

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN CHIȘINĂU
(Institutul de Științe ale Educației, absorbit în conformitate cu HG nr. 485 din 13.07.2022)

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 376.2(043.3)

COJOCARU VIORICA

**ADAPTAREA PSIHOLOGICALĂ
A ADOLESCENȚILOR CU DIZABILITĂȚI FIZICE**

Specialitatea 511.03 – PSIHLOGIE SOCIALĂ

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:

PALADI Oxana, dr. hab. în psihologie, conf. univ.

Autor:

COJOCARU Viorica

CHIȘINĂU, 2023

© COJOCARU Viorica, 2023

CUPRINS

ADNOTARE (<i>în română, engleză, rusă</i>).....	5
LISTA ABREVIERILOR	8
LISTA FIGURILOR	9
LISTA TABELELOR	11
INTRODUCERE	13

1. CADRUL TEORETIC AL ADAPTĂRII PSIHOSOCIALE

A ADOLESCENȚILOR CU DIZABILITĂȚI FIZICE

1.1. Dimensiuni definitorii ale conceptului de adaptare psihosocială	20
1.2. Caracteristici, modele de adaptare psihosocială a persoanelor cu dizabilități	31
1.3. Specificul adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice	43
1.4. Concluzii la capitolul 1	53

2. ANALIZA FACTORILOR CARE INFLUIENȚEAZĂ ADAPTAREA

PSIHOSOCIALĂ A ADOLESCENȚILOR CU DIZABILITĂȚI FIZICE

2.1. Designul cercetării adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice	54
2.2. Caracteristici ale nivelurilor de manifestare ale adaptării psihosociale și a factorilor psihosociale	65
2.3. Particularități ale adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice comparativ cu ale adolescenților cu dezvoltare tipică	78
2.3.1. Adaptarea psihosocială din perspectiva prezenței dizabilității	78
2.3.2. Adaptarea psihosocială din perspectiva mediului de reședință	86
2.3.3. Adaptarea psihosocială din perspectiva modului de studii	99
2.4. Relația de asociere dintre adaptarea psihosocială și variabilele cercetării: deznădejdea, problemele afective, de anxietate, de comportament, acuze somatice și autoaprecierea	104
2.5. Concluzii la capitolul 2	118

3. EFICIENTIZAREA ADAPTĂRII PSIHOSOCIALE A

ADOLESCENȚILOR CU DIZABILITĂȚI FIZICE

3.1. Principii și strategii de lucru cu adolescentul cu dizabilități fizice pentru eficientizarea procesului de adaptare psihosocială	121
3.2. Descrierea Modelului de intervenție psihosocială	131
3.3. Implementarea și validarea modelului de intervenție în scopul eficientizării adaptării psihosociale	143
3.4. Concluzii la capitolul 3	147

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	148
BIBLIOGRAFIE.....	152
ANEXE	
Anexa 1. Ancheta psihosocială.....	170
Anexa 2. Chestionarul de diagnosticare a adaptării psihosociale.....	174
Anexa 3. Scala lipsei de speranță / deznădejde Beck.....	178
Anexa 4. Testul ASEBA (A. Achenbach).....	179
Anexa 5. Tehnica de studiere a autoaprecierii Дембо-Рубинштейн (varianta A. Прихожан).....	183
Anexa 6. Corelații cu factorii personali, grup adolescenți cu dizabilitate.....	185
Anexa 7. Corelații cu factorii personali, grup adolescenți cu dezvoltare în normă.....	188
Anexa 8. Rezultatele test ale adaptării în grupurile experimental și de control.....	191
Anexa 9. Omogenitatea grupurilor experimental și de control.....	192
Anexa 10. Rezultatele retest ale adaptării în grupurile experimental și de control.....	193
Anexa 11. Comparații test – retest, grup experimental.....	195
Anexa 12. Comparații test – retest, grup de control.....	196
Anexa 13. Diferențe retest între grupul experimental și cel de control.....	197
Anexa 14. Rezultatele la testele Kolmogorov-Smirnov și Shapiro-Wilk.....	198
Anexa 15. Relația dintre variabilele cercetării conform indicilor generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dizabilitate și cu dezvoltare tipică	201
Anexa 16. Programul formativ	203
Anexa 17. Instrument de autoevaluare a instituției de învățământ	254
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	256
CV-ul AUTORULUI.....	257

ADNOTARE

**Cojocaru Viorica. Adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice.
Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2023.**

Structura tezei. Teza constă din introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 220 de titluri, 17 anexe, 151 pagini de text de bază, 25 tabele și 40 figuri. Rezultatele obținute sunt publicate în 14 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: adaptare psihosocială, dizabilitate fizică, incluziune, excluziune socială, vârsta adolescenței, adolescent cu dizabilități, adolescent cu dezvoltare tipică.

Scopul cercetării: stabilirea particularităților adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, elaborarea și validarea modelului de eficientizare a acestora în condițiile incluziunii lor educaționale și sociale.

Obiectivele cercetării: analiza conceptelor teoretico-metodologice ale procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice; determinarea particularităților procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice comparativ cu adolescenții cu dezvoltare tipică; identificarea factorilor ce influențează procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice; elaborarea și validarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice.

Noutatea și originalitatea științifică a cercetării: este unul din primele studii teoretico-experimentale în psihologia socială autohtonă, care stabilește particularitățile adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice incluși în învățământul general; determină diferențele dintre adaptarea psihosocială a adolescentului cu dizabilități fizice comparativ cu adolescentul cu dezvoltare tipică; stabilește influența diversilor factori psihosociale asupra procesului de adaptare psihosocială; determină Modelul psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în determinarea particularităților adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice și utilizarea rezultatelor obținute în elaborarea și implementarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, având ca rezultat diminuarea dificultăților cu care se confruntă adolescenții cu dizabilități fizice. Rezultatele obținute pot fi utilizate în scopul asigurării condițiilor de eficientizare a adaptării psihosociale și sporire a incluziunii sociale a adolescenților cu dizabilități fizice.

Semnificația teoretică a cercetării: rezultatele obținute au permis formarea unei viziuni științifice complexe privind particularitățile adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice, factorii psihosociale ce influențează adaptarea în baza studiului comparativ al particularităților adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice incluși în învățământul general, justificând astfel necesitatea organizării asistenței psihosociale a adolescenților cu dizabilități în vederea pregătirii pentru incluziunea educațională și socială a acestora.

Valoarea aplicativă a cercetării: rezidă în fundamentarea și experimentarea metodologiei de diagnosticare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice; elaborarea și validarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice în vederea sporirii nivelului de acceptare și incluziune a adolescenților cu dizabilități, care poate fi utilizat în asistența psihologică a elevilor cu dizabilități și a elevilor cu dezvoltare tipică, la elaborarea programelor de sprijin pentru facilitarea incluziunii elevilor cu dizabilități, în activitatea cadrelor didactice, a psihologilor școlari, psihopedagogilor, în cadrul serviciului de asistență psihopedagogică, centrelor comunitare ș.a.

Implementarea rezultatelor științifice: rezultatele cercetării au fost prezentate la manifestările științifice naționale și internaționale; au fost aplicate în demersul de asistență psihologică adresat adolescenților cu dizabilități fizice din cadrul Centrului „Speranța”, mun. Chișinău; în munca de formator în cadrul activităților de formare și mentorat pentru cadrele didactice, specialiștii din serviciile de educație incluzivă din țară; în acțiunile de consultanță în vederea elaborării documentelor de politici educaționale, a creării și dezvoltării serviciilor de educație incluzivă în țară.

ANNOTATION

Cojocaru Viorica. Psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities. Doctoral thesis in psychology. Chişinău, 2023.

Thesis structure. The thesis consists of an introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, a bibliography of 220 titles, 17 annexes, 151 pages of basic text, 25 tables and 40 figures. The results obtained are published in 14 scientific papers.

Keywords: psychosocial adaptation, physical disability, social inclusion, social exclusion, adolescence age, adolescent with disabilities, adolescent with typical development.

Research goal: to establish the peculiarities of psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities, to develop and validate the model of its efficiency in the conditions of their educational and social inclusion.

Research objectives: analysis of the theoretical-methodological concepts of the process of psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities; determination of the peculiarities of the psychosocial adaptation process of adolescents with physical disabilities compared to adolescents with typical development; identification of the factors influencing the psychosocial adaptation process of adolescents with physical disabilities; elaboration and validation of the psychosocial model for improving the psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities.

Scientific novelty and originality: it is one of the theoretical-experimental studies in domestic social psychology, which establishes the peculiarities of psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities included in general education; determines the differences between the psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities compared to adolescents with typical development; establishes the influence of various psychosocial factors on the process of psychosocial adaptation; determines the psychosocial model for improving the psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities

The obtained results that contribute to solving an important scientific problem consist of determining the peculiarities of psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities and using the obtained results in elaborating and implementing the psychosocial model for improving the psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities, resulting in reducing the difficulties they face. The obtained results can be used to ensure the conditions for improving the psychosocial adaptation and increasing the social inclusion of adolescents with physical disabilities.

The theoretical significance of the research: the obtained results have allowed the formation of a complex scientific vision regarding the peculiarities of psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities, the psychosocial factors influencing adaptation based on the comparative study of the peculiarities of psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities included in general education, thus justifying the need to organize psychosocial assistance to adolescents with disabilities in order to prepare them for educational and social inclusion.

The applied value of the research: consists of establishing and experimenting with a methodology for diagnosing the psychosocial adaptation of adolescents with physical disabilities; developing and validating a psychosocial model for enhancing the psychosocial adaptation of adolescents with disabilities in order to increase the level of acceptance and inclusion of adolescents with disabilities, which can be used in psychological assistance for students with disabilities and those with typical development, in developing support programs for facilitating the inclusion of students with disabilities, in the work of teachers, school psychologists, psychopedagogues, in the framework of the psychopedagogical assistance service, community centers, etc.

Implementation of scientific results: the research results have been presented at national and international scientific events; they have been applied in the process of psychological assistance for adolescents with physical disabilities at the „Speranța” Center, Chisinau; in the work of trainer in the activities of training and mentoring for teachers, specialists from inclusive education services in the country; in consultancy actions for the development of educational policy documents, the creation and development of inclusive education services in the country.

АННОТАЦИЯ

Кожокару Виорика. Психосоциальная адаптация подростков с ограниченными физическими возможностями.

Диссертация на соискание степени доктора психологии. Кишинев, 2023.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 3 глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 220 наименований, 16 приложений, 151 страницы основного текста, 25 таблиц и 40 рисунков. Полученные результаты опубликованы в 14 научных статьях.

Ключевые слова: психосоциальная адаптация, инвалидность, социальная инклюзия, социальная эксклюзия, подростковый возраст, подросток-инвалид, подросток с типичным развитием.

Цель исследования: установить особенности психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями, разработать и обосновать модель ее эффективности в условиях их образовательной и социальной инклюзии.

Задачи исследования: анализ теоретико-методологических представлений о процессе психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями; определение особенностей процесса психосоциальной адаптации подростков с физическими недостатками по сравнению с подростками с типичным развитием; выявление факторов, влияющих на процесс психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями; разработка и валидация психосоциальной Модели улучшения психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями.

Научная новизна и оригинальность: это одно из теоретико-экспериментальных исследований в отечественной социальной психологии, устанавливающее особенности психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями, включенных в общеобразовательную систему образования; определяет различия психосоциальной адаптации подростков с физическими недостатками по сравнению с подростками с типичным развитием; устанавливает влияние различных психосоциальных факторов на процесс психосоциальной адаптации; определяет психосоциальную модель совершенствования психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями

Полученные результаты, способствующие решению важной научной задачи, заключаются в определении особенностей психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями и использовании полученных результатов при разработке и реализации психосоциальной модели повышения психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями, в результате чего снижается трудности, с которыми они сталкиваются. Полученные результаты могут быть использованы для обеспечения условий для улучшения психосоциальной адаптации и повышения социальной включенности подростков с ограниченными физическими возможностями.

Теоретическая значимость исследования: полученные результаты позволили сформировать комплексное научное видение особенностей психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями, психосоциальных факторов, влияющих на адаптацию, на основе сравнительного изучения особенностей психосоциальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями, включенных в общего образования, обосновывая тем самым необходимость организации психосоциальной помощи подросткам с ограниченными возможностями с целью подготовки их к образовательной и социальной интеграции.

Практическая значимость исследования: состоит в создании и апробировании методики диагностики психосоциальной адаптации подростков с физическими недостатками; разработка и апробация психосоциальной модели усиления психосоциальной адаптации подростков с ОВЗ с целью повышения уровня принятия и включения подростков с ОВЗ, которая может быть использована в психологической помощи учащимся с ОВЗ и с типичным развитием, в развитии поддержки программы содействия включению учащихся с ОВЗ, в работу учителей, школьных психологов, психопедагогов, в рамках службы психолого-педагогической помощи, общественных центров и т.д.

Внедрение научных результатов: результаты исследований были представлены на национальных и международных научных мероприятиях; они были применены в процессе психологической помощи подросткам с ограниченными физическими возможностями в Центре «Сперанца», Кишинев; в работе тренера в деятельности по обучению и наставничеству педагогов, специалистов служб инклюзивного образования страны; в консультационных мероприятиях по разработке документов образовательной политики, созданию и развитию услуг инклюзивного образования в стране.

LISTA ABREVIERILOR

ADF – adolescentul cu dizabilități fizice

AdT – adolescentul cu dezvoltare tipică

APS – adaptare psihosocială

ASEBA – Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric

CES – cerințe educaționale speciale

CIF – Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății

DSM – Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

ONU – Organizația Națiunilor Unite

LISTA FIGURILOR

	Titlul	
Fig. 1.1.	Structura, conținutul și procesul de adaptare psihosocială în dizabilitate (adaptat după Livneh, 2021)	32
Fig. 1.2.	Axa procesului de adaptare psihosocială în dizabilitatea fizică	34
Fig. 1.3.	Interacțiunea dintre componentele CIF	42
Fig. 2.1.	Schema conceptuală a adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice	54
Fig. 2.2.	Repartizarea subiecților în funcție de criteriul gen	61
Fig. 2.3.	Numărul subiecților în funcție de criteriul îngrijorări cu referire la școală	64
Fig. 2.4.	Nivelurile de dezvoltare a variabilei „Adaptare” pentru grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	65
Fig. 2.5.	Nivelurile de dezvoltare a variabilelor „Acceptarea de sine” și „Acceptarea celorlalți” pentru grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	66
Fig. 2.6.	Nivelurile de dezvoltare a variabilelor „Confort emoțional” și „Control intern” pentru grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	67
Fig. 2.7.	Nivelurile de dezvoltare a variabilelor „Tendința de a domina” și „Evitarea problemelor” pentru grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	68
Fig. 2.8.	Ponderea rezultatelor brute pentru nivelul „Deznădejdi” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	69
Fig. 2.9.	Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Probleme afective și probleme de anxietate” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	70
Fig. 2.10.	Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Acuze somatice și probleme de atenție” în grupurile adolescenților cu dizabilități și fără dizabilități	71
Fig. 2.11.	Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Probleme de comportament opozant și probleme de conduită” în grupurile adolescenților cu dizabilități și fără dizabilități	72
Fig. 2.12.	Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Sănătate” și „Îngrijire” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	73
Fig. 2.13.	Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Îndemânare” și „Inteligență” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	74
Fig. 2.14.	Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Bunătare” și „Prietenie” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	75
Fig. 2.15.	Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Veselie” și „Performanță școlară” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	76
Fig. 2.16.	Ponderea rezultatelor brute pentru variabila „Autoapreciere” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	77
Fig. 2.17.	Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale	79
Fig. 2.18.	Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru variabilele cercetării	81

Fig. 2.19.	Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru componentele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i>	83
Fig. 2.20.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică	87
Fig. 2.21.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA, în grupul adolescenților fără dizabilitate	89
Fig. 2.22.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i>	91
Fig. 2.23.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupul adolescenților cu dizabilități	94
Fig. 2.24.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA	96
Fig. 2.25.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i> , în grupurile adolescenților cu dizabilitate	98
Fig. 2.26.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupul adolescenților cu dizabilități	100
Fig. 2.27	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA	102
Fig. 2.28.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i> , în grupurile adolescenților cu dizabilitate	105
Fig. 2.29.	Profilul psihologic al adolescentului cu dizabilități din perspectiva indicilor generali ai adaptării psihosociale	110
Fig. 2.30.	Profilul psihosocial al adolescenților cu dizabilități fizice (ADF)	115
Fig. 2.31.	Profilul psihosocial al adolescenților cu dezvoltare tipică (AdT)	116
Fig. 3.1.	Diferența dintre integrare și incluziune (adaptat după Walker, 1995)	129
Fig. 3.2.	Schema conceptuală a adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice	130
Fig. 3.3.	Modelul psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice	133
Fig. 3.4.	Frecvențele pe nivele a rezultatelor test la indicii adaptării în ambele grupuri	143
Fig. 3.5.	Frecvențele pe nivele a rezultatelor retest la indicii adaptării, grup experimental	144
Fig. 3.6.	Frecvențele pe nivele a rezultatelor retest la indicii adaptării, grup de control	145

LISTA TABELELOR

	Titlul	
Tabelul 2.1.	Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale	79
Tabelul 2.2.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupurile adolescenților cu dizabilitate și cu dezvoltare tipică	80
Tabelul 2.3.	Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA	81
Tabelul 2.4.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru variabilele cercetării (conform testelor aplicate Beck, ASEBA) în grupul adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	82
Tabelul 2.5.	Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru <i>Tehnică de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i>	83
Tabelul 2.6.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru componentele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i> în grupul adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică	85
Tabelul 2.7.	Valorile medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dezvoltare	87
Tabelul 2.8.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupurile adolescenților fără dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”	88
Tabelul 2.9.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA, în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică	89
Tabelul 2.10.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru variabilele cercetării (conform testelor aplicate Beck, ASEBA) în grupul adolescenților fără dizabilitate	90
Tabelul 2.11.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i>	91
Tabelul 2.12.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru componentele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i> în grupul adolescenților fără dizabilitate în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”	92
Tabelul 2.13.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupul adolescenților cu dizabilitate	93
Tabelul 2.14.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupurile adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”	94

Tabelul 2.15.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA, în grupul adolescenților cu dizabilitate	95
Tabelul 2.16.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru variabilele cercetării (conform testelor Beck, ASEBA) în grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”	96
Tabelul 2.17.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i> , în grupurile adolescenților cu dizabilitate	97
Tabelul 2.18.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru componentele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i> , în grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”	99
Tabelul 2.19.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupul adolescenților cu dizabilitate	100
Tabelul 2.20.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupurile adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”	101
Tabelul 2.21.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA, în grupul adolescenților cu dizabilitate	102
Tabelul 2.22.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru variabilele cercetării (conform testelor Beck, ASEBA) în grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”	103
Tabelul 2.23.	Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i> , în grupurile adolescenților cu dizabilitate	104
Tabelul 2.24.	Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru componentele <i>Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн</i> , în grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”	106
Tabelul 3.1.	Obiective specifice dezvoltate în cadrul celor 4 ședințe de grup axate pe dezvoltarea abilităților socio-emoționale	136

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate. În ultimele decenii, tendințele internaționale și naționale de a asigura tuturor persoanelor șanse egale la educație accesibilă în comunitate aduce după sine mai multe oportunități, dar și o serie de provocări. Pentru persoanele cu dizabilități, oportunitățile vizează exercitarea deplină și în condiții de egalitate a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale. Provocările se referă la faptul că serviciile educaționale și de protecție socială sunt în dezvoltare. Astfel, provocarea de bază în procesul de integrare socială a persoanelor cu dizabilități revine adaptării lor psihosociale, ce relevă un proces complex de interacțiuni permanente, dinamice între un individ și membrii societății, care îi recunosc identitatea, capacitățile, locul și statutul. Aceasta rezultă – mai ales – din armonizarea între două mari sisteme de reglare, dintre care unul se raportează la relațiile interpersonale, iar celălalt – la relațiile formale cu organizarea socială și sistemul ei de valori dominante (J. Selosse). În termeni de incluziune, aceste provocări limitează accesul la activități conform vârstei și participarea la viața socială. Republica Moldova este un stat tânăr, în curs de dezvoltare, astfel că grupurile dezavantajate, inclusiv persoanele cu dizabilități, au acces limitat la servicii de calitate și mai multe bariere în adaptarea psihosocială. Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ratificată de Moldova în 2010, marchează o nouă etapă în abordarea dizabilității. Abordarea biopsihosocială substituie treptat modelele medical și cel social. Astfel încât participarea persoanelor cu dizabilități la procesul educațional și viața socială este posibilă dacă sunt înlăturate barierele fizice și psihosociale în raport cu mediul cu care interacționează [155].

Termenul „dizabilitate”, definit de OMS, vizează o deficiență fizică, senzorială sau intelectuală care limitează semnificativ performanțele unei persoane în activitățile dominante în unul sau mai multe domenii de funcționare ale vieții, prin *limitarea activităților și restricționarea participării* [64]. Clasificarea Internațională a Funcționalității (CIF) percepe dizabilitatea drept o interacțiune dinamică între stările de sănătate și *factorii contextuali, atât personali, cât și de mediu*. Promovată ca un model biopsihosocial, această abordare reprezintă un compromis funcțional între modelul medical și cel social. Dizabilitatea este termenul-„umbrelă” pentru deteriorări, limitări ale activității, care se referă la aspectele negative ale interacțiunii dintre un individ (cu o anumită condiție de sănătate) și factorii contextuali ai aceluia individ (factori personali și de mediu) [65].

Cercetările și analiza situațională a tinerilor la nivel național și internațional au impus necesitatea unei intervenții pentru a eficientiza adaptarea psihosocială a adolescenților, mai ales a celor care au nevoie de sprijin adăugător, a grupului de adolescenți cu dizabilități. Pornind de aici, teza dată prezintă o legătura și interacțiune cu cadrul strategic național și principalele angajamente

internaționale ale Republicii Moldova, în atare context. Lucrarea asigură corelarea cu documentele de politici în vigoare, cât și cu cele în proces de elaborare sau cele aflate la etapa de definitivare, printre care: proiectul Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2023-2028 (*în proces de aprobare*), Programul pentru protecția copilului pentru anii 2022-2026 [89]; proiectul Strategiei de dezvoltare a sectorului de tineret pentru anii 2022-2030 „Tineret 2030” [107] et al. În contextul acordurilor internaționale din care face parte și Republica Moldova, lucrarea face trimitere la: Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (ODD) ale ONU [62], la Parteneriatul Global pentru Educație, la Strategiile de Elaborare a Planului Educațional, la documentele UNESCO pentru sprijinirea educației. Lucrarea ține cont de prevederile documentelor strategice naționale fundamentale, cum ar fi: Strategia națională de dezvoltare „Moldova Europeană 2030” [108] și Strategia de dezvoltare „Educația 2030” [106].

O condiție pentru incluziunea educațională și, finalmente cea socială, este *adaptarea psihosocială a persoanei cu dizabilități*. Fără să ținem cont de particularitățile individuale de ordin psihologic, de necesitățile de adaptare a mediului educațional dictate de dizabilitate, de capacitatea de funcționare a persoanei cu dizabilități, de capacitatea de relaționare – riscăm să nu aducem incluziunea către 2030 la o dezvoltare sustenabilă, aliniată obiectivelor Strategiei și Programului „Educația 2030”. Strategia „Educația 2030” conține și un subpunct aparte: „Adaptarea psihosocială și educațională”, unde este menționat că „...există grupuri vulnerabile care prezintă un risc mai înalt privind adaptarea psihosocială și educațională până la educația secundară, în special a copiilor cu dizabilități, a copiilor în situație de risc sau dificultate, a copiilor care provin din familii vulnerabile” [106]. Obiectivul general 2 din Strategie, care vizează asigurarea condițiilor de formare a unei generații sănătoase cu *reziliență psihoemoțională*, creează o corelare cu ODD-4. Realizarea adaptării psihosociale în perioada de tranziție către adolescență poate fi deosebit de dificilă pentru copiii și familiile care trebuie să se confrunte cu prezența unei boli cronice sau a dizabilităților [154]. Adolescenții cu dizabilități au, aparent, o integrare socială și o participare la activități și medii sociale semnificativ mai scăzute. De la o vârstă fragedă, relațiile sunt importante pentru tineri, aceștia fiind implicați în diverse relații sociale în care trebuie să învețe să se adapteze la alte persoane din mediul lor social. Acest proces de adaptare îl ajută pe individ să dezvolte în viață multiple și complexe roluri și relații. În timpul adolescenței, relațiile copiilor devin din ce în ce mai intime și mai comparabile cu cele ale adulților [209]. Percepțiile și interacțiunea cu semenii devin tot mai importante pe măsură ce adolescenții – odată cu avansarea în vârstă – își definesc identitatea în afară de apartenența la familie. Adolescenții cu dizabilități fizice pot fi expuși riscului de dizabilități secundare asociate cu factori psihosociali, iar

dizabilitatea poate perturba relațiile cu semenii, ducând la întârzierea dezvoltării sociale și emoționale.

Încadrarea temei de cercetare în preocupările internaționale, naționale, zonale, ale colectivului de cercetare și în context inter- și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare. O evoluție mai evidentă a termenului de adaptare, relevantă pentru tema tezei date, începe în anii '60 ai sec. XX. Astfel, adaptarea a fost pe larg fundamentată teoretic de Piaget ca parte a construcției constante de noi cunoștințe în Teoria dezvoltării cognitive (1960-1965). Acest lucru l-a inspirat pe Piaget să concluzioneze (1967) că adaptarea subiectului provine din căutarea continuă a unui echilibru între procesele de asimilare și acomodare și rămâne inseparabilă de cunoaștere și de actul de organizare.

O direcție aparte de cercetare a procesului de adaptare este dezvoltată din perspectiva reacției la stres. În eforturile de măsurare a nivelului de adaptare S. Folkman și Lazarus (1980) au proliferat în domeniul copingului în fața stresului și a traumei, efort ce a avut drept scop recunoașterea importanței nu doar a abordării eforturilor tipic adaptative (bunăoară: soluționarea problemelor, planificarea, căutarea sprijinului social și evaluarea pozitivă), ci și a desfășurării modalităților neadaptative din punct de vedere conceptual [184]. Până la începutul anilor '80 eforturile de elucidare a experienței dizabilității s-au axat, de regulă, pe aspectele maladative sau corelațiile negative ale procesului de adaptare psihosocială și ale rezultatelor acestuia în urma dizabilității (J. McDaniel, 1976) [191], (F. Shontz, 1975) [206]. Cele mai multe dintre aceste eforturi au examinat reacțiile declanșate de dizabilitate și fazele presupuse de adaptare, cum ar fi anxietatea, depresia, negarea și furia (D. Krueger, 1982) [175], (D. Weller; P. Miller, 1977) [216]. În schimb, cercetările din anii '90 s-au îndreptat treptat spre experiențele pozitive și de succes vizând procesul de adaptare psihosocială. Acest demers de cercetare include demersuri riguroase de a explora corelații legate de adaptare, cum ar fi calitatea vieții, satisfacția vieții, controlul perceput, spiritualitatea, optimismul și adaptarea cu succes (M. Bishop; S. Feist-Price, 2001) [144], (S. Folkman; J. Moskowitz, 2000) [168].

Analiza literaturii existente privind adaptarea psihosocială la dizabilitate reliefează patru domenii de cercetare distincte, și anume [187]: (a) structura și dinamica reacțiilor psihosociale asociate dizabilității în timpul procesului de adaptare la dizabilitate (H. Livneh; R. Antonak, 1997; Wright, 1983); (b) rolul strategiilor de adaptare pentru a combate stresul generat de apariția sau existența dizabilității (Devins; Binik, 1996; Moos, 1984; Chan et al. 2000); (c) rolul pe care stilurile cognitive sau perceptuale generale, cum ar fi optimismul/pesimismul, îl joacă în filtrarea sau interacțiunea cu experiența dizabilității (White et al., 1996; Martz et al., 2000); și (d) impactul pe care experiența dizabilității îl are asupra percepției calității vieții și a satisfacției în viața a unei

persoane (Bishop, 2001) [187]. O parte din aceste domenii de cercetare privind adaptarea psihosocială la dizabilitate au fundamentat abordarea adusă de CIF pentru înțelegerea interacțiunii dintre starea de sănătate, factorii contextuali ai mediului și factorii personali.

Autorii români P. Brânzei, E. Lupașcu, I. Alexandrescu sunt cunoscuți în domeniul de cercetare consonant cu teza prin dezvoltarea conceptului de adaptare a adolescentului, în special ținând cont de semnificația bio-psiho-socială a procesului de adaptare [9]. Totodată, autorii M. Epuran, I. Holdevici, F. Tonița au contribuit prin lucrările sale la dezvoltarea dimensiunii finale a modalităților de reacție și adaptare psihosocială [58].

În mediul academic al Republicii Moldova, cercetarea subiectului de adaptare psihosocială a devenit tot mai vehiculat în special în ultimul deceniu. O serie de lucrări dedicate adaptării studenților la mediul academic, a adolescenților prin prisma orientărilor valorice, a adaptării sociale a copiilor și tinerilor cu CES au propulsat subiectul în atenția cercetătorilor autohtoni. Un șir de lucrări consacrate orientărilor valorice și relației lor cu adaptarea psihosocială la adolescenți au fost elaborate de O. Paladi, inclusiv în colaborare cu N. Bucun [10; 12; 13; 14; 15; 67; 68; 69; 70; 71; 75; 76]. Autorii M. Pleșca și E. Puzur au contribuit semnificativ la cercetarea mecanismelor psihologice de bază ale adaptării studenților la activitatea de învățare [90; 176]. În același timp, subiectul adaptării psihosociale a copiilor și adolescenților cu CES în instituțiile de învățământ general este studiat de autorii N. Bucun, A. Racu, S. Toma, S. Rusnac, V. Rusnac [15; 17; 93; 101; 112]. Cercetările la subiect din perspectiva educației incluzive și elaborarea strategiilor pentru o educație de calitate pentru copiii cu dizabilități au fost realizate de autorii L. Malcoci, V. Rusnac, G. Bulat, D. Gînu, V. Olărescu, A. Cara [41; 53; 63; 102].

Bazându-ne pe preocupările cercetărilor internaționale, regionale, naționale; pe prioritățile documentelor strategice naționale este argumentată formularea problemei de cercetare cu privire la adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice. Studiarea cadrului teoretic condiționează necesitatea abordării teoretice și aplicative a adaptării psihosociale în rândul adolescenților cu dizabilități fizice. Deși conceptul de adaptare psihosocială se regăsește în documentele de politici, în procesul educațional, dar și în viața socială a adolescenților cu dizabilități fizice, în Republica Moldova actualmente nu există o abordare comună a particularităților de adaptare și nu se întreprind măsuri de influență a factorilor ce contribuie la adaptarea psihosocială a persoanelor cu dizabilități. Totodată, studiile axate pe vârsta adolescenței nu elucidează intervențiile ce ar eficientiza adaptarea psihosocială și ar crește calitatea vieții persoanelor cu dizabilități la această vârstă. Astfel, stabilim că subiectul cercetării nu și-a găsit încă argumentare științifică corespunzătoare în spațiul socio-cultural național, fapt ce ne oferă oportunitatea de a formula **problema de cercetare** care rezidă în determinarea particularităților

specifice ale procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice și a modalităților de intervenție psihosocială pentru eficientizarea acestui proces.

Scopul cercetării constă în stabilirea particularităților adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, elaborarea și validarea modelului de eficientizare a acesteia în condițiile incluziunii lor educaționale și sociale.

Pentru a realiza scopul înaintat și a verifica ipoteza, ne-am propus următoarele **obiective**:

1. analiza conceptelor teoretico-metodologice ale procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice;
2. determinarea particularităților procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice comparativ cu adolescenții cu dezvoltare tipică;
3. identificarea factorilor ce influențează procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice;
4. elaborarea și validarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice.

Analiza teoretică a problemei cercetate ne-a determinat să formulăm **ipoteza cercetării**: Adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice denotă particularități specifice și poate fi eficientizată prin implementarea unui model psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare. Metodologia cercetării s-a fundamentat pe abordări teoretice și multiple rezultate ale cercetărilor empirice realizate în psihologia socială, psihologia vârstelor, psihologia educațională.

Metodologia cercetării științifice implică:

Metode teoretice: analiza și sinteza literaturii de specialitate; metoda ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare;

Metode empirice: observația, convorbirea, ancheta în bază de chestionar, testul. În cadrul cercetării au fost utilizate următoarele metode empirice: *Ancheta psihosocială; Chestionarul de diagnosticare a adaptării psihosociale elaborat de către C. Rogers și R. Dymond; Scala lipsei de speranță/deznădejde Beck; Testul ASEBA; Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн.*

Metode matematice și statistice: Programul SPSS – Statistical Package for the Social Sciences), versiunea 21, *testul T* pentru două eșantioane perechi (Paired-Samples T-Test); *testul Kolmogorov-Smirnov* pentru determinarea normalității distribuțiilor de date; *testul Chi-pătrat* pentru determinarea asocierii între variabilele nominale și ordinale; *testul Kendall-tau* pentru a

studia corelația variabilelor de tip scală; *Testul U Mann-Whitney* pentru a compararea datelor eșantioanelor independente; *testul Wilcoxon* pentru compararea datelor eșantioanelor perechi.

Noutatea și originalitatea științifică. Este unul din primele studii teoretico-experimentale în psihologia socială autohtonă, care stabilește particularitățile adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice incluși în învățământul general; determină diferențele dintre adaptarea psihosocială a adolescentului cu dizabilități fizice comparativ cu adolescentul cu dezvoltare tipică; stabilește influența a diverși factori psihosociali asupra acestui proces; determină Modelul psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în determinarea particularităților adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice, cu utilizarea rezultatelor obținute în elaborarea și implementarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, având ca rezultat diminuarea dificultăților cu care se confruntă aceștia la nivelul competențelor emoționale și sociale. Rezultatele obținute pot fi utilizate în scopul asigurării condițiilor de eficientizare a adaptării psihosociale și sporire a incluziunii sociale a adolescenților cu dizabilități fizice.

Semnificația teoretică a cercetării: rezultatele obținute au permis formarea unei viziuni științifice complexe privind particularitățile adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice, factorii psihosociali ce influențează adaptarea în baza studiului comparativ al particularităților adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice incluși în învățământul general, justificând astfel necesitatea organizării asistenței psihosociale a adolescenților cu dizabilități în vederea pregătirii pentru incluziunea educațională și socială a acestora.

Valoarea aplicativă a cercetării rezidă în fundamentarea și experimentarea metodologiei de diagnosticare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice; elaborarea și validarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice în vederea sporirii nivelului de acceptare și incluziune a adolescenților cu dizabilități, care poate fi utilizat în asistența psihologică a elevilor cu dizabilități și a elevilor cu dezvoltare tipică, la elaborarea programelor de sprijin pentru facilitarea incluziunii elevilor cu dizabilități, în activitatea cadrelor didactice, a psihologilor școlari, psihopedagogilor, în cadrul serviciului de asistență psihopedagogică, centrelor comunitare ș.a.

Implementarea rezultatelor științifice: rezultatele obținute au fost promovate la manifestări științifice naționale și internaționale; au fost aplicate în demersul de asistență psihologică destinat adolescenților cu dizabilități fizice din cadrul Centrului „Speranța”, mun. Chișinău; în practica de formator în cadrul demersurilor activităților de formare și mentorat pentru cadre didactice, specialiști din serviciile de educație incluzivă din țară; în acțiunile de consultanță

în elaborarea documentelor de politici educaționale, crearea și dezvoltarea serviciilor de educație incluzivă în țară.

Sumarul compartimentelor tezei: adnotare în limba română, rusă și engleză, lista abrevierilor, lista tabelelor, lista figurilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 220 titluri, 17 anexe, 151 pagini de text de bază, 25 tabele și 40 figuri. Rezultatele obținute sunt publicate în 14 lucrări științifice.

În *Introducere* se argumentează actualitatea și importanța temei de cercetare, sunt formulate scopul și obiectivele investigațiilor, inovația științifică a rezultatelor obținute, noutatea științifică a rezultatelor obținute, rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante, valoarea teoretică și valoarea practică a lucrării, este prezentată implementarea rezultatelor și aprobarea rezultatelor cercetării.

În *Capitolul 1*, intitulat *Cadrul teoretic al adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice*, sunt reflectate dimensiunile definiției ale conceptului de adaptare psihosocială; analiza factorilor și a procesului de adaptare psihosocială; Modele de adaptare psihosocială a persoanelor cu dizabilități; specificul adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice; deprinderile emoționale, sociale și condiții de mediu în procesul de adaptare psihosocială a adolescentului cu dizabilități fizice.

Capitolul 2, intitulat *Analiza factorilor care influențează adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice*, prezintă obiectivele, ipotezele și metodologia cercetării. Sunt descrise instrumentele de cercetare utilizate; sunt prezentate caracteristicile eșantionului investigat. Sunt prezentate nivelurile de dezvoltare a adaptării psihosociale și a altor factor psihosociale; este prezentată analiza corelațională a adaptării psihosociale și factorii psihosociale la adolescentul cu dizabilități fizice; precum și analiza corelațională a adaptării psihosociale cu variabilele cercetării.

În *Capitolul 3*, *Eficientizarea adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice*, sunt prezentate principiile și strategiile de lucru cu adolescentul cu dizabilități fizice pentru eficientizarea procesului de adaptare psihosocială; este descris modelul de intervenție psihosocială, precum și rezultatele test-retest.

Concluziile generale și recomandările sintetizează rezultatele finale ale cercetării și oferă recomandări pentru specialiștii implicați în studierea domeniului cercetat.

1. CADRUL TEORETIC AL ADAPTĂRII PSIHOSOCIALE A ADOLESCENȚILOR CU DIZABILITĂȚI FIZICE

1.1. Dimensiuni definitorii ale conceptului de adaptare psihosocială

Termenul „adaptare” provine de la termenul latin, „adaptatio”, și a fost inițial utilizat amplu în științele biologice pentru a descrie fenomenul și mecanismele comportamentului adaptativ al indivizilor din lumea animală și evoluția diferitelor forme de viață. Atunci când se ia în considerare rolul adaptării în evoluția speciilor individuale și a grupurilor de organisme [apud. 112].

