2 pers.	9,1%	20 pers.	90,9%	—	—

În acord cu datele expuse în tabelul 2.5., putem observa că persoanele seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare (16 persoane) manifestă în totalitate (100%) un nivel mediu al persistenței motivaționale. Rezultatele pot fi explicate prin atribuire la perioada scurtă de aflare a diagnosticului și etapele de adaptare la statutul de seropozitivitate (șocul și negarea, furia, negocierea, depresia și acceptarea) care decurg la fiecare persoană în mod diferit [apud 59 p.56]. Prin urmare, aflate la etapa de acceptare a realității că maladia HIV este un fenomen ireversibil, aceste persoane își exteriorizează fricile, își recunosc starea lor de neputință în fața bolii și își

asumă responsabilitatea în ceea ce privește diagnosticul de seropozitivitate. Această acceptare a realității legată de diagnostic este deseori însoțită de o dorință de a profita de orice oportunitate și de a da un sens nou vieții. Necesitatea de recadrare a aspectelor vieții și revizuirea setului de valori personale duce la o conștientizare a faptului că continuitatea vieții depinde de aderența totală la tratamentul antiretroviral. În acest sens, persoanele seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare și incapabile să integreze pe deplin diagnosticul în realitatea lor psihică, vor resimți nevoia de a fi aderente la TARV ca condiție primordială legată de noul stil de viață.

Rezultate puțin diferite atestăm la subiecții cercetării cu un nivel mediu al autostigmatizării. Astfel, conform datelor prezentate în tabelul de mai sus putem observa că 4,7% (4 persoane) dintre subiecții cu nivel mediu de autostigmatizare manifestă persistență motivațională înaltă, 88,3% (76 de persoane) manifestă persistență motivațională medie și 7% (6 persoane) manifestă un nivel scăzut al persistenței motivaționale. O posibilă explicație a rezultatelor obținute referitoare la nivelul înalt de persistență motivațională de către persoanele cu un nivel mediu de autostigmatizare ar fi legată de domeniul de interes și specificul activității (specialist „egal la egal”) acestor persoane seropozitive. Asumându-și rolul de model pentru alte persoane seropozitive în ceea ce privește adaptarea la noul stil de viață și implicațiile acestuia, acestea manifestă persistență motivațională înaltă având totodată un nivel de autostigmatizare mediu pe care îl maschează de cele mai multe ori.

Analizând datele obținute de către persoanele seropozitive cu un nivel scăzut de autostigmatizare putem vedea că 9,1% (2 persoane) manifestă un nivel înalt al persistenței motivaționale și 90,9% (20 persoane) au un nivel mediu. O posibilă explicație ar surveni din modelul lui Leonard, Beauvais și Scholl (1999) referitor la implicarea motivațională. În modelul propus de către autori, vedem câteva dimensiuni motivaționale: motivația proceselor intrinseci, motivația instrumentală, motivația internalistă bazată pe sine, motivația externalistă bazată pe sine, internalizarea motivelor. Relevantă pentru cercetarea noastră considerăm a fi latura legată de motivația instrumentală dominantă la acei indivizi care sunt motivați în primul rând de o recompensă palpabilă. Individul vede activitatea sa ca o relație de schimb între efortul și dedicarea sa, pe de o parte, și recompensa așteptată, pe de altă parte [164].

În cazul subiecților incluși în cercetare cu un nivel scăzut de autostigmatizare (persoane care cunosc statutul său de seropozitivitate de peste 15 de ani) atestăm un nivel mediu al persistenței motivaționale, aceasta din urmă fiind expresia siguranței legată de aderența la terapia antiretrovirală și recompensa așteptată (vizată de starea bună de sănătate și eficiența personală în plan social și familial). În același timp, persistența motivațională la aceste persoane capătă mai

degrabă un caracter instrumental fiind tributară perioadei lungi de urmărire a scopului, resurselor personale limitate și efortului îndelungat depus pentru atingerea obiectivului propus.

Un alt aspect relevant și indispensabil demersului de cercetare a constituit studiul dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții incluși în cercetare. În acest sens, ca continuitate a demersului de cercetare vom prezenta rezultatele (valorile medii) obținute în urma aplicării inventarului de personalitate *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae la persoanele seropozitive incluse în grupul experimental 1 în funcție de nivelul de manifestare al autostigmatizării.

Datele ce reflectă valorile medii obținute pentru meta-factorii de personalitate (extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate, neurotism și deschiderea pentru experiență) în funcție de nivelul de manifestare al autostigmatizării la subiecții grupului experimental 1 (persoane seropozitive) sunt prezentate în următorul tabel.

Tabelul 2.6. Manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității în funcție de nivelul de autostigmatizare al persoanelor seropozitive, N=124

<b>Factorii de personalitate</b>	<b>Subiecții cu nivel scăzut de autostigmatizare</b>		<b>Subiecții cu nivel mediu de autostigmatizare</b>		<b>Subiecții cu nivel înalt de autostigmatizare</b>	
	<b><i>m</i></b>	<b><math>\sigma</math></b>	<b><i>m</i></b>	<b><math>\sigma</math></b>	<b><i>m</i></b>	<b><math>\sigma</math></b>
Extraversiune	52,55	8,20	50,38	9,33	48,75	10,36
Agreabilitate	57,09	10,19	56,77	8,97	57,44	11,11
Conștiinciozitate	57,95	10,21	57,05	9,73	60,63	10,03
Neurotism	47,09	11,49	52,53	10,96	61,06	11,09
Deschidere spre experiență	56,32	9,07	53,66	8,51	54,19	9,73

Drept urmare a analizei datelor prezentate în tabelul 2.6., constatăm deosebiri între rezultatele ce reflectă manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții grupului experimental 1 în funcție de nivelul de manifestare al autostigmatizării. Rezultatele medii obținute de către subiecții seropozitivi, în dependență de nivelul de manifestare al autostigmatizării, sunt următoarele: *extraversiune* (nivel scăzut de autostigmatizare  $m=52,55$ ; nivel mediu de autostigmatizare  $m=50,38$ ; nivel înalt de autostigmatizare  $m=48,75$ ), *agreabilitate* (nivel scăzut de autostigmatizare  $m=57,09$ ; nivel mediu de autostigmatizare  $m=56,77$ ; nivel înalt de autostigmatizare  $m=57,44$ ), *conștiinciozitate* (nivel scăzut de autostigmatizare  $m=57,95$ ; nivel mediu de autostigmatizare  $m=57,05$ ; nivel înalt de autostigmatizare  $m=60,63$ ), *neurotism* (nivel scăzut de autostigmatizare  $m=47,09$ ; nivel mediu de autostigmatizare  $m=52,53$ ; nivel înalt de autostigmatizare  $m=61,06$ ) și *deschidere spre*

experiență (nivel scăzut de autostigmatizare  $m=56,32$ ; nivel mediu de autostigmatizare  $m=53,66$ ; nivel înalt de autostigmatizare  $m=54,19$ ).

Rezultatele ce reflectă valorile medii obținute pentru dimensiunile fundamentale ale personalității (fațetele personalității) în funcție de nivelul de autostigmatizare la subiecții grupului experimental 1 (persoane seropozitive) sunt prezentate în următorul tabel.

Tabelul 2.7. Manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității în dependență de nivelul de autostigmatizare al persoanelor seropozitive,  $N=124$

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Subiecții cu nivel scăzut de autostigmatizare</i>		<i>Subiecții cu nivel mediu de autostigmatizare</i>		<i>Subiecții cu nivel înalt de autostigmatizare</i>	
	<i>m</i>	<i><math>\sigma</math></i>	<i>m</i>	<i><math>\sigma</math></i>	<i>m</i>	<i><math>\sigma</math></i>
Activism	10,86	2,73	11,11	2,73	12,25	2,48
Asertivitate	11,54	2,15	10,29	2,97	10,43	3,30
Sociabilitate	10,72	3,85	10,38	3,32	8,37	3,24
Căutare de provocări	8,86	2,31	8,89	2,64	8,18	3,42
Emoții pozitive	10,54	2,87	9,48	2,70	9,50	3,40
Altruism	11,77	2,92	11,93	2,75	12,68	2,24
Cooperare	12,13	2,16	11,83	2,32	11,56	2,39
Încredere	8,77	2,86	8,72	2,86	8,87	2,94
Compașiune	12,18	3,40	11,88	2,80	12,12	3,00
Modestie	12,22	2,26	12,26	2,04	12,18	2,73
Ordine	11,77	2,09	12,12	2,60	13,12	1,82
Perseverență	12,68	2,69	12,01	2,87	12,37	2,18
Simț al datoriei	12,18	2,17	12,11	2,45	12,00	2,73
Deliberare	10,45	3,05	10,05	2,60	11,56	3,03
Prudență	11,00	3,11	10,84	2,86	11,56	3,26
Anxietate	10,31	3,35	10,50	3,48	12,50	2,44
Teamă	8,54	3,41	9,40	3,10	11,37	3,00
Depresie	9,22	2,87	11,02	2,79	12,50	2,92
Conștiință de sine	8,81	2,03	10,13	2,46	12,06	1,94
Vulnerabilitate	10,18	3,30	11,38	3,18	12,62	3,09
Imaginație	11,68	2,19	10,55	2,76	10,81	2,78
Intelect	11,31	2,78	10,68	3,16	11,37	3,44
Estetică	10,95	3,55	11,32	3,08	11,12	3,28
Sentimente	12,04	2,03	11,39	2,34	11,56	2,70
Valori	10,31	2,16	9,69	2,28	9,37	2,70

Conform datelor prezentate în tabelul de mai sus vedem o repartizare neuniformă a datelor obținute la dimensiunile fundamentale ale personalității (fațetele personalității) în funcție de nivelul de manifestare al autostigmatizării, prevalența scorurilor mari fiind atestată la persoanele cu un nivel înalt de autostigmatizare.



Pentru o prezentare mai comprehensibilă a rezultatelor, datele obținute în urma aplicării inventarului de personalitate *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae, fiind grupate în funcție de cei 5 meta factori (extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate, neurotism și deschiderea pentru experiență), au fost incluse în modelul unui profil de personalitate prezent la subiecții din grupul experimental 1 (persoane seropozitive).

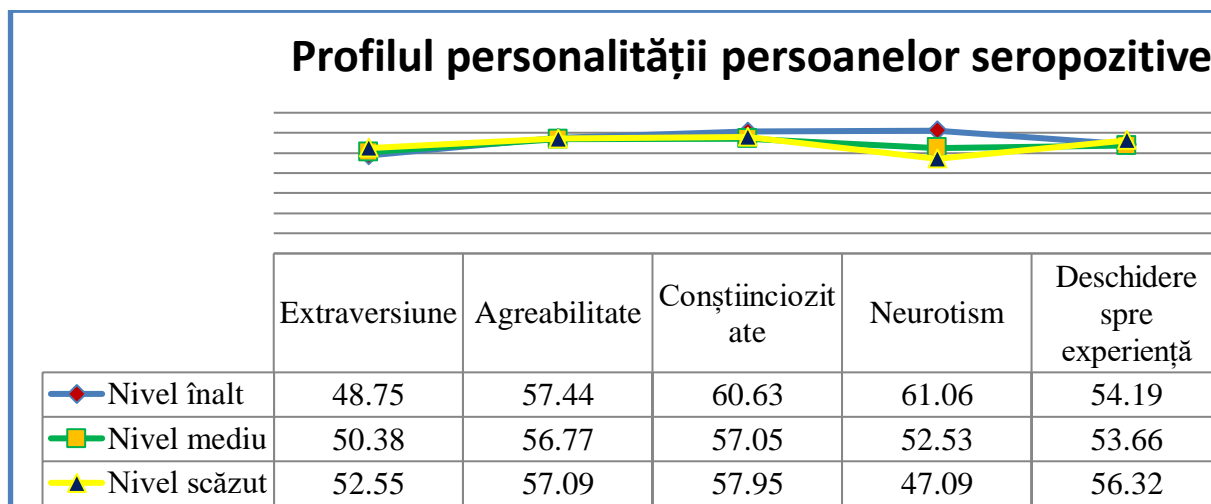


Fig. 2.4. Manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității în funcție de nivelul de autostigmatizare al persoanelor seropozitive, N=124

Analizând datele prezentate în figura de mai sus putem afirma că profilul personalității subiecților din grupul experimental 1 (în funcție de manifestarea nivelului de autostigmatizare) este aproape identic, diferențe semnificative fiind atestate doar la scala *neurotism*.

Astfel, persoanele la care se manifestă un nivel înalt de autostigmatizare au un nivel mediu de *extraversiune* ( $m=48,75$ ) ce denotă prezența trăsăturilor precum sociabilitate, activism, optimism, impulsivitate. Însă persistă și momente de izolare, neîncredere în ceilalți, persoanele sunt predispuse să-și planifice ziua, preferă liniște și simt necesitatea de a socializa. De obicei, acestea sunt mărinimoase, receptive și înțeleghătoare, se simt responsabile pentru binele celorlalți, sunt răbdătoare la neajunsurile altora. Sunt capabile de compătimire, susțin evenimentele colective și simt responsabilitate pentru activitățile comune, executând minuțios obiectivele care le sunt propuse. Fiind în contact cu alții, preferă să coopereze și să evite conflictele, în grup de regulă sunt respectate de ceilalți pentru bunătatea pe care o exprimă. Le place să se bucure de liniște și intimitate, cel mai bine simțindu-se când sunt singure cu gândurile lor, în general au puțini prieteni.

Referitor la rezultatele obținute la scala *agreabilitate* ( $m=57,44$ ), menționăm că persoanele seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare pun interesul propriu mai presus de orice și nu pun mare preț pe sentimentele și bunăstarea altora. Uneori scepticismul lor cu privire

la cei din jur le determină să fie suspicioase, neprietenoase, necooperante și să privească cu neîncredere celelalte persoane. Aceste persoane cred că uneori trebuie să ascunzi adevărul pentru a avea de câștigat în relațiile cu ceilalți. Experiența de viață i-a învățat că uneori e mai bine să spui celorlalți doar ceea ce vor să audă pentru că riști să faci mai mult rău dacă ești prea sincer sau direct. Sunt prudente atunci când oferă informații esențiale despre sine. Ele își ajută colegii de muncă doar în anumite condiții și, în general, sunt deranjate de solicitările din partea celorlalți. Când cineva le dezamăgește analizează logic situația și sunt raționale în analiza problemelor cu încărcătură emoțională.

Rezultatele obținute la scala *conștiinciozitate* ( $m=60,63$ ) de către persoanele seropozitive cu un înalt nivel de autostigmatizare se exprimă prin responsabilitate, acuratețe și punctualitate. Ele preferă ordinea și confortul, sunt insistente în activități și, de regulă, au rezultate înalte. Acestor persoane le place să țină o agendă în care își organizează minuțios activitățile și orele de muncă și își planifică din timp chiar și activitățile sociale. Acestea se conduc de principiile morale, nu încalcă normele sociale și au un comportament decent. În așa mod integritatea înaltă este combinată cu o bună capacitate de autocontrol, cu dorința de a-și afirma valorile universale, uneori în detrimentul personal. Astfel de persoane rareori se simt suficient de relaxate pentru a-și permite să dea frâu liber emoțiilor. Își acordă mereu timp de gândire când trebuie să ia o decizie și cântăresc atent toate consecințele. În luarea unei decizii preferă să aibă la dispoziție toate datele de care au nevoie pentru a le analiza îndelung.

Rezultatele obținute la scala *neurotizism* ( $m=61,06$ ) denotă faptul că având un nivel înalt de autostigmatizare persoanele seropozitive nu sunt capabile să-și controleze emoțiile și sunt foarte impulsive. Acestea se simt neajutate, incapabile de a face față dificultăților vieții și comportamentul lor este în mare parte definit de situațiile date. Astfel de persoane sunt permanent în așteptarea unor probleme și dificultăți iminente, iar în cazul unor eșecuri sunt predispuse la stări depresive. Sunt tensionate și nesigure când primesc o sarcină dificilă, fiindu-le teamă că vor fi evaluate negativ și intră ușor în panică în fața situațiilor complexe (neașteptate). Se înfurie ușor și devin revoltate atunci când se simt neîndreptățite, obstructionate sau criticate. De asemenea, sunt extrem de sensibile la părerea celorlalți despre ele și se tem să nu fie respinse sau ridiculizate. Se simt jenate și stingherite în public având senzația că ceilalți le evaluează și le judecă, făcându-și o părere mai degrabă negativă despre ele. Acestora le este foarte dificil să lucreze în condiții de stres în care se simt încordate și unde persistă anxietatea; au o stimă de sine scăzută, se subapreciază și sunt foarte sensibile la orice eșec. Din acest motiv sunt foarte vulnerabile și dezvoltă cu ușurință fenomenul de autostigmatizare.

Rezultatele obținute la scala *deschiderea spre experiență* sunt corespunzătoare unui nivel înalt ( $m=54,19$ ) și indică aspectele ce vizează nonconformismul, curiozitatea și originalitatea. Astfel de persoane preferă sarcini complexe pentru a adapta soluții noi, inedite. Ele își schimbă frecvent stilul de lucru și în general schimbările le stimulează. Persoanele sunt în căutarea unor noutăți, făcând față într-o manieră creativă provocărilor vieții. De regulă nu au o delimitare concretă între realitate și ficțiune, sunt mai mult conduse de intuiție și simțurile sale, decât de conștiința sa, nu atrag atenție la responsabilitățile și obiectivele zilnice, sunt plictisite de rutina zilnică.

La subiecții incluși în cercetare care manifestă un nivel scăzut de autostigmatizare atestăm valori înalte la variabila *extraversiune* ( $m=52,55$ ) ce denotă prezența trăsăturilor precum sociabilitate, activism și optimism. Aceste persoane sunt pline de energie și au deseori trăiri emoționale pozitive, sunt gata să-și asume riscuri atunci când se ivește o ocazie atractivă sau când li se propune ceva ce nu au mai încercat; se plictisesc ușor și își caută mereu activități noi. Tind să fie entuziaști, orientați spre acțiune, care profită de ocazie. În grupuri le place să discute, să se facă auziți și să atragă atenția asupra lor. Preferă să-și împărtășească emoțiile și sentimentele, vorbind deschis despre ceea ce simt. Ele au o atitudine prietenoasă și expansivă față de necunoscuți, făcându-și cu ușurință prieteni într-un colectiv nou. Au prieteni buni și apropiați pe care îi cunosc mai bine decât oricine și față de care nu au multe secrete.

Referitor la rezultatele obținute la scala *agreabilitate* de către persoanele seropozitive menționăm că nu există diferențe semnificative între subiecții cu un nivel scăzut de autostigmatizare ( $m=57,04$ ) și cei care manifestă autostigmatizare înaltă ( $m=57,44$ ). Astfel, putem afirma că nivelul autostigmatizării nu manifestă influențe asupra acestei laturi a personalității. Indiferent de nivelul autostigmatizării, subiecții se manifestă ca persoane amabile, prietenoase, generoase, dispuse să facă compromisuri pentru a-i ajuta pe alții. Se simt utile și folositoare când cineva le cere ajutorul și își oferă sprijinul necondiționat. În general spun direct ceea ce urmăresc, și oferă cu ușurință informații celorlalți chiar dacă acest lucru le-ar aduce dezavantaje.

Analizând rezultatele obținute la scala *conștiinciozitate* de către persoanele seropozitive menționăm mici diferențe între valorile obținute de către subiecții cu un nivel scăzut de autostigmatizare ( $m=57,95$ ) și cei care manifestă autostigmatizare înaltă ( $m=60,63$ ), acestea nefiind însă semnificative din punct de vedere statistic. Rezultatele obținute sugerează faptul că există o tendință spre un nivel mai înalt de manifestare a conștiinciozității odată cu dezvoltarea autostigmatizării. Conștiinciozitatea înaltă le este caracteristică persoanelor care le place să țină o agendă în care își organizează minuțios activitățile și orele de muncă și își planifică din timp

chiar și activitățile sociale. Considerăm întemeiată invocarea argumentului potrivit căreia manifestarea unui nivel mai înalt al conștiinciozității (manifestat prin caracterul planificat al activităților) oferă persoanelor seropozitive siguranță și sentimentul controlului propriei vieți. Prin urmare, conștiinciozitatea intervine ca un mecanism de coping ce favorizează adaptarea mai eficientă la diverse aspecte traumatizante legate de statutul de seropozitivitate.

Referindu-ne la manifestarea factorilor de personalitate la subiecții seropozitivi cu autostigmatizare scăzută, atestăm valori medii ( $m=47,09$ ) la variabila *neurotism*. În așa mod ei se caracterizează prin prezența încrederii în sine, au o stimă de sine adecvată, sunt persoane independente, care pot să-și controleze emoțiile. Sunt îndrăznețe și nu le este frică să abordeze problemele apărute, au o viziune realistă și conștientizează cerințele realității în care trăiesc. Aceste persoane acceptă neajunsurile sale și sunt gata să-și dezvolte personalitatea. Eșecul este perceput ca experiență și o lecție de viață din care se trag concluzii de viață. Stabilitatea emoțională este menținută în cele mai stresante situații, ce denotă maturitate. Astfel menționăm că aceste persoane pot face față gândurilor iraționale și nu permit interiorizarea stigmei din exterior, fapt care determină ca nivelul de manifestare al autostigmatizării să fie scăzut.

Analizând rezultatele obținute la scala *deschiderea spre experiență* de către persoanele seropozitive, menționăm mici diferențe între valorile obținute de către subiecții cu un nivel scăzut de autostigmatizare ( $m=56,32$ ) și cei care manifestă autostigmatizare înaltă ( $m=54,19$ ), acestea nefiind însă semnificative din punct de vedere statistic. Rezultatele obținute sugerează faptul că există totuși o tendință spre un nivel mai înalt de deschidere spre experiență odată cu reducerea autostigmatizării. Astfel, având un nivel scăzut de autostigmatizare, persoanele seropozitive vor fi mult mai dispuse să facă față într-o manieră creativă provocărilor vieții. Acestea vor fi mai mult conduse de intuiție și simțurile sale, decât de conștiința sa, nu vor atrage atenție la responsabilitățile și obiectivele zilnice și vor fi plictisite de rutina zilnică. Astfel de persoane preferă sarcini complexe pentru a adapta soluții noi, inedite.

Ca continuitate a demersului experimental ne propunem să identificăm diferențele în manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității în dependență de nivelul de autostigmatizare la persoanele seropozitive (grupul experimental 1). Pentru a confirma diferențele de manifestare a dimensiunilor fundamentale ale personalității în funcție de nivelul de autostigmatizare la persoanele din grupul experimental 1 am utilizat ca metodă statistică analiza de varianță ANOVA. Rezultatele ce reflectă diferențele intergrupale pentru dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții grupului experimental (persoane seropozitive) în funcție de nivele de autostigmatizare sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Tabelul 2.8. Semnificația diferențelor intergrupale pentru dimensiunile fundamentale ale personalității (grupul experimental 1), N=124

	<i>Factorii de personalitate</i>				
	<i>Extraversiune</i>	<i>Agreabilitate</i>	<i>Conștiinciozitate</i>	<i>Neurotism</i>	<i>Deschidere spre experiență</i>
<b>F</b>	0,823	0,38	0,901	<b>7,395</b>	0,803
<b>df</b>	2	2	2	<b>2</b>	2
<b>p</b>	ne semnificativ	ne semnificativ	ne semnificativ	<b>p ≤ 0,001</b>	ne semnificativ

Investigația statistică realizată a permis identificarea unor diferențe semnificative doar la factorul de personalitate *neurotism* în funcție de nivelul de autostigmatizare ( $F = 7,395$ ;  $p \leq 0,001$ ) la subiecții grupului experimental 1 (persoanele seropozitive). Această concluzie o găsim în mai multe cercetări [1, 6, 24, 59, 64, 73, 80, 87, 89, 93, 103, 104, 105, 136, 163, 188, 197, 216] care menționează că în funcție de internalizarea stigmei externe și dezvoltarea autostigmatizării persoanele seropozitive vor trăi mai intens evenimentele traumatizante cu tendința de a interpreta situațiile obișnuite ca fiind amenințătoare transformând frustrările în dificultăți fără scăpare. De asemenea, dificultățile de control al emoțiilor pot duce la afectarea abilităților de gândire, de a lua decizii sau de a face față stresului.

Pentru o abordare mai comprehensibilă a datelor obținute în urma aplicării inventarului de personalitate *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae prezentăm rezultatele ce reflectă diferențele intergrupale la subfactorii de personalitate (25 de fațete) atestate la subiecții grupului experimental 1 (persoane seropozitive).

Tabelul 2.9. Semnificația diferențelor intergrupale la subfactorii de personalitate (grupul experimental 1), N=124

<i>Factorii de personalitate</i>	<b>F</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Activism	1,412	2	ne semnificativ
Asertivitate	1,411	2	ne semnificativ
Sociabilitate	2,672	2	ne semnificativ
Căutare de provocări	0,470	2	ne semnificativ
Emoții pozitive	1,258	2	ne semnificativ
Altruism	0,614	2	ne semnificativ
Cooperare	0,295	2	ne semnificativ
Încredere	0,020	2	ne semnificativ
Compașiune	0,116	2	ne semnificativ
Modestie	0,010	2	ne semnificativ
Ordine	1,531	2	ne semnificativ
Perseverență	0,560	2	ne semnificativ
Simț al datoriei	0,026	2	ne semnificativ
Deliberare	2,060	2	ne semnificativ
Prudență	0,393	2	ne semnificativ
Anxietate	2,601	2	ne semnificativ

Teamă	3,884	2	$p \leq 0,05$
Depresie	6,490	2	$p \leq 0,01$
Conștiință de sine	8,935	2	$p \leq 0,001$
Vulnerabilitate	2,751	2	nesemnificativ
Imaginație	1,542	2	nesemnificativ
Intelect	0,577	2	nesemnificativ
Estetică	0,129	2	nesemnificativ
Sentimente	0,675	2	nesemnificativ
Valori	0,886	2	nesemnificativ

Potrivit datelor prezentate în tabelul de mai sus, identificăm diferențe semnificative doar pentru următorii subfactori de personalitate: *teamă* ( $F=3,884$ ;  $p \leq 0,05$ ), *depresie* ( $F=6,490$ ;  $p \leq 0,01$ ), *conștiință de sine* ( $F=8,935$ ;  $p \leq 0,001$ ).

În acest sens, relevante pentru cercetarea noastră considerăm a fi studiile referitoare la depresie [78, 87, 92, 93] în cazul persoanelor seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare. Potrivit studiilor menționate, persoanele seropozitive sunt lipsite de entuziasm, demoralizate, cu o părere negativă despre sine, interpretând trecutul prin prisma evenimentelor negative (legate de circumstanțele infectării) sunt descurajate în legătură cu viitorul lor.

Menționăm astfel că, având nivel înalt de autostigmatizare, persoanele sunt mai predispuse spre anxietate, ostilitate, stări depresive, timiditate, ei nu pot face față problemelor și situațiilor stresante, sunt permanent în stare de tensiune psihică și se subapreciază. În această ordine de idei, tindem să menționăm că în funcție de dezvoltarea autostigmatizării, persoanele seropozitive trăiesc mult mai acut probleme legate de controversile interpersonale. Perturbarea relațiilor profesionale și familiale influențează asupra particularităților psiho-individuale prin modificări ale stilului de comportament social manifestându-se prin impulsivitate, suspiciune, neliniște, iritabilitate, anxietate și lipsa încrederii în forțele proprii.

În scopul conturării unei imagini comparative ce vizează dimensiunile fundamentale ale personalității, prezentăm rezultatele obținute de către subiecții din grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative) în tabelul următor.

Tabelul 2.10. Manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții cercetării (valori medii),  $N=248$

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Subiecții cercetării</i>			
	<i>Grup experimental 1</i>		<i>Grup experimental 2</i>	
	<i>m</i>	<i><math>\sigma</math></i>	<i>m</i>	<i><math>\sigma</math></i>
Extraversiune	50,56	9,26	47,62	9,25
Agreabilitate	56,91	9,41	54,00	9,19
Conștiinciozitate	57,67	9,84	55,39	9,87
Neurotism	52,67	11,63	48,96	11,04
Deschidere spre experiență	54,20	8,75	54,48	8,23

Datele prezentate mai sus indică deosebiri între rezultatele medii ce exprimă manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității în grupul experimental 1 și grupul experimental 2. Rezultatele medii obținute de către subiecții din cele două grupuri sunt următoarele: *extraversiune* (grup experimental 1 m=50,56; grup experimental 2 m=47,62), *agreabilitate* (grup experimental 1 m=56,91; grup experimental 2 m=54,00), *conștiinciozitate* (grup experimental 1 m=57,67; grup experimental 2 m=55,39), *neurotism* (grup experimental 1 m=52,67; grup experimental 2 m=48,96) și *deschidere spre experiență* (grup experimental 1 m=54,20; grup experimental 2 m=54,48).

Rezultatele ce reflectă valorile medii obținute pentru dimensiunile fundamentale ale personalității (fațetele personalității) în cadrul grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative) sunt prezentate în următorul tabel.

Tabelul 2.11. Manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții cercetării, prezentare comparativă (valori medii), N=248

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Subiecții cercetării</i>			
	<i>Grup experimental 1</i>		<i>Grup experimental 2</i>	
	<i>m</i>	<i>σ</i>	<i>m</i>	<i>σ</i>
Activism	11,22	2,71	10,11	2,69
Asertivitate	10,60	2,90	10,19	2,60
Sociabilitate	10,19	3,46	9,52	3,22
Căutare de provocări	8,80	2,69	8,18	2,62
Emoții pozitive	9,68	2,83	9,55	2,44
Altruism	12,00	2,71	11,23	2,83
Cooperare	11,85	2,29	11,27	2,66
Încredere	8,75	2,84	8,42	2,66
Compassiune	11,97	2,91	11,23	2,72
Modestie	12,25	2,16	11,90	2,02
Ordine	12,19	2,44	10,82	2,87
Perseverență	12,18	2,75	11,34	2,65
Simț al datoriei	12,11	2,42	11,75	2,51
Deliberare	10,32	2,76	10,51	2,51
Prudență	10,97	2,94	10,91	2,67
Anxietate	10,73	3,39	10,42	3,15
Teamă	9,51	3,22	9,17	2,84
Depresie	10,90	2,95	10,32	2,72
Conștiință de sine	10,15	2,48	9,26	2,52
Vulnerabilitate	11,33	3,23	9,80	3,28
Imaginație	10,79	2,69	10,27	2,46
Intelect	10,89	3,12	11,47	2,73
Estetică	11,23	3,17	11,73	2,44
Sentimente	11,53	2,33	11,32	2,34
Valori	9,77	2,32	9,55	2,26

Conform datelor prezentate în tabelul de mai sus vedem o repartizare neuniformă a rezultatelor obținute la dimensiunile fundamentale ale personalității (fațetele personalității) de către subiecții celor două grupuri experimentale, prevalența scorurilor mari fiind atestată la subiecții din grupul experimental 1 (persoanele seropozitive).

Pentru o prezentare mai comprehensibilă a rezultatelor, datele obținute în urma aplicării inventarului de personalitate *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae, fiind grupate în dependență de cei 5 meta factori, au fost incluse în modelul unui profil de personalitate prezent la subiecții supuși cercetării. Mai jos prezentăm ilustrarea grafică a rezultatelor ce vizează dimensiunile fundamentale ale personalității pentru subiecții din grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative).

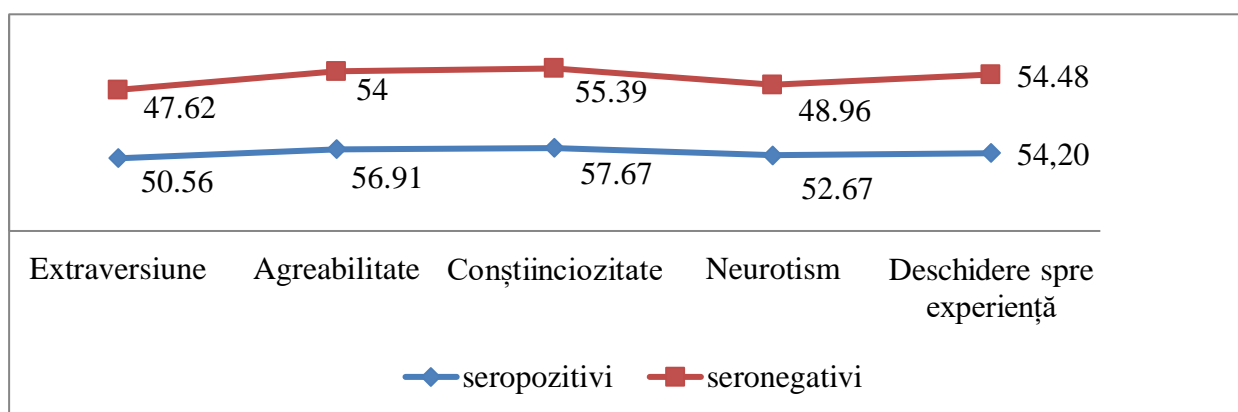


Fig. 2.5. Manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții cercetării (valori medii), N=248

În vederea confirmării diferențelor de manifestare a dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții din grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative) am utilizat ca metodă statistică testul t-Student ce vizează semnificația diferenței dintre medii, în cazul eșantioanelor independente.

Tabelul 2.12. Semnificația diferenței dintre medii la dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții cercetării, N=248

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>t- Student</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Extraversiune	t=2,496	p ≤0,05
Agreeabilitate	t=2,464	p ≤0,05
Conștiinciozitate	t=1,822	nesemnificativ
Neurotism	t=2,575	p ≤0,05
Deschidere spre experiență	t=0,261	nesemnificativ

Analiza statistică a datelor obținute indică diferențe semnificative între rezultatele grupului experimental 1 și grupului experimental 2 pentru factorii: *extraversiune* (t=2,496; p



$\leq 0,05$ ), *agreabilitate* ( $t=2,464$ ;  $p \leq 0,05$ ) și *neurotism* ( $t=2,575$ ;  $p \leq 0,05$ ), cu rezultate mai mici pentru subiecții din grupul experimental 2. Diferențele de medii obținute de către subiecții supuși cercetării pentru factorul *conștiinciozitate* și *deschidere spre experiență* nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

Rezultatele obținute ne permit să afirmăm faptul că subiecții grupului experimental 1 se manifestă ca fiind plini de energie, orientați spre acțiune, sunt persoane care profită de ocazie și care se implică în diverse activități sociale (*extraversiune*  $t=2,496$ ;  $p \leq 0,05$ ). De asemenea, persoanele seropozitive manifestă *agreabilitate* ridicată (*agreabilitate*  $t=2,464$ ;  $p \leq 0,05$ ), caracteristică personală ce reflectă aspectele de cooperare și armonie socială, specifică indivizilor care pun valoare pe înțelegerea cu cei din jur. Aceste persoane sunt amabile, prietenoase, generoase, dispuse să facă compromisuri pentru a-i ajuta pe alții, au o viziune optimistă asupra naturii umane, considerând că oamenii sunt din principiu onești, decenti și demni de încredere.

În același timp, rezultatele obținute sugerează faptul că subiecții grupului experimental 1 au tendința de a avea trăiri emoționale negative cum ar fi anxietatea, furia, depresia (*neurotism*  $t=2,575$ ;  $p \leq 0,05$ ); aceștia reacționează emoțional foarte ușor, trăind intens evenimente care pe alți oameni nu îi afectează. Au tendința de a interpreta situațiile obișnuite ca fiind amenințătoare și de a transforma frustrările în dificultăți fără scăpare. Reacțiile lor emoționale tind să persiste peste perioade lungi de timp condiționând dificultăți de control al emoțiilor ce pot duce la afectarea abilității de gândire, de a lua decizii sau de a face față situațiilor de stres.

Pentru o abordare mai comprehensibilă a datelor obținute în urma aplicării inventarului de personalitate *Big Five* prezentăm rezultatele ce reflectă diferențele de manifestare a dimensiunilor fundamentale ale personalității (25 de fațete) atestate la subiecții grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative).

Tabelul 2.13. Semnificația diferenței dintre medii la dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții cercetării, N=248

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>t- Student</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Activism	3,215	$p \leq 0,001$
Asertivitate	1,196	nesemnificativ
Sociabilitate	1,575	nesemnificativ
Căutare de provocări	1,838	nesemnificativ
Emoții pozitive	0,384	nesemnificativ
Altruism	2,196	$p \leq 0,05$
Cooperare	1,840	nesemnificativ
Încredere	0,944	nesemnificativ
Compașiune	2,070	$p \leq 0,05$

Modestie	1,333	ne semnificativ
Ordine	4,046	$p \leq 0,001$
Perseverență	2,441	$p \leq 0,05$
Simț al datoriei	1,156	ne semnificativ
Deliberare	0,553	ne semnificativ
Prudență	0,158	ne semnificativ
Anxietate	0,737	ne semnificativ
Teamă	0,877	ne semnificativ
Depresie	1,587	ne semnificativ
Conștiință de sine	2,817	$p \leq 0,01$
Vulnerabilitate	3,700	$p \leq 0,001$
Imaginație	1,600	ne semnificativ
Intelect	1,556	ne semnificativ
Estetică	1,368	ne semnificativ
Sentimente	0,705	ne semnificativ
Valori	0,747	ne semnificativ

Prelucrarea statistică a rezultatelor prezentate în tabelul de mai sus ne-a permis să constatăm diferențe statistic semnificative înregistrate de către subiecții din grupul experimental 1 (persoane seropozitive) și grupul experimental 2 (persoane seronegative) pentru următorii subfactori de personalitate: *activism* (grup experimental 1  $m=11,22$ ; grup experimental 2  $m=10,11$ ;  $t=3,215$ ,  $p \leq 0,001$ ), *altruism* (grup experimental 1  $m=12,00$ ; grup experimental 2  $m=11,23$ ;  $t=2,196$ ,  $p \leq 0,05$ ), *compasiune* (grup experimental 1  $m=11,97$ ; grup experimental 2  $m=11,23$ ;  $t=2,070$ ,  $p \leq 0,05$ ), *ordine* (grup experimental 1  $m=12,19$ ; grup experimental 2  $m=10,82$ ;  $t=4,046$ ,  $p \leq 0,001$ ), *perseverență* (grup experimental 1  $m=12,18$ , grup experimental 2  $m=11,34$ ;  $t=2,441$ ,  $p \leq 0,05$ ), *conștiință de sine* (grup experimental 1  $m=10,15$ ; grup experimental 2  $m=9,26$ ;  $t=2,817$ ,  $p \leq 0,01$ ) și *vulnerabilitate* (grup experimental 1  $m=11,33$ , grup experimental 2  $m=9,80$ ;  $t=3,700$ ,  $p \leq 0,001$ ).

În acest sens, relevante pentru cercetarea noastră considerăm a fi studiile referitoare la particularitățile psihologice ale persoanelor seropozitive [1, 59, 64, 79, 93, 99, 103, 104, 106, 136] în care atestăm aspecte ce indică reevaluarea sistemului de valori după stabilirea diagnosticului de seropozitivitate și focusarea acestor persoane asupra aspectelor morale și spirituale conturându-se într-un proces de palingeneză. Confruntându-se cu realitatea unei maladii incurabile și trăind anxietatea anticipatorie legată de moarte, persoanele seropozitive necesită confirmarea faptului că viața încă mai are sens și poate fi valorificată. Astfel, conștientizând iminența morții și dorind să profite de timpul care a mai rămas, persoanele seropozitive au tendința de a grăbi evenimentele trăindu-și viața într-un ritm alert, având mereu ceva de făcut. Aceste persoane sunt mereu ocupate, dependente de acțiune (*activism*  $t=3,215$ ,  $p \leq 0,001$ ), cu o atitudine de „economie a timpului” ca modalitate compensatorie a șanselor de care

nu au beneficiat sau pe care le-au pierdut din proprie ignoranță. Un rol important în acest context îl au grupurile de suport în care persoanele seropozitive își exteriorizează fricile și emoțiile negative, oferă și primesc sprijin afectiv, compensând astfel comportamentele de rejecție din partea societății prin mecanismul de afiliere la comunitatea persoanelor cu aceeași diagnoză. Prin urmare, participarea la grupurile de suport și împărtășirea situațiilor dramatice în comun determină o sensibilitate crescută la nevoile și preocupările altora. Astfel, de cele mai multe ori persoanele seropozitive se manifestă ca fiind altruiste (*altruism*  $t=2,196$ ,  $p \leq 0,05$ ), simțind deseori milă (*compasiune*  $t=2,070$ ,  $p \leq 0,05$ ) pentru cei acuzați de ceva, ignorând în mod implicit posibilitatea vinovăției.

De asemenea, diferențele semnificative identificate atestă faptul că persoanele seropozitive își conduc viața după programări, își fac liste, planifică și organizează minuțios activitățile având mereu nevoie de ordine (*ordine*  $t=4,046$ ,  $p \leq 0,001$ ) în jurul lor pentru a se simți bine. În același timp, persoanele seropozitive sunt disciplinate în acțiunile pe care le întreprind, nu renunță ușor la sarcinile la care lucrează, insistă să ducă a activitate până la sfârșit indiferent de costuri (*perseverență*  $t=2,441$ ,  $p \leq 0,05$ ). Considerăm relevante în acest sens explicațiile ce derivă din stilul de viață al persoanelor seropozitive care implică o aderență totală pentru tot restul vieții la terapia antiretrovirală [1, 5, 6, 7, 24, 60], cu administrarea medicamentelor la aceeași oră fără a fi admise omisiuni, fapt care solicită persoanelor seropozitive un nivel optim de persistență motivațională în pofida faptului că această activitate devine neplăcută și survine riscul de a fi abandonată.

Studiile ce reflectă implicațiile psihologice ale diagnosticului de seropozitivitate [1, 5, 6, 7, 28, 73, 79, 85, 87, 89, 93, 136] confirmă rezultatele obținute de către subiecții grupului experimental 1 (*conștiință de sine*  $t=2,817$ ,  $p \leq 0,01$ ) potrivit cărora aceste persoane sunt permanent dominate de o frică exagerată de a fi criticați și ridiculizați, frică care determină comportamente stingherite în public. În același timp, aceste persoane trăiesc stări de panică, confuzie și neputință atunci când se află sub presiune sau sunt stresate, manifestând comportamente imprevizibile și de neînțeles pentru cei din jur. Prin urmare, considerăm necesar de menționat faptul că pierderile și experiențele traumatizante prin care trec persoanele seropozitive se cumulează în timp și condiționează pierderea echilibrului psihologic (*vulnerabilitate*  $t=3,700$ ,  $p \leq 0,001$ ) cu impact profund asupra sănătății psihice.

Ca continuitate a demersului de cercetare am elaborat profilul de personalitate al persoanelor seropozitive prin sistemizarea datelor comparative obținute la dimensiunile fundamentale ale personalității în urma aplicării chestionarului *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae prezentate în tabelul 2.11. și 2.12. Drept punct de plecare în elaborarea profilului de

personalitate a servit asumptia referitoare la adaptările caracteristice ale persoanei ce sunt influențate atât de tendințele bazale cât și de cultură, obiceiuri, atitudini, deprinderi, valori, motive, roluri, relații care definesc „identitatea contextualizată” și persoana pusă în contextul interrelațiilor în care s-a format și evoluează.

Astfel, manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității caracteristice persoanelor seropozitive sunt prezentate în următoarea figură.

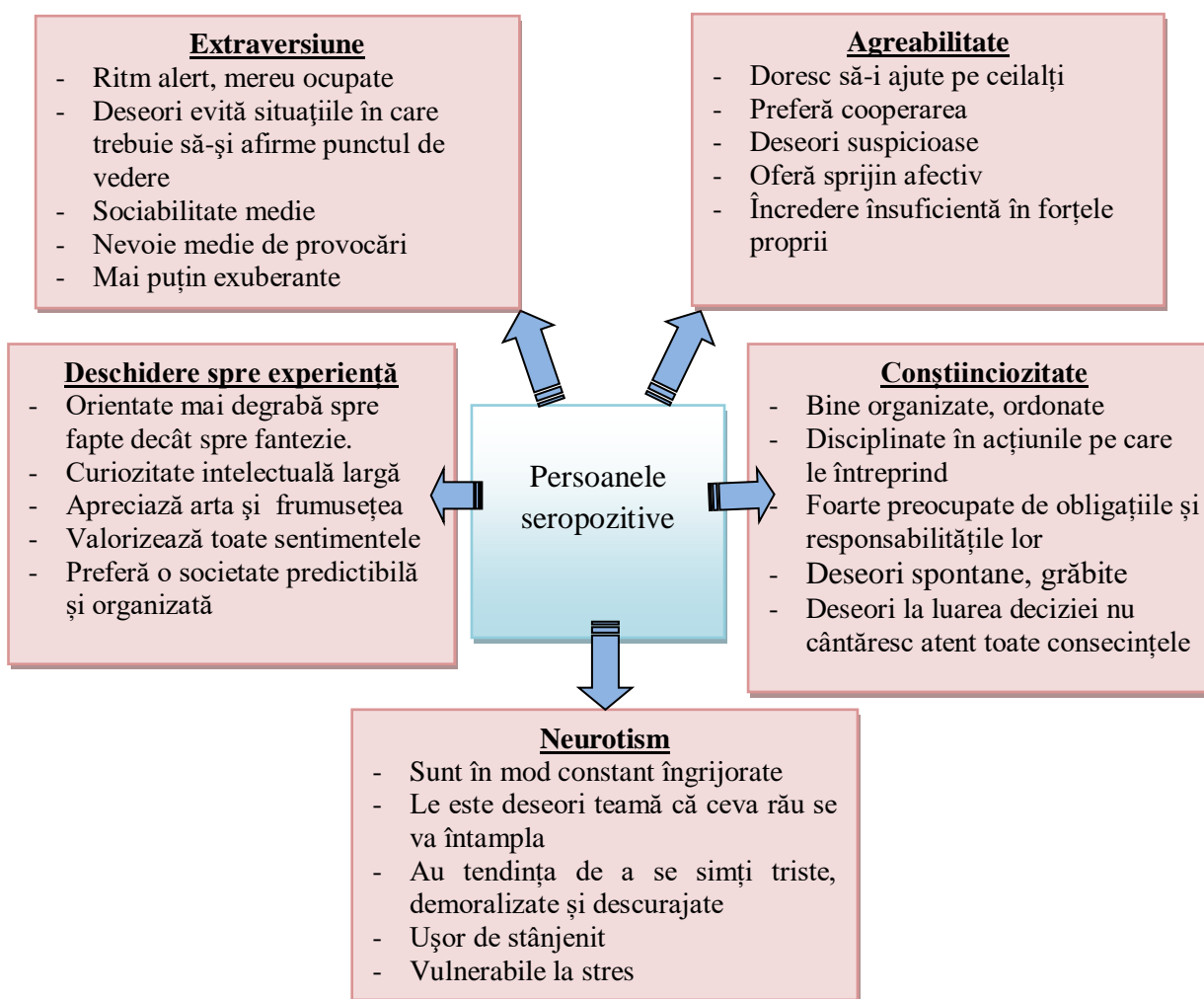


Fig. 2. 6. Profilul de personalitate al persoanelor seropozitive (după Big Five)

Prin urmare, evidențiem următoarele dimensiuni fundamentale ale personalității caracteristice persoanelor seropozitive:

- sunt persoane ce activează într-un ritm alert fiind mereu ocupate, deseori evită situațiile în care trebuie să-și afirme punctul de vedere toate acestea pe fonul unui nivel mediu de sociabilitate, au momente când preferă să se bucure de liniște și intimitate fiind singure cu gândurile lor; știu să găsească satisfacție în activitățile cotidiene, asumându-și riscuri numai când

este absolut necesar; au deseori emoții pozitive incluzând fericirea, entuziasmul și bucuria; preferă să facă glume pentru a ieși din situații dificile.

- le este caracteristică dorința de a-i ajuta pe ceilalți și pun valoare pe înțelegerea cu cei din jur, sunt persoane amabile, prietenoase, generoase, dispuse să facă compromisuri, preferă cooperarea fiind totuși de cele mai multe ori suspicioase; oferă sprijin afectiv, au insuficientă încredere în forțele proprii și nu consideră că realizările lor sunt mai importante decât ale altora.

- sunt caracterizate ca persoane bine organizate, ordonate și disciplinate în acțiunile pe care le întreprind, foarte preocupate de obligațiile și responsabilitățile lor având un simț al datoriei și al obligațiilor morale foarte bine dezvoltat, gândesc bine înainte de a acționa; deseori gândesc bine înainte de a acționa; de cele mai multe ori, când sunt în situația de a lua o decizie, preferă să aibă la dispoziție toate datele de care au nevoie pentru a le analiza îndelung.

- sunt în mod constant îngrijorate, le este deseori teamă că ceva rău se va întâmpla, trăiesc frică și neliniște fără un motiv vizibil, sunt nesigure când primesc o sarcină dificilă, fiindu-le teamă ca vor fi evaluate negativ și intră ușor în panică în fața situațiilor complexe sau neașteptate; au o părere negativă despre ele și deseori au o dispoziție depresivă, trecutul fiind interpretat prin prisma evenimentelor negative; sunt extrem de sensibile la părerea celorlalți despre ele și se tem să nu fie respinse sau ridiculizate; se simt jenate și stingherite în public având senzația că ceilalți le evaluează și le judecă, făcându-și o părere mai degrabă negativă despre ele; trăiesc stări de panică, confuzie și neputință atunci când se află sub presiune sau sunt stresate.