R. Doron și F. Parot, profesori la Universitatea Paris-Descartes, au dezvoltat în Dicționarul de psihologie [37] definiția de „adaptare” din perspectiva neurobiologică și psihobiologică. Perspectiva biologică are mai multe accepții: evolutivă, fiziologică, senzorială, de învățare. Perspectiva neurobiologică și psihologică prezintă un proces dinamic de schimbare, dezvoltat în mod voluntar sau involuntar, în scopul replasării organismului într-o poziție mai avantajoasă față de mediul său intern sau extern, și presupunând capacitatea de a învăța. Comportamentul este medierea cea mai des folosită pentru plasarea organismului într-o situație mai puțin amenințătoare, pentru satisfacerea trebuințelor sale și, în ultimul rând, pentru asigurarea supraviețuirii proprii, precum și a speciei sale. Obstacolele, trebuințele, constrângerile, schimbările etc. obligă organismul la mobilizare, care încearcă prin comportament să-și mențină echilibrul anterior sau să se ajusteze și să creeze un nou echilibru compatibil cu supraviețuirea sa. Căutarea acestui echilibru este o necesitate psihobiologică. Definiția conceptuală de adaptare în dicționarul lui R. Doron și F. Parot este oricum corelată și cu majoritatea conceptelor științifice, care tratează termenul dat drept o interacțiune dintre subiect și mediu. Astfel, autorii consideră că orice modificare a mediului intern sau a mediului extern, care amenință securitatea, echilibrul fizic și psihologic, declanșează procese dinamice securizante, de reducere a efectelor negative ale constrângerilor, agresiunilor, conflictelor. Autorii francezi conchid că adaptarea rezultă din implicarea sistemului nervos central și vegetativ.

N. Sillamy, în dicționarul de Psihologie, definește adaptarea drept o ajustare a unui organism la mediul său [105]. Ființa vie dispune de o anumită plasticitate, datorită căreia îi este cu putință să rămână în acord cu mediul său și să mențină echilibrul interior. Procesul vital necesită o perpetuă reajustare a organismului pentru restabilirea unui echilibru mereu întrerupt. Această ajustare se operează printr-o suită de schimbări neîncetate între corp și mediul său, în cadrul dublei acțiuni a subiectului asupra obiectului (asimilare) și a obiectului asupra subiectului (acomodare). Aceste două moduri de acțiune, interdependente, se combină fără încetare pentru a menține stare

de echilibru stabil care definește adaptarea. În descrierea conceptului de adaptare N. Sillamy se referă și la lucrările lui J. Piaget, conform căruia există adaptare, când organismul se transformă în funcție de mediu, iar această variație are ca efect un echilibru al schimbărilor între mediu și el, favorabil conservării sale. Potrivit concepției lui J. Piaget, viața psihică ascultă de aceleași legi structurante ca printr-o permanentă ajustare între schemele anterioare și elementele unei experiențe noi, se menționează în dicționarul de psihologie de N. Sillamy.

În „Marele dicționar al psihologiei” Larousse, noțiunea de adaptare este definită drept ansamblu al modificărilor conduitelor care vizează asigurarea echilibrului relațiilor între organism și mediile lui de viață și, în același timp, al mecanismelor și proceselor care susțin acest fenomen [48].

Conceptul de adaptare este dezvoltat de către P. Popescu-Neveanu, în dicționarul de psihologie. Aici găsim definiții pentru conceptul de adaptare în general, precum și pentru adaptare mentală, senzorială și socială [88]. Luând în considerare și definițiile date de autor conceptelor de acomodare și acomodare socială, găsim o referință clară la conceptul dezvoltat de J. Piaget cu privire la atingerea unui echilibru între acomodare și asimilare în realizarea procesului de adaptare. Pornind de aici, P. Popescu-Neveanu definește adaptarea drept „ansamblu de procese și activități prin care se trece de la un echilibru mai puțin stabil, între organism și mediu, la un echilibru mai stabil; funcționarea organismului prin înglobarea schimburilor dintre el și mediu; dacă aceste schimburi favorizează funcționarea normală a organismului, acesta este considerat ca fiind adaptat. În biologie se deosebesc 2 aspecte: a). ca proces filogenetic, realizat prin dobândirea și selectarea unor însușiri ereditare (morfologice, fiziologice, de comportament) care cresc șansele de supraviețuire și eficiența speciei într-un mediu dat și b). la nivel de reacție a organismului, în cursul vieții individuale (numită uneori și reacție adecvată)”. În ceea ce privește rezistența indivizilor la un mediu în permanentă schimbare, P. Popescu-Neveanu menționează că adaptabilitatea este capacitatea organismelor vii de a realiza reacții de răspuns care să le mărească șansele de supraviețuire în condițiile oscilante ale mediului. Aceasta este dezvoltată maxim la om, care nu doar că se conformează cerințelor mediului, ci și transformându-l în concordanță cu necesitățile sale. Astfel, activitatea psihică este considerată o componentă și o formă superioară a adaptării.

Demersurile științifice ce pun în dezbatere *conceptul de adaptare* sub orice formă și abordare neapărat vor face referire la lucrările lui J. Piaget, reflectate în „*Teoria dezvoltării cognitive*” [83], unde prezintă etapele dezvoltării intelectuale pe care copiii le parcurg până la maturizare. Dorința de a găsi o legătură logică între psihologie și biologie a marcat cercetarea științifică a lui Piaget pe parcursul întregii sale cariere profesionale. În lucrarea sa „*Psihologia inteligenței*” [83], în descrierea fundamentelor proceselor cognitive umane, în special a

inteligenței, J. Piaget susține: „*Adaptarea* trebuie caracterizată ca un echilibru între acțiunile organismului, asupra mediului, și acțiunile inverse” [83, p. 61]. Așadar, între procesele biologice de adaptare a organismului la mediu și procesele psihologice se formează o continuitate, unde cunoașterea apare drept interacțiune între subiect și obiect. În descrierea modului de funcționare a inteligenței autorul apelează la termenii biologici de *adaptare, asimilare și acomodare*: „...la rândul ei, *adaptarea se realizează printr-un proces dublu de asimilare și acomodare, în care se exprimă interacțiunea organismului cu mediul*”. Asimilarea reprezintă modificările pe care organismul le impune obiectelor lumii înconjurătoare, iar prin acomodare – fenomenul invers, constând în modificarea acțiunilor individului în raport cu lucrurile. Astfel, „*adaptarea este echilibrul între asimilare și acomodare sau, cu alte cuvinte, un echilibru al schimburilor dintre subiect și obiecte*” [83]. În perspectiva psihologică procesul de acomodare se produce urmare a presiunilor din mediul extern, care duce la modificarea schemelor de gândire (și acțiune) a individului. Prin urmare, atunci când apare un eveniment care nu mai permite să fie aplicată schema obișnuită, se creează o stare de dezechilibru. J. Piaget atestă că echilibrul poate fi refăcut prin două mecanisme de adaptare:

- I. asimilare → *înseamnă a utiliza ceea ce știm deja;*
- II. acomodare → *înseamnă a modifica ceea ce știm deja.*

„*Asimilarea*” se referă la transformările prin care trec obiectele ambientale sub acțiunea unui subiect, iar „*acomodarea*” este fenomenul invers – modificarea schemelor mintale pentru a corespunde noilor situații. Astfel, J. Piaget conceptualizează: „Organismul mereu tinde spre starea de echilibru... însă, după starea de dezechilibru, asimilarea și acomodarea realizează un progres, un salt → la o reorganizare a cunoașterii deja achiziționate → *la adaptare*” [83].

Autorul R. Lazarus a studiat adaptarea la etapele ei timpurii de formare, structurare, din perspectiva reacției la stres și adaptarea în procesul emoțional. În cartea sa „*Psychological Stress and the Coping Process*” (1966), R. Lazarus a prezentat o integrare complexă a cercetărilor anterioare despre stres, sănătate și adaptare (coping), care a plasat evaluarea de către persoană a unui factor de stres în centrul experienței de stres. Modul în care o persoană evaluează un factor de stres determină modul în care el sau ea face față sau se adaptează la factorul de stres [176]. Mult mai târziu, în 1991, R. Lazarus descrie procesul de adaptare prin prisma gestionării emoțiilor. În lucrarea sa „*Emoție și adaptare*” conceptul de adaptare vizează conținuturile cognitive și acțiunile individuale mobilizate în încercarea de a gestiona experiența emoțională. Autorul consideră că procesele adaptative ale persoanei apar urmare a schimbărilor stării emoționale. Funcția principală a proceselor adaptative, conform autorului, constă în ameliorarea relațiilor defectuoase stabilite între individ și mediu. Timp de mai multe decenii, adaptarea a fost tratată ca răspuns emoțional,

mai exact, ca fiind motivată de emoții. Deși adaptarea este un efect al procesului emoțional, abordarea cu care vine R. Lazarus arată că ea constituie deopotrivă rezultatul direct al unei evaluări inițiale cu privire la existența unei lezări, unui pericol sau unei provocări din partea mediului [49].

Fondatorul psihologiei analitice, C. Jung trata adaptarea drept procesul prin care subiectul ajunge la un acord cu lumea exterioară, pe de o parte, și cu propriile caracteristici psihologice unice pe de altă parte. Conform modelului tipologiei sale, C. Jung descrie două moduri distincte și semnificativ diferite de adaptare: introversia și extraversia. Eșecurile de adaptare sunt legate cu apariția nevrozei, consideră C. Jung [46]. A. Adler, fondator al școlii de psihologie individuală, tratează subiectul de adaptare sociopsihologică a persoanei din perspectiva evitării individului a simțului de inferioritate. Fiecare dintre noi, conform autorului, dorește a fi superior celuilalt, a fi câștigător. Pornind de aici, dezvoltarea personalității, conform lui A. Adler, este condiționată de factorii socio-culturali, accentuând importanța influențelor educative în formarea Eului [2]. În continuare, autorul relevă faptul că, în plan psiho-comportamental, influențele sociale se manifestă prin: adaptare – modificarea variabilelor personale în funcție de mediu; modelare – modificarea variabilelor de mediu în funcție de configurația personală.

U. Bronfenbrenner explică dezvoltarea umană prin adaptarea progresivă a omului la mediul său imediat, influențat de forțe și factori care parvin din zone/medii mai îndepărtate. Asemeni multor cercetători ai conceptului în cauză, autorul dezvoltă teza, făcând trimitere la „Teoria Câmpului” a lui K. Lewin [138]. În termeni de manifestare a comportamentelor adaptative H. Grossman menționează că: „Îndeplinirea și/sau gradul în care, cineva poate îndeplini sarcini sociale, așteptate de la vârsta și clasa culturală a persoanei respective” [171, p. 42]. H. Grossman dezvoltă ideea conform căreia indicatorul reușit de adaptare a persoanei ține de frecvența înaltă și profunzimea schimburilor interpersonale cu ceilalți din jur [55]. Descriind adaptarea psihosocială, Н.Н. Мельникова, la fel, vede mediul drept parte indispensabilă a procesului [129]. Conform autoarei, adaptarea psihosocială se distinge tradițional printre alte tipuri de adaptare bazate pe localizarea mediului cu care interacționează individul [128]. Caracteristicile mediului determină posibilitățile și natura interacțiunii, limitează formele de adaptare și stabilesc criteriile pentru succesul acestui proces. Mediul social este o formațiune complexă, cu mai multe niveluri [127, p. 13].

Adaptarea poate declanșa „alarmă” urmare a reacții defensive ale individului la cerințele mediului ca echilibru armonios sau conflictual. Cu o astfel de abordare vine E. Erickson. În viziunea autorului, „...conflictul este unul dintre rezultatele posibile ale interacțiunii dintre individ și mediul înconjurător, în cazul în care reacția de protecție a individului și „concesiile” mediului social sunt insuficiente pentru a stabili afectarea echilibrului homeostatic” [163, p. 81].

În termeni similari dezvoltă conceptul în lucrările sale de adaptare psihosocială și autorul T. Cavell [148]. H. Eysenck vede adaptarea drept „...o stare de armonie între individ și mediul natural sau social, proces prin care se realizează o stare armonioasă” [165; 166].

Adaptarea psihosocială a individului la un nou mediu prin integrarea socio-culturală este studiată pe larg de J. Berry. Autorul a acordat o atenție sporită conceptului de adaptare și adaptare psihosocială în contextul de culturalizare și adaptare a migranților [141]. Procesul de adaptare psihosocială la un mediu nou, individul îl va realiza „de la un echilibru mai puțin stabil între organism și mediu, la un echilibru mai stabil. Dacă schimbul realizat favorizează funcționarea normală a organismului, acesta este considerat ca fiind adaptat psihosocial” [140, p. 7]. Studiile internaționale privind strategiile de aculturație ale imigranților și adaptarea acestora relevă un model general: cei care se aculturau folosind strategia de integrare, implicați fiind atât în cultura lor de origine, cât și în societatea în care s-au stabilit, ating niveluri mai ridicate de adaptare psihosocială. Sunt discutate implicațiile acestor constatări pentru dezvoltarea politicilor și practicilor publice. De pe poziția de agent și creator de mediu, în relația cu mediul înconjurător, individul poate dezvolta atitudine de acceptare, cât și retragere sau respingere. De pe această poziție, „...adaptarea psihosocială se poate concretiza în răspunsuri ale persoanei la evenimente favorabile, neutre sau nefavorabile” [164, p. 594].

H. Selye (1907-1982), numit și inițiatorul cercetării moderne asupra stresului, a dezvoltat conceptul de adaptare în termeni de: „însăși condiție a vieții”. Cea mai explicită expunere a lui H. Selye referitor la teoria sa despre adaptarea psihosocială a fost publicată în 1946, înainte de adoptarea conceptului și limbajului de stres [203, p. 120]. În acest articol H. Selye a propus un model de răspuns la stres în trei etape pe care l-a denumit sindromul general de adaptare (General Adaptation Syndrome – GAS). Definind sindromul general de adaptare ca fiind „suma tuturor reacțiilor sistemice nespecifice ale organismului care apar în urma unei expuneri continue și îndelungate la stres” [203, p. 45], H. Selye a trecut în revistă biochimia și anatomia patologică a răspunsurilor de adaptare psihosocială, factorii care afectează evoluția sindromului general de adaptare psihosocială și interpretările teoretice ale sindromului. De asemenea, el a prezentat implicațiile clinice ale sindromului de adaptare psihosocială, afirmând că: „... multe dintre cele mai frecvente boli ale omului sunt „boli ale adaptării”, adică produse secundare ale unor reacții adaptative anormale la stres” [204, p. 73]. U. Bronfenbrenner explică dezvoltarea umană prin faptul adaptării psihosociale progresive a omului la mediul său imediat, influențat de forțe și factori care parvin din zone/medii mai îndepărtate. Asemeni multor cercetători ai conceptului de adaptare, autorul dezvoltă teza făcând trimitere la „Teoria Câmpului” a lui K. Lewin [146].

Un aport deosebit în elucidarea procesului de adaptare îi revine psihologului K. Lewin, a cărui „*Teorie a Câmpului*” este aplicată și în raport cu adaptarea psihosocială la dizabilitate. „Teoria câmpului” levineană conceptualizează comportamentul uman ca o funcție a două componente primare, și anume: individul (persoană, personalitate) și mediul (împrejurimile context) în care acesta operează [178]. Mai precis, K. Lewin indică faptul că comportamentul este un produs al influenței interactive între persoană și mediu. Spațiul de viață a fost perceput cel mai bine ca fiind un sistem dinamic care a încorporat persoana în contextul regiunilor geografice sau fizice, precum și al regiunilor sociale. Principalele prevederi ale acestui concept sunt conturate de el în lucrările „Teoria dinamică a personalității” [177] și „Principiile psihologiei topologice” [179]. Câmpul psihologic specific este încărcat de spațiul de viață cultural-social. Autorul privește persoana și mediul ca părți sau zone ale aceluiași câmp psihologic. Câmpul reprezintă „totalitatea factorilor coexistenți care sunt acordați într-o independență mutuală”. În interacțiunea individului cu mediul Lewin a distins două tipuri de nevoi – biologice și sociale. Una dintre cele mai cunoscute ecuații ale lui Lewin, cu care a descris comportamentul uman în domeniul psihologic sub influența diferitelor nevoi, arată că comportamentul este atât o funcție a personalității, cât și a câmpului psihologic. Cu toate acestea, o persoană nu este legată de o anumită acțiune sau metodă de rezolvare a unei situații, ci le poate schimba, descărcând tensiunea care a apărut în el, *iar acest lucru îi extinde capacitățile de adaptare*.

Realizarea unei perspective asupra fenomenului de adaptare psihosocială în rândul persoanelor cu dizabilități este dezvoltată prin prisma reacției la stres. S. Folkman și R. Lazarus (1980) au efectuat cercetări în domeniul copingului în fața stresului și a traumei, efort ce a avut drept scop recunoașterea importanței nu doar a abordării eforturilor tipic adaptative, (de exemplu: rezolvarea problemelor, planificarea, căutarea sprijinului social și evaluarea pozitivă), ci și a desfășurării modalităților neadaptative din punct de vedere conceptual [184]. Până la începutul anilor 1980 eforturile de elucidare a experienței dizabilității s-au axat de obicei pe aspectele maladaptive sau corelații negative ale procesului de adaptare psihosocială și ale rezultatelor acestuia în urma dizabilității (J. McDaniel, 1976) [191], (F. Shontz, 1975) [206]. Cele mai multe dintre aceste eforturi au examinat reacțiile declanșate de dizabilitate și fazele presupuse de adaptare, cum ar fi anxietatea, depresia, negarea și furia (D. Krueger, 1982) [175], (D. Weller, P. Miller, 1977) [216; 217]. În schimb, cercetările din anii 1990 s-au îndreptat treptat spre experiențele pozitive și de succes legate de procesul de adaptare psihosocială. Acest demers de cercetare include încercări riguroase de a explora corelații legate de adaptare, cum ar fi calitatea de viață, satisfacția vieții, controlul perceput, spiritualitatea, optimismul și adaptarea cu succes (M. Bishop, S. Feist-Price, 2001) [144], (S. Folkman, J. Moskowitz, 2000) [168].

Prin studierea literaturii existente cu privire la adaptarea psihosocială la dizabilitate putem scoate în evidență patru domenii de cercetare distincte [187]:

- I. structura și dinamica reacțiilor psihosociale asociate dizabilității în timpul procesului de adaptare la dizabilitate (H. Livneh, R. Antonak, 1997; R. Wright, 1983);
- II. rolul strategiilor de adaptare pentru a combate stresul generat de apariția sau existența dizabilității (G.M. Devins, Y.M. Binik, 1996; R.H. Moos, 1984; F. Chan et al. 2000);
- III. rolul pe care stilurile cognitive sau perceptuale generale, cum ar fi optimismul/pesimismul, îl joacă în filtrarea sau interacțiunea cu experiența dizabilității (R. White, et al., 1996; E. Martz. et al., 2000);
- IV. impactul pe care experiența dizabilității îl are asupra percepției calității vieții și a satisfacției în viață a unei persoane (M. Bishop, 2001) [187].

O parte din aceste domenii de cercetare privind adaptarea psihosocială la dizabilitate au fundamentat abordarea adusă de CIF pentru înțelegerea interacțiunii dintre starea de sănătate, factori contextuali ai mediului și factori personali.

P. Brânzei, alături de E. Lupașcu, I. Alexandrescu au dezvoltat conceptul de adaptare prin prisma adolescentului, în special ținând cont de semnificația bio-psiho-socială a procesului de adaptare [9]. În „Dicționarul enciclopedic de psihiatrie”, sub redacția lui C. Gorgos, conceptul de adaptare este prezentat ca „...un proces activ, dinamic și creator, care necesită un permanent efort realizat prin procesele de integrare și reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcționale, precum și refacerea acestora în perioada în care solicitarea încetează” [43, p. 14]. Prin adaptare psihosocială, I. Mânzat susține că individul supraviețuiește, iar aceasta este considerată parte din învățarea umană [54]. Autorul susține că adaptarea psihosocială și evoluția sunt procese interdependente, adică adaptarea psihosocială este cauza și efectul evoluției. În continuare același autor argumentează că adaptarea personalității sub impulsul dinamizator al învățării sinergetice, are două sensuri de acțiune (deseori simultane, nu succesive):

1. adaptarea personalității la solicitările și variațiile mediului (natural și cultural);
2. adaptarea condițiilor mediului la specificul cerințelor organizării interne ale persoanei.

În viziunea O. Paladi, persoana se raportează la sistem nu doar prin acțiuni, ci și prin alegeri ale condițiilor existente. Adaptarea psihosocială reprezintă, așadar, relația sau interacțiunea dintre o entitate (structură, sistem) care se adaptează și o entitate față de care se produce adaptarea [78, p. 216]. În ceea ce privește inadaptația, cercetătorii consideră că acest concept este ceva abstract. Definierea inadaptației este făcută în termeni de negare a adaptării, atât adaptarea, cât și inadaptația depinzând de particularitățile celui care urmează să se adapteze și de particularitățile mediului sau ale sistemului în care urmează să se integreze. P. Iluț susține teoria lui J. Piaget, afirmând că

acomodarea implică modificări sau transformări cognitive ale schemelor senzorio-motorii, în acord cu cerințele mediului înconjurător. Asimilarea presupune încorporări ale unor elemente externe, în scheme conceptuale existente. În procesul de adaptare, acomodarea și asimilarea sunt simultane, existând între ele un anumit echilibru [44]. Din perspectiva idealurilor și ideologiilor, autorii B. Voicu și M. Voicu, care văd procesul de adaptare psihosocială ca unul de lungă durată, drept o trecere de la vechile reguli și idealuri la cele noi, caracterizat de competiție între diferite ideologii pentru a fi acceptate de către public [116]. În abordarea conceptului de adaptare psihosocială, C. Enăchescu evidențiază rezultatul raportului individului cu lumea. Pornind de aici, autorul prezintă adaptarea sub două aspecte: 1. raporturile de concurență și competiție; 2. raporturile de cooperare și sprijin mutual [38]. Cauzele care generează dificultățile de a se adapta la mediu reprezentați de următorii: a) factori interni, personali: absența motivației, dezinteresul, lipsa unui model stimular în existența unor boli psihice grave etc.; b) factori externi, socioculturali: prezența unor persoane străine sau a unui mediu social ostil, prezența unor modele străine negative, conflictele și crizele sociale și culturale, pierderea valorilor morale, schimbarea mediului de origine etc. [38]. Adaptarea psihosocială poate facilita eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme [3]. C. Păunescu și I. Mușu consideră că procesul de adaptare psihosocială constituie o acțiune complexă care, pe baza anumitor funcții și strategii, generează o fuziune esențială între elementele sistemului personalității și cele ale sistemului social, determinând o dinamică de dezvoltare și de proces simultan și reciproc [82]. Și E. Țărnă afirmă că adaptarea psihosocială este un proces de amploare și greu de surprins, vizând acordul individului cu mediul social. În acest context, adaptarea este concepută ca una din principale proprietăți ale organismului, care contribuie la modificarea adecvată a funcțiilor corespunzătoare la schimbările ce intervin din mediul înconjurător [113]. G. Popescu și O. Pleșa definesc adaptarea psihosocială ca reprezentând „ansamblul reacțiilor prin care entitatea ce se adaptează își ajustează structura și comportamentul pentru a putea răspunde armonios condițiilor realității față de care se produce adaptarea” [87, p. 23].

În opinia autorilor M. Epuran, I. Holdevici, F. Tonița dimensiunea finală a modalităților de reacție și adaptare psihosocială, este rezultatul unui sistem rațional/științific de pregătire-învățare, care conduce la formarea deprinderilor psihice de autoreglare a diferitelor instanțe, procese sau funcții psihice, cum sunt atenția, gândirea pozitivă, controlul anxietății, imaginea de sine, autosugestia, încrederea în sine, relaxarea, orientarea spre un scop, combativitatea [apud 58]. Adaptarea trebuie văzută ca un proces permanent și nu doar ocazional. Reflectat ca un produs al relației neîncetate dintre individ și mediul înconjurător, rezultatul adaptării se poate materializa fie în atitudinea de acceptare, fie de respingere, caz în care putem vorbi de inadaptare [58]. Adaptarea

se poate concretiza în răspunsuri ale omului la evenimente favorabile, neutre sau nefavorabile. În aceeași ordine de idei, „...adaptarea psihosocială vizează reacția, conduita, ce pune organismul și activitatea psihică ce îl caracterizează social în repliere suplă la condițiile variabile și numeroase ale mediului în care acesta trăiește, capacitatea psihicului de a se modifica în raport cu schimbările intervenite în condițiile sale de viață, devenind apt de a îndeplini funcțiile și obiectivele sale” [109, p. 24].

Și comunitatea științifică rusă (inclusiv în perioada sovietică) a dezbătut și dezvoltat pe larg conceptul de adaptare psihosocială. Procesele de adaptare s-au manifestat printr-o specializare funcțională complexă a ansamblurilor neuronale. Structura activității neuronale, pe de o parte, reflectă o organizare specifică a elementelor de mediu, iar pe de altă parte, corespunde organizării activității elementelor interne ale individului [132]. В.И. Медведев definește noțiunea de adaptare psihosocială „drept un răspuns sistemic intenționat al individului, oferindu-i posibilitatea de a realiza activități sociale și de viață sub influența unor factori, a căror intensitate și amploare duc la dezechilibrul homeostatic” [126]. Potrivit lui С.И. Степанова [131], adaptarea stă la baza stabilității calitative a unui proces de viață integral și concomitent contradictoriu. Autoarea face distincție între aspectele interne și externe ale caracterului contradictoriu al procesului de adaptare, deoarece procesul de adaptare este o unitate dialectică de acord cu mediul și dezacord cu acesta. „Adaptarea este o formă specială de reflectare de către sistemele mediului extern și intern, care constă în tendința de a stabili un echilibru dinamic cu acestea” [121]. С.А. Ларионова susține că adaptarea psihosocială îmbină în sine necesitatea de a corespunde cerințelor societății, ținând cont de propriile nevoi, motive, interese. Se caracterizează prin conștientizarea de către individ a necesității efectuării unor schimbări treptate în relația sa cu mediul social, prin asimilarea unor noi modalități de comportament, dar și prin formarea unor noi mecanisme adaptative, orientate spre congruența relației individuale cu mediul înconjurător [47; 124]. Adaptarea psihosocială este procesul și rezultatul schimbărilor interne, al adaptării psihosociale active externe și al schimbării de sine a unui individ la noile condiții de existență, conchid grupul de autori А.А. Реан, А.Р. Кудашев și А.А. Баранов. Cele mai complexe și eterogene aspecte ale fenomenului în cauză se manifestă în activitatea umană complexă, în care se pot distinge componente psihofiziologice, comportamentale, cognitive și subiectiv-personale ale procesului de adaptare [130]. Ю.А. Александровский analizează adaptarea psihosocială ca urmare a activităților sistemice de autoguvernare holistică, activități ce țin de componente individuale în interacțiunea lor, dar și ca „asistență” care generează noua calitate integratoare a subsistemelor individuale [120]. Adaptarea psihosocială este un fenomen care caracterizează adaptarea optimă a psihicului uman la condițiile de mediu, viață și condiții private [78]. O notă fundamentală îi atribuie procesului de adaptare

psihosocială И.Н. Никитина, care definește procesul de adaptare psihosocială ca un proces de integrare a personalității în sistemul relațiilor sociale deja stabilit [apud. 91].

În ultimul deceniu, subiectul adaptării psihosociale a cunoscut o dinamică ascendentă în mediul de cercetare al Republicii Moldova. Tema dată este dezvoltată, în special, din perspectiva adaptării studenților la mediul academic, a adolescenților prin prisma orientărilor valorice, a adaptării sociale a copiilor și tinerilor cu CES ș.a. O atenție mai sporită acordată adaptării psihosociale în mediul național de cercetare este dictată de mai multe procese de transformare socială ce antrenează structura și bazele sistemului de funcționare a societății. Reformele de dezinstituționalizare și incluziune socială a persoanelor cu dizabilități au scos în evidență actualitatea adaptării psihosociale și a unui grup de persoane cu necesități speciale care o perioadă lungă de timp nu s-au bucurat de multe drepturi accesibile majorității. În același timp, odată cu trecerea universităților la noi standarde de instruire se produce o modificare esențială a planurilor de învățământ se creează cerințe înalte față de mecanismele psihologice ale adaptării studenților la procesul de învățare, susține M. Pleșca [85]. În mediul științific al Republicii Moldova, o contribuție extrem de valoroasă – în aspect teoretic și empiric – în cercetarea conceptului de adaptare psihosocială o deține N. Bucun [10]. Autorul este preocupat de dezvoltarea teoriei psihocomportamentale, teoriei mobilității funcționării receptorilor; stabilirea relației intersenzoriale la persoanele cu deficiențe de auz; propune modele de dezvoltare a limbajului copiilor cu dizabilități; identifică particularitățile de dezvoltare a psihomotricității copiilor cu cerințe educative speciale (CES); elucidează particularitățile psihologice ale dezvoltării persoanelor în situații sociale deosebite, promovează metodologii de diagnosticare a proceselor fiziologice și psihologice în diferite situații ale activității umane; propune modele de organizare a procesului de educație în dependență de particularitățile de dezvoltare, vârstă, stările psihosomatice; argumentează modele eficiente de recuperare a dezvoltării psihofizice și de adaptare socioprofesională a elevilor în procesul pregătirii profesionale; propune modele de schimbare a condițiilor de educație a copiilor cu CES, de modernizare a sistemului de formare profesională și integrare socioprofesională; dezvăluie posibilitățile psihologice și pedagogice de formare continuă a personalității umane, demonstrând experimental rolul motivației, condițiilor socio-pedagogice în formarea personalității, rolul orientării profesionale, consilierii școlare în determinarea carierei [10].

În cele peste 40 de publicații autorii N. Bucun și O. Paladi cercetează adaptarea psihosocială în aspect teoretic și practic prin prisma sistemelor valorice ale adolescentului. Astfel, pe parcursul perioadei 2004-2011, au fost efectuate un șir de „studii cu scopul de a stabili care sunt sistemele de valori ale adolescenților, în ce mod acestea se modifică atunci când persoanele

manifestă diferite niveluri de dezvoltare a conștiinței de sine” [12; 13; 14; 15; 75; 76]. O serie de studii au fost efectuate de O. Paladi cu privire la diferite abordări ale adaptării psihosociale în perioada anilor 2018-2021 [67; 68; 69; 70; 71; 72; 73; 74; 77; 79; 80]. Studiile date vizează „orientările valorice și relația lor cu adaptarea psihosocială la adolescenți, cât și importanța lor în formarea și educarea personalității” [78].

Adaptarea psihosocială în raport cu particularitățile psihosociale ale atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități au fost studiate în teza de doctor de T. Vasian în 2013 [114]. Autoarea M. Pleșca reliefează mecanismele psihologice de bază ale adaptării studenților la activitatea de învățare [176]. În articolele științifice autorul E. Puzur dezvoltă pe larg abordările în adaptarea psihosocială [90]. Dincolo de distincția dintre abordările psihosociale sunt date definiții și caracteristici empirice. Conform autorului nivelul adaptării psihosociale este în relație directă cu caracteristicile psihologice ale personalității și particularitățile sale comportamentale [92]; sunt stabilite particularitățile de personalitate și influența acestora asupra procesului de adaptare a studenților anului I din instituțiile de învățământ superior și promovarea unor condiții psihosociale de eficientizare a acestuia [91]. Elemente privind condiții ce conduc spre adaptarea școlară și socială a copiilor și elevilor cu CES la diferite perioade de vârstă este abordată de autorul V. Rusnac [102]. Același autor, în colaborare cu prof. N. Bucun și O. Paladi, a propus și un set de instrumente pentru evaluarea proceselor psihice a copiilor cu CES [15]. Autorul A. Racu în colaborare cu Popovici D. menționează strategiile, condițiile pentru incluziunea cu succes a copiilor cu CES [93]. Adaptarea psihosocială a copiilor cu CES în instituțiile de învățământ general a fost studiată în teza de doctor de autorul S. Toma (2019). În cercetare au fost stabiliți factorii interni și externi, particularitățile de adaptarea psihosocială a copiilor cu CES [5; 17; 112]. În studiile sale autorul R. Cerlat dezvoltă caracteristicile adaptării psihosociale și afirmă că coincide, în mare parte, cu criteriile maturității personale, printre care: stima de sine, acceptarea altora, confortul emoțional, înțelegerea propriilor probleme și tendința de a le depăși [11; 20]. La celălalt pol, inadaptarea psihosocială presupune *prezența barierelor* precum: neacceptarea propriei persoane și neacceptarea altora, slabe capacități în procesul de autocunoaștere, disconfortul emoțional, lipsa flexibilității, escapismul. În condițiile în care mediul social poate facilita sau împiedica procesul de adaptare, o importanță majoră revine stabilității emoționale, ca caracteristică funcțională, dinamică și integrativă a personalității [19]. Relevante cu tema acestei teze (cu privire la conceptualizarea componentei de adolescenți) sunt și lucrările autorului Ig. Racu [94]. Astfel, în opinia autorului, procesul intens de constituire a structurilor personalității în adolescență se explică prin dezvoltarea gândirii abstracte, a autoconștiinței și a capacității reflexive. În studiile sale, autorii Iulia și Jana Racu, menționează faptul că adolescenții de gen masculin sunt cu nivel

mai înalt al încrederii în sine comparativ cu adolescenții de gen feminin [95; 96; 97]. Autorii M. Micu și S. Rusnac [101] analizează fenomenul adaptării sociale prin prisma teoriei sistemelor funcționale a cercetătorului rus П.К. Анохин. În ceea ce privește adolescentul cu CES și procesul de adaptare psihosocială, M. Micu și S. Rusnac menționează că adaptarea socială și psihologică a adolescenților cu CES se prezintă ca un proces de conștientizare a situației și de auto-acceptare a realității, presupunând modificări în comportament, comunicare și activitate, în vederea realizării unui echilibru cu mediul social. Calitatea adaptării psihosociale se reflectă în manifestările afective, volitive, cognitive și de comunicare, determinând un profil distinct al personalității adolescentului cu CES. Autoarele L. Doros și S. Rusnac explică comportamentul social al adolescenților în favoarea adaptării lor la condițiile mediului prin prisma teoriilor socializării, învățării și teoria rolurilor [100]. Adaptarea psihosocială se manifestă în toate tipurile de adaptare. În lucrările unor autori [110] persoana este forțată să se adapteze emoțional și mental la orice condiții pentru a putea supraviețui și a stabili armonie cu ea însuși. Sursa adaptării psihologice, citează autoarea, este interacțiunea dintre individ și societate, iar mijlocul de implementare este asimilarea normelor, valorilor și cerințelor unei societăți date de către o persoană. Numeroși agenți nocivi, stările nervoase, bolile, distrug echilibrul omului cu mediul, dând naștere la numeroase tulburări, la inadaptare socială. O altă cercetare națională realizată de Sîrbu A. arată că persoanele cu dizabilități reprezintă diverse situații de neadaptare socială cu o cauzalitate complexă [16].

Prezintă interes și relevanță pentru această teză studiile și cercetările autorilor români cunoscuți mediului științific național și internațional, printre care M. Zlate [119], P. Iluț [44; 45], A. Cosmovici [33], D. Cristea [34], I. Dafinoiu [35], P. Golu [42], A. Neculau [60], D. Murariu [59], A. Coașan [22] și alții.

În aceste pagini au fost elucidate multiple aspecte cu referire la adaptarea psihosocială a persoanei cu dizabilități. Multitudinea de abordări relevă diversitatea, dar și disensiunile dintre abordările conceptului de adaptare psihosocială ceea ce generează complexitate și sensibilitate studiului fenomenului de adaptare psihosocială. Astfel, putem afirma că adaptarea psihosocială necesită a fi studiată luând în considerație particularitățile ei de manifestare și specificul grupurilor urmărite în cercetări.

1.2. Caracteristici, modele de adaptare psihosocială a persoanelor cu dizabilități

Studiul aspectelor de adaptare psihosocială a persoanelor cu dizabilități a demarat cu definirea termenului de „dizabilitate”. Definiția oferită de Organizația mondială a Sănătății (OMS), se referă la o deficiență fizică, senzorială sau intelectuală care limitează semnificativ

performanțele unei persoane în activitățile dominante în unul sau mai multe domenii de funcționare ale vieții, prin *limitarea activităților* și *restricționarea participării* [64].

În ceea ce privește abordarea dizabilității, se delimitează, cel puțin, 3 modele:

- **Modelul medical** consideră dizabilitatea ca pe o problemă a persoanei, cauzată direct de boală, traumă sau altă stare de sănătate care necesită o îngrijire medicală, oferită ca tratament individual de către profesioniști.
- **Modelul social** consideră dizabilitatea ca fiind în special, o problemă creată social și o chestiune care vizează, în primul rând, incluziunea completă a individului în societate.
- **Modelul biopsihosocial.** Conform acestei abordări, dizabilitatea este rezultatul unei interacțiuni complexe între: starea de sănătate a persoanei, factorii personali și factorii de mediu.

Organizația Mondială a Sănătății OMS în publicația Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) din 2001, tradusă în limba română în 2004 a câștigat spațiu pentru conștientizarea și utilizarea modelului social și biopsihosocial în rândul profesioniștilor din reabilitare atât pentru explorarea, cât și pentru înțelegerea adaptării psihosociale a persoanei cu dizabilități fizice și a impactului acestui model asupra întregului proces de dezvoltare. Identificați în CIF, în mod explicit ca factori contextuali, factorii de mediu sunt văzuți că interacționează cu funcțiile, structurile și participarea persoanei. CIF înțelege dizabilitatea ca pe o interacțiune dinamică între starea de sănătate și *factorii contextuali, personali, cât și de mediu*. Promovată ca un „model biopsihosocial”, această abordare reprezintă un compromis care să funcționeze între modelul medical și cel social. Dizabilitatea este termenul umbrelă pentru deteriorări, limitări ale activității, care se referă la aspectele negative ale interacțiunii dintre un individ (cu o anumită condiție de sănătate) și factorii contextuali ai aceluși individ (factori personali și de mediu) [65].

Termeni utilizați pentru categoriile din CIF, relevanți cu tema cercetării [64, p. 218]:

- „factorii contextuali sunt factorii care împreună constituie contextul complet al existenței unui individ, și mai ales baza pe care se clasifică stările de sănătate în CIF”;
- „factorii de mediu constituie o componentă a CIF și se referă la toate aspectele lumii externe sau extrinsece care formează contextul existenței unui individ și care au ca atare un impact asupra funcționării persoanei respective”; aici avem în vedere „lumea fizică și trăsăturile sale, lumea fizică construită de oameni, alte persoane aflate în diferite relații și roluri, atitudini și valori, sisteme și servicii sociale, precum și politici, reglementări și legi”;

- „factorii personali sunt factori contextuali referitori la individ, cum ar fi vârsta, sexul, statutul social, experiențele de viață etc, care nu sunt clasificați în CIF în prezent, însă pe care utilizatorii îi pot încorpora la aplicarea clasificării”;
- „capacitatea este un calificator care descrie nivelul de funcționare cel mai ridicat pe care o persoană îl poate atinge, probabil, la un moment dat, în unul dintre domeniile cuprinse în lista de *activități și participare*”; „capacitatea se măsoară într-un mediu uniform sau standard, și astfel reflectă capacitatea adaptată la mediu a individului”; „componenta Factori de mediu poate fi folosită pentru a descrie trăsăturile acestui mediu uniform sau standard”;
- „performanța este un calificator care descrie modul în care acționează persoanele în mediul lor curent, aducând astfel în discuție aspectul implicării acestora în situațiile de viață”.

Dizabilitatea apare ca rezultat a diverselor afecțiuni, inclusiv, a celor neuromotorii. În manualul de diagnostic DSM-5 *afecțiunile neuromotorii* sunt definite ca tulburări de coordonare ale aparatului locomotor, mișcări stereotipe și necontrolate, care se manifestă prin oboseală și încetinire sau inexactitatea performanței deprinderilor motrice care provoacă interferențe cu activitățile din viața de zi cu zi [125]. Dizabilitatea cauzată de afecțiunile neuromotorii se înscrie în categoria dizabilităților fizice. În literatura de specialitate putem întâlni și alți termeni, precum afecțiuni locomotorii, neuromotorii.