- privesc cu realism lucrurile și au o tendință spre aspectele concrete manifestând curiozitate intelectuală largă, iubesc frumosul atât în artă cât și în natură fiind ușor implicate și absorbite de evenimentele artistice, pentru ele natura reprezentând o sursă de frumos și inspirație; analizează frecvent propriile emoții și ajung să le cunoască foarte bine; sunt persoane care preferă o societate predictibilă și organizată, care pune un mare accent pe păstrarea tradițiilor și valorilor naționale.

Prin urmare, menționăm că există anumite particularități în manifestarea persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive în funcție de dimensiunile fundamentale ale personalității. În urma realizării experimentului de constatare, putem formula următoarele concluzii:

- stilul de viață al persoanelor seropozitive, dictat de necesitatea unei aderențe totale pe tot parcursul vieții la TARV, solicită un nivel înalt de persistență motivațională chiar dacă această activitate devine neplăcută și survine riscul de a fi abandonată;

- monitorizarea permanentă a aderenței la terapia ARV este scopul primordial al persoanelor seropozitive ce urmează a fi urmărit pe tot parcursul vieții. Cunoscând riscurile generale ale neadministrării sau administrării incorecte a dozelor ce pot conduce la rezistența la tratament, persoanele seropozitive fac față permanent acestor provocări fapt care explică rezultatele înalte atestate la scala urmărirea scopurilor pe termen lung și urmărirea sarcinilor curente. Astfel, întreaga lor existență pare a fi subordonată unui scop general, centrare care împinge către un plan secundar alte aspecte ale vieții cum ar fi de exemplu reamintirea scopurilor neatinse;

- manifestarea autostigmatizării la persoanele seropozitive este determinată de următoarele aspecte: starea de sănătate a persoanelor seropozitive, perioada aflării diagnosticului, capacitatea de integrare a diagnosticului în realitatea psihică, mecanismele de coping, frica de dezvăluire a diagnosticului, nivelul de informare, integrarea socială, accesul la serviciile de tratament și îngrijire, accesul la serviciile de suport psiho-social;

- există diferențe în manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității în funcție de nivelul de autostigmatizare la subiecții grupului experimental 1 (persoanele seropozitive);

- sunt atestate diferențe în manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții grupului experimental 1 (persoanele seropozitive) comparativ cu subiecții grupului experimental 2 (persoane seronegative).

### **2.3. Determinarea relației dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive**

Am realizat un design de cercetare quasi-experimental de tip transversal, corelațional, care ne oferă o imagine descriptivă a fenomenului cercetat, cu tendința de a obține anumite predicții. În vederea identificării relației dintre persistența motivațională și autostigmatizare la subiecții implicați în cercetare am utilizat coeficientul de corelație simplă Bravais-Pearson ( $r$ ). În acest tip de corelație sunt implicate două variabile numerice care îndeplinesc condițiile parametrice. Pentru fiecare subiect avem două rezultate. Calculul coeficientului de corelație simplă (Bravais-Pearson) implică abaterile relative ale rezultatelor din cele două distribuții față de mediile corespunzătoare.

Rezultatele coeficientului de corelație Bravais-Pearson ( $r$ ) privind identificarea relației dintre factorii persistenței motivaționale și autostigmatizare sunt prezentate mai jos.

Tabelul 2.14. Relația dintre factorii persistenței motivaționale și autostigmatizare la persoanele seropozitive, N=124

<i>Factorii persistenței motivaționale</i>	<i>Autostigmatizarea</i>	
	<i>Coeфициentul de corelație</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Urmărirea scopurilor pe termen lung LTPP	r=-0,200	p ≤0,05
Urmărirea sarcinilor curente CPP	r=-0,148	nesemnificativ
Reamintirea scopurilor neatinse RUP	r=0,043	nesemnificativ
Total PM	r=-0,150	nesemnificativ

Analizând rezultatele prezentate în tabelul de mai sus evidențiem o corelație maximă cu sens negativ ( $r=-0,200$ ;  $p \leq 0,05$ ) între *autostigmatizare* și factorul ce se referă la *urmărirea scopurilor pe termen lung*. Astfel constatăm o legătură invers proporțională între variabilele cercetării, cu cât crește nivelul de autostigmatizare cu atât scade capacitatea de urmărire a scopurilor pe termen lung la persoanele seropozitive.

Rezultatele sugerează faptul că persoanele seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare nu sunt capabile să își propună scopuri sau obiective (personale sau profesionale) care solicită o planificare amănunțită și o desfășurare pe perioade extinse de timp (luni sau chiar ani de zile). Atunci când fac totuși astfel de angajamente, cedează ușor în fața obstacolelor, a dificultăților sau a rutinei. După entuziasmul inițial, pot abandona cu ușurință, descurajați fiind chiar de primele piedici.

Rezultatele obținute pot fi explicate în mai multe moduri, sugerate și de modelele teoretice discutate în prima parte a lucrării. Astfel, din prisma teoriei funcționale, derivată din studiile lui Bandura [110], Ford [138], Kanfer [156], Mitchell [183], și Pinder [194], motivația este reprezentată ca un proces care implică două sisteme psihologice interdependente: alegerea scopului (goal choice) și efortul pentru atingerea scopului (goal striving). Primul sistem implică dezvoltarea unor intenții sau scopuri /obiective. Acestea reprezintă stări viitoare dorite de către individ și față de care individul se simte implicat. Considerăm necesar să invocăm aici teoriile cognitive ale motivației care descriu alegerea scopului ca un proces rațional de luare a deciziilor care este determinat de întâlnirea dintre factorii personalității și percepția individuală a situației. Cel de al doilea sistem, efortul depus pentru atingerea scopului, se referă la procese interne de autoreglare (incluzând auto-monitorizarea, auto-evaluarea progresului personal și autoreglarea reacțiilor în funcție de acest progres), care îl fac capabil pe individ să investească timp și efort pentru atingerea scopului stabilit (în absența constrângerilor externe).

De asemenea, Constantin (2004) arată că efortul pentru atingerea scopului (goal striving) este legat de încrederea în forțele proprii, de abilitățile /caracteristicile motivaționale personale, de influența practicilor grupului în care individul se află [10].

Aceste rezultate pot fi explicate și prin studiile cognitiviste care au asociat motivația cu trei procese psihologice referitoare la: activare, direcționare și persistență. Relevantă pentru cercetarea noastră este cea de a treia dimensiune a motivației umane, anume intensitatea. Astfel, motivația determină intensitatea și efortul și, nemijlocit, persistența motivațională. Cu cât o persoană este mai motivată cu atât va fi mai prelungit și mai intens efortul alocat unei anumite sarcini.

Considerăm pertinente modelele explicative ce urmează a fi înaintate de către noi în vederea argumentării corelației negative obținute între *autostigmatizare* și *urmărirea scopurilor pe termen lung*. Astfel, necesitatea persoanelor seropozitive de a menține aderența la tratamentul antiretroviral reprezintă un scop primordial ce va determina calitatea vieții prin menținerea unei stări bune de sănătate. Fiind tributare repercursiunilor autostigmatizării (reducerea sentimentului de implicare personală, izolare auto-impusă, auto-culpabilizare, sentimente de rușine și inutilitate, diminuarea autoeficacității, reducerea stimei de sine), persoanele seropozitive vor manifesta lipsă de interes în menținerea stării de sănătate (obiectiv înalt semnificativ din punct de vedere personal, specific situației infecției HIV), nu vor investi timp și efort sau importante resurse energetice în urmărirea scopului ales (aderența la tratamentul antiretroviral), determinând prin aceasta o intensitate scăzută a persistenței motivaționale. Mai mult decât atât, lipsa efortului depus pentru menținerea aderenței va împiedica desfășurarea procesului de autovalidare internă prin mecanisme de auto-monitorizare și auto-evaluare a progresului personal obținut și reglare a reacțiilor proprii în funcție de progresul pe care îl obțin în menținerea aderenței. Implicit, lipsa procesului de autovalidare internă în legătură cu scopul urmărit va determina reducerea încrederii în forțele proprii și instabilitate în manifestarea comportamentului motivațional.

Prin urmare, lipsa relației dintre variabila PM și autostigmatizare poate fi explicată prin referire la studiile realizate de Houser-Marko și Sheldon. Autorii menționați (2006) propun constructul „Self-As-Doer” pentru a desemna pe toți cei care au obișnuința de a practica cu consecvență un anumit comportament (a face jogging, a ține diete, a practica un sport de amatori etc.) nu ca parte a unui angajament motivațional ci mai degrabă ca parte a identității personale. Autorii menționați demonstrează empiric că astfel de persoane (Self-As-Doer) au o mult mai mare persistența comportamentală în efortul spre atingerea obiectivelor nelegate de hobby-ul lor, independent de alte variabile ca expectanța, concordanță de sine, implicarea sau nevrotismul. [150].



În acest sens, stilul de viață al persoanelor seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare implică un comportament de aderență la tratamentul antiviral care este văzut ca parte determinantă a identității nou obținute după stabilirea diagnosticului de seropozitivitate.

Astfel, analiza datelor prezentate mai sus ne permite să afirmăm că ipoteza **I1** potrivit căreia *factorii persistenței motivaționale corelează cu autostigmatizarea la persoanele seropozitive* se confirmă parțial.

În scopul verificării ipotezei **I2** conform căreia *există o relație între persistența motivațională și manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi și seronegativi* am aplicat Chestionarul de Personalitate *Big Five* după P. Costa și R. McCrae. Modelul Big Five este o probă standardizată de evaluare a personalității ce oferă un profil de personalitate complet atât prin raportare la cei 5 meta-factori (extraversiune, agreabilitate, nevrozism, conștiinciozitate și deschidere) cât, mai ales, prin raportare la cei 25 de subfactori (fațete). În acest sens, am apelat la coeficientului de corelație Bravais-Pearson ( $r$ ) privind identificarea relației dintre persistența motivațională și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții grupului experimental 1 (persoanele seropozitive), rezultatele căruia sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Tabelul 2.15. Relația dintre persistența motivațională și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi, N=124

<b>Factorii de personalitate</b>	<b>Persistența motivațională</b>	
	<b>Coeficientul de corelație</b>	<b>Pragul de semnificație</b>
Extraversiune	$r = 0,254$	$p \leq 0,01$
Agreabilitate	$r = 0,282$	$p \leq 0,001$
Conștiinciozitate	$r = 0,436$	$p \leq 0,001$
Neurotism	$r = -0,202$	$p \leq 0,05$
Deschidere spre experiență	$r = 0,142$	nesemnificativ

În acord cu datele expuse în tabelul 2.15. ce reflectă rezultatele obținute în cadrul grupului experimental 1 (persoanele seropozitive), scala de persistență motivațională prezintă o corelație semnificativă pozitivă cu următorii factori de personalitate: *extraversiune* ( $r = 0,254$ ;  $p \leq 0,01$ ), *agreabilitate* ( $r = 0,282$ ;  $p \leq 0,001$ ), *conștiinciozitate* ( $r = 0,436$ ;  $p \leq 0,001$ ). Odată cu creșterea persistenței motivaționale va crește extraversiunea, agreabilitatea și conștiinciozitatea. O relație semnificativă cu sens negativ a fost atestată între persistența motivațională și *neurotism* ( $r = -0,202$ ;  $p \leq 0,05$ ). Astfel, cu cât o persoană este mai persistentă motivațional cu atât este mai extravertită, agreabilă, conștiincioasă și stabilă emoțional.

Rezultate relativ similare celor obținute în cercetarea noastră atestăm în studiile de specialitate ce vizează relația dintre dimensiunile fundamentale ale personalității și persistența motivațională. Menționăm în acest sens studiul elaborat de Constantin et al. (2007) ce are drept

scop construcția unei probe de evaluare a persistenței motivaționale prin operaționalizarea a 8 factori descriși în literatura de specialitate ca fiind cei care condiționează persistența motivațională. Considerăm necesară invocarea acestui studiu prin rezultatele obținute de către cercetători referitoare la persistența motivațională și factorii modelului Big Five. Luând în calcul relațiile dintre factorii persistenței motivaționale (efort, încredere, perseverență, scop, organizare, concentrare, obstacol și ambiție) și factorii modelului Big Five, au fost obținute corelații semnificative între factorii ambiție (conștiinciozitate) și factorii extraversiune (corelații pozitive) și neurotism (corelații negative) [14].

Referindu-ne la rezultatele obținute în cercetarea noastră ce reflectă relația dintre persistența motivațională și manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi afirmăm că persistența motivațională va determina un nivel optim de extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate și stabilitate emoțională. O persoană persistentă motivațional este plină de energie și orientată spre acțiune, capabilă să se concentreze la mai multe idei/proiecte în același timp. De asemenea, această persoană pune valoare pe înțelegerea cu cei din jur, dispusă spre cooperare și armonie socială. Are o viziune optimistă asupra naturii umane considerând că oamenii sunt onești, decenti și demni de încredere. În viața profesională a acestei persoane predomină deciziile care contribuie la menținerea buneii relații cu ceilalți. Preferă munca în echipă și este în căutarea armoniei cu ceilalți. Evită situațiile riscante și ajunge să aibă succes în ceea ce întreprinde prin planificare și perseverență. Are încredere în abilitățile personale de a îndeplini diverse obiective. Consideră că are control asupra propriei vieți și are încredere că poate realiza orice își propune. Se simte capabilă și bine pregătită în rezolvarea problemelor profesionale dificile indiferent cât de complicată ar fi situația. În general, găsește mijloace și căi de a obține ceea ce vrea chiar dacă cineva i se împotrivese.

Ca continuitate a demersului cercetării prezentăm indicii coeficientului de corelație Bravais-Pearson ( $r$ ) privind identificarea relației dintre persistența motivațională și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții grupului experimental 2 (persoanele seronegative).

Tabelul 2.16. Relația dintre persistența motivațională și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții seronegativi, N=124

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Persistența motivațională</i>	
	<i>Coeficientul de corelație</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Extraversiune	$r = -0,047$	nesemnificativ
Agreabilitate	$r = 0,203$	$p \leq 0,05$
Conștiinciozitate	$r = 0,374$	$p \leq 0,001$
Neurotism	$r = -0,143$	nesemnificativ
Deschidere spre experiență	$r = -0,079$	nesemnificativ

Potrivit rezultatelor de mai sus ce reflectă rezultatele obținute în cadrul grupului experimental 2, scala de persistență motivațională prezintă o corelație semnificativă pozitivă cu următorii factori de personalitate: *agreabilitate* ( $r= 0,203$ ;  $p \leq 0,05$ ) și *conștiinciozitate* ( $r= 0,374$ ;  $p \leq 0,001$ ). Odată cu creșterea persistenței motivaționale va crește agreabilitatea și conștiinciozitatea. Astfel, în cazul subiecților din grupul experimental 2, cu cât o persoană este mai persistentă motivațional cu atât este mai agreabilă și conștiincioasă.

Datele obținute confirmă rezultatele cercetărilor atestate în literatura de specialitate [14] referitoare la studiul persistenței motivaționale și dimensiunilor fundamentale ale personalității. Astfel, rezultatele sugerează faptul că o persoană persistentă motivațional pune valoare pe înțelegerea cu cei din jur, este dispusă spre cooperare și armonie socială. Are o viziune optimistă asupra naturii umane considerând că oamenii sunt onești, decenti și demni de încredere. De asemenea, această persoană evită situațiile riscante și ajunge să aibă succes în ceea ce întreprinde prin planificare și perseverență, nu renunță ușor la sarcinile la care lucrează și insistă să ducă o sarcină până la sfârșit indiferent de costuri.

În scopul unei analize mai profunde a relației dintre persistența motivațională și dimensiunile fundamentale ale personalității, am calculat coeficientul de corelație între factorii persistenței motivaționale și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții grupului experimental 1 (persoanele seropozitive).

Tabelul 2.17. Relația dintre factorii persistenței motivaționale și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi, N=124

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Factorii persistenței motivaționale</i>		
	Urmărirea scopurilor pe termen lung LTPP	Urmărirea sarcinilor curente CPP	Reamintirea scopurilor neatinsse RUP
Extraversiune	$r= 0,179$ $p \leq 0,05$	$r= 0,211$ $p \leq 0,05$	$r= 0,174$ nesemnificativ
Agreabilitate	$r= 0,277$ $p \leq 0,01$	$r= 0,255$ $p \leq 0,01$	$r= 0,069$ nesemnificativ
Conștiinciozitate	$r= 0,431$ $p \leq 0,001$	$r= 0,365$ $p \leq 0,001$	$r= 0,147$ nesemnificativ
Neurotism	$r= -0,233$ $p \leq 0,01$	$r= -0,198$ $p \leq 0,05$	$r= -0,014$ nesemnificativ
Deschidere spre experiență	$r=0,128$ nesemnificativ	$r=0,091$ nesemnificativ	$r=0,104$ nesemnificativ

Conform datelor prezentate mai sus evidențiem rezultate semnificative ale relației dintre *extraversiune* și *urmărirea scopurilor pe termen lung* ( $r= 0,179$ ;  $p \leq 0,05$ ), *extraversiune* și *urmărirea sarcinilor curente* ( $r= 0,211$ ;  $p \leq 0,05$ ). O corelație pozitivă a fost atestată între

agreabilitate și urmărirea scopurilor pe termen lung ( $r= 0,277$ ;  $p \leq 0,01$ ) precum și între agreabilitate și urmărirea sarcinilor curente ( $r= 0,255$ ;  $p \leq 0,01$ ). De asemenea a fost identificată o corelație pozitivă cu valoare maximă între conștiinciozitate și urmărirea scopurilor pe termen lung ( $r= 0,431$ ;  $p \leq 0,001$ ), conștiinciozitate și urmărirea sarcinilor curente ( $r= 0,365$ ;  $p \leq 0,001$ ). Astfel, disponibilitatea de urmărire a scopurilor pe termen lung și urmărire a sarcinilor curente va determina prezența unui nivel înalt de extraversiune, agreabilitate și conștiinciozitate. Relație semnificativă cu sens negativ a fost atestată între factorul *neurotism* și urmărirea scopurilor pe termen lung ( $r= -0,233$ ;  $p \leq 0,01$ ), *neurotism* și urmărirea sarcinilor curente ( $r= -0,198$ ;  $p \leq 0,05$ ). Afirmăm astfel că o persoană cu un nivel înalt a capacității de urmărire a scopurilor pe termen lung și urmărire a sarcinilor curente va fi stabilă emoțional.

Prin urmare, capacității de urmărire a scopurilor pe termen lung și urmărire a sarcinilor curente îi corespunde ordinea și planificarea. Persoanele la care sunt prezente aceste însușiri își conduc viața după programări și algoritmi; fac liste, planifică și au nevoie de ordine în jurul lor pentru că asta le face să se simtă bine. Acestor persoane le place să țină o agendă în care își organizează minuțios activitățile și orele de munca și își planifică din timp chiar și activitățile sociale. O altă caracteristică ce reflectă rezultatele noastre ar fi ambiția și nevoia de realizare. Persoanele ambițioase și muncesc din greu pentru a ajunge la rezultatele dorite. Își urmăresc atent obiectivele chiar dacă asta ar însemna să treacă peste anumite plăceri ale vieții, lasându-se conduse de nevoia de a realiza mereu mai mult. Adesea își propun să realizeze lucruri deosebite care să impresioneze pe cei din jur, fiind motivate de dorința de a fi apreciate drept persoane de succes. În luarea unei decizii preferă să aibă la dispoziție toate datele de care au nevoie pentru a le analiza îndelung. Toate acestea se manifestă pe fonul unei calmități și stabilități emoționale, fără a fi atestate stări afective negative persistente.

Datele ce reflectă rezultatele coeficientul de corelație între factorii persistenței motivaționale și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții grupului experimental 2 (persoanele seronegative) sunt prezentate în tabelul următor.

Tabelul 2.18. Relația dintre factorii persistenței motivaționale și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții seronegativi, N=124

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Factorii persistenței motivaționale</i>		
	Urmărirea scopurilor pe termen lung LTPP	Urmărirea sarcinilor curente CPP	Reamintirea scopurilor neatinsse RUP
Extraversiune	$r= 0,059$ nesemnificativ	$r= 0,000$ nesemnificativ	$r= -0,152$ nesemnificativ
Agreabilitate	$r= 0,283$ $p \leq 0,001$	$r= 0,153$ nesemnificativ	$r= -0,017$ nesemnificativ

Conștiinciozitate	r= 0,369 p ≤0,001	r= 0,454 p ≤0,001	r= -0,094 ne semnificativ
Neurotism	r= -0,199 p ≤0,05	r= -0,305 p ≤0,001	r= 0,242 p ≤0,01
Deschidere spre experiență	r=0,105 ne semnificativ	r=-0,095 ne semnificativ	r=-0,148 ne semnificativ

Potrivit datelor prezentate mai sus evidențiem rezultate semnificative ale relației dintre *agreabilitate* și *urmărirea scopurilor pe termen lung* ( $r= 0,283$ ;  $p \leq 0,01$ ). De asemenea a fost identificată o corelație pozitivă cu valoare maximă între *conștiinciozitate* și *urmărirea scopurilor pe termen lung* ( $r= 0,369$ ;  $p \leq 0,001$ ), *conștiinciozitate* și *urmărirea sarcinilor curente* ( $r= 0,454$ ;  $p \leq 0,001$ ). Astfel, disponibilitatea de urmărire a scopurilor pe termen lung și urmărire a sarcinilor curente va determina prezența unui nivel înalt de conștiinciozitate. Relație semnificativă cu sens negativ a fost atestată între factorul *neurotism* și *urmărirea scopurilor pe termen lung* ( $r= -0,199$ ;  $p \leq 0,05$ ), *neurotism* și *urmărirea sarcinilor curente* ( $r= -0,305$ ;  $p \leq 0,001$ ). O corelație pozitivă a fost atestată între *neurotism* și *reamintirea scopurilor neatinse* ( $r= 0,242$ ;  $p \leq 0,01$ ). Afirmăm astfel că o persoană cu un nivel înalt a capacității de urmărire a scopurilor pe termen lung și urmărire a sarcinilor curente va fi stabilă emoțional. În același timp, o persoană cu un nivel înalt a capacității de reamintire a scopurilor neatinse va manifesta instabilitate emoțională.

Potrivit rezultatelor ce vizează relația dintre factorii persistenței motivaționale și dimensiunile fundamentale ale personalității, obținute de către subiecții grupului experimental 2, capacității de urmărire a scopurilor pe termen lung și urmărire a sarcinilor curente îi corespunde ordinea și planificarea. Aceste persoane își conduc viața după programări și algoritmi; fac liste, planifică și au nevoie de ordine în jurul lor pentru că asta le face să se simtă bine. O altă caracteristică ce reflectă rezultatele noastre (atestate în grupul experimental cât și în grupul de control) ar fi ambiția și nevoia de realizare. Persoanele ambițioase adesea își propun să realizeze lucruri deosebite care să impresioneze pe cei din jur, fiind motivate de dorința de a fi apreciate drept persoane de succes. Aceste calități se manifestă pe fonul unei calmități și stabilități emoționale, fără a fi atestate stări afective negative persistente.

Rezultate diferite au fost atestate în cadrul grupului experimental 2 cu privire la relația dintre neurotism și reamintirea scopurilor neatinse. Astfel, persoanele cu o capacitate înaltă de reamintire a scopurilor neatinse reacționează emoțional foarte ușor, reacții care tind să persiste peste perioade lungi de timp. În același timp, aceste persoane resimt problemele din trecut sau scopurile neatinse ca o sursă de tensiune și nemulțumire, resimțind în mod subiectiv incapacitatea de a le relua și a le duce la capăt. Din acest motiv, au tendința de a se întoarce

mereu către acele scopuri, având în minte perspectiva reluării lor și concepând diverse strategii și mijloace de a le duce la îndeplinire. Prin urmare, dacă au resursele necesare și oportunitatea, fac tot posibilul pentru a restabili acel simț al sinelui, frustrat în absența scopului neîndeplinit.

Ca urmare a analizei rezultatelor statistice prezentate mai sus concluzionăm că ipoteza înaintată se confirmă atestându-se relații semnificative între dimensiunile fundamentale ale personalității și persistența motivațională.

O altă ipoteză a demersului experimental (I3) prevede faptul că *există o relație între autostigmatizare și manifestarea dimensiunilor fundamentale de personalitate la subiecții seropozitivi*. Aceste asumții au fost testate statistic prin intermediul coeficientului de corelație Bravais-Pearson rezultatele căruia le prezentăm mai jos.

Tabelul 2.19. Relația dintre dimensiunile fundamentale ale personalității și autostigmatizare la persoanele seropozitive, N=124

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Autostigmatizarea</i>	
	<i>Coeficientul de corelație</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Extraversiune	r= -0,196	p ≤0,05
Agreabilitate	r= -0,289	p ≤0,001
Conștiinciozitate	r= -0,137	nesemnificativ
Neurotism	r= 0,325	p ≤0,001
Deschidere spre experiență	r= -0,278	p ≤0,01

Potrivit datelor expuse în tabelul 2.19. atestăm corelații semnificative cu sens negativ între *autostigmatizare* și următorii factori de personalitate: *extraversiune* (r= -0,196; p ≤0,05), *agreabilitate* (r= -0,289; p ≤0,001) și *deschidere spre experiență* (r= -0,278; p ≤0,01). De asemenea, putem evidenția și o corelație maximă cu sens pozitiv între autostigmatizare și *neurotism* (r= 0,325; p ≤0,001). Astfel, cu cât nivelul de autostigmatizare va fi mai înalt cu atât mai scăzut va fi nivelul de manifestare a extraversiunii, agreabilității și deschiderii spre experiență. Prin urmare, un nivel înalt de autostigmatizare va determina și un nivel înalt de neurotism.

Rezultatele sunt în concordanță cu studiile de specialitate [1, 80, 137, 157, 163, 184, 188, 197, 200, 216] care susțin că autostigmatizarea limitează capacitatea persoanelor seropozitive de a avea un mod de viață pozitiv implicând profunde daune asupra edificiului psihic și psiho-social al acestora.

Posibila explicație a corelației negative obținute între autostigmatizare și *extraversiune* ( $r = -0,196$ ;  $p \leq 0,05$ ) poate fi adusă prin evocarea numeroaselor cercetări [1, 6, 77, 87, 91, 93, 105] ce au constatat că autostigmatizarea determină comportamente de retragere și izolare socială. Afirmăm astfel că persoanele seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare sunt mai izolate, înstrăinate și retrase social, cu comportamente de retragere manifestate față de prieteni și relațiile familiale. Din cauza fricii de a fi refuzate și judecate, multe persoane seropozitive păstrează informațiile lor despre boală în secret față de alții, ceea ce duce la faptul ca ele să fie izolate social și înstrăinate. În acest sens, afirmăm că autostigmatizarea forțează persoanele seropozitive să evite relațiile publice și interacțiunea socială, acestea simțindu-se ca fiind străine în societate și înstrăinate față de ele însăși. Impuse de necesitatea de a evita conversații despre subiecte sensibile, pentru a proteja familiile lor și pentru a păstra locurile lor de muncă sau relațiile lor de prietenie, persoanele seropozitive manifestă comportamente de izolare autoimpusă fapt care afectează în mod negativ bunăstarea lor fizică și mentală.

Corelația obținută între *autostigmatizare* și *agreabilitate* ( $r = -0,289$ ;  $p \leq 0,001$ ) poate fi explicată prin modelul teoretic al autostigmatizării propus de Watson și Corrigan (2002), care afirmă că internalizarea stigmei acționează direct asupra stimei de sine și autoeficacității persoanei [215]. În cazul persoanei seropozitive, fiindu-i afectată stima de sine, va interioriza părerile și viziunea societății determinându-i să fie suspicioși, neprietenoși și necooperanți, fapt ce va duce la apariția nivelului înalt de autostigmatizare. În așa mod persoana cu nivel de autostigmatizare crescut și agreabilitate scăzută, nutrește profunde sentimente de vinovăție și neputință. Trăiește un puternic sentiment de incompetență și, deseori, ajunge să creadă sau să spună că „nu sunt bun de nimic”, ceea ce duce și la apariția stării de rușine. În general îi trebuie să se gândească mult pentru a înțelege ceea ce simte și de aceea ajunge să se considere genul de persoană cu frământări interioare multiple și greu de definit. În aceste condiții, persoana cu un nivel înalt de autostigmatizare anticipă ceea ce cred ceilalți despre ea și începe să se simtă respinsă, evitată sau, pur și simplu, alungată.

Rezultate semnificative ( $r = 0,325$ ;  $p \leq 0,001$ ) au fost obținute la corelația dintre factorul *neurotism* și *autostigmatizare*. Atestăm astfel o relație directă între aceste două variabile, adică nivelul înalt de autostigmatizare va determina un nivel înalt de manifestare al neurotismului. Rezultatele obținute pot fi explicate prin raportare la studiile din domeniu [1, 6, 24, 59, 64, 73, 80, 87, 89, 93, 103, 104, 105, 136, 163, 188, 197, 216] ce atestă incidența stărilor de neurotism în urma aflării diagnosticului de seropozitivitate. Astfel, neacceptarea de sine, stima de sine redusă și încrederea scăzută în forțele proprii va determina apariția stărilor de tensiune psihologică, în care persoanele seropozitive resimt în mod acut experiențele neplăcute și trăiesc o stare de stres

continuu. Aceste stări emoționale manifestându-se pentru o perioadă lungă de timp pot consolida, în mod subconștient, atitudinea individului ca fiind o victimă, îndepărtând sentimentul de implicare personală și contribuind astfel la apariția sentimentelor de neputință. Având gânduri negative despre ei înșiși, indivizii ce trăiesc cu HIV se pot autostigmatiza în anticiparea de a fi răniți de către alții. Astfel, persoanele seropozitive sunt permanent îngrijorate, tensionate, le este deseori teamă că ceva rău se va întâmpla; acestea resimt frică sau neliniște fără un motiv vizibil, creând gânduri disfuncționale ce duc spre un comportament inadecvat. Prin urmare, aceste persoane sunt tensionate și nesigure când primesc o sarcină dificilă, fiindu-le teamă că vor fi evaluate negativ, manifestă stări de panică în fața situațiilor complexe. De asemenea, manifestă lipsă de entuziasm, fiind atestată o atitudine retrasă și o părere negativă despre sine, fapt care consolidează tendința de a simți tristețe, demoralizare și descurajare.

De asemenea, datele obținute în cercetarea noastră sugerează o corelație semnificativă cu sens negativ între *autostigmatizare* și *deschidere spre experiență* ( $r = -0,278$ ;  $p \leq 0,01$ ). Posibila explicație a rezultatelor obținute poate fi adusă prin invocarea studiilor [93, 99, 105, 136, 197] care demonstrează că persoanele seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare manifestă dificultăți de adaptare și acceptare de sine fiind incapabile să includă statutul lor de seropozitivitate în realitatea lor psihică. Menționăm astfel faptul că persoanele seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare internalizează în mod pesimist aspectele sociale ce fac trimitere la o identitate vicioasă și abaterea de la normele sociale și morale tradiționale. Astfel, ele se acuză în mod constant și simt că sunt persoane rele și păcătoase, acceptă aprecierile negative din partea societății, se autoblamează pentru intoleranța din partea altora, simțind că merită maltratarea. Perceperea statutului de seropozitivitate ca pe o sancțiune morală duce la limitarea potențialului propriu prin rezistență la schimbare și menținerea autostigmatizării.

Analiza datelor prezentate mai sus ne permite să afirmăm că ipoteza (**I3**) potrivit căreia *există o relație între autostigmatizare și dimensiunile fundamentale de personalitate la subiecții seropozitivi* s-a confirmat.

Astfel, în urma prelucrării și analizei datelor obținute prezentăm mai jos modelul explicativ al particularităților interacțiunii dintre persistența motivațională, autostigmatizare și dimensiunile fundamentale ale personalității la persoanele seropozitive (subiecții grupului experimental 1).



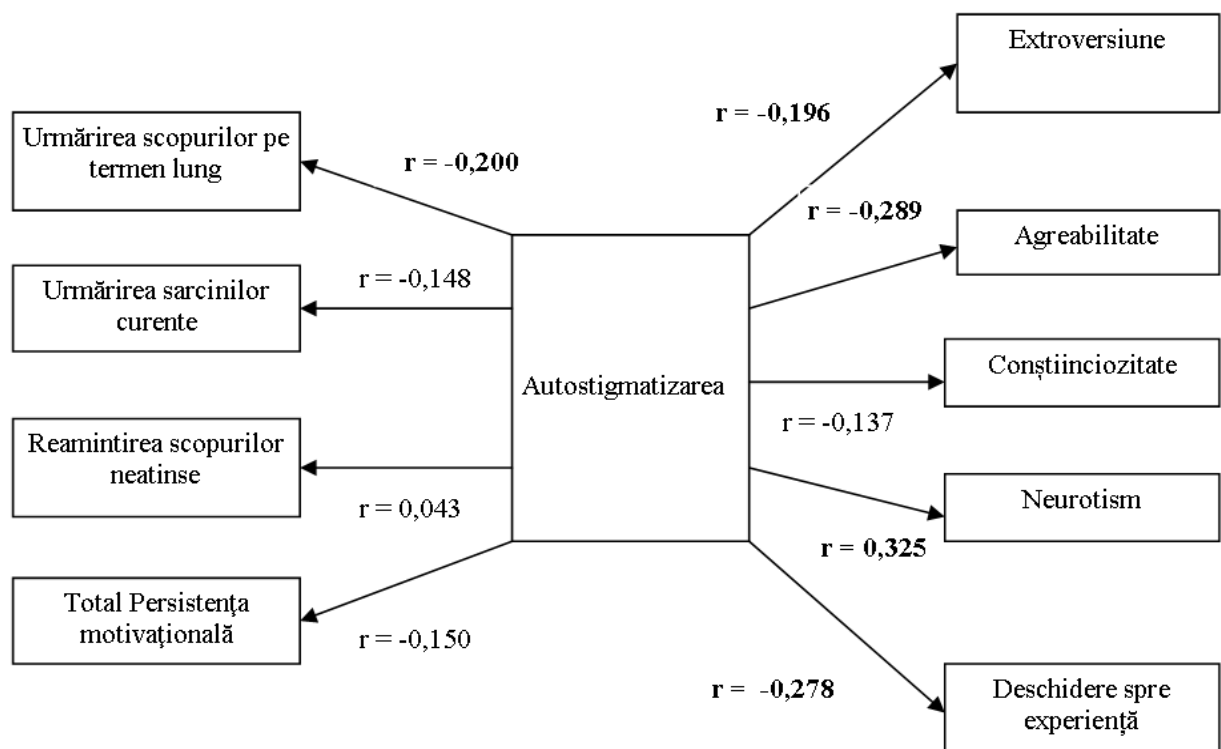


Fig. 2.7. Modelul explicativ al interacțiunii dintre persistența motivațională, autostigmatizare și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi

Putem deci să afirmăm că fenomenul autostigmatizării este un fenomen cu profunde implicații asupra vieții persoanelor seropozitive. Astfel, în baza datelor obținute, putem formula următoarele concluzii:

- factorii persistenței motivaționale corelează parțial cu autostigmatizarea la persoanele seropozitive (atestăm o relație semnificativă cu sens negativ între urmărirea scopurilor pe termen lung și autostigmatizare la persoanele seropozitive);
- există o relație semnificativă între persistența motivațională și manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității (extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate, neurotism) la subiecții seropozitivi;
- atestăm o corelație între factorii persistenței motivaționale (urmărirea scopurilor pe termen lung, urmărirea sarcinilor curente) și dimensiunile fundamentale ale personalității (extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate, neurotism) la subiecții seropozitivi;
- există o interacțiune între autostigmatizare și manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității (extraversiune, agreabilitate, neurotism și deschidere spre experiență) la subiecții seropozitivi.

## 2.4. Concluzii la capitolul 2

Pentru realizarea cercetării am avut drept obiective identificarea nivelului de manifestare a persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive, determinarea relației dintre persistența motivațională, autostigmatizare și dimensiunile fundamentale ale personalității la subiecții seropozitivi, stabilirea profilului psihologic al persoanelor seropozitive.

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

- La examinarea persistenței motivaționale evidențiem faptul că majoritatea rezultatelor obținute sunt corespunzătoare nivelului mediu. Fiind o maladie cronică, infecția HIV/SIDA implică o aderență totală pe parcursul vieții la medicamentele necesare (Terapia Antiretrovirală) care solicită persoanelor seropozitive un nivel optim de persistență motivațională chiar dacă această activitate devine neplăcută și survine riscul de a fi abandonată.

- Datele statistice cu privire la incidența autostigmatizării ne permit să afirmăm că în rândul persoanelor seropozitive există un număr mare de subiecți cu autostigmatizare. Aceste persoane trăiesc stări de auto-blamare, izolare, devalorizare proprie, neliniște și nesiguranță. Consecințele pe termen lung ale autostigmatizării se reflectă asupra relațiilor interpersonale, sferei afective, cognitive, motivaționale, asupra conștiinței de sine și autoeficacității determinând dificultăți de adaptare la situațiile traumatizante, izolare socială, ostilitate față de cei din jur și scăderea performanței.

- Studiul cu privire la persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive evidențiază o legătură de interdependență parțială între variabilele incluse în cercetare. Autostigmatizarea corelează cu factorii persistenței motivaționale; nivelul înalt de autostigmatizare al persoanelor seropozitive, va determina lipsa disponibilității de urmărire a scopurilor pe termen lung.

- Datele experimentale demonstrează elocvent confirmarea ipotezei 2, lansate în cadrul cercetării experimentale, conform căreia persistența motivațională la persoanele seropozitive se va manifesta în funcție de dimensiunile fundamentale ale personalității. O relație semnificativă a fost atestată între persistența motivațională și următorii factori de personalitate: extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate și neurotism. Astfel, cu cât o persoană este mai persistentă motivațional cu atât este mai extravertită, agreabilă, conștiincioasă și stabilă emoțional.

De asemenea, se atestă o relație semnificativă între factorii persistenței motivaționale (urmărirea scopurilor pe termen lung, urmărirea sarcinilor curente) și factorii de personalitate (extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate, neurotism) la persoanele seropozitive.

Disponibilitatea de urmărire a scopurilor pe termen lung și urmărire a sarcinilor curente va determina prezența unui nivel înalt de extraversiune, agreabilitate și conștiinciozitate. Drept urmare, o persoană cu un nivel înalt a capacității de urmărire a scopurilor pe termen lung și urmărire a sarcinilor curente va fi stabilă emoțional.

- Nivelul înalt de autostigmatizare la persoanele seropozitive va determina un nivel înalt de neurotism și nivel scăzut de manifestare a extraversiunii, agreabilității și deschiderii spre experiență. Rezultatele confirmă faptul că autostigmatizarea limitează capacitatea persoanelor seropozitive de a avea un mod de viață pozitiv implicând profunde daune asupra edificiului psihic și psiho-social al acestora.

- Există diferențe în manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității în funcție de nivelul de autostigmatizare la persoanele seropozitive. Diferențe semnificative au fost atestate doar la factorul de personalitate neurotism în funcție de nivele de autostigmatizare la persoanele seropozitive. Astfel, în funcție de internalizarea stigmei externe și dezvoltarea autostigmatizării persoanele seropozitive vor trăi mai intens evenimentele traumatizante cu tendința de a interpreta situațiile obișnuite ca fiind amenințătoare transformând frustrările în dificultăți fără scăpare. De asemenea, dificultățile de control al emoțiilor pot duce la afectarea abilităților de gândire, de a lua decizii sau de a face față stresului.

În final, putem concluziona că autostigmatizarea la persoanele seropozitive este condiționată nu de o singură cauză, ci de un complex întreg de factori, iar rezultatele obținute în cadrul investigației noastre pot servi drept bază pentru elaborarea unui program de suport psihologic, care să contribuie la diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

### 3. STRATEGII PSIHOLOGICE DE REABILITARE ÎN SITUAȚIA DIAGNOSTICULUI DE SEROPOZITIVITATE

#### 3.1. Prezentarea generală a modalităților de intervenție psihologică în cadrul diagnosticului de seropozitivitate

Cercetarea de constatare, rezultatele obținute și concluziile formulate ne-au permis să conchidem că caracterul psihotraumatizant al maladiei micșorează resursele persoanelor seropozitive. În majoritatea cazurilor ele sunt psihologic nepregătite pentru situația nou creată, fiind incapabile de a găsi o modalitate de a reacționa la nivel comportamental în situații de distrugere a stereotipului fundamental al vieții. Infectarea cu HIV reprezintă un exemplu de situație extremă și faptul prezenței unei maladii incurabile reprezintă un stres psihologic accentuat. Acceptarea deplină a diagnosticului de seropozitivitate, prezența mecanismelor de coping la situațiile traumatiche, stima de sine și autoeficacitatea înaltă, integrarea eficientă în societate joacă un rol important în depășirea autostigmatizării.

Majoritatea tipurilor de asistență psihologică acordată persoanelor ce trăiesc cu HIV sunt centrate pe o manieră suportivă. Prezentăm mai jos modalitățile de intervenție psihologică oferite acestor persoane, după cum urmează:

- *Consilierea suportivă și de recuperare* vizează oferirea suportului psihologic în depășirea stărilor de anxietate, deprimare, singurătate sau în recuperarea unor afecțiuni psihice. Prin consiliere se intervine pentru a ajuta clientul să depășească anumite dificultăți de ordin situațional ale vieții curente, care sunt de intensitate medie și nu au un caracter patologic.

Consilierea psihologică suportivă poate avea loc în toate etapele pe care le parcurge individul până la acceptarea diagnosticului, în confruntarea cu agravarea bolii sau cu respingerea socială etc. Acest demers este mai puțin structurat, principalul său scop fiind depășirea situațiilor dificile din momentul respectiv, oferirea de înțelegere, încurajare, susținere, empatie, persoana găsiind astfel propriile soluții pentru situația prin care trece [1, p. 67].

- *Consilierea informațională* are drept scop informarea cu privire la diagnostic, informarea cu privire la legislația în vigoare, drepturile de care beneficiază și instituțiile la care pot apela pentru a le obține ș.a. Conform autorilor Rubinstein D. și Sorentino D. (2008), un accent deosebit este pus pe elucidarea riscului la care individul se expune pe sine (prin nerespectarea tratamentului atât de necesar), dar și pe ceilalți prin perpetuarea unui comportament iresponsabil (spre exemplu, prin continuarea întreținerii de raporturi sexuale neprotejate sau prin nemărturisirea celorlalți a statutului său de seropozitivitate). Se impune așadar informarea individului asupra efectelor bolii sale, a modalităților de transmitere a acesteia, precum și asupra caracterului benefic al administrării corecte a medicamentelor [200].

- *Consilierea educațională* include aspectele ce țin de educația pentru sănătate, educația sexuală și contraceptivă, prevenirea transmiterii infecției cu HIV și a altor infecții cu transmitere sexuală, creșterea aderenței la tratamente etc.

- *Consilierea în direcția dezvoltării personale* reflectă tematici referitoare la cunoașterea de sine, imaginea și stima de sine, capacitatea de decizie responsabilă, relaționare interpersonală armonioasă, controlul stresului etc.

- *Psihoterapia* este un demers structurat ce presupune o aplicare sistematică și conștientă a unor mijloace psihologice de influențare pozitivă a comportamentului. Ea poate duce la o înțelegere mai profundă a personalității persoanei, la înțelegerea modului de a face față situațiilor, a modului de reacție, etc.

Psihoterapia aplicată persoanelor seropozitive (poate fi individuală sau de grup) are următoarele obiective:

- încurajarea exprimării emoțiilor;
- trecerea peste criza existențială în care se află persoana;
- îmbunătățirea abilităților de comunicare;
- reducerea consecințelor bolii (atât a celor din plan psihologic, cât și a celor legate de simptomatologia bolii – ex. durerea);
- reducerea conflictelor intrapsihice;
- relațiile din familie (disoluția cuplului, încrederea reciprocă, comunicarea autentică);
- pregătirea psihică pentru confruntarea cu moartea – terapia de doliu.

Din punct de vedere metodologic, psihoterapia aplicată persoanelor seropozitive este structurată astfel:

- *Psihoterapia suportivă*. În psihoterapia suportivă clientul este încurajat să vorbească despre problemele lui cât mai mult posibil fiindu-i acordată multă atenție și grijă. Aspectele urmărite în cadrul terapiei sunt: atmosfera, ambianța, participarea fiecăruia, comunicarea, cooperarea, ascultarea, posibilitatea de confruntare, respectul față de ceilalți, redobândirea abilităților sociale (relaționare interumană mai ușoară), dobândirea unui sentiment de participare la viața colectivă, înțelegerea situației pe care o traversează, mobilizându-și forțele adaptative, într-o atmosferă de acceptare și securitate. Scopul psihoterapiei suportive este să-l ajute pe pacient să învețe cum trebuie să trăiască mai adaptat la propriile sale dificultăți sau să-l ghideze pe acesta în traversarea unei perioade de stres, căreia trebuie să-i facă față mai bine. Beneficiile pot fi semnificative: ieșirea din izolare, diminuarea fragilității emotive, dezvoltarea capacității de a înfrunta o situație dificilă, posibilitatea exprimării gândurilor și a fricilor (de moarte, de

invaliditate, de durere fizică, etc), dar mai ales conștientizarea faptului că cel afectat poate contribui, într-o foarte mare măsură, la propria-i vindecare.

- *Psihoterapia de relaxare.* Relaxarea face parte din cadrul tehnicilor de terapie sugestivă. Sugestiile intervin atât în inducerea și adâncirea stării de relaxare, cât și în terapia simptomatică, prin intermediul sugestiilor „țintite” care au drept scop înlăturarea simptomului. De asemenea, în starea de relaxare se pot realiza tehnici de desensibilizare sistematică, precum și diverse antrenamente focalizate în direcția optimizării performanțelor fizice și psihice ale subiecților. Tehnicile de relaxare îi ajută pe pacienți să-și demonstreze că țin sub control simptomele lor.

După I. Holdevici (1995) relaxarea este o tehnică psihoterapeutică și autoformativă, fundamentată științific, care urmărește realizarea unei decontractii musculare și nervoase, având ca efect un repaus cât mai eficient, economisirea energiei fizice și psihice, creșterea rezistenței la stres a organismului și diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat [20, p. 42].

Peveler și Johnston (1986) au demonstrat faptul că relaxarea crește gradul de accesibilitate a informațiilor pozitive în memoria pacientului și facilitează găsirea unor alternative la gândurile anxiogene [apud 21].

- *Psihoterapia sugestivă.* Una dintre formele mai frecvent utilizate de psihoterapie sugestivă este imageria dirijată. Ea include tehnici variate, precum vizualizarea de imagini mentale, utilizarea metaforelor, desenului, jocului de rol. Se are în vedere aducerea la lumină a unor conținuturi inconștiente, potențial psihotraumatizante, sau generatoare de tensiuni psihice. În terapiile actuale, imageria dirijată este în strânsă legătură cu relaxarea, pentru că aceasta din urmă premerge focalizarea atenției pe imaginile legate de situația problematică.

Spre exemplu, pacienții confrunțați cu dureri cronice sunt învățați inițial să-și însușească o tehnică de relaxare simplă (de exemplu primele etape din antrenamentul autogen Schultz, centrate pe senzația de căldură și greutate în membre, ritmicitatea respirației, etc.). Într-o a doua etapă sunt învățați să-și imagineze existența unui „sanctuar interior” în care nu există durere. Apoi sunt învățați să exploreze acest sanctuar, să petreacă cât mai mult timp acolo, să încerce să regăsească starea plăcută și la ieșirea din starea de relaxare, etc. Tehnica se bazează pe sugestii de întărire a stării de relaxare și pe condiționări pozitive succesive. În unele variante, ca adjuvant în relaxare și chiar pe parcursul imageriei se poate folosi muzica, realizându-se o alianță muzicoterapie-psihoterapie sugestivă.

- *Psihoterapia cognitiv-comportamentală.* Abordarea cognitiv-comportamentală leagă cogniția persoanei de comportamentul ei, considerând că felul de a se comporta al unui individ într-o anumită situație depinde de caracteristicile situației și de modalitatea în care acesta o interpretează. Corolarul acestei idei este că, pentru a schimba comportamentul ineficient al

persoanei, trebuie să intervenim asupra felului în care aceasta interpretează situațiile. Conform acestei abordări, problemele din sfera psihică sunt un rezultat al predominanței gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale, astfel încât în tratamentul acestora se urmărește identificarea și înlocuirea acestora cu altele pozitive, realiste și funcționale.

După I. Mitrofan (2008), metodele și tehnicile abordării cognitiv-comportamentale pot fi grupate în două categorii:

1. *Metode de identificare a gândurilor negative*: discutarea unei experiențe stresante recente (se descrie detaliat experiența, luându-se în calcul senzațiile, emoțiile și gândurile aferente); retrăirea evenimentelor anxiogene pe plan imaginativ sau prin intermediul jocului de rol și analiza trăirilor psihice aferente; analiza gândurilor asociate modificărilor de dispoziție din cadrul ședinței de consiliere.

2. *Metode de modificare a gândurilor negative și comportamentelor aferente*: explicarea de către consilier clientului a relației dintre gândire, afectivitate și comportament; informarea clienților asupra mecanismelor anxietății; distragerea clienților de la gândurile negative, prin implicarea lor în diverse activități; programarea activităților; explicarea clienților a unor principii de planificare riguroasă a timpului; verificarea veridicității gândurilor negative automat asociate unor situații [32 p. 164].

- *Psihoterapia experiențială* se constituie într-o paradigmă a restructurării și dezvoltării personale, ca o cale de redobândire și păstrare a sănătății psihice. Modalitatea de abordare este holistă și obiectivul său este autodezvoltarea, autotransformarea sanogenă și autocreația. Psihoterapia experiențială pune accent pe trăirea și devenirea ființei umane, proces în care fiecare trebuie să se implice conștient. Principiul său de bază este trăirea emoției și a experienței „aici și acum”, ceea ce îi permite persoanei conștientizarea propriei gândiri. Demersul terapeutic își propune să ajute persoana să obțină autonomia, să se accepte așa cum este, să-și afirme identitatea unică în confruntarea cu ceilalți, cu familia. Psihoterapia experiențială ajută clientul să se deblocheze și să-și folosească creativ propriile resurse, într-un proces de evoluție conștient, bazat pe libertatea alegerilor și pe asumarea responsabilităților. Fiecare om este unic și dispune de un potențial latent ce se cere valorificat, iar suferința psihică poate fi privită drept o expresie a scăderii potențialului uman, prin blocarea posibilităților sale de manifestare. Terapia nu are rolul de a modifica clientul, ci de a-i crea situații experiențiale prin care acesta să-și descopere propriile disponibilități și să le pună în acțiune în scopul dezvoltării propriei persoane.

Unul dintre vehiculele foarte des folosite de terapeuții experiențialiști este metafora.

Potrivit lui D. Gordon (1978) metafora este un mod de a vorbi despre experiență. În lucrarea sa autorul subliniază importanța povestirilor, miturilor, anecdotelor ca factori

terapeutici. Toate aceste mituri, povestiri, anecdote conținând în ele relații și pattern-uri de adaptare care operează în problema „reală”, provoacă în individ acele resurse asociate cu aceste relații și pattern-uri de adaptare conținute de metaforă. Activarea acestor resurse poate însemna rezolvarea problemei [144 p. 9].

De asemenea, Bettelheim (1976) aduce argumente semnificative privind importanța terapeutică a poveștilor și basmelor. Potrivit autorului basmele sunt terapeutice pentru că clientul descoperă propriile sale soluții, identificând elementele basmului care pot fi asociate cu problema lui. Conținutul basmului ales, în mod obișnuit nu are nimic de-a face cu situația reală a pacientului, însă, are de-a face cu problemele interioare care par de neînțeles și de nerezolvat [114].

În terapia care utilizează metafora ca instrument de provocare și creștere a creativității interpersonale este vorba despre întâlnirea a două sau mai multe metafore. Pe de-o parte există metafora fiecăruia dintre membrii grupului, iar pe de altă parte există metafora terapeutului, metaforă construită și propusă în funcție de problemele membrilor grupului. Fiecare client vine în terapie cu un model propriu asupra lumii. Experiența fiecăruia în legătură cu dragostea, ura sau prietenia este unică; astfel și metafora lui în legătură cu această experiență este unică. Metafora lui este modul lui de a vorbi despre experiența proprie. Conținutul metaforei nu este foarte important, important este ca metafora să conțină în structura ei relațiile și pattern-urile de adaptare ale clientului raportate la problema lui [31].

- *Art-terapia* se bazează pe ideea că procesul creativ implicat în auto-exprimare artistică ajută oamenii în rezolvarea conflictelor și a problemelor, în a dezvolta abilități interpersonale, în gestionarea comportamentului, reducerea stresului, creșterea respectul de sine și auto-conștientizarea. Art-terapia utilizează toate formele expresive: pictura, sculptura, muzica, literatura, poezia, teatrul, și dansul ca mijloace de punere în valoare și îmbogățire a personalității fiecăruia, ajutându-l să exprime emoțiile profunde și dificultățile pe care le întâmpină sau pur și simplu să se dezvolte armonios [56, 58, 86].

Beneficiile art-terapieii sunt următoarele: dezvoltarea inteligenței emoționale, dezvoltarea abilităților de exprimare, comunicare și relaționare, creșterea adaptării în societate, responsabilizare, dezvoltarea inițiativei, dezvoltarea imaginației și a spiritului creativ, reducerea tensiunilor și a anxietății, dezvoltarea unor instrumente sănătoase de rezolvare a conflictelor și dezvoltarea stimei de sine.

- *Terapia ocupațională* are la bază concepția după care activitatea voluntară sau, altfel spus, ocupația cu componentele sale interpersonale și de mediu, poate fi utilizată eficient pentru împiedicarea apariției sau ameliorarea disfuncțiilor organismului uman, contribuind, în acest fel,



la creșterea adaptării individului la societate. În cadrul terapiei ocupaționale accentul se pune pe caracteristicile individului în relație cu societatea și cu lumea în care trăiește. Obiectivele terapiei ocupaționale constau într-un program ce vizează ca finalitate creșterea încrederii în sine, creșterea independenței în activitatea pacientului, reintegrarea în mediul familial, social și profesional, deci de a oferi clientului condiția psihosocială a normalității [52].

În activitatea de terapie ocupațională se acționează pe trei mari domenii generale, care includ altele particulare și anume: formarea deprinderilor de viață cotidiană; cultivarea capacităților și aptitudinilor pentru muncă; educarea abilităților pentru diverse jocuri și petrecerea timpului liber. Deficitele determinate de diverse boli, dereglări emoționale sau stări de stres necesită intervenția prin metodele terapiei ocupaționale în vederea restabilirii nivelului maxim de funcționare a personalității. Cele mai semnificative feluri de terapie ocupațională sunt: meloterapia, biblioterapia, ludoterapia, terapia recreațională, ergoterapia etc.

Menționăm că în consilierea și psihoterapia persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA este necesar de respectat un set de reguli corespunzătoare problematicii acestei maladii. Astfel, Blagoslov [1] înaintează un set de reguli generale:

- consilierul trebuie să dețină informații despre infecția cu HIV și SIDA (modalitatea de acțiune a virusului, căile de transmitere și modalitățile de prevenire a transmiterii virusului, evoluția infecției, acțiunea medicamentelor, etc.);
- să se ofere un mediu de acceptare necondiționată, suport și ascultare;
- să se cunoască bine evoluția simptomatologiei și a consecințelor acesteia în plan psihic;
- să se identifice și să se activeze resursele clientului pentru o restructurare a modului de percepere a realității;
- să se conștientizeze (de către consilier) dificultățile legate de explorarea unor subiecte cu mare încărcătură afectivă (perspectiva morții, lipsa de siguranță legată de viitor, vinovăție);
- să se cunoască stadiile durerii și individualizarea comportamentelor clientului în cadrul acestor stadii;
- să se evite tendința de minimalizare a durerii clientului;
- să se respecte nevoile clientului (consilierul nu trebuie să presupună că știe ce este mai bine pentru client);
- să ajute clientul pentru a se implica activ în rezolvarea problemei sale;
- să se evite ancorarea prelungită în trecut - accent pe prezent și viitor;
- aprofundarea modalităților de intervenție în caz de criză;
- utilizarea unui limbaj pe înțelesul clientului, atât în ceea ce privește vocabularul cât și nivelul de abstractizare.

Datorită faptului că spectrul problemelor persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA este foarte divers, terapeuții folosesc cel mai frecvent forma integrativă sau eclectică a psihoterapiei, preluând tehnicile și modelele cele mai eficiente în intervenția unor cazuri individuale.

Aflarea statutului de seropozitivitate reprezintă un risc psihologic deosebit și antrenează o serie de repercursiuni psihologice. Modul de expresie al acestor repercursiuni depinde de mai mulți factori, dintre care cei mai importanți sunt: personalitatea subiectului, circumstanțele diagnosticării seropozitivității, anturajul său.

Stresul generat de particularitățile HIV/SIDA ca boală fără un tratament care vindecă, modificarea stilului de viață, multiplele pierderi suferite, povara păstrării secretului, discriminarea percepută permanent în jur sunt probleme care, de multe ori, provoacă pierderea echilibrului psihologic al persoanelor afectate, generând tulburări psihice majore.

Analiza complexă a consecințelor traumatizante ale autostigmatizării la persoanele seropozitive și a particularităților psihologice de funcționare a personalității acestora, relevă necesitatea oferirii sprijinului psihologic acordat acestor persoane, fapt ce ar contribui la depășirea dificultăților de adaptare la noul stil de viață și de integrare armonioasă în societate.

Astfel, următoarea sarcină a cercetării noastre a constat în determinarea principiilor și strategiilor de lucru cu persoanele seropozitive și elaborarea unui program de suport psihologic. Suportul psihologic profesional ce vine în sprijinul persoanelor seropozitive cuprinde intervenții ce includ consilierea sau psihoterapia individuală, terapia de grup sau grupurile de suport.

### **3.2. Proiectarea și implimentarea *Programului de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive***

Partea a doua constă în realizarea unui model de cercetare de tip experimental, deoarece avem atât repartiție aleatorie a subiecților, cât și manipularea tratamentului (partea formativă).

Ținând cont de rezultatele prezentate anterior, am elaborat un program de suport care are drept scop diminuarea nivelului de autostigmatizare la persoanele seropozitive acesta fiind un sistem de exerciții și tehnici, organizat sub formă de training. Programul de suport are drept obiective familiarizarea cu noțiunea de autostigmatizare (cunoașterea cauzelor, caracteristicilor și consecințelor acestui fenomen), diminuarea nivelului de autostigmatizare prin dezvoltarea strategiilor de coping și competențelor emoționale, creșterea persistenței motivaționale, ridicarea nivelului autoaprecierii, restructurarea cognitivă, dezvoltarea abilităților sociale.

Ipoteza, pentru acest compartiment al cercetării noastre, este presupunerea că intervențiile psihologice special organizate pot să influențeze pozitiv asupra valorificării potențialităților latente și activării resurselor personale, dezvoltării competențelor emoționale favorizând

dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională și personală, dezvoltarea elementelor cheie ale conștiinței de sine, reducerea anxietății, eliminarea sentimentelor de vină, prin aceasta să contribuie la diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

Programul de suport psihologic cuprinde măsuri și activități orientate spre ameliorarea dereglărilor funcționării psihice și a comportamentului uman prin introducerea, în grupul cercetat, a unor „factori de progres”, cu ajutorul unor mijloace speciale de interacțiune psihologică [8]. Scopul major al intervenției psihologice în situația de maladii cronice, este schimbarea accentului de pe pierderea stării de sănătate pe acceptarea bolii și crearea unui nou stil de viață, contribuind la creșterea calității vieții acestor bolnavi prin preîntâmpinarea procesului de inadaptare socială, reducerea simptomelor și mărirea perioadelor de remisie între complicații, profilaxia dereglărilor psihice induse de boala cronică, modalități de acceptare a bolii, de ameliorare a statusului funcțional, care să mențină sau să îmbunătățească nivelul de complianță la tratamentul medicamentos prin luarea în considerare a tuturor factorilor (psihici, sociali, psiho-sociali, biologici), cu alte cuvinte educarea bolnavilor [62].

Intervențiile psihologice pot avea câteva caracteristici esențiale, în baza cărora persoanele seropozitive sunt ajutate să-și stăpânească și să-și controleze frica, neliniștile și anxietățile, prin descărcarea tensiunilor și reenergizarea organismului, prin reducerea sensibilității emoționale, prin stimularea expresivității și creativității, prin trăirea stărilor afective pozitive și formarea unor reacții și răspunsuri comportamentale, potrivite și sănătoase, față de stimulii stresogeni, prin activarea și optimizarea capacităților de autocunoaștere, relaționare și comunicare interpersonală, prin dezvoltarea unei atitudini pozitive față de sine ca o persoană unică și valoroasă și prin exersarea modelelor de comportament plin de siguranță. În activitățile de intervenție psihologică se analizează acele aspecte ale anxietății și inadaptării sociale, datorate maladiei, spitalizărilor frecvente, cât și experiențelor traumatizante cu membrii familiei.

La baza elaborării *Programului psihologic de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive* au stat ideile autorilor expuse în literatura de specialitate [80, 92, 106, 116, 132, 136, 157, 163, 169, 184, 188, 197, 200, 218] conform cărora: prevenirea autostigmatizării este posibilă prin cunoașterea mecanismelor instalării acestui fenomen; diminuarea nivelului de autostigmatizare este posibilă prin influența asupra factorilor declanșatori; diminuarea autostigmatizării este posibilă prin dezvoltarea strategiilor de coping adecvate, competențelor emoționale și creșterii încrederii în sine.

*Programul psihologic de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive* conține atât metode și tehnici tradiționale, elaborate în cadrul diferitor orientării umaniste ale psihoterapiei contemporane, cât și unele tehnici adaptate, specifice pentru

fenomenul de autostigmatizare. Astfel, *Programul* include blocuri informative, însoțite de suporturi/fișe, care au fost distribuite participanților cu scopul de a consolida materialul trecut; s-a aplicat lucrul în grupuri mici/perechi, conversații în grup, brainstormingul, prezentări, exersări individuale și în grup, testări etc. De asemenea, în cadrul programului de suport s-a recurs și la poveștile terapeutice, cardurile asociative metaforice, elemente de art-terapie, colajul, îmbinându-se cu tehnicile de psihodiagnostic, de formare și analiză a rezultatelor obținute. Fiecare exercițiu sau metodă inclusă în program urmărește un scop bine determinat și trasat în concordanță cu etapa de lucru și cu necesitățile fiecărui participant, cu obiectivele grupului în ansamblu. S-a constatat interesul sporit al participanților pentru surse bibliografice suplimentare privind autocunoașterea și dezvoltarea competențelor comunicative.

La elaborarea programului de suport ne-am condus de indicațiile metodice cu privire la desfășurarea activităților în grup și la organizarea training-urilor [8, 32, 57, 67, 71, 72, 74, 88, 96, 98, 101] atestate în literatura de specialitate.

De asemenea, la elaborarea programului s-a ținut cont de factorii terapeutici implicați în ameliorarea psihologică indicați de I. Yalom (2008) în lucrarea sa [65], aceștia fiind următorii:

- **Inducerea speranței.** Speranța are o dimensiune personală, flexibilă și se redefinește, se ajustează fiecărui membru al grupului, indiferent de punctul în care acesta se află în evoluția sa terapeutică. Într-un grup terapeutic, compus în general din oameni cu probleme similare, există indivizi care deja fac față unei situații mai bine decât ceilalți, iar exemplul lor este dătător de speranță pentru aceștia din urmă.

- **Universalitate.** Multe persoane, din cauza izolării sociale severe, au un sentiment acut al unicității proprii suferințe și experiențe, însă, în cadrul terapiei de grup vor descoperi că ceea ce ne aseamănă este mult mai consistent decât ceea ce ne separă și ne diferențiază. În cadrul sesiunii de grup, membrii își împărtășesc experiențele și sentimentele proprii, descoperind, astfel, că nevoile și problemele lor nu sunt singulare, acest fapt având drept beneficii eliminarea sentimentului de izolare, validarea experiențelor personale și creșterea stimei de sine.

- **Informarea** include instruirea didactică referitoare la anumite condiții, sfaturi și sugestii din partea terapeutului sau a celorlalți membri ai grupului. Uneori procesul educațional este implicit, membrii grupului învățând direct din activitatea grupului despre dinamica proceselor interpersonale, despre semnificația unor simptome și metode de a le face față, despre viața psihică în general.

- **Altruismul.** Grupul este cadrul în care membrii se pot ajuta reciproc, iar experiența de a fi capabil să oferi celuilalt ceva crește stima de sine și facilitează dezvoltarea unor abilități

interpersonale de comunicare, precum și a unor modalități adecvate de adaptare. Membrii grupului se pot ajuta, unii pe alții, ascultându-se, oferind sfaturi, încurajându-se reciproc, împărtășind cu ceilalți experiențele lor, uneori, numai simpla prezență lipsită de criticism și prejudecăți putând avea un dublu efect benefic.

- **Recapitularea corectivă a relațiilor din familia de origine.** Terapeutul va ajuta membrii grupului să înțeleagă impactul experiențelor din copilărie asupra personalității lor și, astfel, membrii grupului vor reuși să evite repetarea inconștientă a modelelor interactive din trecut în cadrul relațiilor interpersonale actuale.

- **Îmbunătățirea aptitudinilor de socializare.** Un grup terapeutic este, înainte de toate, un grup social, în care mai mulți indivizi interacționează, respectând niște norme. Spre deosebire însă de alte grupuri sociale de care poate aparține cineva (de exemplu, grupul colegilor de muncă), grupul terapeutic are niște reguli clar stabilite de la început, menite a facilita interacțiunea onestă, iar cea mai importantă dintre aceste reguli este oferirea de feedback constructiv.

- **Comportamentul imitativ.** Unul din principiile de baza ale terapiei de grup enunță că individul este afectat de sistemul, de mediul în care funcționează, trăiește. În cadrul terapiei de grup, unicul mod prin care membrii pot să-și dezvolte abilitățile sociale este prin intermediul procesului de modelare, de observare și de imitare a terapeutului și a celorlalți membri ai grupului, prin împărtășirea sentimentelor personale, exprimarea temerilor și suportul celorlalți.

- **Învățarea interpersonală.** În terapia de grup, oamenii descoperă modul în care obișnuiesc să se raporteze la ceilalți, conștientizează așteptările pe care le au de la ceilalți și învață să relaționeze, într-un mod mai realist și mai echilibrat, în care avantajele și dezavantajele relaționale sunt echitabil distribuite. În plus, fiecare participant va oferi și va primi feedback, în acest fel reușind să dobândească un nivel ridicat de autocunoaștere.

- **Coeziunea grupului.** Coeziunea grupului nu se referă numai la suportul și încurajările pe care un membru al grupului le poate primi din partea celorlalți participanți, ci și la feedback-ul onest pe care îl primește și, în general, la toate acele aspecte care contribuie la sentimentul că „celorlalți le pasă”. Pentru cei care se simt deprivăți de o comunicare umană cu adevărat semnificativă și pentru cei lipsiți de sentimentul de apartenență, grupul terapeutic poate suplini exact ceea ce le lipsește.

- **Catarsisul.** În cadrul terapiei de grup, catarsisul constă în eliberarea participantului de sentimentele negative prin exprimarea liberă și necenzurată a emoțiilor. Când membrii

grupului spun povestea personală în fața unei audiențe suportive, ei se pot elibera de sentimentul de rușine și de vină.

- **Factorii existențiali.** În cadrul terapiei de grup, membrii vor învăța că trebuie să își asume responsabilitatea pentru propria existență și, mai ales, să-și asume consecințele propriilor decizii. Acest factor terapeutic se referă la înțelegerea de către membrii grupului a unor adevăruri inexorabile (cum ar fi faptul că durerea și moartea sunt inevitabile) și la acceptarea faptului că indiferent cât de mult ai încerca să te apropii de ceilalți ești practic singur, fără a uita, însă, că unica ființă care are libertatea de a da un sens acestei vieți ești chiar tu.

### **Subiecții experimentului**

În experimentul formativ au fost incluse 24 de persoane seropozitive cu vârsta cuprinsă între 20-42 ani, care cunosc diagnosticul de seropozitivitate de 6-12 luni, a câte 12 în grupul de control și în grupul experimental. Limita numărului de participanți a fost impusă de cerințele de organizare a grupului de suport care recomandă ca numărul maxim de membri să fie 12. Pentru grupul experimental au fost selectate persoanele seropozitive care prezentau un nivel înalt de autostigmatizare și prezentau dificultăți de adaptare la statutul de seropozitivitate. În mod similar a fost constituit și grupul de control.

Pentru a respecta rigorile metodologice ale experimentului formativ am comparat grupurile implicate în cercetare (grupul experimental și grupul de control) în ceea ce privește variabilele cercetării, pentru a ne asigura că grupurile sunt omogene în faza pretest. Rezultatele analizei statistice a variabilelor incluse în cercetare au demonstrat că grupurile sunt *omogene*.

### **Organizarea și desfășurarea programului de suport.**

Tematica programului de suport a fost structurată în 12 ședințe a câte 2 ore cu o frecvență de 1 ședință în lună cuprinzând în total 24 ore. Stabilirea duratei ședințelor și frecvenței lor a fost determinată de faptul că participanții seropozitivi cu un nivel înalt de autostigmatizare manifestau dificultăți în stabilirea relațiilor sociale prin comportamente de izolare și evitare. Menționăm faptul că săptămânal aveau loc ședințe individuale cu participanții la programul de suport. În cadrul ședințelor individuale erau discutate aspecte ce țin de dificultatea dezvoltării diagnosticului membrilor familiei, prezența sentimentelor de vină și deznădejde, lipsa unui viitor, teama de a nu fi divulgat diagnosticul etc.

Fiecare ședință a fost desfășurată în conformitate cu următorul plan:

*Etapă I. Preliminară:* salutul, care include exerciții de prezentare, de creare a atmosferei de colaborare, procedee de diagnosticare a stării curente a participanților, aplicate în conformitate cu necesitatea de a crea o atmosferă de lucru în grup;

*Etapa II.* Tema propriu-zisă: prezentarea și dezbateră problema, exerciții de relaționare interpersonală;

*Etapa III.* Debriefingul sau reflecția: consolidarea cunoștințelor și a informației, reflectarea sentimentelor și a experienței acumulate;

*Etapa IV.* Etapa finală.

Accentul de bază în timpul desfășurării programului de suport a fost pus pe lucrul individual, deoarece autostigmatizarea poate fi diminuată doar prin cunoașterea trăirilor, comportamentelor, emoțiilor și gândurilor personale. Ulterior, la dorință, rezultatele exercițiilor erau prezentate grupului și supuse discuțiilor. Am utilizat pe larg și lucrul în grupuri mici, pentru formarea cărora am utilizat în calitate de criterii zilele de naștere, culoarea preferată, diverse figuri geometrice, cartonașe tematice etc.

Datorită faptului că grupul țintă al programului de suport a fost unul specific, elaborarea și desfășurarea activităților de suport psihologic a presupus respectarea regulilor și recomandărilor corespunzătoare vârstei, nivelului de educație, statutului social, perioada aflării diagnozei, nivelul de stigmatizare și discriminare, experiențe de izolare socială etc. Astfel au fost elaborate și unele reguli, care ulterior au fost discutate și completate în cadrul primei ședințe de către membrii grupului, pentru a asigura tuturor participarea eficientă la activitățile în comun; au fost stabilite și alte priorități, cum ar fi respectarea orarului și a timpului, dreptul fiecărui participant la confidențialitate, instaurarea unei atmosfere psihologice favorabile.

Astfel, activitățile incluse în programul de suport au fost structurate astfel:

- Introducerea în activitate și prezentarea de către moderator a sarcinii propuse pentru subiecți;
- Desfășurarea propriu-zisă, care este specifică fiecărui tip de activitate;
- Reflecțiile și comentariile, care au ca scop conștientizarea importanței activității propuse și clarificarea aspectelor problemă;
- Încheierea activității ce urmărește fixarea noilor cunoștințe și elaborarea unei concluzii generale.

În această ordine de idei, prezentăm descrierea succintă a ședințelor *Programului de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive* (descrierea detaliată este prezentată în Anexa 6):

Am inițiat programul de suport cu o ședință a cărui scop a fost stabilirea regulilor de grup și crearea în grup a unei atmosfere confortabile, binevoitoare, de încredere și siguranță. În cadrul ședinței au fost utilizate tehnici care au avut drept scop cunoașterea participanților la programul

de suport. A fost efectuată o prezentare generală a programului, indicându-se obiectivele, planificarea, modul de desfășurare și metodologia. La fel au fost stabilite relații de încredere dintre moderator și participanți. În încheierea ședinței au fost stabilite regulile de lucru pe parcursul programului de suport care au rolul de a facilita desfășurarea ședințelor:

- Sunt de acord să-i ajutăm pe ceilalți să se simtă confortabil și să fac eforturi să socializez cu celelalte persoane din grup;
- Voi avea grijă, înainte de a face un comentariu, ca persoana care povestește să fi terminat de vorbit;
- Mă voi strădui să ascult cu atenție persoana care vorbește și să descurajez conversația fără legătură cu subiectul;
- Voi încuraja comentariile pozitive;
- Voi reține că poate fi mai mult decât un singur răspuns „corect”;
- Dacă voi observa persoane tăcute în grup, le voi încuraja cu blândețe, să participe la discuție;
- Voi înțelege că este dreptul unei persoane să-și exprime sentimentele negative;
- Înțeleg că tot ce se spune în cadrul grupului rămâne acolo și este confidențial.

Cea de a doua ședință a programului a avut scopul de formare și dezvoltare a deprinderilor de autocunoaștere, cunoaștere interpersonală și creșterea nivelului de autoapreciere. În cadrul ședinței s-au utilizat tehnici de autocunoaștere și cunoaștere interpersonală cu scop de definire a identității fiecărui participant. Activitățile propuse au oferit participanților posibilitatea de a explora caracteristicile personale și a exersa diferite modalități de exprimare a personalității. Drept reper a servit ideea că autocunoașterea persoanelor realizată în cadrul grupului permite compararea cu alții pentru a-și descoperi individualitatea și unicitatea. Astfel, participanții au avut ocazia să compare propriile calități cu ale altora, să definească propria unicitate și să respecte diferențele existente între membrii grupului. De asemenea, participanții au reușit să recunoască propriile calități și să elaboreze strategii pentru a-și spori sentimentul propriei valori.

Următoarele două ședințe ale programului de suport au vizat scopul de creștere a nivelului de autoapreciere și încredere în propriile forțe prin autocunoaștere. Tehnicile utilizate au avut rolul de identificare a evenimentelor și realizărilor pozitive, a trăsăturilor de personalitate care contribuie creșterea potențialului personal. Am pornit de la ideea că dacă într-adevăr dorim o schimbare în viață, ceea ce trebuie să înțelegem mai întâi este că fiecare dintre noi trebuie să se cunoască pe sine; să-și recunoască succesele; să conștientizeze ce performanțe poate atinge; să cunoască care sunt trăsăturile de personalitate ce favorizează atingerea aspirațiilor. La fel,



participanții au fost ajutați să înțeleagă că recunoașterea succeselor este o condiție obligatorie atunci când doresc să valorifice potențialul personal.

Scopul celei de-a cincea ședință a programului de suport a fost formarea și dezvoltarea deprinderilor de management al emoțiilor. Pe parcursul ședinței au fost utilizate tehnici destinate managementului emoțiilor și formarea deprinderilor de a evita modalitățile disfuncționale de control ale emoțiilor. O atenție deosebită a fost acordată modalităților în care participanții identifică propriile emoții, acceptă stările lor emoționale și aleg strategia de gestionare a emoțiilor cu care se confruntă. Participanții au fost ajutați să dezvolte abilități de restabilire a echilibrului interior prin conștientizarea propriilor stări emoționale și elucidarea modului în care emoțiile negative subminează eficiența lor personală.

Formarea și dezvoltarea abilităților de comunicare în vederea optimizării relațiilor interumane a constituit scopul următoarei ședințe a programului de suport. Tehnicile utilizate în cadrul ședinței au avut rolul de a elucidă importanța abilităților de comunicare în procesul de interacțiune cu alte persoane. S-au accentuat în mod special aspectele ce țin de montajele de comunicare ce duc la formarea stereotipurilor și prejudecăților, acestea fiind blocaje majore care necesită a fi eliminate. Participanții au fost ajutați să conștientizeze importanța abilităților de ascultător activ în procesul de comunicare și impactul negativ al interpretărilor eronate despre ceea ce gândesc sau simt ceilalți. De asemenea, au fost analizate modalitățile de optimizare a procesului de comunicare în relațiile interumane.

Pentru cea de-a șaptea ședință a programului am stabilit scopul de dezvoltare a gândirii pozitive prin repolarizarea gândirii, ceea ce permite identificarea părților pozitive a lucrurilor aparent negative. Pe parcursul ședinței s-a încercat de a motiva subiecții să gândească pozitiv și să poată înlătura gândurile negative. Strategia abordată este cea a gândirii pozitive bazată pe rezultatele pe care le poate genera și nu doar la o gândire pozitivă în sine decuplată de la realitate. Ideea de pornire a fost a așteptărilor bune și a pregătirii pentru ce este mai rău. Așteptându-te la ce este mai bine ai un set-up mental care te pune în acțiune, care îți permite să vezi oportunitățile, care îți dă forță și energie să intri în acțiune. A fi pregătit pentru ce este mai rău este partea sănătoasă a gândirii pozitive. Acest fapt nu direcționează spre ideea de a aștepta să eșuezi, ci să-ți iei sistematic toate măsurile pentru a preveni un dezastru în ceea ce privește deciziile ce urmează a fi luate. Participanții au fost ajutați să aprecieze corect posibilitățile sale și să-și poată asuma riscurile cu mai puține consecințe.

Următoarea ședință a reflectat scopul de conștientizare a problemelor ce sunt generate de traumele psihice și explorarea soluțiilor eficiente, care să permită atingerea stării de bine din punct de vedere emoțional. În cadrul ședinței au fost abordate aspecte ce țin de definirea

traumelor psihice și sursele acestora, au fost analizate modalitățile de depășire și gestionare a stărilor emoționale ca urmare a traumelor psihice, a fost delimitat rolul traumelor psihice în formarea personalității etc. Prin intermediul tehnicilor utilizate, în special prin metoda art-terapeutică din cadrul ședinței, li s-a menționat participanților cât este de important să transformăm durerea în ceva frumos și să conștientizăm faptul că suntem mai puternici dacă verbalizăm emoțiile și stările negative. Întotdeauna există soluții, chiar și din cioburi și lucruri de nimic pot fi create cele mai valoroase opere de artă. Unor asemenea opere de artă sunt persoanele care au cunoscut durerea, dar care au învins-o.

Conștientizarea barierelor în dezvoltarea personală cauzate de fricile proprii și explorarea soluțiilor eficiente, care să permită restabilirea echilibrului emoțional a constituit scopul celei de-a noua ședință a programului de suport. Tehnicile utilizate în cadrul ședinței au avut drept scop elucidarea faptului că fricile sunt comportamente învățate care ne împiedică în dezvoltarea potențialului propriu. De asemenea, au fost analizate modalitățile de depășire a fricilor personale prin evidențierea fiecărei etape de depășire a fricilor. Participanții au avut ocazia să conștientizeze care sunt cele mai evidente bariere în manifestarea potențialului personal datorită fricilor cu care se confruntă și în ce fel poate fi restabilit echilibrul lor emoțional. Li s-a menționat că oamenii de succes nu sunt cei care nu au frici, ci sunt cei care pot fi mai puternici decât fricile lor.

Următoarele două ședințe ale programului de suport au vizat scopul de reevaluare a sistemului de valori și stabilirea priorităților în efortul spre atingerea obiectivelor de viitor și reluarea activităților abandonate. Accentul a fost pus pe sistemul propriu de valori al participanților și rolul acestuia în structura de personalitate. Participanții au fost încurajați să identifice lucrurile care le determină esența lor ca personalitate și să conștientizeze relația dintre sistemul de valori și abilitatea de stabilire a obiectivelor de viitor. De asemenea, a fost menționat faptul că capacitatea de a planifica lucruri noi este cheia succesului și ne ajută să depășim situațiile dificile în care suntem uneori încorsetați. Prin intermediul tehnicilor de vizualizare au fost stimulate abilitățile participanților de a proiecta noi idei, noi perspective de dezvoltare și de a relua unele activități care au fost abandonate datorită unei persistențe motivaționale scăzute. În acest sens, au fost utilizate metodele de consolidare a Eului ce au rolul de a aduce la suprafață un material inconștient, relevant pentru problemele persoanei, astfel încât să activeze resursele interioare importante.

Ședința de finalizare a programului de suport a avut scopul de consolidare a materialului și evaluarea progresului participanților. În cadrul ședinței s-au recapitulat principalele mecanisme de diminuare a autostigmatizării; participanții au făcut schimb de feedback pozitiv în vederea

depășirii stărilor emoționale negative, sporirea persistenței motivaționale în atingerea scopurilor de viitor și manifestarea deplină a potențialului personal. A fost readministrat Chestionarul „*Scala Persistenței Motivaționale*”, elaborat de T. Constantin, chestionarul de evaluare a autostigmatizării *HIV Stigma Scale* elaborat B.E. Berger și Chestionarul de Personalitate *Big Five* elaborat de R. McCrae și P. Costa în vederea identificării modificărilor intervenite după participarea la programul de suport.

### 3.3. Evaluarea eficienței Programului de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive

Pentru a aprecia eficiența programului de suport în vederea diminuării a autostigmatizării la persoanele seropozitive, au fost analizate rezultatele obținute de persoanele care au participat la activitățile propuse, prin readministrarea următoarelor probe: Chestionarul „*Scala Persistenței Motivaționale*”, elaborat de T. Constantin, chestionarul de evaluare a autostigmatizării *HIV Stigma Scale* elaborat B.E. Berger, Chestionarul de Personalitate *Big Five* elaborat de R. McCrae și P. Costa.

În cercetarea noastră am apelat la *planul experimental test-retest cu subiecți repartizați aleatoriu și cu grup de control*, prezentat în figura următoare:

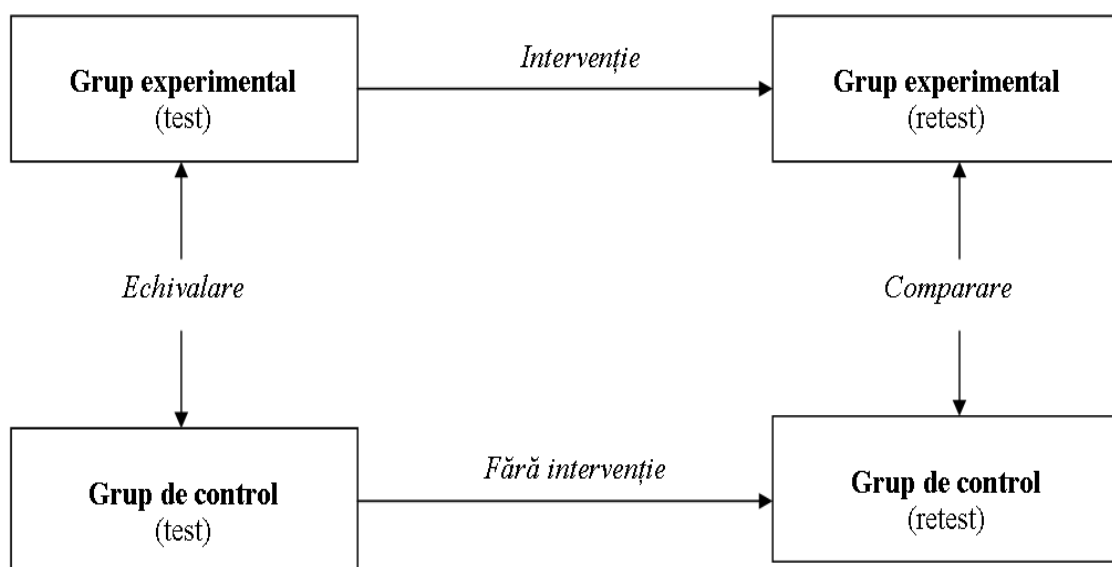


Fig.3.1. Planul experimental al cercetării

Prin urmare, au fost comparate răspunsurile oferite de persoanele seropozitive din grupul experimental după realizarea programului de suport cu cele oferite de subiecții din grupul de

control, fiind, de asemenea, comparate și evidențiate diferențele dintre rezultatele obținute la test și retest de către participanții din grupul experimental și cel de control.

Prezentăm în continuare schimbările ce au survenit în rezultatele grupului supus experimentului psihologic, în comparație cu rezultatele obținute de persoanele seropozitive din grupul de control, care nu au urmat ședințele programului de suport. Rezultatele sunt prezentate urmând logica expunerii din experimentul de constatare.

Examinarea rezultatelor test-retest obținute de către persoanele seropozitive la Chestionarul „*Scala Persistenței Motivaționale*”, elaborat de T. Constantin a scos în evidență diferențe semnificative între factorii persistenței motivaționale. Mai jos prezentăm ilustrarea grafică a rezultatelor obținute de persoanele seropozitive cu un nivel înalt de autostigmatizare, supuse experimentului până și după programul de suport.

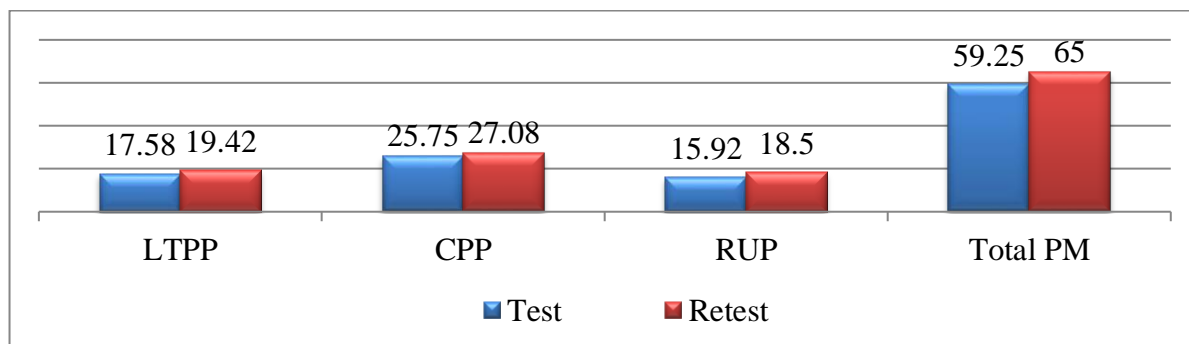


Fig. 3.2. Manifestarea factorilor persistenței motivaționale la grupul experimental, test-retest (valori medii)

Observăm o creștere considerabilă a valorilor obținute la factorii persistenței motivaționale la persoanele seropozitive. Rezultatele, totuși, nu indică faptul că persistența motivațională este manifestată la nivel maxim, dar creșterea înregistrată ne permite să susținem încă o dată că nivelul persistenței motivaționale poate fi dezvoltat. Creșterea nivelului persistenței motivaționale la persoanele seropozitive a fost confirmată statistic și de rezultatele testului t-Student. Astfel, testul a scos în evidență prezența diferenței semnificative între etapa test-retest la variabila *PM* (test  $m=59,25$ ; retest  $m=65,00$ ;  $t = -10,972$ ;  $p \leq 0,001$ ).

Datele prezentate ne permit să afirmăm că la persoanele seropozitive din grupul experimental, care au participat la programul de suport, a crescut nivelul persistenței motivaționale. Creșterea înregistrată se poate datora mai multor factori, printre care putem presupune: identificarea unor noi resurse de alimentare a motivației în efortul de atingere a unor obiective importante; creșterea încrederii în forțele proprii fapt care a permis reluarea unor inițiative personale amânate sau abandonate; depășirea barierelor proprii și acceptarea unor noi provocări în vederea realizării unor proiecte semnificative pentru sine.

În ceea ce privește factorii persistenței motivaționale, și anume: urmărirea scopurilor pe termen lung, urmărirea sarcinilor curente și reamintirea scopurilor neatinse în cadrul grupului experimental, la etapa test-retest, am obținut următoarele date:

Tabelul 3.1. Semnificația diferenței dintre medii privind factorii persistenței motivaționale la grupul experimental, test-retest

<i>Factorii persistenței motivaționale</i>	<i>Grupul experimental</i>	<i>Valoarea mediei</i>	<i>t-Student</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Urmărirea scopurilor pe termen lung LTPP	test	17,58	-8,848	p ≤ 0,001
	retest	19,42		
Urmărirea sarcinilor curente CPP	test	25,75	-4,000	p ≤ 0,01
	retest	27,08		
Reamintirea scopurilor neatinse RUP	test	15,92	-8,983	p ≤ 0,001
	retest	18,50		
Scor total PM	test	59,25	-10,972	p ≤ 0,001
	retest	65,00		

Atestăm că are loc o creștere considerabilă a rezultatelor ce țin de factorii persistenței motivaționale la persoanele seropozitive care au participat la activitățile din cadrul programului de suport. Astfel, subiecții participanți la programul de suport au reușit să dezvolte pe parcursul acestuia capacitatea de a rezista rutinei, stresului, oboselei; să redescopere diverse strategii și mijloace de atingere a obiectivelor din trecut; să-și reevalueze lista valorilor și a scopurilor neatinse; să-și mărească încrederea și aprecierea față de propria persoană.

La grupul de control diferențele dintre valorile medii test-retest prezintă o tendință de creștere la factorii și scorul total al persistenței motivaționale: *urmărirea scopurilor pe termen lung* (grup de control test m=16,75; grup de control retest m=16,83), *urmărirea sarcinilor curente* (grup de control test m=24,50; grup de control retest m=24,67), *reamintirea scopurilor neatinse* (grup de control test m=15,75; grup de control retest m=16,25) și scorul *total al PM* (grup de control test m=57,00; grup de control retest m=57,75). Rezultatele referitoare la persistența motivațională obținute la grupul de control test-retest s-au dovedit a fi *ne semnificative* din punct de vedere statistic: *LTPP* (t=-1,000; p= ne semnificativ), *CPP* (t=-0,518; p= ne semnificativ), *RUP* (t=-1,732; p= ne semnificativ), *PM total* (t=-1,517; p= ne semnificativ).

Mediile obținute de persoanele seropozitive din grupul experimental și grupul de control la etapa retest referitoare la factorii persistenței motivaționale sunt reprezentate în continuare:

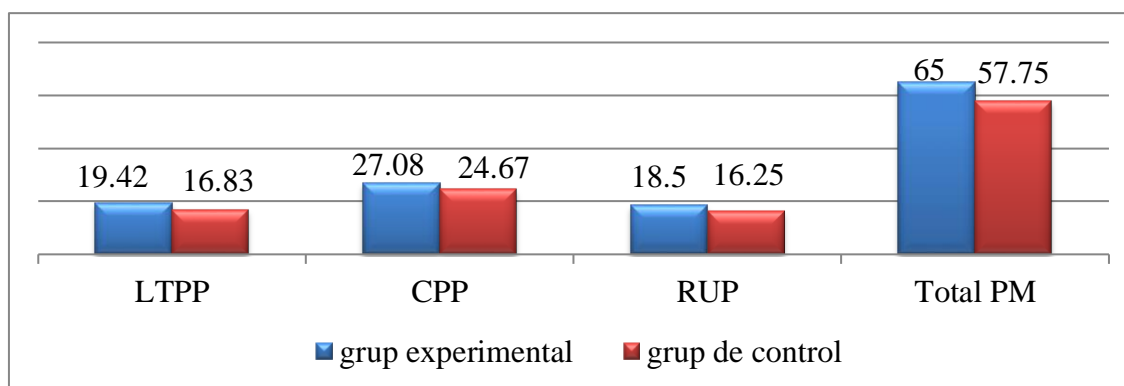


Fig. 3.2. Manifestarea factorilor persistenței motivaționale la grupul experimental și grupul de control, etapa retest (valori medii)

Drept urmare a analizei datelor prezentate, constatăm deosebiri între rezultatele ce reflectă manifestarea factorilor persistenței motivaționale la grupul experimental și grupul de control la etapa retest. În urma aplicării testului t-Student evidențiem prezența diferenței semnificative între rezultatele grupului experimental și grupul de control la etapa retest pentru variabila *PM general* (grup experimental  $m=65,00$ ; grup de control  $m=57,75$ ;  $t = 3,762$ ;  $p \leq 0,001$ ), cu rezultate mai mici pentru subiecții din grupul de control.

Aceste date ne permit să constatăm că la etapa retest persoanele seropozitive din grupul experimental, comparativ cu subiecții din grupul de control, manifestă un nivel mai înalt de persistență motivațională. Aceștia au o capacitate mai înaltă de a persevera comportamental și motivațional în efortul spre atingerea unor obiective ambițioase; au tendința de a persista, de a investi timp și efort, de a nu abandona obiectivele propuse.

Rezultatele obținute de către grupul experimental și grupul de control la etapa retest pentru factorii persistenței motivaționale au fost incluse în următorul tabel.

Tabelul 3.2. Semnificația diferenței dintre medii privind factorii persistenței motivaționale la grupul experimental și grupul de control, etapa retest

<i>Factorii persistenței motivaționale</i>	<i>Eșantion</i>	<i>Valoarea mediei</i>	<i>t-Student</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Urmărirea scopurilor pe termen lung LTPP	grup experimental	19,42	2,234	$p \leq 0,05$
	grup de control	16,83		
Urmărirea sarcinilor curente CPP	grup experimental	27,08	2,198	$p \leq 0,05$
	grup de control	24,67		
Reamintirea scopurilor neatins RUP	grup experimental	18,50	2,292	$p \leq 0,05$
	grup de control	16,25		
Scor total PM	grup experimental	65,00	3,762	$p \leq 0,001$
	grup de control	57,75		

Se atestă diferențe statistic semnificative pentru factorii: *urmărirea scopurilor pe termen lung* ( $t=2,234$ ;  $p \leq 0,05$ ), *urmărirea sarcinilor curente* ( $t=2,198$ ;  $p \leq 0,05$ ) și *reamintirea scopurilor neatinse* ( $t=2,292$ ;  $p \leq 0,05$ ), cu rezultate mai mici pentru grupul de control.

Persoanele seropozitive care nu au participat la activitățile grupului de suport manifestă un nivel mai redus al persistenței motivaționale comparativ cu subiecții din grupul experimental/retest. Conștientizarea relației dintre sistemul de valori și abilitatea de stabilire a obiectivelor de viitor, validarea experiențelor personale și creșterea stimei de sine, recunoașterea capacităților și resurselor personale, exersarea abilităților de a proiecta noi idei, noi perspective de dezvoltare și de a relua unele activități care au fost abandonate, toate acestea au determinat creșterea persistenței motivaționale la subiecții participanți la programul de suport.

O altă variabilă studiată în cadrul cercetării noastre a fost autostigmatizarea la persoanele seropozitive. În acest sens am readministrat grupului experimental și grupului de control chestionarul de evaluare a autostigmatizării *HIV Stigma Scale* elaborat de B.E. Berger. Examinarea rezultatelor test-retest obținute de către subiecții din grupul experimental la Chestionarul *HIV Stigma Scale* a scos în evidență diferențe semnificative survenite în rezultatele ce reflectă manifestarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

Mai jos prezentăm ilustrarea grafică a rezultatelor la etapa test-retest obținute de către persoanele seropozitive din grupul experimental și grupul de control.

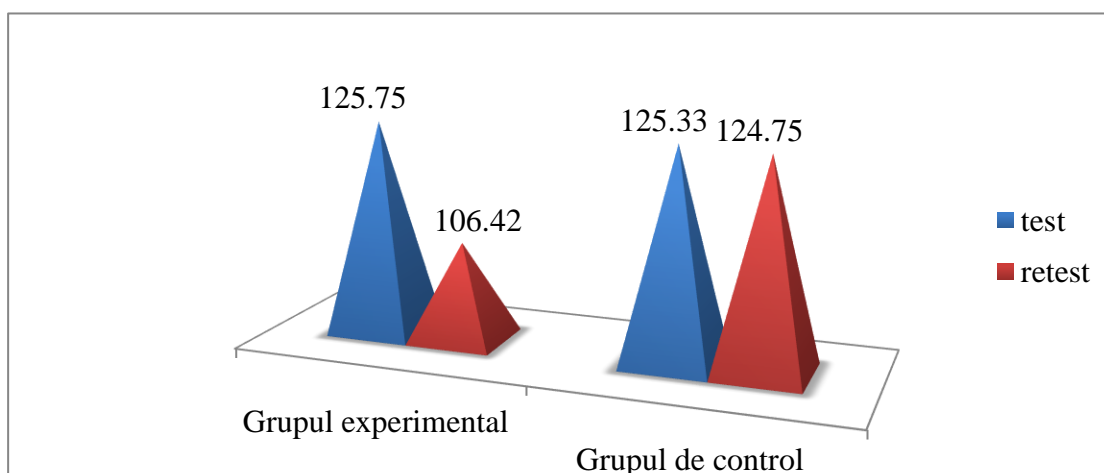


Fig. 3.3. Manifestarea autostigmatizării la grupul experimental și grupul de control, test-retest (valori medii)

Datele prezentate ne permit să afirmăm că la persoanele seropozitive din grupul experimental, care au urmat ședințele programului de suport pentru diminuarea autostigmatizării, a scăzut nivelul autostigmatizării. Compararea rezultatelor ne permite să constatăm următoarele deosebiri de medii pentru grupul experimental: test ( $m=125,75$ ); retest ( $m=106,42$ ). Prelucrarea statistică a rezultatelor a confirmat diferențele semnificative ( $t=9,679$ ;  $p \leq 0,001$ ), rezultatele mai

mici fiind înregistrate la persoanele seropozitive din grupul experimental după participarea la programul de suport psihologic.

În opinia noastră aceasta se datorează la nivel de cunoaștere: familiarizarea cu fenomenul de autostigmatizare; cunoașterea cauzelor, repercursiunilor și modalităților de manifestare; valorizarea acelor trăsături de personalitate care contribuie la depășirea autostigmatizării; identificarea caracteristicilor personale care contribuie la diminuarea acestui fenomen. La nivel de aplicare aceasta se datorează: autocunoașterii și conștientizării propriilor gânduri, emoții și comportamente; gestionării emoțiilor și restabilirii echilibrului interior; stimulării abilităților de comunicare interpersonală; utilizării mecanismelor de coping specifice situațiilor traumatizante, optimizării imaginii și a stimei de sine, creșterii încrederii în sine.

Remarcăm faptul că *Programul de suport în vederea diminuării autostigmatizării* are un impact pozitiv asupra persoanelor seropozitive ce manifestă un nivel înalt de autostigmatizare. Astfel, în urma participării la ședințele programului de suport, subiecții din grupul experimental manifestă un nivel mediu de autostigmatizare.

Datele obținute în cadrul grupului de control indică lipsa diferențelor semnificative la etapa test-retest: test ( $m=125,33$ ); retest ( $m=124,75$ ). Lipsa diferențelor semnificative între nivelul autostigmatizării la persoanele seropozitive din grupul de control a fost confirmată statistic de datele testului t-Student: ( $t = 1,735$ ;  $p=$  ne semnificativ). Respectiv, la membrii grupului de control, deși se identifică o ușoară scădere a nivelului autostigmatizării, această reducere este destul de mică, pentru ca să putem afirma că autostigmatizarea poate fi depășită fără intervenția specialiștilor cu pregătire în domeniu.