Menționăm că în cercetarea dată vom utiliza termenul ***dizabilități fizice***, în interpretarea OMS. Persoana cu dizabilități fizice poate avea nevoie de o atenție specială, de o abordare individualizată, programe de abilitare și reabilitare, uneori de durată, de educație adaptată la nevoile individuale ale persoanei.

Pe parcursul ultimilor ani s-au conturat mai multe modele de adaptare a persoanei la dizabilitate. În „Înțelegerea adaptării psihosociale la boala cronică și la dizabilitate”, lucrare elaborată sub coordonarea lui F. Chan [151], autorii oferă câteva modele de adaptare, printre care una dintre cele mai elocvente este *abordarea prin prisma somatopsihologiei*.

Somatopsihologia a fost concepută de R. Barker și colegii săi (B. Wright și L. Meyerson) ca studiul relației dintre fizic (persoană) și comportament mediat de situația psihologică (mediul) a persoanei [139]. În terminologia gestaltistă, din cauza proximității presupuse dintre persoană și comportamentul rezultat atât în spațiu, cât și în timp, persoana își asumă proeminență (privind ca o figură), în timp ce mediul oferă fundalul acțiunilor cuiva [219; 220]. Cu toate acestea, comportamentul poate interfera atât cu persoana, cât și cu situația. În primul, atributele personale sunt de obicei avansate pentru a ține seama de anumite comportamente, în timp ce în cel din urmă, sunt implicate caracteristicile mediului.

Somatopsihologia se concentrează asupra factorilor sociopsihologici care stau la baza modului în care dizabilitatea fizică este percepută și la care reacționează societatea și sinele. *Interacțiunea dintre Persoană × Situație este punctul central al somatopsihologiei, care subliniază faptul că semnificația personală a dizabilității, împreună cu valoarea pe care dizabilitatea o are pentru ceilalți din viața unei persoane, este importantă pentru a înțelege adaptarea la dizabilitate.* În timp ce relațiile psihosomatice se concentrează pe influența funcționării psihologice asupra funcționării fizice și fiziologice, somatopsihologia se focusează pe relația opusă – influența proceselor fizice și fiziologice asupra funcționării psihologice a individului.

Pe baza principiilor somatopsihologiei, B. Wright [220] a dezvoltat abordarea conform căreia adaptare la dizabilitate bazat pe acceptarea dizabilității. Spre deosebire de termenii adaptare și ajustare, termenul acceptare, conform lui B. Wright [220], descrie un rezultat în care dizabilitatea este încorporată ca parte a conceptului de sine al individului și este acceptată ca fiind nedevalorizantă. Pornind de la lucrările lui T. Dembo [158], care a subliniat percepția comună a dizabilității ca fiind o nenorocire sau o „pierdere de valoare”, B. Wright a dezvoltat abordarea „*coping versus sucombing*” (*sucombing* – a ceda) la boala cronică și dizabilitate. Conform acestei abordări, o persoană care cedează în fața dificultăților generate de dizabilități pune accentul pe efectele negative ale acesteia și neglijează posibilitatea de schimbare și adaptare semnificativă. Potrivit lui B. Wright, persoanele cu dizabilități care cedează în fața unei dizabilități, recurg la un comportament, în care neglijează sau ascunde dizabilitatea, și se străduiesc să atingă standarde înalte de performanță care depășesc potențialul persoanei. Astfel, persoana în încercarea de a se prezenta de rând cu ceilalți, se concentrează pe comportamentele deficitare mai mult decât pe deprinderile și comportamente active, dezvoltate. Pe de altă parte, persoanele care se concentrează pe aspectele forte, pe valorile personale și sunt orientate spre ceea ce pot face sunt considerate comportamente ce facilitează adaptarea. B. Wright a menționat că persoanele care fac față dificultăților generate de dizabilități și, prin urmare, se adaptează la dizabilitate, experimentează schimbări în sistemele lor de valori care împiedică sau limitează valorizarea personală (valori de posesie și valori patrimoniale).

B. Wright și colegii ei au asociat, de asemenea, comportamentul de succes cu conceptele de acceptare și de adaptare [158; 219; 220]. Ei văd *acceptarea* drept antiteza *negării* și în componența dată se încadrează mai multe caracteristici, inclusiv *capacitatea de a interioriza un nou set de valori și standarde* după apariția dizabilității. Totodată, acceptarea în opinia autorilor înseamnă a crede în capacitatea persoanei cu dizabilități de a face față provocărilor vieții, ai oferi responsabilități și a accepta rezultatele obținute, inclusiv rezultatele persoanelor cu dizabilități

asociate cu funcționalitate limitată. *Adaptarea* conform lui B. Wright „este legată de schimbările de valoare în acceptarea dizabilității” (1983) [220, p. 185]. Este, prin urmare, o extensie a acceptării și reflectă adaptarea psihosocială, așa cum este percepută prin niveluri scăzute de anxietate și depresie și creșterea stimei de sine și, în general, demonstrând cele patru „schimbări de valoare” dezvoltate de către T. Dembo și B. Wright [158; 220] după debutul dizabilității, și anume:

1. lărgirea sferei de aplicare a valorilor;
2. subordonarea fizicului altor valori non-fizice;
3. limitarea răspândirii efectelor dizabilității;
4. transformarea valorilor cu statut comparativ în valori bazate pe aspectele forte ale persoanei.

Aceste schimbări de valoare pot fi văzute ca indicatori clinici ai acceptării dizabilității cuiva, precum și ca nivel de adaptare psihosocială. În cele din urmă, R. Trieschmann [214], într-un sens similar, a susținut că adaptarea la dizabilitate necesită atingerea unui nou echilibru între „sistemul minte-corp” și mediu. Mai mult, ea a susținut într-un mod asemănător cu K. Lewin că adaptarea reprezintă comportamentul (B) și este rezultatul unui echilibru nou dobândit între trei subsisteme care includ resursele psihosociale ale persoanei (P), starea biologică-organică (O) și mediul înconjurător (E) sau după cum spune autoarea, $B = (P \times O \times E)$.

Alte concepte legate de adaptarea la dizabilitate, cum ar fi conceptul de sine și imaginea corporală, la fel au rădăcini în principiile somatopsihologice. Aceste concepte pot fi considerate ca urmând principiile somatopsihologice, deoarece apar din prezența și influența unei dizabilități asupra adaptării psihosociale a individului. Autorul P. Schilder abordează conceptul de sine și imaginea corporală ca scheme sau reprezentări mentale, prin care oamenii se percep și se identifică [202]. Atunci când aceste scheme sunt perturbate de apariția dizabilității, persoana trebuie să reconstruiască scheme noi sau revizuite prin care se va percepe pe sine. Dacă individul reușește să integreze cu succes schimbările cauzate de dizabilitate în percepția de sine, se spune că s-a ajuns la o adaptare reușită [150].

O altă conceptualizare a procesului de adaptare la dizabilitate se reflectă în *modelul etapelor*, în care procesul de adaptare psihosocială la dizabilitate este examinat ca fiind secvența de etape, asemănătoare cu cele experimentate în timpul doliului. Modelele ce reflectă etape descriu, de obicei, procesul de adaptare la dizabilitate ca o serie liniară de etape psihologice pe care trebuie să le parcurgă înainte de a ajunge în cele din urmă la etapa de adaptare. Conform acestei abordări liniare, dezvoltarea adaptării, apariția etapelor ulterioare se bazează pe realizarea și acceptarea etapelor anterioare. În 1986, H. Livneh [181] a efectuat o analiză extensivă

a literaturii de specialitate cu privire la peste 40 de modele ale etapelor și a creat un model unificat de adaptare la dizabilitatea fizică pe baza unei sinteze a acestor modele. Pornind de aici, H. Livneh a concluzionat că numeroasele modele pot fi descrise în termeni de cinci subetape:

1. impactul inițial;
2. mobilizarea apărării;
3. realizarea inițială;
4. riposta;
5. reintegrarea.

Impactul inițial, prima etapă în procesul de adaptare la o dizabilitate fizică, constă în cele două substadii separate ale șocului și anxietății. Șocul implică reacția inițială sau de urgență a individului la apariția bruscă a unei dizabilități sau la vestea diagnosticului de boală. Anxietatea este reacția de panică la înțelegerea inițială a magnitudinii leziunii, a diagnosticului sau a evenimentului traumatizant din punct de vedere psihologic.

Mobilizarea apărării include subetapele suprapuse ale negocierii și negării. Negocierea și negarea dizabilității sunt similare, deoarece ambele implică așteptarea recuperării. Cu toate acestea, negocierea implică așteptarea recuperării persoanei prin acordul de restituire sau protest, în timp ce negarea implică așteptarea recuperării, dar fără propunerile de înțelegere și proteste. Negocierea este, de obicei, de durată mai scurtă decât reacțiile de negare și implică un nivel moderat de suprimare a dizabilității și a consecințelor sale, spre deosebire de nivelul mai extins de suprimare al negării. Negarea are rolul de a redefini implicațiile unui eveniment traumatic. (Pseudo)optimismul și indiferența caracterizează corelațiile afective, în timp ce distorsiunea datelor și atenția selectivă caracterizează corelațiile cognitive. Procesele cognitive active, rigide și deliberate se străduiesc să se protejeze pe sine de emoțiile dureroase [217]. Asumarea de riscuri inutile și rezistența la eforturile de ajutor sunt exemple de comportamente observate în această etapă. Individul face eforturi pentru a se comporta ca și cum nimic nu s-a întâmplat și nicio limitare fizică nu i-a afectat nivelul de funcționare [220].

Realizarea inițială este o perioadă de mare agitație emoțională sau ambivalență, în care realitatea evenimentului traumatic și consecințele sale sunt procesate și realizate pentru prima dată. Realizarea inițială include subcategoriile de doliu și/sau depresie și furie internalizată. Doliul și depresia sunt reacții similare, doliul fiind de scurtă durată, cu accent pe o pierdere specifică, iar depresia fiind de durată mai lungă și de natură mai generală și mai difuză. Furia internalizată este o manifestare a resentimentelor și a amărăciunii autodirecționate, adesea asociate cu sentimente de autoculpabilizare. Pot apărea ideile suicidare, precum și episoade de autoabuz și autoagresiune, în special la persoanele care se percep ca fiind cauza evenimentului traumatic.

Etapa de ripostă (răzbunare) sau rebeliune, adesea denumită furie externalizată sau agresiune, este cea în care furia și amărăciunea sunt proiectate în exterior. Privit ca o încercare de a se răzbuna pe limitările funcționale ale dizabilității, această etapă este marcată de ostilitate față de alte persoane, obiecte sau aspecte ale mediului care sunt asociate cu debutul dizabilității. Pot fi observate moduri deschise de ostilitate, cum ar fi comportamente abuzive verbal sau fizic, și metode pasiv-agresive, cum ar fi manipularea și lipsa de cooperare.

Reintegrarea sau reorganizarea este etapa finală a adaptării. Această etapă este subcategorizată în funcție de componentele sale cognitive (recunoaștere), afective (acceptare) și comportamentale (adaptare finală). Recunoașterea este considerată ca fiind primul indiciu că persoana a reconciliat, din punct de vedere cognitiv, permanența afecțiunii și implicațiile sale viitoare. Acceptarea și ajustarea finală sunt ultimele două subetape ale procesului de adaptare. Individul internalizează limitarea funcțională a dizabilității în conceptul său de sine și demonstrează autoaprobare și autoacceptare. În timpul acestei etape, individul încearcă să își pună în aplicare obiectivele de viață și să stăpânească noi comportamente și roluri sociale.

Un alt grup de modele de înțelegere a procesului de adaptare îl constituie *modelele ecologice*. În literatura de specialitate au fost propuse mai multe modele ecologice de adaptare la crizele vieții, la tranzițiile majore ale vieții și de adaptare la dizabilitate (Coulton, 1981; Hurst, McKinley, 1988; Moos, Schaefer, 1984; Rodin, Craven, Littlefield, 1991; Schlossberg, 1981; Scofield, Pape, McCracken; Maki, 1980; Sigelman, Vengroff, Spanhel, 1979; Vash, 1981). Au fost propuse, de asemenea, modele de adaptare la boli și dizabilități specifice (Hilton, 1989; Langer, 1994; Trieschmann, 1988; Waltz, Badura, Pfaff, Schott, 1988; Wiklund, Sanne, Vedin, Wilhelmsson, 1985). În raport cu adaptarea psihosocială la dizabilitatea fizică printr-un cadru ecologic poate fi explicată parțial discrepanța adesea raportată în ceea ce privește tipul de simptome, nivelul de severitate, durata și succesiunea reacțiilor specifice la dizabilitate.

H. Livneh și R. Antonak [185, p. 121] au constatat că modelele ecologice au în comun patru grupuri de variabile importante în procesul de adaptare, inclusiv (a) variabile asociate cu dizabilitatea în sine, (b) variabile asociate cu caracteristicile sociodemografice sau organice ale individului, (c) variabile asociate cu personalitatea și atributele comportamentale ale individului și (d) variabile asociate cu mediul fizic și social (extern).

Variabilele vizând dizabilitatea includ caracteristici cum ar fi: cauza afecțiunii, tipul de dizabilitate, tipul de apariție, amploarea afecțiunii, gradul de implicare funcțională, zonele corpului afectate, amploarea implicării creierului și a sistemului nervos central, vârsta la diagnosticare, vârsta de apariție a simptomelor, cronicitatea, stabilitatea afecțiunii, letalitatea și vizibilitatea [151]. Variabilele sociodemografice includ sexul și identificarea rolului de gen, vârsta, stadiul de

viață sau de dezvoltare, etnia, statutul socioeconomic, starea generală de sănătate, nivelul de educație, starea civilă, nivelul profesional și istoricul muncii, precum și competențele profesionale existente. Variabilele asociate cu atributele de personalitate și comportamentale ale individului includ domenii precum strategiile de coping utilizate, mecanismele de apărare utilizate, controlul perceput, locul de control, semnificația personală a afecțiunii, atitudinile față de sănătate, boală și devianță, valorile și credințele personale, conceptul de sine și puterea egoului, imaginea corporală, competența cognitivă sau capacitatea intelectuală, acceptarea dizabilității, adaptarea psihosocială premorbidă și experiența anterioară cu o criză de natură similară. Primele trei clase de variabile sunt variabile intrapersonale; cea de-a patra clasă de variabile este formată din variabile externe și include sistemele de sprijin social, sprijinul economic și instituțional, mediile fizice, barierele sau suportul atitudinal și stresul întâlnit. Elementele specifice ale primelor trei grupuri de variabile interacționează cu variabilele specifice din cel de-al patrulea grup pentru a determina gradul și viteza adaptării psihosociale la dizabilitate fizică.

În opinia lui F. Chan, în cadrul modelelor ecologice, procesul de adaptare psihosocială este clasificat în reacții timpurii (șoc, anxietate, negare); reacții intermediare (depresie, furie internalizată, ostilitate externalizată); și reacții ulterioare (recunoaștere, acceptare, adaptare). În consecință, chiar și în cadrul modelelor ecologice, există o teorie de tip etapă care stă la baza reacției individului la dizabilitate. Starea de adaptare psihosocială este un rezultat evaluat care constă într-un spectru larg de reacții, de la adaptative la dezadaptative [151].

Deși există mai multe încercări de a aplica „Teoria Câmpului” a lui K. Lewin în psihologia socială, în general, și, mai specific, la explicarea comportamentelor sociale, comportamente organizaționale și schimbările comportamentale, printre altele, cel mai pronunțat impact al acesteia asupra consilierii pentru reabilitare și psihologiei reabilitării poate fi văzut în contribuțiile lui R. Barker [139], T. Dembo [158], B. Wright [219], și alții, care constituie figurile principale care au lansat domeniul somatopsihologiei. O gamă largă *de modele de adaptare psihosocială la dizabilitatea fizică* au făcut trimitere la cadrul de bază al „Teoriei câmpului” a lui Lewin [186].

În 2014, H. Livneh propune comunității științifice o trecere în revistă a unui șir de *modele de adaptare* psihosocială la dizabilitate *văzute prin prisma „Teoriei câmpului” a lui K. Lewin* [186]. În special, pot fi menționate patru dintre aceste modele mai recente. Toate cele patru modele recunosc contribuțiile de bază ale persoanei și ale mediului (precum și cele ale timpului) la adaptarea psihosocială după debutul dizabilității.

1. Modelul de criză și de adaptare al lui Moos

Modelul biopsihosocial al lui R. Moos și C. Holahan [193] de a face față crizelor vieții, inclusiv debutul dizabilității, este compus din trei seturi de componente [194]. Acestea includ:

(a) trei factori care interacționează, alcătuirea resurselor personale (de exemplu, caracteristici sociodemografice, personale), factori legați de sănătate (de exemplu, caracteristici legate de dizabilitate și boală cronică) și proprietăți fizico-sociale (de exemplu, caracteristici de mediu); (b) evaluarea cognitivă (de exemplu, percepția semnificației asociată cu natura bolii și dizabilității), sarcini adaptative (de exemplu, gestionarea durerii, disconfortului și emoțiilor negative) și abilități de coping (de exemplu, eforturile de coping aplicate pentru stăpânirea crizei care a urmat) și (c) o componentă de rezultat care se concentrează pe indicatorii legați de sănătate, inclusiv pe funcționarea psihosocială.

2. Modelul de adaptare la dizabilitate și boală cronică a lui H. Livneh și R. Antonak

Modelul de adaptare psihosocială la dizabilitate și boală cronică al lui H. Livneh și R. Antonak [185] încorporează mai multe noțiuni ale modelului lui Moos, extinzând în același timp gama de aplicare. Modelul este compus din trei componente primare, și anume: evenimente și caracteristici anterioare, procese contextuale și psihosociale și, în final, rezultate. Cele trei componente includ (a) evenimentele de bază și declanșatoare; (b) evenimente ce influențează procesele și contextele de viață (proprietățile actuale ale mediului, atributele personalității și modurile de adaptare); și (c) un set complex de indicatori de rezultat care se concentrează în principal pe calitatea vieții.

În 2001, H. Livneh a prezentat un model conceptual care a căutat să integreze cunoștințele existente despre diferitele componente, structuri și procese care stau la baza adaptării psihosociale [183]. H. Livneh a susținut că, deși nu s-a ajuns încă la un consens general cu privire la structura finală a unui astfel de model, un cadru conceptual solid de adaptare la dizabilitate fizică trebuie să includă următoarele trei domenii esențiale. Acestea includ:

1. Antecedente. Caracteristici și evenimente anterioare sau de fundal care oferă fundalul apariției dizabilității. În acest domeniu temporal sunt cuprinse atât: (a) cauzele medicale și/sau de mediu care declanșează apariția dizabilității și (b) variabilele contextuale/de stare (biologice existente, condițiile sau evenimentele psihologice, socioculturale și de mediu) în care sunt ancorate aceste evenimente legate cauzal.
2. Procesul. Procesul real de adaptare psihosocială care se desfășoară după stabilirea dizabilității. Subdomeniile acestui proces includ de obicei: (a) caracteristicile medicale/funcționale specifice dizabilității (adică severitatea, durata) și aspectele psihomedicale asociate acestora (de exemplu, incertitudinea, incontrollabilitate); (b) reacțiile (de exemplu, anxietate, depresie) la pierderea părților sau funcțiilor corpului; și (c) evaluarea cognitivă de reducere a stresului apărut urmare a dizabilității și modalități de lansare a copingului (de exemplu, concentrate pe problemă).

3. *Rezultate*. Rezultatele care urmează după o adaptare reușită (sau nereușită), adică „rezultatul final” atins la finalizarea presupusă a procesului de adaptare psihosocială. În prezent, umbrela generală sub care sunt plasați majoritatea indicatorilor de rezultat în adaptare este calitatea vieții [142; 183]. Acești indicatori sunt împărțiți în trei rubrici funcționale primare, și anume: (a) intrapersonale (sănătate/biomedicale și psihologice), (b) interpersonale (familie/conjugal și social) și (c) extrapersonal (mediu extern sau bazat pe comunitate, cum ar fi performanța profesională sau academică).

Douăzeci de ani mai târziu, în 2021, H. Livneh [182] a venit cu o revizuire a modelului. Cele mai pertinente modificări ale modelului anterior au fost realizate în procesul de adaptare psihosocială. Modelul integrat presupune că experiența dizabilității poate fi cel mai bine înțeleasă ca o relație interactivă între subiectiv (conștientizarea de sine a persoanei cu dizabilități) și obiectiv (spațiul de viață sau mediul extern). În figura 1.1 sunt redată structura, conținutul și procesul de adaptare psihosocială a persoanei cu dizabilități dezvoltată de H. Livneh și colaboratorii săi.

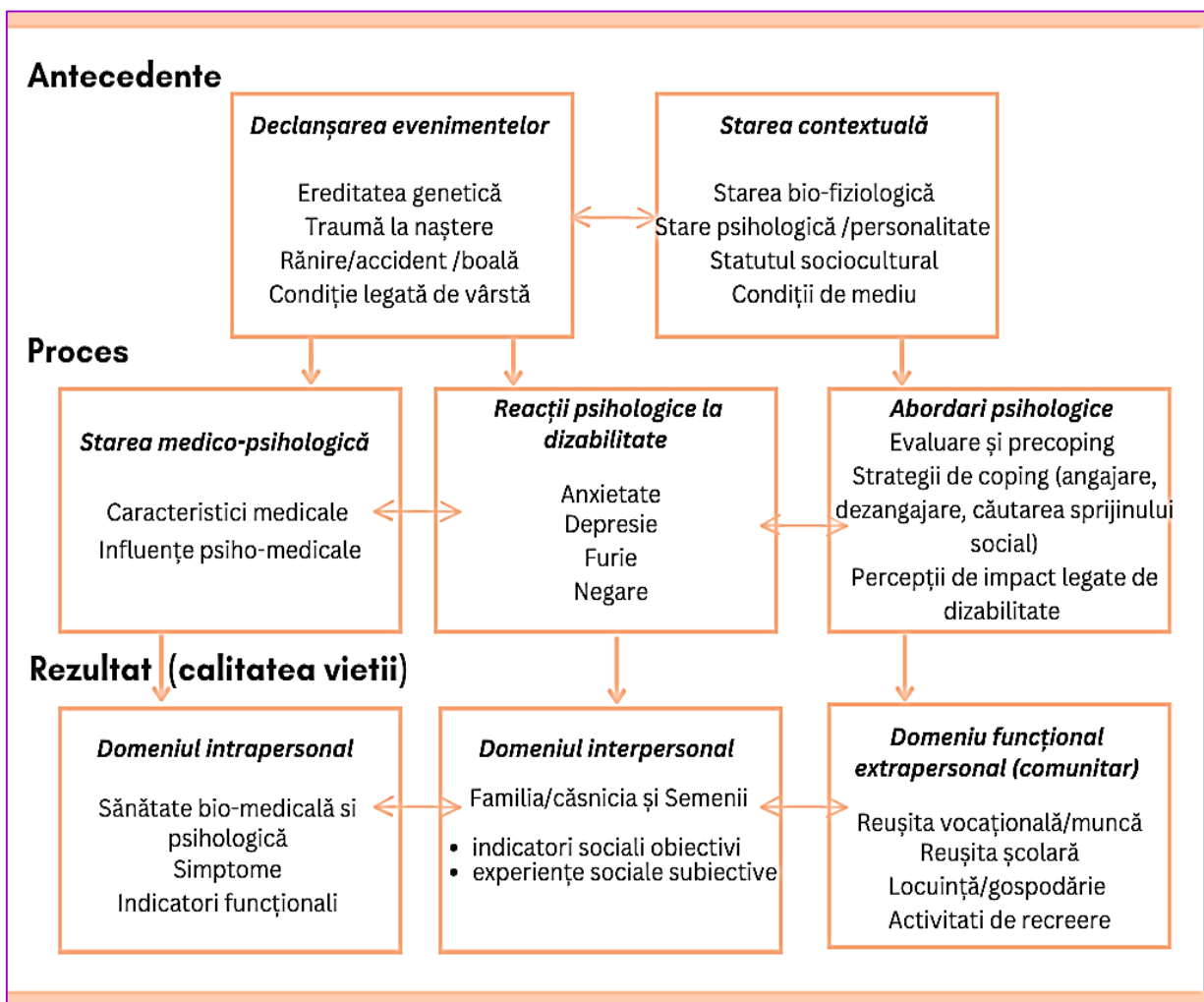


Fig. 1.1. Structura, conținutul și procesul de adaptare psihosocială în dizabilitate (adaptat după H. Livneh, 2021) [182]

3. Modelul intruziv al bolii lui Devins

Devins și colaboratorii săi au avansat un model de adaptare psihosocială la dizabilitate bazat pe declanșarea bolii [160]. Mai precis, se referă la tulburările stilurilor de viață și activităților care sunt semnificative pentru persoană, induse de boală și tratament, compromițând astfel bunăstarea percepută [159]. Modelul dat de adaptare poate fi considerat acea legătură, sau filtru, care moderează între un set de factori de stres, induși intern (de exemplu, severitatea simptomelor, durere, oboseală, limitări funcționale) și factorii induși extern sau legați de tratament (de exemplu, natura terapiei, timpul necesar pentru tratament, efecte secundare) și rezultatele personale, acestea din urmă prezentate în termeni de bunăstare psihosocială (sau subiectivă).

4. Modelul lui Bishop centrat pe dizabilitate

În modelul său centrat pe dizabilitate, M. Bishop a elaborat relația dintre *calitatea vieții* și adaptarea psihosocială la dizabilitate [51]. Modelul reprezintă o extensie a abordării lui Devins privind caracterul intruziv al bolii, în care dizabilitatea servește ca o perturbare în viața unui individ și poate fi interpretată prin impactul său asupra bunăstării psihosociale sau a calității vieții. Modificările în calitatea vieții, după debutul dizabilității, acționează prin: (a) diminuarea satisfacției față de domeniile importante ale vieții (numite satisfacție de domeniu), (b) scăderea controlului personal perceput asupra rezultatelor valoroase ale vieții (numit control de domeniu), sau (c) creșterea frecvenței și amplitudinii emoțiilor negative experimentate [145]. M. Bishop a sugerat că utilizarea modelului ar ajuta clinicienii să obțină o imagine cuprinzătoare a adaptării unui individ și ar ajuta la planificarea reabilitării și la prioritizarea intervențiilor [142].

În concepția lui H. Livneh și R. Antonak, adaptarea este procesul dinamic pe care o persoană cu dizabilități îl experimentează pentru a atinge starea finală de congruență maximă între persoană și mediu, cunoscută sub numele de ajustare [185]. B. Wright (1983), descriind adaptarea la persoanele cu dizabilități, menționa că „în ajustare, persoana pune în valoare abilitățile existente și trece dincolo de pierderile fizice” [220, p. 185]. F. Shontz în cercetarea reacției la crize de sănătate și traume menționa că în procesul de adaptare persoana cu dizabilități experimentează un nivel optim de congruență între lumea subiectivă și mediul extern [207] și dă dovadă de succes în utilizarea abilităților de rezolvare a problemelor și în gestionarea mediului său [200].

Persoanele care se confruntă cu o boală cronică sau dizabilitate vor trece invariabil printr-un proces de adaptare psihosocială, în care dizabilitatea sau boala devin o parte integrantă a vieții, identității, formarea conceptului de sine și imaginii corporale a individului. Adaptarea și ajustarea sunt doi termeni care sunt adesea folosiți, chiar dacă au semnificații distincte în literatura din domeniul abilității/ reabilitare [151]. Nu toate persoanele ajung la un nivel optim de adaptare la dizabilitate. Atât H. Livneh [181], precum și B. Wright [220], au sugerat că adaptarea psihosocială

În boală și dizabilitate poate fi conceptualizată ca un continuum unidimensional de dezvoltare ce migrează spre o adaptare nereușită (adică o funcționare psihosocială dezadaptativă) sau la o adaptare reușită (adică o funcționare psihosocială adaptativă). În figura 1.2 se poate observa extrema „dezadaptativ” al continuumului ce este caracterizată de anxietate, depresie, furie, stimă de sine neadecvată, dependență de un adult, retragere socială și negarea dizabilității. Extrema „adaptativ” al continuumului este caracterizată de reacții care demonstrează independență și interdependență, stimă de sine adecvată, autoeficacitate, stăpânire personală.

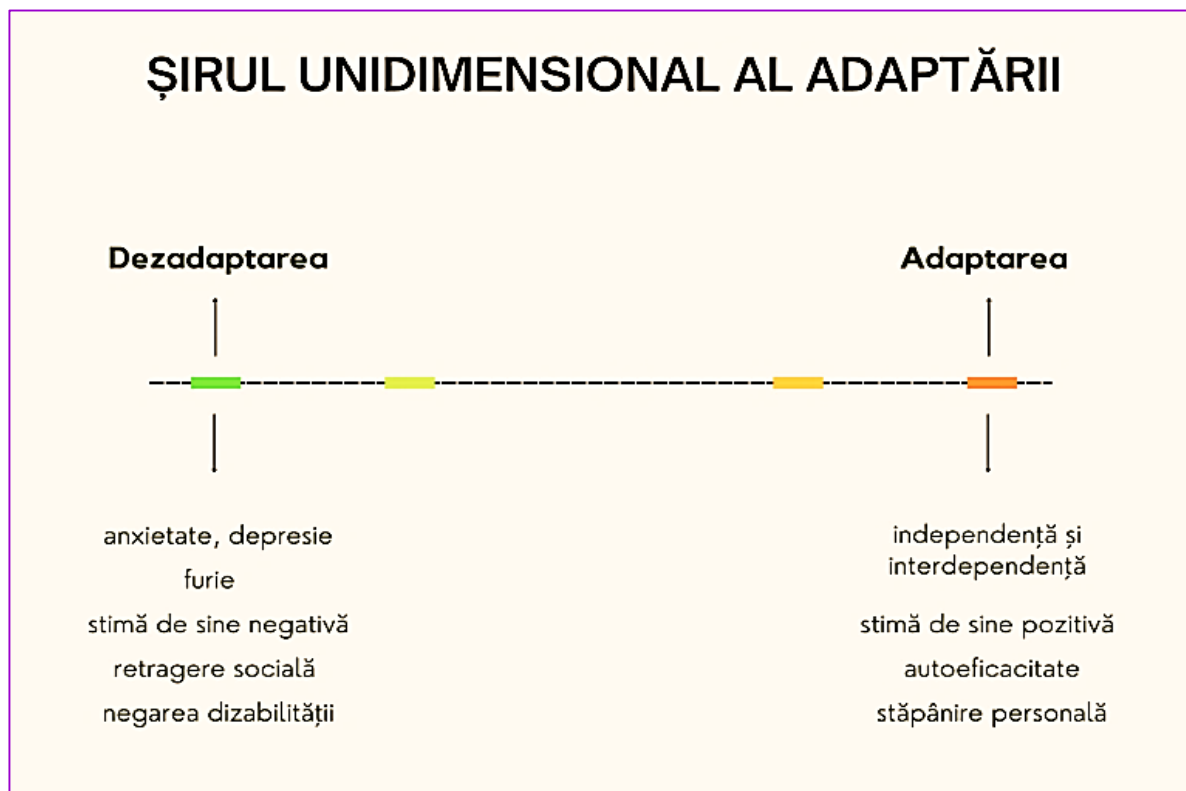


Fig. 1.2. Axa procesului de adaptare psihosocială în dizabilitatea fizică
(*contribuție personală*)

În plus, atunci când adaptarea persoanei cu dizabilități, ia variabile din extrema dreaptă persoana demonstrează [185]:

- a) echilibru psihosocial și integrare/ reintegrare;
- b) conștientizarea potențialului restant și a limitărilor funcționale existente;
- c) stimă de sine adecvată, concepția de sine și sentimentul de stăpânire personală;
- d) conduită adaptată ambianței;
- e) participare activă în activități sociale, profesionale și recreative.

Persoanele care se confruntă cu o boală cronică sau dizabilitate vor trece invariabil printr-un proces de adaptare psihosocială, în care dizabilitatea sau boala vor influența dezvoltarea persoanei, calitatea vieții și în diferită măsură toate aspectele activităților dominante.

Modelele reflectate în punctul 1.2 vor servi la dezvoltarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării adolescenților cu dizabilități fizice în cadrul experimentului formativ al acestei cercetări. Totodată analiza modelelor de influență a procesului de adaptare psihosocială ne orientează spre o analiză mai profundă a caracteristicilor psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice și a factorilor implicați în procesul complex de adaptare psihosocială. La începutul capitolului 2 vom propune o schema a modelului de intervenție ce va fi studiat în partea experimentală a lucrării.

1.3. Specificul adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice

L. Steinberg, A. Morris susțin că adolescența reprezintă o perioadă de tranziție, marcată de învățare permanentă și adaptare la situații și cerințe sociale noi, din ce în ce mai provocatoare, pe plan fizic, socio-emoțional, cognitiv [211].

Pentru adolescent, această etapă dinamică a transformărilor, care necesită adaptare la schimbarea propriei persoane, cât și a raportării la cadrul familial sau la grupul de prieteni, se reflectă în oscilații permanente între independență și conformism, anxietate și exuberanță, descoperire și confuzie, menționează F. Mahler în 1983 [52].

Iu. Racu extrage definiția adolescenței a lui G. Rosenblum și M. Lewis, ce este prezentată drept perioada marilor schimbări. Evenimentele evolutive ale adolescenței sunt o „treaptă” spre viața de adult; capacitatea cognitivă și experiențele sociale suferă transformări, trecând de la formele din copilărie la cele tipice vieții de adult [95, p. 53]. Etapa adolescenței mai este descrisă de cercetători ca o perioadă de criză, perioadă în care capacitățile de adaptare se răsfrâng asupra satisfacției interioare, generată de performanțele școlare, nivelul stimei de sine și sau al unor stări afective specifice adolescenței cum ar fi furia și depresia.

În literatura de specialitate, vârsta adolescenței, în abordările diferitor cercetători, apar cu unele diferențe. În cercetarea dată, au fost analizate periodizările de vârstă propuse de U. Șchiopu, conform căreia perioada 14-18/20 de ani e numită *adolescența propriu-zisă*, cea propusă de E. Erikson, – 12-18/20 ani și cea de A. Leontiev – 14/15-18/19 ani.

Adolescenții cu dizabilități se confruntă cu multe dintre aceleași provocări ca și colegii lor cu dezvoltare tipică. Cu toate acestea, modul în care se rezolvă poate fi diferit. În plus, tipul și gradul de dizabilitate pot avea un impact asupra adaptării și integrării ulterioare. Deși cercetările

actuale privind adolescenții cu dizabilități au contribuit la promovarea unei înțelegeri inițiale a provocărilor pentru această categorie de vârstă, există încă probleme semnificative, menționate de autorii M. Maxey, T. Beckert, care trebuie abordate pentru a înțelege pe deplin traiectoriile de dezvoltare ale acestor adolescenți și pentru a avea cu adevărat un impact asupra vieții de adult cu dizabilități [190]. Realizarea adaptării psihosociale în timpul perioadei de tranziție către adolescență poate fi deosebit de dificilă pentru copiii și familiile care trebuie să se confrunte cu prezența unei boli cronice sau a dizabilităților [154]. Adolescenții cu dizabilități par să aibă o integrare socială și o participare la activități și medii sociale semnificativ mai scăzute. Încă de la o vârstă fragedă, relațiile sunt importante pentru tineri, deoarece aceștia sunt implicați în diverse relații sociale în care trebuie să învețe să se adapteze la alte persoane din mediul lor social. Acest proces de adaptare îl ajută pe individ să dezvolte roluri și relații multiple și complexe în viață. În timpul adolescenței, relațiile copiilor devin din ce în ce mai intime și mai comparabile cu cele ale adulților [209]. Percepțiile și interacțiunea cu semenii devin din ce în ce mai importante pe măsură ce adolescenții odată cu avansarea în vârstă își definesc identitatea în afară de apartenența la familie. Adolescenții cu dizabilități fizice pot fi expuși riscului de dizabilități secundare asociate cu factori psihosociale, iar dizabilitatea poate perturba relațiile cu semenii, ducând la întârzierea dezvoltării sociale și emoționale.

Adolescentul cu dizabilități fizice prezintă particularități specifice de dezvoltare. În timp ce adolescentul cu dizabilități fizice manifestă tulburări de mobilitate întâmpină limite în realizare contactelor și conexiunilor cu mediul ambiant și respectiv, sunt influențate relațiile sociale. Comportamentul retras se face mai vizibil în condițiile unei hiperprotecții manifestate în cadrul familiei [111].

Autoarea L. Gavriliță menționează că dizabilitatea fizică limitează capacitatea adolescentului de a dezvolta competențe motorii, cognitive, sociale, afective, de limbaj și comunicare. De rând cu acestea, adolescentul cu dizabilități fizice poate manifesta stări de depresie, de anxietate, stimă de sine scăzută; tulburări de comportament (impulsivitate) datorită problemelor legate de înțelegerea celor din jur, de imposibilitatea de a se face înțeles; dificultăți în menținerea atenției; comunicarea și relaționarea cu alți adolescenți poate fi afectată. În perioada școlară, adolescentul cu dizabilități fizice începe să întâmpine dificultăți datorate diferenței dintre imaginea corporală și funcționalitatea corporală. El conștientizează capacitățile mai reduse în realizarea sarcinilor școlare, în comunicarea stărilor, atât prin intermediul limbajului verbal, cât și prin cel expresiv, gestual. Comportamentul expresiv, reprezentat prin voce, expresia feței, este adesea afectat și perceput inadecvat de anturaj. Manifestările acestea dau naștere unor puternice complexe de inferioritate, izolare socială, subapreciere în relație cu adolescenții cu dezvoltare tipică [39].

În perioada adolescenței, nevoia de apartenență la un grup social uneori este neglijată în cazul adolescenților cu dizabilități fizice. În cazul adolescentului cu dizabilități fizice, care pe lângă modificările corporale, ce au loc în mod firesc la vârsta dată, se suprapun și tulburările și particularitățile dizabilității. Astfel, la aceasta vârstă, particularitățile de manifestare existente trebuie integrate în propria imagine de sine prin cunoașterea propriilor capacități fizice și psihice. Acest fapt influențează, în mod direct sau indirect, stabilirea unor relații cu semenii, iar în viitor, a unor relații de cuplu. Tot în această perioadă, ei devin tot mai expuși stărilor emoționale intense cauzate de existența prejudecăților societății și ale familiei. Toate acestea pot duce, în timp, la tulburări emoționale manifestate prin depresie, anxietate, furie, negarea dizabilității, exploatarea stării de boală (reacție hipocondrică) și, în final, autoizolare [39].