Analiza rezultatelor obținute de către grupul experimental și grupul de control la etapa retest ne-a oferit următoarele date:

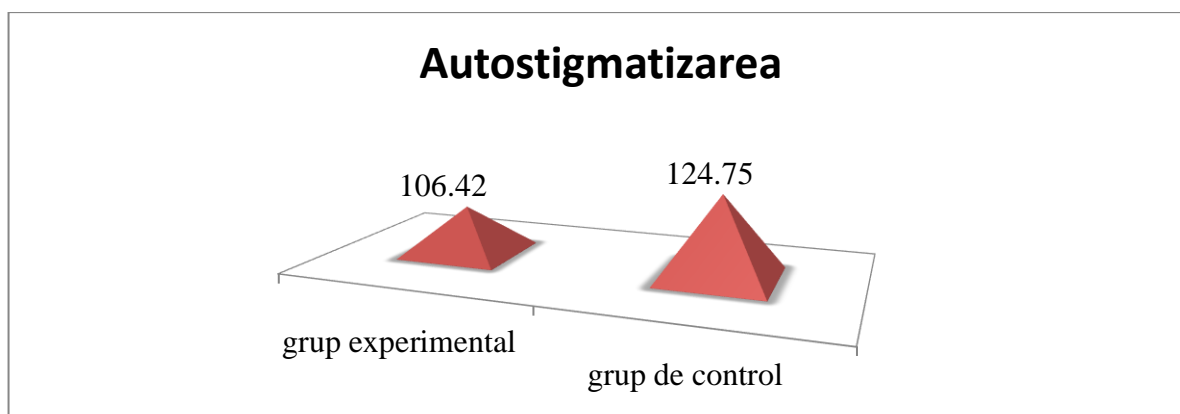


Fig. 3.4. Manifestarea autostigmatizării la grupul experimental și grupul de control, etapa retest (valori medii)



Prezentarea grafică a rezultatelor experimentale, obținute de persoanele seropozitive, indică deosebiri între rezultatele medii ce exprimă manifestarea *autostigmatizării* în grupul de control și grupul experimental. Rezultatele medii obținute de către subiecții din cele două grupuri sunt următoarele: grup de control (m=124,75); grup experimental (m=106,42). Testul t-Student indică diferențe semnificative înregistrate între rezultatele grupului de control și grupului experimental ( $t=-13,135$ ;  $p \leq 0,001$ ), cu rezultate mai mici pentru persoanele seropozitive din grupul experimental.

Aceste date ne permit să constatăm că persoanele seropozitive din grupul experimental, spre deosebire de subiecții din grupul de control, manifestă un nivel mediu de autostigmatizare. Astfel, ei au integrat statutul de seropozitivitate în realitatea lor psihică, au conștientizat propriile stări emoționale și temeri în legătură cu noul stil de viață, au dezvoltat mecanisme de coping specifice situațiilor traumatizante. Prin suportul psiho-emoțional obținut, persoanele seropozitive participante la program, au descoperit individualitatea și unicitatea proprie fapt care a dus la îmbunătățirea imaginii și a stimei de sine. Menționăm totuși faptul că aceste manifestări nu sunt întotdeauna constante și au uneori un caracter situativ. Acest aspect este legat de necesitatea păstrării în secret a diagnosticului, necesitatea administrării unui tratament pentru toată viața, confruntarea cu comportamentele discriminatorii din partea societății etc.

În continuare vom prezenta rezultatele obținute de persoanele seropozitive din grupul experimental test-retest la Chestionarul de Personalitate *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae:

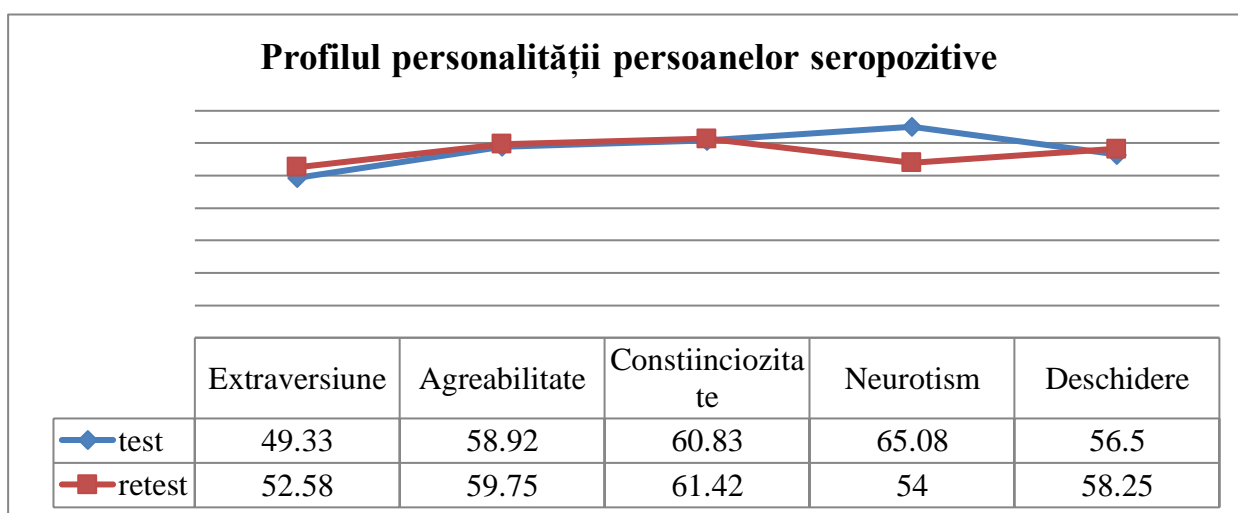


Fig. 3. 5. Manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la grupul experimental, test-retest (valori medii)

Expunerea grafică a rezultatelor indică o creștere ușoară pentru următorii factori de personalitate: *extraversiune* (test m=49,33; retest m=52,58), *agreabilitate* (test m=58,92; retest

m=59,75), *conștiinciozitate* (test m=60,83; retest m=61,42) și *deschidere spre experiență* (test m=56,50; retest m=58,25). De asemenea, menționăm că s-a înregistrat o descreștere a scorurilor medii pentru factorul *neurotism* (test m=65,08; retest m=54,00). Schimbările semnificative obținute de persoanele seropozitive se datorează dezvoltării deprinderilor de autocontrol emoțional, dezvoltării competențelor comunicative, acceptării de sine și extinderii reacțiilor afective pozitive, dezvoltării încrederii în sine și creșterii autoeficacității. Remarcăm faptul că programul de suport psihologic are un impact pozitiv asupra personalității subiecților seropozitivi.

Rezultatele obținute pentru meta-factorii de personalitate (extraversiune, agreabilitate, conștiinciozitate, neurotism și deschiderea pentru experiență) în cadrul grupului experimental, la etapa test-retest, au fost incluse în următorul tabel.

Tabelul 3.3. Semnificația diferenței dintre medii privind dimensiunile fundamentale ale personalității la grupul experimental, etapa test-retest

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Grupul experimental</i>	<i>Valoarea mediei</i>	<i>t-Student</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Extraversiune	test	49,33	-3,806	p ≤0,01
	retest	52,58		
Agreabilitate	test	58,92	-2,057	neseemnificativ
	retest	59,75		
Conștiinciozitate	test	60,83	-1,343	neseemnificativ
	retest	61,42		
Neurotism	test	65,08	18,207	p ≤0,001
	retest	54,00		
Deschidere spre experiență	test	56,50	-3,436	p ≤0,01
	retest	58,25		

Prelucrarea statistică a rezultatelor obținute de către persoanele seropozitive, înainte și după desfășurarea programului de suport, ne-a permis să constatăm diferențe statistic semnificative pentru factorul *extraversiune* (t=-3,806; p ≤0,01), *neurotism* (t=18,207; p ≤0,001) și *deschidere spre experiență* (t=-3,436; p ≤0,01). Pentru factorii de personalitate *agreabilitate* și *conștiinciozitate* nu au fost înregistrate rezultate semnificative din punct de vedere statistic.

De asemenea, în urma analizei datelor obținute au fost atestate rezultate semnificative la următorii subfactori de personalitate: *sociabilitate* (test m=8,83, retest m=10,08; t=-3,191, p ≤0,01), *căutare de provocări* (test m=8,33, retest m=9,14; t=-2,590, p ≤0,05), *anxietate* (test m=13,33, retest m=10,67; t=10,407, p ≤0,001), *teamă* (test m=12,25, retest m=10,67; t= 3,644, p ≤0,01), *depresie* (test m=13,58, retest m=11,42; t=10,457, p ≤0,001), *conștiință de sine* (test

m=12,42, retest m=10,33; t=9,101,  $p \leq 0,001$ ), *vulnerabilitate* (test m=13,50, retest m=10,92; t=9,940,  $p \leq 0,001$ ) și *valori* (test m=9,08, retest m=10,17; t=-3,463,  $p \leq 0,01$ ).

Datele prezentate mai sus indică schimbările survenite în personalitatea subiecților din grupul experimental în urma realizării programului de suport, fapt confirmat statistic de diferențele semnificative la factorul *extraversiune*, *neurotism* și *deschidere spre experiență*.

Persoanele seropozitive din grupul experimental, în urma realizării programului de suport, manifestă trăiri pozitive noi în diferite contexte familiale și sociale. Fiindu-le caracteristică anterior teama, îngrijorarea, neliniștea fără motiv, dispoziția depresivă, confuzia și neputința, acestea încep să manifeste stări psihice pozitive ca bucuria, fericirea, entuziasmul, curajul și încrederea. În reacțiile persoanelor seropozitive însă mai continuă să persiste, într-o măsură mai mică, sensibilitatea la părerea celor din jur, frica să nu fie respinse sau ridiculate, confuzia în situațiile stresante, neliniștea în fața situațiilor complexe, stări de jenă în public și sentimentul inferiorității.

Analiza rezultatelor obținute de către grupul de control la etapa test-retest indică lipsa schimbărilor esențiale referitoare la dimensiunile fundamentale ale personalității. Menționăm că diferențele dintre valorile medii test-retest prezintă o tendință de creștere la factorii: *extraversiune* (grup de control test m=46,17; grup de control retest m=46,33), *agreabilitate* (grup de control test m=55,58; grup de control retest m=56,08), *conștiințiozitate* (grup de control test m=58,50; grup de control retest m=59,17), *deschidere spre experiență* (grup de control test m=52,92; grup de control retest m=53,50) și o tendință de descreștere la factorul *neurotism* (grup de control test m=63,00; grup de control retest m=61,50). Rezultatele testului t-Student referitoare la meta-factorii de personalitate obținute de către persoanele seropozitive din grupul de control test-retest indică valori ne semnificative din punct de vedere statistic: *extraversiune* (t=-0,290; p= ne semnificativ), *agreabilitate* (t=-1,318; p= ne semnificativ), *conștiințiozitate* (t=-1,055; p= ne semnificativ), *neurotism* (t=2,045; p= ne semnificativ) și *deschidere spre experiență* (t=-1,400; p= ne semnificativ). De asemenea, în urma analizei datelor obținute de către grupul de control test-retest nu au fost atestate rezultate semnificative din punct de vedere statistic la subfactorii de personalitate. Astfel, la persoanele seropozitive care n-au participat la programul de suport, factorii de personalitate nu prezintă modificări esențiale.

Mai jos prezentăm ilustrarea grafică a rezultatelor obținute de către persoanele seropozitive din grupul experimental și grupul de control la etapa retest la Chestionarul de Personalitate *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae.

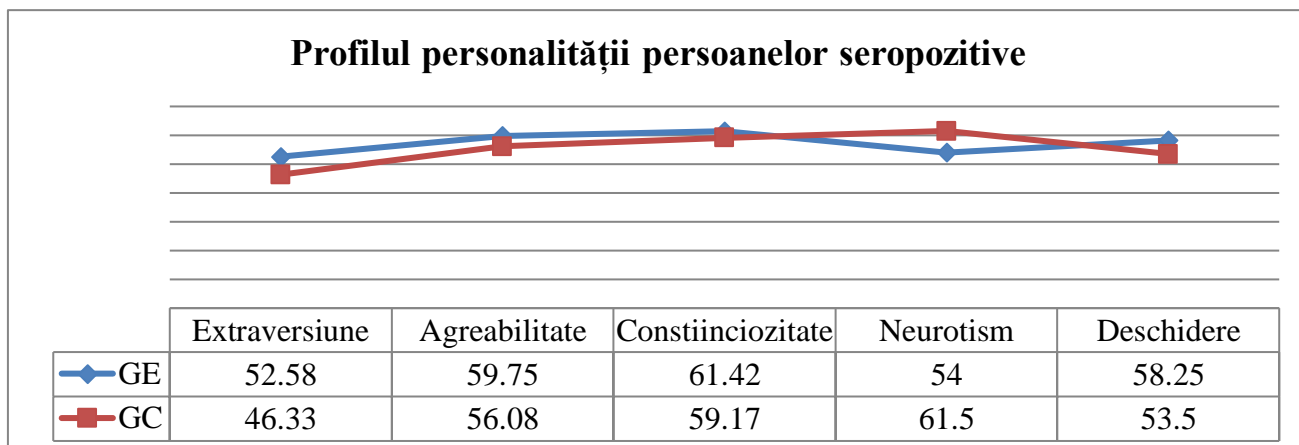


Fig. 3. 6 Manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității la grupul experimental și grupul de control, etapa retest (valori medii)

Prezentarea grafică a rezultatelor experimentale, obținute de persoanele seropozitive, indică deosebiri între rezultatele medii ce exprimă manifestarea dimensiunilor fundamentale ale personalității în grupul experimental și grupul de control la etapa retest. Rezultatele medii obținute de către subiecții din cele două grupuri sunt următoarele: *extraversiune* (grup de control  $m=46,33$ ; grup experimental  $m=52,58$ ), *agreeabilitate* (grup de control  $m=56,08$ ; grup experimental  $m=59,75$ ), *conștiinciozitate* (grup de control  $m=59,17$ ; grup experimental  $m=61,42$ ), *neurotism* (grup de control  $m=61,50$ ; grup experimental  $m=54,00$ ) și *deschidere spre experiență* (grup de control  $m=53,50$ ; grup experimental  $m=58,25$ ). Autocunoașterea realizată în cadrul grupului, conștientizarea, acceptarea și gestionarea propriilor stări emoționale, identificarea blocajelor de comunicare și exersarea comunicării asertive, aprecierea corectă a posibilităților personale și asumarea riscurilor cu mai puține consecințe, exersarea activităților de repolarizare a gândirii, dezvoltarea abilităților de depășire a fricilor personale au determinat schimbările menționate în personalitatea subiecților din grupul experimental la etapa retest.

Datele ce reflectă valorile obținute pentru meta-factorii de personalitate (extraversiune, agreeabilitate, conștiinciozitate, neurotism și deschiderea pentru experiență) în cadrul grupului experimental și grupului de control sunt prezentate în următorul tabel.

Tabelul 3.4. Semnificația diferenței dintre medii privind dimensiunile fundamentale ale personalității la grupul experimental și grupul de control, etapa retest

<i>Factorii de personalitate</i>	<i>Eșantion</i>	<i>Valoarea mediei</i>	<i>t-Student</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
Extraversiune	grup experimental	52,58	2,330	$p \leq 0,05$
	grup de control	46,33		
Agreeabilitate	grup experimental	59,75	1,067	neseemnificativ
	grup de control	56,08		

Conștiinciozitate	grup experimental	61,42	0,606	neseemnificativ
	grup de control	59,17		
Neurotism	grup experimental	54,00	-11,033	p ≤0,001
	grup de control	61,50		
Deschidere spre experiență	grup experimental	58,25	1,923	neseemnificativ
	grup de control	53,50		

Testul t-Student indică diferențe semnificative între rezultatele grupului experimental și grupului de control pentru factorul *extraversiune* ( $t=2,330$ ;  $p \leq 0,05$ ) cu rezultate mai mici pentru persoanele seropozitive din grupul de control, și la factorul *neurotism* ( $t=-11,033$ ;  $p \leq 0,001$ ), cu rezultate mai mici pentru subiecții din grupul experimental. Diferențele de medii obținute pentru factorul *agreabilitate*, *conștiinciozitate* și *deschidere spre experiență* nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

Analiza statistică a rezultatelor indică diferențe semnificative pentru următorii subfactori de personalitate: *anxietate* (grup experimental  $m=10,67$ ; grup de control  $m=12,50$ ;  $t=-5,011$ ;  $p \leq 0,001$ ), *teamă* (grup experimental  $m=10,67$ ; grup de control  $m=11,75$ ;  $t=-2,493$ ;  $p \leq 0,05$ ), *depresie* (grup experimental  $m=11,42$ ; grup de control  $m=12,58$ ;  $t=-2,454$ ;  $p \leq 0,05$ ), *conștiință de sine* (grup experimental  $m=10,33$ ; grup de control  $m=11,83$ ;  $t=-3,358$ ;  $p \leq 0,01$ ), *vulnerabilitate* (grup experimental  $m=10,92$ ; grup de control  $m=12,83$ ;  $t=-4,119$ ;  $p \leq 0,001$ ), *intellect* (grup experimental  $m=12,58$ ; grup de control  $m=11,42$ ;  $t=2,124$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Generalizând rezultatele obținute după aplicarea Chestionarului de Personalitate *Big Five* elaborat de McCrae R. și Costa P, constatăm că persoanele seropozitive din grupul experimental, spre deosebire de subiecții din grupul de control, sunt mai calme și încrezătoare, mai reziliante în fața situațiilor tensionate, mai încrezute în forțele proprii, cu o reactivitate emoțională moderată. Considerăm că aceste modificări se datorează cunoașterii însușirilor de personalitate și formării abilităților de gestionare a propriilor stări emoționale.

Schimbările pozitive din cadrul experimentului formativ demonstrează veridicitatea obiectivelor înaintate, conform cărora proiectarea și promovarea măsurilor de diminuare a nivelului autostigmatizării la persoanele seropozitive este posibilă. Aceste obiective sunt atinse prin intermediul implementării programului de suport psihologic, orientat spre diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive prin dezvoltarea strategiilor coping și competențelor emoționale, creșterea persistenței motivaționale, ridicarea nivelului autoaprecierii, restructurarea cognitivă, dezvoltarea abilităților sociale. Astfel, putem afirma că, în rezultatul realizării intervențiilor psihologice, nivelul ridicat de autostigmatizare a fost diminuat până la nivelul moderat de autostigmatizare, fapt ce demonstrează implementarea cu succes a programului de suport în practica profesională.

### 3.4. Concluzii la capitolul 3

În acord cu rezultatele prezentate în acest capitol putem formula următoarele concluzii:

1. În urma participării la ședințele Programului de suport în vederea diminuării autostigmatizării, persoanele seropozitive din grupul experimental au demonstrat o scădere a nivelului autostigmatizării. În comportamentul acestor subiecți s-au înregistrat următoarele modificări: creșterea nivelului de socializare și comunicabilitate, atenuarea instabilității emoționale și a tendinței de auto-culpabilizare, atenuarea descurajării. Aceste persoane au înregistrat o creștere pozitivă în sensul sporirii autoaprecierii, stabilității emoționale, sociabilității, încrederii în forțele proprii, autoeficacității, rezilienței, dar și o mai bună aderență la tratamentul antiretroviral.

2. La subiecții din grupul de control nu au fost identificate rezultate ce atestă schimbările menționate la persoanele seropozitive participante la programul de suport psihologic. Aceste rezultate ne permit să menționăm faptul că fenomenul autostigmatizării la persoanele seropozitive poate fi diminuat numai prin acordarea asistenței psihologice complexe.

3. Prin activitățile de suport psihologic acordate persoanelor seropozitive se contribuie la optimizarea comportamentului și îmbunătățirea relațiilor interpersonale, creșterea nivelului de conștientizare a persoanei, a capacității de autocontrol și autoeficacității, activarea și valorificarea resurselor personale, a potențialităților latente, creșterea încrederii în forțele proprii, dezvoltarea rezilienței și a mecanismelor de coping, dezvoltarea capacității decizionale prin învățarea unor modalități de a ierarhiza prioritățile, de mobilizare a eforturilor personale în vederea atingerii scopurilor propuse.

4. La persoanele seropozitive din grupul experimental, odată cu reducerea nivelului autostigmatizării, s-a redus și nivelul neurotismului, fapt care susține ideea, enunțată în literatura de specialitate, a unei relații dintre aceste două variabile precum și a faptului că ele se pot influența reciproc.

5. Eficacitatea programului de suport psihologic a fost determinată în mare măsură de faptul că persoanele seropozitive au fost informate despre mecanismele psihologice și sociale care funcționează în cazul autostigmatizării. În acest sens, considerăm pertinentă una dintre concluziile noastre ce se referă la importanța informării și ridicării nivelului de educație și cultură psihologică la persoanele seropozitive. Considerăm că această strategie ar constitui unul din principalele deziderate profilactice în cazul sănătății psihologice a persoanelor seropozitive.

## CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Prezenta cercetare se înscrie în soluționarea problemei științifice actuale de importanță majoră în domeniu ce constă în determinarea interacțiunilor dintre persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive, conceptualizarea profilului psihologic al persoanelor seropozitive predispuse spre autostigmatizare, aspecte ce au condus la elaborarea unui program de suport care fiind implementat a contribuit la diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

În lucrarea dată sunt studiate particularitățile de manifestare a persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive, sunt reliefate particularitățile de personalitate a subiecților seropozitivi, precum și implementat programul de suport psihologic orientat spre diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

Demersul teoretico-experimental realizat ne permite să formulăm următoarele concluzii:

1. Cercetarea persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive este deosebit de actuală și importantă în condițiile răspândirii infecției HIV. Fiind o maladie cronică, care provoacă mari daune asupra edificiului psihic al persoanei aceasta împiedică manifestarea potențialului personal prin diminuarea persistenței motivaționale și atingerea obiectivelor de lungă durată. Persistența motivațională este dimensiunea care îi asigură individului suportul necesar pentru a rezista pe termen lung în opțiunea sa motivațională, în ciuda rutinei, obstacolelor, oboselii sau deziluziilor [42, 43, 44, 48].

2. Autostigmatizarea legată de virusul imunodeficienței umane este un set de judecăți negative cu privire la propria persoană ca urmare a sentimentului de rușine, inutilitate și auto-culpabilizare, care afectează accesul la îngrijire și tratament, precum și calitatea generală a vieții persoanelor seropozitive. Aceasta stimulează frica, depresia și izolarea, militează împotriva divulgării statutului de seropozitivitate [46].

3. Etiologia autostigmatizării la persoanele seropozitive cuprinde o paletă extrem de largă de factori aflați într-o intercondiționare dinamică: perioada scurtă de timp de la aflarea diagnosticului, mediul și condițiile de viață precare în care persoana seropozitivă se află, confruntarea cu stigma socială și comportamente discriminatorii, relațiile de familie și relațiile sociale deficitare, acces scăzut la serviciile de îngrijire și reabilitare psiho-socială, nivel scăzut al respectului și acceptării de sine, nivel redus de reziliență [40, 49].

4. Rezultatele experimentului constatativ cu privire la persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive evidențiază o legătură de interdependență parțială între variabilele incluse în cercetare. Astfel, autostigmatizarea corelează cu factorii persistenței

motivaționale; nivelul înalt de autostigmatizare al persoanelor seropozitive, va determina lipsa disponibilității de urmărire a scopurilor pe termen lung [45].

5. Datele experimentale ne determină să conchidem că autostigmatizarea limitează capacitatea persoanelor ce trăiesc cu HIV de manifestare a potențialului propriu. Menționăm că nivelul înalt de autostigmatizare la persoanele seropozitive va determina un nivel scăzut de manifestare a extraversiunii, agreabilității și deschiderii spre experiență [45, 47].

6. Rezultatele obținute indică diferențe în manifestarea factorilor de personalitate în dependență de nivelul de autostigmatizare la persoanele seropozitive. Diferențe semnificative au fost atestate doar la factorul de personalitate neurotism în funcție de nivele de autostigmatizare la persoanele seropozitive. Astfel, în funcție de dezvoltarea autostigmatizării persoanele seropozitive vor trăi mai intens evenimentele traumatizante cu tendința de a interpreta situațiile obișnuite ca fiind amenințătoare fapt care duce la afectarea abilităților de gândire sau de a face față stresului [47, 50].

7. Rezultatele demersului formativ și de control demonstrează că activitățile utilizate în cadrul programului de suport trebuie să fie orientate spre: familiarizarea cu noțiunea de autostigmatizare (cunoașterea cauzelor, caracteristicilor și consecințelor acestui fenomen), diminuarea nivelului de autostigmatizare prin dezvoltarea strategiilor de coping și competențelor emoționale, creșterea persistenței motivaționale, ridicarea nivelului autoaprecierii, restructurarea cognitivă, dezvoltarea abilităților sociale [39]. Datele obținute în urma realizării programului de suport psihologic denotă impactul pozitiv al strategiilor aplicate în prevenirea și reducerea nivelului de autostigmatizare la persoanele seropozitive. În acest fel a fost confirmată eficacitatea programului de suport psihologic [38].

8. Programul de suport psihologic proiectat teoretic și verificat experimental, poate fi utilizat în scopul de prevenire și depășire a autostigmatizării la persoanele seropozitive. Prin aplicarea lui se poate obține optimizarea comportamentului și îmbunătățirea relațiilor interpersonale, creșterea nivelului de conștientizare a persoanei, a capacității de autocontrol și autoeficacității, activarea și valorificarea resurselor personale, a potențialităților latente, creșterea încrederii în forțele proprii, dezvoltarea rezilienței și a mecanismelor de coping, dezvoltarea capacității decizionale prin învățarea unor modalități de a ierarhiza prioritățile, de mobilizare a eforturilor personale în vederea atingerii scopurilor propuse [38, 39, 40].

Rezultatele investigației au confirmat ipotezele de cercetare, au validat noutatea ei științifică, valoarea teoretică și aplicativă, fapt ce permite să constatăm realizarea scopului stabilit inițial, prin stabilirea particularităților interacțiunii dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive și



elaborarea unui program de suport psihologic orientat spre depășirea autostigmatizării la persoanele seropozitive.

În pofida impactului său distructiv asupra psihicului unui individ, există diferite modalități de a depăși autostigmatizarea. Problema autostigmatizării este una complexă atât din punct de vedere etiologic, cât și al măsurilor necesare pentru a schimba lucrurile și are tangențe semnificative cu multiple aspecte ale culturii noastre. Diminuarea autostigmatizării și a etichetărilor ce țin de problematica HIV este un deziderat important ce pledează pentru educarea unei atitudini sănătoase față prejudecățile sociale care acționează într-un mod negativ, inhibă individualitatea fiecărei personalități, determină un stres psihic major de lungă durată.

Axându-ne pe rezultatele obținute în urma realizării cercetării, propunem următoarele **recomandări practice:**

1. Utilizarea programului de suport psihologic de către psihologii din cadrul instituțiilor de profil ce oferă reabilitare psihosocială persoanelor seropozitive cu scopul diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive.

2. Organizarea sistematică a grupurilor de suport psihologic pentru persoanele seropozitive în cadrul cărora participanții să împărtășească problemele cu care se confruntă și să identifice soluții. În cadrul securizant și suportiv oferit în contextul grupului de suport, majoritatea persoanelor seropozitive își dezvoltă motivația pentru autocunoaștere și depășire a problemelor psihologice, ceea ce ar determina ridicarea nivelului de cultură psihologică, îmbunătățirea calității vieții și diminuarea problematicii autostigmatizării la persoanele seropozitive.

3. Utilizarea rezultatelor și a probelor psihodiagnostice în procesul de formare a specialiștilor în domeniile: psihologie, medicină, asistență socială și în formarea inițială și continuă a cadrelor didactice. O bună colaborare între specialiștii echipei multidisciplinare și un mesaj omogen din punct de vedere informațional vor avea un impact pozitiv asupra calității vieții persoanelor seropozitive, vor încuraja aderența la tratament și le vor ajuta să recapete controlul asupra propriei vieți.

4. Rezultatele obținute în urma cercetării pot fi implementate în activitatea de consiliere și reabilitare psihosocială a persoanelor seropozitive, în cadrul seminarelor teoretico-practice pentru specialiștii ce oferă servicii PTH și familiilor acestora.

5. Elaborarea materialelor informative și metodologice cu privire la elucidarea specificului asistenței psihologice oferită persoanelor seropozitive, accentul fiind pus pe dezvoltarea parteneriatului dintre instituțiile medicale, organizațiile de profil și comunitate.

Limitele inerente designului utilizat pentru studiul nostru nu ne permit surprinderea tuturor aspectelor ce vizează manifestarea persistenței motivaționale și autostigmatizării la persoanele seropozitive. Complexitatea fenomenului studiat impune dezvoltarea următoarelor direcții de cercetare: 1) introducerea altor variabile care vizează interacțiunea persistenței motivaționale cu strategiile de control a manifestărilor afective și strategiile de coping cognitiv adaptativ; 2) lărgirea ariei investigaționale privind domeniul de cercetare vizat (atitudinea persoanelor față de diagnosticul de seropozitivitate, vârsta persoanei la momentul aflării diagnosticului, severitatea decurgerii maladiei HIV, formarea atitudinii membrilor familiei față de persoana infectată, durata de infectare, aderența la tratamentul ARV), fapt care ne va permite obținerea unor rezultate și concluzii mai complete; 3) culegerea unor date de tip longitudinal referitoare la persoanele seropozitive ce ar elucida aspecte mai complexe legate de adaptarea la diagnosticul HIV și dinamica decurgerii procesului de integrare a diagnosticului în realitatea psihică a acestora; 4) includerea în cercetare a unui număr mai mare de subiecți pentru a surprinde impactul statutului de seropozitivitate și a elucida rolul resurselor personale în prevenirea și depășirea autostigmatizării.

## BIBLIOGRAFIE

1. Blagoslov A.G., et. al. Informare și sensibilizare în problematica HIV/SIDA. Manual pentru uz didactic – ediția a III-a. Fundația „Romanian Children’s Appeal” România. București: Ed. Psiho Cover, 2006. 122 p.
2. Bobeică R. Suport juridic pentru persoanele care trăesc cu HIV/SIDA. Ghid juridic. Fundația Soros-Moldova. Chișinău, 2011. 32 p.
3. Bulgaru M., Sali N., Gribincea T., et al. Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova. Chișinău, 2008. 440 p.
4. Bursuc B., Cavaropol L., et al. Prevenirea infecției cu HIV/SIDA, a altor infecții cu transmitere sexuală și a consumului de droguri. Manualul educatorului. București, 2007. 154 p.
5. Buzducea D. Primii pași – asistare pentru familiile afectate de HIV/SIDA și pentru personalul implicat în asistarea acestora. București: Editura Astrobios, 1999. 148 p.
6. Buzducea D. SIDA. Confluente psihosociale. București: Editura „Știință & Tehnică”, 1997. 159 p.
7. Buzducea D., Lazăr F. O monografie a fenomenului HIV/SIDA în România. București: Editura Universității din București, 2008. 284 p.
8. Calancea A. Training-ul de dezvoltare a competențelor afective: Ghid pentru formarea practică în consilierea psihologică. Chișinău: Tipografia Centrală, 2012. 272 p.
9. Clocotici V., Stan A. Statistica aplicată în psihologie. Iași: Polirom, 2008. 301 p.
10. Constantin T. Evaluarea Psihologică a personalului. Iași: Polirom, 2004. 290 p.
11. Constantin T. Manual Scala Persistenței Motivaționale SPM, 15 itemi. Iași, 2012. 18 p.
12. Constantin T. Predictorii ai persistenței motivaționale; rolul implicării motivaționale, în M. Milcu (coord.), Cercetarea psihologică modernă: Direcții și perspective. București: Editura Universității, 2008, vol 2, p. 33-45.
13. Constantin T. Determinanți ai motivației în muncă: de la teorie la analiza realității organizaționale, colecția Psihologie socială și aplicată, coord. Constantin Ticu. Iași: Ed. Universității „Al. I. Cuza”, 2009. 450 p.
14. Constantin T., Iarcuczewicz I., Constantin L., Fodorea A., Căldare A. Persistența motivațională și operaționalizarea ei în vederea evaluării potențialului motivațional individual, Analele Științifice ale Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Psihologie, Editura Universității „Al. I. Cuza”, 2007, Tomul XVI, p. 5-22.
15. Constantin T., Macovei E., Orzan A., Nechita V. Implicarea motivațională; operaționalizare și primele studii de validare a unei scale standardizate. Analele Științifice

- ale Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Psihologie, Editura Universității „Al. I. Cuza”, 2008, Tomul XVII, p. 5-29.
16. Dafinoiu I. Elemente de psihoterapie integrativă. Iași: Polirom, 2000. 229 p.
  17. Ghidul animatorului, 855 jocuri și activități. EYE Moldova. UNICEF. Chișinău: Combinatul Poligrafic, 2005. 176 p.
  18. Hojbotă A.M., Constantin T. Determinanți afectivi ai persistenței motivaționale. Analele Științifice ale Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Psihologie. Editura Universității „Al. I. Cuza”, 2009, Tomul XVIII (2), p. 5-26.
  19. Hojbotă A.M., Constantin T. Persistența motivațională și relațiile ei cu variabilele cognitiv-motivaționale. Revista de Psihologie Organizațională. Iași: Polirom, 2009, nr.3-4, p.101-122.
  20. Holdevici I. Autosugestie și relaxare. București: Editura Ceres, 1995. 167 p.
  21. Holdevici I. Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală. București: Editura Trei, 2011. 720 p.
  22. Holdevici I. Sisteme de psihoterapie și consiliere psihologică. București: Editura KULLUSYS, 2014. 430 p.
  23. Howitt D. Introducere în SPSS pentru psihologie: versiunile SPSS 10, 11, 12 și 13. Iași: Polirom, 2006. 260 p.
  24. Iftimoaei M. (coord.) Ghid de asistență socială a persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA. Fundația Alături de Voi. Iași, 2004. 106 p.
  25. Malcoci L. Percepțiile populației despre discriminarea grupurilor social-vulnerabile: studiu publicat de Fundația Soros Moldova. Chișinău, 2011. 96 p.
  26. Malcoci L. Statutul socio-economic al persoanelor cu HIV: studiu sociologic. Fundația Soros-Moldova. Progr. Sănătate Publică. Chișinău, 2012. 119 p.
  27. Matran L.P., Constantin T. Impactul valenței recompensei asupra persistenței motivaționale. Analele Științifice ale Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Psihologie, Editura Universității „Al. I. Cuza”, 2009, Tomul XVIII, p 5 – 26.
  28. Mătușa R. SIDA – Manifestări clinice. RomFlair Press România S.R.L. București, 1994. 172 p.
  29. Minulescu M. Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică. București: Editura Garell Publishing House, 1996. 400 p.
  30. Mitrofan I. Orientarea experiențială în psihoterapie. București: Editura SPER, 2000. 373 p.
  31. Mitrofan I. Psihoterapie experiențială. Ed. a 2-a. București: Infomedica, 1999. 360 p.

32. Mitrofan I. Psihoterapie: (repere teoretice, metodologice și aplicative). București: Editura SPER, 2008. 517 p.
33. Mitrofan I., Nuță A. Consiliera psihologică. Cine, ce și cum? București: Editura SPER, 2009. 156 p.
34. Pădurariu M., Ciobîcă A. ș.a. Autostigmatizarea în psihiatrie : Perspective etice și biopsihosociale, Revista Română de Bioetică, 2011, Vol. 9, nr.1, p. 16-23.
35. Petrea S., Florea C. Curs de consiliere și testare pentru infecția cu HIV. București: Editura RO Media, 2002. 127 p.
36. Pistrinciuc V., Tarasov V. Asistența socială a persoanelor afectate de HIV și SIDA. Suport de curs. Chișinău: ELAN POLIGRAF, 2010. 51 p.
37. Popa M. Statistica pentru psihologie. Teorie și aplicații SPSS. Iași: Polirom, 2008. 368 p.
38. Potâng A., Pravițchi G. Diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive. Studia Universitatis, Revistă Științifică, Seria Științe ale Educației, Chișinău, 2017, nr. 9 (109), p. 194-201.
39. Potâng A., Pravițchi G. Modalități de suport a persoanelor seropozitive în vederea prevenirii și diminuării autostigmatizării. Studia Universitatis, Revistă Științifică, Seria Științe ale Educației, Chișinău, 2016, nr. 9 (99), p. 161-166.
40. Pravițchi G. Asistența psihologică a persoanelor seropozitive. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Integrare prin Cercetare și Inovare” cu prilejul aniversării a 70 de ani de la fondarea Universității de Stat din Moldova, Chișinău, 2016, p. 39-42.
41. Pravițchi G. Asistența psihologică în dezvăluirea diagnosticului copiilor cu infecția HIV/SIDA. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Creșterea impactului cercetării și dezvoltarea capacității de inovare” dedicată aniversării 65 de la fondarea Universității de Stat din Moldova, Chișinău, 2011, p. 136-138.
42. Pravițchi G. Considerații generale privind impactul diagnosticului HIV/SIDA asupra persoanelor infectate. A II-a Conferință Națională în Sănătatea Adolescenților „Sporirea rezilienței-dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc”, Chișinău, 2016. p. 101.
43. Pravițchi G. Manifestarea persistenței motivaționale la persoanele seropozitive. Studia Universitatis, Revistă Științifică, Seria Științe ale Educației, Chișinău, 2016, nr. 5 (95), p. 195-199.
44. Pravițchi G. Modele teoretice ale persistenței motivaționale. Conferința Științifică Internațională „Învățământul superior și piața muncii: conexiuni și perspective”, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 2014, p. 506-513.

45. Pravițchi G. Relația dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive. *Revista Intellectus*, Nr. 3/2018, Chișinău, p. 109-116.
46. Pravițchi G. Repercusiunile autostigmatizării la persoanele seropozitive. Conferința Științifică Internațională „Învățământul superior: valențe și oportunități educaționale, de cercetare și transfer inovațional”, Universitatea de Stat din Moldova. Chișinău, 2016, p. 374-377.
47. Pravițchi G., Belenciuc X. Manifestarea fenomenului de autostigmatizare la persoanele seropozitive. *Studia Universitatis, Revistă Științifică, Seria Științe ale Educației*. Chișinău, 2016, nr. 5 (95), p. 195-199.
48. Pravițchi G., Cîrlan E. Persistența motivațională și locul controlului la tineri. Conferința Științifică Internațională „Integrarea prin cercetare și inovare” Universitatea de Stat din Moldova. Chișinău, 2015, p. 156-159.
49. Pravițchi G. Factori predictivi ai autostigmatizării la persoanele seropozitive. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Integrare prin cercetare și inovare” USM, Chișinău, 2017, p. 207-211.
50. Pravițchi G., Florința M. Reziliența și robustețea la persoanele seropozitive. Conferința Internațională de Psihologie Aplicată „Actualități și Perspective în Cercetarea Psihologică” USM, Chișinău, 29-30 noiembrie 2018, p 71-75.
51. Prisăcari V., Nemerenco A., Gramma R., et al. Reducerea stigmei și discriminării în infecția HIV/ Centrul Național Științifico – Practic de Medicină Preventivă, Univ. de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițeanu”. Chișinău: Combinatul Poligrafic, 2009. 148 p.
52. Prițcan V., Boderscova L., Chihai J. Terapie ocupațională și reabilitare psihosocială. Suport de curs. Bălți, 2008. 216 p.
53. Prițcan V., Oceretnî A., Iațco A. Asistența socială a persoanelor cu HIV/SIDA și a comunităților afectate de HIV/SIDA. Suport de curs. Chișinău: ELAN POLIGRAF, 2013. 72 p.
54. Rădulescu Sorin M. Sociologia sănătății și a bolii, București: Ed. Nemira, 2002. 344 p.
55. Rostaș I., Cantarji V., Danii R. [et al.]. Incluziune sau excluziune socială? Drepturile persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA în Republica Moldova. Chișinău: Cartier, 2011. 144 p.
56. Rubin J. A. Art-terapia. Teorie și tehnică. București: Editura Trei, 2009. 546 p.

57. Rusnac S. Consilierea psihologică în grup. Forme și metode. Chișinău: Editura ULIM, 2005. 128 p.
58. Savca L., Luchian C., Beșleagă D., Perciun N., Ulmanu L., Grosu T. Aspecte ale psihocorecției. Chișinău: Sirius, 2003. 196 p.
59. Schmidt M. C. Asistența socială a persoanelor cu boli cronice și HIV/SIDA. Note de curs. Petroșani, 2008. 78 p.
60. Shmidt M. Aderența. <http://www.aidsmap.com/files/file1002369.pdf> (accesat 18.02.2016)
61. Șevciuc M., Triboi I. Metodologia cercetării și statistica aplicată în psihologie și pedagogie. Chișinău: CEP USM, 2013. 160 p.
62. Tarnovschi A. Particularitățile psihologice ale personalității copilului cu maladii respiratorii cronice. Autoref. tezei de dr. în psihologie. Chișinău, 2017. 28 p.
63. Usaci D. Imunodeficiența psihoafectivă și comportamentală în raport cu HIV/SIDA. Iași: Polirom, 2003. 256 p.
64. Vameșu C., Butu S., Rădulescu Ș. Ghid de asistență psihologică a persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA. Fundația Alături de Voi. Iași, 2004. 105 p.
65. Yalom I.D., Leszcz M. Tratat de psihoterapie de grup. Teorie și practică. București: Editura Trei. 2008. 674 p.
66. Авидон И., Гончукова О. Сто разминок, которые украсят ваш тренинг. СПб.: Речь, 2010. 256 с.
67. Бакли Р., Кэйпл Дж. Теория и практика тренинга. СПб.: Питер, 2002. 352 с.
68. Беляков Н.А. ВИЧ осознание вселенской опасности или введение в проблему. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. 28 с.
69. Бовина И.Б., Бовин Б.Г. Стигматизация: социально-психологические аспекты (Часть 1). Журнал «Психология и право», 2013, № 3, с.1-10.
70. Богданович В.Н. Истории и метафоры в помощь ведущему тренинга. СПб.: Речь, 2006. 224 с.
71. Бука Т.Л., Митрофанова М.Л. Психологический тренинг в группе: Игры и упражнения. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2005. 142 с.
72. Бурнард Ф. Тренинг навыков консультирования. СПб.: Питер, 2002. 256 с.
73. Валиева Т.В., Ельцова А.В. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных и здоровых людей. Вестник Уральского института экономики, управления и права, 2016, № 3(36), с. 59-69.
74. Вачков И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. Учебное пособие. — 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Ось-89, 2001. 224 с.

75. Виноградова О.А, Брыжоватая О.С., Дудина О.В., Мардарь О.М., Прудников А.С., Тимошенко Н.А., Романова Н.Ф. Социально-психологическая работа с ВИЧ – позитивными детьми и их семьями: процесс раскрытия ВИЧ –позитивного статуса ребенку. Методическое пособие. Киев: Инжиниринг, 2010. 148 с.
76. Виноградова О.А, Брыжоватая О.С., Дудина О.В. Раскрытие ВИЧ –позитивного статуса вашему ребенку. Брошюра для родителей. Киев, 2010. 40 с.
77. ВИЧ/СПИД сегодня и рядом. Пособие для людей, принимающих решения. Под ред. Н.А. Белякова, А.Г. Рахмановой. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2012. 92 с.
78. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. Под ред. В.В. Покровского. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 128 с.
79. Волкова Г.В., Жолобов В.Е., Кольцова О.В., Рахманова А.Г. Чикадзе Е.З. Медико-психологическая и социальная помощь семьями с ВИЧ/СПИДом. СПб, 2009. 128 с.
80. Гаврилова С.С., Ванкон А.И. Стигматизация и самостигматизация у пациентов с сочетанной инфекцией туберкулез и ВИЧ. Психотерапия, 2013, № 2, с. 10 .
81. Голенков А.В. Опыт использования краткой шкалы СПИД-ассоциированной стигмы. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2010, № 3. <http://medpsy.ru> (дата обращения: 25 .07.2015).
82. Грецов А.Г. Лучшие упражнения для обучения саморегляции. СПб.: Галея принт, 1997. 43 с.
83. Диксон П. СПИД и ты. Москва: Триада, 2003. 144 с.
84. Зинченко А.И. Влияние психологических ресурсов ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять заболеванию: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2009. 24 с.
85. Кольцова О.В. Психологическая помощь больным с ВИЧ-инфекцией в специализированном учреждении здравоохранения – Центре СПИД: Дис. канд. псих. наук. СПб., 2013.116 с.
86. Копытин А.И. Руководство по групповой арт-терапии. СПб.: Речь, 2003. 320 с.
87. Кудрич Л.А., Брызгин М.Б., Ефремова Е.Н. Социально-психологические особенности ВИЧ инфицированных людей. Modern Research of Social Problems, 2015, № 11(55), с. 10-24.
88. Куртикова И., Лаврова И. Тренинг: Руководство к действию. Теория и практика. Москва: PID Fond Vostok-Zapad, 2005. 240 с.



89. Ланга А. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных: дис. др. психол. наук. Ростов-на-Дону, 2006. 216 с.
90. Левина О.С. Отношение ВИЧ-инфицированных людей к лечению // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2011, т. 3, № 1, с. 64-71.
91. Люди и ВИЧ: книга для неравнодушных. Под ред. Е. Пурика. Издание МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». 4-е изд. Киев, 2006. 632 с.
92. Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Практика совместного консультирования и лечения. Под ред. Д.В. Островского. Москва: РОО «СПИД инфосвязь», 2005. 212 с.
93. Мурыванова Н.Н., Горбунов В.И., Ткаченко Т.Н., Буланьков Ю.И., Улюкин И.М. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных больных. Журнал инфектологии, 2015, № 7(2), с. 70-74.
94. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. Москва: ИНФО-Плюс, 2003. 109 с.
95. Правицки Г. Проблема ВИЧ как фактор жизни современной молодежи. Материалы Международной научно-практической конференции: «Современные информационные технологии работы с молодежью: педагогика, психология, менеджмент и коммуникация» 16-18 сентября, т. 1, Москва, 2011, с. 119-125.
96. Практикум по социально-психологическому тренингу. Изд. 3-е, испр., доп. Под ред. Б.Д. Парыгина. СПб.: Изд-во В.А. Михайлова, 2000. 352 с.
97. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. 672 с.
98. Рудестам К. Групповая психотерапия. СПб.: Питер, 2001. 384 с.
99. Савкин И.В., Букин Е.К., Казаева Е.В., Бечикова А. В., Пушкина Т. П., Орловский В. Г. Психологические особенности пациентов с вич-инфекцией. Вестник НГУ. Серия: Психология, 2007, т. 1, № 2, с. 78–82.
100. Толстая С.В. Метафорические ассоциативные карты в семейном консультировании. Кишинев: СЕР USM, 2016. 212 с.
101. Фопель К. Психологические группы. Москва: Генезис, 2001. 256 с.
102. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности. Учебно-методическое пособие. Курган: КГУ, 2000. 24 с.
103. Шерова-Игнатьева Я.Я. Особенности психосоматических реакций ВИЧ-инфицированных пациентов. Вестн. Томского гос. пед. ун-та, 2013, № 5 (133), с. 167–169.

104. Шерова-Игнатъева Я.Я. Психические особенности и акцентуации характера ВИЧ-инфицированных пациентов. Вестн. Томского гос. пед. ун-та, 2013, № 11 (139), с. 94-97.
105. Штенгелов В. Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД / пер. с англ. Киев: Сфера, 2007. 152 с.
106. Aggarwal V. Psychosocial Aspects of Patients Living with HIV/AIDS (PLHA): Delphi psychiatry journal, 2008, n. 11 (2), p. 174-176.
107. Ambrose M.L., Kulik C.T. Old friends, new faces: Motivation research in the 1990's. Journal of Management, 1999, n. 25(3), p. 231-292.
108. Aronson E., Mills J. The effect of severity of initiation on liking for a group. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1959, p. 177-181.
109. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 1977, n. 84, p. 191-215.
110. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986. 617 p.
111. Beck J.S. Cognitive Behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: Guildford Press, 2011. 391 p.
112. Belschak F., Verbeke W.V., Bagozzi R.P. Coping With Sales Call Anxiety: The Role of Sale Perseverance and Task Concentration Strategies, Journal of the Academy of Marketing Science, 2006, n.34, p. 403.
113. Berger B.E, Ferrans C.E, Lashley F.R. Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. Res Nurs Health., 2001, n. 24, p 518–529.
114. Bettelheim B. Psychanalyse des contes de fees. Paris: Robert Laffont, 1976. 403 p.
115. Biernat M., Dovidio J. Stigma and stereotypes. The social psychology of stigma. Eds. By T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G.G. Hull. N.Y.: Guilford, 2000, p. 88-125.
116. Brouard P., Willis C. A closer look: The internalization of stigma related to HIV. Washington: POLICY Project, 2006. 15 p.
117. Budner S. Intolerance of ambiguity as a personality variable. Journal of Personality, 1962, n. 30, p. 29-50.
118. Campbell A. The Sense of Well-Being in America: Recent Patterns and Trends. New-York: Mac Graw Hill, 1981. 263 p.
119. Carver C.S., Scheier M.F. Themes and Issues in the Self-Regulation of Behavior. Advances in Social Cognition, 1999, vol. XII, p. 105.