L. Gavriliță afirmă că perioada adolescenței aduce neliniște adolescenților cu dizabilități fizice. Unii constată că nu pot fi fizic la fel ca adolescenții cu dezvoltare tipică, că au creștere întârziată și semnele secundare de pubertate nu au apărut, similar colegilor lor. Această constatare le creează o senzație de neliniște și anxietate, favorizând apariția complexelor de inferioritate, observate, mai ales, în relațiile cu adolescenții de sex opus. Unii adolescenți sunt decepționați de ceea ce li se întâmplă, devin rebeli, sabotează programele de abilitare. În astfel de situații rolul îndrumător al părinților, adulților cu care au o relație de încredere devine semnificativă. Totodată, hiperprotecția adulților îngrijitori, în special, a mamelor în raport cu adolescenții cu dizabilități fizice conduce la limitarea inițiativei și la manifestarea neîncrederii în raport cu posibilitățile lor. Ei devin extrem de dependenți, în special, de mamă, nu pot fi despărțiți de familie nici pentru perioade scurte de timp, prezentând o puternică anxietate de separare. Atitudinea supra protectivă a mamei generează comportamente lipsite de inițiativă la copii, având și repercusiuni negative sesizabile asupra dezvoltării lor cognitive [39].

Un grup de autori condus de D. Morin susține necesitatea unei mai bune înțelegeri a particularităților de dezvoltare specifică adolescenților cu dizabilități în ceea ce privește relațiile (familiale și de prietenie), școala și activitățile extra-curriculare și dezvoltarea psihosocială generală [195]. Acest lucru va promova o mai mare acceptare a tuturor persoanelor și va crește calitatea vieții pentru toți cei implicați. Autorii H. Kandari și G. Siperstein consideră că viziunea socială și culturală asupra dizabilității poate căpăta o semnificație suplimentară în timpul adolescenței [135; 208].

Cercetarea realizată de J. Locke, E. Ishijima și C. Kasari conchide că adolescența este o perioadă marcată de schimbări biologice, ajustări cognitive și tranziții sociale. Deși nu toți tinerii experimentează aceste transformări în mod egal, un număr disproporționat mai mare de tineri cu dizabilități sunt predispuși la provocări în raport cu colegii lor cu dezvoltare tipică. Evident,

majoritatea adolescenților cu dizabilități doresc să aibă experiențe de dezvoltare și oportunități sociale similare cu cele ale colegilor lor cu dezvoltare tipică [188]. Cu toate acestea, S. Asher și J. Paquette afirmă că atunci când greutățile legate de dizabilitățile adolescenților fac mai dificilă sau imposibilă participarea la activități sociale în același ritm și la același nivel ca și colegii lor, pot apărea rezultate psihosociale negative *precum stresul și singurătatea* [137; 218]. În cazul unor adolescenți care sunt înafara procesului educațional sau parcurg instruirea la domiciliu, relaționarea preponderent cu persoanele adulte (îngrijitorul sau cadrele didactice) diminuează oportunitățile de dezvoltare a adolescentului, nu-i oferă posibilitatea de a acționa în conformitate cu interesele pe care le are și cu necesitatea de a prieteni cu semenii. Atunci când provocările legate de dizabilitate fac mai dificilă sau imposibilă participarea la activități sociale, în aceeași măsură cu semenii cu dezvoltare tipică, pot apărea rezultate psihosociale negative, cum ar fi stresul și singurătatea, izolarea, depresia. Iar relațiile de prietenie cu semenii cu dezvoltare tipică sunt foarte importante și contribuie la depășirea trăirilor afective negative. Ele preîntâmpină apariția sentimentului de inferioritate, și au o influență pozitivă în dezvoltarea sferei cognitive și afective. Acceptarea și implicarea adolescenților cu dizabilități în diferite activități, inclusiv participarea la activități fizice, nu numai că le îmbunătățește starea generală de sănătate, dar le facilitează interacțiunea cu adolescenții cu dezvoltare tipică atât în mediile educaționale, cât și în activitățile de socializare realizate după școală.

În cercetările sale, L. Skar descrie că mulți adolescenți și tineri cu dizabilități fizice fie nu sesizează, și respectiv, nu vorbesc despre diferențele dintre ei și colegii lor cu dezvoltare tipică, fie aleg să privească dincolo de dizabilitățile lor, căutând să elucideze normalitatea. În acest sens, adolescenții cu dizabilități nu se percep ca fiind diferiți de colegii lor cu dezvoltare tipică. Cu toate acestea, colegii lor îi percep și îi tratează frecvent diferit, precum că ar fi în situații dezavantajate, dependenți de suport cu mai puține posibilități de acces. La fel ca și colegii lor cu dezvoltare tipică, adolescenții cu dizabilități apreciază importanța prieteniei. În cazul adolescenților cu dizabilități fizice cu niveluri mai scăzute de abilități psihosociale, condiționate de limitările impuse de dizabilitățile lor îi determină, efectiv, să lupte pentru a stabili legături semnificative cu colegii cu dezvoltare tipică, împiedicând dezvoltarea unor prietenii autentice semnificative. Autorul ne atrage atenția că în copilăria mijlocie și în adolescență, perioade în care adolescenții cu dizabilități devin din ce în ce mai conștienți de diferențele individuale, ei percep ca aceste diferențe pot duce la respingerea și stigmatizarea lor. În mod paradoxal, *dizabilitatea propriu-zisă are o influență redusă asupra modului în care persoanele cu dizabilități își conștientizează sinele, dar este un factor determinant pentru modul în care ceilalți îi percep, îi acceptă și se raportează la ei* [209; 210]. L. Skar a intervievat de mai multe ori doisprezece adolescenți cu dizabilități la domiciliul

participanților la experiment, căutând să înțeleagă mai bine modul în care adolescenții cu dizabilități percep rolurile sociale și relațiile cu colegii și adulții. Adolescenții cu dizabilități au oferit o descriere a lor ca membri obișnuiți ai grupului de adolescenți, chiar dacă erau pe deplin conștienți de anumite particularități personale și limitele de participare condiționate de dizabilitatea lor. În același timp, însă, adolescenții au simțit că ceilalți, atât colegii lor cu dezvoltare tipică, cât și adulții, îi vedeau ca fiind drastic deosebiți din cauza dizabilității lor. Un grup de autori condus de K. Diamond [161] au evidențiat un alt potențial motiv în stabilirea și menținerea prieteniiilor cu adolescenții cu dizabilități. Adolescenții cu dezvoltare tipică raportează că *adolescenții cu dizabilități fizice se simt adesea neputincioși și înstrăinați*, mai mult decât colegii lor cu dezvoltare tipică [147].

Cercetătorii B. Chamberlain, Koster, Symes și Humphrey (2007, 2010) identifică în rândul adolescenților cu dizabilități o asociere între confruntarea cu *dificultăți de adaptare psihosocială și niveluri relativ scăzute de competență socială*. De fapt, în comparație cu colegii lor de clasă cu dezvoltare tipică, elevii cu dizabilități au fost mai susceptibili de a nu fi plăcuți și de a avea probleme de acceptare de către colegi [149].

Analiza datelor experimentale a 12048 de adolescenți, M. Sentenac (2011) a explorat victimizarea prin intimidare în rândul adolescenților cu dizabilități în funcție de factorii individuali, sociali și familiali. Ei au găsit asocieri între *victimizarea prin intimidare și un sprijin social mai slab* și dificultăți de comunicare cu tații lor. Aceste asocieri au fost și mai puternice în rândul elevilor cu dizabilități fizice [205].

C. Rose și colaboratorii (2015) au demonstrat că *adolescenții cu dizabilități fizice sunt mai predispuși să raporteze că au fost supuși bullying-ului* în comparație cu adolescenții cu dezvoltare tipică, iar riscul de a fi supus bullyingului crește atunci când întâmpină dificultăți de mobilitate din cauza dizabilității, cât și în condițiile de restricție în participarea școlară [201].

Dezvoltarea psihosocială la adolescenții cu dizabilități

Adolescenții cu dizabilități fizice doresc să atingă aceleași etape de dezvoltare ca și colegii cu dezvoltare tipică, cum ar fi: stabilirea de prietenii, dezvoltarea identității și evoluția relațiilor amoroase etc. Din nefericire, ei nu au în mod obișnuit capacitatea/autonomia cognitivă, emoțională și comportamentală pentru a face acest lucru. Cercetările privind dezvoltarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități (N. Humphrey, 2013; C. Mueller și H. Prout, 2009) s-au axat în principal pe conceptul de sine, pe relațiile pozitive cu părinții și cu colegii, precum și pe dezvoltarea optimismului și strategiilor de depășire a depresiei [172; 196].

Identitatea

Pe măsură ce adolescenții cu dizabilități își explorează identitatea, ei recunosc că toată lumea este diferită, redefinind modul în care se percep pe ei înșiși. R. Lingam, C. Novak, A. Emond și J. Coad (2013) au aplicat metoda interviului pentru a înțelege în profunzime experiențele și aspirațiile unui grup de adolescenți cu dizabilități fizice. Ei au constatat că, pentru aceștia, formarea identității este o combinație între experiențele lor de viață și modul în care și-au perceput dizabilitatea, inclusiv diferențele și dificultățile care decurg din aceasta. Mai mult, percepția de sine a adolescenților a fost influențată în mod specific de percepția lor asupra modului în care grupurile de prieteni îi vedeau la școală și de percepția atitudinii familiei lor față de dizabilitate. În cele din urmă, un sentiment pozitiv al identității și al valorii de sine decurge din apartenența la o rețea socială care oferă un sentiment de apartenență, de preferință una care apreciază atât diferențele, cât și asemănările [180]. Cercetătorul S. Szivos-Bach (1993) susține că apartenența la o rețea socială, împreună cu percepțiile prietenilor și ale familiei, joacă un rol important în dezvoltarea identității

Atașamentul

Relațiile de atașament au o importanță și mai mare pentru adolescenții cu dizabilități, din cauza resurselor lor reduse de adaptare. Cu toate acestea, formarea acestor relații de atașament poate fi mai dificilă pentru persoanele cu dizabilități, deoarece metodele de comunicare și comportamentele pe care le exprimă pot fi mai greu de descifrat de către îngrijitor ceea ce poate diminua sensibilitatea și capacitatea de reacție a îngrijitorilor față de adolescentul cu dizabilități, au concluzionat Clasien de Schipper și colaboratorii săi în a. 2006 [153]. C. Janssen, în a. 2002, califică factorii parentali, cum ar fi stresul crescut asociat cu îngrijirea unui copil cu dizabilități și acceptarea diagnosticului de dizabilitate, pot avea, de asemenea, un impact negativ asupra dezvoltării relațiilor de atașament [173]. Autorul A. Abubakar (2013) a explorat pe larg modelele de atașament la persoanele cu dizabilități [134]. Aceștia pot deveni mai puternic atașați de colegii lor care se confruntă cu condiții similare. În consecință, adolescenții cu dizabilități au adesea scoruri mai mari la măsurările de atașament față de colegi cu dizabilități, comparativ cu cei cu dezvoltare tipică. În timpul adolescenței, persoanele cu dizabilități de învățare raportează relații de atașament mai puțin sigure atât cu mamele, cât și cu tații, în comparație cu colegii lor cu dezvoltare în normă (M. Al-Yagon, 2012) [136].

Autonomia

Autodeterminarea este, în esență, capacitatea unei persoane de a face în mod independent alegeri de viață semnificative, afirmă E. Clark în 2004. Aceasta cuprinde activități precum rezolvarea problemelor, luarea deciziilor, stabilirea obiectivelor, autoobservarea și evaluarea,

autogestionarea și consolidarea, dobândirea unui locus intern de control, atribuirea de atribuții pozitive de eficacitate și de așteptare a rezultatelor, dezvoltarea unei imagini de sine realiste și pozitive și conștientizarea de sine [152]. Obținerea unui sentiment de autonomie constituie un obiectiv major pentru majoritatea persoanelor cu dizabilități, în special în tranziția de la copilărie la adolescență și de la adolescență la vârsta adultă. Autonomia (P. Crittenden, 1990), pentru adolescenții cu dizabilități, include asumarea responsabilității pentru comportamentul lor, luarea deciziilor cu privire la viața lor și menținerea unor relații sociale de susținere [156]. Un domeniu în care adolescenții cu dizabilități pot începe să își exercite autonomia cu sprijinul și influența membrilor familiei implică luarea deciziilor medicale (E. Racine, 2012) [199]. Autorul G. Terrone (2014) a studiat relația dintre autonomia adolescenților și percepția sentimentelor și atitudinilor trăite în familie la adolescenții cu și fără dizabilități. În timp ce toți membrii familiei influențează nivelul de autonomie la adolescenții cu dezvoltare tipică, mamele, încă o dată, au avut o influență semnificativă asupra nivelului de autonomie al adolescenților cu dizabilități [213].

Stima de sine

Există dovezi că, pentru persoanele cu dizabilități, stigmatizarea poate avea un impact negativ asupra bunăstării lor psihologice, scăzându-le stima de sine și afectându-le negativ starea de spirit, susține C. Abraham în a. 2002 [133].

Cercetarea aspectelor legate de dezvoltarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități este marcant limitată în comparație cu alte domenii importante pentru creșterea lor, menționează D. Dagnan și M. Waring (2004). Cu toate acestea, au existat câteva constatări cheie care pot fi folosite ca bază pentru a dezvolta în continuare cercetarea în acest domeniu [157].

Adolescenții cu dizabilități tind să aibă niveluri ridicate de atașament atât față de colegi, cât și față de părinți, în special față de mame. Cu toate acestea, aceste atașamente nu sunt adesea sigure [212]. În timpul tranziției de la copilărie la adolescență și apoi de la adolescență la vârsta adultă, nevoia de autonomie crește. Familiile adolescenților cu dizabilități trebuie să încurajeze, să sprijine și să ajute în activități care încurajează dezvoltarea autonomiei în condiții de siguranță și securitate [190]. Stigmatizarea poate contribui în mod esențial la stima de sine scăzută la adolescenții cu dizabilități, în special în această perioadă de dezvoltare, când aceștia devin mai conștienți de percepțiile celorlalți și comparația este crescută.

Funcționalitatea adolescenților cu dizabilități fizice

Conform CIF, abordarea tradițională a persoanei cu dizabilități căreia i se atribuia dizabilitatea ca o caracteristică individuală este înlocuită cu o abordare socială. În această nouă accepțiune dizabilitatea persoanei este raportată la condițiile favorizante sau defavorizate, medii adaptate sau neadaptate la nevoile persoanei ce generează drept condiții pentru acceptare sau

discriminare, accesibilitate totală sau redusă / bariere în cale accesării activităților consfințite prin drepturile generale ale omului. În aceste condiții persoanele cu dizabilități sunt persoanele cărora mediul social, neadaptat nevoilor generate de deficiențele lor fizice, senzoriale, mentale și/ sau asociate, le limitează sau le împiedică accesul cu șanse egale la viața în societate. Iar pentru asigurarea incluziunii educaționale și sociale persoanele cu dizabilități necesită măsuri de protecție și sprijin.

Organizația Mondială a Sănătății a obținut acceptarea la nivel mondial în rândul persoanelor din domeniul reabilitării, cercetării și practicii din domeniul sănătății pentru promovarea modelului CIF de abordare a dizabilității ca un cadru biopsihosocial care poate fi utilizat pentru a sprijini o abordare sistematică a pentru dizabilității în diverse condiții de trai ale populației și în diferite culturi (D. Peterson și D. Rosenthal, 2005) [198]. În mod specific, paradigma CIF este structurată în jurul următoarelor componente generale: (a) corp, funcții și structură (deficiență), (b) activități legate de sarcini și acțiunile realizate de individ (limitarea), c) participarea, implicarea într-o situație de viață (restricții), (c) factori de mediu și d) factori personali. Aceste concepte-cheie și modul în care interacționează influențează incluziunea deplină, starea de sănătate și calitatea vieții persoanelor cu boli cronice și dizabilități. Interacțiunea lor poate fi analizată în figura 1.3 [151].

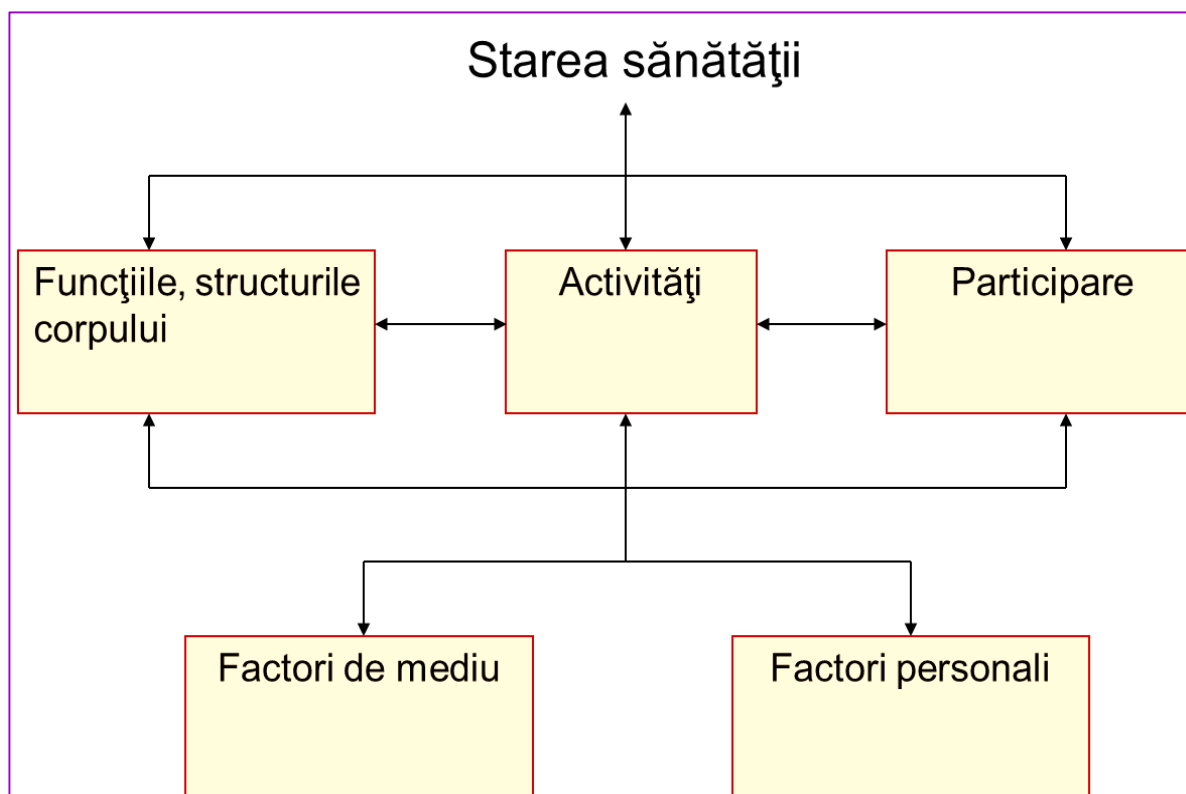


Fig. 1.3. Interacțiunea dintre componentele CIF [151, p. 14]

Conform definiției OMS termenul „dizabilitate” se referă la o deficiență fizică, senzorială sau intelectuală care limitează semnificativ performanțele unei persoane în activitățile dominante în unul sau mai multe domenii de funcționare ale vieții, prin limitarea activităților și restricționarea participării. Anume, *limitarea activităților* și *restricționarea participării*, sunt cuvintele cheie care caracterizează dizabilitatea conform Clasificării internaționale a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF) (OMS, 2001). Deoarece o distincție clară între activități și participare nu este întotdeauna posibilă, un consens clar cu privire la diferența dintre activități și participare nu a putut fi obținut în timpul dezvoltării CIF. Astfel activitățile și participarea au fost combinate într-un singur construct/clasificator în CIF (Fougeyrollas et al., 1998; Nordenfelt, 2003; Perenboom & Chorus, 2003) [169].

CIF identifică următoarele nouă domenii pentru activități și participare:

- Învățarea și aplicarea cunoștințelor (de exemplu, vizionarea, ascultarea și rezolvarea problemelor).
- Sarcini și solicitări generale (de exemplu, sarcini unice și sarcini multiple).
- Comunicare (de exemplu, primirea de mesaje orale și vorbire).
- Mișcarea (de exemplu, ridicarea și transportarea obiectelor, mersul pe jos și utilizarea mijloacelor de transport).
- Îngrijirea personală (de exemplu, curățarea, mâncarea și îmbrăcarea).
- Domenii ale vieții domestice (de exemplu, pregătirea meselor și efectuarea treburilor casnice).
- Interacțiuni interpersonale (de exemplu, relaționarea cu colegii de muncă și relații intime).
- Domenii majore ale vieții (de exemplu, educația informală, educația școlară și ocuparea unui loc de muncă).
- Viața comunitară, socială și civică (de exemplu, recreere și agrement, religie și spiritualitate și drepturile omului).

În CIF **funcționalitatea persoanei** este privită ca o consecință a interacțiunii complexe dintre starea de sănătate, factorii contextuali ai mediului, precum și factorii personali.

În lucrul cu persoanele ce întâmpină dificultăți de adaptare psihosocială, generate de apariția unei boli cronice sau a unei dizabilități, este util să se ia în considerare importanța factorilor de mediu și a factorilor personali, cât și a efectului semnificativ al interacțiunii dintre aceste componente asupra adaptării psihosociale și incluziunii lor socio-educative. Astfel, modelul CIF permite identificarea soluției dintr-o perspectivă holistică, îmbunătățind considerabil procesul de luare a deciziilor de intervenție.

Analiza aspectelor teoretice ale adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice a reliefat *procesul multidimensional, bazat pe cunoașterea aspectelor forte și a limitelor dizabilității, iar finalitatea procesului de adaptare psihosocială este relația armonioasă dintre adolescentul cu dizabilități fizice și grupul de apartenență, mediul ambiental și implică asimilare și acomodare, influențate de deprinderi de autocunoaștere, autoreglare emoțională și comportamentală, efort și învățare prin participare continuă.*

Adaptarea psihosocială a adolescentului este un proces continuu de dezvoltare și de integrare activă în colectivitatea în care trăiește. Relaționarea permanentă doar cu persoanele adulte diminuează oportunitățile de dezvoltare a adolescentului, nu-i oferă posibilitatea de a acționa în conformitate cu interesele pe care le are și cu necesitatea de a prieteni cu semenii. Atunci când provocările legate de dizabilitate fac mai dificilă sau imposibilă participarea la activități sociale, în aceeași măsură cu adolescenții cu dezvoltare tipică, pot apărea rezultate psihosociale negative, cum ar fi stresul și singurătatea. Pentru adolescentul cu dizabilități fizice relațiile de prietenie cu semenii cu dezvoltare tipică îl susține în autocunoaștere, formarea competențelor de relaționare, îi conferă încredere. Relațiile preîntâmpină apariția sentimentului de inferioritate, a stărilor afective negative și au o influență pozitivă în dezvoltarea sferei cognitive și psihoemoționale. Acceptarea și implicarea adolescenților cu dizabilități în diferite activități, inclusiv participarea la activități fizice, nu numai că le îmbunătățește starea generală de sănătate, dar le facilitează interacțiunea cu adolescenții fără dizabilități în afara mediilor școlare.

În acest context, afirmăm că problema adaptării psihosociale a adolescentului cu dizabilități fizice este complexă, multidimensională și necesită a fi investigată în profunzime. Am inițiat studiul experimental ce vizează adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice, ce ne va da explicație la o gamă de întrebări cu referire la subiectul investigat. Iar abordările teoretice susțin formularea problemei de cercetare și vor fundamenta intervențiile.

Problema de cercetare rezidă în determinarea particularităților specifice ale procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice și a modalităților de intervenție psihosocială pentru eficientizarea acestui proces. **Scopul cercetării** constă în stabilirea particularităților adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, elaborarea și validarea modelului de eficientizare a acesteia în condițiile incluziunii lor educaționale și sociale.

Pentru a realiza scopul înaintat și a verifica ipoteza, ne-am propus următoarele **obiective**:

- determinarea particularităților procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice comparativ cu adolescenții cu dezvoltare tipică;
- identificarea factorilor ce influențează procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice.

1.4. Concluzii la capitolul 1

Investigarea conceptelor teoretico-metodologice ale procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice a determinat sintetizarea următoarelor concluzii care vor sta la baza demersului cercetării experimentale:

1. Adaptarea psihosocială este un proces multidimensional, bazat pe cunoașterea aspectelor forte și a limitelor dizabilității, iar finalitatea procesului de adaptare psihosocială este relația armonioasă dintre adolescentul cu dizabilități fizice și grupul de apartenență, mediul ambiental și implică asimilare și acomodare, influențate de deprinderi de autocunoaștere, autoreglare emoțională și comportamentală, efort și învățare prin participare continuă.
2. Persoanele care prezintă dizabilități fizice vor trece invariabil printr-un proces de adaptare psihosocială, în care dizabilitatea devine o parte integrată a vieții, identității, conștientizării de sine, imaginii lor corporale, influențându-le echilibrul emoțional și relațiile sociale.
3. Deprinderile sociale și de gestionare a emoțiilor ocupă un loc semnificativ printre resursele interne necesare adolescenților cu dizabilități fizice în procesul de adaptare, fiind orientați spre relațiile interpersonale, dependenți de opiniile colegilor de aceeași vârstă și a persoanelor semnificative din viața lor.
4. Procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice se caracterizează printr-o dinamică încetinită, în urma influenței factorilor psihosociali.
5. Fenomenul adaptării psihosociale ce vizează adolescenții, dar în special adolescenții cu dizabilități fizice, este unul de actualitate. O condiție pentru respectarea dreptului la educație, implicând incluziunea educațională și, în final, cea socială, este eficientizarea procesului de adaptare psihosocială a adolescentului cu dizabilități fizice.

2. ANALIZA FACTORILOR CARE INFLUIENȚEAZĂ ADAPTAREA PSIHOSOCIALĂ A ADOLESCENȚILOR CU DIZABILITĂȚI FIZICE

2.1. Designul cercetării adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice

Analiza teoretică a problemei cercetate a determinat formularea **ipotezelor cercetării**.

Pentru prima etapă de cercetare experimentală ne-am propus spre verificare următoarele ipoteze operaționale, parcurgând câteva etape. Astfel:

- presupunem că adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice prezintă particularități specifice;
- presupunem că procesul de adaptare psihosocială la adolescenții cu dizabilități fizice se caracterizează printr-o dezvoltare încetinită, în urma influenței unor factori, care stagnează, în diferită măsură, adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice.

Pentru a realiza scopul înaintat și a verifica ipotezele cercetării, ne-am propus următoarele **obiective**:

- determinarea particularităților procesului de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice comparativ cu adolescenții cu dezvoltare tipică;
- identificarea factorilor ce influențează procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice.

Menționăm că analiza literaturii de specialitate ne-a ajutat să conturăm următoarea schemă conceptuală a adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice, prezentată în figura 2.1.

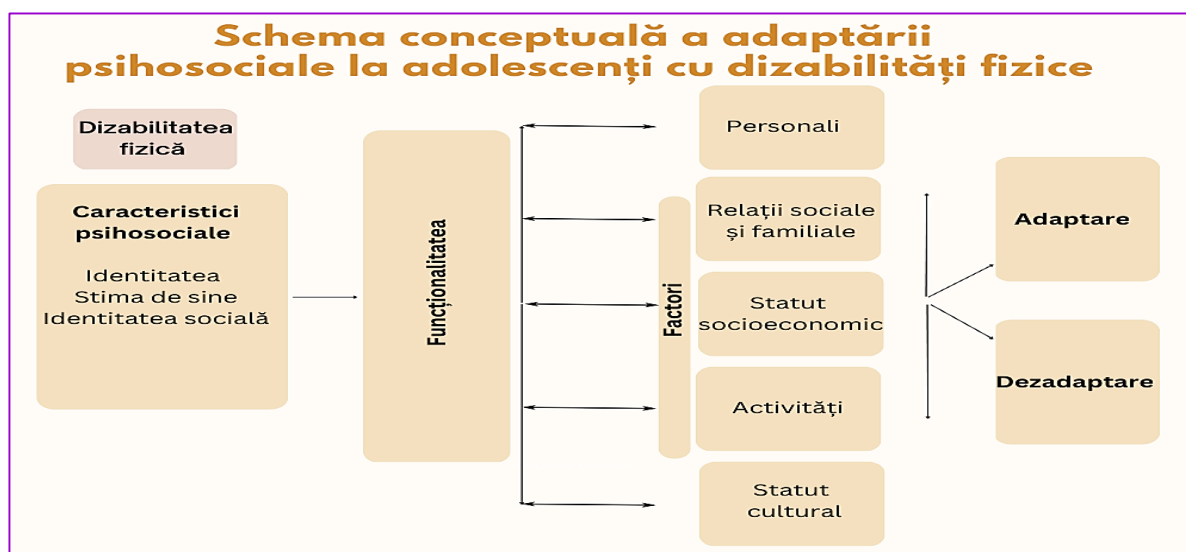


Fig. 2.1. Schema conceptuală a adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice
(contribuție personală)

Caracteristicile psihosociale ale persoanei cu dizabilități fizice au o mare importanță în procesul de adaptare, influențând funcționalitatea acesteia. Respectiv, funcționalitatea este interdependentă de factorii personali, de mediu, contextuali, iar modul în care factorii interacționează cu funcția și accesul la activitate vor defini finalitatea. Drept urmare, persoana fie devine activă, independentă, participă la viața societății, valorificându-și rolurile sociale, și în această situație vorbim de un nivel optim de adaptare; fie este retrasă, dependentă, înafara activităților sociale, îmbinând toate semnele unei situații de dezadaptare.

Experimentul de constatare a inclus următoarele *etape*:

- *prima etapă* a avut ca sarcină selectarea instrumentarului metodic orientat spre studierea adaptării psihosociale și a particularităților psihologice de dezvoltare a personalității adolescenților cu dizabilități fizice, precum și formarea lotului experimental;
- la *cea de-a a doua etapă* s-au colectat datele experimentale, analiza calitativă și cantitativă a cărora a permis determinarea particularităților psihosociale ale adaptării adolescenților (2018-2020);
- la *cea de-a a treia etapă* a fost realizată analiza datelor experimentale cu referire la particularitățile psihologice ale adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități, determinarea relației dintre indicii generali ai adaptării psihosociale și alte variabile ale cercetării;
- *etapa a patra* a fost caracterizată prin formularea concluziilor în contextul verificării ipotezelor cercetării, urmată de elaborarea și aprobarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale la adolescenți cu dizabilități fizice; elaborarea recomandărilor pentru cadre didactice, psihologi, specialiști din servicii de educație incluzivă (2019-2020).

În cadrul cercetării au fost utilizate mai multe instrumente psihometrice, care vor fi descrise în continuare: **Ancheta psihosocială; Chestionarul de diagnosticare a adaptării psihosociale** elaborat de către C. Rogers și R. Dymond; **Scala lipsei de speranță/deznădejde Beck; Testul ASEBA; Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн.**

Datele experimentale obținute au fost supuse prelucrării statistice, fiind utilizate metode de interpretare cantitativă și calitativă, cu diferențierea caracteristicilor pentru diferite grupuri experimentale.

În scopul realizării obiectivelor propuse în cadrul experimentului și a verificării ipotezelor înaintate au fost valorificate următoarele **metode empirice**:

1. **Ancheta psihosocială**, fiind un instrument destul de frecvent utilizat în cadrul științelor socioumane și fiind perfect pentru etapa inițială de culegere a datelor, ancheta psihosocială a

fost utilizată în scopul colectării informației cu referire la experiența de viață a respondenților. Ancheta a fost elaborată în baza itemilor din cadrul chestionarului de autoevaluare a comportamentului, care reprezintă parte integrantă din ASEBA, care a fost complementat cu itemi noi, care să răspundă domeniilor informaționale neexplorate/mai puțin explorate prin utilizarea acestei baterii. La elaborarea instrumentului au fost consultate anchete psihosociale elaborate de A. Ghergut, N. Bucun, O. Paladi. Astfel, ancheta psihosocială a inclus itemi care să permită dezvăluirea unei informații mai complexe:

- *despre sine* și anume, propria percepție asupra relațiilor pe care le are cu cei din familie, școală, prietenii; activitățile preferate, de petrecere a timpului liber, inclusiv, cu prietenii, sporturile preferate, practicate; autoaprecierea stării de sănătate, iar în cazul prezenței unei dizabilități, s-au solicitat informații privind recuperarea;
- *despre familie*: tipul, statutul financiar prin evidențierea veniturilor lunare, condițiile de trai, ocupația părinților, fraților etc.;
- *despre școlarizare și activitatea școlară*: tipul instituției în care este înrolat, tipul incluziunii (totală, adică cu frecventarea zilnică a școlii, parțială, ocazională, beneficiind în totalitate de instruire la domiciliu, sau alternând frecventarea școlii cu instruirea realizată acasă), autoaprecierea performanței școlare etc.

Formularul integral al anchetei psihosociale este prezentat în Anexa 1.

Ancheta psihosocială este realizată în bază de chestionar și include următoarele secvențe: sexul subiecților (masculin/feminin); vârsta/ anul nașterii; tipul instituției în care învață (gimnaziu; liceu; școală profesională; centru de excelență (colegiu); universitate; la moment nu studiază); clasa/ anul de studii; modalitatea de studii (în școală; la domiciliu; mixt (în unele zile la școală, altele la domiciliu) / denumirea exactă a instituției de învățământ în care studiază / denumirea exactă a specialității dacă este student; autoaprecierea performanței școlare (foarte rău, destul de rău, nici bine – nici rău / mediu; destul de bine; foarte bine); angajabilitatea în câmpul muncii / profesia părinților; locuiește în: apartamentul sau casa părinților, cămin, apartament în chirie, apartament personal; tipul familiei din care face parte (completă; monoparentală (numai mama; numai tata); orfan); venitul mediu lunar al familiei (până la 1500 lei; 1500-4000 lei; 4000-8000 lei; peste 8000 lei; nu știu); mediul de reședință/proveniență (urban / rural); sporturile preferate, practicate; hobby-urile, activitățile sau jocurile preferate, altele decât sporturile; organizațiile, cluburile, echipele sau grupurile din care face parte subiectul; sarcinile sau activitățile pe care le are de făcut în familie; numărul prietenilor apropiați; numărul întâlnirilor, pe săptămână, cu prietenii pentru diferite activități, în afara școlii; numărul fraților /surorilor; nivelul de a se înțelege cu frații/surorile, cu alți copii; atitudinea față de părinți; nivelul de realizare a sarcinilor;

autoaprecierea stării sănătății (foarte bună; bună; mai puțin bună); prezența unui diagnostic, deficiență sau vreo dizabilitate; tipul de dizabilitate: locomotorie (dificultăți de deplasare) / asociată cu dificultăți senzoriale de auz și/ sau văz / altele; numărul vizitelor la medic la un an pentru recuperare, la un centru de recuperare sau la Serviciu de Asistență Psihopedagogică: niciodată, o dată, de 2-3 ori, mai mult de 4 ori; alte probleme: Descrie orice îngrijorare sau problemă pe care o ai legată de școală / Descrie orice îngrijorare sau problemă pe care o ai (Indiferent de domeniu) / Descrie care sunt cele mai bune / pozitive aspecte ale tale.

Formularul integral al anchetei psihosociale este prezentat (Anexa 1).

2. Chestionarul de diagnosticare a adaptării psihosociale elaborate de către Carl Rogers și Rozalind Dymond. Este un chestionar de personalitate destinat cercetării particularităților psihosociale ale adaptării. Chestionarul conține 101 afirmații formulate la persoana a III-a singular fără a specifica careva pronume. Autorii au utilizat această formulare cu scopul evitării efectului „identificării directe” și pentru neutralizarea montajului respondenților de a oferi răspunsuri social dorite și nu cele reale. Rezultatele descriu 6 indicatori integrali: adaptarea, acceptarea de sine, acceptarea celorlalți, locul controlului, confortul emoțional și tendința spre dominare. Fiecare dintre indicatori se calculează după o formulă individuală dedusă de către autori pe cale empirică. Interpretarea se efectuează conform datelor normative calculate separat pentru adolescenți și adulți. Caracteristicile adaptabilității psihosociale coincid în mare parte cu criteriile maturității personale, printre care: acceptarea sinelui, acceptarea celorlalți, confortul emoțional, înțelegerea propriilor probleme și tendința de a le depăși. La celălalt pol, inadaptabilitatea/dezadaptabilitatea psihosocială presupune: neacceptarea propriei persoane și neacceptarea altora, prezența barierelor în procesul de autocunoaștere, disconfortul emoțional, lipsa flexibilității, escapismul.

Astfel, metoda dată determină nivelul pentru următoarele scale: 1. Adaptabilitate; Dezadaptabilitate; 2. Sinceritate; 3. Acceptarea de sine; Neacceptarea de sine; 4. Acceptarea celorlalți; Neacceptarea celorlalți; 5. Confort emoțional; Disconfort emoțional; 6. Control intern; Control extern; 7. Dominare; Supunere; 8. Evitarea problemelor. Pentru interpretarea scalelor testului este important să se compare valorile obținute cu cele standard. În atare context, punctajul obținut este repartizat conform cheii în care descriem trei nivele și anume: nivel mediu de dezvoltare a factorului (zona nehotărârii), nivel scăzut și nivel înalt [78].

Adaptarea psihologică a unei persoane este înțeleasă ca realizarea optimă a capacităților și a abilităților interne ale unei persoane și a potențialului său personal într-un domeniu specific. Starea de adaptabilitate psihologică este caracterizată ca o stare de relație între individ și grup, când individul, fără conflicte externe și interne prelungite, își desfășoară productiv activitatea

dominantă, își satisface nevoia de interacțiune socială, îndeplinește pe deplin așteptările pentru rolul pe care îl joacă în grupul de referință și trăiește o stare de autoafirmare.

Se disting următoarele mecanisme de adaptare psihologică:

- Acceptarea – procesul de percepere a realității așa cum este cu adevărat. A accepta ceva înseamnă a nu condamna, ci a-i da dreptul de a fi. De asemenea, aceasta implică un acord intern cu ceea ce se întâmplă, de a fi împăcat cu ideea ca ceva să fie așa cum este. Orice conflict intern este un dezacord cu sine. Orice conflict extern este o respingere a ceva considerat a fi rău, ilegal, neavând dreptul de a exista. În acceptarea sinelui se reflectă o evaluare realistă a propriilor calități, abilități și oportunități, înțelegerea și acceptarea valorilor dezvoltate și nevoilor urgente, trăirea în armonie cu sine, scăparea de complexe psihologice sau reconcilierea cu acestea.

- Confortul emoțional – este o stare în care o persoană se simte încrezătoare, calmă și confortabilă. Persoana nu se teme, își exprimă liber sentimentele, este optimistă și mulțumită în general. Disconfortul emoțional este o stare care perturbă activitatea normală. Implică frică, anxietate, îndoiala de sine, depresia, îngrijorarea excesivă, gândurile sumbre.

- Oamenii supuși controlului intern (ce internalizează), de regulă, cred că soarta este în mâinile lor și poate fi controlată. Chiar și după o serie de eșecuri, nu le scad așteptările și își mențin un sentiment de control asupra circumstanțelor, chiar dacă nu le este recompensat comportamentul. Oamenii supuși controlului extern (ce externalizează) sunt încrezători că soarta lor depinde de noroc. Ei cred că succesele și eșecurile le sunt întâmplătoare, o combinație de circumstanțe. Un nivel înalt de control extern duce la apatie și disperare, deoarece persoana este sigură că nu își poate influența propria viață. Un nivel ridicat de control intern înseamnă că o persoană își asumă responsabilitatea pentru tot ceea ce se întâmplă în viața sa (eșecuri în viața personală, moartea celor dragi, mofturile copiilor).

- Dominare – sentimentul de dominație asupra altor subiecți. Persoana încearcă să-și mențină mediul sub control, precum și să-l influențeze în mod constant, să ordone, să interzică. Starea opusă de dominație este supunerea. Persoanei îi este confortabil să fie dependentă de ceilalți și să se bazeze complet pe opinia altcuiva. Ea încearcă să rămână pe plan secundar și urmează instrucțiunile unui lider fără nicio obiecție.

- Escapism – este schimbul realității pe o lume iluzorie. Apare de obicei sub forma unei reacții la stresul continuu, care este cauzat de situații de criză, muncă grea, traume psihologice.

Metoda determină nivelul pentru următoarele variabile: 1. Adaptabilitate (68-170); Dezadaptabilitate (68-170); 2. Scala de sinceritate (18-45); 3. Acceptarea de sine (22-52); Neacceptarea de sine (14-35); 4. Acceptarea celorlalți (12-30); Neacceptarea celorlalți (14-35); 5. Confort emoțional (14-35); Disconfort emoțional (14-35); 6. Control intern (26-65); Control

extern (18-45); 7. Dominare (6-15); Supunere (12-30); 8 Evitarea problemelor (10-25).

Formularul testului este prezentat în anexe (Anexa 2).

3. Scala lipsei de speranță/deznădejde Beck

Scala lipsei de speranță a lui Beck (Beck Hopelessness Scale – BHS) a fost dezvoltată de Beck și colab. (1974) ca un instrument de auto-evaluare pentru a măsura sentimentele de lipsa de speranță, respectiv sentimentele de pesimism, de viitor sumbru și de pierderea motivației. Beck a denumit lipsa de speranță ca o așteptare negativă generalizată asupra viitorului. Aceasta așteptare negativă este cel mai important factor de risc pe termen lung al suicidului (Joiner și colab., 2005).

Manualul scalei au fost publicate de Beck și Steer în 1988. Scala BHS este o scala de auto-evaluare cu 20 itemi. Prin fiecare item subiectul își evaluează pesimismul și rejetează optimismul cotând întrebările cu „adevărat” sau „fals” referitor la trăirile din timpul ultimei săptămâni. Itemii sunt astfel cotați fie cu 1, fie cu 0 și astfel scorul total se poate cuprinde de la 0 la 20. Un scor de 0-3 este considerat ca indicând absența totală a lipsei de speranță, scorul de 4-8 indică o lipsă de speranță ușoară/ deznădejde, 9-14 nivel mediu și peste 14 lipsa severă de speranță. Formularul testului este prezentat în anexe (Anexa 3) [84].

4. Testul ASEBA

Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric (ASEBA) dezvoltat de T.M Achenbach și L.A. Rescorla, adaptat de A. Dobrean (2009), cuprinde un set de chestionare pentru evaluarea competențelor, a funcționării adaptative și a problemelor copiilor și adolescenților [1].

Chestionarul de autoevaluare comportamentală identifică nivelul de manifestare pentru următoarele variabile: 1. *probleme afective* ce include comportamente: refuz alimentar, autosabotare, învinuire, dereglarea somnului; 2. *probleme de anxietate* ce include comportamente ce manifestă dependență, teamă, teamă de școală, tensiune, îngrijorare; 3. *acuze somatice* ce include comportamente de genul: dureri, dureri de cap, probleme de vedere, probleme dermatologice, greață dureri de stomac, vomă; 4. *probleme de atenție / ADHD* ce include comportamente de slabă concentrare, neliniște, impulsivitate, neatenție, nerealizare integrală a sarcinilor; 5. *probleme ale comportamentului opozant* ce include comportamente: neascultare a casă, neascultare la școală, încăpăținare, accese de furie; 6. *probleme de conduită* ce include comportamente: distruge lucrurile colegilor, încalcă regulile clasei, atacă alte persoane, fură de acasă, înjură, amenință. Conform autorului testului ASEBA, fiecare variabilă are 3 intervale: interval normal, intermediar și clinic. Formularul chestionarului este prezentat în anexe (Anexa 4).

5. Tehnica de studiere a autoaprecierii Дембо-Рубинштейн (varianta А. Прихожан)

Tehnica de studiere a autoaprecierii Дембо-Рубинштейн (ТАДР), a fost dezvoltată de Сусанна Рубинштейн, care a utilizat principiul propus de către Т. Дембо pentru studierea

reprezentărilor subiectului despre fericire. С. Рубинштейн a extins tehnica, incluzând în schimbul unei scale patru (sănătate, inteligență, caracter și fericire). А. Прихожан a mai adăugat trei scale, precum „autoritatea de care se bucură persoana printre cei de aceeași vârstă”, „dibăcia”, „exteriorul fizic”, iar în schimbul „fericirii” a inclus „încrederea în sine” [apud. 114].

Această tehnică se bazează pe estimarea directă a nivelului real/actual al autoaprecierii unui șir de calități personale ale adolescenților și anume: sănătatea, intelectul, caracterul, autoritatea în fața semenilor, mâinile dibace, capacitățile comunicative, înfățișarea, încrederea în sine, precum și a nivelului dezvoltării acestor calități la care adolescentul ar fi satisfăcut de sine (nivelul aspirațiilor). Pe o foaie de hârtie cu 7 linii de 10 cm lungime desenate sunt prezentate caracteristicile ce trebuie apreciate. Cu semnul „+” un punct de pe fiecare linie, se apreciază manifestarea acestor calități în structura personalității, apoi cu semnul „x” se notează nivelul dorit de adolescent în manifestarea acestor calități (ce își dorești?) [95]. Această tehnică a fost valorificată cu scopul de a identifica nivelele autoaprecierii la adolescenții. Formularul testului este prezentat în anexe (Anexa 5).

Instrumentele statistice utilizate vizează analiza cantitativă a rezultatelor, care a fost efectuată cu ajutorul programului SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versiunea 21. A fost utilizat: **Testul T** pentru două eșantioane pentru două eșantioane perechi (Paired-Samples T-Test); **testul Kolmogorov-Smirnov** pentru determinarea normalității distribuțiilor de date; **testul Chi-pătrat** pentru a determina asocierea între variabilele nominale și ordinale; **testul Kendall-tau** pentru a studia corelația variabilelor de tip scală; **testul U Mann-Witney** pentru a compararea datelor eșantioanelor independente [86].

Caracteristici ale lotului experimental

Scopul și obiectivele cercetării au determinat conturarea structurii **lotului experimental**, care a fost alcătuit din **100 de adolescenți** cu diferit nivel de dezvoltare. Astfel, pentru realizarea experimentului de constatare am selectat 2 grupe de respondenți, constituite din 50 de adolescenți cu dizabilități fizice (dintre care 22 băieți și 28 fete) și 50 de adolescenți cu dezvoltare tipică (dintre care 20 băieți și 30 fete).

Pentru omogenizarea acestor grupuri, în scopul sporirii validității datelor experimentale obținute în continuare, respondenții au fost selectați în baza mai multor criterii comune. În continuare vom prezenta aceste aspecte obținute în urma chestionării subiecților din ambele grupuri prin intermediul chestionarului.

Analiza fișelor experimentale completate ne permite să constatăm caracteristicile lotului experimental în baza criteriului de gen.

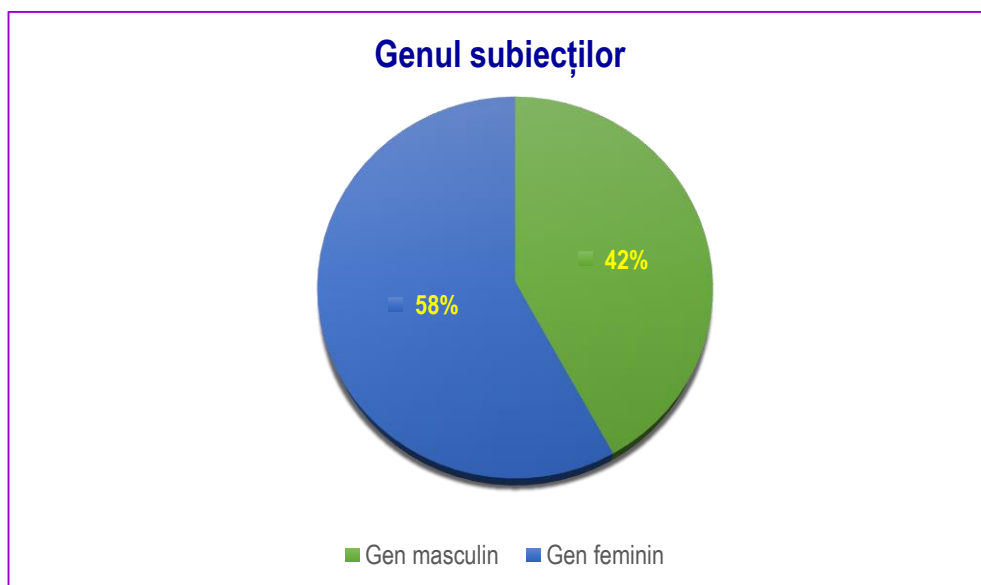


Fig. 2.2. Repartizarea subiecților în funcție de criteriul gen

Datele expuse în figura 2.2 ne permit să constatăm prezența a 42% dintre adolescenți de gen masculin, ceea ce reprezintă 42 de băieți și 58% de gen feminin, ceea ce reprezintă 58 de fete – un lot disproporționat puțin în favoarea subiecților de gen feminin.

Respectiv, în cadrul experimentului au fost antrenați subiecți, cu vârsta cuprinsă între 14 și 20 ani (55% cu vârsta cuprinsă între 14-15 ani și 45% cu vârste cuprinde între 16-20 ani). La momentul chestionării studiau în clasele gimnaziale – 20% (11% adolescenți cu dizabilități și 9% fără dizabilități), clasele liceale – 56% (17% adolescenți cu dizabilități și 39% fără dizabilități), Centrul de Excelență – 5% (adolescenți cu dizabilități), ciclul universitar 9% (8% adolescenți cu dizabilități și 1% fără dizabilități), iar 10% dintre respondenți (9% adolescenți cu dizabilități și 1% fără dizabilități) nu erau încadrați la moment în instituții de învățământ.

Din lotul experimental menționat, 2,2% dintre subiecți învață după modalitatea mixtă: în unele zile la școală, în unele zile la domiciliu, 10% sunt cu instruire la domiciliu și în mare parte – 87,8% dintre respondenți studiază în instituții de învățământ (școală, colegiu, universitate).

La alegerea respondenților s-a ținut cont și de mediul de trai al acestora. Au fost selectați câte 50% adolescenți din mediul rural și 50% din mediul urban, dintre care câte 50% dintre aceste grupuri sunt adolescenți cu dezvoltare tipică și, respectiv, 50% cu diverse tipuri de dizabilitate.

Toți adolescenții (100%) din grupul cu dizabilități se confruntă cu dizabilități fizice/ locomotorii. O mică parte dintre subiecții cu dizabilități și anume 8% merg la recuperare frecvent – de 4 ori pe an; 24% dintre subiecți merg la recuperare, în medie, de 2-3 ori; alții 24 % merg o singură dată pe an, iar o mare parte dintre subiecții experimentali – 44% nu au mers la activități

de recuperare niciodată.

În conformitate cu factorul *locul de trai*, 81% dintre acești respondenți trăiesc împreună cu părinții, iar 19% în cămine, chirii sau apartamente personale. Analizând datele observăm că 88% dintre aceștia provin din familii complete și 12% din familii monoparentale. Toți subiecții care trăiesc în familii monoparentale locuiesc cu mamele, iar din aceștia fac parte 9% sunt adolescenți cu dizabilități și 3% fără dizabilități.

În aspectul relațiilor cu părinții, 7% adolescenții ne comunică prin intermediul chestionarului că se înțeleg mai rău cu părinții (4% adolescenți cu dizabilități și 3% fără dizabilități), la fel ca semenii lor consideră că se înțeleg 18% dintre adolescenții care au dizabilități și 23% fără dizabilități, de asemenea mai mult de jumătate din cei 100 de respondenți și anume 52% susțin că se înțeleg cu părinții mai bine decât colegii, prietenii, rudele sau semenii lor.

Dintre adolescenții care au participat la cercetare 15% sunt unicii copii în familie (10% adolescenți cu dizabilități și 5% fără dizabilități) și 85% mai au frați și surori, marea majoritate dintre toți adolescenții care nu sunt unicii copii în familie – 67%, au câte un frate/soră (31% adolescenți cu dizabilități și 36% fără dizabilități). Cinci procente dintre subiecții fără dizabilități se înțeleg mai rău cu frații și surorile lor, 31% din numărul total de adolescenți se înțeleg la fel de bine ca și ceilalți și aproape jumătate – 49% din întreg grupul experimental consideră că se înțeleg mai bine cu frații și surorile lor ca și ceilalți semenii.

Cercetând relația adolescenților din grupul experimental cu familia, părinții, frații și surorile, am înaintat adolescenților și întrebări vis-a-vis de relația acestora cu prietenii. Analizând aceste date identificăm că marea majoritate 80% dintre subiecții experimentali au de la 2 la 4 prieteni. Apreciabil este faptul că dintre cei 80%, 42% fac parte din grupul adolescenților cu dizabilități și 38% din grupul adolescenților fără dizabilități. Un număr de 14% dintre subiecți susțin că au un singur prieten și doar 6% din totalul adolescenților grupului experimental nu au nici un prieten.

Reieșind din faptul că marea majoritate a adolescenților au un prieten sau mai mulți, am analizat relația acestora. Câte 33% dintre adolescenți se întâlnesc cu prietenii lor o dată pe săptămână și, respectiv, mai mult de 3 ori, iar 28% își dau, în medie 1-2 întâlniri săptămânale cu amicii și prietenii.

Adolescenții, în viața de zi cu zi, contactează nu doar cu familia ori prietenii, dar și cu alți colegi de clasă școală, semenii etc. Din chestionar extragem informația că aproape jumătate – 49% dintre adolescenții grupului experimental se înțeleg mai bine cu alte persoane, 31% consideră că se înțeleg ”la fel ca și ceilalți” și doar 5% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică ne comunică că se înțeleg mai rău cu semenii.

La fel, adolescenții chestionați fac parte din anumite grupuri de apartenență, excluzând familia extinsă sau școala. Câte un procent dintre aceștia frecventează casa de modeling, club de desen, echipă de dans și teatru, 13% merg în diferite cluburi sportive, 6% sunt parte a anumitor ONG-uri, 2% sunt în cluburi de lectură, 3% sunt în consiliul elevilor și regretabil este că, 80% dintre adolescenții cu dizabilități și 62% dintre adolescenții fără adolescenți nu fac parte din nici un grup de activitate în afara orarului școlar.

De asemenea, 49% dintre respondenți, nu au careva activități sportive, dar în același timp, ceilalți sunt implicați în activități sportive precum: înot (15%), kinetoterapie (6%), ciclism (6%), dans (4%), arte marțiale (4%), canoe (3%), fotbal (2%), tenis de masă (2%), alergări (1%) și șah (1%). Chiar dacă 28% dintre adolescenți nu au nici hobby-uri totuși ceilalți sunt atrași de: citit (19%), muzică (19%), jocuri pe telefon/calculator (8%), sport (7%), desen (6%), gătit (3%), joc (3%), colecție de păpuși (2%), hand made (2%) și altele (1%).

Activitățile adolescenților sunt varii, indiferent de prezența sau absența dizabilității. În afară de școală părinții implică adolescenții în diverse activități casnice. Pentru a identifica sarcinile pe care le fac, am apelat la chestionarul oferit adolescenților din grupul experimental. În urma analizei rezultatelor aflăm că, 17% dintre adolescenți obișnuiesc să își facă patul, 13% fac curat în casă sau propria cameră, 12% își ajută familia prin gospodărie, 12% spală vesela, 12% sunt implicați în îngrijirea fraților mai mici, 3% obișnuiesc să gătească, 2% dintre adolescenți își concentrează forțele în a învăța bine, sunt antrenați în a face cumpărături și echipa de volei (1%), iar a patra parte dintre aceștia nu au nici o sarcină pe care le fac zilnic. 13% dintre subiecți consideră că nu le reușește îndeplinirea sarcinilor casnice, 55% sunt de părerea că se descurcă la fel de bine ca semenii lor, iar 32% susțin că realizează sarcinile propuse chiar mai bine decât ceilalți.

Ca și toate persoanele, indiferent de vârstă, adolescenții sunt copleșiți de anumite griji, în special, legate de școală (Figura 2.3.).

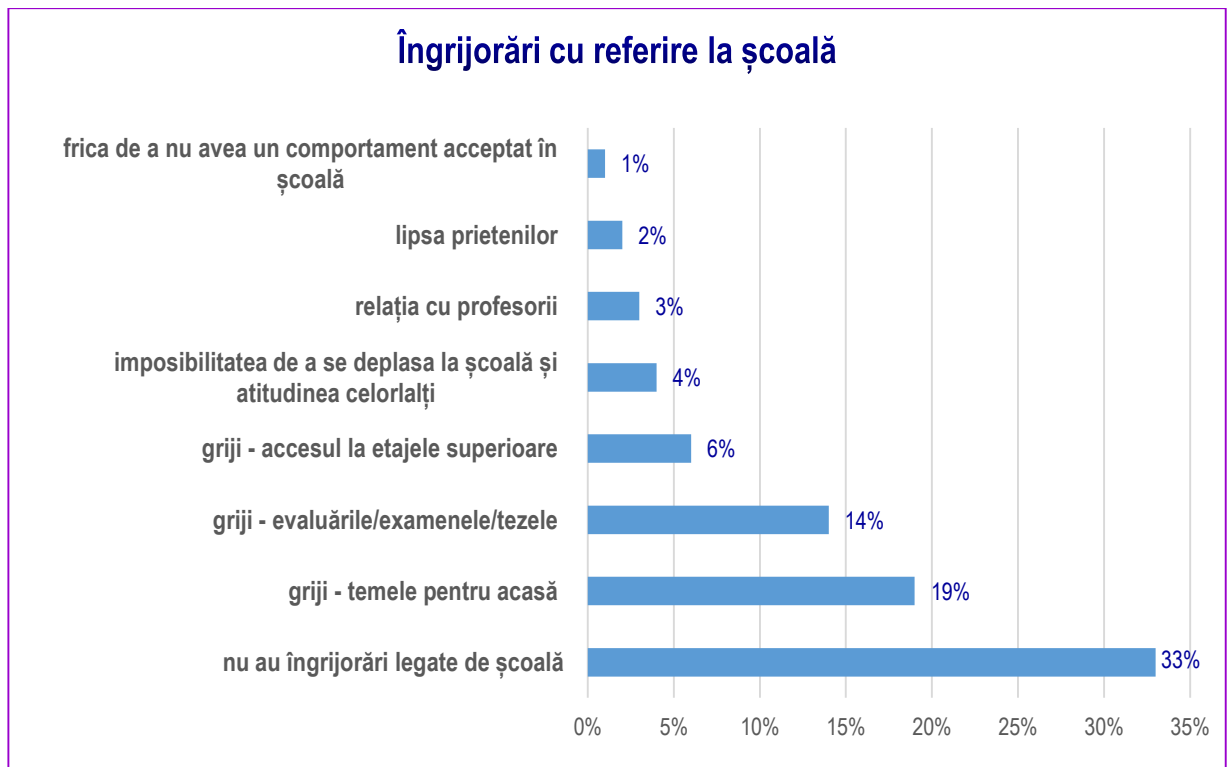


Fig. 2.3. Numărul subiecților în funcție de criteriul îngrijorări cu referire la școală

Chiar dacă 33% dintre subiecți susțin că nu au îngrijorări legate de școală (Figura 2.3), pentru alții temele pentru acasă sunt parte a acestora (pentru 19% din întreg grupul), la fel evaluările/examenele/tezele (14%), accesul la etajele superioare (6%), imposibilitatea de a se deplasa la școală și atitudinea celorlalți (4%), relația cu profesorii (3%), lipsa prietenilor (2%) și nu în ultimul rând frica de a nu avea un comportament acceptat în școală (1%).

Datele obținute indică faptul că 32% dintre adolescenți nu au alte îngrijorări, iar în același timp semenii lor sunt deranjați că persoanele se distanțează de ei (17%), nu le reușesc anumite lucruri (6%), deplasarea din cauza sănătății și lipsa cunoștințelor în anumite domenii (5%), dizabilitatea și stresul (4%), nu pot merge, nu au posibilitatea să petreacă timpul cu familia sau situația din țară (3%) sau obolesc des (2%).

După cum observăm tipul preocupărilor, îngrijorărilor și dificultăților cu care se confruntă adolescenții chestionați este divers. Totodată respondenții evidențiază și aspecte bune pe care le au și aceste atuu-ri nu sunt puține: comportamentul adecvat în public (16%), nu consumă alcool (2%), sunt comunicabili (12%), sinceri (7%), prietenoși (19%), săritori la nevoie (15%), optimiști (27%), responsabili (8%), în viziunea lor ușor se adaptează (6%), învață bine (17%), fac sport (2%), își păstrează calmul (1%), sunt buni la inimă (15%), înțelegători (9%), iar unii (21%) consideră că nu au probleme sau nu sunt pregătiți să răspundă la ceastă întrebare.

2.2. Caracteristici ale nivelurilor de manifestare ale adaptării psihosociale și a factorilor psihosociali

În urma studiului a fost efectuată analiza comparativă a datelor empirice obținute la cele două grupuri, adolescenți cu dizabilități și fără dizabilități, pentru toate variabilele chestionarelor / însușiri de personalitate.

În continuare, vom prezenta rezultatele celor 100 de subiecți (50 din grupul cu dizabilități și 50 din grupul cu dezvoltare tipică) pentru **Chestionarul de diagnosticare a adaptării psihosociale** (C. Rogers și R. Dymond). Rezultatele sunt prezentate în figura 2.4.

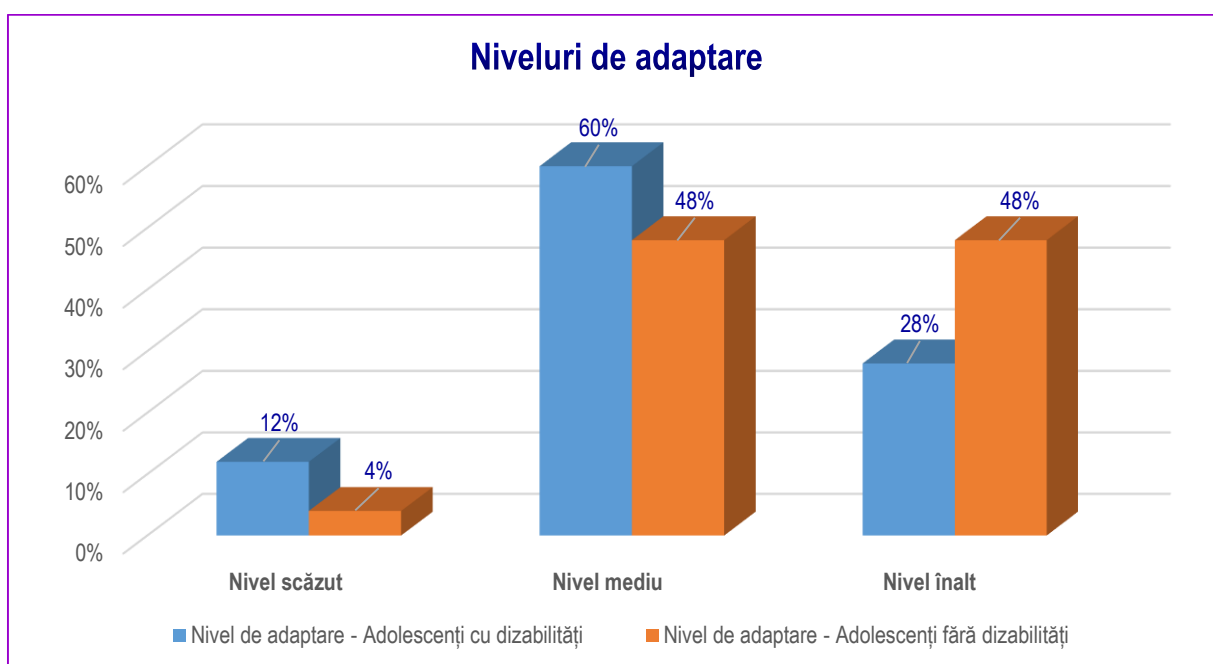


Fig. 2.4. Nivelurile de dezvoltare a variabilei „Adaptare” pentru grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

În figura 2.4 este reprezentată ponderea pentru variabila „Adaptare” pentru ambele grupuri de adolescenți cu dizabilități și fără dizabilități, la nivel comparativ. Respectiv, 12% dintre adolescenții cu dizabilități și 4% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică au un rezultat ce denotă un nivel scăzut pentru variabila „Adaptare”. Nivelul mediu la această variabilă denotă 60% dintre subiecții grupului cu dizabilități și 48% din grupul cu dezvoltare tipică. Cel de al treilea nivel reprezentat, nivelul înalt, observăm că este caracteristic pentru 28% dintre subiecții grupului cu dizabilități și 48% din grupul cu dezvoltare tipică.

Adaptarea psihosocială a unei persoane este înțeleasă ca realizarea optimă a capacităților și a abilităților interne ale unei persoane și a potențialului său personal într-un domeniu specific. Starea de adaptabilitate psihologică este caracterizată ca o stare de relație între individ și grup,

când individul, fără conflicte externe și interne prelungite, își desfășoară productiv activitatea dominantă, își satisface nevoia de interacțiune socială, îndeplinește pe deplin așteptările pentru rolul pe care îl manifestă în grupul de referință și trăiește o stare de autoafirmare.

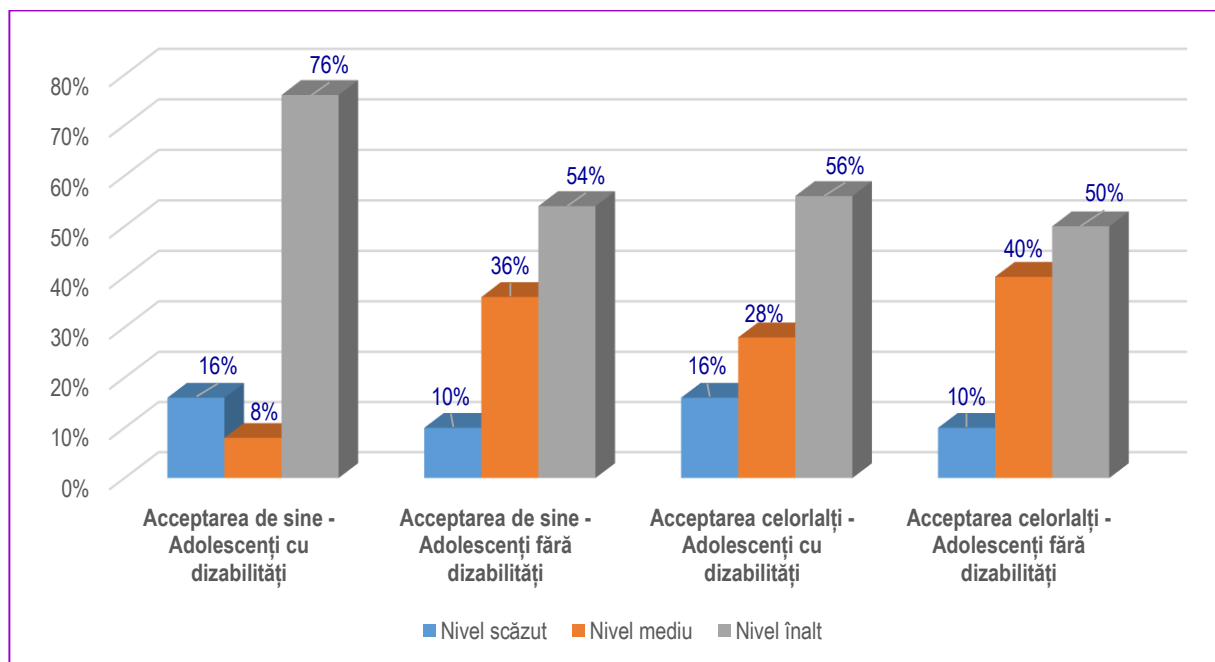


Fig. 2.5. Nivelurile de dezvoltare a variabilelor „Acceptarea de sine” și „Acceptarea celorlalți” pentru grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Nivelurile de dezvoltare pentru variabilele *acceptarea de sine* și *acceptarea celorlalți* sunt reprezentate în figura 2.5. Doar 16% dintre subiecții grupului cu dizabilități și 10% subiecților grupului adolescenților cu dezvoltare tipică înregistrează un nivel scăzut al *acceptării de sine*. Un număr mai mic, 8% adolescenți cu dizabilități și 36% adolescenți cu dezvoltare tipică au scoruri ce îi poziționează la nivel mediu pe adolescenții chestionați. Pentru nivelul înalt al *acceptării de sine* se evidențiază mai mult de jumătate – 76% dintre adolescenții cu dizabilități și 54% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică.

Pentru a doua variabilă și anume *acceptarea celorlalți*, subiecții au acumulat punctaj ce îi poziționează pe cele 3 nivele în felul următor: la nivel înalt se poziționează un pic mai mult de jumătatea adolescenților cu dizabilități – 56% și 50% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică. Pe nivel mediu se plasează 28% dintre respondenții grupului cu dizabilități și 40% dintre cei ai grupului cu dezvoltare tipică. Nivel scăzut la variabila *acceptarea celorlalți* denotă 10% dintre persoanele grupului cu dezvoltare tipică și 16% dintre cei cu dizabilități.

În general, acceptarea este procesul de percepere a realității, așa cum este cu adevărat. A accepta ceva înseamnă a nu condamna, ci a-i da dreptul de a fi. De asemenea, aceasta implică

un acord intern cu ceea ce se întâmplă, de a fi împăcat cu ideea ca ceva să fie așa cum este. Orice conflict intern este un dezacord cu sine. Orice conflict extern este o respingere a ceva considerat a fi rău, ilegal, neavând dreptul de a exista. În acceptarea sinelui se reflectă o evaluare realistă a propriilor calități, abilități și oportunități, înțelegerea și acceptarea valorilor dezvoltate și nevoilor urgente, trăirea în armonie cu sine, scăparea de complexe psihologice sau reconcilierea cu acestea.

În aceeași ordine de idei, conform **Chestionarului de diagnosticare a adaptării psihosociale** am determinat și nivelul de dezvoltare a variabilelor „Confort emoțional” și „Control intern” pentru subiecții experimentali din grupul adolescenților cu dizabilități și fără dizabilități (figura 2.6).

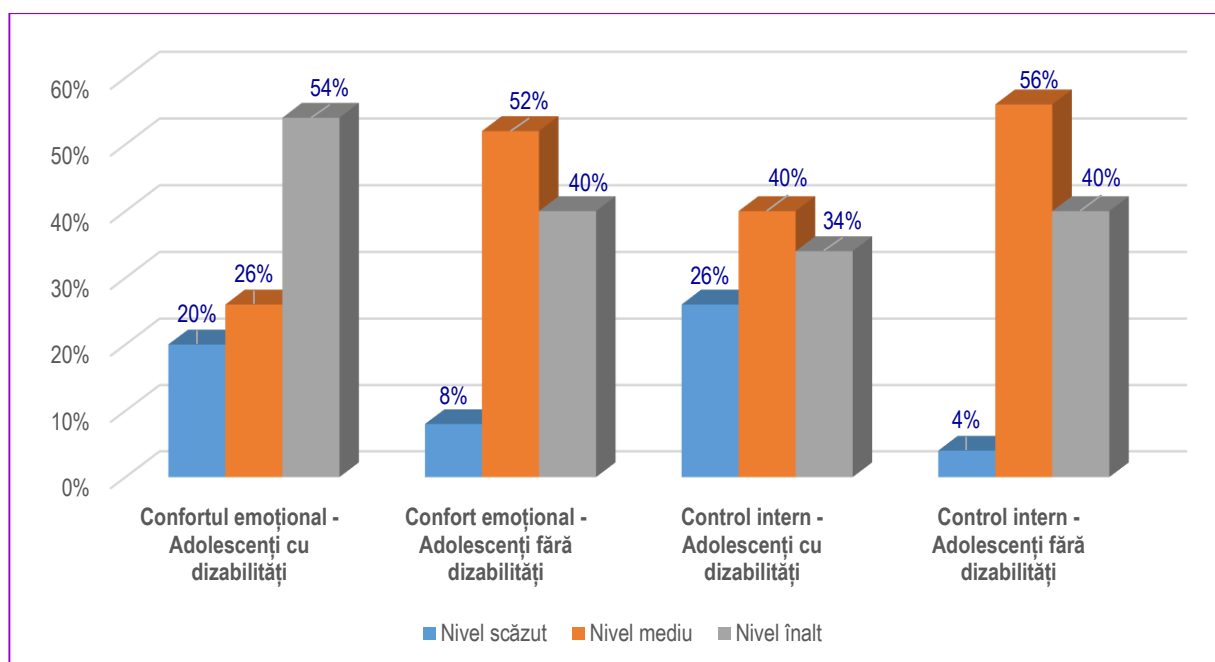


Fig. 2.6. Nivelurile de dezvoltare a variabilelor „Confort emoțional” și „Control intern” pentru grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Ponderea rezultatelor brute pentru componenta *confortul emoțional* a adolescenților din grupul persoanelor cu dizabilități, figura 2.6, demonstrează că 54% din aceștia înregistrează nivel înalt, 26% dintre ei au un nivel mediu, iar 20% un nivel scăzut. Un număr mai mic – 8% dintre subiecții cu dezvoltare tipică au un nivel al confortului emoțional scăzut, jumătate dintre acestea – 52% nivel mediu și 40% dintre adolescenții acestui grup au înregistrat nivel înalt.

Confortul emoțional este o stare în care o persoană se simte încrezătoare, calmă și confortabilă. Persoana nu se teme, își exprimă liber sentimentele, este optimistă și mulțumită în general. Disconfortul emoțional este o stare care perturbă activitatea, implică frică, anxietate,

îndoiala de sine, depresia, îngrijorarea excesivă, gândurile sumbre.

Următoarea variabilă la care am făcut referință în figura 2.6, reprezentată mai sus, este *control intern*. Observăm că 34% dintre subiecții din grupul adolescenților cu dizabilități înregistrează nivel înalt pentru această componentă, 40% un nivel mediu, iar 26% dintre subiecții experimentalii din acest grup înregistrează nivel scăzut.

Analizând datele grupului adolescenților cu dezvoltare tipică pentru aceeași variabilă *control intern*, se evidențiază că: doar 4% sunt poziționați la nivel scăzut, mai puțin de jumătate – 40%, la nivel înalt și 56% dintre aceștia – la nivel mediu.

Oamenii care denotă control intern (ce internalizează), de regulă, consideră că soarta este în mâinile lor și poate fi controlată. Chiar și după o serie de eșecuri, nu le scad așteptările și își mențin un sentiment de control asupra circumstanțelor și în pofida faptului dacă nu le este recompensat comportamentul. Oamenii supuși controlului extern (ce externalizează) sunt încrezători că soarta lor depinde de noroc. Ei cred că succesele și eșecurile le sunt întâmplătoare, o combinație de circumstanțe. Un nivel înalt de control extern duce la apatie și disperare, deoarece persoana este sigură că nu își poate influența propria viață. Un nivel ridicat de control intern înseamnă că o persoană își asumă responsabilitatea pentru tot ceea ce se întâmplă în viața sa (eșecuri în viața personală, moartea celor dragi, mofturile copiilor).

Nivelul de dezvoltare a variabilelor „Tendința de a domina” și „Evitarea problemelor” pentru subiecții experimentalii din grupul adolescenților cu dizabilități și fără dizabilități este reprezentată în figura 2.7.

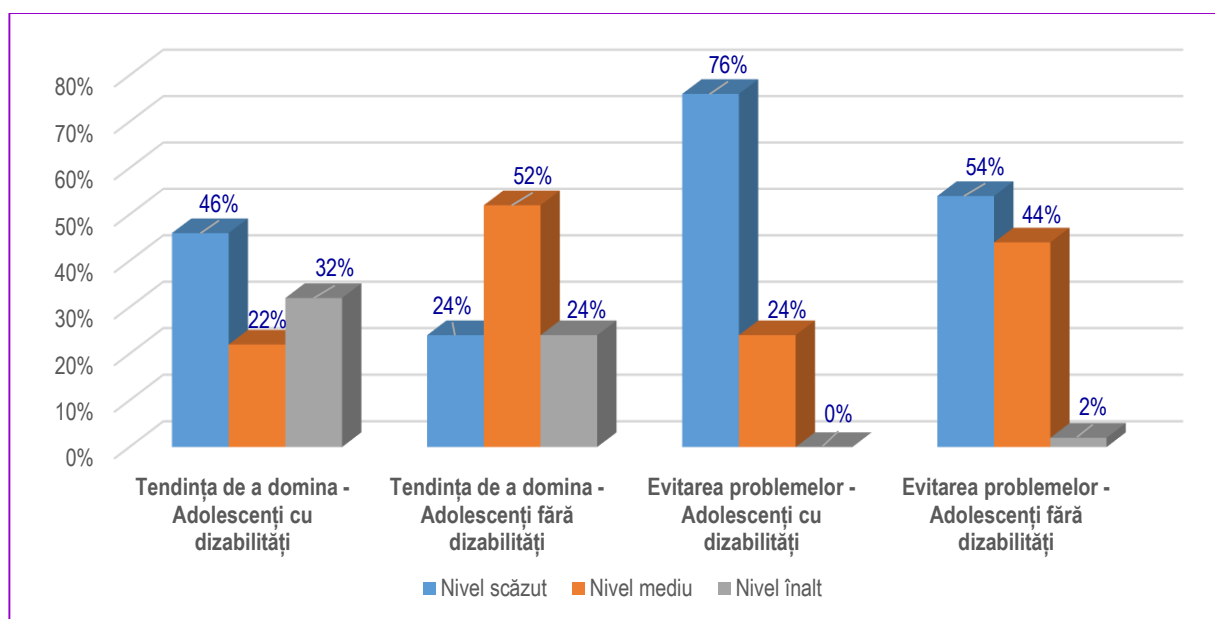


Fig. 2.7. Nivelurile de dezvoltare a variabilelor „Tendința de a domina” și „Evitarea problemelor” pentru grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

De altfel, în urma prelucrării informațiilor brute oferite de testul aplicat, obținem că 46% din subiecții cu dizabilități și 24% dintre cei cu dezvoltare tipică au un nivel scăzut al tendinței de a domina (figura 2.7). Nivel mediu denotă 22% dintre adolescenții cu dizabilități și 52% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică. Ultimul nivel reprezentat este nivelul scăzut care este caracteristic, în cazul nostru, pentru 46% dintre adolescenții cu dizabilități și 24% dintre adolescenții fără dizabilități.

Sentimentul de dominare asupra altor subiecți este explicat prin faptul că persoana încearcă să-și mențină mediul sub control, precum și să-l influențeze în mod constant, să ordone, să interzică. Starea opusă pentru tendința de dominare este supunerea. Persoanei îi este confortabil să fie dependentă de ceilalți și să se bazeze complet pe opinia altcuiva. Ea încearcă să rămână pe plan secundar și urmează instrucțiunile unui lider fără nici o obiecție.