120. Castles J. Persistence and the Adult Learner: Factors Affecting Persistence in Open University Students, *Active Learning in Higher Education*, 2004, n. 5, p. 166.
121. Chapman E. Conceptualisation of the body for people living with HIV. *Sociology of Health and Illness*, 2000, vol. 22, n. 6, p. 840-857.
122. Chess S., Thomas A. *Origins and evolutions of behavior disorders: From infancy to early adult life*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1987. 327 p.
123. Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M. The tridimensional personality questionnaire: U. S. normative data. *Psychological Reports*, 1991, n. 69, p. 1047-1057.
124. Constantin T., Holman A., Hojbota A.M. Development and validation of a motivational persistence scale, *PSIHOLOGIJA*, 2011, n. 45 (2), p. 99–120.
125. Corrigan P., Watson A. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002, n. 9 (1), p. 35–53.
126. Critcher A. An experimental study of persistence. *Journal of Applied Psychology*, 1934, n. 18, p. 409-417.
127. Crocker J., Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 1989, n. 96 (4), p. 608-630.
128. Crocker J., Major B., Steele C. Social Stigma. In *Handbook of Social Psychology*. Eds. By D. Gilbert, S.T. Fiske, G. Linzey. Boston: McGraw-Hill, 1998, p. 504-553.
129. Deci E.L. et al. Need Satisfaction, Motivation, and Well-Being in the Work Organizations of a Former Eastern Bloc Country: A Cross-Cultural Study of Self- Determination, in *PSPB*, 2001, n. 27 (8), p. 930-942.
130. Dijker A., Koomen W. Extending Weiner`s attribution-emotion model of stigmatization of ill person// *Basic and applied social psychology*, 2003, n. 25 (1), p. 51-68.
131. Dorcus M. Is there a 'unit trait' of volitional perseveration? *Journal of general Psychology*, 1935, n. 13, p. 345-356.
132. Earnshaw V.A., Chaudoir S.R. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS Behav.*, 2009, n. 13, p. 1160–1177.
133. Eisenberger R., Kuhlman D., Cotterell N. Effects of social values, effort training and goal structure on task persistence. *Journal of Research in Personality*, 1992, n. 26, p. 258–272.
134. Eniola M.S., Adebisi K. Emotional intelligence and goal setting - an investigation into interventions to increase motivation to work among visually impaired students in Nigeria, *British Journal of Visual Impairment*, 2007, n. 25, p. 249.
135. Eysenck H.J. *The Structure of Human Personality*. London: Methuen, 1953. 348 p.

136. Fabianova L. Psychosocial aspects of people living with HIV/AIDS. Social and psychological aspects of HIV/AIDS and their ramifications. Prof. Gobopamang Letamo (Ed.). Trnava: In Tech, 2011. 312 p.
137. Ferris France N., Macdonald S.H., Conroy R.R., Byrne E., Mallouris C., Hodgson I., Larkan F. An unspoken world of unspoken things: a study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland; *Swiss Med Wkly*, 2015, n. 145, p. 1-10.
138. Ford M.E. *Motivating humans: Goals, emotions and personal agency beliefs*. Newberry Park, CA: Sage, 1992. 302 p.
139. Fox S., Hoffman M. Escalation behavior as a specific case of goal directed activity: A persistence paradigm. *Basic and Applied Social Psychology*, 2002, n. 24, p. 273-285.
140. Gayer, Harvey et al. The ABC's of Persistence: Suggestions for Teachers To Improve Students' Effort on Academic Tasks,. Paper presented at the Annual Convention of the National Association of School Psychologists, 26th, Seattle, WA, March 4-5, 1994, p. 2-11.
141. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1963. 147 p.
142. Goldberg L.R. An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, n. 59, p. 1216–1229.
143. Gollwitzer P.M. The volitional benefits of planning. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. New York: Guilford Press, 1996, p. 287-312.
144. Gordon D. *Therapeutic Metaphors*. Cupertino, California, Meta Publications, 1978. 261 p.
145. Graves L.M. Effects of Leader Persistence and Environmental Complexity on Leadership Perceptions: Do Implicit Beliefs Discourage Adaptation to Complex Environments?, *Group Organization Management*, 1985, n. 10, p. 19.
146. Harshorne M., May M.A., Maller J.B. *Studies in the Nature Character: II Studies in Service and Self-Control*. New York: Macmillan, 1929. 559 p.
147. Herek G.M., Capitanio J.P., Widaman K.F. HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999. *American journal of public health*, 2002, n. 92(3), p. 371-377.
148. Herek G.M., Mitnick S.L., Burris M., Chesney P., Devine M. T., Fullilove R., Fullilove H.C., Gunther J., Levi S., Michaels A., Novick J., Pryor M. Snyder, Sweeney T. „AIDS

- and Stigma: A Conceptual Framework and Research Agenda.” *AIDS and Public Policy Journal*, 1998, n. 13 (1), p. 36–47.
149. Higgins E.T. Does Personality Provide Unique Explanations for Behaviour? Personality as Cross-Person Variability in General Principles, in *European Journal of Personality Eur. J. Pers.*, 2000, n. 14, p. 391-406.
  150. Houser-Marko L., Sheldon K.M. Motivating Behavioral Persistence: The Self- As-Doer Construct, *Pers. Soc. Psychol. Bull*, 2006, n. 32, p. 1037.
  151. Howells T.H. An experimental study of persistence. *Journal of abnormal social Psychology*, 1933, n. 28, p. 14-29.
  152. James W. What is an emotion? *Mind*, 1984, n. 9, p. 188-205.
  153. Johnson M.K., Kim J.K., Risse G. Do alcoholic Korsakoff’s syndrome patients acquire affective reactions? *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 1985, n. 11, p. 22-36.
  154. Jostmann N.B., Koole S.L. When persistence is futile: A functional analysis of action orientation and goal disengagement. In G.B. Moskowitz and H. Grant (Eds.), *The psychology of goals*. New York, USA: Guilford, 2009, p. 337-361.
  155. Kanfer R. Measuring Health Worker Motivation in Developing Countries, in *Major Applied Research 5, Working Paper 1*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1999. 20 p.
  156. Kanfer R. Motivation theory and industrial and organizational psychology. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1990, vol. 1, p. 75–170.
  157. Kidd R., Clay S. Understanding and challenging HIV STIGMA. Toolkit for action. Washington, 2003. 188 p.
  158. Kleinginna P.R., Kleinginna A.M. A Categorized List of Emotion Definitions with Suggestions for a Consensual Definition. *Motivation and Emotion*, 1981, n. 5, p. 345-355.
  159. Klitzman R., Bayer R. *Mortal secrets: truth and lies in the age of AIDS*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2003. 208 p.
  160. Kubler-Ross E. *AIDS the Ultimate Challenge*. New York, Touchstone, 1997. 352 p.
  161. Kuhl J. Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action- Control-Scale (ACS-90). In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior*. Toronto, Ontario, Canada: Hogrefe, 1994, p. 47–59.
  162. Lane J.M. Wegner D.M. The cognitive consequences of secrecy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, n. 69, p. 237-253.

163. Lee R., Kochman A., Sikkema K. Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior.*, 2002, n. 6(4), p. 309-319.
164. Leonard N.H., Beauvais L.L., Scholl R.W. Work motivation: The incorporation of self based processes. *Human Relations*, 1999, n. 52, p. 969-998.
165. Lerman C., Trock B., Rimer B.K., Boyce A., Jepson C., Engstrom P.F. Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms. *Annals of Internal Medicine*, 1991, n. 114, p. 657-661.
166. Lewin K. *Field Theory in Social Science*. New York: Harper, 1951. 346 p.
167. Lindberg M. H., Wettergren L., Wiklander M., Svedhem-Johansson V. and Eriksson L E. Psychometric Evaluation of the HIV Stigma Scale in a Swedish Context., *PLoS One*. 2014, n. 9 (12). <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0114867> (accesat 15.11.2015)
168. Link B.G., Phelan J.C. Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.*, 2001, n. 85, p. 363-385.
169. Link B.G., Phelan J.C. Stigma and its public health implications. *Lancet*. 2006, vol. 367, p. 528-529.
170. Link B.G., Phelan J.C. The labeling theory of mental disorder (II): the consequences of labeling. In: *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems*. Edited by Horwitz AV, Scheid TL. New York, US: Cambridge University Press, 1999, p. 361–376.
171. Link B.G, Struening E.L, Rahav M., Phelan J.C., Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.*, 1997, n. 38 (2), p. 90-177.
172. Link M.W. Predicting the Persistence and Performance of Newly Recruited Telephone Interviewers, *Field Methods*, 2006, n. 18, p. 305.
173. Locke E.A., Latham G.P. *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1990. 413 p.
174. Lufi D., Cohen A. A scale for measuring persistence in children. *Journal of Personality Assessment*, 1987, n. 51, p. 178–185.
175. Macovei I., Constantin T. Volunteers versus non-volunteers: the role of the motivational persistence, *Annals of the Al. I. Cuza University. Psychology Series*, 2011, vol. 20 (1), p. 21-35.
176. Mansell W. *Control theory and psychopathology: An integrative approach*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2005, n. 78, p. 141–178.

177. McCrae R.R., Costa P.T. *Personality in Adulthood: A Five Factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press, 2003. 268 p.
178. McCrae R.R., Costa P.T. Validation of the five - factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, n. 52 (1), p. 81-90.
179. McDougall W. *An Introduction to social Psychology*. London: Methuen & Co, 1908. 368 p.
180. McGiboney G.W., Carter C. Measuring Persistence and Personality Characteristics of Adolescents. *Psychological Reports*, 1993, n. 72, p. 128-130.
181. Meier G., Albrecht M.H. The Persistence Process: Development of a Stage Model For Goal-Directed Behavior. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 2003, n. 10, p. 43.
182. Mischell W., Zeiss T., Zeiss A. Internal- External Control and Persistence: Validation and Implementation of the Stanford Preschool Internal-External Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1974, n. 29, p. 265-278.
183. Mitchell T.R. Motivation: New directions for theory and research. *Academy of Management Review*, 1982, n. 17 (1), p. 80-88.
184. Morrison K. *Breaking the cycle: Stigma, Discrimination, Internal Stigma and HIV*. Geneva: UNAIDS, 2006. 16 p.
185. Mukherjee B.N. A Questionnaire Measure of Persistence Disposition. *Indian Journal of Psychology*, 1974, n. 49, p. 263-278.
186. Neumann Y., Finlay-Neumann E., Reichel A. Determinants and consequences of students burnout in universities. *The Journal of Higher Education*, 1990, n. 61 (1), p. 20-31.
187. Oettingen G., Gollwitzer P.M. Goal setting and goal striving. In A. Tesser N. Schwarz (Ed.), *Blackwell handbook of social psychology: Intraindividual processes*. Oxford: Blackwell, 2001, p. 329–348.
188. Parker R., Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science and medicine*, 2003, n. 57, p. 13-24.
189. Pennebaker J.W. Confession, inhibition and disease. *Advances in experimental social psychology*. Ed. by L. Berkowitz. San Diego: Academic Press, 1989, p. 211-244.
190. Pennebaker J.W. Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behavior research and therapy*, 1993, n. 31. p. 539-548.
191. Peterson C., Seligman M.E.P. *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press, 2004. 800 p.

192. Peterson D., Barnes A., Duncan C. *Fighting Shadows Self-stigma and Mental Illness*, written for the Mental Health Foundation of New Zealand, 2008. 89 p.
193. Phelan J.C., Link B.G., Dovidio J.F. Stigma and prejudice: One animal or two?. *Social Science and Medicine*, 2008, n. 68, p. 358-367.
194. Pinder C.C. *Work motivation in organizational behavior*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 1998. 544 p.
195. Ponton M.K., Derrick M.G., Carr P.B. The Relationship between Resourcefulness and Persistence in Adult Autonomous Learning. *Adult Education Quarterly*, 2005, n. 55, p. 116.
196. Pryor J.B., Glenn D. Reeder. *Stigma: Advances in Theory and Research*. *Basic and Applied Social Psychology*, 2013, n. 35 (1), p.1-9.
197. Remien R.H., Mellins C.A. Long-term psychosocial challenges for people living with HIV: let's not forget the individual in our global response to the pandemic. *AIDS*, 2007, n. 21 (5), p. 55-63.
198. Rethlingshafer D. Relationship of tests of persistence to other measures of continuance of activities. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 1942, n. 37, p. 71-82.
199. Robinson T.N. Prediction of Undergraduate Identity as a Mediator of Institutional Integration Variables in the Persistence Intentions, in *Journal of Adolescent Research*, 2003, n. 18, p. 3.
200. Rubenstein D., Sorrentino D. Psychotherapy with HIV/AIDS patients: assessment and treatment plan development. *American Journal of Psychotherapy*, 2008, n. 62(4), p. 365-375.
201. Ryan M.R., Deci E.L. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions, in *Contemporary Educational Psychology*, 2000, n. 25, p. 54–67.
202. Ryan R.M., Sheldon K.M., Kasser T., Deci E.L. All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. New York: Guilford Press, 1996, p. 7-26.
203. Ryans D.G. The Measurement of Persistence. *Psychological Bulletin*, 1939, n. 36, p. 715-739.
204. Rynes S.L., Colbert A.E., Brown K.G. HR Professionals' Beliefs About Effective Human Resource Practices: Correspondence Between Research And Practice, in *Human Resource Management*, Wiley Periodicals, 2002, n. 41 (2), p. 149–174.



205. Sheldon K.M., Elliot A.J. Goal striving, need satisfaction, and longitudinal wellbeing: The Self- Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, n. 76, p. 546-557.
206. Sherman D.K., Kim H.S. Affective Perseverance: The Resistance of Affect to Cognitive Invalidation, *Pers. Soc. Psychol. Bull.*, 2002, n. 28, p. 224.
207. Skinner B.F. *Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis*. New York: Appleton- Century Crofts, 1969. 319 p.
208. Smart L., Wegner D. The hidden costs of hidden stigma. *The social psychology of stigma*. Eds. by T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull. N.Y.:Guilford, 2000, p. 220-242.
209. Spiegel S., Grant-Pillow H., Higgins E.T. How regulatory fit enhances motivational strength during goal pursuit. *European Journal of Social Psychology*, 2004, n. 34, p. 39–54.
210. Staw B., Ross J. Commitment in an Experimenting Society: An Experiment on the Attribution of Leadership from Administrative Scenarios. *Journal of Applied Psychology*, 1980, n. 65, p. 249- 260.
211. Stephenson R.R. Occupational Choice as a Crystallized Self-Concept. *Journal of Counseling Psychology*, 1961, n. 8, p. 164-169.
212. Țuțu A., Constantin T. Understanding Job Performance through Persistence and Job Competency. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 2012, n. 33, p. 612-616.
213. Vroom V. *Work and Motivation*. New York: John Wiley, 1964. 331 p.
214. Wang C.K.A. A Scale for Measuring Persistence. *Journal of Social Psychology*, 1932, n. 3, p. 79-89.
215. Watson A.C., Corrigan P. Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry*, 2002, n. 1 (1), p. 16-20.
216. Wegner D.M., Lane J.D. From secrecy to psychopathology. *Emotion, disclosure, and health*. Ed. by J.W. Pennebaker. Washington, DC: American Psychological Association, 1995, p. 25-46.
217. Weiner B. *Human Motivation*. NJ, Hillsdale, Publisher: Lawrence Erlbaum Associates, 1980. 480 p.
218. Wenzel A. Modification of Core Beliefs in Cognitive Therapy. In: Reis de Oliveira I, editor. *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*. InTech, 2012. 202 p.
219. Wise L.L. A persistence model of motivation and test performance. New York, 1996. 240 p.

220. <https://www.damaideparte.ro/psihologie-practica/ferestra-johari-sau-intelegerea-propriei-persoane-si-a-celor-din-jur/> (accesat 15.01.2016)

## ANEXE

### Anexa 1. Metodele de cercetare utilizate

#### Anexa 1.1. Scala Persistenței Motivaționale, după T. Constantin

**Instrucția:**

Пожалуйста, прочитайте ниже указаний список поведений и отношений и обозначьте с помощью “X” тот вариант, который в наибольшей степени можете отнести к себе.

	Почти никогда	Редко	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Сохраняю мотивацию даже в деятельности, которая длится несколько месяцев.					
2. У меня хорошая способность концентрироваться на выполнении ежедневных заданий.					
3. Я всё ещё представляю себе различные способы использования тех возможностей, от которых я отказался.					
4. Долгосрочные цели мотивируют меня преодолевать ежедневные проблемы.					
5. Если я задумываю сделать что-либо в определенный день, то я не останавливаюсь, пока не выполню то, что задумал/а.					
6. Продолжаю выполнять сложную задачу, даже когда все остальные уже опустили руки.					
7. Даже если это уже не имеет значения, я продолжаю думать о личных целях, от которых мне пришлось отказаться.					
8. С легкостью понимаю, когда мне надо прекратить следовать важным личностным целям, если понимаю, что не реально их достичь.					
9. Отвлекаюсь от выполнения повседневных дел, если они неприятные или неинтересные.					
10. Мне часто приходят в голову новые идеи, связанные со старой проблемой или старым проектом.					
11. Настойчиво слеую выполнению проектов, в которые я верю.					
12. Ловлю себя на том, что возвращаюсь мысленно к более ранней, забытой инициативе.					
13. Продолжаю вкладывать время и усилия в идеи и проекты, которые требуют годы терпения и труда.					
14. Когда я берусь за работу, то забываю на время обо всем остальном, концентрируюсь на том, что я должен выполнить сейчас.					
15. Мне тяжело отдалиться от проекта, который важен мне, но от которого пришлось отказаться в пользу других.					
16. Бывает, что начатое сегодня дело, я оставляю на завтра.					
17. Я способен хорошо себя организовать для решения ежедневных задач.					

**Anexa 1.2. Chestionarul de evaluare a autostigmatizării *HIV Stigma Scale* elaborat de B.E. Berger**

***Инструкция:***

Пожалуйста, прочитайте ниже указанный список поведений и отношений и обозначьте с помощью "X" тот вариант который в наибольшей степени можете отнести к себе.

		Полностью не согласен	Не согласен	Согласен	Полностью согласен
1.	Никто из моего окружения не знает, что у меня ВИЧ.				
2.	Я чувствую себя виноватым, потому что у меня ВИЧ.				
3.	Отношения людей к ВИЧ заставляют меня плохо думать о себе.				
4.	Это рискованно сказать кому-то, что у меня ВИЧ .				
5.	Люди с ВИЧ теряют свои рабочие места, когда их работодатели узнают о диагнозе.				
6.	Я прикладываю много усилий, чтобы сохранить свой ВИЧ статус в секрете.				
7.	Я не такой хороший как другие, потому что у меня ВИЧ.				
8.	Я никогда не стыжусь, что у меня ВИЧ.				
9.	Люди с ВИЧ считаются изгоями.				
10.	Большинство людей считают что человек который имеет ВИЧ заразный.				
11.	Легче не заводить новые знакомства, чем беспокоиться о том, чтобы не сообщать что у меня ВИЧ.				
12.	Тот факт, что у меня ВИЧ заставляяет меня чувствовать себя заразным.				
13.	С момента, когда я узнал что у меня ВИЧ, чувствую себя отстраненным и изолированным от остального мира.				
14.	Большинство людей думают, что человек с ВИЧ отвратителен.				
15.	Тот факт, что у меня ВИЧ, заставляяет меня чувствовать, что я плохой.				

16.	Большинство ВИЧ позитивных людей, отвержены, когда другие узнают об их диагнозе.				
17.	Я очень осторожен, при выборе кому сказать, что у меня есть ВИЧ.				
18.	Некоторые люди, которые узнали что у меня ВИЧ стали более отдаленными.				
19.	С момента, когда я узнал что у меня ВИЧ, я беспокоюсь что люди, дискриминируют меня.				
20.	Большинство людей чувствуют себя неловко в окружении кого-то с ВИЧ.				
21.	Я никогда не чувствую необходимость, скрывать тот факт, что у меня ВИЧ.				
22.	Я боюсь, что люди будут осуждать меня, когда узнают, что у меня ВИЧ.				
23.	Для меня отвратительно иметь ВИЧ в моем теле.				
24.	Я страдал от реакций людей, когда они узнавали о том, что у меня ВИЧ.				
25.	Я боюсь, что люди, которые знают, что у меня ВИЧ расскажут другим.				
26.	Я сожалею, что рассказал некоторым людям, что у меня ВИЧ.				
27.	Тот факт, что я рассказывал другим людям, что у меня ВИЧ, было ошибкой.				
28.	Некоторые люди боятся прикасаться ко мне, как только узнают, что у меня ВИЧ.				
29.	Близкие мне люди, перестали звонить после того как узнали что у меня ВИЧ.				
30.	Люди говорили мне, что заражение ВИЧ, это то, что я заслужил своим образом жизни.				
31.	Некоторые близкие мне люди, боятся, чтобы другие не отвергли их, если станет известно, что у меня ВИЧ.				
32.	Люди не хотят, чтобы я находился в окружении их детей,				

	как только они узнают, что у меня ВИЧ.				
33.	Люди физически отдаляются от меня, когда они узнают что у меня ВИЧ.				
34.	Некоторые люди ведут себя так, как будто это моя вина, что у меня ВИЧ.				
35.	Я прекратил/а общаться с некоторыми людьми из-за их реакции на то что у меня ВИЧ.				
36.	Я потерял моих друзей, рассказав им, что у меня ВИЧ.				
37.	Я сказал близким людей, держать в секрет то, что у меня ВИЧ.				
38.	Люди, которые знают что у меня ВИЧ, как правило, игнорируют мои хорошие качества.				
39.	Люди пугаются, как только узнают, что у меня ВИЧ.				
40.	Когда люди узнают, что у тебя ВИЧ, они ищут недостатки в твоём характере.				

### Анекдот 1.3. Chestionarul de Personalitate Big Five elaborat de P. Costa și R. McCrae

#### Инструкция

Прочтите парные высказывания и определите, какое из двух альтернативных высказываний вам больше всего подходит. Если подходит высказывание, записанное слева от оценочной шкалы, то используйте для оценки этого высказывания значение «-2» или «-1». Если вам подходит правое высказывание, то оно оценивается значениями «2» или «1». Значения «-2» или «2» выбираются в том случае, если оцениваемое высказывание выражено сильно. Если это высказывание выражено слабо (слабее), то выбирается значение «-1» или «1». В том случае, когда ни одна из альтернатив вам не подходит, а подходит нечто среднее между ними, то выбирается значение «0»

Выбранное значение записывается в бланк ответов в левую ячейку.

1. Мне нравится заниматься физкультурой	-2	-1	0	1	2	Я не люблю физические нагрузки
2. Люди считают меня отзывчивым и доброжелательным человеком	-2	-1	0	1	2	Некоторые люди считают меня холодным и черствым
3. Я во всем ценю чистоту и порядок	-2	-1	0	1	2	Иногда я позволяю себе быть неряшливым
4. Меня часто беспокоит мысль, что что-нибудь может случиться	-2	-1	0	1	2	«Мелочи жизни» меня не тревожат
5. Все новое вызывает у меня интерес	-2	-1	0	1	2	Часто новое вызывает у меня раздражение
6. Если я ничем не занят, то это меня беспокоит	-2	-1	0	1	2	Я человек спокойный и не люблю суетиться
7. Я стараюсь проявлять дружелюбие ко всем людям	-2	-1	0	1	2	Я не всегда и не со всеми дружелюбный человек
8. Моя комната всегда аккуратно прибрана	-2	-1	0	1	2	Я не очень стараюсь следить за чистотой и порядком
9. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков	-2	-1	0	1	2	Я не обращаю внимания на мелкие проблемы
10. Мне нравятся неожиданности	-2	-1	0	1	2	Я люблю предсказуемость событий
11. Я не могу долго оставаться в неподвижности	-2	-1	0	1	2	Мне не нравится быстрый стиль жизни
12. Я тактичен по отношению к другим людям	-2	-1	0	1	2	Иногда в шутку я задеваю самолюбие других
13. Я методичен и пунктуален во всем	-2	-1	0	1	2	Я не очень обязательный человек
14. Мои чувства легко уязвимы и ранимы	-2	-1	0	1	2	Я редко тревожусь и редко чего-либо боюсь
15. Мне не интересно, когда ответ ясен заранее	-2	-1	0	1	2	Я не интересуюсь вещами, которые мне не понятны
16. Я люблю, чтобы другие быстро выполняли мои распоряжения	-2	-1	0	1	2	Я не спеша выполняю чужие распоряжения

17. Я уступчивый и склонный к компромиссам человек	-2	-1	0	1	2	Я люблю поспорить с окружающими
18. Я проявляю настойчивость, решая трудную задачу	-2	-1	0	1	2	Я не очень настойчивый человек
19. В трудных ситуациях я весь сжимаюсь от напряжения	-2	-1	0	1	2	Я могу расслабиться в любой ситуации
20. У меня очень живое воображение	-2	-1	0	1	2	Я всегда предпочитаю реально смотреть на мир
21. Мне часто приходится быть лидером, проявлять инициативу	-2	-1	0	1	2	Я скорее подчиненный, чем лидер
22. Я всегда готов оказать помощь и разделить чужие трудности	-2	-1	0	1	2	Каждый должен уметь позаботиться о себе
23. Я очень старательный во всех делах человек	-2	-1	0	1	2	Я не очень усердствую на работе
24. У меня часто выступает холодный пот и дрожат руки	-2	-1	0	1	2	Я редко испытывал напряжение, сопровождаемое дрожью в теле
25. Мне нравится мечтать	-2	-1	0	1	2	Я редко увлекаюсь фантазиями
26. Часто случается, что я руковожу, отдаю распоряжения другим людям	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю, чтобы кто-то другой брал в свои руки руководство
27. Я предпочитаю сотрудничать с другими, чем соперничать	-2	-1	0	1	2	Без соперничества общество не могло бы развиваться
28. Я серьезно и прилежно отношусь к работе	-2	-1	0	1	2	Я стараюсь не брать дополнительные обязанности на работе
29. В необычной обстановке я часто нервничаю	-2	-1	0	1	2	Я легко привыкаю к новой обстановке
30. Иногда я погружаюсь в глубокие размышления	-2	-1	0	1	2	Я не люблю тратить свое время на размышления
31. Мне нравится общаться с незнакомыми людьми	-2	-1	0	1	2	Я не очень общительный человек
32. Большинство людей добры от природы	-2	-1	0	1	2	Я думаю, что жизнь делает некоторых людей злыми
33. Люди часто доверяют мне ответственные дела	-2	-1	0	1	2	Некоторые считают меня безответственным
34. Иногда я чувствую себя одиноко, тоскливо и все валится из рук	-2	-1	0	1	2	Часто, что-либо делая, я так увлекаюсь, что забываю обо всем
35. Я хорошо знаю, что такое красота и элегантность	-2	-1	0	1	2	Мое представление о красоте такое же, как и у других
36. Мне нравится приобретать новых друзей и знакомых	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю иметь только несколько надежных друзей
37. Люди, с которыми я общаюсь,	-2	-1	0	1	2	Есть такие люди, которых я не



обычно мне нравятся						люблю
38. Я требователен и строг в работе	-2	-1	0	1	2	Иногда я пренебрегаю своими обязанностями
39. Когда я сильно расстроен, у меня тяжело на душе	-2	-1	0	1	2	У меня очень редко бывает мрачное настроение
40. Музыка способна так захватить меня, что я теряю чувство времени	-2	-1	0	1	2	Драматическое искусство и балет кажутся мне скучными
41. Я люблю находиться в больших и веселых компаниях	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю уединение
42. Большинство людей честные, и им можно доверять	-2	-1	0	1	2	Иногда я отношусь подозрительно к другим людям
43. Я обычно работаю добросовестно	-2	-1	0	1	2	Люди часто находят в моей работе ошибки
44. Я легко впадаю в депрессию	-2	-1	0	1	2	Мне невозможно испортить настроение
45. Настоящее произведение искусства вызывает у меня восхищение	-2	-1	0	1	2	Я редко восхищаюсь совершенством настоящего произведения искусства
46. «Болея» на спортивных соревнованиях, я забываю обо всем	-2	-1	0	1	2	Я не понимаю, почему люди занимаются опасными видами спорта
47. Я стараюсь проявлять чуткость, когда имею дело с людьми	-2	-1	0	1	2	Иногда мне нет дела до интересов других людей
48. Я редко делаю необдуманно то, что хочу сделать	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю принимать решения быстро
49. У меня много слабостей и недостатков	-2	-1	0	1	2	У меня высокая самооценка
50. Я хорошо понимаю свое душевное состояние	-2	-1	0	1	2	Мне кажется, что другие люди менее чувствительны, чем я
51. Я часто игнорирую сигналы, предупреждающие об опасности	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю избегать опасных ситуаций
52. Радость других я разделяю как собственную	-2	-1	0	1	2	Я не всегда разделяю чувства других людей
53. Я обычно контролирую свои чувства и желания	-2	-1	0	1	2	Мне трудно сдерживать свои желания
54. Если я терплю неудачу, то обычно обвиняю себя	-2	-1	0	1	2	Мне часто «везет», и обстоятельства редко бывают против меня
55. Я верю, что чувства делают мою жизнь содержательнее	-2	-1	0	1	2	Я редко обращаю внимание на чужие переживания
56. Мне нравятся карнавальные шествия и демонстрации	-2	-1	0	1	2	Мне не нравится находиться в многолюдных местах
57. Я стараюсь поставить себя на место другого человека, чтобы его	-2	-1	0	1	2	Я не стремлюсь понять все нюансы переживаний других

понять						людей
58. В магазине я обычно долго выбираю то, что надумал купить	-2	-1	0	1	2	Иногда я покупаю вещи импульсивно
59. Иногда я чувствую себя жалким человеком	-2	-1	0	1	2	Обычно я чувствую себя нужным человеком
60. Я легко «вживаюсь» в переживания вымышленного героя	-2	-1	0	1	2	Приключения киногероя не могут изменить мое душевное состояние
61. Я чувствую себя счастливым, когда на меня обращают внимание	-2	-1	0	1	2	Я скромный человек и стараюсь не выделяться среди людей
62. В каждом человеке есть нечто, за что его можно уважать	-2	-1	0	1	2	Я еще не встречал человека, которого можно было бы уважать
63. Обычно я хорошо думаю, прежде чем действую	-2	-1	0	1	2	Я не люблю продумывать заранее результаты своих поступков
64. Часто у меня бывают взлеты и падения настроения	-2	-1	0	1	2	Обычно у меня ровное настроение
65. Иногда я чувствую себя фокусником, подшучивающим над людьми	-2	-1	0	1	2	Люди часто называют меня скучным, но надежным человеком
66. Я привлекателен для лиц противоположного пола	-2	-1	0	1	2	Некоторые считают меня обычным и неинтересным человеком
67. Я всегда стараюсь быть добрым и внимательным с каждым человеком	-2	-1	0	1	2	Некоторые люди думают, что я самонадеянный и эгоистичный
68. Перед путешествием я намечаю точный план	-2	-1	0	1	2	Я не могу понять, зачем люди строят такие детальные планы
69. Мое настроение легко меняется на противоположное	-2	-1	0	1	2	Я всегда спокоен и уравновешен
70. Я думаю, что жизнь – это азартная игра	-2	-1	0	1	2	Жизнь – это опыт, передаваемый последующим поколениям
71. Мне нравится выглядеть вызывающе	-2	-1	0	1;	2	В обществе я обычно не выделяюсь поведением и модной одеждой
72. Некоторые говорят, что я снисходителен к окружающим	-2	-1	0	1	2	Говорят, что я часто хвастаюсь своими успехами
73. Я точно и методично выполняю свою работу	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю «плыть по течению», доверяя своей интуиции
74. Иногда я бываю настолько взволнован, что даже плачу	-2	-1	0	1	2	Меня трудно вывести из себя
75. Иногда я чувствую, что могу открыть в себе нечто новое	-2	-1	0	1	2	Я не хотел бы ничего в себе менять

**Бланк ответов**

	I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	
6	7	8	9	10	
11	12	13	14	15	
	1.1 =	2.1 =	3.1 =	4.1 =	5.1 =

16	17	18	19	20	
21	22	23	24	25	
26	27	28	29	30	
	1.2 =	2.2 =	3.2 =	4.2 =	5.2 =

31	32	33	34	35	
36	37	38	39	40	
41	42	43	44	45	
	1.3 =	2.3 =	3.3 =	4.3 =	5.3 =

46	47	48	49	50	
51	52	53	54	55	
56	57	58	59	60	
	1.4 =	2.4 =	3.4 =	4.4 =	5.4 =

61	62	63	64	65	
66	67	68	69	70	
71	72	73	74	75	
	1.5 =	2.5 =	3.5 =	4.5 =	5.5 =
	I =	II =	III =	IV =	V =

## Anexa 2. Indicii obținuți la Scala Persistenței Motivaționale, după T. Constantin

**PMcod**

Autostigmatizare			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
inalt	Valid	2,00	16	100,0	100,0	100,0
		1,00	4	4,7	4,7	4,7
mediu	Valid	2,00	80	93,0	93,0	97,7
		3,00	2	2,3	2,3	100,0
		Total	86	100,0	100,0	
scazut	Valid	1,00	2	9,1	9,1	9,1
		2,00	20	90,9	90,9	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

**Correlations**

		AutostigTotal	LTPP	CPP	RUP	PMTTotal
AutostigTotal	Pearson Correlation	1	-,200*	-,148	,043	-,150
	Sig. (2-tailed)		,026	,102	,637	,095
	N	124	124	124	124	124
LTPP	Pearson Correlation	-,200*	1	,497**	,275**	,799**
	Sig. (2-tailed)	,026		,000	,002	,000
	N	124	124	124	124	124
CPP	Pearson Correlation	-,148	,497**	1	,184*	,823**
	Sig. (2-tailed)	,102	,000		,041	,000
	N	124	124	124	124	124
RUP	Pearson Correlation	,043	,275**	,184*	1	,581**
	Sig. (2-tailed)	,637	,002	,041		,000
	N	124	124	124	124	124
PMTTotal	Pearson Correlation	-,150	,799**	,823**	,581**	1
	Sig. (2-tailed)	,095	,000	,000	,000	
	N	124	124	124	124	124

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations										
		ExtrovTotal	AgreabilTotal	ConstTotal	NeuroticTotal	ExperienTotal	LTPP	CPP	RUP	PMTTotal
ExtrovTotal	Pearson Correlation	1	,432**	,422**	,160	,549**	,179*	,211*	,174	,254**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,075	,000	,047	,018	,054	,004
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
AgreabilTotal	Pearson Correlation	,432**	1	,620**	,077	,463**	,277**	,255**	,069	,282**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,394	,000	,002	,004	,447	,001
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
ConstTotal	Pearson Correlation	,422**	,620**	1	,121	,218*	,431**	,365**	,147	,436**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,182	,015	,000	,000	,103	,000
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
NeuroticTotal	Pearson Correlation	,160	,077	,121	1	,300**	-,233**	-,198*	,014	-,202*
	Sig. (2-tailed)	,075	,394	,182		,001	,009	,028	,875	,024
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
ExperienTotal	Pearson Correlation	,549**	,463**	,218*	,300**	1	,128	,091	,104	,142
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,015	,001		,156	,314	,248	,115
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
LTPP	Pearson Correlation	,179*	,277**	,431**	-,233**	,128	1	,497**	,275**	,799**
	Sig. (2-tailed)	,047	,002	,000	,009	,156		,000	,002	,000
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
CPP	Pearson Correlation	,211*	,255**	,365**	-,198*	,091	,497**	1	,184*	,823**
	Sig. (2-tailed)	,018	,004	,000	,028	,314	,000		,041	,000
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
RUP	Pearson Correlation	,174	,069	,147	,014	,104	,275**	,184*	1	,581**
	Sig. (2-tailed)	,054	,447	,103	,875	,248	,002	,041		,000
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
PMTTotal	Pearson Correlation	,254**	,282**	,436**	-,202*	,142	,799**	,823**	,581**	1
	Sig. (2-tailed)	,004	,001	,000	,024	,115	,000	,000	,000	
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Anexa 3. Indicii obținuți la chestionarul de evaluare a autostigmatizării HIV Stigma

Scale elaborat de B.E. Berger

Descriptive Statistics					
Autostigmatizare	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
E1	16	7,00	15,00	12,2500	2,48998
E2	16	3,00	15,00	10,4375	3,30593
E3	16	3,00	14,00	8,3750	3,24294
E4	16	3,00	15,00	8,1875	3,42965
E5	16	3,00	14,00	9,5000	3,40588
A1	16	8,00	15,00	12,6875	2,24258
A2	16	8,00	15,00	11,5625	2,39357
A3	16	4,00	13,00	8,8750	2,94109
A4	16	5,00	15,00	12,1250	3,00832
A5	16	7,00	15,00	12,1875	2,73785
C1	16	9,00	15,00	13,1250	1,82117
C2	16	8,00	15,00	12,3750	2,18708
C3	16	5,00	15,00	12,0000	2,73252
C4	16	4,00	15,00	11,5625	3,03246
C5	16	3,00	15,00	11,5625	3,26535
N1	16	7,00	15,00	12,5000	2,44949
N2	16	6,00	15,00	11,3750	3,00832
N3	16	7,00	15,00	12,5000	2,92119
N4	16	8,00	15,00	12,0625	1,94829
N5	16	5,00	15,00	12,6250	3,09570
EX1	16	6,00	15,00	10,8125	2,78613
EX2	16	3,00	15,00	11,3750	3,44238
EX3	16	3,00	15,00	11,1250	3,28380
EX4	16	7,00	15,00	11,5625	2,70724
EX5	16	5,00	14,00	9,3750	2,70493
Valid N (listwise)	16				
E1	86	4,00	15,00	11,1163	2,73719
E2	86	4,00	15,00	10,3953	2,97946
E3	86	3,00	15,00	10,3837	3,32608
E4	86	3,00	15,00	8,8953	2,64810
E5	86	3,00	15,00	9,4884	2,70400
A1	86	5,00	15,00	11,9302	2,75164
A2	86	5,00	15,00	11,8372	2,32561
A3	86	3,00	15,00	8,7209	2,86007
A4	86	4,00	15,00	11,8837	2,80092

A5	86	5,00	15,00	12,2674	2,04896
C1	86	5,00	15,00	12,1279	2,60225
C2	86	5,00	15,00	12,0116	2,87584
C3	86	6,00	15,00	12,1163	2,45629
C4	86	4,00	15,00	10,0581	2,60477
C5	86	3,00	15,00	10,8488	2,86774
N1	86	3,00	15,00	10,5000	3,48357
N2	86	3,00	15,00	9,4070	3,10361
N3	86	3,00	15,00	11,0233	2,79906
N4	86	4,00	15,00	10,1395	2,46463
N5	86	3,00	15,00	11,3837	3,18145
EX1	86	4,00	15,00	10,5581	2,76790
EX2	86	3,00	15,00	10,6860	3,16697
EX3	86	3,00	15,00	11,3256	3,08485
EX4	86	4,00	15,00	11,3953	2,34786
EX5	86	5,00	15,00	9,6977	2,28586
Valid N (listwise)	86				
E1	22	3,00	15,00	10,8636	2,73070
E2	22	8,00	15,00	11,5455	2,15423
E3	22	3,00	15,00	10,7273	3,85674
E4	22	5,00	13,00	8,8636	2,31549
E5	22	4,00	15,00	10,5455	2,87398
A1	22	5,00	15,00	11,7727	2,92659
A2	22	8,00	15,00	12,1364	2,16675
A3	22	3,00	13,00	8,7727	2,86077
A4	22	4,00	15,00	12,1818	3,40359
A5	22	7,00	15,00	12,2273	2,26635
C1	22	7,00	15,00	11,7727	2,09152
scazut C2	22	5,00	15,00	12,6818	2,69720
C3	22	8,00	15,00	12,1818	2,17423
C4	22	4,00	15,00	10,4545	3,05080
C5	22	3,00	15,00	11,0000	3,11677
N1	22	4,00	15,00	10,3182	3,35781
N2	22	3,00	15,00	8,5455	3,41882
N3	22	4,00	15,00	9,2273	2,87736
N4	22	6,00	13,00	8,8182	2,03859
N5	22	3,00	15,00	10,1818	3,30420
EX1	22	8,00	15,00	11,6818	2,19059
EX2	22	4,00	15,00	11,3182	2,78408
EX3	22	4,00	15,00	10,9545	3,55203

EX4	22	8,00	15,00	12,0455	2,03487
EX5	22	7,00	14,00	10,3182	2,16875
Valid N (listwise)	22				

**Correlations**

		ExtrovTotal	AgreabilTotal	ConstTotal	NeuroticTotal	ExperienTotal	AutostigTotal
ExtrovTotal	Pearson Correlation	1	,432**	,422**	,160	,549**	-,196*
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,075	,000	,029
	N	124	124	124	124	124	124
AgreabilTotal	Pearson Correlation	,432**	1	,620**	,077	,463**	-,289**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,394	,000	,001
	N	124	124	124	124	124	124
ConstTotal	Pearson Correlation	,422**	,620**	1	,121	,218*	-,137
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,182	,015	,130
	N	124	124	124	124	124	124
NeuroticTotal	Pearson Correlation	,160	,077	,121	1	,300**	,325**
	Sig. (2-tailed)	,075	,394	,182		,001	,000
	N	124	124	124	124	124	124
ExperienTotal	Pearson Correlation	,549**	,463**	,218*	,300**	1	-,278**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,015	,001		,002
	N	124	124	124	124	124	124
AutostigTotal	Pearson Correlation	-,196*	-,289**	-,137	,325**	-,278**	1
	Sig. (2-tailed)	,029	,001	,130	,000	,002	
	N	124	124	124	124	124	124

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



**Anexa 4. Indicii obținuți la Chestionarul de Personalitate Big Five elaborat de P. Costa și R. McCrae**

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
ExtrovTotal	inalt	16	48,75	10,363	2,591	43,23	54,27	30	63
	mediu	86	50,38	9,331	1,006	48,38	52,38	26	66
	scazut	22	52,55	8,204	1,749	48,91	56,18	30	67
	Total	124	50,56	9,269	,832	48,91	52,20	26	67
AgreabilTotal	inalt	16	57,44	11,111	2,778	51,52	63,36	32	71
	mediu	86	56,77	8,978	,968	54,84	58,69	28	75
	scazut	22	57,09	10,198	2,174	52,57	61,61	36	70
	Total	124	56,91	9,411	,845	55,24	58,58	28	75
ConstTotal	inalt	16	60,63	10,032	2,508	55,28	65,97	38	74
	mediu	86	57,05	9,730	1,049	54,96	59,13	26	75
	scazut	22	57,95	10,219	2,179	53,42	62,49	36	75
	Total	124	57,67	9,847	,884	55,92	59,42	26	75
NeuroticTotal	inalt	16	61,06	11,096	2,774	55,15	66,98	34	75
	mediu	86	52,53	10,961	1,182	50,18	54,88	25	75
	scazut	22	47,09	11,497	2,451	41,99	52,19	25	68
	Total	124	52,67	11,634	1,045	50,60	54,74	25	75
ExperienTotal	inalt	16	54,19	9,731	2,433	49,00	59,37	31	69
	mediu	86	53,66	8,512	,918	51,84	55,49	29	71
	scazut	22	56,32	9,078	1,936	52,29	60,34	39	67
	Total	124	54,20	8,758	,786	52,64	55,76	29	71

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ExtrovTotal	Between Groups	141,813	2	70,907	,823	,442
	Within Groups	10424,792	121	86,155		
	Total	10566,605	123			
AgreabilTotal	Between Groups	6,920	2	3,460	,038	,962
	Within Groups	10887,105	121	89,976		
	Total	10894,024	123			
ConstTotal	Between Groups	174,925	2	87,463	,901	,409
	Within Groups	11750,518	121	97,112		
	Total	11925,444	123			
NeuroticTotal	Between Groups	1813,293	2	906,646	7,395	,001
	Within Groups	14834,151	121	122,596		
	Total	16647,444	123			
ExperienTotal	Between Groups	123,529	2	61,764	,803	,450
	Within Groups	9310,431	121	76,946		
	Total	9433,960	123			

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
E1	Between Groups	20,693	2	10,346	1,412	,248
	Within Groups	886,428	121	7,326		
	Total	907,121	123			
E2	Between Groups	23,687	2	11,843	1,411	,248
	Within Groups	1015,950	121	8,396		
	Total	1039,637	123			
E3	Between Groups	62,283	2	31,142	2,672	,073
	Within Groups	1410,451	121	11,657		
	Total	1472,734	123			
E4	Between Groups	6,873	2	3,437	,470	,626
	Within Groups	885,087	121	7,315		
	Total	891,960	123			
E5	Between Groups	20,154	2	10,077	1,258	,288
	Within Groups	968,943	121	8,008		
	Total	989,097	123			
A1	Between Groups	9,117	2	4,559	,614	,543
	Within Groups	898,883	121	7,429		
	Total	908,000	123			
A2	Between Groups	3,138	2	1,569	,295	,745
	Within Groups	644,249	121	5,324		
	Total	647,387	123			

A3	Between Groups	,334	2	,167	,020	,980
	Within Groups	996,916	121	8,239		
	Total	997,250	123			
A4	Between Groups	2,011	2	1,006	,116	,890
	Within Groups	1045,860	121	8,643		
	Total	1047,871	123			
A5	Between Groups	,100	2	,050	,010	,990
	Within Groups	577,150	121	4,770		
	Total	577,250	123			
C1	Between Groups	18,148	2	9,074	1,531	,221
	Within Groups	717,207	121	5,927		
	Total	735,355	123			
C2	Between Groups	8,586	2	4,293	,560	,573
	Within Groups	927,511	121	7,665		
	Total	936,097	123			
C3	Between Groups	,309	2	,155	,026	,974
	Within Groups	724,110	121	5,984		
	Total	724,419	123			
C4	Between Groups	30,995	2	15,498	2,060	,132
	Within Groups	910,101	121	7,521		
	Total	941,097	123			
C5	Between Groups	6,899	2	3,449	,393	,676
	Within Groups	1062,972	121	8,785		
	Total	1069,871	123			
N1	Between Groups	58,405	2	29,202	2,601	,078
	Within Groups	1358,273	121	11,225		
	Total	1416,677	123			
N2	Between Groups	77,032	2	38,516	3,884	,023
	Within Groups	1199,960	121	9,917		
	Total	1276,992	123			
N3	Between Groups	103,820	2	51,910	6,490	,002
	Within Groups	967,817	121	7,998		
	Total	1071,637	123			
N4	Between Groups	97,553	2	48,776	8,935	,000
	Within Groups	660,536	121	5,459		
	Total	758,089	123			
N5	Between Groups	56,084	2	28,042	2,751	,068
	Within Groups	1233,360	121	10,193		
	Total	1289,444	123			
EX1	Between Groups	22,129	2	11,064	1,542	,218
	Within Groups	868,420	121	7,177		
	Total	890,548	123			
EX2	Between Groups	11,373	2	5,687	,577	,563

	Within Groups	1193,046	121	9,860		
	Total	1204,419	123			
	Between Groups	2,629	2	1,315	,129	,879
EX3	Within Groups	1235,588	121	10,211		
	Total	1238,218	123			
	Between Groups	7,421	2	3,710	,675	,511
EX4	Within Groups	665,450	121	5,500		
	Total	672,871	123			
	Between Groups	9,555	2	4,778	,886	,415
EX5	Within Groups	652,662	121	5,394		
	Total	662,218	123			

**Anexa 5. Semnificațiile diferențelor după testul t-Student în experimentul de control (grup experimental și grup de control)**

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	LTPP_test	17,58	12	3,895	1,125
	LTPP_retest	19,42	12	3,423	,988
Pair 2	CPP_test	25,75	12	3,671	1,060
	CPP_retest	27,08	12	3,175	,917
Pair 3	RUP_test	15,92	12	3,728	1,076
	RUP_retest	18,50	12	2,844	,821
Pair 4	total_PM_test	59,25	12	6,956	2,008
	Total_PM_retest	65,00	12	5,444	1,572

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	LTPP_test & LTPP_retest	12	,989	,000
Pair 2	CPP_test & CPP_retest	12	,953	,000
Pair 3	RUP_test & RUP_retest	12	,990	,000
Pair 4	total_PM_test & Total_PM_retest	12	,987	,000

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	LTPP_test - LTPP_retest	-1,833	,718	,207	-2,289	-1,377	-8,848	11	,000
Pair 2	CPP_test - CPP_retest	-1,333	1,155	,333	-2,067	-,600	-4,000	11	,002
Pair 3	RUP_test - RUP_retest	-2,583	,996	,288	-3,216	-1,950	-8,983	11	,000
Pair 4	total_PM_test - Total_PM_retest	-5,750	1,815	,524	-6,903	-4,597	-10,972	11	,000

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	LTPP_gc1	16,75	12	2,179	,629
	LTPP_gc2	16,83	12	2,082	,601
Pair 2	CPP_gc1	24,50	12	1,732	,500
	CPP_gc2	24,67	12	2,103	,607
Pair 3	RUP_gc1	15,75	12	2,006	,579
	RUP_gc2	16,25	12	1,865	,538
Pair 4	Total_PM_gc1	57,00	12	3,075	,888
	Total_PM_gc2	57,75	12	3,864	1,115

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	LTPP_gc1 & LTPP_gc2	12	,992	,000
Pair 2	CPP_gc1 & CPP_gc2	12	,848	,000
Pair 3	RUP_gc1 & RUP_gc2	12	,869	,000
Pair 4	Total_PM_gc1 & Total_PM_gc2	12	,903	,000

**Group Statistics**

N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
12	19,42	3,423	,988
12	16,83	2,082	,601
12	27,08	3,175	,917
12	24,67	2,103	,607
12	18,50	2,844	,821
12	16,25	1,865	,538
12	65,00	5,444	1,572
12	57,75	3,864	1,115

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LTPP_control	Equal variances assumed	4,924	,037	2,234	22	,036	2,583	1,157	,185	4,982
	Equal variances not assumed			2,234	18,156					
CPP_control	Equal variances assumed	2,288	,145	2,198	22	,039	2,417	1,100	,136	4,697
	Equal variances not assumed			2,198	19,095					
RUP_control	Equal variances assumed	1,611	,218	2,292	22	,032	2,250	,982	,214	4,286
	Equal variances not assumed			2,292	18,981					
PM_total_control	Equal variances assumed	1,367	,255	3,762	22	,001	7,250	1,927	3,253	11,247
	Equal variances not assumed			3,762	19,840					

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	LTPP_gc1 - LTPP_gc2	-,083	,289	,083	-,267	,100	-1,000	11	,339
Pair 2	CPP_gc1 - CPP_gc2	-,167	1,115	,322	-,875	,542	-,518	11	,615
Pair 3	RUP_gc1 - RUP_gc2	-,500	1,000	,289	-1,135	,135	-1,732	11	,111
Pair 4	Total_PM_gc1 - Total_PM_gc2	-,750	1,712	,494	-1,838	,338	-1,517	11	,157

### T-Test

#### Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Atostigma_test	125,75	12	6,092	1,759
Autostigma_retest	106,42	12	3,397	,981

#### Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Atostigma_test & Autostigma_retest	12	,907	,000

#### Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Atostigma_test - Autostigma_retest	19,333	6,919	1,997	14,937	23,730	9,679	11	,000



## T-Test

**Paired Samples Statistics**

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Autostigma_gc1	125,33	12	3,499	1,010
Autostigma_gc2	124,75	12	3,441	,993

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Autostigma_gc1 & Autostigma_gc2	12	,944	,000

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Autostigma_gc1 - Autostigma_gc2	,583	1,165	,336	-,157	1,323	1,735	11	,111

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Extr_total_gc1 - Extr_total_gc2	-,167	1,992	,575	-1,433	1,099	-,290	11	,777
Pair 2	Agr_total_gc1 - Agr_total_gc2	-,500	1,314	,379	-1,335	,335	-1,318	11	,214
Pair 3	Const_total_gc1 - Const_total_gc2	-,667	2,188	,632	-2,057	,724	-1,055	11	,314
Pair 4	Neurot_total_gc1 - Neurot_total_gc2	1,500	2,541	,733	-,114	3,114	2,045	11	,066
Pair 5	Exp_total_gc1 - Exp_total_gc2	-,583	1,443	,417	-1,500	,334	-1,400	11	,189

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Extr_total_test - Extr_total_retest	-3,250	2,958	,854	-5,129	-1,371	-3,806	11	,003
Pair 2	Agreab_total_test - Agr_total_retest	-,833	1,403	,405	-1,725	,058	-2,057	11	,064
Pair 3	Const_total_test - Const_total_retest	-,583	1,505	,434	-1,540	,373	-1,343	11	,206
Pair 4	Neurotism_total_test - Neurot_total_retest	11,083	2,109	,609	9,743	12,423	18,207	11	,000
Pair 5	Eperienta_total_test - Exp_total_retest	-1,750	1,765	,509	-2,871	-,629	-3,436	11	,006

### Group Statistics

	GExperiment_GControl	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Extrovesiune_total_control	1	12	52,58	7,868	2,271
	2	12	46,33	4,942	1,427
Agreabilitate_total_control	1	12	59,75	8,730	2,520
	2	12	56,08	8,096	2,337
Constiinciozitate_total_control	1	12	61,42	9,922	2,864
	2	12	59,17	8,189	2,364
Neurotism_total_control	1	12	54,00	1,595	,461
	2	12	61,50	1,732	,500
DeschidereEx_total_control	1	12	58,25	6,757	1,951
	2	12	53,50	5,248	1,515

### T-Test

#### Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Extr_total_gc1	46,17	12	4,130	1,192
Extr_total_gc2	46,33	12	4,942	1,427
Pair 2 Agr_total_gc1	55,58	12	7,179	2,072
Agr_total_gc2	56,08	12	8,096	2,337
Pair 3 Const_total_gc1	58,50	12	7,129	2,058
Const_total_gc2	59,17	12	8,189	2,364
Pair 4 Neurot_total_gc1	63,00	12	1,954	,564
Neurot_total_gc2	61,50	12	1,732	,500
Pair 5 Exp_total_gc1	52,92	12	4,502	1,300
Exp_total_gc2	53,50	12	5,248	1,515

#### Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Extr_total_gc1 & Extr_total_gc2	12	,919	,000
Pair 2 Agr_total_gc1 & Agr_total_gc2	12	,992	,000
Pair 3 Const_total_gc1 & Const_total_gc2	12	,969	,000
Pair 4 Neurot_total_gc1 & Neurot_total_gc2	12	,908	,000
Pair 5 Exp_total_gc1 & Exp_total_gc2	12	,968	,000

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Extrovesiune_total_control	Equal variances assumed	3,358	,080	2,330	22	,029	6,250	2,682	,688	11,812
	Equal variances not assumed			2,330	18,511					
Agreabilitate_total_control	Equal variances assumed	,103	,751	1,067	22	,298	3,667	3,437	-3,461	10,794
	Equal variances not assumed			1,067	21,876					
Constiinciozitate_total_control	Equal variances assumed	,433	,517	,606	22	,551	2,250	3,714	-5,452	9,952
	Equal variances not assumed			,606	21,236					
Neurotism_total_control	Equal variances assumed	,035	,853	-11,033	22	,000	-7,500	,680	-8,910	-6,090
	Equal variances not assumed			-11,033	21,853					
DeschidereEx_total_control	Equal variances assumed	1,666	,210	1,923	22	,067	4,750	2,470	-,372	9,872
	Equal variances not assumed			1,923	20,731					

## **Anexa 6. Programul de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive (prezentarea ședințelor)**

### **Ședința 1**

**Scop:** Crearea în grup a unei atmosfere confortabile, binevoitoare, de încredere și siguranță, stabilirea regulilor de grup.