Pentru componenta „Evitarea problemelor” adolescenții cu dizabilități din eșantionul experimental au demonstrat nivel mediu (24%) și scăzut (76%). Nici un subiect din acest grup nu a înregistrat nivel înalt pentru componenta evitarea problemelor. Rezultatele înregistrate de grupul adolescenților cu dezvoltare tipică la această componentă sunt: 54% – nivel scăzut, 44% – nivel mediu și doar 2% – nivel înalt.

Schimbul realității pe o lume iluzorie apare, de obicei, sub forma unei reacții la stresul continuu, care este cauzat de situații de criză, muncă grea, traume psihologice.

Aplicând **Scala lipsei de speranță/deznădejde Beck** am determinat nivelurile de deznădejde, reprezentate grafic în figura 2.8.

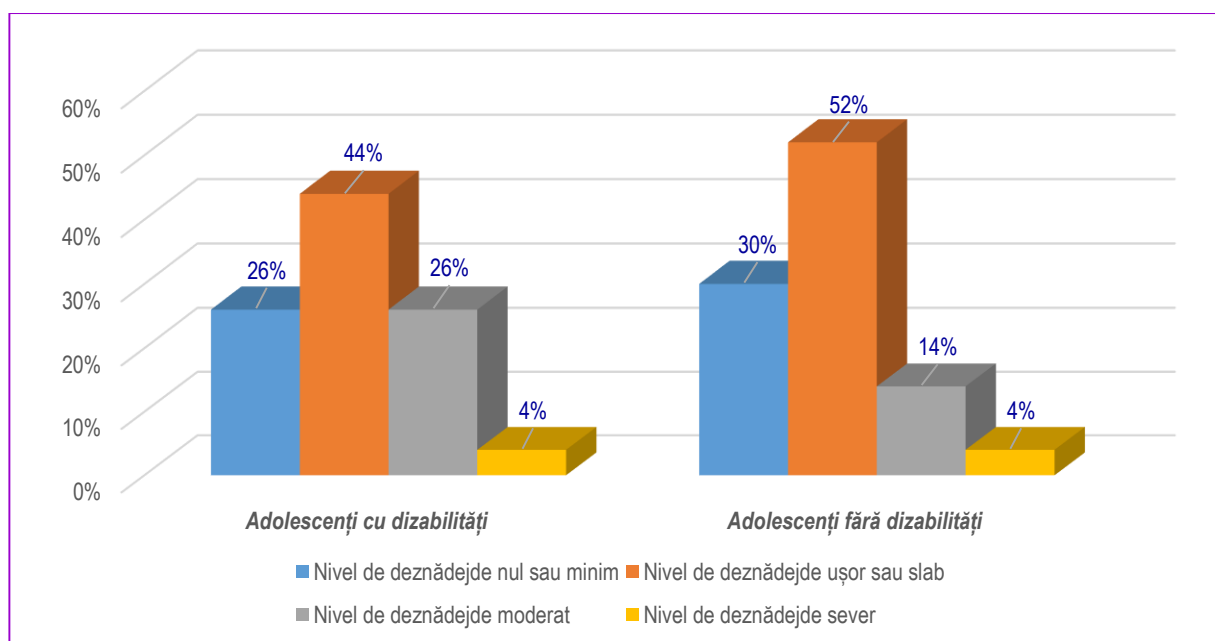


Fig. 2.8. Ponderea rezultatelor brute pentru nivelul „Deznădejdi” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

În figura 2.8 sunt reprezentate rezultatele, la nivel comparativ, pentru cele două grupuri experimentale, adolescenți cu dizabilități și fără dizabilități, pentru determinarea celor patru nivele a deznădejdiei, conforma scalei lipsei de speranță/deznădejde Beck. Astfel, 26% dintre adolescenții cu dizabilități și 30% dintre adolescenții fără adolescenți înregistrează un nivel nul sau minim al deznădejdiei. Un număr mai mare – 44% dintre adolescenții cu dizabilități și 52% a adolescenților cu dezvoltare tipică denotă nivel ușor sau slab. Analizând scorurile obținute de subiecți în urma interpretării rezultatelor brute, am identificat că nivel de deznădejde moderată prezintă 26% dintre adolescenții cu dizabilități și 14% dintre adolescenții fără dizabilități. Totodată, este de remarcat că doar 4% din ambele grupe au indicat nivel sever al deznădejdiei.

Subliniem că **Testul ASEBA** este o altă metodă aplicată în cercetarea realizată. Rezultatele sunt prezentate în figurile următoare (figura 2.9).

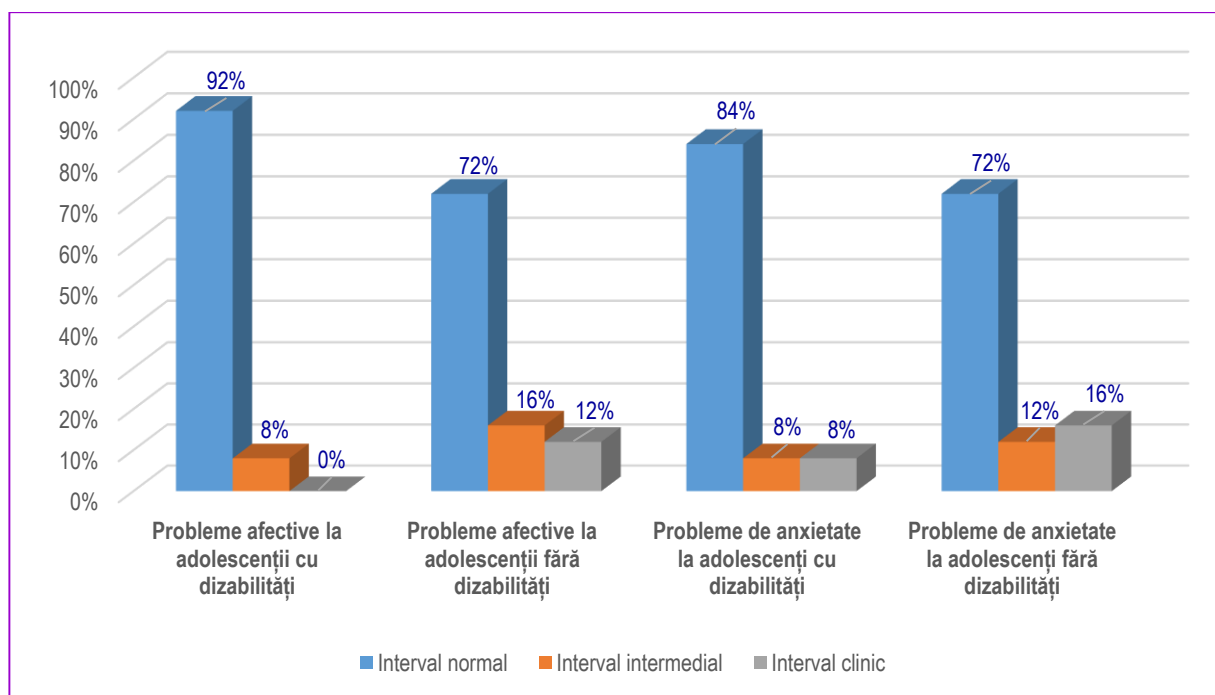


Fig. 2.9. Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Probleme afective și probleme de anxietate” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Conform autorului testului ASEBA, fiecare variabilă are 3 intervale: interval normal, intermedial și clinic. În figura 2.9 sunt prezentate rezultate pentru primele variabile „Probleme afective” și „Probleme de anxietate”, a celor 100 de adolescenți chestionați, împărțiți în două grupuri, adolescenți cu dizabilități și cu dezvoltare tipică.

Respectiv pentru prima variabilă, marea majoritate au rezultate care îi clasează la intervalul normal – 92% dintre subiecții grupului cu dizabilități și 72% din grupul adolescenților cu dezvoltare tipică. Acești adolescenți, indiferent de grupul de apartenență nu denotă probleme

afective.

Cel de al doilea interval prezentat este cel „intermediar”, pentru care 8% dintre adolescenții cu dizabilități și, respectiv, 16% dintre subiecții fără dizabilități, au obținut un scor ce relevă intervalul intermediar. Este de remarcat faptul că nivel pentru intervalul clinic, au obținut doar 12% dintre subiecții cu dezvoltare tipică și nici unul dintre respondenții cu dizabilități.

Aceste rezultate permit să conchidem că, marea majoritate a adolescenților din grupurile intervievate nu manifestă probleme afective, cu diferite excepții.

Cea de-a doua variabilă reprezentată la nivel comparativ pentru grupurile de adolescenți cu dizabilitate și fără dizabilitate este numită „Probleme de anxietate”. În intervalul normal la această variabilă se încadrează o parte impunătoare de 84% dintre subiecții cu dizabilități și 72% fără dizabilități. În intermedie avem un contingent de 8% dintre adolescenții cu dizabilități și 12% dintre cei fără dizabilități, iar nivelul clinic 16% dintre respondenții grupului fără dizabilități și 8% dintre reprezentanții grupului cu dizabilități.

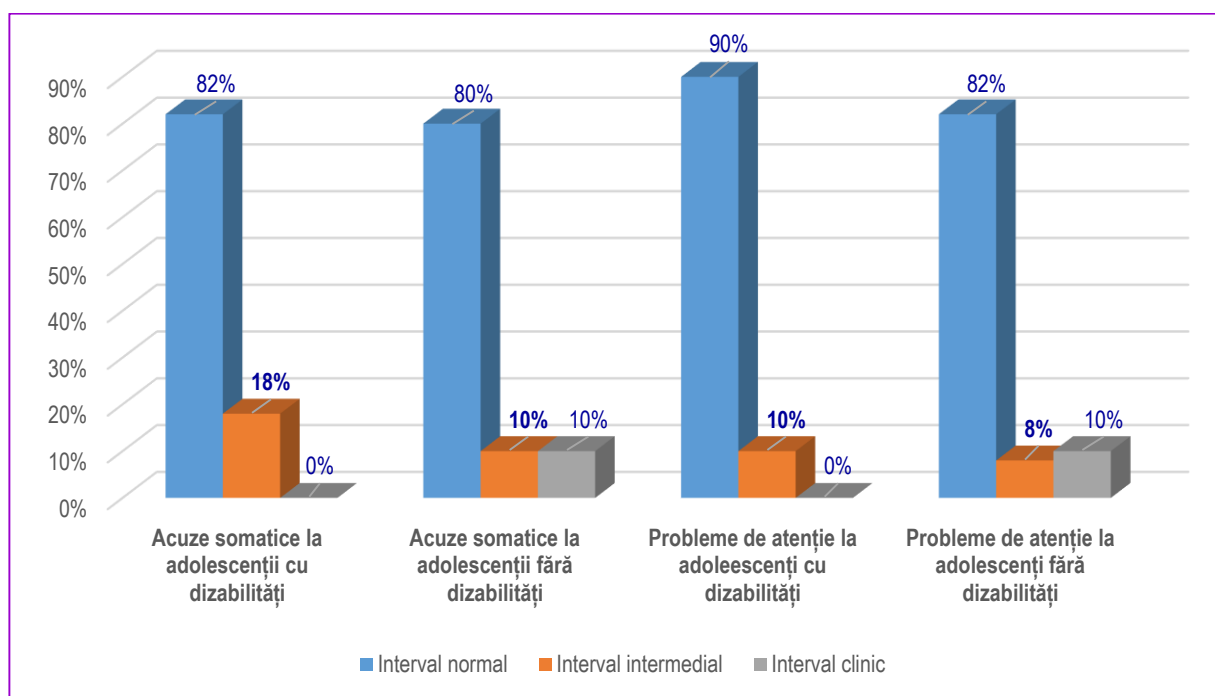


Fig. 2.10. Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Acuze somatice și probleme de atenție” în grupurile adolescenților cu dizabilități și fără dizabilități

Rezultatele din figura 2.10 prezintă procentajul celor două grupuri, comparativ, pentru următoarele variabile: „Acuze somatice” și „Problemele de atenție”. Rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dizabilități îi poziționează la două nivele ale testului și anume intervalul normal și intermedial, nici unul din subiecții acestui grup nu au un punctaj ce îi clasifică la nivelul clinic pentru variabila acuze somatice. Cea mai mare parte a subiecților – 82% au un interval

normal și 18% intermedial. Ce ține de grupul adolescenților cu dezvoltare tipică se conturează următoarele rezultate: 10% dintre subiecți au înregistrat un nivel clinic, 10% nivel intermedial și marea majoritate – 80% intervalul normal.

Probleme de atenție, în urma analizei datelor testului au fost identificate la nivel normal la aproape toți adolescenții atât din grupul adolescenților cu dizabilități (90%), cât și a adolescenților cu dezvoltare tipică (82%), un număr mai mic de respondenți (10%) dintre adolescenții cu dezvoltare tipică și doar 8% a celor din grupul fără dizabilități au un nivel intermedial al problemelor de atenție. Pentru nivelul clinic identificăm doar 10% a subiecților din grupul adolescenților fără dizabilități.

Conform autorului testului ASEBA, determinate pot fi și nivelurile de manifestare a problemelor de comportament opozant și a problemelor de conduită. Rezultatele sunt prezentate grafic în figura 2.11.

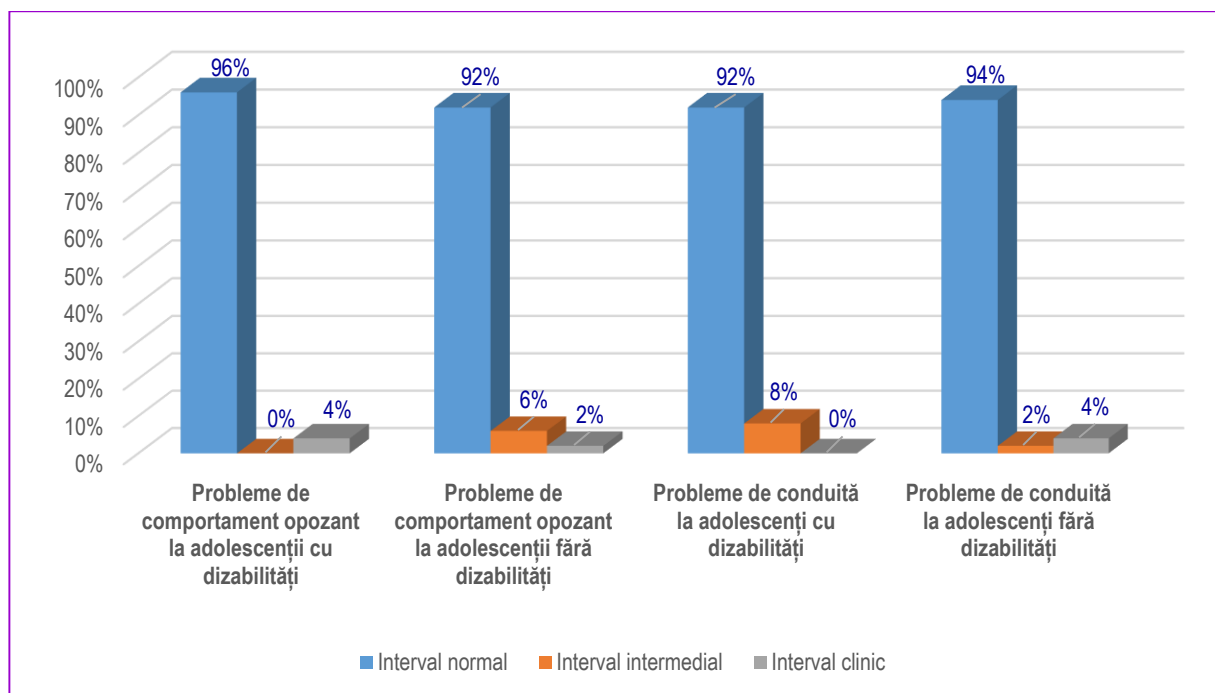


Fig. 2.11. Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Probleme de comportament opozant și probleme de conduită” în grupurile adolescenților cu dizabilități și fără dizabilități

În conformitate cu figura 2.11. este lesne de surprins faptul că, subiecții din ambele grupuri au atins cote înalte pentru intervalul normal, pentru variabila probleme de comportament opozant, adică 96% dintre adolescenții cu dizabilități și 92% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică. Doar 6% dintre grupul adolescenților cu dezvoltare tipică au un interval intermedial a problemelor de

comportament opozant. Intervalul clinic le este specific pentru câte 4% a adolescenților din ambele grupuri de adolescenți.

Problemele de conduită, sunt în mare parte caracteristice adolescenților grupului cu dizabilități, 92%, dar și pentru 94% de adolescenți din grupul fără dizabilități. Din întreg lotul de adolescenți, 8% dintre subiecții cu dizabilități și 4% dintre subiecții cu dezvoltare tipică au înregistrat un nivel intermedial al problemelor de conduită. Ultimul interval, anume cel clinic pentru ultima variabilă a testului, probleme de conduită, este caracteristic pentru 4% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică. De altfel, nici un adolescent din grupul cu dizabilități nu a prezentat probleme de conduită.

O altă metodă valorificată în cadrul cercetării realizate *Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн* (variante A. Прихожан). Conform acestui test au fost identificate nivelurile de manifestare a următoarelor variabile: „Sănătate”, „Îngrijire”, „Îndemânare”, „Inteligență”, „Bunătațe”, „Prietenie”, „Veselie”, „Performanță școlară” și „Autoapreciere”.

În figura 2.12 sunt prezentate rezultatele pentru variabilele „Sănătate” și „Îngrijire”.

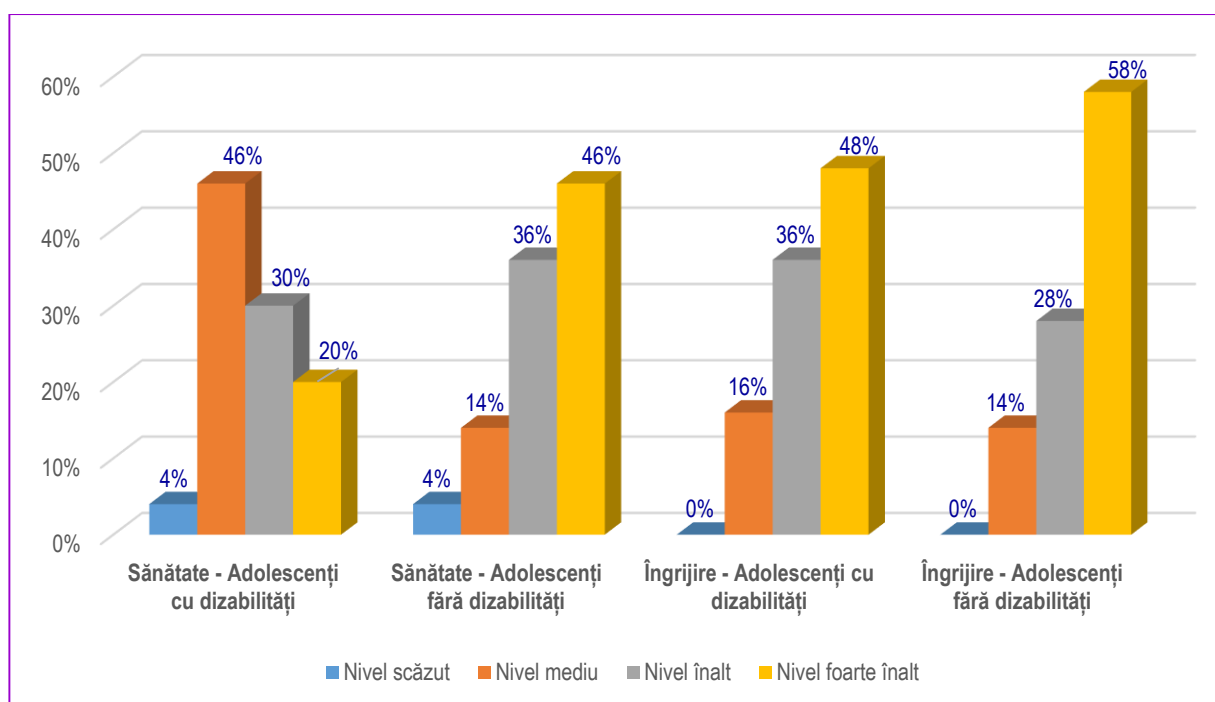


Fig. 2.12. Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Sănătate” și „Îngrijire” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Datele reprezentate în figura 2.12, ponderea pentru scalele „sănătate” și „îngrijire” pentru ambele grupe de adolescenți cu dizabilități și cu dezvoltare tipică, ne oferă următorul tablou: nivel scăzut pentru scala sănătate denotă câte 4% dintre subiecții ambelor grupe, 46% dintre adolescenții

cu dizabilități și 14% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică au indicat conform testului nivel mediu pentru variabila sănătate. O pondere la nivel înalt pentru variabila sănătate este identificată la 30% dintre adolescenții cu dizabilități și 36% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică. Înregistrează nivel foarte înalt pentru această scală a testului 20% dintre respondenții cu dizabilități și 46% din cei cu dezvoltare tipică.

Cea de a doua scală reprezentată în figura 2.12, conform testului menționat, este „îngrijirea”. Similar modului de descriere a nivelurilor înregistrate de către subiecții experimentali pentru variabila sănătate sunt prezentate și nivelurile pentru variabila îngrijire. Astfel, am identificat că nici un subiect din grupul experimental nu a înaintat scor ce ar determina nivel scăzut al îngrijirii. Pentru cel de-al doilea nivel, mediu, au fost identificați 16% dintre subiecții grupului cu dizabilități și 14% dintre subiecții din grupul cu dezvoltare tipică. Nivel înalt al îngrijirii denotă 36% dintre adolescenții cu dizabilități și 28% dintre cei cu dezvoltare tipică. Urmărind datele din figura 2.10, observăm că au fost identificate rezultate care denotă că nivel foarte înalt este caracteristic pentru 48% de adolescenți din grupul celor cu dizabilități și 58% adolescenți – din grupul celor cu dezvoltare tipică.

În continuare, în figura 2.13 sunt prezentate rezultatele pentru variabilele „Îndemănare” și „Inteligență” ale testului Дембо-Рубинштейн.

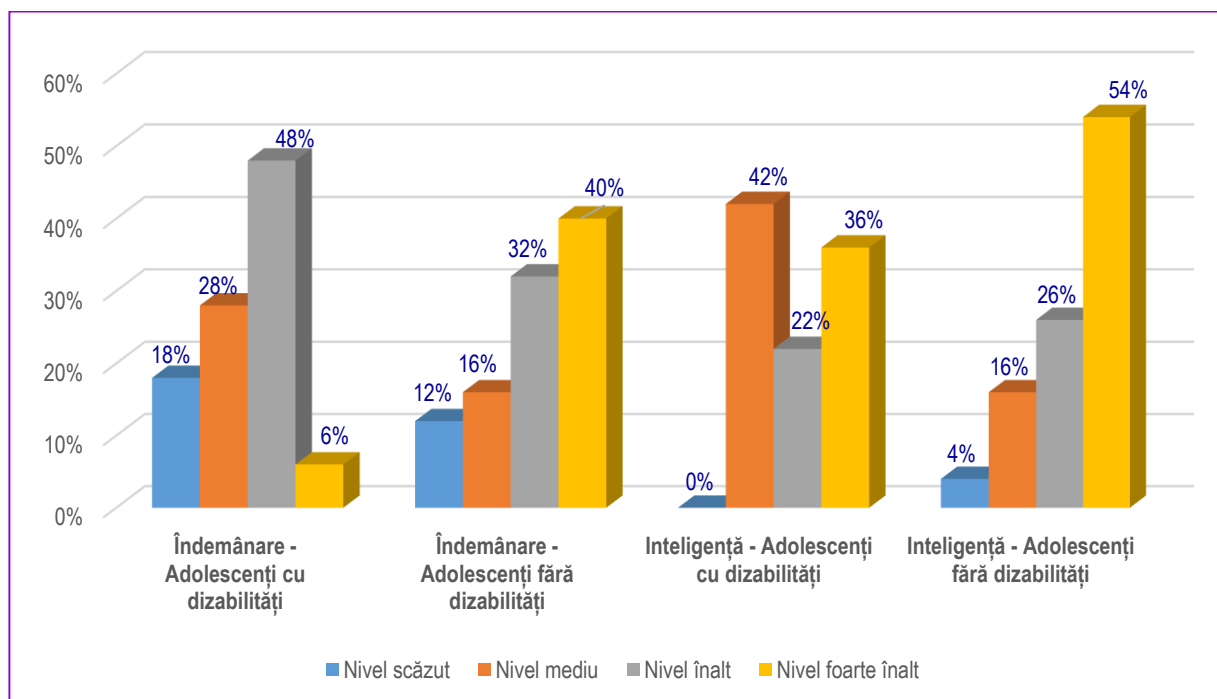


Fig. 2.13. Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Îndemănare” și „Inteligență” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Analizând rezultatele subiecților experimentali pentru locul care-i corespunde stării sale la scalele îndemânare și inteligență am obținut diverse nivele (figura 2.13). Astfel, sumând punctele acumulate conchidem că 18% dintre adolescenții cu dizabilități și 12% dintre subiecții cu dezvoltare tipică denotă o îndemânare de nivel scăzut, iar 28% dintre respondenții cu dizabilități și 16% dintre cei cu dezvoltare tipică au înregistrat nivel mediu. Aproape jumătate dintre subiecții cu dizabilități – 48% și 32% dintre cei cu dezvoltare tipică au înregistrat punctaj mai mare, ceea ce denotă nivel înalt al îndemânării. Ultimul nivel pentru această scală este nivelul foarte înalt, aici tabloul este foarte diferit pentru cele două grupe. Respectiv, dacă în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică au fost identificați 40% dintre respondenți pentru un nivel foarte înalt, de cealaltă parte, doar 6% dintre adolescenții cu dizabilități ne comunică, prin alegerile făcute că, au o îndemânare la nivel foarte înalt.

Cea de a doua scală prezentată în figura 2.13 este inteligența pentru care 4% dintre subiecții grupului fără dizabilități denotă nivel scăzut al inteligenței, la nivel mediu sunt poziționați 42% dintre adolescenții cu dizabilități și doar 16% dintre cei fără dizabilități. La nivelul înalt, în urma analizei datelor au fost identificați 22% dintre adolescenții cu dizabilități și 26% dintre cei fără dizabilități. Mai mult de jumătate dintre respondenții grupului cu dezvoltare tipică (54%) și 36% dintre cei cu dizabilități au optat pentru nivelul foarte înalt. Analizând aceste date observăm că în mare parte, adolescenții cu dezvoltare tipică optează pentru nivele înalt și foarte înalt, în schimb adolescenții fără dizabilități sunt preponderent în intervalul nivelului mediu.

În figura 2.14 sunt prezentate rezultatele pentru variabilele „Bunăătate” și „Prietenie” ale testului Дембо-Рубинштейн.

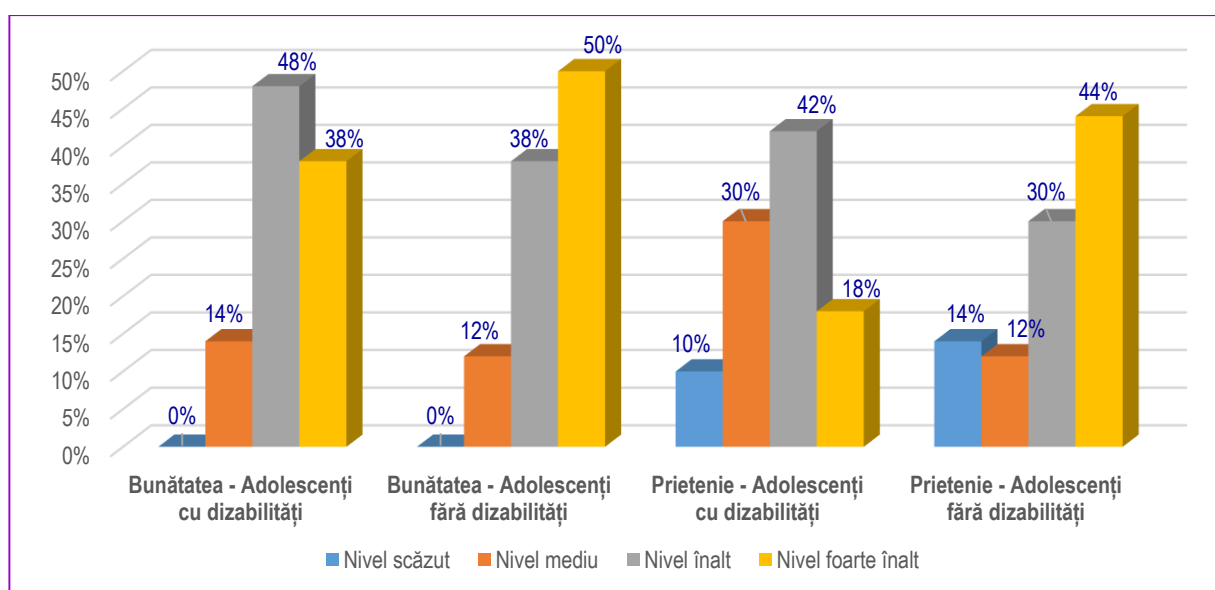


Fig. 2.14. Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Bunăătate” și „Prietenie” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

În continuare vom analiza rezultatele obținute la scalele „bunătate” și „prietenie” prezentate în figura 2.14. La aceste două scale subiecții au clasat subiectiv, pe nivele, variabilele bunătate și prietenie, identificând de fapt, cât de prietenoși sunt cu semenii și alte persoane care îi înconjoară zilnic. Un număr scăzut de subiecți cu dizabilități – 14% și cu dezvoltare tipică – 12% denotă nivel mediu al bunătații, 48% dintre adolescenții cu dizabilități și 38% cu dezvoltare tipică au indicat nivel înalt, iar pentru nivelul foarte înalt au optat 38% dintre adolescenții cu dizabilități și jumătate dintre subiecții grupului cu dezvoltare tipică. Nici un subiect din întreg grupul experimental nu ne comunică, prin intermediul testului că ar avea nivel scăzut al bunătații.

La scala prietenie au fost indicate nivelele următoarele: nivel scăzut – 10% dintre adolescenții cu dizabilități și 14% fără dizabilități nivel mediu – 30% subiecți cu dizabilități și 12% fără dizabilități, nivel înalt – 42% dintre adolescenții cu dizabilități și 30% fără dizabilități, iar nivel foarte înalt – 18% adolescenți cu dizabilități și 44% cu dezvoltare tipică.

În figura 2.15 sunt prezentate rezultatele pentru variabilele „Veselie” și „Performanță școlară” ale testului Дембо-Рубинштейн.

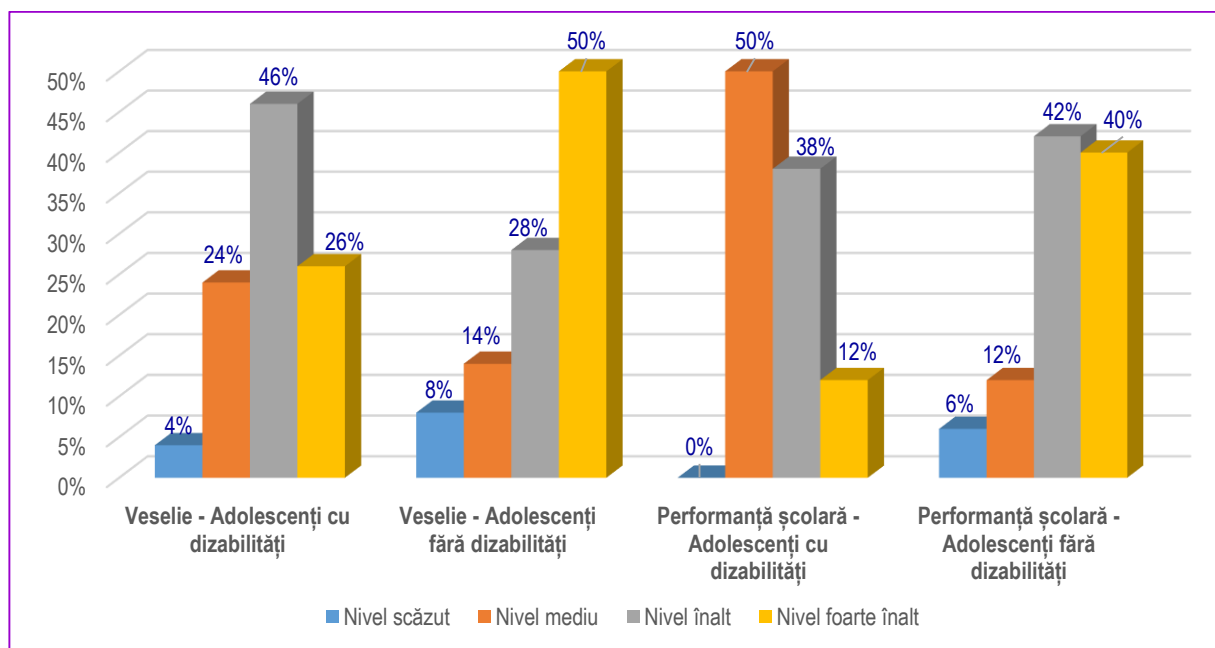


Fig. 2.15. Ponderea rezultatelor brute pentru variabilele „Veselie” și „Performanță școlară” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Rezultatele pentru scalele veselie și performanță școlară au fost incluse în figura grafică 2.15. Analizând rezultatele observăm faptul că doar 4% dintre adolescenții cu dizabilități și 8% dintre cei fără dizabilități consideră că denotă nivel scăzut la variabila veselie. Au bifat cifre ce indică un nivel mediu la variabila veselie – 24% dintre respondenții cu dizabilități și doar 14% dintre cei fără dizabilități. La aceeași variabilă, pentru următorul nivel, cel înalt, sunt

repartizați aproape jumătate dintre adolescenții cu dizabilități – 46% și 28% dintre cei cu dezvoltare tipică iar nivelul foarte înalt al veseliei este caracteristic pentru 26% dintre adolescenții cu dizabilități și jumătate dintre subiecții cu dezvoltare tipică.

Subiecții experimentali au autoanalizat prin intermediul celor 4 nivele, similar scale descrise anterior, nivelul de manifestare a inteligenței. Lotul experimental format din adolescenți cu dizabilități, au făcut alegeri ce i-a poziționat doar la 3 nivele, jumătate dintre aceștia la nivel mediu, 38% la nivel înalt și 12% – nivel foarte înalt. Din grupul adolescenților fără dizabilități doar 6% au făcut alegeri pentru nivelul scăzut, pentru nivelul mediul – 12%, nivel înalt – 42% și nivel foarte înalt 40%.

În continuare, pentru variabila generală „Autoapreciere” a *tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн (varianta А. Прихожан)* rezultatele sunt prezentate în figura 2.16.

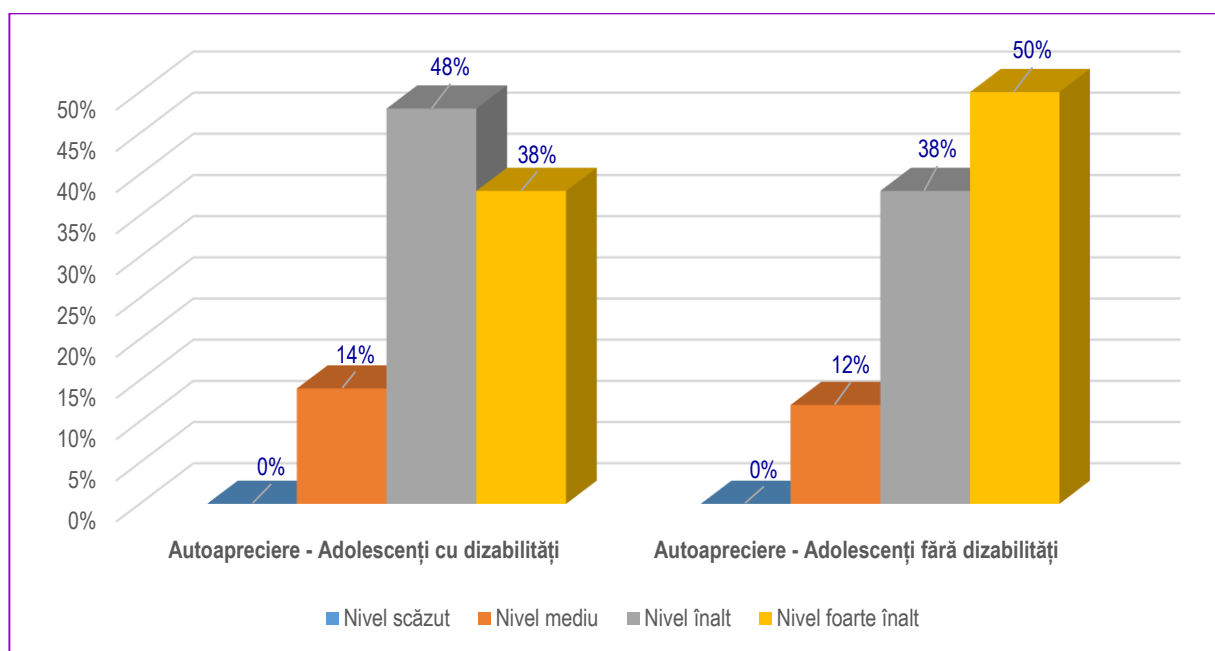


Fig. 2.16. Ponderea rezultatelor brute pentru variabila „Autoapreciere” în grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Ultima scală reprezentată, conform testului utilizat, este „Autoaprecierea”. Conform instrucțiunilor testului, subiecții experimentali au marcat, pe fiecare linie, poziția care-i corespunde stării sale prezente la fiecare scală, iar la final punctele acumulate pentru fiecare din cele șapte scale analizate au fost sumate. La fel, a fost identificat nivelul diferențierii autoaprecierii, prin examinarea valorilor obținute la fiecare scală și realizarea diferenței dintre valorile maxime și minime. Profilurile obținute demonstrează diferențele în aprecierea de către subiect a diverselor laturi ale personalității sale, eficienței proprii activității.

Din rezultatele incluse în figura 2.16 observăm că doar 2% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică consideră că denotă nivel scăzut pentru scala autoapreciere. Un nivel mediu al autoaprecierii este determinat la 26% dintre adolescenții cu dizabilități și 14% pentru subiecții din grupul cu dezvoltare tipică. Doar 4% dintre subiecții cu dizabilități și 40% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică au obținut un punctaj ce denotă nivel foarte înalt. Din numărul total al subiecților intervievați, cei mai mulți dintre adolescenții ambelor grupe, au înregistrat nivel înalt al autoaprecierii și anume – 68% dintre adolescenții cu dizabilități și 44% dintre adolescenții cu dezvoltare tipică.

Pentru cercetarea realizată este important să identificăm care este raportul dintre variabilele cercetării și particularitățile ce țin de procesul de adaptare psihosocială a adolescenților prin factorii psihosociali: *prezența dizabilității, mediul de reședință, modul de studii*. La descrierea acestor dimensiuni vom face referință în continuare.

2.3. Particularități ale adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice comparativ cu ale adolescenților cu dezvoltare tipică

2.3.1. Adaptarea psihosocială din perspectiva prezenței dizabilității

Considerăm important pentru studiul realizat să determinăm care este raportul dintre variabilele cercetării (indicii generali ai adaptării psihosociale – *Chestionarului de diagnosticare a adaptării psihosociale (C. Rogers și R. Dymond)*; scala deznădejde – *Scala lipsei de speranță/deznădejde Beck*; probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită – *Testul ASEBA*; componentele autoaprecierii – *Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн* și factorii psihosociali ce țin de procesul de adaptare psihosocială a adolescenților: prezența dizabilității, mediul de reședință (urban/rural), modul de studii (în instituție/la domiciliu).

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale

În tabelul 2.1 sunt prezentate diferențele dintre medii în funcție de factorul „**prezența dizabilității**” pentru care se face diferențiere în grupurile: adolescenți cu dizabilitate și adolescenți cu dezvoltare tipică. Astfel, în funcție de factorul „starea de sănătate” au fost identificate mediile pentru următorii indici generali, conform *Chestionarului de diagnosticare a adaptării psihosociale (C. Rogers și R. Dymond)*: adaptare psihosocială; acceptarea de sine; acceptarea celorlalți; confort emoțional; control intern; tendință de dominare. Datele prezentate în tabelul 2.1 sunt ilustrate grafic în figura 2.17.

Tabelul 2.1. Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „prezența dizabilității”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Adaptare	cu dizabilitate	50	55,08	2754.00
	cu dezvoltare tipică	50	45,92	2296.00
Acceptarea de sine	cu dizabilitate	50	57,28	2864.00
	cu dezvoltare tipică	50	43,72	2186.00
Acceptarea celorlalți	cu dizabilitate	50	51,30	2565.00
	cu dezvoltare tipică	50	49,70	2485.00
Confort emoțional	cu dizabilitate	50	54,51	2725.50
	cu dezvoltare tipică	50	46,49	2324.50
Control intern	cu dizabilitate	50	50,26	2513.00
	cu dezvoltare tipică	50	50,74	2537.00
Tendințe de dominare	cu dizabilitate	50	48,81	2440.50
	cu dezvoltare tipică	50	52,19	2609.50

Datele prezentate în tabelul 2.1 sunt ilustrate grafic în figura 2.17.

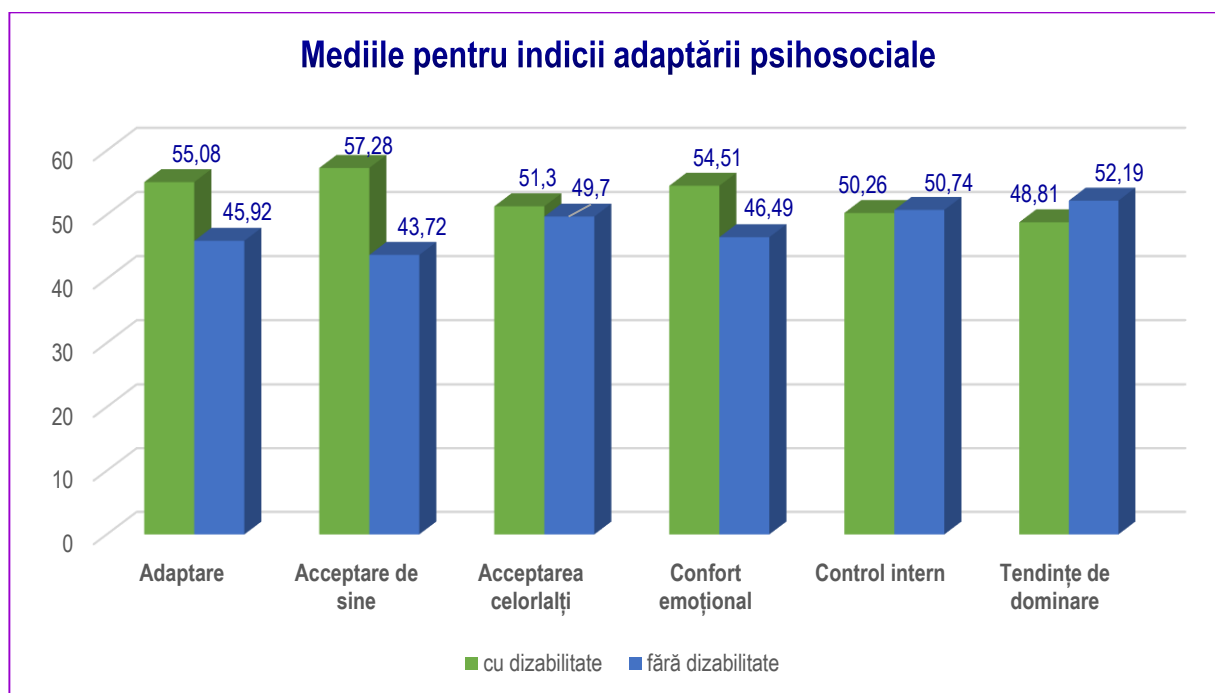


Fig. 2.17. Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale (contribuție personală)

În conformitate cu rezultatele prezentate în tabelul 2.1 și figura 2.17 observăm că mediile în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale sunt diferite. Subiecții cu dizabilitate comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică au înregistrat medii mai înalte pentru adaptare, acceptarea de sine, acceptarea celorlalți, confort emoțional. Subiecții

cu dizabilitate comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică au înregistrat medii mai scăzute pentru indicele general control intern și tendințe de dominare.

Menționăm că pentru componenta adaptării psihosociale, *evitarea problemelor* subiecții cu dizabilitate comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică au înregistrat medii mai scăzute (41,19 (u.m.) / 59,81 (u.m.)).

În scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilitate comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică pentru indicii generali menționați am aplicat Testul U Mann-Whitney.

Tabelul 2.2. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupurile adolescenților cu dizabilitate și cu dezvoltare tipică

Test Statistics ^a						
	Adaptare psihosocială	Acceptare de sine	Acceptarea celorlalți	Confort emoțional	Control inten	Tendinta de dominare
Mann-Whitney U	1021.000	911.000	1210.000	1049.500	1238.000	1165.500
Wilcoxon W	2296.000	2186.000	2485.000	2324.500	2513.000	2440.500
Z	-1.579	-2.342	-.276	-1.385	-.083	-.584
Asymp. Sig. (2-tailed)	.114	.019	.783	.166	.934	.559

a. Grouping Variable: B8 Prezența dizabilității

Astfel, consemnăm diferențe statistic ne semnificative între rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dizabilitate comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică pentru indicii adaptare, acceptarea celorlalți, confort emoțional, control intern și tendințe de dominare. Totodată, pentru indicele acceptarea de sine ($U=911,0$; $p=0,019$) și componenta evitarea problemelor ($U=784,0$; $p=0,001$) consemnăm diferențe statistic semnificative între rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dizabilitate comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică.

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA

În continuare, în tabelul 2.3 sunt prezentate diferențele dintre medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru care se face diferențiere în grupurile: persoane cu dizabilitate și persoane cu dezvoltare tipică. Astfel în funcție de factorul „prezența dizabilității” au fost identificate mediile pentru următoarele variabile: deznădejde; probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită (conform testelor aplicate Beck, ASEBA).

Tabelul 2.3. Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „prezența dizabilității”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Deznădejde	cu dizabilitate	50	50,24	2512,00
	cu dezvoltare tipică	50	50,76	2538,00
Probleme afective	cu dizabilitate	50	46,03	2301,50
	cu dezvoltare tipică	50	54,97	2748,50
Probleme de anxietate	cu dizabilitate	50	47,95	2397,50
	cu dezvoltare tipică	50	53,05	2652,50
Acuze somatice	cu dizabilitate	50	48,57	2428,50
	cu dezvoltare tipică	50	52,43	2621,50
Probleme de atenție	cu dizabilitate	50	44,83	2241,50
	cu dezvoltare tipică	50	56,17	2808,50
Probleme ale comportamentului opozant	cu dizabilitate	50	49,04	2452,00
	cu dezvoltare tipică	50	51,96	2598,00
Probleme de conduită	cu dizabilitate	50	42,49	2124,50
	cu dezvoltare tipică	50	58,51	2925,50

Datele prezentate în tabelul 2.3 sunt ilustrate grafic în figura 2.18.

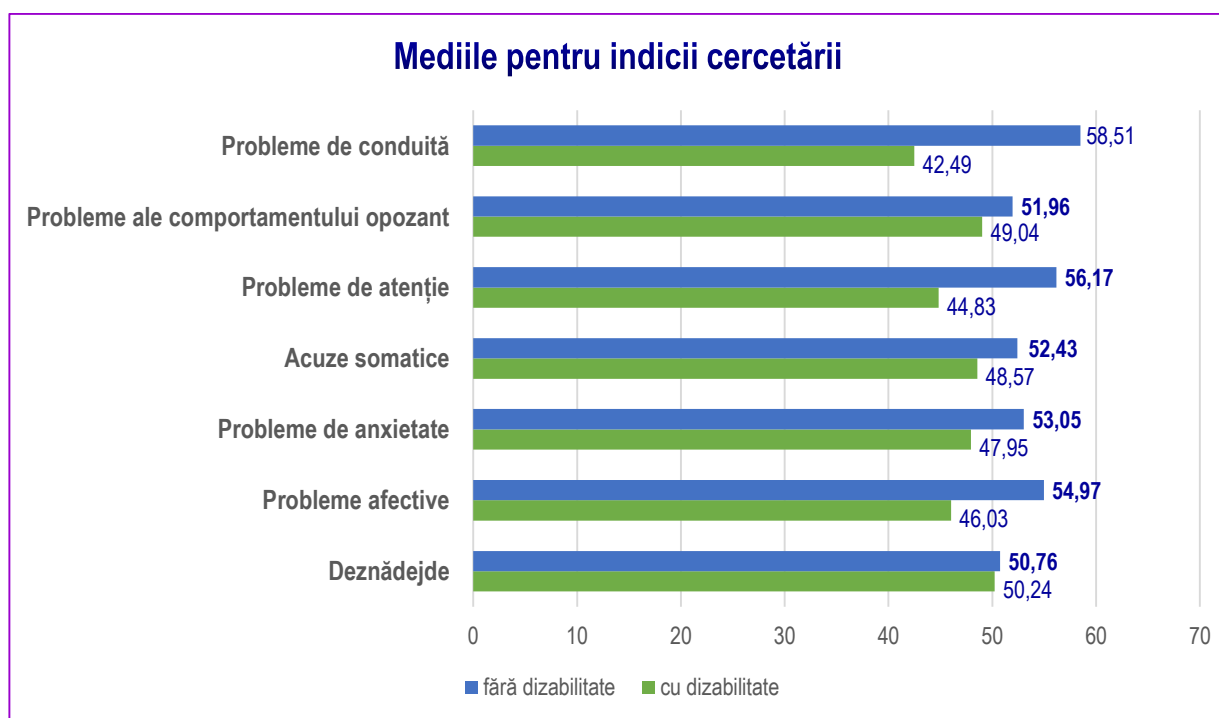


Fig. 2.18. Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru variabilele cercetării

În conformitate cu rezultatele prezentate în tabelul 2.3 și figura 2.18 observăm că mediile în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru variabilele cercetării sunt diferite pentru

grupurile adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică. Subiecții cu dizabilități comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică au înregistrat medii mai scăzute pentru toate variabilele cercetării: deznădejde, probleme afective, probleme de anxietate, acuze somatice, probleme de atenție, probleme ale comportamentului opozant, probleme de conduită.

Similar cazului descris, cu referire la indicii adaptării psihosociale, în scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilitate comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică pentru variabilele cercetării *deznădejde, probleme afective, probleme de anxietate, acuze somatice, probleme de atenție, probleme ale comportamentului opozant, probleme de conduită* am aplicat Testul U Mann-Whitney.

Tabelul 2.4. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru variabilele cercetării (conform testelor aplicate Beck, ASEBA) în grupul adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Test Statistics ^a							
	Deznădejde	Probleme afective	Probleme de anxietate	Acuze somatice	Probleme de atenție	Probleme ale comportamentului opozant	Probleme de conduită
Mann-Whitney U	1237.000	1026.500	1122.500	1153.500	966.500	1177.000	849.500
Wilcoxon W	2512.000	2301.500	2397.500	2428.500	2241.500	2452.000	2124.500
Z	-.091	-1.548	-.886	-.674	-1.967	-.511	-2.793
Asymp. Sig. (2-tailed)	.928	.122	.376	.500	.049	.609	.005

a. Grouping Variable: B8 Prezența dizabilității

Astfel, identificăm diferențe statistic ne semnificative pentru rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dizabilități comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică pentru variabilele cercetării: *deznădejde, probleme afective, probleme de anxietate, acuze somatice, probleme ale comportamentului opozant*. Totodată, pentru variabilele *probleme de atenție* (U=966,5; p=0,049) și *probleme de conduită* (U=849,5; p=0,005) consemnăm diferențe statistic semnificative la rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dizabilitate comparativ cu subiecții fără dizabilitate.

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru variabilele cercetării în conformitate cu *Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*

În continuare, în tabelul 2.5 sunt prezentate diferențele dintre medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” în grupurile persoanelor cu dizabilități și cu dezvoltare tipică. *Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн* include următoarele variabile *sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselie / E7; performanțe școlare / E8.*

Tabelul 2.5. Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „prezența dizabilității”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Sănătate / E1	cu dizabilitate	50	40.48	2024.00
	cu dezvoltare tipică	50	60.52	3026.00
Îngrijire / E2	cu dizabilitate	50	43.89	2194.50
	cu dezvoltare tipică	50	57.11	2855.50
Îndemânare / E3	cu dizabilitate	50	41.50	2075.00
	cu dezvoltare tipică	50	59.50	2975.00
Inteligența / E4	cu dizabilitate	50	42.88	2144.00
	cu dezvoltare tipică	50	58.12	2906.00
Bunătatea / E5	cu dizabilitate	50	44.74	2237.00
	cu dezvoltare tipică	50	56.26	2813.00
Autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6	cu dizabilitate	50	43.69	2184.50
	cu dezvoltare tipică	50	57.31	2865.50
Capacitățile comunicative / veselia / E7	cu dizabilitate	50	44.29	2214.50
	cu dezvoltare tipică	50	56.71	2835.50
Performanțe școlare / E8	cu dizabilitate	50	39.55	1977.50
	cu dezvoltare tipică	50	61.45	3072.50

Datele prezentate în tabelul 2.5 sunt ilustrate grafic în figura 2.19.

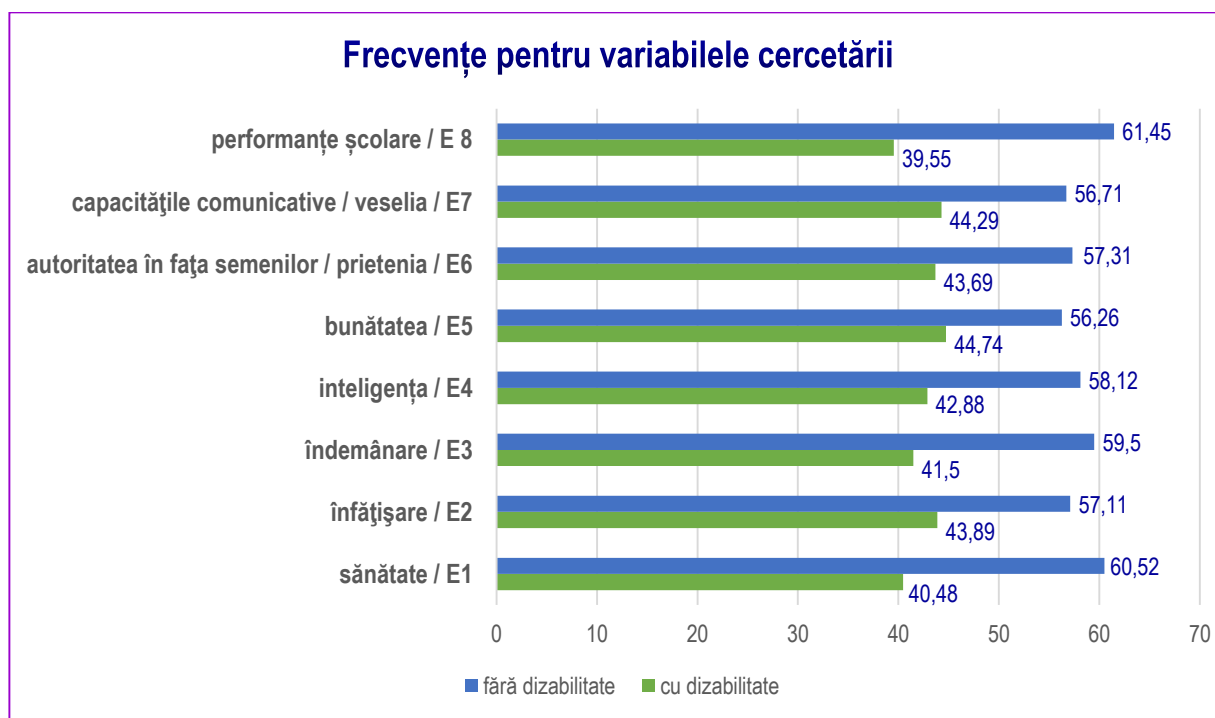


Fig. 2.19. Valorile medii în funcție de factorul „prezența dizabilității” pentru componentele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн

În conformitate cu rezultatele prezentate în tabelul 2.5 și figura 2.19 atestăm că, în funcție de factorul „prezența dizabilității”, pentru variabilele cercetării determinate cu ajutorul *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн* (sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8) subiecții cu dizabilitate au înregistrat medii mai scăzute pentru toate variabilele cercetării comparativ cu subiecții fără dizabilitate.

Am aplicat Testul U Mann-Whitney în scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilități comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică pentru componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*.

Tabelul 2.6. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru componentele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн în grupul adolescenților cu dizabilități și cu dezvoltare tipică

Test Statistics ^a								
	Sănătate / E1	Îngrijire / E2	Îndemânare / E3	Inteligență / E4	Bunătate / E5	Prietenie / E6	Veselia / E7	Performanțe școlare / E8
Mann-Whitney U	749.000	919.500	800.000	869.000	962.000	909.500	939.500	702.500
Wilcoxon W	2024.000	2194.500	2075.000	2144.000	2237.000	2184.500	2214.500	1977.500
Z	-3.517	-2.358	-3.140	-2.710	-2.062	-2.384	-2.184	-3.840
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.018	.002	.007	.039	.017	.029	.000

a. Grouping Variable: B8 Prezența dizabilității

Analizând datele din tabelul 2.6 observăm că pentru toate componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii (Дембо-Рубинштейн)* diferențele dintre medii, în funcție de factorul „prezența dizabilității”, sunt semnificative pentru variabilele: *sănătate / E1* (U=749,0; p=0,001); *îngrijire / E2* (U=919,5; p=0,018); *îndemânare / E3* (U=800,0; p=0,002); *inteligența / E4* (U=869,0; p=0,007); *bunătatea / E5* (U=962,0; p=0,039); *autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6* (U=909,5; p=0,017); *capacitățile comunicative / veselia / E7* (U=939,5; p=0,029); *performanțe școlare / E8* (U=702,5; p=0,001).

Deci, pentru compararea rezultatelor adolescenților cu dizabilitate cu rezultatele adolescenților cu dezvoltare în normă a fost aplicată metoda neparametrică de comparare a două eșantioane independente U Mann-Whitney. Am constatat următoarele diferențe statistic semnificative:

- scorurile la variabila „*indicile acceptării de sine*” (Rogers-Dymond) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mici (media rangurilor 43,72) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 57,28): U=911, N1=50, N2=50, p=0,019;

- scorurile la variabila „*evitarea problemelor*” (Rogers-Dymond) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 59,81) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 41,19): $U=784,5$, $N1=50$, $N2=50$, $p=0,001$;
- scorurile la variabila „*probleme de atenție*” (ASEBA) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 56,17) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 44,83): $U=966,5$, $N1=50$, $N2=50$, $p=0,049$;
- scorurile la variabila „*probleme de conduită*” (ASEBA) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 58,51) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 42,49): $U=849,5$, $N1=50$, $N2=50$, $p=0,005$;
- scorurile la variabila „*aprecierea nivelului de sănătate*” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 60,52) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 40,48): $U=749$, $N1=50$, $N2=50$, $p<0,001$;
- scorurile la variabila „*autoaprecierea nivelului de îngrijire*” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 57,11) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 43,89): $U=919,5$, $N1=50$, $N2=50$, $p=0,018$;
- scorurile la variabila „*autoaprecierea nivelului de îndemânare*” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 59,5) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 41,5): $U=800$, $N1=50$, $N2=50$, $p=0,002$;
- scorurile la variabila „*autoaprecierea nivelului de inteligență*” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 58,12) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 42,88): $U=869$, $N1=50$, $N2=50$, $p=0,007$;
- scorurile la variabila „*autoaprecierea nivelului de bunătate*” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 56,26) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 44,74): $U=962$, $N1=50$, $N2=50$, $p=0,039$;
- scorurile la variabila „*autoaprecierea nivelului de prietenie*” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 57,31) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 43,69): $U=909,5$, $N1=50$, $N2=50$, $p=0,017$;

- scorurile la variabila „*autoaprecierea nivelului de veselie*” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 56,71) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 44,29): $U=939,5$, $N_1=50$, $N_2=50$, $p=0,029$;
- scorurile la variabila „*autoaprecierea performanței școlare*” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților cu dezvoltare în normă sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 61,45) decât cele ale adolescenților cu dizabilități (media rangurilor 39,55): $U=702,5$, $N_1=50$, $N_2=50$, $p<0,001$.

Analizând rezultatele obținute de către subiecții experimentali intervievați identificăm multiple diferențe în funcție de factorul prezența dizabilității (cu dizabilitate / cu dezvoltare tipică) a adolescenților. În această ordine de idei, menționăm că din perspectiva „prezența dizabilității” am constatat diferențe statistic semnificative pentru următoarele variabile: „indicele acceptării de sine”, „evitarea problemelor”, „probleme de atenție”, „probleme de conduită”, „autoaprecierea nivelului de sănătate”, „autoaprecierea nivelului de îngrijire”, „autoaprecierea nivelului de îndemânare”, „autoaprecierea nivelului de inteligență”, „autoaprecierea nivelului de prietenie”, „autoaprecierea capacităților comunicative / nivelului de veselie”, „autoaprecierea performanței școlare”. Experimentul realizat demonstrează că rezultatele adolescenților cu dezvoltare tipică sunt mai mari decât cele ale adolescenților cu dizabilități pentru variabilele enumerate, cu excepția variabilei „indicele acceptării de sine”. Astfel, referindu-ne la raportul dintre variabilele enumerate și starea de sănătate a adolescenților, se conturează particularități ce denotă că adolescenții cu dizabilități mai greu se acceptă pe sine și înregistrează mai frecvent probleme de conduită și de atenție, în general tind să evite problemele și prezintă autoapreciere mai scăzută decât adolescenții cu dezvoltare tipică.

2.3.2. Adaptarea psihosocială din perspectiva mediului de reședință

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale la adolescenții cu dezvoltare tipică

În tabelul 2.7 sunt prezentate diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru grupul adolescenților fără dizabilitate. Astfel în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” au fost identificate mediile pentru următorii indici generali, conform *Chestionarului de diagnosticare a adaptării psihosociale* (C. Rogers și R. Dymond): adaptare psihosocială; acceptarea de sine; acceptarea celorlalți; confort emoțional; control intern; tendință de dominare.

Tabelul 2.7. Valorile medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „mediul de reședință”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Adaptare	urban	25	24,72	618.00
	rural	25	26,28	657.00
Acceptarea de sine	urban	25	24,14	603.50
	rural	25	26,86	671.50
Acceptarea celorlalți	urban	25	22,72	568.00
	rural	25	28,28	707.00
Confort emoțional	urban	25	26,26	656.50
	rural	25	24,74	618.50
Control intern	urban	25	24,28	607.00
	rural	25	26,72	668.00
Tendințe de dominare	urban	25	25,14	628.50
	rural	25	25,86	646.50

Datele prezentate în tabelul 2.7 sunt ilustrate grafic în figura 2.20.

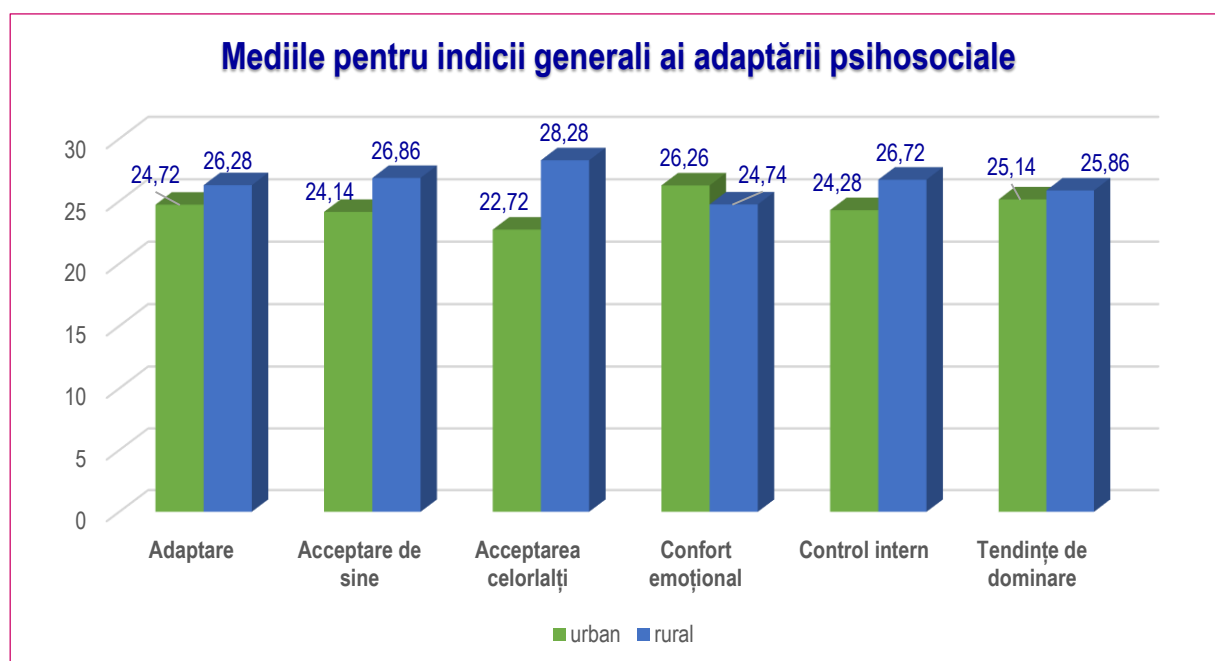


Fig. 2.20. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică

În conformitate cu rezultatele prezentate în tabelul 2.7 și figura 2.20 observăm că mediile în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale sunt diferite. Subiecții fără dizabilitate din mediul urban au înregistrat medii mai înalte pentru indicele general confort emoțional. Subiecții fără dizabilitate din mediul urban

comparativ cu subiecții fără dizabilitate din mediul rural au înregistrat medii mai scăzute pentru indicii generali: adaptare psihosocială, acceptarea de sine, acceptarea celorlalți, control intern și tendințe de dominare.

În scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dezvoltare tipică, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, pentru indicii generali menționați am aplicat Testul U Mann-Whitney (Tabelul 2.8).

Tabelul 2.8. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupurile adolescenților fără dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”

Test Statistics ^{a,b}						
	Adaptare psihosocială	Acceptarea de sine	Acceptarea celorlalți	Confort emoțional	Control inten	Tendinta de dominare
Mann-Whitney U	293.000	278.500	243.000	293.500	282.000	303.500
Wilcoxon W	618.000	603.500	568.000	618.500	607.000	628.500
Z	-.378	-.660	-1.349	-.369	-.592	-.175
Asymp. Sig. (2-tailed)	.705	.509	.177	.712	.554	.861
a. B8 Prezența dizabilității = Cu dezvoltare tipică						
b. Grouping Variable: mediul de resedinta						

Evidențiem că, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, atestăm diferențe statistic ne semnificative la rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dezvoltare tipică pentru indicii generali: adaptare, acceptarea de sine, acceptarea celorlalți, confort emoțional, control intern și tendințe de dominare

Unica diferență semnificativă între adolescenții cu dezvoltare tipică din mediul rural și cei cu dezvoltare în normă din mediul urban a fost constatată la componenta adaptării psihosociale „mitomanie” ($U=210,5$; $N1=25$; $N2=25$; $p=0,047$), scoruri mai mari au cei din mediul rural (media rangurilor 29,58) decât cei din mediul urban (media rangurilor 21,42).

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA, în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică

Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” sunt prezentate în tabelul 2.9. Menționăm că, în cazul dat, se face diferențiere pentru rezultatele grupului de adolescenți cu dezvoltare tipică. Deci, au fost identificate mediile pentru variabilele *deznădejde; probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită* (conform testelor aplicate Beck, ASEBA) în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” al subiecților experimentali din grupul adolescenților cu dezvoltare tipică.

Tabelul 2.9. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA, aplicate în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „mediul de reședință (urban/rural)”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Deznădejde	urban	25	27,24	681.00
	rural	25	23,76	594.00
Probleme afective	urban	25	24,72	618.00
	rural	25	26,28	657.00
Probleme de anxietate	urban	25	24,02	600.50
	rural	25	26,98	674.50
Acuze somatice	urban	25	25,18	629.50
	rural	25	25,82	645.50
Probleme de atenție	urban	25	24,84	621.00
	rural	25	26,16	654.00
Probleme ale comportamentului opozant	urban	25	24,48	612.00
	rural	25	26,52	663.00
Probleme de conduită	urban	25	27,52	688.00
	rural	25	23,48	587.00

Datele prezentate în tabelul 2.9 sunt ilustrate grafic în figura 2.21.

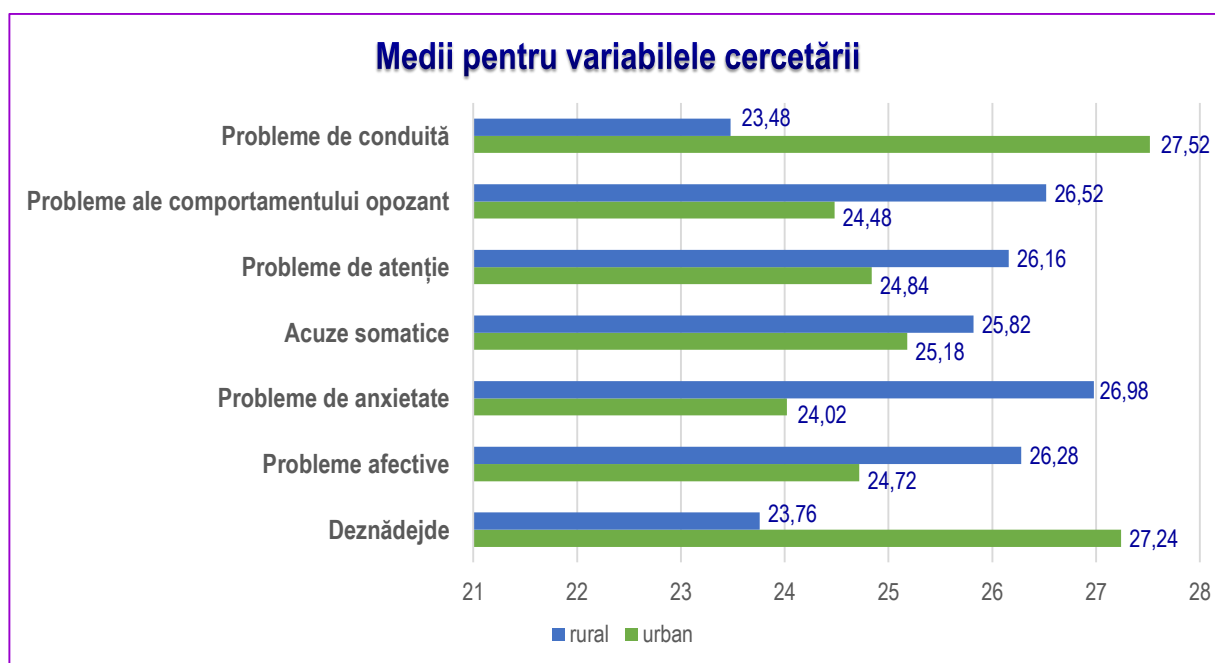


Fig. 2.21. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA, aplicate în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică

În conformitate cu rezultatele prezentate în tabelul 2.9 și figura 2.21 observăm că mediile în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării, conform

testelor aplicate *Beck*, *ASEBA*, sunt diferite pentru grupul adolescenților cu dezvoltare tipică. Subiecții fără dizabilitate din mediul urban comparativ cu subiecții fără dizabilitate din mediul rural au înregistrat medii mai înalte pentru variabilele cercetării: deznădejde, probleme de conduită. Totodată, subiecții fără dizabilitate, din mediul urban comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică din mediul rural au înregistrat medii mai scăzute pentru variabilele cercetării: probleme afective, probleme de anxietate, acuze somatice, probleme de atenție, probleme ale comportamentului opozant.

În scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții fără dizabilitate din mediul de reședință urban comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică din mediul rural am aplicat Testul U Mann-Whitney.

Tabelul 2.10. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru variabilele cercetării (conform testelor aplicate *Beck*, *ASEBA*) în grupul adolescenților fără dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”

Test Statistics ^{a,b}							
	<i>Deznădejde</i>	<i>Probleme afective</i>	<i>Probleme de anxietate</i>	<i>Acuze somatice</i>	<i>Probleme de atenție</i>	<i>Probleme ale comportamentului opozant</i>	<i>Probleme de conduită</i>
Mann-Whitney U	269.000	293.000	275.500	304.500	296.000	287.000	262.000
Wilcoxon W	594.000	618.000	600.500	629.500	621.000	612.000	587.000
Z	-.851	-.380	-.723	-.157	-.322	-.503	-.988
Asymp. Sig. (2-tailed)	.395	.704	.470	.875	.747	.615	.323
a. B8 Prezența dizabilității = cu dezvoltare tipică							
b. Grouping Variable: mediul de resedinta							

Astfel, identificăm diferențe statistic ne semnificative pentru rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dezvoltare tipică, obținute conform variabilelor cercetării după testele *Beck*, *ASEBA* în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, pentru: *deznădejde*, *probleme afective*, *probleme de anxietate*, *acuze somatice*, *probleme de atenție*, *probleme ale comportamentului opozant*, *probleme de conduită*.

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării în conformitate cu scalele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*

În continuare, în tabelul 2.11, sunt prezentate diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” în grupurile persoanelor fără dizabilitate pentru scalele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*: *sănătate / E1*; *îngrijire / E2*; *îndemânare / E3*; *inteligența / E4*; *bunătațea / E5*; *autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6*; *capacitățile comunicative / veselia / E7*; *performanțe școlare / E8*.

Tabelul 2.11. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți (Дембо-Рубинштейн)

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „mediul de reședință (urban/rural)”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Sănătate / E1	urban	25	26,94	673.50
	rural	25	24,06	601.50
Îngrijire / E2	urban	25	23,32	583.00
	rural	25	27,68	692.00
Îndemânare / E3	urban	25	24,00	600.00
	rural	25	27,00	675.00
Inteligența / E4	urban	25	25,46	636.50
	rural	25	25,54	638.50
Bunătatea / E5	urban	25	26,36	659.00
	rural	25	24,64	616.00
Autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6	urban	25	26,46	661.50
	rural	25	24,54	613.50
Capacitățile comunicative / veselia / E7	urban	25	24,30	607.50
	rural	25	26,70	667.50
Performanțe școlare / E8	urban	25	24,40	610.00
	rural	25	26,60	665.00

Datele prezentate în tabelul 2.11 sunt ilustrate grafic în figura 2.22.

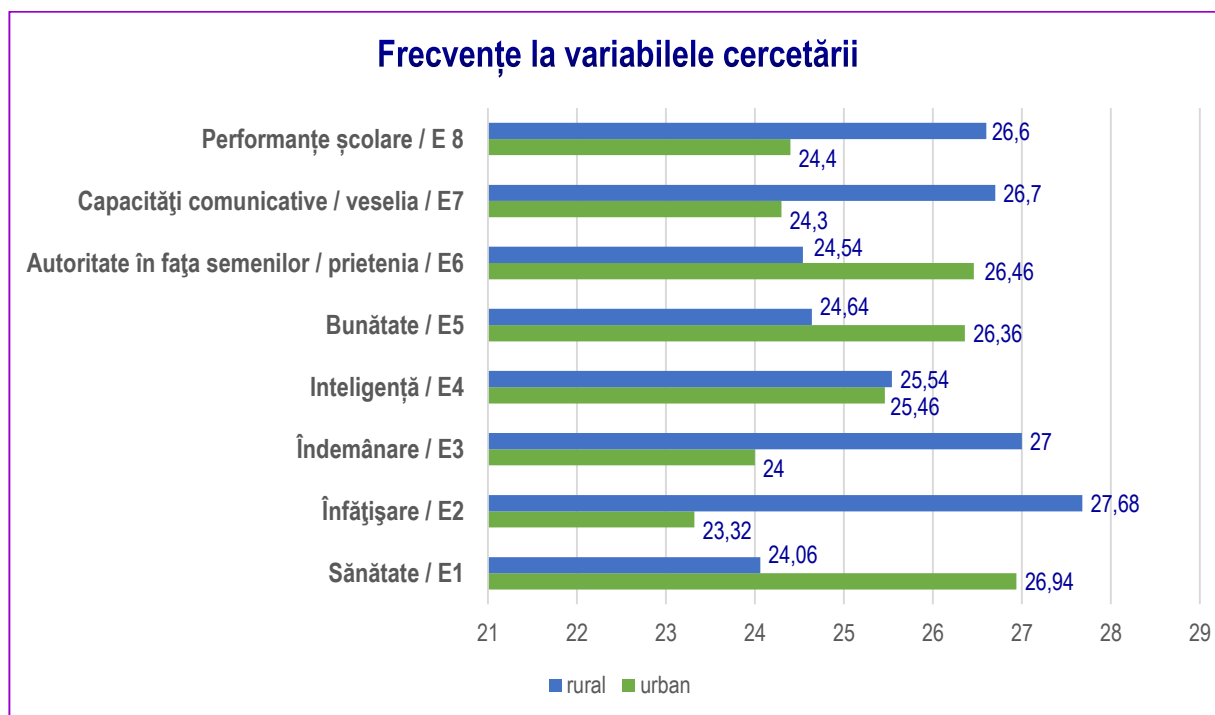


Fig. 2.22. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți (Дембо-Рубинштейн)

Rezultatele prezentate în tabelul 2.11 și figura 2.22 demonstrează că sunt diferite, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, pentru variabilele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн* (sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8). Astfel, subiecții din mediul urban comparativ cu a adolescenților cu dezvoltare în normă din mediul rural, au înregistrat medii mai înalte pentru următoarele variabile ale cercetării: sănătate / E1; bunătate / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenie / E6. Subiecții din mediul urban comparativ cu a adolescenților cu dezvoltare în normă din mediul rural, au înregistrat medii mai scăzute pentru următoarele variabile ale cercetării conturate prin *Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*: îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8.