#### **1. Salutul**

**Scop:** cunoașterea interpersonală; dezvoltarea abilităților de comunicare; formarea deprinderilor de relaționare binevoitoare cu cei din jur.

*Descriere:* Participanții sunt așezați în cerc. Cel ce începe activitatea, spune prenumele și o calitate/trăsătură ce îl caracterizează pentru fiecare literă din care este format prenumele, realizându-se astfel o scurtă caracterizare. De exemplu: „Eu sunt Galina – gingașă, atentă, liberă, inteligentă, nostimă, ambițioasă”. Fiecare participant, se prezintă în același fel. Când cercul se încheie, toți participanții aplaudă. Este important, ca fiecare participant să vorbească clar, explicit și tare. Dacă cineva nu-și poate găsi calitatea/trăsătura care l-ar caracteriza, grupul este rugat să îl ajute.

#### **2. Așteptările membrilor grupului**

**Scop:** identificarea așteptărilor participanților cu privire la activitățile propuse.

*Material necesar:* foi de hârtie, pixuri, flipchart, carioci

*Descriere:* Moderatorul prezintă principalele direcții de lucru pe parcursul programului, ce fel de activități vor fi desfășurate, care vor fi cerințele și așteptările față de participanți. Participanții, la rândul lor, sunt rugați să scrie pe o foaie ce așteaptă de la ședințe și de la moderator (2 min.). Apoi se formează 2 grupuri care discută aceste așteptări și selectează cele mai reprezentative. Ambele grupuri își prezintă așteptările, care la fel sunt supuse dezbaterilor după care urmează evaluarea.

*Reflecție:* Cum v-ați simțit în procesul de lucru? Cum credeți, de ce ați îndeplinit acest exercițiu? De ce este important să vorbești și să gândești despre așteptările tale?

*Comentariu:* Dacă dorim să reușim în ceva, atunci trebuie nu numai să stabilim ce așteptări avem, dar și cum le realizăm. În caz contrar, riscăm ca așteptarea noastră să rămână doar la etapa dorinței, fără a provoca un comportament, o acțiune.

#### **3. „Fraze nefinalizate”**

**Scop:** stabilirea principiilor de activitate a grupului.

*Material necesar:* flipchart, carioci, o coală de hârtie

*Descriere:* Pentru a identifica regurile de lucru a grupului, participanții sunt rugați să scrie variantele de finalizare a următoarelor propoziții:

În comunicare aș dori să se manifeste...

În comunicare nu aș dori să se manifeste...

Vom utiliza cu succes timpul, dacă ...  
Vom realiza cu succes obiectivele ședințelor, dacă ...  
Nu vom realiza obiectivele ședințelor, dacă...  
Vom avea succes în dezvoltarea personală, dacă...  
Nu ne vom dezvolta personal, dacă ...  
Aș dori ca ...  
Nu aș dori ca...

După prezentarea variantelor propuse, sunt selectate cele mai reprezentative răspunsuri care vor constitui normele grupului nou format. De asemenea, se propun spre discuție și regulile generale ale grupului care vor contribui la eficiența activității.

#### **4. „Ce culoare are dispoziția mea”**

**Scop:** stabilirea unei atmosfere favorabile în grup și dezvoltarea abilităților de autocunoaștere emoțională.

*Descriere:* Participanții grupului sunt aranjați în cerc. Fiecare, gândindu-se puțin, va spune ce culoare îi caracterizează la moment dispoziția. Apoi, participanții, sunt rugați să povestească cum s-a modificat starea de spirit, adică dispoziția generală pe parcursul orelor dimineții din momentul trezirii până la momentul actual și să explice cauzele acestor modificări. În încheierea discursului fiecare caracterizează starea actuală și explică de ce a ales pentru desemnarea stării – culoarea indicată.

#### **5. Activitatea „În schimb...”**

**Scop:** cunoașterea interpersonală; autocunoașterea, dezvoltarea abilităților de comunicare.

*Descriere:* fiecare participant trebuie să spună ceva negativ despre sine și să comenteze prin... în schimb... ceva pozitiv.

De exemplu: „Eu am obosit, în schimb am încheiat de realizat un suport de curs”; „Eu sunt prea vorbăreată, în schimb pot să fiu empatică”; „Eu sunt uneori nervos, în schimb nu țin supărarea”, etc.

*Reflecție:* Ce dificultăți ați întâmpinat? Cum v-ați simțit atunci când a trebuit să fiți autocritici? Ce a fost mai greu: să identificați ceva negativ sau să găsiți o calitate pozitivă?

**6. Evaluarea:** Discuții în grup pe marginea subiectului abordat în cadrul ședinței. Formularea concluziilor, sugestiilor și recomandărilor.

#### **7. Ritualul de adio.**

## Ședința 2.

**Scop:** Formarea și dezvoltarea deprinderilor de autocunoaștere, cunoaștere interpersonală și creșterea nivelului de autoapreciere.

### 1. Activitatea „Vă comunic o taină personală”

**Scop:** cunoaștere interpersonală și antrenarea capacităților de colaborare.

*Descriere:* Moderatorul afirmă: „Fiecare dintre noi are câteva secrete. Vom începe ședința de azi cu comunicarea lor în taină. Primul participant va spune la ureche vecinului taina sa, începând cu cuvintele „Vă comunic o taină personală...”, după care taina va fi comunicată la ureche în șoaptă pe cerc fiecărui participant, începând cu „Unuia din noi...” (Taina poate fi de felul „îmi place să mănânc noaptea”, „întârziile aproape întotdeauna la întâlniri” etc.). Pe rând toți participanții comunică câte o „taină”.

*Reflecții:* Ce secrete ați aflat? Sunteți capabili să nu le spuneți nimănui? Acum să pronunțăm toți în cor: „Cunoaștem multe secrete, dar nu le vom spune nimănui!”.

### 2. Activitatea „Ce cred oamenii despre mine”

**Scop:** dezvoltarea deprinderilor de autocunoaștere și cunoaștere interpersonală

*Descriere:* Moderatorul începe activitatea cu cuvintele: „Noi frecvent insistăm în a cunoaște ce cred cei din jur despre persoana noastră. Prin intermediul acestei activități veți putea afla. Puteți participa la această activitate în conformitate cu alegerea voastră personală”. Cel care dorește este invitat în centru. Moderatorul îl prezintă cu o frază, prin care afirmă o calitate pozitivă (Priviți la această domnișoară simpatică, Priviți tânărul acesta viguros). După acesta, participantul iese după ușă, iar grupul timp de 3 minute alcătuiește portretul-descriere, format din 10 calificative. După ușă, participantul întocmește la fel un portret, în care încearcă să stabilească cum va fi caracterizat. Când este invitat, participantul citește ceea ce crede că i-a fost atribuit de către grup. Grupul aprobă calitățile care corespund descrierii colective, mai apoi i se citesc celelalte calități și îi este înmănată foaia cu anumite urări. La exercițiu pot participa toți membrii grupului.

*Reflecții:* Ce ați aflat nou despre sine? Cum v-ați simțit în timpul când grupul v-a oferit o caracteristică? Cum vă apreciază cei din jur? Cum vă apreciați personal?

### 3. Activitatea „Barometrul stimei de sine”

**Scop:** conștientizarea importanței cunoașterii de sine, identificarea aspectelor ce influențează asupra formării stimei de sine

*Materiale:* Fișă de lucru, pixuri

*Descriere:* Moderatorul le prezintă participanților fișa de lucru *Barometrul stimei de sine* după care li se solicită să completeze fișa cu 5 lucruri care ridică stima lor de sine și 5 lucruri

care o coboară. După identificarea aspectelor ce influențează asupra stimei de sine, participanții sunt rugați să prezinte grupului cele notate.

*Reflecții:* Cum a fost să stabiliți lucrurile ce influențează asupra stimei de sine? Ați întâmpinat careva dificultăți? Atunci când scriați, v-ați gândit la o situație concretă? V-a ajutat acest exercițiu să cunoașteți lucruri noi despre voi?

#### **4. Activitatea „Eu mă iubesc chiar și atunci când...”**

**Scop:** Creșterea autoaprecierii, acceptarea Eu-lui real, conștientizarea faptului că și defectele pot fi transformate în calitate.

*Materiale necesare:* foi, creioane colorate, pixuri

*Descriere:* Moderatorul anunță: „Aveți în față câte o foie, desenați-vă, sau scrieți-vă prenumele. Apoi, pe partea stângă a desenului, scrieți 3-5 trăsături fizice, psihice, comportamente proprii, care nu vă plac și pe care le considerați greu de schimbat, utilizând culori care vă displac. Mai jos, amintiți-vă câte o situație din viață, când trăsătura dată, v-a ajutat, utilizați pixul. Apoi în partea dreaptă scrieți „Eu mă iubesc chiar și atunci când... sunt morocănoasă, grasă, iute la mânie...”, utilizați culori care vă plac. ” Împărtășiți grupului minimum o trăsătură pe care o displaceți, dar care v-a ajutat la un moment dat.

*Reflecții:* Cum a fost să vă recunoașteți defectele? Cum credeți, cine e cel care decide că o anumită trăsătură ține de domeniul defectelor? Cum credeți cum e mai bine să procedăm cu defectele: să le neglijăm, să le distrugem sau să le reorientăm în folosul nostru?

*Comentarii:* Fiecare din noi este unic. Nu există oameni fără defecte. Țineți minte că cei care vă iubesc, vă apreciază ca întreg și indiferent de anumite defecte. Iubiți-vă și veți fi iubit. Încrederea în sine ne dă un mai bun discernământ asupra a ce trăim, simțim. O mare încredere de sine nu poate fi transmisă de la o persoană alteia. Trebuie formată, oarecum moștenită de la cei lângă care ai crescut. Să înveți să-ți iubești defectele, rezolvi problemele, conflictele, să știi să comunici cu cei din jur, să ai o părere bună, realistă despre tine, să fii într-o bună relație cu tine însăși, nu poate fi decât bine pentru tine și cei din jurul tău.

#### **5. Exercițiul „Sunt foarte bun”**

**Scop:** dezvoltarea capacităților de autoprezentare pozitivă

*Descriere:* Participanții se impart în perechi. Fiecare urmează să povestească despre sine timp de 2 minute doar lucruri foarte bune. După exercițiu se relatează întregului grup ce s-a aflat nou despre parteneri.

*Reflecții:* Cum vi s-a părut exercițiul? A fost dificil? De ce este important pentru oameni să-și cunoască personalitatea? V-a ajutat exercițiul să vă descoperiți?



*Comentarii:* Abilitatea de prezentare pozitivă, de creare a unei impresii favorabile este o condiție a încrederii în sine. Există câteva condiții, respectarea cărora crează o impresie bună a celor din jur despre tine: prezența unei atitudini optimiste față de sine, de alții și față de viață în general; capacitatea de autoprezentare pozitivă, promovarea activă a propriilor opinii, ținându-se cont de solicitările interlocutorului.

**6. Evaluarea:** Discuții în grup pe marginea subiectului abordat în cadrul ședinței. Formularea concluziilor, sugestiilor și recomandărilor.

### **7. Ritualul de adio.**

## **Ședința 3**

**Scop:** Creșterea nivelului de autoapreciere și încredere în forțele proprii prin autocunoaștere.

### **1. Activitatea „Povestea mea”**

**Scop:** autocunoaștere și cunoaștere interpersonală.

*Materiale:* carduri metaforice terapeutice

*Descriere:* Moderatorul prezintă participanților cardurile asociative, după care sunt rugați să selecteze un card care reflectă cel mai fidel starea lor de moment. De asemenea, participanților li se solicită timp de 5 minute să compună o poveste personală pe baza cardului selectat. Fiecare urmează să relateze grupului propria poveste.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost dificil? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

### **2. Bloc informativ „Conceptul de sine”**

**Scop:** înțelegerea și conștientizarea importanței cunoașterii de sine în stabilirea relațiilor interpersonale.

*Materiale:* cartonașe tematice pentru formarea grupurilor, fișa de lucru (Anexa 7.1), pixuri, carioci.

*Descriere:* Participanților li se solicită să aleagă un cartonaș tematic și să formeze un grup cu alte persoane care au aceeași tematică pe cartonașele lor. După constituirea grupurilor, li se repartizează fișa de lucru și sunt rugați să citească și să analizeze conținutul fișei în cadrul grupului, subliniind ideile de bază. După procesul de prelucrare a informației, se discută în comun și se analizează: factorii ce influențează asupra formării Eu-lui, rolul imaginii de sine asupra dezvoltării personalității și asupra formării unei stime de sine sănătoase.

*Reflecții:* Cât de nou și util a fost materialul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? Ați avut careva neînțelegeri referitor de materialul prezentat?

*Comentariu:* Eul este o interfață cu restul aparatului psihic, precum și între psihismul individului-ceilalți-mediul social, ne asigură funcționarea psihică într-un sistem deschis. Este cel care ne ajută să trăim sentimentul identității, individualității, unității, continuității și conștiinței. Din punct de vedere subiectiv, individul există prin Eu, deoarece doar prin Eu se poate reprezenta pe sine, cu toate atributele sale. Eul este cel care face legătura dintre individ și realitate, iar atunci când Eul se află în suferință, raportarea la realitate are și ea de suferit. De aceea e important să avem o concepție de sine pozitivă.

### **3. Activitatea „Cine sunt eu?”**

**Scop:** conștientizarea sentimentelor și gândurilor despre propria persoană, intercunoaștere.

**Materiale:** fișă de lucru (Anexă 7.2.), pixuri

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru și li se solicită să răspundă sincer la întrebările indicate în fișa de lucru. După completarea fișei se discută în cadrul grupului, li se solicită participanților să fie atenți și să identifice răspunsurile asemănătoare între ele.

*Reflecții:* A fost greu să răspundeți la întrebările de pe fișă? V-ați simțit stânjeniți sau vi s-a părut greu să scrieți lucruri pozitive despre voi înșivă, chiar dacă nimeni nu va citi ce ați scris? Cum vi se pare să vă folosiți timpul pentru a vă gândi la calitățile voastre? Câte persoane, din cadrul grupului, au răspunsuri asemănătoare cu ale voastre?

### **4. Activitatea „Fereastra lui Johari” [220]**

**Scop:** îmbunătățirea conștientizării propriei persoane, înțelegerea reciprocă a indivizilor dintr-un grup.

**Materiale:** fișă de lucru (Anexă 7.3.), pixuri

*Descriere:* Moderatorul face o descriere a metodei și explică modalitățile de aplicare: „Fereastra Johari se prezintă ca un transmițător de informații despre noi înșine – prin sentimente, experiențe, motivații, gânduri, emoții, atitudini, talente, intenții – sau despre o alta persoană – în relația cu un grup, prezentat din patru perspective. Aceste patru perspective poartă numele de regiuni și au următoarele caracteristici:

**1. Regiunea deschisă** (open/free area) – informația pe care persoana o știe despre ea însăși și care este de asemenea cunoscută celorlalți. De exemplu: comportamentul, atitudinile, sentimentele, emoțiile, cunoașterea, experiența, talentele, perspectivele etc.

**2. Regiunea oarbă** (blind area) – informația pe care persoana nu o știe despre ea, dar care este cunoscută celorlalți. Prin solicitarea feedback-ului de la celelalte persoane, ideal ar fi ca minimalizarea acestei zone să ducă la creșterea regiunii deschise cu scopul de a crește procesul conștientizării propriilor comportamente. Regiunea oarbă are în vedere ignoranța referitoare la propria persoană sau diferite probleme în care o persoană este indusă în eroare. De asemenea,

această zonă se mai referă la anumite informații pe care ceilalți le pot ascunde în mod conștient de o altă persoană din cadrul grupului. Ne putem asuma responsabilitatea de a ajuta un individ să-și reducă regiunea oarbă prin oferirea feedback-ului și prin încurajare. Ceea ce trebuie reținut este că feedback-ul trebuie să fie unul care să nu includă critica și judecata, ceea ce va reduce teama individului de a se exprima.

**3. Regiunea ascunsă** (hidden area) – informația pe care persoana o știe despre ea, dar care nu este cunoscută celorlalți. Sinele ascuns conține sentimentele, emoțiile, gesturile și comportamentul care nu este adus în fața celorlalți, în mod conștient sau inconștient. Regiunea ascunsă include temeri, intenții manipulative și chiar secrete. Din anumite puncte de vedere, este normal ca anumite informații să rămână ascunse, însă în momentele în care lucruri esențiale sunt ascunse, deja ne confruntăm cu o problemă.

**4. Regiunea necunoscută** (unknown area) – informația pe care nici persoana și nici ceilalți nu o știu despre ea. În acest caz, necunoscutul poate lua diferite forme de la sentimente și comportamente la atitudini care pot fi undeva aproape de suprafață, putând fi de folos – ceea ce înseamnă că pot fi pozitive și folositoare – sau pot ascunde diferite aspecte ale personalității unui individ. Exemple de caracteristici care pot fi necunoscute: o abilitate care este subestimată din cauza lipsei de încredere, de încurajare sau de oportunitate; o abilitate înnăscută pe care persoana nu știe că o deține; o teamă pe care persoana nu știe că o are; comportamente și atitudini condiționate încă din copilărie”.

După completarea fișei de lucru se discută în cadrul grupului și se concretizează aspectele lacunare cu privire la activitatea propusă.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul desfășurării exercițiului? Care au fost dificultățile? Cum a fost să descoperiți regiunea ascunsă și regiunea necunoscută? La ce v-a ajutat activitatea dată?

## **5. „Generația pierdută” (Jonathan Reed)**

**Scop:** conștientizarea importanței implicării personale în soluționarea problemelor

**Materiale:** fișă de lucru (Anexa 7.4.).

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișele de lucru cu mesajul poeziei terapeutice „Generația pierdută” de Jonathan Reed și sunt rugați să citească cu mare atenție conținutul acesteia. Când au terminat să citească poezia li se solicită participanților să citească acest frumos poem de la ultimul vers spre primul. Se discută în cadrul grupului asupra mesajului poeziei.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? Ce emoții v-a trezit lecturarea poeziei? După părerea dvs, în ce constă implicarea personală a fiecăruia?

**6. Evaluarea:** Discuții în grup pe marginea subiectului abordat în cadrul ședinței. Formularea concluziilor, sugestiilor și recomandărilor.

## **7. Ritualul de adio.**

### **Ședința 4**

**Scop:** Creșterea nivelului de autoapreciere și încredere în propriile forțe prin autocunoaștere.

#### **1. Activitatea „Spune-mi cine ești”**

**Scop:** cunoaștere interpersonală

*Descriere:* Moderatorul adresează participanților următoarele instrucțiuni: „Ridicați-vă... Căutați-vă un partener la întâmplare. Plasați-vă unul în fața celuilalt, așezați-vă sau stați în picioare. Partenerul ți se va adresa: „Spune-mi cine ești!”, iar tu vei începe să te descrii. Vei spune tot ceea ce-ți trece prin cap fără a da importanță ordinii. Simțiți-vă responsabili de voi înșivă punând și repunând întrebarea dacă partenerul se oprește fără a-l încuraja în felul în care o face un părinte cu copilul său, ascultând fără a face judecăți apreciative sau depreciative, răspunzându-vă vouă înșivă la întrebare, concentrându-vă asupra a ceea ce credeți și simțiți a fi, și nu asupra ceea ce ați fost învățați să fiți sau să spuneți. Îndepărtați-vă din ce în ce mai mult de ceea ce ați învățat pentru a vă apropia mai mult de realitatea voastră interioară. Apoi inversați rolurile: „Spune-mi cine ești!”. Despărțiți-vă exprimându-vă sentimentele verbal sau/și corporal. Căutați-vă alți parteneri cu care să repetați exercițiul de circa trei-patru ori”. La finele activității participanții discută în cadrul grupului trăirile, percepțiile, descoperirile despre ei înșiși.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost dificil? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

#### **2. Activitatea „Munți și văi”**

**Scop:** conștientizarea propriilor experiențe de viață pozitive și negative, coeziune de grup

*Materiale:* hârtie, pixuri/creioane

*Descriere:* Moderatorul se adresează participanților cu următoarea afirmație: „Cu toții avem experiențe unice, pentru că fiecare are propria sa viață. Cu toate acestea, avem în comun anumite experiențe, precum copilăria. Prin intermediul următoarei activități, veți reuși să înțelegeți experiențele voastre unice și pe cele pe care le aveți în comun cu alții. Aveți în față o foaie. Vă rog să desenați o casetă în partea stângă a foii și să scrieți data nașterii. În partea dreaptă a foii, deasemenea, desenați o casetă și scrieți data curentă. Gândiți-vă la cele mai importante evenimente, atât pozitive cât și negative, care v-au influențat profund viața. Trage-ți o linie de la caseta din stânga la caseta din partea dreaptă a foii. Pentru fiecare eveniment pozitiv,

desenați o linie deasupra acestei linii principale, astfel încât desenul va semăna cu un munte. Pentru fiecare eveniment negativ, trasați o linie sub linia principală, astfel încât aceasta să semene cu o vale, ca o adâncitură. Cu cât mai neplăcut este evenimentul, cu atât valea ar trebui să fie mai adâncă. Acum, numiți și datați fiecare eveniment”. După ce fiecare participant și-a desenat linia vieții, se discută în cadrul grupului despre evenimentele marcante din viața fiecăruia.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Ce eveniment din viața voastră ați vrea să se repete? Cum ar arăta o viață perfectă pentru voi? Ce evenimente aveți în comun cu alți participanți?

### **3. Exercițiul „Eu în ochii celorlalți”**

**Scop:** creșterea respectului de sine și crearea unei imagini de sine adecvate.

*Descriere:* Moderatorul anunță: Gândiți-vă vă rog, la trăsăturile negative (cel puțin două) pe care credeți că le aveți după spusele altora. Notați aceste trăsături. Pentru a verifica cât de veridice sunt ele, răspunde-ți la următoarele întrebări: Cum credeți, este adevărat acest lucru? Ce vă face să credeți că aceasta e adevărat? Care este reacția dvs, când acceptați acest lucru? Problema constă nu în ce cred alții despre noi, ci în ce credem noi, că cred alții despre noi. Deci, cum ați fi dacă ați ști că nu sunteți așa? Notați răspunsul”.

*Materiale:* hârtie, pixuri/creioane

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul desfășurării exercițiului? Care au fost dificultățile? De ce este important pentru oameni să-și cunoască personalitatea? V-a ajutat exercițiul să aflați lucruri noi despre dvs.?

*Comentarii:* De fiecare dată când o să aveți impresia că cineva crede anumite lucruri despre dvs (și vă uitați în foaie ce ați scris la trăsături negative văzute de alții), amintiți-vă de ce ați scris la ultimul punct. Nu lăsați imaginația să acopere realitatea.

### **4. Activitatea „Probe pentru film”**

**Scop:** formarea părerii pozitive despre sine în fața celorlalți, cunoaștere interpersonală și creșterea nivelului de autoapreciere.

*Materiale:* foi, pixuri/creioane

*Descriere:* Participanților li se spune că vor avea șansa să joace într-un film extrem de important, care ar putea fi vizionat în întreaga lume. Dacă vor primi rolul, vor putea juca alături de vedete renumite. Ca să dea probe pentru rol, participanții trebuie să facă o listă cu cinci lucruri pe care le-au realizat în viață, de care sunt mândri. De exemplu, pot fi mândri de felul cum se înțeleg cu prietenii sau cu familia etc. Participanții vor selecta din lista lor realizarea cu care se mândresc cel mai mult. Se alege un participant, care să stea pe scaun în fața grupului. Acesta

spune: „Nu vreau să mă laud, dar... Participantul completează propoziția, menționând o anumită realizare. Celorlalți participanți li se spune că ei sunt regizori, astfel încât trebuie să asculte atent ce are actorul de spus. După ce primul participant a terminat, grupul aplaudă și acesta se duce la loc. Următorul participant ia loc pe scaun și explică ceea ce a realizat. Activitatea continuă până când fiecare participant a avut posibilitatea să vorbească despre realizările sale. După ce audițiile au luat sfârșit, participanților li se cere să se aplaude.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit stând pe scaun și împărtășindu-vă realizările? Ați fost tensionați sau v-a fost frică să vorbiți în fața întregului grup? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

### **5. Activitatea „Școala vieții” (metaforă terapeutică)**

**Scop:** conștientizarea aspectelor esențiale despre propria persoană

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.5.)

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru, aceștia sunt rugați să citească atent și să analizeze conținutul metaforei. După analiza fișei de lucru se discută în cadrul grupului cele mai importante aspecte asupra cărora s-au focusat.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? Ce emoții v-a trezit metafora propusă? După părerea dvs, care sunt cele mai importante aspecte din școala vieții?

**6. Evaluarea:** Discuții în grup pe marginea subiectului abordat în cadrul ședinței. Formularea concluziilor, sugestiilor și recomandărilor.

### **7. Ritualul de adio.**

## **Ședința 5**

**Scop:** Formarea și dezvoltarea deprinderilor de management al emoțiilor.

### **1. Activitatea „Foi de varză”**

**Scop:** cunoaștere interpersonală

*Materiale:* foi, creioane/carioci

*Descriere:* Participanții primesc câte o foaie și creioane colorate/carioci. Pe foaie vor ilustra un simbol care îi reprezintă pe ei. După aceasta, fiecare pe rând va relata o povestioară amuzantă din viața lor și vor alătura fiecare foaie la „varza” creată, până la ultimul participant.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost distractiv să creșteți „varza”? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

### **2. Bloc informativ „Managementul emoțiilor”**

**Scop:** conștientizarea importanței exprimării și gestionării eficiente a emoțiilor pentru igiena mentală și menținerea sănătății psihice.

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.6.), pixuri, carioci.

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru și sunt rugați să citească și să analizeze conținutul fișei în cadrul grupului, subliniind ideile de bază. După procesul de prelucrare a informației, se discută în comun și se analizează: ce sunt emoțiile, care este rolul lor în viața noastră și cum le monitorizăm atunci când ele devin incontrolabile.

*Reflecții:* Cât de nou și util a fost materialul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? Ați avut careva neînțelegeri referitor de materialul prezentat?

### **3. Activitatea „Tribul”**

**Scop:** identificarea și conștientizarea schemelor de gestionare a emoțiilor în relațiile interpersonale.

*Materiale:* carduri metaforice terapeutice

*Descriere:* Participanții sunt rugați să aleagă câte 3 carduri asociative și să își imagineze că sunt niște turiști sau cercetători care călătoresc pe tărâmurii necunoscute și se întâlnesc cu un trib. Primul card reprezintă întâlnirea cu tribul și persoana își imaginează cum este întâmpinată de acest trib. Al doilea card – persoana se gândește ce a discutat cu tribul și ce și-au spus unul altuia, al treilea card – persoana va spune ce a învățat din această experiență.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul desfășurării exercițiului? Care au fost dificultățile? De ce este important să cunoaștem modul în care gestionăm emoțiile în relațiile noastre cu ceilalți? V-a ajutat exercițiul să aflați lucruri noi despre dvs.?

### **4. Activitatea „Colorarea emoțiilor”**

**Scop:** stimularea și încurajarea exteriorizării emoțiilor și dezvoltarea competențelor de exprimare a trăirilor afective

*Materiale:* fișe de lucru (Anexa 7.7.), foi, creioane colorate/carioci

*Descriere:* Participanții extrag câte o fișă, pe care este indicată o emoție (surpriza, bucuria, dezgustul, frica, rușinea, iubirea, supărarea, mânia, tristețea), sarcina lor este să deseneze emoția, imaginându-și cum ar arăta aceasta în culori. După care fiecare participant își prezintă desenul, iar ceilalți vor deduce, cum se numește emoția.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul desfășurării exercițiului? Cât de exact v-a reușit să vă desenați stările emoționale? La ce v-a ajutat exercițiul dat?

### **5. Activitatea „Reacția emoțională corectă” (metaforă terapeutică)**

**Scop:** interiorizarea unor conduite de gestionare a propriilor emoții

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.8.)

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru, aceștia sunt rugați să citească atent și să analizeze conținutul metaforei. După analiza fișei de lucru se discută în cadrul grupului cele mai importante aspecte asupra cărora s-au focusat.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? Ce emoții v-a trezit metafora propusă? După părerea dvs, care sunt cele mai importante modalități de gestionare a propriilor emoții?

**6. Evaluarea:** Discuții în grup pe marginea subiectului abordat în cadrul ședinței. Formularea concluziilor, sugestiilor și recomandărilor.

### **7. Ritualul de adio.**

## **Ședința 6**

**Scop:** Formarea și dezvoltarea abilităților de comunicare și a relațiilor interumane.

### **1. Activitatea „Floarea urărilor de bine”**

**Scop:** cunoaștere interpersonală și coeziune de grup

*Materiale:* foi, creioane colorate/carioci

*Descriere:* Participanții primesc câte o foaie, pe care vor semna numele lor și vor desena o floare cu mai multe petale. În centru vor scrie o dorință ce o au ei, apoi pe fiecare petală ceilalți participanți îi vor scrie câte o urare care va ajuta persoana să-și îndeplinească dorința.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost dificil? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

### **2. Bloc informativ „Convorbirea și comunicarea”**

**Scop:** identificarea diferențelor dintre comunicare și convorbire, conștientizarea impactului barierelor în comunicare

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.9.), pixuri, creioane/carioci.

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru și sunt rugați să citească și să analizeze conținutul fișei în cadrul grupului, subliniind ideile de bază. După procesul de prelucrare a informației, se discută în comun și se analizează: care sunt diferențele dintre convorbire și comunicare; care sunt componentele definiției ale comunicării; impactului barierelor în comunicare.

*Reflecții:* Cât de nou și util a fost materialul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? Ați avut careva neînțelegeri referitor de materialul prezentat?

### **3. Activitatea „Arta comunicării”**

**Scop:** dezvoltarea abilităților de exprimare verbală a mesajului

*Materiale:* cronometru

*Descriere:* Participanților li se solicită să prezinte un discurs improvizat timp de un minut astfel încât să se facă auziți și înțeleși de către membrii grupului. Activitatea se va finisa după ce toți participanții și-au prezentat discursul improvizat.



*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul desfășurării activității? Cât de ușor v-a fost să prezentați discursul improvizat? V-a ajutat exercițiul să aflați lucruri noi despre dvs.?

#### **4. „Diagnosticarea montajelor de comunicare” după V. Boiko [97]**

**Scop:** identificarea propriilor montaje în comunicare

*Materiale:* fișă de lucru (Anexa 7.10.), pixuri

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru și sunt rugați să citească și să răspundă la întrebările chestionarului. După completarea chestionarului se prelucrează rezultatele astfel încât fiecare participant să-și poată identifica propriile montaje în comunicare. Se discută în cadrul grupului asupra aspectelor neînțelese ce au survenit pe parcurs.

*Reflecții:* Cât de util a fost chestionarul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? V-a ajutat chestionarul dat să aflați lucruri noi despre dvs.?

**5. Evaluarea:** Discuții în grup pe marginea subiectului abordat în cadrul ședinței. Formularea concluziilor, sugestiilor și recomandărilor.

#### **6. Ritualul de adio.**

### **Ședința 7**

**Scop:** Dezvoltarea gândirii pozitive prin repolarizarea gândirii, identificarea părților pozitive a lucrurilor aparent negative.

#### **1. Activitatea „Ghemul de ață”**

**Scop:** cunoaștere interpersonală și coeziune de grup

*Materiale:* ghem de ață

*Descriere:* Participanților li se dă un ghem de ață, primul care primește ghemul, rotește câtă ață dorește pe deget, apoi ghemul este transmis următorului participant și tot așa până la ultimul. După aceasta, persoana la care a rămas ghemul începe să rotească ața de pe deget înapoi pe ghem, depănând o poveste despre sine și relatând-o celorlalți.

*Reflecții:* Ce ați simțit în timpul executării activității? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

#### **2. Bloc informativ „Gândirea pozitivă”**

**Scop:** conștientizarea importanței gândirii pozitive în procesul de rezolvare a problemelor

*Materiale:* fișă de lucru (Anexa 7.11.), pixuri, creioane/carioci.

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru și sunt rugați să citească și să analizeze conținutul fișei în cadrul grupului, subliniind ideile de bază. După procesul de prelucrare a informației, se discută în comun și se analizează: care sunt elementele definitorii ale gândirii pozitive; care este impactul unui stil de gândire optimist etc.

*Reflecții:* Cât de nou și util a fost materialul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? Ați avut careva neînțelegeri referitor de materialul prezentat?

### **3. Activitatea „Baloanele de săpun”**

*Descriere:* Moderatorul afirmă: „Dacă vă este frică să realizați ceva, încercați să vă desenați schematic pe o foaie. Pe de o parte desenați cum ies din cap baloane de săpun. În fiecare balon scrieți câte un gând care nu vă lasă în pace, vă montează negativ: „Eu nu pot.”, „N-o să mă isprăvesc”, „N-o să reușesc”. Iar din altă parte desenați cum zboară spre baloane săgeți pe care scrieți „Eu pot”, „O să reușesc”, „O să mă descurc”. Desenați explozia la fiecare balon de săpun. Accentuați încă o dată cu pixul enunțurile pozitive.

*Reflecții:* Care au fost dificultățile activității date? De ce trebuie să ne controlăm gândurile negative? Care ar fi consecințele unei gândiri negative?

### **4. Activitatea „Clipele cunoașterii”**

**Scop:** Modificarea abordării lucrurilor aparent negative și găsirea soluțiilor potrivite pentru a produce rezultate neașteptate și pozitive, coeziune de grup

*Materiale:* foi, pixuri/creioane colorate

*Descriere:* Moderatorul afirmă: „Omul are capacitatea de a învăța toată viața. Frecvent noi învățăm lucruri noi, chiar fără a ne da seama de aceasta. Uneori cunoștințele vin din propriile experiențe neobișnuite, alteori – din observarea comportamentelor altor persoane. Pe foaia ce o aveți în față vă rog să notați o situație reală complicată, prin care treceți actualmente. Povestiți-o grupului. Transmite-ți foile pe cerc, pentru ca fiecare participant să vă ofere câte o experiență personală în rezolvarea unor situații asemănătoare. Citiți sfaturile oferite de ceilalți membrii ai grupului și elaborați-vă propria soluție.

*Reflecții:* Ce sentimente ați încercat în timpul activității? Care din experiențele propuse de alți membrii ai grupului sunt cunoscute și de dvs.? Care din experiențele propuse de alți membrii ai grupului sunt noi pentru dvs.? Ce v-a ajutat să elaborați soluția? Cum ați folosit în elaborarea soluțiilor experiențele cunoscute și cele noi?

### **5. Activitatea „Scutul meu” [17]**

**Scop:** stimularea gândirii pozitive și a viziunii optimiste asupra lucrurilor

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.12.), pixuri, creioane colorate

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru unde este reprezentat un scut. Li se solicită să semneze cu numele lor scutul și să completeze fișa în felul următor: 1. O persoană deosebită din viața mea...; 2. Un loc deosebit din viața mea...; 3. O dorință din viața mea...; 4. Un vis din viața mea...; 5. Un lucru deosebit din viața mea...; 6. Ce am eu deosebit... La finele activității se discută în cadrul grupului despre conținutul fișelor.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul desfășurării activității? V-a ajutat această activitate să priviți altfel lucrurile? A întâmpinat cineva greutăți în îndeplinirea sarcinii propuse? Care este rolul acestui scut în viața voastră?

*Comentariu:* În viață vom avea momente dificile, dar nu trebuie să uităm că paharul e pe jumătate plin și nu pe jumătate gol. Indiferent ce surprize ne pregătește viața, noi totuși avem persoane care ne iubesc, locuri care ne aduc aminte de lucruri frumoase din viață, vise care au fost realizate cu succes și calități care ne fac unici și deosebiți. Acestea ne vor proteja în fața dificultăților și ne vor ajuta să mergem mai departe.

## **6. Activitate de final „Mașina de spălat”**

*Descriere:* Participanții sunt aranjați în două rânduri față în față, persoana care nu are pereche va trece prima prin mașina de spălat, iar participanții pe rând îi vor adresa complimente și urări de bine. Când primul participant a trecut prin mașina de spălat îi oferă estafeta altui coleg să treacă și el prin mașina de spălat și tot așa până vor trece toți participanții.

## **7. Ritualul de adio.**

### **Ședința nr. 8.**

**Scop:** Conștientizarea problemelor ce sunt generate de traumele psihice și explorarea soluțiilor eficiente, care să permită atingerea stării de bine din punct de vedere emoțional.

#### **1. Activitatea „Mergele fermecate”**

**Scop:** cunoaștere interpersonală

*Materiale:* cutie, mergele de forme și culori diferite

*Descriere:* Participanților li se solicită să aleagă din cutie o mergea de forma și culoarea care vor ei. Li se explică că pentru fiecare culoare sau formă corespunde o anumită sarcină. Astfel, în dependență de alegerea lor, participanții trebuie să spună grupului: o întâmplare hazlie din viața lor, un lucru pozitiv despre ei, o dorință din viața lor care s-a realizat, o urare pentru întreg grupul, o persoană importantă din viața lor care le-a marcat.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost dificil? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

#### **2. Bloc informativ „Traumele psihice”**

**Scop:** indentificarea surselor traumelor psihice și conștientizarea impactului acestora

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.13.), pixuri, creioane/carioci.

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru și sunt rugați să citească și să analizeze conținutul fișei în cadrul grupului, subliniind ideile de bază. După procesul de prelucrare a informației, se discută în comun și se analizează: cum pot fi definite traumele

psihice și care sunt sursele acestora; modalitățile de depășire și gestionare a stărilor emoționale ca urmare a traumelor psihice; rolul traumelor psihice în formarea personalității etc.

*Reflecții:* Cât de nou și util a fost materialul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? Ați avut careva neînțelegeri referitor de materialul prezentat?

### **3. Activitatea „Pilda creionului” (metaforă terapeutică)**

**Scop:** atingerea stării de bine din punct de vedere emoțional

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.14.)

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru, aceștia sunt rugați să citească atent și să analizeze conținutul metaforei. După analiza fișei de lucru se discută în cadrul grupului cele mai importante aspecte asupra cărora s-au focusat.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? Ce emoții v-a trezit metafora propusă? După părerea dvs, care sunt cele mai importante aspecte care determină valoarea noastră ca persoane?

### **4. Activitatea „Pasărea Phoenix” (metodă art-terapeutică)**

**Scop:** explorarea soluțiilor eficiente în vederea depășirii traumelor psihice și restabilirea echilibrului psihic

*Materiale:* carton, resturi de creioane, clei, materiale decorative hand craft, muzică instrumentală

*Descriere:* Participanții sunt rugați să-și amintească o experiență traumatică din viața lor și să-și imagineze că din această experiență a rămas doar cenușă. Astfel, ei primesc resturile de creioane și sunt rugați să creeze cea mai frumoasă floare și să producă din „cenușă” ceva valoros. Metaforic vorbind, ei se vor înalța din cele mai triste experiențe de viață și vor zbura din nou ca pasărea Phoenix. De asemenea, participanților li se solicită să analizeze starea lor internă pe parcursul desfășurării activității. La finele activității se prezintă întregului grup produsul creat.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul exercițiului? V-a fost ușor să creați din experiențele negative ceva valoros? În ce mod, chiar și experiențele traumatice ne pot fi de folos? V-a ajutat acest exercițiu să cunoașteți lucruri noi despre voi?

*Comentariu:* Vă mulțumesc mult tuturor că mi-ați permis să mă ating de locurile care vă dor și m-ați lăsat să fiu alături de voi atunci când vă copleșeau cele mai negative amintiri. Astăzi ați făcut un pas important pentru voi, și anume, ați încercat să transformați durerea în ceva frumos și ați conștientizat faptul că suntem mai puternici și ne putem înalța mult mai sus dacă verbalizăm emoțiile și stările negative. Întotdeauna există soluții, chiar și din cioburi și lucruri de nimic pot fi create cele mai valoroase opere de artă. Unor asemenea opere de artă suntem noi, cei

care am cunoscut durerea, dar care am învins-o. Ne așteaptă noi orizonturi și noi realizări, trebuie doar să ne înălțăm cât mai sus!

### **5. Activitate de final „Diploma mea”**

*Descriere:* Participanților li se înmânează o diplomă pentru capacitatea de autodezvaluire în cadrul grupului și implicare activă pe parcursul activităților.

### **6. Ritualul de adio.**

## **Ședința nr. 9.**

**Scop:** Conștientizarea barierelor în dezvoltarea personală cauzate de fricile proprii și explorarea soluțiilor eficiente, care să permită restabilirea echilibrului emoțional.

### **1. Activitatea „Sunt capabil, știu, pot”**

**Scop:** conștientizarea montajelor interne și actualizarea potențialului interior

*Materiale:* foi, pixuri

*Descriere:* Moderatorul afirmă: „În cele ce urmează vom încerca să identificăm capacitățile noastre interne despre care nici nu ne-am gândit vreodată. Împărțiți foaia în trei părți astfel încât să formați trei compartimente: sunt capabil, știu, pot. Răspunzând la întrebarea: „Comunicând cu alți oameni eu sunt capabil/știu/pot”, completați căsuțele dvs.”

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost dificil? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

### **2. Bloc informativ „Depășirea fricii”**

**Scop:** conștientizarea cauzelor fricii și indentificarea modalităților de depășire a acestora

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa7.15.), pixuri, creioane/carioci.

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru și sunt rugați să citească și să analizeze conținutul fișei în cadrul grupului, subliniind ideile de bază. După procesul de prelucrare a informației, se discută în comun și se analizează: cum pot fi definite fricile și care sunt cauzele acestora; etapele de depășire a fricilor, modalitățile de depășire a fricilor personale etc.

*Reflecții:* Cât de nou și util a fost materialul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? Ați avut careva neînțelegeri referitor de materialul prezentat?

### **3. Activitatea „Învinge dragonul”**

**Scop:** identificarea resurselor interne pentru depășirea fricilor personale

*Materiale:* foi, creioane colorate

*Descriere:* Moderatorul afirmă: „Cu toții cunoaștem poveștile și legendele despre vitejii care ucideau dragonii. Vă amintiți când viteazul a tăiat capul dragonului, dar acesta creștea din

nou și din nou. E îngrozitor nu-i așa? Însă, reușind să taie toate capetele dragonului, viteazul a învins. Spuneți-mi ce simțiți când vă gândiți la dragon? El apare ca fiind foarte mic, aproape inofensiv, dar dacă nu ne luptăm la timp cu el, acesta poate crește și devine foarte periculos pentru noi și persoanele apropiate. El poate să ne înghită chiar și noi să devenim un Dragon. De aceea, este necesar să luptăm cu dragonul atunci când el este încă mic și nu trebuie să uităm că puterile lui sunt limitate, amintiți-vă de viteazul curajos. În continuare, vă propun să desenați dragonul vostru și capetele acestuia. Acum, inventați o istorioară prin care voi învingeți dragonul. După acesta, uniți istorioarele voastre în una comună și povestiți cum pot fi învinși dragonii”.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul desfășurării activității? Care au fost dificultățile? Credeți că fricile noastre poate fi controlate? Dacă da, de ce și dacă nu, de ce? V-a ajutat exercițiul dat să vă luptați cu frica dvs?

#### **4. Activitatea „Lupta cu frica” (metaforă terapeutică)**

**Scop:** explorarea soluțiilor eficiente pentru restabilirea echilibrului emoțional.

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.16.)

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru, aceștia sunt rugați să citească atent și să analizeze conținutul metaforei. După analiza fișei de lucru se discută în cadrul grupului cele mai importante aspecte asupra cărora s-au focusat.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Ce emoții v-a trezit metafora propusă? După părerea dvs, care sunt cele mai eficiente soluții care ne permit să luptăm cu fricile noastre?

**5. Evaluarea:** Discuții în grup pe marginea subiectului abordat în cadrul ședinței. Formularea concluziilor, sugestiilor și recomandărilor.

#### **6. Ritualul de adio.**

### **Ședința 10**

**Scop:** Reevaluarea sistemului de valori și stabilirea priorităților în efortul spre atingerea obiectivelor de viitor și reluarea activităților abandonate

#### **1. Activitatea „Proverbe”**

**Scop:** cunoaștere interpersonală

*Materiale:* carduri metaforice terapeutice cu proverbe

*Descriere:* Participanților li se solicită să aleagă două carduri metaforice cu proverbe și să analizeze conținutul mesajului. După aceasta sunt rugați să-și expună părerea despre mesajul cardurilor selectate, împărtășind impresiile întregului grup.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost dificil? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

## **2. Activitatea „10 lucruri importante”**

**Scop:** reevaluarea sistemului propriu de valori

*Materiale:* foi, pixuri

*Descriere:* Participanților li se solicită să facă o listă a celor mai importante 10 lucruri din viața lor, acestea pot fi persoane, obiecte etc. După aceasta sunt rugați să reflecteze asupra listei elaborate și să plaseze într-o nouă ordine aceste lucruri în dependență de primordialitatea lor. La finele activității se discută în cadrul grupului.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? A fost dificil să creați lista cu cele mai importante lucruri din viața voastră? Pe ce ați pus accentul când ați creat lista voastră? S-a schimbat ordinea lucrurilor din lista voastră sau a rămas aceeași?

## **3. Activitatea „Drumul vieții” [82, p. 30]**

**Scop:** conștientizarea priorităților în efortul spre atingerea obiectivelor de viitor și reluarea activităților abandonate

*Materiale:* reviste color, foarfece, clei, foi vatman, creioane colorate

*Descriere:* Participanții vor îndeplini un colaj la tema „Drumul vieții”. Acestora li se dă următoarea instrucțiune: „Imaginați-vă că mergeți pe un drum care se numește „Viața”. De unde mergeți și încotro? Care sunt principalele reușite, succese? Cine sau ce vă ajută și cine sau ce vă împiedică? Ce și cine vă înconjoară? Și încotro doriți să ajungeți? Unde veți fi peste 5 ani? Elaborați un colaj care ar reflecta drumul vieții dvs, în trecut, prezent și viitor. Cine vă înconjoară, care vă sunt scopurile și ce succese deja aveți”. După îndeplinirea colajului, participanții îl vor prezenta grupului, îndeplinind rolul de ghid prin propria viață.

*Reflecții:* Ce a fost mai dificil de prezentat: trecutul, prezentul sau viitorul? La ce v-a ajutat activitatea dată? De ce este important să ne formulăm clar scopurile pentru viitor?

## **4. Activitatea „Tot ce se întâmplă e spre binele nostru” (metaforă terapeutică)**

**Scop:** explorarea soluțiilor eficiente pentru restabilirea echilibrului emoțional.

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.17)

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru, aceștia sunt rugați să citească atent și să analizeze conținutul metaforei. După analiza fișei de lucru se discută în cadrul grupului cele mai importante aspecte asupra cărora s-au focusat.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Ce emoții v-a trezit metafora propusă? După părerea dvs, care este rolul propriilor atitudini în viața noastră?

## **5. Activitate de final „Era cât pe ce să uit să-ți spun că...”**

**Scop:** Crearea unei atmosfere prietenoase și emoțional pozitive

*Descriere:* Fiecare participant este rugat să dea un feedback pozitiv, colegilor, moderatorului. Fiecare începe propoziția cu „Era cât pe ce să uit să-ți spun că...”

## **6. Ritualul de adio.**

### **Ședința 11**

**Scop:** Reevaluarea sistemului de valori și stabilirea priorităților în efortul spre atingerea obiectivelor de viitor și reluarea activităților abandonate

#### **1. Activitatea „Patru colțuri”**

**Scop:** cunoaștere interpersonală

*Materiale:* foi, creioane colorate/pixuri

*Descriere:* Participanților li se repartizează câte o foaie și creioane. Sunt rugați să împartă foaia în patru părți egale și să scrie sau să deseneze: în colțul drept sus - ceea ce obișnuiesc să facă duminică seara; în colțul stâng de sus - un hobby (ocupație, interes); în colțul drept de jos - ceea ce admiră la participanții grupului; în colțul stâng de jos - o dorință pe care le-ar îndeplini-o Peștișorul de Aur. Fișele completate sunt amestecate și repartizate din nou în mod aleatoriu. După aceasta, fiecare participant începe să caute posesorul foii. Dacă are dubii, poate adresa întrebările de pe foaie pentru a vedea dacă coincid sau nu răspunsurile, dar fără a arăta foaia nimănui. Când posesorul foii este găsit, se scrie prenumele său pe foaie la un loc vizibil.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Cât de dificil a fost să găsiți posesorul foii? Ce ați aflat nou despre membrii grupului?

#### **2. Bloc informativ „Visele mele - conștientizăm și realizăm!”**

**Scop:** conștientizarea viselor personale și importanța acestora în procesul motivațional, identificarea barierelor personale în realizarea viselor

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.18.), pixuri, creioane/carioci.

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru și sunt rugați să citească și să analizeze conținutul fișei în cadrul grupului, subliniind ideile de bază. După procesul de prelucrare a informației, se discută în comun și se analizează: care este importanța viselor personale în procesul motivațional, cât este de primordial procesul de identificare a barierelor personale în realizarea viselor etc.

*Reflecții:* Cât de nou și util a fost materialul propus? Ați dori să discutăm despre vreun aspect mai detaliat? Ați avut careva neînțelegeri referitor de materialul prezentat?



### 3. Activitatea „Albumul de fotografii” [8. p. 88]

**Scop:** consolidarea Eului și stabilirea scopurilor

*Materiale:* muzică instrumentală, lumânări parfumate, elemente de decor pentru crearea unei atmosfere relaxante

*Descriere:* Moderatorul le cere participanților să închidă ochii și să realizeze următoarea instrucțiune: „Imaginează-ți că ai în fața ta sau ții în poală un album de fotografii... un album de fotografii este un obiect în care punem toate experiențele și amintirile pozitive din viața noastră... sărbătorile ... cum sunt zile de naștere, petrecerile, ... care, atunci când ne uităm la poze, ne face să ne amintim de aceste timpuri fericite și plăcute... De asemenea, ne fac să ne simțim bine. Așa că te invit să deschizi albumul la ziua de azi... Încă nu există nici o fotografie acolo, dar poți lipi una cu ceva bun din experiența ta de azi... Ceva care face ca viața să merite a fi trăită chiar acum (spuneți data exactă)... Aceasta nu trebuie să fie o întâmplare specială din viața ta... De fapt, poate fi ceva chiar banal, dar, cu toate acestea, ceva care te face să te simți confortabil... Poate o relație, ceva legat de familie ... și așa mai departe... Ține cu tine aceste sentimente pozitive... Știi când a fost prima dată când te-ai simțit așa?... Găsește acel moment în albumul tău de fotografii și observă ce imagini sunt acolo... Unde este făcută asta? Ce se întâmplă? Cine este acolo?... Cum te face să te simți? Păstrează acest sentiment, lasă-l să devină tot mai puternic... Întoarce pagina și găsește următorul eveniment din viața ta care a fost o experiență pozitivă... Întoarce pagina în viitor și pune acolo o fotografie ce reprezintă o experiență pozitivă din viața ta într-un anumit punct din viitor în care ai realizat un scop sau un vis pe care îl ai... Știi că ai resursele necesare pentru acest lucru să se întâmple... Există lucruri pe care este nevoie să le faci mai devreme sau mai târziu pentru a face ca asta să se întâmple, deși s-ar putea să nu-ți dai seama de acest lucru decât mai târziu, în seara aceasta... Mai devreme sau mai târziu...” După realizarea exercițiului se discută în cadrul grupului cele mai importante evenimente asupra cărora s-au focusat participanții.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Ce dificultăți ați întâmpinat? Care au fost cele mai importante evenimente asupra cărora v-ați focusat atunci când trebuia să vă creați propriul album de fotografii?.

*Comentariu:* Metodele de consolidare a Eului au rolul de a aduce la suprafață un material inconștient, relevant pentru problemele persoanei, astfel încât să activeze resursele interioare importante. Această abordare subliniază faptul că, deși trecutul persoanelor poate conține probleme necunoscute, el conține și resurse necunoscute. Aceasta poate include experiențe cotidiene, cum sunt mersul pe bicicletă, cititul, mersul pe jos, trecerea unor examene etc. Un mod de realizare este de a cere persoanelor să-și imagineze un album de fotografii sau un jurnal

cu poze care conține experiențe și evenimente pozitive din trecut. Prin imaginarea albumului de fotografii, persoanele sunt încurajate să găsească experiențe pozitive din trecut pe care să le proiecteze în viitor. Ajutarea persoanelor pentru a stabili scopuri prin această metodă este un aspect important a consolidării Eului, precum și în luarea deciziilor.

#### **4. Activitatea „Trei dorințe” (metaforă terapeutică)**

**Scop:** conștientizarea sensului adevărat al viselor personale.

*Materiale:* fișa de lucru (Anexa 7.19.)

*Descriere:* Participanților li se repartizează fișa de lucru, aceștia sunt rugați să citească atent și să analizeze conținutul metaforei. După analiza fișei de lucru se discută în cadrul grupului cele mai importante aspecte asupra cărora s-au focusat.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Ce emoții v-a trezit metafora propusă? După părerea dvs, ce mesaje ne transmit visele noastre?

#### **5. Activitatea „Urcarea pe munte” [8. p. 91]**

**Scop:** formarea deprinderilor de a stabili scopuri de viitor

*Materiale:* muzică instrumentală, lumânări parfumate, elemente de decor pentru crearea unei atmosfere relaxante

*Descriere:* Imaginează-ți că este o zi frumoasă de primăvară... Soarele cald strălucește deasupra ta... făcându-te să te simți confortabil și relaxat, dar plin de entuziasm față de călătoria pe care urmează să o faci. În vreme ce privești în sus la vârful muntelui, știi că scopul tău este să ajungi acolo pentru a descoperi un secret personal. Imaginează-ți acum poteca ce urcă treptat pe coasta lină. La început, este ușor de mers și treci peste izvoare line. Pe măsură ce urci tot mai sus... din ce în ce mai sus poteca devine mai îngustă, iar terenul mai abrupt. Odihnește-te un moment și simte briza răcoroasă pe piele și prin păr. Ești deja destul de sus pe munte, iar în jos se întinde o priveliște frumoasă... Poți vedea la câțiva kilometri depărtare în jurul tău. Ici-colo vezi câte un iepure sau câteva capre negre sau oi. Ele trăiesc în pace aici sus, împreună cu păsările și fluturii. Pe măsură ce urci 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. Poți vedea un alt munte, ce pare atât de aproape, încât simți că ai putea să pășești peste el, dar în realitate știi că este mult prea departe. După ce urci mai sus pe munte, în final ajungi la un platou unde te oprești pentru a te odihni. Uităndu-te în josul muntelui, poți vedea cât de departe ai ajuns. Ai mers drum lung în sus pe poteca de munte, care uneori a fost ușoară și alteori dificilă, dar ai continuat. Poți continua acum, până când ajungi în vârf. Apropie-te de scopul tău”. Li se sugerează participanților că acum, aflându-se în vârf, se pot

întâlni cu o persoană semnificativă din viața lor care le poate da răspunsul la o problemă existențială importantă.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Ce dificultăți ați întâmpinat? Care au fost cele mai importante lucruri asupra cărora v-ați focusat atunci când trebuia să urcați pe munte? Cu cine v-ați întâlnit atunci când vă aflați în vârful muntelui? La ce v-a ajutat această activitate?

## 6. Ritualul de adio

### Ședința nr. 12.

**Scop:** Consolidarea materialului, evaluarea progresului participanților.

#### 1. Exercițiul „Plicul cu urări de bine” [88. p. 179]

**Scop:** creșterea autoaprecierii prin utilizarea feedback-ului pozitiv.

*Materiale necesare:* plicuri cu numele și prenumele participanților, a moderatorilor, foi pentru notițe, pixuri

*Descriere:* Participanților li se repartizează plicuri pe care sunt indicate numele și prenumele participanților. Fiecare participant trebuie să scrie pe o foaie urări de bine, mulțumiri, încurajări sau alte lucruri pozitive pentru fiecare membru al grupului. Activitatea se încheie atunci când toți și-au primit urările de bine.

#### 2. Exercițiul „Valiza” [17]

**Scop:** Să ofere feedback pozitiv altor persoane cu privire la transformările realizate.

*Materiale necesare:* foi, lipici, pixuri/carioci

*Descriere:* Pe spatele fiecărui participant se prinde câte o foaie curată. Moderatorul anunță: „De regulă, pentru a pleca în călătorie oamenii își pregătesc o valiză cu toate cele necesare. La fel și noi, astăzi, plecăm în lumea mare și avem nevoie de o valiză, pe care ne ajută s-o strângem toți ceilalți membri ai grupului. În această valiză veți pune ceea, ce considerați că-l va ajuta pe posesor în relațiile sale cu alte persoane, adică acele lucruri și calități, pe care le admirați sau apreciați la el, precum și sfaturi, doleanțe. E necesar să-i amintiți și trăsăturile negative, de care posesorul trebuie să se debaraseze pentru ca viața lui să devină mai plăcută și mai productivă. Începeți!. Scrieți direct pe foaia prinsă de spate.” Este necesar ca toți participanții să primească câte un mesaj de adio de la ceilalți membri ai grupului. Participanții își vor lua foile ca amintire.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? S-a schimbat starea dvs. emoțională după această activitate?

### **3. Activitatea „Telegrama”**

**Scop:** totalizarea rezultatelor

*Materiale:* foi, pixuri

*Descriere:* Participanților li se solicită să scrie o telegramă din 12 cuvinte, pe care o adresează unui prieten, în care îi povestesc ce au făcut pe parcursul programului: ce au aflat; ce au învățat; ce le-a plăcut; ce n-au înțeles; ce a fost important pentru ei; ce vor face în continuare. Telegramele sunt citite și discutate.

*Reflecții:* Cum v-ați simțit pe parcursul activității? Care este esența acestei telegramе? A întâmpinat cineva greutăți în îndeplinirea sarcinii propuse? La ce punct și cum explicați aceasta?

### **4. Activitatea „Ce aș dori să realizez”**

**Scop:** stabilirea unor activități prin care s-ar perpetua experiența obținută în cadrul grupului

*Materiale:* foi, pixuri

*Descriere:* Moderatorul afirmă: „În finalul activității grupului vă propun să apreciați, cum veți dezvolta în continuare, abilitățile căpătate la ședințele de grup. Divizați pagina în două părți. În prima notați pentru început lucrurile pe care nu le faceți, dar intenționați să le realizați în viitor; mai apoi – cele pe care le-ați probat, iar în viitor le veți realiza mai activ. În partea a doua a paginii: sus – ce faceți fără prea multă plăcere și intenționați să renunțați să mai realizați în viitor, jos – la ce ați renunțat deja. Alegeți câte o activitate din cele două coloane, care prezintă o semnificație personală mai importantă. Analizați și încercați să definiți, ce vă ajută să vă realizați dorința, ce vă poate încurca”.

*Reflecții:* Cât de dificil/ușor a fost să realizați această activitate? Ce tip de activități domină? Cum luați deciziile în situații cotidiene reale? Cu cine le discutați? Cine vă poate ajuta la realizarea celor proiectate pe viitor? Ce vă poate ajuta la realizarea celor proiectate pe viitor?

### **5. Evaluarea nivelului de autostigmatizare și persistenței motivaționale**

Se aplică chestionarul *Scala Persistenței Motivaționale*, după T. Constantin, chestionarul *HIV Stigma Scale* elaborat de B.E. Berger și de Personalitate *Big Five* elaborat de P. Costa și R. McCrae

### **6. Ancheta „Evaluarea ședințelor”**

**Scop:** evaluarea reușitei moderatorului și trainingului. Fiecare participant răspunde la Ancheta „Evaluarea ședințelor”. (Anexa7.20.)

### **7. Ritualul de adio.**

## **Anexa 7. Programul de suport în vederea diminuării autostigmatizării la persoanele seropozitive (fișe de lucru)**

### **Anexa 7.1. Bloc informativ „Conceptul de sine”**

#### **Осознание своего «я»**

*Я-концепция* – это все, что индивид считает самым собой или своим, все, что он думает о себе, все свойственные ему способы самовоспитания. Она формируется в процессе воспитания, социализации, но имеет и определенные индивидуально-природные обусловленности.

*Я-концепцию* можно рассматривать как установку человека по отношению к себе.

Она включает в себя:

- убеждение, которое может быть обоснованным или необоснованным (когнитивная составляющая);
- эмоциональное отношение к этому убеждению (эмоционально-оценочная составляющая);
- поведение (поведенческая составляющая).

Представления о себе (когнитивная составляющая Я-концепции), как правило, кажутся человеку, безусловно убедительными вне зависимости от того, основываются они на объективном знании или субъективном мнении, являются ли они истинными или ложными. Характеристики человека это: его внешний вид, пол, возраст, психологические характеристики, социальный статус, его роли, жизненные цели, даже имущество.

В большинстве качеств, которые мы приписываем своей личности, присутствует оценочный момент, в некоторых явно, в некоторых скрыто. Критериями оценок обычно являются современные общекультурные, социальные, индивидуальные ценностные представления, стандарты, стереотипы восприятия, моральные принципы, правила поведения, усвоенные им в течение жизни. Оценочный смысл отражает субъективно предполагаемую человеком реакцию на него окружающих.

Самооценка отражает степень развития у человека чувства самоуважения, ощущения собственной ценности и позитивного отношения ко всему тому, что входит в сферу его Я. Позитивная самооценка проявляется как позитивное отношение к себе, самоуважение, ощущение собственной ценности. Низкая или негативная самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к себе и своей личности, ощущение собственной неполноценности.

Факторы, влияющие на самооценку

1. родительская семья;
2. стиль взаимоотношений с родителями;
3. школа;
4. окружение сверстников;

Становление личности включает в себя также становление относительно устойчивого образа “Я”, то есть целостного представления о самом себе. Образ “Я” – сложное психологическое явление, которое не сводится к простому осознанию своих качеств или совокупность самооценок. Вопрос “кто я такой?” подразумевает не столько самописание, сколько самоопределение: “Кем я могу и должен стать, каковы мои возможности и перспективы, что я сделал и ещё могу сделать в жизни?”

## Анеха 7.2. Activitatea „Cine sunt eu?”

1. Чему важному я научился в этом году.....  
.....  
.....
2. Позитивные и негативные эмоции, которые мне трудно выразить.....  
.....  
.....
3. Что-то о чем очень мало людей знают обо мне.....  
.....  
.....
4. Что ценю в друге.....  
.....  
.....
5. Чем хочу заняться через пять лет.....  
.....  
.....
6. Одна из моих целей на этот год.....  
.....  
.....
7. Мое жизненное кредо .....  
.....  
.....
8. Проблема с которой я сталкиваюсь .....  
.....  
.....
9. Что мне нравится больше всего во мне .....  
.....  
.....
10. Что ценю в любовных отношениях .....  
.....  
.....
11. Что ценю в жизни.....  
.....  
.....

## Окно Джохари



## Анеха 7.4. Generația pierdută de Jonathan Reed

### Потерянное поколение

Джонатан Рид

Я – часть потерянного поколения  
И я отказываюсь верить, что  
Я могу изменить этот мир.  
Я понимаю, возможно, это  
шокирует вас, но  
«Счастье уже внутри тебя»  
– Это ложь, на самом деле.  
Деньги сделают меня счастливым  
И в тридцать лет я расскажу  
своему ребенку, что  
Он – не самая важная вещь в  
моей жизни.



Мой босс будет знать, что  
Мои принципы:  
Работа  
Важнее, чем  
Семья  
Послушайте:  
С давних пор  
Люди живут семьями  
Но сейчас  
Общество никогда не будет таким, как прежде  
Эксперты говорят мне  
Через тридцать лет я буду праздновать десятилетие моего развода.  
Я не верю, что  
Я буду жить в стране, которую сам создам.  
В будущем  
Уничтожение природы станет нормой.  
Никто не верит, что  
Мы сохраним нашу прекрасную планету.  
И конечно  
Мое поколение уже потеряно.  
Глупо полагать, что  
Есть надежда.  
**А теперь прочитайте стихотворение снизу вверх.**



## **Анекдот 7.5. „Școala vieții” (metaforă terapeutică)**

### **Жить на отлично. Инструкция к жизни. Притча о "школе" жизни.**

Тебя не обеспечили инструкцией к жизни в момент твоего рождения. А если бы ты её получил, то она выглядела бы так:

1. Ты получишь тело. Оно может нравиться тебе или не нравиться, но это единственное, что точно будет в твоём распоряжении до конца твоих дней.
2. Тебе придётся учиться в школе под названием Жизнь. Каждый человек и каждое событие - твой универсальный Учитель.
3. Не существует ошибок, только уроки. Неудачи - неотъемлемая часть успеха. Жертв нет - только студенты.
4. Урок будет повторяться в разнообразнейших формах, пока не будет усвоен полностью.
5. Внешние проблемы - точное отражение твоего внутреннего состояния. Если изменишь свой внутренний мир - внешний мир также изменится для тебя.
6. Боль - это способ, который Вселенная использует, чтобы привлечь твоё внимание к твоим неправильным поступкам.
7. Ты поймёшь, что урок усвоен, когда твое поведение изменится. Мудрость достигается практикой.
8. Нет места лучше, чем "здесь". "Там" ничуть не лучше, чем "здесь". Когда твое "там" станет "здесь", ты получишь другое "там", которое опять будет казаться лучше, чем "здесь".
9. Другие - всего лишь твоё отражение. Ты не можешь любить или ненавидеть то, что есть в других, если это не отражает твоих собственных качеств.
10. Жизнь мастерит раму, а картину пишешь ты. Если ты не возьмёшь ответственность за написание картины, то за тебя её напишут другие. Но только ты можешь написать картину, которая понравится тебе больше всего.
11. Ты получишь всё, что захочешь, в той степени, в какой заслужил. Ты подсознательно верно определишь, сколько энергии на что потратить, и каких людей привлечь к себе. Следовательно, единственный верный способ определить чего ты хочешь - это посмотреть на то, что ты уже имеешь.
12. В определении "правильного" и "неправильного" мораль - плохой помощник. Делай лучшее из того, что возможно, что лучшее - решай всегда сам.
13. Все ответы находятся в тебе. Ты знаешь больше, чем написано в книгах. Все что ты должен делать - смотреть в себя, слушать себя и доверять себе.
14. Ты забудешь обо всем этом...
15. Ты вспомнишь об этом всегда, когда захочешь.  
Счастливого пути.

## **Анеха 7.6. Bloc informativ „Managementul emoțiilor”**

Эмоции — эволюционно более ранний механизм регуляции поведения, чем разум. Поэтому они выбирают и более простые пути решения жизненных ситуаций. Тому, кто последует их «совету», эмоции добавляют энергии, поскольку они напрямую связаны с физиологическими процессами в отличие от разума, которому подчиняются отнюдь не все системы организма. Под сильным воздействием эмоций в организме происходит такая мобилизация сил, которую разуму не вызвать ни приказами, ни просьбами, ни понуканиями.

Специалисты проводят различие между понятием «эмоция» и понятием «чувство», «аффект», «настроение» и «переживание».

В отличие от чувств, эмоции не имеют объектной привязки: они возникают не по отношению к кому или чему-либо, а по отношению к ситуации в целом. «Мне страшно» - это эмоция, а «Я боюсь этого человека» - это чувство.

В отличие от аффектов, эмоции могут практически не иметь внешних проявлений, значительно продолжительнее по времени и слабее по силе. Кроме того, **аффекты** воспринимаются субъектом как состояние его «Я», а эмоции - как состояние, происходящие «в нем». Это особенно заметно, когда эмоции являются реакцией на аффект, например когда человек чувствует страх за свое будущее, как реакцию на только что испытанную вспышку гнева (аффект).

В отличие от **настроений**, эмоции могут меняться достаточно быстро и протекать довольно интенсивно.

**Под переживаниями** же обычно понимают исключительно субъективно-психическую сторону эмоциональных процессов, не включая физиологические составляющие.

Потребность разумно управлять своими эмоциями возникает у человека отнюдь не потому, что его не устраивает сам факт появления эмоциональных состояний. Нормальной деятельности и общению в равной мере препятствуют и бурные, неуправляемые переживания, и безразличие, отсутствие эмоциональной вовлеченности. Неприятно общаться и с тем, кто «страшен в гневе» или «неистов в радости», и с тем, чей потухший взор свидетельствует о полном безразличии к происходящему. Интуитивно люди хорошо чувствуют «золотую середину», которая обеспечивает наиболее благоприятную атмосферу в различных ситуациях общения. Вся наша житейская мудрость направлена против эмоциональных крайностей. Если горе — «не надо слишком убиваться», если радость — «не очень-то радуйся, чтобы потом не плакать», если отвращение — «не будь чересчур привередливым», если апатия — «встряхнись!»

Поскольку эмоции возникают прежде всего как реакции на реальные события жизни, которые далеки от идеала разумного устройства мира, то и призыв к их согласованию с разумом редко находит благодатную почву.

Примитивными механизмами приспособления являются: страх, заставлявший убежать от опасности; ярость, которая без лишних колебаний мобилизовывала мускулатуру на борьбу за выживание; удовольствие, в погоне за которым не знали усталости и снисхождения.

Современная культура активно вторгается в эмоциональный мир человека. При этом наблюдаются два, на первый взгляд, противоположных, но по сути взаимосвязанных

процесса — повышение эмоциональной возбудимости и распространение апатии. Эти процессы обнаруживаются в последнее время в связи с массовым проникновением компьютеров во все сферы жизни. Например, по данным японских психологов, пятьдесят из ста детей, увлекающихся компьютерными играми; страдают эмоциональными расстройствами. У одних это проявляется в повышенной агрессивности, а у других — в глубокой апатии, утрате способности эмоционально реагировать на реальные события. Подобные явления, когда эмоциональные состояния человека начинают приближаться к полюсам, когда утрачивается контроль над эмоциями и умеренные их проявления все чаще сменяются крайностями, — свидетельство явного неблагополучия в эмоциональной сфере. В результате возрастает напряжение в человеческих взаимоотношениях. По данным социологов, три четверти семей подвержены постоянным конфликтам, возникающим по разным причинам, но проявляющимся, как правило, в одном — в неконтролируемых эмоциональных вспышках, о которых большинство участников впоследствии сожалеют.

Американский психолог Р. Холт доказал, что невозможность выразить гнев приводит к последующему ухудшению самочувствия и состояния здоровья. Постоянное сдерживание проявлений гнева (в мимике, жестах, словах) может способствовать развитию таких заболеваний, как гипертония, язва желудка, мигрень и пр. Поэтому Холт предлагает выражать гнев, но делать это конструктивно, что, по его мнению, возможно, если человек, охваченный гневом, хочет «установить, восстановить или поддержать позитивные отношения с другими. Он действует и говорит таким образом, чтобы прямо и искренне выразить свои чувства, сохраняя достаточный контроль над их интенсивностью, которая не больше, чем нужно для убеждения других в истинности своих переживаний».

По мнению физиологов, человек не должен позволять своему мозгу «привыкать» к неприятностям. Г. Селье настойчиво рекомендует стремиться забывать о «безнадежно-отвратительном и тягостном». Необходимо, как утверждают Н. П. Бехтерева и ее коллеги, как можно чаще создавать себе пусть маленькую, но радость, уравнивающую пережитые неприятные эмоции. Необходимо сосредоточивать внимание на положительных моментах своей жизни, чаще вспоминать приятные минуты прошлого, планировать действия, которые могут улучшить положение. Способность находить радость в жизненных мелочах присуща долгожителям.

**Anexa 7.7. Activitatea „Colorarea emoțiilor”**

**Горе**

**Гнев**

**Интерес**

**Страх**

**Радость**

**Презрение**

**Удивление**

**Вина**

**Стыд**

**Отвращение**

## Анеха 7.8. „Reacția emoțională corectă” (metaforă terapeutică)

### Как ответить на оскорбление? Притча о правильной реакции.

Один из учеников спросил Учителя:  
— Если меня кто-нибудь оскорбит, унизит или ударит, как я должен ответить? Учитель ответил: — Если на тебя с дерева упадет сухая ветка и ударит тебя, как ты будешь реагировать? Ученик сказал: — Что я буду делать? Это же простая



случайность, простое совпадение, что я оказался под деревом, когда с него упала сухая ветка. Будда сказал: — Так делай то же самое. Кто-то был безумен, был в гневе или расстроенных чувствах, когда оскорбил, ударил или пытался унижить тебя. Это все равно, что на тебя упала ветка с дерева. Пусть это не тревожит тебя, просто иди своим путем, будто ничего и не случилось.

## Анеха 7.9. Bloc informativ „Convorbirea și comunicarea”

### Чем общение отличается от коммуникации

*Общение* как понятие по-разному воспринимается психологами, философами, творческими личностями и просто людьми, которые не особо задумываются над содержанием этого понятия, когда говорят друг с другом по телефону или обсуждают с близкими семейные проблемы. В определении смысла терминологически строгого слова *коммуникация* расхождение мнений не настолько выражено. Многие вообще считают, что *коммуникация* и *общение* – одно и то же. Так ли это?

#### Что такое общение и коммуникация

*Общение* – многоплановый процесс речевой, интеллектуальной и психической деятельности человека, направленной на установление и развитие контактов с другими людьми.

*Коммуникация* – совокупность вербальных и невербальных операций, в результате которых происходит обмен информацией на уровне межличностного взаимодействия.

#### Сравнение общения и коммуникации

В чем же разница между общением и коммуникацией?

Важнейшее свойство общения – универсальность, способность объединять все виды человеческих взаимоотношений, которые удовлетворяют потребность в совместной деятельности и дают возможность каждому через взаимопонимание с другими осознавать себя уникальной личностью.

К этим видам относятся, прежде всего, коммуникация, взаимодействие между участниками общения и их непосредственное восприятие друг друга в качестве партнеров, ведущих диалог.

Коммуникация как вид общения обладает важнейшими функциями, включающими, кроме речевой деятельности человека, визуальные и тактильные способы восприятия информации в виде жестов, мимики, позы, интонации.

В процессе коммуникативного общения человек не только говорит и слушает, но и выражает свое отношение к содержанию речи и собеседнику. Он может улыбаться или хмуриться, произносить фразы в ироничном тоне или подчеркивать важность сказанного легким касанием руки партнера, кивать в ответ на услышанное в знак согласия или, наоборот, чуть откидываться, демонстрируя недоверие к чьим-то словам. Вербальный контакт дополняется невербальной информацией, и только в такой форме становится основой общения.

Коммуникация и все ее процессы тесно связаны со знаковыми системами. В них входят алфавит, числовые и другие символы, дорожные знаки, условные обозначения, цветовые и звуковые сигналы. Их использование позволяет устанавливать дистанционное общение, если непосредственный контакт участников невозможен.

Общение как форма межличностных отношений сочетает коммуникативные функции с интерактивными и перцептивными. Если коммуникативная сторона общения связана с обменом информацией между людьми, то перцептивная регулирует их восприятие друг другом, а интерактивная способствует организации взаимодействия между ними по типу личного, делового или официального общения.

**TheDifference.ru определил, что отличие общения от коммуникации заключается в следующем:**

1. Коммуникация – один из видов межличностного взаимодействия. Общение объединяет все виды человеческих взаимоотношений.
2. Функции коммуникации связаны с вербальными и невербальными способами получения информации. Функцией общения является установление и развитие контактов между людьми.
3. Процессы коммуникации связаны со знаковыми системами и речевой деятельностью. Общение сочетает коммуникативные функции с интерактивными и перцептивными.
4. В коммуникации важным моментом является получение и оценка информации, включая способ ее подачи. В общении важны и содержание, и эмоциональный фон.

## **Анеха 7.10. „Diagnosticarea montajelor de comunicare” după V. Boiko [97]**

### **В. В. Бойко. Методика диагностики коммуникативной установки**

#### *Инструкция:*

Вам надо прочитать каждое из предложенных ниже суждений и ответить «да» или «нет», выражая согласие или несогласие с ними. Рекомендуем воспользоваться листом бумаги, на котором фиксируется номер вопроса и ваш ответ; затем, по ходу дальнейших наших пояснений, обращайтесь к своей записи. Будьте внимательны и искренни:

1. Мой принцип в отношениях с людьми: доверяй, но проверяй.
2. Лучше думать о человеке плохо и ошибиться, чем наоборот (думать хорошо и ошибиться).
3. Высокопоставленные должностные лица, как правило, ловкачи и хитрецы.
4. Современная молодежь разучилась испытывать глубокое чувство любви.
5. С годами я стал более скрытым, потому что часто приходилось расплачиваться за свою доверчивость.
6. Практически в любом коллективе присутствует зависть или подсиживание.
7. Большинство людей лишено чувства сострадания к другим.
8. Большинство работников на предприятиях и в учреждениях старается прибрать к рукам все, что плохо лежит.
9. Подростки в большинстве своем сегодня воспитаны хуже, чем когда бы то ни было.
10. В моей жизни часто встречались циничные люди.
11. Бывает так: делаешь добро людям, а потом жалеешь об этом, потому что они платят неблагодарностью.
12. Добро должно быть с кулаками.
13. С нашим народом можно построить счастливое общество в недалеком будущем.
14. Неумных вокруг себя видишь чаще, чем умных.
15. Большинство людей, с которыми приходится общаться, разыгрывают из себя порядочных, но по сути иные.
16. Я очень доверчивый человек.
17. Правы те, кто считает: надо больше бояться людей, а не зверей.
18. Милосердие в нашем обществе в ближайшем будущем останется иллюзией.
19. Наша действительность делает человека стандартным, безликим.
20. Воспитанность в моем окружении – редкое качество.
21. Практически всегда я останавливаюсь, чтобы помочь кому-то.
22. Большинство людей пойдет на безнравственные поступки ради личных интересов.
23. Люди, как правило, безынициативны.
24. Пожилые люди в большинстве показывают свою озлобленность каждому.
25. Большинство людей любят посплетничать друг о друге.

### Признаки негативной установки

#### 1. Завуалированная жестокость в отношениях к людям, в суждениях о них.

Вернитесь, пожалуйста, к вопросам, на которые вы отвечали в самом начале. О завуалированной жестокости в отношениях к людям свидетельствуют такие варианты ответов (в скобках указывается количество баллов, начисляемых за соответствующий вариант): 1 – да(3), 6 – да(3), 11 – да(7), 16 – нет(3), 21 – нет(4).

Максимально можно набрать 20 баллов. Сколько получилось у вас? Чем больше заработанных очков, тем отчетливее выражена завуалированная жестокость в отношении к людям.

#### 2. Открытая жестокость в отношениях к людям.

Личность не скрывает и не смягчает свои негативные оценки и переживания по поводу большинства окружающих: выводы о них резкие, однозначные и сделаны, возможно, навсегда. Об открытой жестокости вы можете судить по таким вопросам из выше приведенного опросника: 2 – да(9), 7 – да(8), 12 – да(10), 17 – да(10), 22 – да(8).

Сколько у вас баллов из 45 возможных?

#### 3. Обоснованный негативизм в суждениях о людях.

Таковой выражается в объективно обусловленных отрицательных выводах о некоторых типах людей и отдельных сторонах взаимодействия. Обоснованный негативизм обнаруживается в таких вопросах и вариантах ответов: 3 – да(1), 8 – да(1), 13 – нет(1), 18 – да(1), 23 – да(1).

Максимальное количество баллов – 5, набрать их считается зазорным. Однако обращает на себя внимание особый тип опрашиваемых. Они демонстрируют весьма выраженную жестокость – завуалированную или открытую, либо и ту, и другую сразу, но в то же время словно носят розовые очки: то что вызывает обоснованный негативизм, не замечают.

#### 4. Брюзжание, то есть склонность делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношений с партнерами и в наблюдении за социальной действительностью.

О наличии такого компонента в негативной установке свидетельствуют следующие вопросы из упомянутого опросника: 4 – да(2), 9 – да(2), 14 – да(2), 19 – да(2), 24 – да(2).

Максимальное количество баллов – 10. А как обстоит с брюзжанием у вас?

#### 5. Негативный личный опыт общения с окружающими

Данный компонент установки показывает, в какой мере вам везло в жизни на ближайший круг знакомых. О негативном личном опыте контактов свидетельствуют вопросы: 5 – да(5), 10 – да(5), 15 – да(5), 20 – да(4), 25 – да(1).

Сколько баллов набрали вы из 20 максимально возможных?

Подведем итоги:

### Негативная коммуникативная установка

Показатели	Максимум баллов	Вами полученные баллы	Процент от макс. баллов
Завуалированная жестокость	20		
Открытая	45		



жестокость			
Обоснованный	5		
негативизм	10		
Брюзжание	20		
Негативный опыт общения			
Всего:	100		

Какой суммарный балл получен вами, если учесть все показатели негативной коммуникативной установки?

Если вы получили балл выше общего среднего – 33, это свидетельствует о наличии выраженной негативной коммуникативной установки, которая по всей вероятности, неблагоприятно сказывается на самочувствии партнеров.

Энергетику негативной коммуникативной установки невозможно скрыть от сенсорных систем партнера.

1 *Уровень ситуативной коммуникативной толерантности* – фиксируется в отношениях данной личности к конкретному другому человеку. Низкий уровень толерантности проявляется, например, в высказываниях: «терпеть не могу этого человека», «он меня раздражает своим присутствием».

О высоком уровне свидетельствуют выражение типа: «с этим человеком легко общаться». О среднем уровне говорят выражения: «иногда он невыносим», «кое – что в нем меня раздражает»;

2 *Уровень типологической коммуникативной толерантности* – выявляется в отношениях человека к собирательным типам личностей или группам людей, например, к представителям конкретной нации, социального слоя. Определенная энергия эмоций выражается во взаимодействии с конкретными человеческими типами. Низкий уровень типологической толерантности заключен, например, в словах: «меня раздражает такой тип людей». Средний уровень проступает в оборотах речи: «если захотеть, его можно вытерпеть». О высоком уровне типологической толерантности свидетельствует выражение: «обычно представители этой нации – хорошие люди»;

3 *Уровень профессиональной толерантности* – проявляется в отношениях к собирательным типам людей, с которыми приходится иметь дело по роду деятельности. В этом случае дополнительная энергия эмоций обнаруживается у личности, главным образом в рабочей обстановке.

4 *Уровень общей коммуникативной толерантности* – в нем рассматриваются тенденции отношения к людям в целом, тенденции, обусловленные жизненным опытом, установками, свойствами характера, нравственными принципами, состоянием психического здоровья человека.

Общая коммуникативная толерантность в значительной мере предопределяет прочие ее формы – ситуативную, типологическую, профессиональную.

О низком уровне общей коммуникативной толерантности свидетельствуют следующие особенности поведения:

1) Вы не умеете, либо не хотите понимать или принимать индивидуальность других людей.

Индивидуальность другого это прежде всего то, что составляет особенное в нем : данное от природы, воспитанное, усвоенное в среде обитания. Мера несовпадения личностных подструктур партнеров и составляет различия их индивидуальностей.

*Проверьте себя:* насколько вы способны принимать или не принимать индивидуальность встречающихся вам людей. Ниже приводятся суждения, воспользуйтесь оценками от 0 до 3 баллов, чтобы выразить, сколь верны они по отношению к вам: 0 баллов – совсем неверно, 1 – верно в некоторой степени, 2 – верно в значительной степени, 3 – верно в высшей степени. Закончив оценку суждений, подсчитайте число полученных баллов, но будьте искренни:

	баллы
1.Медлительные люди обычно действуют мне на нервы	
2.Меня раздражают суетливые, непоседливые люди	
3.Шумные детские игры переношу с трудом	
4.Оригинальные, нестандартные, яркие личности чаще всего действуют на меня отрицательно	
5.Безупречный во всех отношениях человек насторожил бы меня.	
Всего:	

2) Оценивая поведение, образ мыслей и характеристики людей, вы рассматриваете в качестве эталона самого себя.

В этом случае вы отказываете партнеру в праве на индивидуальность и втискиваете в ту или иную подструктуру своей личности. Более того, в прямом или завуалированном виде вы считаете себя «истиной в последней инстанции», судите о людях, руководствуясь привычками, установками и настроениями.

*Проверьте себя:* нет ли у вас тенденции оценивать людей, исходя из собственного Я. Мету согласия с суждениями, как и в предыдущем случае, выражайте в баллах от 0 до 3:

	баллы
1.Меня обычно выводит из равновесия несообразительный собеседник	
2.Меня раздражают любители поговорить	
3. Я бы тяготился разговором с безразличным для меня попугачиком, если он проявит инициативу	
4. Я бы тяготился разговорами попугачика, который уступает мне по уровню знаний и культуры	
5.Мне трудно найти общий язык с партнерами иного интеллектуального уровня, чем у меня	
Всего:	

3) Вы категоричны или консервативны в оценках людей.

Таким способом вы регламентируете проявление индивидуальности и требуете от партнеров предпочтительного для себя однообразия, которое соответствует вашему внутреннему миру – сложившимся ценностям и вкусам.

*Проверьте себя:* в какой мере категоричны или консервативны ваши оценки в адрес окружающих

	баллы
1. Современная молодежь вызывает неприятные чувства своим внешним видом. 2. Так называемые «новые русские» обычно производят неприятное впечатление бескультурьем. 3. Представители некоторых национальностей откровенно не симпатичны мне. 4. Есть тип мужчин(женщин), который я не выношу. 5. Терпеть не могу партнеров с низким профессиональным уровнем. Всего:	

4) Вы не умеете скрывать или хотя бы сглаживать неприятные чувства, возникающие при столкновении с некоммуникабельными качествами у партнеров.

Качества личности партнера, которые определяют положительный эмоциональный фон общения с ним, назовем коммуникабельными, а качества партнера, вызывающие негативное отношение к нему – некоммуникабельными. Человек с низким уровнем общей коммуникативной толерантности обычно демонстрирует неуправляемые отрицательные реакции в ответ на некоммуникабельные качества партнера. Неприятие в другом чаще вызывают некоммуникабельные типы лиц, некоммуникабельные черты личности и некоммуникабельные манеры общения.

*Проверьте себя:* в какой степени вы умеете скрывать или сглаживать неприятные впечатления при столкновении с некоммуникабельными качествами людей (степень согласия с суждениями оценивайте от 0 до 3 баллов)

	баллы
1. Считаю, что на грубость нужно отвечать тем же. 2. Мне трудно скрыть, если человек мне чем – либо неприятен. 3. Меня раздражают люди, стремящиеся в споре настоять на своем. 4. Мне неприятны самоуверенные люди. 5. Обычно мне трудно удержаться то замечания в адрес озлобленного или нервного человека, который толкается в транспорте. Всего:	

5) Вы стремитесь переделать, перевоспитать своего партнера.

В сущности, вы беретесь за непосильную задачу – вознамерились изменить ту или иную подструктуру личности, обновить, переподчинить или заменить ее элементы. Попытки перевоспитать проявляются в жесткой или мягкой форме, но в любом случае, они встречают сопротивление. Жесткая форма отмечается в привычке читать мораль, поучать, укорять в нарушении правил этики. Мягкая сводится к требованиям соблюдать правила поведения и сотрудничества, к замечаниям по разным поводам.

*Проверьте себя:* есть ли у вас склонность переделывать и перевоспитывать (оценка суждений от 0 до 3 баллов):

	баллы
1. Я имею привычку поучать окружающих. 2. Невоспитанные люди меня возмущают. 3. Я часто ловлю себя на том, что пытаюсь воспитывать кого – либо. 4. Я по привычке делаю кому – либо замечания. 5. Я люблю командовать близкими. Всего:	

В данном случае вы как бы «обтесываете» те или иные качества личности партнера, стремясь регламентировать его поступки и добиться сходства с собой, настаиваете на принятии вашей точки зрения, оценивая партнера, исходя из своих обстоятельств

6) Вам хочется подогнать человека под себя, сделать его удобным.

*Проверьте себя:* в какой степени вы склонны подгонять человека под себя, делать его удобным (оценка суждений от 0 до 3 баллов):

	баллы
1. Меня раздражают старики, когда в час пик они оказываются в транспорте или в магазинах. 2. Жить в одной комнате с посторонним человеком для меня просто пытка. 3. Когда человек в чем – то не соглашается с моей правильной позицией, то обычно это раздражает меня. 4. Я проявляю нетерпение, когда мне возражают. 5. Меня раздражает, если человек делает что – то по- своему, не так, как мне того хочется. Всего:	

7) Вы не умеете прощать другому его ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности.

Это означает, что ваше сознание «застревает» на различиях между личностными подструктурами – вашей и партнера. Таков источник взаимных обид, стремления усложнить отношения с партнером, придавать особый неприятный смысл его поступкам и словам.

*Проверьте себя:* свойственна ли вам такая тенденция поведения (оценка суждений от 0 до 3 баллов):

	баллы
1. Обычно я надеюсь, что моим обидчикам достанется по заслугам. 2. Меня часто упрекают в ворчливости. 3. Я долго помню нанесенные мне обиды теми, кого я ценю или уважаю. 4. Нельзя прощать друзьям бестактные шутки. 5. Если человек непреднамеренно задевает мое самолюбие, я на него тем не менее обижаюсь.	

Всего:	
--------	--

**8) Вы нетерпимы к физическому или психическому дискомфорту, в котором оказался партнер.**

Такое наблюдается в тех случаях, когда партнер недоумевает, жалуется, капризничает, нервничает или ищет соучастия и сопереживания. Человек с низким уровнем толерантности – душевно черствый и поэтому либо не замечает подобных состояний, либо они его раздражают, по крайней мере, вызывают осуждение. При этом он игнорирует то, что сам тоже бывает в дискомфортных состояниях и обычно рассчитывает на понимание и поддержку окружающих.

*Проверьте себя:* в какой степени вы терпимы к дискомфортным состояниям окружающих (оценка суждений от 0 до 3 баллов):

	баллы
1. Я осуждаю людей, которые плачутся в чужую жилетку.	
2. Внутренне я не одобряю друзей, которые при удобном случае рассказывают о своих болезнях.	
3. Я стараюсь уходить от разговора, когда кто –нибудь начинает жаловаться на свою жизнь.	
4. Обычно я без особого внимания выслушиваю исповеди друзей.	
5. Мне иногда нравится позлить кого –нибудь из друзей.	
Всего:	

**9) Вы плохо приспосабливаетесь к характерам, привычкам, установкам или притязаниям других.**

Данное указывает на то, что адаптация к самому себе для вас функционально важнее и достигается проще, чем адаптация с партнером. Во всяком случае, вы постараетесь менять и переделывать прежде всего партнера, а не себя – для некоторых это непоколебимое кредо. Взаимное существование, однако, предполагает адаптационные умения обеих сторон.

*Проверьте себя:* каковы ваши адаптивные способности во взаимодействии с людьми (оценка суждений от 0 до 3):

	баллы
1. Как правило, мне трудно идти на уступки.	
2. Мне трудно ладить с людьми, у которых плохой характер.	
3. Я с трудом приспосабливаюсь к новым людям.	
4. Я не поддерживаю отношения с несколько странными людьми.	
5. Чаще всего я из принципа настаиваю на своем, даже если понимаю, что не прав.	
Всего:	

Итак, вы ознакомились с некоторыми поведенческими признаками, свидетельствующими о низком уровне общей коммуникативной толерантности, сопровождающемся негативными эмоциями. Подсчитайте сумму баллов, полученных

вами по всем 9 –ти признакам и сделайте вывод: чем больше баллов, тем ниже уровень коммуникативной толерантности. Максимальное количество баллов, которое можно заработать – 135, свидетельствуют об абсолютной нетерпимости к окружающим, что вряд возможно для нормальной личности. Точно так невероятно получить ноль баллов – свидетельство терпимости личности ко всем типам людей во всех ситуациях.

Обратите внимание на то, по каким из 9 – ти предложенных выше поведенческих признаков у вас высокие суммарные оценки – здесь возможен интервал от 0 до 15 баллов. Чем больше баллов по конкретному признаку, тем менее вы терпимы к людям в данном аспекте отношений с ними. Напротив, чем меньше ваши оценки по тому или иному поведенческому признаку, тем выше уровень общей коммуникативной толерантности по данному аспекту отношений.

Полученные результаты позволяют подметить лишь основные тенденции, свойственные вашим взаимоотношениям с людьми. В непосредственном, живом общении личность проявляется ярче и многообразнее.

## Анеха .7.11. Gîndirea pozitivă

### Позитивная психология

Секретами счастья занимается **позитивная психология** — отрасль психологического знания и психологической практики, в центре которой находится **позитивный потенциал человека**.

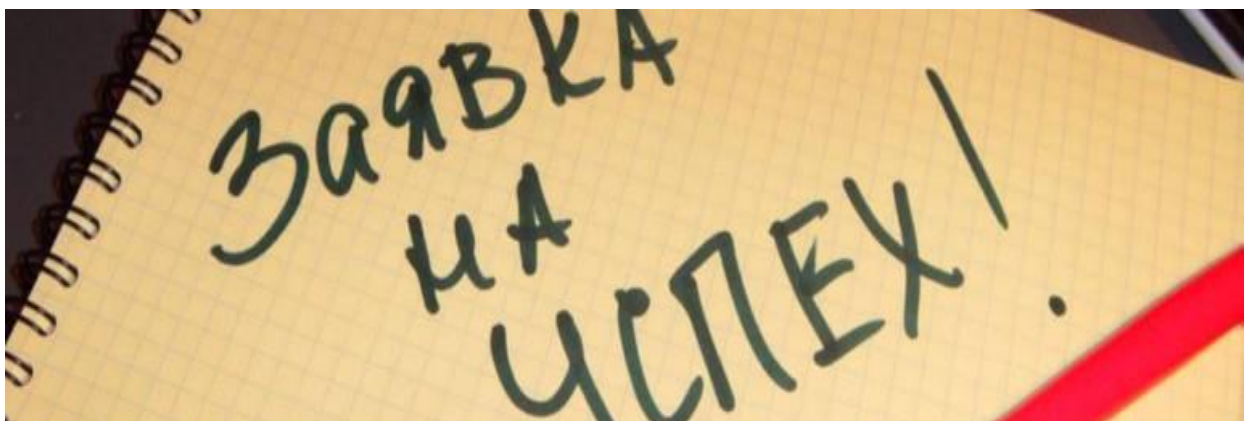
#### Счастье

- ❖ Каков рецепт счастья?
- ❖ В чём оно измеряется?
- ❖ Как его найти?
- ❖ Может быть счастье в деньгах, в любви или в профессиональных успехах?

**Позитивная психология предлагает изменить парадигму современной психологии:**

- от негативности — к позитивности;
- от концепции болезни — к концепции здоровья;
- обратить внимание психологов на то, что люди делают хорошо и с удовольствием;
- сделать жизнь человека более наполненной, а не просто избавить его от психологических расстройств.

Работа позитивного психолога заключается не в том, чтобы рассказать человеку, в чём его несчастье, а в том, чтобы **открыть сильные качества его личности, научить эффективно использовать их для реализации всех талантов и возможностей в частной жизни, профессиональной и общественной деятельности**. К тому же развивая в себе высшие качества, человек накапливает необходимый ресурс для преодоления негативных психических состояний, таких как стрессы, депрессия и проч.



Можно выделить наиболее простые приёмы для самостоятельного позитивного настроения:

**Позитивные утверждения (аффирмации)** — позитивные утверждения, помогающие изменить образ мыслей, сформулировать свои желания и установки на будущее, стимулируя положительные перемены в жизни. Например: *"Я хороший человек и достоин в жизни самого лучшего"* или *"Я выполняю свою работу с удовольствием, и моё умение совершенствуется с каждым днём"*.

**Позитивный настрой** — вера, что всё получится. Его ключевыми фразами являются: *"Я смогу"*, *"Я достоин"*, *"Я сделаю"* и т.д.

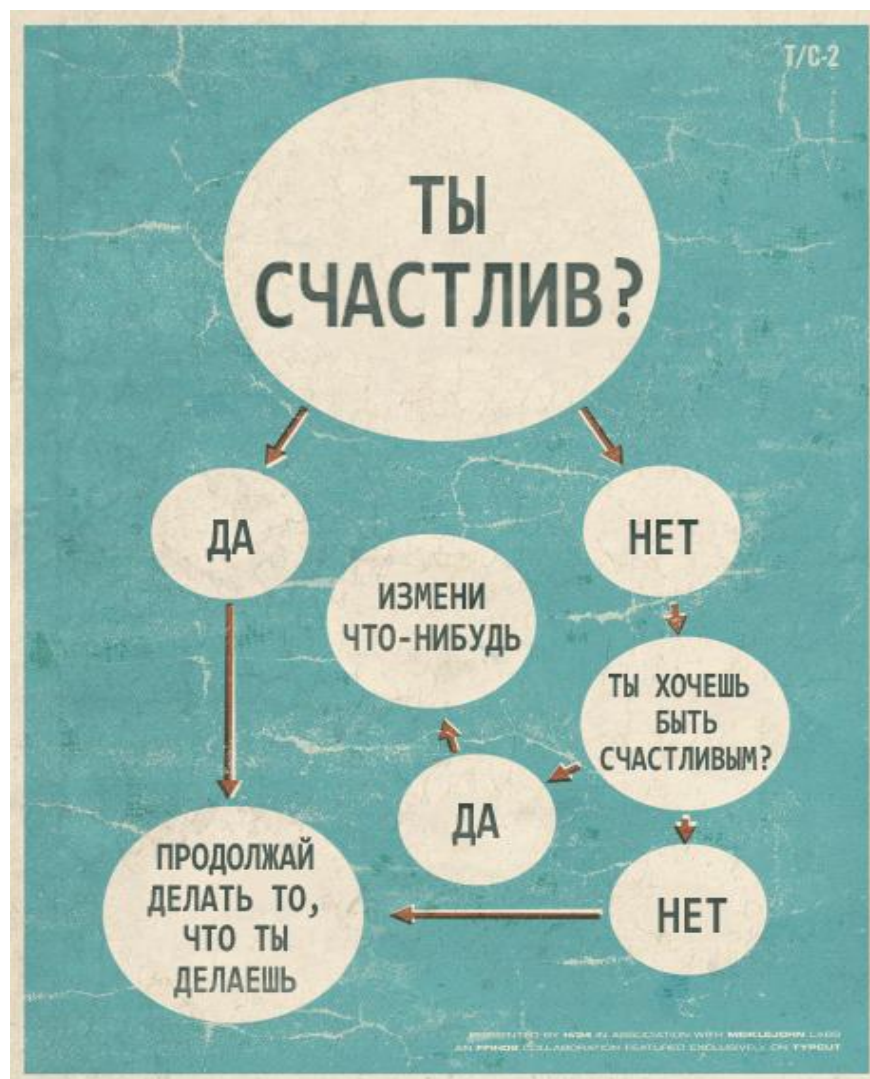
**Позитивное мышление** — система взглядов на окружающий мир, базирующаяся на следующих основных концепциях:

- мир справедлив и виноватых нет;
- мир изобилен;
- любовь к себе — есть основа жизни;
- человек сам отвечает за всё, что с ним происходит;
- всё происходящее с человеком лишь отражает мысли в его голове;
- каждый человек через своё подсознание получает доступ к сотворению своей жизни.

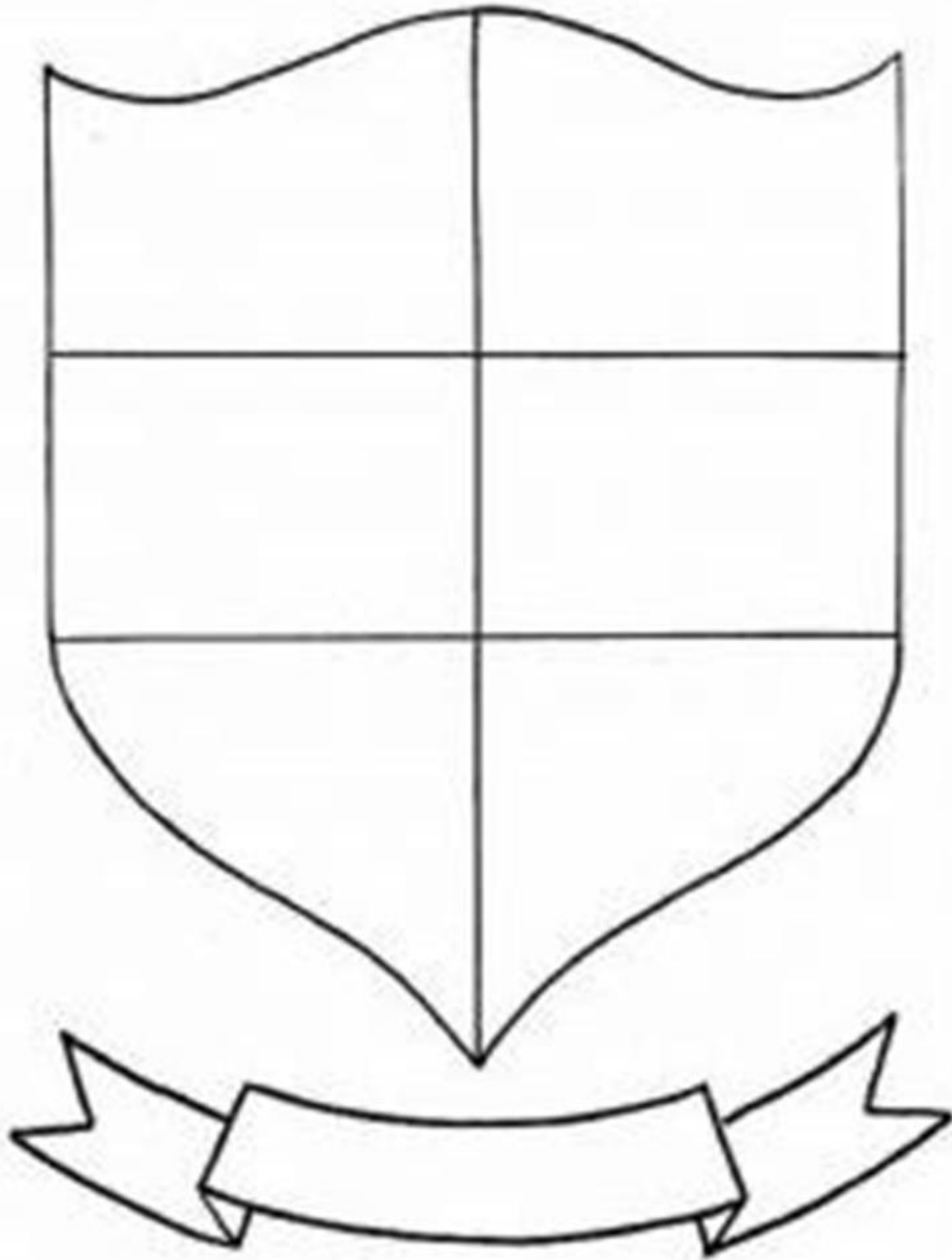
С помощью этих приёмов можно научиться "правильно" смотреть на мир, описывая события в позитивном ключе. Есть известный пример о стакане, наполненном до половины. Оптимист воспринимает стакан как наполовину полный, а пессимист — как наполовину пустой. Стакан от этого никак не меняется. Но один человек от такого восприятия жизни чаще радуется, а другой — огорчается. Получается, **мы сами выбираем, как мы реагируем на то или иное событие в нашей жизни.**







**Anexa 7.12. Activitatea „Scutul meu”**



## **Анеха7.13. Traumele psihice**

### **О структурирующей роли травмы простыми словами**

Когда я слышу фразы типа: «Это меня задевает» или «Это меня травмирует» и чувствую страдание другого и свое собственное сострадание, все же думаю и о другом – какими мы были бы, если бы не наши психологические (да и физические в том числе) травмы?

История рождения, раннего детства, семейное окружение и его проблемы, особенности родительской опеки и воспитания, а также различные события, и хорошие, и плохие, формируют нашу личность, делая ее уникальной и неповторимой. Это все не ново, но часто в историях моих пациентов, знакомых и друзей звучит некий эмоциональный подтекст: «Если бы не это ... (развод родителей, когда мне было пять, преждевременная смерть любимой бабушки, драка в седьмом классе, в которой я проиграл и т.д.), то моя жизнь сложилась бы по-другому и я был бы сейчас счастливее.

И довольно типичная фраза, которую я произношу в ответ: «Тогда это был бы не ты», и с которой все, как правило, соглашаются, воспринимается скорее на интеллектуальном уровне: «Ну да, понятно!», не затрагивая, или затрагивая лишь слегка чувства и мысли. И как трудно нам бывает развернуть ракурс! Вместо сожаления, направленного в прошлое, обратить свой взгляд в настоящее и прочувствовать так часто произносимую претензию «Вот что сделали со мною мои родители (ну, и все остальные, конечно)!\», иначе – не с точки зрения негатива, а с точки зрения позитива. Не в смысле плохое-хорошее, а как это делается в искусстве фотографии – отсутствия-присутствия.

Совершенно бессмысленно направлять свое внимание, мысли и чувства на то, чего у нас нет. Потому что таким образом мы питаем собою пустоту и льем так необходимую нам для жизни воду в бочку, у которой не дно.

**Гораздо полезнее, со всех точек зрения, инвестировать, вкладываться в то, что у нас есть. Наши травмы сделали нас такими, какие мы есть – они как резец скульптора, выточили наши души и тела и, таким образом, приспособили нас для жизни.**

Я, например, довольно долгое время считала, что я страдаю от одиночества, потому что в детстве часто оставалась одна. Пока не поняла, что оно мне необходимо, как воздух! Именно оно позволяет мне делать то, что я умею и люблю: бегать на свежем воздухе где и когда угодно, подолгу работать с пациентами, учить языки, читать, переводить, писать, составлять программы семинаров, думать и скучать по друзьям и близким.

Как же совершить этот внутренний разворот – перестать расковыривать старые раны и использовать их себе во благо? Как говорила Луиза Буржуа: **«Простить для того, чтобы забыть. Я не хочу вновь переживать прошлое. Я хочу чувствовать настоящее».**

И здесь мы оказываемся в зоне, которую не просто осмыслить и освоить. В Зоне, где прямой путь – не самый короткий. И мы можем идти по ней сами, или найти «Сталкера»-психоаналитика. Знаменательно, что первая версия фильма почти полностью пропала при проявке и его переснимали трижды – первые два ушли в негатив. Тарковскому пришлось пройти трижды своим собственным маршрутом, чтобы создать, репрезентировать, историю о Комнате, в которой исполняются желания.

Но чем – какими процессами очерчена эта зона, в которой так легко заблудиться?

Я бы думала о трех вещах:

- **работе горя** - умению сожалеть о прожитом, внутренне оплакивать и отпускать свои потери и неудачи;

- **зависти** – чувству, которое мешает сближаться с самим собой и с людьми, мешает просить о помощи, брать и отдавать;

- **благодарности** – очень питающем чувстве, которое наполняет, обогащает и дает ресурс для жизни.

Мне кажется, что именно динамикой этих трех составляющих определяется наша способность менять самих себя и свою жизнь. И я всерьез полагаю, что гораздо полезнее думать, что стакан наполовину полон – это позволяет мне мечтать и желать того, чем еще я могу его наполнить.

Будьте здоровы и берегите себя!

## Анеха7. 14. Pilda creionului

### Притча о карандаше

Мальш смотрит, как бабушка пишет письмо, и спрашивает:— Ты пишешь о том, что происходило с нами? А может, ты пишешь обо мне?

Бабушка перестает писать, улыбается и говорит внуку:

— Ты угадал, я пишу о тебе. Но важнее не то, что я пишу, а то, чем я пишу. Я хотела бы, чтобы ты, когда вырастешь, стал таким, как этот карандаш...



Мальш смотрит на карандаш с любопытством, но не замечает ничего особенного.

— Он точно такой же, как все карандаши, которые я видел!

— Все зависит от того, как смотреть на вещи. Этот карандаш обладает пятью качествами, которые необходимы тебе, если ты хочешь прожить жизнь в ладу со всем миром.

**Во-первых:** ты можешь быть гением, но никогда не должен забывать о существовании Направляющей Руки. Мы называем эту руку Богом. Всегда вверяй себя Его воле.

**Во-вторых:** чтобы писать, мне приходится затачивать карандаш. Эта операция немного болезненна для него, но зато после этого карандаш пишет более тонко. Следовательно, умей терпеть боль, помня, что она облагораживает тебя.

**В-третьих:** если пользоваться карандашом, всегда можно стереть резинкой то, что считаешь ошибочным. Запомни, что исправлять себя — не всегда плохо. Часто это единственный способ удержаться на верном пути.

**В-четвёртых:** в карандаше значение имеет не дерево, из которого он сделан и не его форма, а графит, находящийся внутри. Поэтому всегда думай о том, что происходит внутри тебя.

И наконец, **в-пятых:** карандаш всегда оставляет за собой след. Так же и ты оставляешь после себя следы своими поступками и поэтому обдумывай каждый свой шаг.

## Анекдот 7.15. Bloc informativ „Depășirea fricii”

### Преодоление страха

Перед своими страхами можно пасовать, можно их преодолевать. Чем человек сильнее, тем спокойнее он относится к своим страхам, зная, что практически любой страх можно преодолеть. Мало кто знает, но страхи - не природная реакция человека, страхи - выученное поведение.

Есть и другие варианты: например, страхи можно игнорировать. Игнорировать мелкие страхи - разумно, нечего на всякую мелюзгу внимание обращать, а игнорировать серьезные страхи - глупо. Не надо себе врать: "Страх есть? Есть. Боюсь? - Боюсь". Мужественный человек не тот, кто не боится, а кто умеет быть сильнее страха.

Единственный страх, свойственный всем младенцам — это страх громких звуков. Уже страх упасть с высоты свойственен не всем младенцам, а страх остаться без мамы - скорее не страх, а активное нежелание, выраженное в максимально громкой форме. Все остальные страхи возникают у детей и взрослых как выученные реакции, становясь позже привычками и чертами характера (когда тревожность, когда трусость).

Но если мы чему-то научились, то себя можно и переучить. Если мы научились бояться, то можем научиться и преодолевать страх, и быть выше страхов. Как? Хорошо это или плохо, но способов много, поскольку все возможно, но в разных ситуациях для успеха требуется разное.

Итак, начинаем. Вначале, как обычно, полезно включить голову. Поэтому:

#### ❖ Разберитесь, какие основания для страха и беспокойства

Разберитесь, насколько ситуация действительно опасна. Разумный человек не торопится бояться, для него естественно вначале разобраться - что собственно происходит и правда ли его серьезные основания для беспокойства. Ваша задача - оценить размер рисков и размер возможных потерь. Если вы это сделали, это снимает накрутки, страх страха и другие пустые переживания.

Страх страха - добавка к основному страху: к панической атаке, к страху перед публичным выступлением, к обычному волнению. Если не сняли страх страха, то даже в случае снятия основного страха эта добавочка, этот страх страха может выступать в роли стартера и запускать основной страх почти с нуля.

Пустые переживания - переживания, не имеющие актуального смысла ни для самого человека, ни для дела, ни для окружения. Переживания, запускаемые шаблонно, по привычке.

Близкие понятия: попереживание - надуманное переживание, созданное на пустом месте любителями переживать. Пустые переживания не имеют цели и смысла, попереживание не имеет основания.

Если себя не накручивать и разобраться, многие страхи уходят.

Если ситуация опасная всерьез, если возможные потери действительно велики, а риски реальны - в такой ситуации преодолевать страх нужды нет, здесь требуется разумная осторожность. Зря не рискуйте, куда не следует - не лезьте.

Если вы учитесь кататься на горных лыжах и смотрите на рискованный спуск, оцените последствия и риски. Если не хотите ломать ноги, то не надо здесь быть смелым, потренируйтесь на более пологом спуске под руководством тренера. Лучше будет.

А если вы боитесь сделать предложение девушке, потому что очень страшно, то это глупо. В худшем случае она вам откажет, то есть сочтет, что у нее все хорошо и без вас. А вы, скорее всего, вполне уверенно можете жить без нее. Значит, в худшем случае у вас будет все так же хорошо, а если будет на душе больно, это вполне можно пережить. А если она ждет вашего предложения, а? Вывод: предложение делаем.

Руководствуйтесь не страхом, а разумом. Страхи, как и любые эмоции, живут в нас тогда, когда мы еще не определились, не приняли решение. Поэтому второй шаг:

#### ❖ **Примите решение**

Решение может быть любое, но даже не вполне верное решение лучше, чем отсутствие решения вообще. Отсутствие решения - это бездействие и продолжение хаоса в душе. Когда же решение принято, большинство эмоций сразу или постепенно уходит. Растворяются раздражение, злость, обиды, страхи - вы теперь знаете что делать. Страх живет только там, где есть пустота и неуверенность. Страх и сомнения идут рука об руку. Вы приняли решение, вы определились - на душе становится легче. Глаза боятся, а руки делают.

Следующий шаг нужен не всегда и не всем, в любом случае он может быть только коротким. А именно -

#### ❖ **Соберитесь**

В трудной, опасной ситуации важно собраться. Собраться физически, собраться морально, собрать все свои возможности и ресурсы, использовать все, что может вам помочь. Иногда даже ваш страх может быть вашим помощником, если вы умеете использовать свои всплески адреналина. Если же страх в теле скорее мешает - **страх ослабляем**, себя усиливаем и делаем все что нужно. Собрались, и - раз, два, три:

### ❖ **Just do it (просто сделайте это)**

В детстве бояться было выгодно: если начать бояться и звать маму, мама придет и нас выручит. Сегодня во многих ситуациях вы можете рассчитывать только на себя, более того, сегодня на вас уже рассчитывают многие. Значит, сегодня вам бояться уже нельзя. То есть переживать - пожалуйста, в личное время сколько угодно, а сделать нужно все равно. Страшно - это нормально. Трусом чаще называют не того, у кого есть страх, а того, кто слабее своего страха. Смелым людям тоже страшно, но они умеют быть сильнее своих страхов и действовать, несмотря на... Сильные люди сильнее страха. Если вам понятно, что действовать необходимо, то при любых страхах все равно идем и все, что нужно - делаем. Создайте у себя привычку действовать, несмотря на страх.

Еще раз напоминание: не рискуйте без нужды. Не бойтесь струсить, если это разумно. Смелость не в том, чтобы бездумно лететь на встречу опасности, а в том, чтобы вспомнить о своих настоящих задачах в жизни и не побояться сказать: "У меня другие планы".

Бойтесь вы или нет, это не так важно. Важно - вы сделали что нужно или нет. Значит - бояться можно, а делать нужно. Вперед!

Вот и все. Вы сделали это.

А что со страхом? Это стало уже не важным. Обычно, когда сделаешь первый шаг и далее начинаешь действовать, страх уже уходит.

Итак, что делать, когда страшно? - Четыре вещи: разобраться, принять решение, собраться, сделать необходимое. А на будущее - тренируйте смелость, воспитывайте в себе мужество.

### ❖ **Снятие симптомов страха**

Страх тормозит не только нашу способность совершать нужные поступки, но и мешает естественности и легкости нашего поведения. В некоторых случаях важно не только действовать, но действовать легко, красиво, свободно, а этому мешает переживание страха. Можно все понимать, а тело все равно будет бояться: будет сохнуть рот, путаться мысли, ноги будут тяжелыми и неловкими. Можно ли снимать эти физические симптомы страха? Иногда - да, иногда - не сразу, но учиться этому полезно всегда.



## Анеха 7.16. „Lupta cu frica” (metaforă terapeutică)

### Борьба со страхом

— Учитель, я всего боюсь, — обратился один человек к мудрецу. — Я выхожу из дома и боюсь, захожу домой и боюсь, сижу дома и боюсь.

С сочувствием посмотрел на него учитель:

— Я могу помочь твоему горю.

Мудрец пригласил гостя в свой дом. Он отвёл его в самую дальнюю комнату, усадил за стол, налил ароматного чаю, поставил лучшие сладости.

— Угощайся, ешь и пей, — сказал он бедняге. — Когда же закончишь пить чай, выходи во двор — там я дам тебе лекарство от страха.

Довольный гость неспешно попивал горячий чай и заедал его медовой пахлавой, сладким рахат-лукумом, вкуснейшими лепёшками с мёдом. Когда же он, успокоенный, закончил чаепитие, то быстро направился к выходу из комнаты. Но, лишь приоткрыв дверь, он снова её захлопнул — в соседней комнате находился огромный свирепый тигр. Он метался по комнате и громко рычал. Сердце у бедняги ушло в пятки. Он то и дело прислушивался к звукам, доносившимся из соседней комнаты. Он был обижен на учителя: как тот мог оставить его наедине с таким страшным зверем! Нет, наверное никогда не получить ему лекарства от страха!

Но вскоре шум в соседней комнате затих. Осторожно заглянул трусишка в соседнюю комнату и увидел, что тигр заснул. Времени на размышления не было. На цыпочках, чтобы не разбудить спящего тигра, проскочил он в следующую комнату. Но споткнулся о порожек и хлопнул дверью. И хотя тигр проснулся, человек был уже в безопасности.

Однако беды его не кончились. Во второй комнате находился дикий волк. Шерсть на его загривке стала дыбом, он рычал, скалил зубы и медленно приближался к человеку. Тот же, парализованный, не знал, что делать. В поисках какого-нибудь оружия он стал шарить по карманам и нащупал кусок пахлавы, который он прихватил, закончив чаепитие. Тогда он зацокал языком и зачмокал губами, как обычно делают, подзывая собаку. Волк перестал рычать и внимательно посмотрел на человека. Тогда посетитель бросил волку кусок пахлавы, и пока тот поедал угощение, он бросился к выходу.

Но и в третьей комнате его ждала опасность: огромная кобра, расправив капюшон, страшно шипела и пыталась укусить его. Отпрянув назад, он увидел прислонённый к стене меч. Схватив его, он разрубил кобру пополам и, наконец, выбрался из дома.

На пороге его уже ждал мудрец.

— Страхи подстерегают тебя повсюду, — сказал он. — Избежав одного, ты столкнёшься с новым. Но теперь ты знаешь, что нужно делать: какие-то страхи можно игнорировать, и жить, несмотря на их присутствие. Другие страхи можно приручить. А какие-то страхи можно победить.

И благодарный человек отправился домой.

## **Анеха 7.17. „Tot ce se întâmplă e spre binele nostru” (metaforă terapeutică)**

### **Всё, что происходит - на благо**

В стародавние времена жил один могущественный правитель и у был него главный советник, который всегда сопровождал его, поддерживал мудрым советом. Что бы ни случилось, его коронной фразой было - "всё, что происходит - на благо".

Правитель ценил своего советника и снисходительно относился к его чудачеству. Однажды правитель поехал на охоту и с ним произошёл несчастный случай: во время стрельбы государю оторвало один палец на руке. Правитель был в гневе и отчаянии. Мудрый советник попытался как-то успокоить своего государя:

- Правитель, всё к лучшему! - сказал он.

Но от таких слов государь ещё больше пришёл в ярость. Он велел бросить своего советодателя в темницу и держать его там только на воде и хлебе. Прошло время и правитель снова поехал на охоту. В этот раз он отправился в соседние земли, где по слухам, было много разной дичи и зверей. Но в том же лесу жило дикое племя. Они напали на государя и его свиту и схватили их. Племя поклонялось каким-то своим богам, которым необходимо было приносить жертвы. Дикари схватили правителя и принесли его главному жрецу. Он очень обрадовался, увидев свою добычу:

- Наконец-то мы принесём такую серьёзную жертву. Теперь мы надолго получим благосклонность богов! - сказал довольный шаман.

Жрец начал проводить над государем обряд жертвоприношения. И в тот момент, когда нож должен был вонзиться в сердце правителя, жрец вдруг заметил, что у будущей жертвы не хватает одного пальца. Он был сильно рассержен и расстроен.

- Боги достойны только самого лучшего! - кричал он на своих соплеменников. - А вы принесли мне какой-то брак! У него же не хватает пальца!

Государя отпустили. Он добрался до своего царства и первое, что сделал - бросился к мудрому советнику:

- Как ты был прав! Я лишился пальца, но сохранил жизнь! - говорил правитель, - Но ты же тоже пострадал. Тебе столько времени пришлось провести в темнице.

- Всё, что ни делается - на благо, - ответил мудрец, - если бы я не был в темнице, то наверняка бы поехал с тобой на охоту и неизвестно, кого бы принесли в жертву, раз ты не подошел.

## Анеха 7.18. Bloc informativ „Visele mele-conștientizăm și realizăm!”

### Мои мечты — осознаем и сбываем!



Может показаться, что мечтать – самое легкое и очевидное занятие, и мы порой даже не задумываемся о мечтах не потому, что не хотим или не предаем этому значения, а просто потому, что считаем это настолько очевидным, что не видим смысла задасться вопросом – каковы мои **НАСТОЯЩИЕ** желания, **МОИ МЕЧТЫ**?

Меньше работы – больше денег? Или просто больше денег? Или здоровья? Или иметь хорошую работу? Или отдохнуть за

границей? Возможно и есть какие-то общие для нас устремления, но могут ли мечты быть общепринятыми? Ведь мы все разные. Разный стиль жизни, разные ценности, разные точки отсчета и системы координат, как разные планеты. Все мы хотим счастья, но для каждого из нас оно свое.

Поэтому очень важно сформулировать именно то, что нужно **ТОЛЬКО** вам, что сделает **ВАС** счастливым, придаст жизни вкус, даст вам энергию, доставит удовольствие и радость. Сегодня и сейчас. Ведь жизнь не стоит на месте, еще вчера вам жизненно необходима была стабильная работа, а по прошествии нескольких лет, вам хочется свободы и т.д.

И, казалось бы, что сложного в написании списка своих желаний (именно в написании, которое позволяет осознать их, взглянуть на них со стороны), но попробуйте уделить этому время, и вы поймете, что этот процесс – целая медитация. Как же мне понять мои мечты, — спросите вы? Необходимо погрузиться вглубь себя, чтобы услышать тонкий голос своей души, к которому мы уже разучились прислушиваться в будничной суете. Здесь важно достучаться до своего сердца, игнорируя настойчивые крики нашего ума и эго, которые могут требовать те «стандартные» ценности, к которым мы все обычно стремимся, даже не задумываясь о том, действительно ли этого нужно нашей душе.

### Как я могу осознать мои мечты?



Попробуйте использовать несколько простых правил, которые помогают мне **прочувствовать мои мечты**. Думаю, они помогут и вам осознать ваши.

Уделите этому специальное время. Это может быть **утренняя медитация**, или вы можете гулять на природе и обдумывать их. Здесь важно уединение и тишина. Ничто не должно отвлекать вас. Отведите этому хотя бы 30 минут. Возьмите блокнот, чтобы

записывать то, что будет приходить вам в голову, обязательно фиксируйте все, даже самые незначительные идеи. Позже, вернувшись к этому списку, вы сможете обдумать и

оценить каждый из пунктов. Расслабьтесь, расслабьте тело, дышите спокойно, сосредоточьтесь внимание на своем внутреннем голосе. Задавайте себе вопросы, которые помогут осознать:

- чего я хочу,
- как бы я хотела жить,
- как я вижу свою идеальную жизнь через 5 – 10 – 15 – 30 лет,
- кем я хотела бы стать,
- чем я хотела бы заниматься,
- что мне приносит радость,
- какими были мои детские мечты, о чем я мечтала,
- какие качества я хотела бы развить,
- что я хотела бы изучить,
- что может на старости быть основанием для мысли, что жизнь прошла не зря,
- как я бы хотела раскрыться в творчестве,
- что я хотела бы иметь, где жить,
- что по жизни меня вдохновляло,
- что я люблю.

Используйте метод мозгового штурма, то есть записывайте все, все все, что приходит в голову, что-то глобальное и самые мелочи, без оценки, без пауз, все подряд, что всплывает в ваше сознание. Для обдумывания еще будет время. Сейчас просто отпустите себя. Самые нелепые, самые смелые, самые неожиданные желания приветствуются. Пусть ваш внутренний критик подождет.

Носите с собой блокнот, чтобы записать неожиданно озарившую вас идею. В любом случае, вероятнее всего какие-то мысли могут прийти уже после, через какое-то время, порой в самый неожиданный момент. Постарайтесь зафиксировать их – в блокнот, на телефон или то, что будет под рукой.

Через некоторое время – неделю, несколько дней, вам нужно будет еще раз погрузиться в работу – теперь уже по **осознанию того**, что вы написали. Не будьте критичны и слишком строги. Посмотрите на эту медитацию как на возможность познакомиться с собой. Я, например, осознала, что на самом деле мне не нужно для счастья много денег. Разве такое возможно, подумала бы я в обычных условиях, разве есть люди, которые этого не хотят? Мне просто нужны средства для комфортного жилья и реализации своих планов. Мне не нужны бриллианты и норковая шуба. Пусть даже у всех моих подружек они будут. И это отлично! Признание этого факта только сняло с меня лишнее напряжение, которое очень характерно для сегодняшнего общества в погоне за символами успеха. Еще я поняла, что хотела бы больше времени проводить с дочкой, и меньше на работе. Я очень люблю свою работу, и мне она очень нравится, она приносит деньги, но все же если выбирать между получением дохода и возможностью иметь свободное время для себя и близких, я уже могу предпочесть второе или искать приемлемый для себя баланс. Раньше, наверное, не могла бы. Особенно, когда вокруг меня множество примеров молодых мам очень быстро вернувшихся в рабочую колею. То есть нет ничего правильного или не правильного. Главное осознать свое. И принять это. Мои мечты могут быть совсем не похожи на мечты большинства людей — и это

замечательно. Это может дать великое расслабление. И если найти силы идти своим путем, еще и много ценных плодов.



Вам очень повезло, вы хорошо поработали, если ваш список получился длинным. Если вы задавали себе все вопросы, то в нем вы увидите и **ваши глобальные цели** — мечты и просто **список радующих вас вещей**. Я, например, обнаружила в своем списке соседству такие мои мечты как объехать 99 стран мира, научиться танцевать аргентинское танго, загадать желание на

падающую звезду сидя на крыше, поплавать с дельфинами, выехать на природу в ближайшие выходные и записаться на массаж. Просто систематизируйте. Выделите главное и глобальное, ваши базовые устремления. Соберите их в отдельный список на отдельном листе. Просматривайте его периодически – раз в неделю, месяц, просто когда запутаетесь в рутине. Это ваша путеводная нить. Она будет помогать вам вернуться к правильному курсу, от которого все мы периодически отклоняемся или просто о нем забываем, и течение жизни уносит нас совсем в другом направлении.

А список радостных небольших дел вы можете распределить по вашему ежедневнику или планировщику, и применять их как «**энергетическую терапию**» для реанимации бодрости и поднятия духа и настроения. Только будьте настойчивы в реализации этих задач, не отодвигайте их на потом, не откладывайте и не махайте на них рукой. Да нам всем некогда и всегда есть более важные дела и не всегда хватает денег. Но помните о том, что вы это делаете из любви к своему внутреннему ребенку, ведь вы бы не стали экономить на своих детях. Мы и так вспоминаем о нем очень редко. Позвольте себе побаловать его. И себя. Поверьте этого того стоит и отдача будет непременно, и появятся новые силы для вашей повседневной жизни, и не захочется лишний раз ворчать или грустить. Напоминайте себе — мои мечты должны сбываться, все в моих руках!

### **Мои мечты или не мои?**

Для чего все это? Сейчас принято быть эффективными, ставить цели и упрямо идти к ним. Но наша медитация не для этого. Точнее, если она поможет вам определиться с направлением вашей жизни и следовать ему – это более чем достойный результат. Но посмотрите на нее еще и как на возможность узнать себя, понять себя, вернуться к себе настоящей. О том ли шепчет моя душа, слышу ли я ее голос или стремлюсь к тому, что принято другими? Как понять – действительно ли это **МОИ МЕЧТЫ** и **ЖЕЛАНИЯ**? Прислушайтесь к своему телу, если в нем нет напряжения, если душа поет – ДА, это оно. Но если и вы ощущаете дискомфорт, какое-то напряжение, пусть едва уловимое и необъяснимое – скорее всего это не то. И если вы сделаете какие-то открытия в этом направлении, этот опыт будет особенно ценен.

© *Иллюстрации Виктория Курдий*

## **Anexa 7.19 Activitatea „Trei dorințe” (metaforă terapeutică)**

### **Три желания. Притча об истинном значении желаний.**

Жил-был один человек. Он, как и все, надеялся на чудо, и вот однажды оно произошло: по пути на работу, его кто-то окликнул. Человек обернулся и увидел... настоящего Волшебника.

— Сегодня волшебный день и я могу исполнить три твоих желания - но подумай хорошенько, прежде чем сказать! — сказал он.

— Ух, ты! Я точно знаю, чего хочу! Я хочу шикарную машину с откидывающимся верхом, — немного подумав, ответил человек.

— Хорошо, — ответил волшебник, полез в мешок, достал оттуда ключи от машины и подал их человеку.

— Ключи? — воскликнул тот — я хочу машину целиком!

— Посмотри вокруг, — ответил волшебник.

Человек оглянулся и увидел шикарную машину с откидывающимся верхом с белыми кожаными сиденьями.

— Вот это да! Это прямо как я и хотел! — закричал человек, сел в машину и уехал навстречу новым впечатлениям.

На следующий день он вернулся на то же самое место. Человек был расстроен, поэтому Волшебник спросил его:

— Что случилось?

— Я целый день ездил по городу, и куда бы я ни приехал, все люди смотрели на меня, ведь я был в этой машине. Но потом я начал замечать, что в этом городе полно красивых машин и люди смотрят на все машины... Так что это не то, чего я хотел.

— А чего же ты хочешь, я могу выполнить второе желание, — сказал волшебник. — Я хочу денег! — ответил человек. Целую кучу денег, чтобы я смог купить все, что захочу.

— Хорошо, — ответил Волшебник, засовывая руку в мешок. Он достал оттуда чековую книжку и вручил её человеку.

Когда тот открыл чековую книжку, увидел на ней свое имя и какая сумма на счете, он тут же захлопнул ее, сунул в карман и заявил:

— Я вернусь завтра, ведь у меня еще есть третье желание, которое ты обещал исполнить.

— Конечно, я буду ждать тебя, — ответил Волшебник.

На следующий день на этом же самом месте, в то же время, человек и Волшебник встретились снова. Но опять человек был расстроен и подавлен. Волшебник спросил:

— И что случилось теперь?

— Я скупил все, что хотел. Стоило мне увидеть любую вещь, которая мне нравится, я тут же покупал ее. Но очень скоро мне стало все равно, смогу ли я купить что-то еще. Я ведь могу купить все, так что какая разница. Ты не дал мне того, что я хотел.

— Чего ты хочешь? — спросил Волшебник.

В этот раз человек тщательно продумал свой ответ и сказал:

— Я знаю, чего хочу. Я хочу сказочно красивую... девушку. Можешь?

— Хорошо, — ответил волшебник, и тут же рядом с ним появилась необычайно прекрасная девушка.

— Я готова идти за тобой, куда скажешь, — пропела она сладким голосом.

— Да! — вскричал человек, схватил ее, и ушел.

Спустя две недели он вернулся на то же место. Он был расстроен и обескуражен. Волшебник спросил его:

— А что сейчас? Я ведь дал тебе сказочно прекрасную девушку!

— Она была такая послушная, что мне это быстро наскучило. Ей нужны были только мои деньги, и, набрав сколько ей было нужно, она просто ушла. Какой-то ты плохой Волшебник. Я прошу и прошу тебя то, что я хочу, а оно все не то и не такое.

— Это потому, — ответил Волшебник — что ты ни разу не попросил того, чего хочешь.

— Неправда, я всегда прошу того, чего хочу!

— Нет, — ответил Волшебник. — Ты просишь машину, а на самом деле хочешь уважения, ты просишь денег, а на самом деле хочешь свободы, ты просишь красивую девушку, а на самом деле хочешь любви.

### **Анеха 7.20. Ancheta „Evaluarea ședințelor”**

#### **Анкета «Оценка эффективности программы»**

1. Что вам понравилось в программе?
2. Что вам не понравилось в программе?
3. Насколько вы оцениваете изменения, произошедшие с вами за время программы?
4. Какие из упражнений вы могли бы взять в свою повседневную практику?
5. Что вы хотели бы пожелать по результатам программы себе, группе, тренеру?

## 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.

Pravițchi Galina 

Data 10.02.2019.



## CURRICULUM VITAE

**Nume:** Pravițchi Galina

**Data nașterii:** 19.12.1983

**Adresa:** Republica Moldova

or. Ștefan-Vodă, s. Cioburciu

**Cetățenia:** Republica Moldova



### Studii:

09/1990-06/1999 - școala primară s. Cioburciu, Ștefan-Vodă

09/1999-06/2002 - Liceul Teoretic „V. Alecsandri”, Chișinău

09/2002-06/2006 - Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, Specialitatea Psihologie

09/2006-07/2007 - Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, Specialitatea Psihologie, diploma de master

10/2013 – 10/2017 - Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, Specialitatea Psihologie Generală, studii de doctorat

### Experiența profesională:

2007- prezent -lector universitar, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău

2011-2013 - psiholog pentru copii, A.O. „Credința”, Chișinău

2014 – 2017 - psiholog, Centrul Social Regional „Renașterea”, Chișinău

### Stagii de cercetare și formare profesională:

- 3-6 iunie 2009- Conferința internațională «Вызов СПИДа и рецепт надежды», or. Irpeni, Ucraina;
- 26-27 iunie 2009- Seminarul: „Învățarea centrată pe student”, Chișinău;
- 29 iunie-3 iulie 2009- Cursul de instruire organizat de SPCSE cu prrijinul UNICEF Moldova cu tematica: „Componenta psiho-socială în răspunsul statului în situații excepționale”, Chișinău. Instructor : Claire Colliard , director al Centrului de Psihologie Umanitară, Geneva;
- octombrie 2009- Seminarul: „Învățarea centrată pe student”, Chișinău;
- 19 decembrie 2009- Seminarul: „Învățarea centrată pe student”, Chișinău;
- 1-20 mai 2011- Seminarul Internațional de instruire cu tema: „Psycho-Social Care, Suport, Education and Protection of Children and Adolescents Infected and/or Affected by

HIV&AIDS” ce s-a realizat în cadrul Centrului Internațional de Instruire Golda Meir, or. Haifa, Israel;

- 06 aprilie 2012- Program de formare profesională în cadrul proiectului „Educația centrată pe cel ce învață”, Chișinău;
- 26 aprilie 2012- Conferința Internațională a psihologilor cu genericul „Paradigmele inteligenței în psihologia contemporană”, Chișinău;
- 2-4 noiembrie 2012- Seminarului „Suportul psiho-social al copiilor HIV+ și a familiilor acestora”, Chișinău;
- 25 noiembrie 2012- Masă rotundă cu genericul „Profilaxia, tratamentul și suportul femeilor și copiilor HIV+, formarea atitudinii tolerante în legătură cu copiii seropozitivi în cadrul sistemului de învățământ pre/școlar”, Chișinău;
- 27 iulie 2013- Cursul de formare continuă în psihologie clinică, modulul „Evaluarea clinică a adultului” desfășurat sub egida Colegiului Psihologilor din România, Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie, Chișinău;
- 27-29 septembrie 2013- Conferința Practico-Științifică „Practica psihologică modernă”, Chișinău;
- 23 iunie 2014- Cursul de perfecționare de scurt durată: „Utilizarea platformei Moodle în procesul educațional”, Chișinău;
- 20 noiembrie 2014- Conferința Națională antisuicid „Salvăm Vieți Împreună”, Chișinău;
- 23-28 iulie 2014- Școala de vară „Cercetarea psihologică fără frontiere”, loc. Potoci, Neamț;
- 29 iulie- 2 august 2015- Școala de vară „Cercetarea psihologică fără frontiere”, ediția a II-a, Iași;
- 25-27 septembrie 2015- Conferința Practico-Științifică „Practica psihologică modernă”, Chișinău;
- 27 mai 2016- Cursul de formare continuă „Colajul-tehnică expresi-creativă de evaluare și intervenție în familie”, Chișinău;
- 23-25 septembrie 2016 - Conferința Practico-Științifică „Practica psihologică modernă”, Chișinău;
- 7-9 noiembrie 2016- Seminarul de instruire „Acordarea suportului psiho-social adolescenților HIV pozitivi”, organizat de UNICEF, or, Odesa, Ucraina;
- 16-19 martie 2017- Conferință a II-a Științifico-Practică Națională cu participare Internațională „Prevenirea sindromului burnout în activitatea profesională”, Chișinău;

- 10 octombrie 2017- Masă rotundă cu tema: „Raportul de implimentare a instrucțiunii metodice privind intervenția poliției în prevenirea și profilaxia HIV în mediul grupurilor cu risc sporit de infectare”, organizată de Asociația Promo-LEX, Chișinău;
- 27-29 noiembrie 2017- Conferința Națională HIV/SIDA 2017, ediția a VI-a, Chișinău;
- 12 mai 2018- Cursul de formare profesională „Metodologia de lucru cu OH cards în consiliere. Esențial”, Chișinău;
- 15 septembrie 2018- Atelierul „Copilul și pierderea-cum ajutăm copilul să facă față doliului”, Chișinău;
- 3-5 octombrie 2018- Conferința a 21-a Europeană a Asociației Internaționale pentru Sănătatea Adolescenților și a III-a Conferință Națională în domeniul sănătății adolescenților „Șanse egale de dezvoltare sănătoasă pentru toți adolescenții”, Chișinău;
- 6 noiembrie 2018- Workshop-ul „Nevoi, Dorințe, Visuri” din cadrul proiectului Zilele Jacques Salomé în Moldova, Chișinău;
- 4-7 aprilie 2019- Conferința Științifico-Practică Națională cu participare Internațională, ediția a IV-a „Prevenirea sindromului burnout”, Chișinău.

#### **Participări la foruri științifice internaționale și locale:**

1. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Creșterea impactului cercetării și dezvoltarea capacității de inovare” dedicată aniversării 65 de la fondarea Universității de Stat din Moldova, Chișinău, 2011;
2. Conferința Internațională Practico-Științifică „Современные информационные технологии работы с молодежью: педагогика, психология, менеджмент и коммуникация”, Moscova, 2011;
3. Conferința Științifică Internațională „Învățământul superior și piața muncii: conexiuni și perspective”, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 2014;
4. Conferința Științifică Internațională „Integrarea prin cercetare și inovare”, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 2015;
5. Conferința Științifică Internațională „Învățământul superior: valențe și oportunități educaționale, de cercetare și transfer inovațional”, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 2016;
6. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Integrare prin Cercetare și Inovare” cu prilejul aniversării a 70 de ani de la fondarea Universității de Stat din Moldova, Chișinău, 2016;

7. A II- a Conferință Națională în Sănătatea Adolescenților „Sporirea rezilienței-dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc”, Chișinău, 2016;
8. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Integrare prin cercetare și inovare”, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 2017;
9. Conferința Internațională de Psihologie Aplicată „Actualități și Perspective în Cercetarea Psihologică”, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 2018.

**Lucrări științifice publicate:** 27, dintre care la tema tezei de doctor – 14

**Articole în reviste științifice acreditate:**

1. Pravițchi G. Manifestarea persistenței motivaționale la persoanele seropozitive. Studia Universitatis, Seria Științe ale Educației, Nr.5 (95) 2016, Chișinău, p. 195-199.
2. Potâng A., Pravițchi G. Modalități de suport a persoanelor seropozitive în vederea prevenirii și diminuării autostigmatizării. Studia Universitatis, Seria Științe ale Educației, Nr.9 (99) 2016, Chișinău, p. 161-166.
3. Pravițchi G., Belenciuc X. Manifestarea fenomenului de autostigmatizare la persoanele seropozitive. Studia Universitatis, Seria Științe ale Educației, Nr.5 (105) 2017, Chișinău, p. 158-163.
4. Potâng A., Pravițchi G. Diminuarea autostigmatizării la persoanele seropozitive. Studia Universitatis, Seria Științe ale Educației, Nr.9 (109) 2017, Chișinău, p.194-201.
5. Pravițchi G. Relația dintre dimensiunile fundamentale ale personalității, persistența motivațională și autostigmatizare la persoanele seropozitive. Revista Intellectus, Nr. 3/2018, Chișinău, p. 109-116.

**Materiale ale comunicărilor științifice:**

6. Правицки Г. Проблема ВИЧ как фактор жизни современной молодежи. Материалы Международной научно-практической конференции: «Современные информационные технологии работы с молодежью: педагогика, психология, менеджмент и коммуникация» 16-18 сентября; Том 1, Москва, 2011. с. 119-125.
7. Pravițchi G. Asistența psihologică în dezvoltarea diagnosticului copiilor cu infecția HIV/SIDA., Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Creșterea impactului cercetării și dezvoltarea capacității de inovare” USM, Chișinău, 21-22 septembrie 2011. p.136-138.

8. Pravițchi G. Modele teoretice ale persistenței motivaționale. Conferința Științifică Internațională „Învățământul superior și piața muncii: conexiuni și perspective”, 21 noiembrie 2014, USM, Chișinău, 2015, p. 506-513.
9. Pravițchi G., Cîrlan E. Persistența motivațională și locul controlului la tineri. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Integrarea prin cercetare și inovare”. USM, Chișinău, 10-11 noiembrie 2015, p. 156-159.
10. Pravițchi G. Repercusiunile autostigmatizării la persoanele seropozitive. Conferința Științifică Internațională „Învățământul superior: valențe și oportunități educaționale, de cercetare și transfer inovativ”, USM, Chișinău, 28-29 septembrie 2016, p. 374-377.
11. Pravițchi G. Asistența psihologică a persoanelor seropozitive. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Integrare prin Cercetare și Inovare”. USM, Chișinău, 28-29 septembrie 2016. p. 39-42.
12. Pravițchi G. Considerații generale privind impactul diagnosticului HIV/SIDA asupra persoanelor infectate. A II-a Conferință Națională în Sănătatea Adolescenților „Sporirea rezilienței-dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc”, Chișinău, 3-4 noiembrie 2016. p. 101.
13. Pravițchi G. Factori predictivi ai autostigmatizării la persoanele seropozitive. Conferința Științifică Națională cu participare Internațională „Integrare prin cercetare și inovare, USM, Chișinău, 9-10 noiembrie 2017, p. 207-211.
14. Pravițchi G., Florința M. Reziliența și robustețea la persoanele seropozitive. Conferința Internațională de Psihologie Aplicată „Actualități și Perspective în Cercetarea Psihologică” USM, Chișinău, 29-30 noiembrie 2018, p. 71-75.

**Competențe lingvistice:**

- Limba română (maternă)
- Limba rusă (fluent)
- Limba engleză (fluent)
- Limba franceză (fluent)
- Limba spaniolă (mediu)
- Limba germană (începător)

**Date de contact de serviciu:**

Universitatea de Stat din Moldova, str. A. Mateevici 60, Chișinău, MD 2009

Telefon: + 373 79187707

Email: pravitchi\_galina@yahoo.com