În tabelul 2.12 sunt rezultate obținute în urma alicării metodei statistice, Testul U Mann-Whitney, valorificat cu scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții fără dizabilitate, din mediul urban, comparativ cu subiecții din mediul rural pentru componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*.

Tabelul 2.12. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн* în grupul adolescenților fără dizabilitate în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”

Test Statistics ^{a,b}								
	Sănătate / E1	Îngrijire / E2	Îndemânare / E3	Inteligență / E4	Bunătate / E5	Prietenie / E6	Veselie / E7	Performanțe școlare / E8
Mann-Whitney U	276.500	258.000	275.000	311.500	291.000	288.500	282.500	285.000
Wilcoxon W	601.500	583.000	600.000	636.500	616.000	613.500	607.500	610.000
Z	-.712	-1.092	-.738	-.020	-.434	-.475	-.595	-.547
Asymp. Sig. (2-tailed)	.477	.275	.461	.984	.664	.635	.552	.585
a. B8 Prezența dizabilității = cu dezvoltare tipică								
b. Grouping Variable: mediul de resedinta								

Datele din tabelul 2.12 demonstrează că pentru toate componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii (Дембо-Рубинштейн)* diferențele dintre medii nu sunt semnificative, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, în grupul adolescenților fără dizabilitate, pentru variabilele: sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / bucuria / E7; performanțe școlare / E8.

Diferențe în rezultatele adolescenți cu dizabilități în funcție de mediul de reședință

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități

Urmare a firului logic de idei în continuare vom prezenta diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru grupul adolescenților cu dizabilitate (tabelul 2.13). Respectiv, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, pentru grupul adolescenților cu dizabilitate, au fost identificate mediile pentru următorii indicii generali, conform *Chestionarului de diagnosticare a adaptării psihosociale (C. Rogers și R. Dymond)*: adaptare psihosocială; acceptarea de sine; acceptarea celorlalți; confort emoțional; control intern; tendință de dominare.

Tabelul 2.13. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupul adolescenților cu dizabilitate

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „mediul de reședință”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Adaptare	urban	25	30,10	752.50
	rural	25	20,90	522.50
Acceptarea de sine	urban	25	20,68	758.00
	rural	25	30,32	517.00
Acceptarea celorlalți	urban	25	22,18	554.50
	rural	25	28,82	720.50
Confort emoțional	urban	25	28,96	724.00
	rural	25	22,04	551.00
Control intern	urban	25	24,78	619.50
	rural	25	26,22	655.50
Tendințe de dominare	urban	25	23,52	588.00
	rural	25	27,48	687.00

Datele prezentate în tabelul 2.13 sunt ilustrate grafic în figura 2.23.

În conformitate cu rezultatele prezentate în tabelul 2.13 și figura 2.23, observăm că mediile în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dizabilități, sunt diferite. Subiecții cu dizabilitate din mediul urban au înregistrat medii mai înalte pentru indicii generali: adaptare psihosocială; confort emoțional. De altfel, subiecții cu dizabilitate din mediul urban comparativ cu subiecții dizabilitate din mediul rural au înregistrat medii mai scăzute pentru indicii generali: acceptarea de sine, acceptarea celorlalți, control intern și tendințe de dominare.

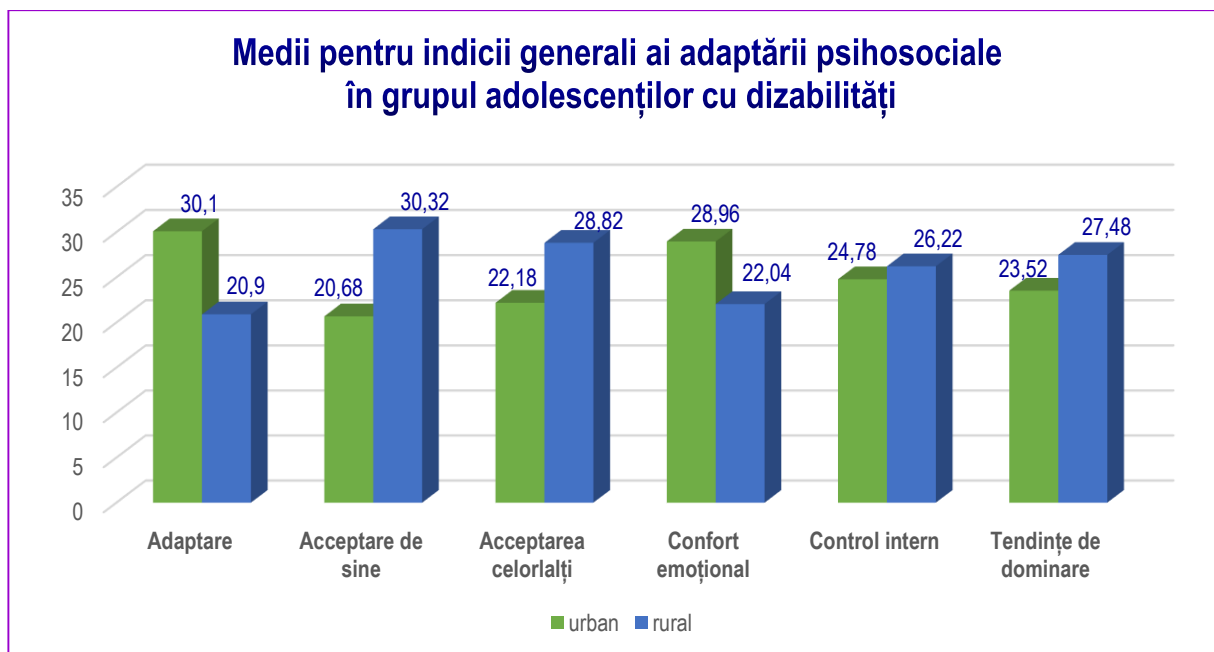


Fig. 2.23. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupul adolescenților cu dizabilități

În scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, pentru indicii generali menționați am aplicat Testul U Mann-Whitney (Tabelul 2.14).

Tabelul 2.14. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupurile adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”

Test Statistics ^{a,b}						
	<i>Adaptare psihosocială</i>	<i>Acceptare de sine</i>	<i>Acceptarea celorlalți</i>	<i>Confort emoțional</i>	<i>Control inten</i>	<i>Tendinta de dominare</i>
Mann-Whitney U	197.500	192.000	229.500	206.000	294.500	263.000
Wilcoxon W	522.500	517.000	554.500	531.000	619.500	588.000
Z	-2.233	-2.360	-1.613	-1.999	-.350	-.970
Asymp. Sig. (2-tailed)	.026	.018	.107	.050	.726	.332
a. B8 Starea de sanatate = Cu dizabilitate						
b. Grouping Variable: mediul de resedinta						

Rezultatele incluse în tabelul 2.14 demonstrează că, subiecții experimentali din grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, atestă diferențe statistic semnificative pentru indicii generali adaptare ($U=197,5$; $N_1=25$; $N_2=25$; $p=0,026$), acceptarea de sine ($U=192,0$; $N_1=25$; $N_2=25$; $p=0,018$) și indicele general confort emoțional ($U=206,0$; $N_1=25$; $N_2=25$; $p=0,050$).

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA, în grupul adolescenților cu dizabilitate

Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru rezultatele grupului de adolescenți cu dizabilitate, sunt prezentate în tabelul 2.15. Deci, au fost identificate mediile pentru variabile *deznădejde; probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită* (conform testelor Beck, ASEBA) în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” al subiecților experimentali.

Tabelul 2.15. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA, aplicate în grupul adolescenților cu dizabilitate

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „mediul de reședință (urban/rural)”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Deznădejde	urban	25	21,76	544.00
	rural	25	29,24	731.00
Probleme afective	urban	25	22,34	558.50
	rural	25	28,66	716.50
Probleme de anxietate	urban	25	22,54	563.50
	rural	25	28,46	711.50
Acuze somatice	urban	25	27,26	681.50
	rural	25	23,74	593.50
Probleme de atenție	urban	25	24,86	621.50
	rural	25	26,14	653.50
Probleme ale comportamentului opozant	urban	25	28,00	700.00
	rural	25	23,00	575.00
Probleme de conduită	urban	25	26,76	669.00
	rural	25	24,24	606.00

Datele prezentate în tabelul 2.15 sunt ilustrate grafic în figura 2.24.

În tabelul 2.15 și figura 2.24 sunt incluse rezultatele din care observăm că mediile în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” sunt diferite pentru grupul adolescenților cu dizabilitate pentru variabilele cercetării, conform testelor aplicate (Beck, ASEBA). Adolescenții cu dizabilitate din mediul urban comparativ cu subiecții cu dizabilitate din mediul rural au înregistrat medii mai înalte pentru variabilele: acuze somatice, probleme ale comportamentului opozant și probleme de conduită. Totodată, subiecții cu dizabilitate, din mediul urban comparativ cu subiecții cu dizabilitate din mediul rural au înregistrat medii mai scăzute pentru variabilele cercetării: deznădejde, probleme afective, probleme de anxietate, probleme de atenție.

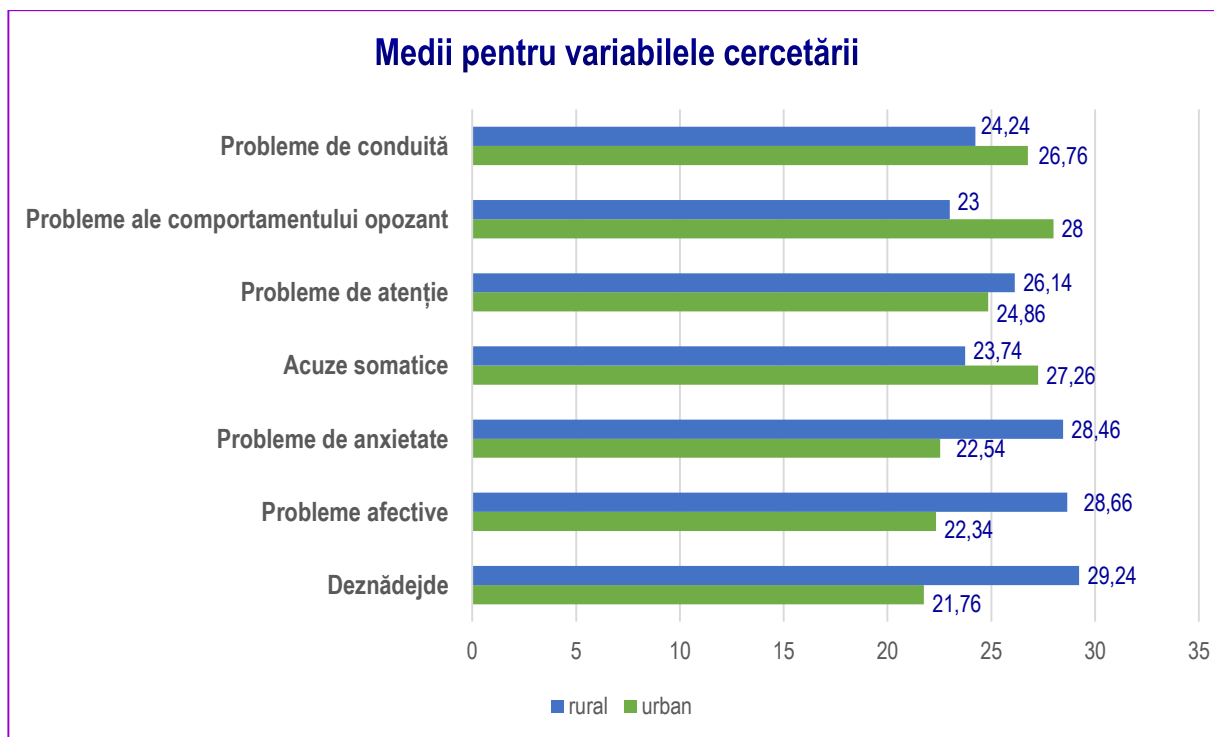


Fig. 2.24. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA

În scopul determinării diferențelor semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilitate din mediul de reședință urban comparativ cu subiecții fără dizabilitate din mediul rural, am aplicat Testul U Mann-Whitney.

Tabelul 2.16. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru variabilele cercetării (conform testelor aplicate Beck, ASEBA) în grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”

Test Statistics ^{a,b}							
	Deznădejde	Probleme afective	Probleme de anxietate	Acuze somatice	Probleme de atenție	Probleme ale comportamentului opozant	Probleme de conduită
Mann-Whitney U	202.000	233.500	238.500	268.500	296.500	250.000	281.000
Wilcoxon W	544.000	558.500	563.500	593.500	621.500	575.000	606.000
Z	-2.048	-1.548	-1.452	-.866	-.313	-1.234	-.625
Asymp. Sig. (2-tailed)	.045	.122	.146	.386	.754	.217	.532
a. B8 Prezența dizabilității = Cu dizabilitate							
b. Grouping Variable: mediul de reședință							

Astfel, identificăm diferențe statistic semnificative pentru rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dizabilitate, obținute conform variabilelor cercetării după testele Beck, ASEBA în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” doar pentru variabila: *deznădejde* (U=202;0, N1=25; N2=25; p=0,045), dar pentru celelalte variabile (*probleme afective*, *probleme*

de anxietate, acuze somatice, probleme de atenție, probleme ale comportamentului opozant, probleme de conduită) identificăm diferențe statistic ne semnificative.

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele cercetării în conformitate cu scalele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн, în grupurile adolescenților cu dizabilitate

În continuare în tabelul 2.17 sunt prezentate diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” în grupurile adolescenților cu dizabilitate pentru scalele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн: sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8.

Tabelul 2.17. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți (Дембо-Рубинштейн), în grupurile adolescenților cu dizabilitate

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „mediul de reședință (urban/rural)”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Sănătate / E1	urban	25	26,00	650.00
	rural	25	25,00	625.00
Îngrijire / E2	urban	25	27,08	677.00
	rural	25	23,92	598.00
Îndemânare / E3	urban	25	25,58	639.50
	rural	25	25,42	635.50
Inteligența / E4	urban	25	26,88	672.00
	rural	25	24,12	603.00
Bunătatea / E5	urban	25	27,90	697.50
	rural	25	23,10	577.50
Autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6	urban	25	24,92	623.00
	rural	25	26,08	652.00
Capacitățile comunicative / veselia / E7	urban	25	24,72	618.00
	rural	25	26,28	657.00
Performanțe școlare / E8	urban	25	25,62	640.50
	rural	25	25,38	634.50

Datele prezentate în tabelul 2.17 sunt ilustrate grafic în figura 2.25.

Rezultatele prezentate în tabelul 2.17 și figura 2.25 demonstrează că, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, pentru variabilele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн (sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4;

bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8) sunt diferite, în grupurile adolescenților cu dizabilitate. Astfel, subiecții din mediul urban comparativ cu cei din mediul rural (grupul adolescenților cu dizabilitate) au înregistrat medii mai înalte pentru următoarele variabile ale cercetării: *sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; performanțe școlare / E8*. Subiecții din mediul urban comparativ cu adolescenții cu dizabilități din mediul rural, au înregistrat medii mai scăzute pentru următoarele variabile ale cercetării conturate prin *Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*: *autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7*.

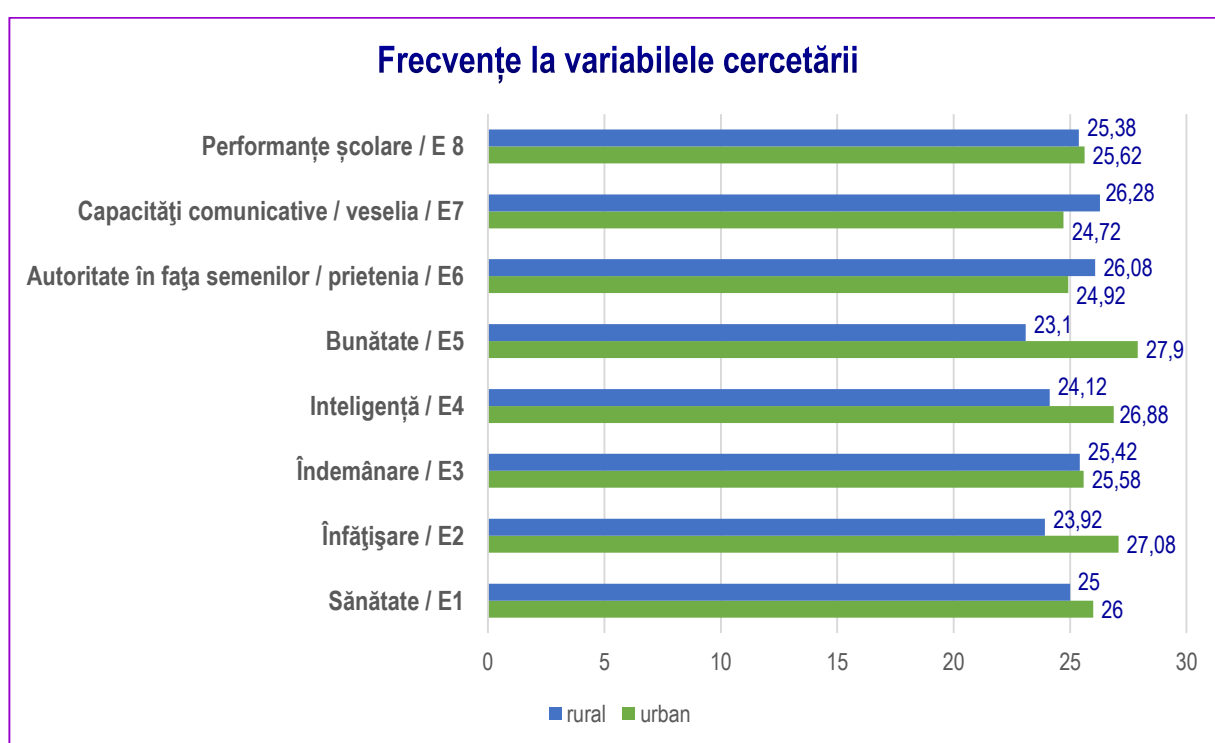


Fig. 2.25. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)” pentru variabilele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*, în grupurile adolescenților cu dizabilitate

În tabelul 2.18 sunt rezultate obținute în urma aplicării metodei statistice, Testul U Mann-Whitney, valorificat în scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilitate, din mediul urban, comparativ cu subiecții din mediul rural pentru componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*.

Datele din tabelul 2.18 demonstrează că pentru toate componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii (Дембо-Рубинштейн)* diferențele dintre medii nu sunt semnificative, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”, în grupul adolescenților cu dizabilitate.

Tabelul 2.18. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru componentele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн, în grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „mediul de reședință (urban/rural)”

Test Statistics ^{a,b}								
	Sănătate / E1	Îngrijire / E2	Îndemânare / E3	Inteligență / E4	Bunătate / E5	Prietenie / E6	Veselie / E7	Performan- te școlare / E8
Mann-Whitney U	300.000	273.000	310.500	278.000	252.500	298.000	293.000	309.500
Wilcoxon W	625.000	598.000	635.500	603.000	577.500	623.000	618.000	634.500
Z	-.254	-.819	-.040	-.697	-1.214	-.288	-.389	-.061
Asymp. Sig. (2-tailed)	.799	.413	.968	.486	.225	.774	.697	.952
a. B8 Starea de sănătate = Cu dizabilitate								
b. Grouping Variable: mediul de reședință								

Compararea rezultatelor adolescenților cu dizabilitate din mediul rural cu rezultatele adolescenților cu dizabilitate din mediul urban (Testul U Mann-Whitney) a pus în evidență următoarele diferențe statistic semnificative (N1=25; N2=25):

- scorurile la variabila „*indicele adaptării*” (Rogers-Dymond) ale adolescenților cu dizabilități din mediul urban sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 30,1) decât cele ale adolescenților cu dizabilități din mediul rural (media rangurilor 20,9): U=197,5; p=0,026;
- scorurile la variabila „*indicele acceptării de sine*” (Rogers-Dymond) ale adolescenților cu dizabilități din mediul urban sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 30,32) decât cele ale adolescenților cu dizabilități din mediul rural (media rangurilor 20,68): U=192; p=0,018;
- scorurile la variabila „*evitarea problemelor*” (Rogers-Dymond) ale adolescenților cu dizabilități din mediul urban sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 28,96) decât cele ale adolescenților cu dizabilități din mediul rural (media rangurilor 22,04): U=206; p=0,05;
- scorurile la variabila „*deznădejde*” (Beck) ale adolescenților cu dizabilități din mediul urban sunt semnificativ mai mici (media rangurilor 21,76) decât cele ale adolescenților cu dizabilități din mediul rural (media rangurilor 29,24): U=202; p=0,045.

2.3.3. Adaptarea psihosocială din perspectiva modului de studii

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități

Am considerat importante pentru cercetarea realizată diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru grupul adolescenților cu dizabilitate (tabelul 2.19). Respectiv, în funcție de acest factor, pentru grupul adolescenților cu dizabilitate, au

fost identificate mediile pentru indicii generali, conform *Chestionarului de diagnosticare a adaptării psihosociale* (C. Rogers și R. Dymond).

Tabelul 2.19. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupul adolescenților cu dizabilitate

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „modul de studii”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Adaptare	instituție	32	23,53	753.00
	domiciliu	18	29,00	522.00
Acceptarea de sine	instituție	32	24,97	799.00
	domiciliu	18	26,44	476.00
Acceptarea celorlalți	instituție	32	23,75	760.00
	domiciliu	18	28,61	515.00
Confort emoțional	instituție	32	28,73	919.50
	domiciliu	18	19,75	355.50
Control intern	instituție	32	28,16	901.00
	domiciliu	18	20,78	374.00
Tendințe de dominare	instituție	32	25,94	830.00
	domiciliu	18	24,72	445.00

Datele prezentate în tabelul 2.19 sunt ilustrate grafic în figura 2.26.

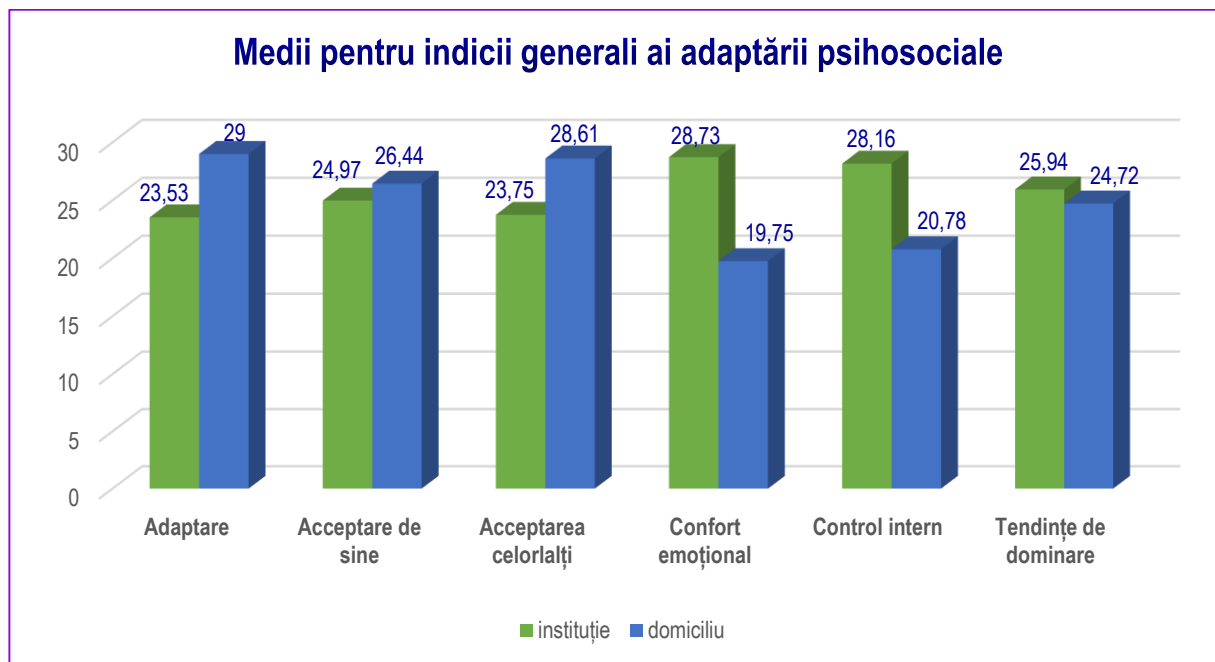


Fig. 2.26. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupul adolescenților cu dizabilități

Mediile în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” (tabelul 2.19 și figura 2.26) pentru indicii generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dizabilități, sunt diferite. Subiecții cu dizabilitate care își fac studiile în instituție au înregistrat medii mai înalte pentru indicii generali: confort emoțional, control intern și tendințe de dominare. Pe de altă parte, subiecții cu dizabilitate care își fac studiile în instituție comparativ cu subiecții care își fac studiile la domiciliu au înregistrat medii mai scăzute pentru indicii generali: adaptare psihosocială; acceptarea de sine, acceptarea celorlalți.

Pentru a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilitate, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”, pentru indicii generali menționați am aplicat Testul U Mann-Whitney (Tabelul 2.20).

Tabelul 2.20. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru indicii generali ai adaptării psihosociale în grupurile adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”

Test Statistics^{a,b}						
	<i>Adaptare psihosocială</i>	<i>Acceptarea de sine</i>	<i>Acceptarea celorlalți</i>	<i>Confort emoțional</i>	<i>Control inten</i>	<i>Tendinta de dominare</i>
Mann-Whitney U	260.000	225.000	271.000	232.000	184.500	203.000
Wilcoxon W	788.000	753.000	799.000	760.000	355.500	374.000
Z	-.566	-1.285	-.344	-1.142	-2.096	-2.035
Asymp. Sig. (2-tailed)	.571	.199	.731	.253	.036	.043
a. B8 Starea de sanatate = Cu dizabilitate						
b. Grouping Variable: mod_studii						

Rezultatele incluse în tabelul 2.20 demonstrează că, subiecții experimentali din grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”, înregistrează diferențe statistic semnificative pentru următorii indicii generali: control intern (U=184,5; N1=32; N2=18; p=0,036), tendințe de dominare (U=203,0; N1=32; N2=18; p=0,043).

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA, în grupul adolescenților cu dizabilitate

Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru rezultatele grupului de adolescenți cu dizabilitate, sunt prezentate în tabelul 2.21. Astfel, au fost identificate mediile pentru variabile *deznădejde; probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită* (conform testelor Beck, ASEBA) în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” al subiecților experimentali.

Tabelul 2.21. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA, în grupul adolescenților cu dizabilitate

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Deznădejde	instituție	32	23,78	761.00
	domiciliu	18	28,56	514.00
Probleme afective	instituție	32	25,83	826.50
	domiciliu	18	24,92	448.50
Probleme de anxietate	instituție	32	26,27	840.50
	domiciliu	18	24,14	434.50
Acuze somatice	instituție	32	28,08	898.50
	domiciliu	18	20,92	376.50
Probleme de atenție	instituție	32	25,78	825.00
	domiciliu	18	25,00	450.00
Probleme ale comportamentului opozant	instituție	32	27,34	875.00
	domiciliu	18	22,22	400.00
Probleme de conduită	instituție	32	24,83	794.50
	domiciliu	18	26,69	480.50

Datele prezentate în tabelul 2.21 sunt ilustrate grafic în figura 2.27.

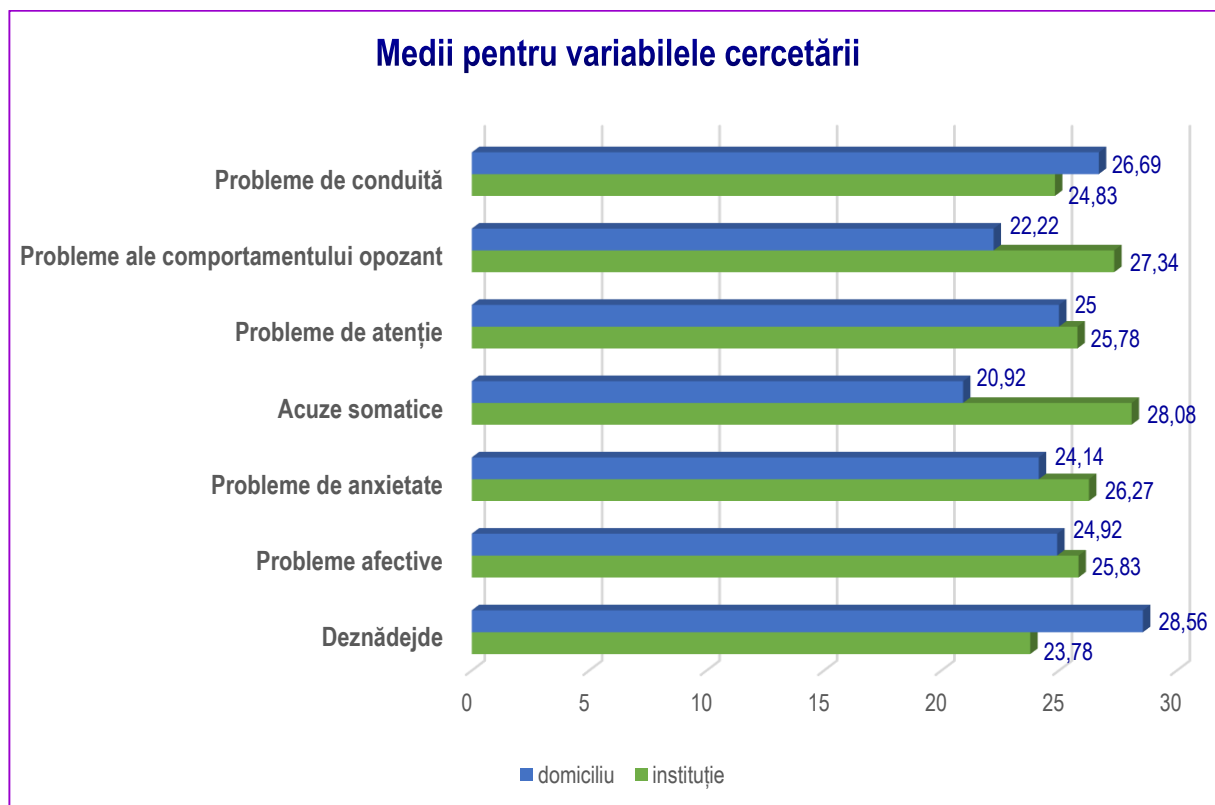


Fig. 2.27. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele cercetării conform testelor aplicate Beck, ASEBA

În tabelul 2.21 și figura 2.27 sunt incluse rezultatele din care observăm că mediile în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” sunt diferite pentru grupul adolescenților cu dizabilitate pentru variabilele cercetării, conform testelor *Beck*, *ASEBA*. Adolescenții cu dizabilitate care studiază în instituții de învățământ comparativ cu subiecții cu dizabilitate care își fac studiile la domiciliu au înregistrat medii mai înalte pentru variabilele: probleme afective, probleme de *anxietate*, acuze somatice, probleme de atenție, probleme ale comportamentului opozant. Totodată, subiecții cu dizabilitate, care studiază în instituții de învățământ comparativ cu subiecții cu dizabilitate care își fac studiile la domiciliu au înregistrat medii mai scăzute pentru variabilele cercetării: deznădejde și probleme de conduită.

Pentru a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilitate care studiază în instituții de învățământ și subiecții cu dizabilitate care își fac studiile la domiciliu am aplicat Testul U Mann-Whitney.

Tabelul 2.22. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru variabilele cercetării (conform testelor *Beck*, *ASEBA*) în grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”

Test Statistics ^{a,b}							
	<i>Deznădejde</i>	<i>Probleme afective</i>	<i>Probleme de anxietate</i>	<i>Acuze somatice</i>	<i>Probleme de atenție</i>	<i>Probleme ale comportamentului opozant</i>	<i>Probleme de conduită</i>
Mann-Whitney U	233.000	277.500	263.500	202.500	279.000	229.000	266.500
Wilcoxon W	761.000	448.500	434.500	376.500	450.000	400.000	794.500
Z	-1.132	-.214	-.501	-1.199	-.183	-1.214	-.444
Asymp. Sig. (2-tailed)	.258	.830	.617	.049	.854	.225	.657
a. B8 Prezența dizabilității = Cu dizabilitate							
b. Grouping Variable: mod_studii							

În cazul dat (tabelul 2.22), identificăm diferențe statistic semnificative pentru rezultatele subiecților din grupul *adolescenților* cu dizabilitate, obținute conform variabilelor cercetării identificate după testele *Beck*, *ASEBA* în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” doar pentru variabila: *acuze somatice* (U=202,5; N1=32; N2=18; p=0,049), respectiv, pentru celelalte variabile (*deznădejde*, *probleme afective*, *probleme de anxietate*, *probleme de atenție*, *probleme ale comportamentului opozant*, *probleme de conduită*) identificăm diferențe statistic nesemnificative.

Datele statisticii descriptive în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele cercetării în conformitate cu scalele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн, în grupurile adolescenților cu dizabilitate

În continuare, în tabelul 2.23 sunt prezentate diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” în grupurile adolescenților cu dizabilitate pentru scalele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн: sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8.

Tabelul 2.23. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți (Дембо-Рубинштейн), în grupurile adolescenților cu dizabilitate

<i>Variabile</i>	<i>Factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”</i>	<i>Numărul de subiecți</i>	<i>Media aritmetică</i>	<i>Suma rangurilor</i>
Sănătate / E1	instituție	32	25,66	821.00
	domiciliu	18	25,22	454.00
Îngrijire / E2	instituție	32	27,31	874.00
	domiciliu	18	22,28	401.00
Îndemânare / E3	instituție	32	23,44	750.00
	domiciliu	18	29,17	525.00
Inteligența / E4	instituție	32	26,22	839.00
	domiciliu	18	24,22	436.00
Bunătatea / E5	instituție	32	29,16	933.00
	domiciliu	18	19,00	342.00
Autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6	instituție	32	25,55	817.50
	domiciliu	18	25,42	457.50
Capacitățile comunicative / veselia / E7	instituție	32	26,95	862.50
	domiciliu	18	22,92	412.50
Performanțe școlare / E8	instituție	32	26,70	854.50
	domiciliu	18	23,36	420.50

Datele prezentate în tabelul 2.23 sunt ilustrate grafic în figura 2.28.

Rezultatele prezentate în tabelul 2.23 și figura 2.28 demonstrează că, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”, în grupurile adolescenților cu dizabilitate, pentru variabilele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн (sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8) sunt diferite. Astfel, subiecții care studiază în instituții de învățământ comparativ cu subiecții care își fac studiile

la domiciliu (grupul adolescenților cu dizabilitate) au înregistrat medii mai înalte pentru următoarele variabile ale cercetării: *sănătate / E1; îngrijire / E2; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8*. Subiecții cu dizabilitate, care studiază în instituții de învățământ comparativ cu subiecții cu dizabilitate care își fac studiile la domiciliu, au înregistrat medii mai scăzute pentru scala *îndemânare / E3*.

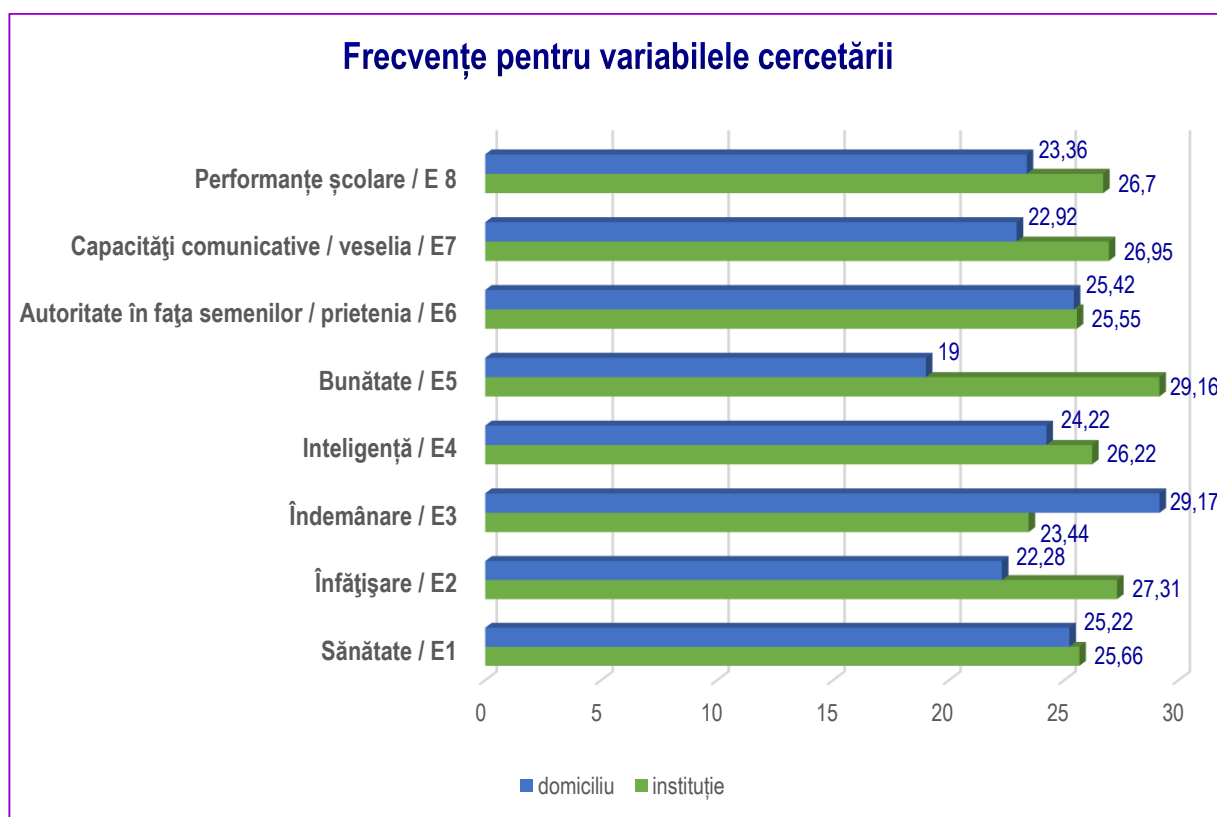


Fig. 2.28. Diferențele dintre medii în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)” pentru variabilele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți (Дембо-Рубинштейн)*, în grupurile adolescenților cu dizabilitate

În tabelul 2.24 sunt rezultate obținute în urma alicării metodei statistice, Testul U Mann-Whitney, valorificat cu scopul de a determina dacă sunt diferențe semnificative înregistrate la subiecții cu dizabilitate, din mediul urban, comparativ cu subiecții din mediul rural pentru componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*.

Datele din tabelul 2.24 demonstrează că pentru componentele *Tehnicii de studiere a autoaprecierii (Дембо-Рубинштейн)* în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”, în grupul adolescenților cu dizabilitate diferențele dintre medii sunt semnificative doar pentru componenta *bunătatea / E5*.

Tabelul 2.24. Rezultatele Testului U Mann-Whitney pentru componentele Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн, în grupul adolescenților cu dizabilitate, în funcție de factorul „modul de studii (în instituție/domiciliu)”

Test Statistics ^{a,b}								
	Sănătate E1	Îngrijire E2	Îndemânare E3	Inteligență / E4	Bunătațe E5	Prietenie E6	Veselie / E7	Performanțe școlare / E8
Mann-Whitney U	283.000	230.000	222.000	265.000	171.000	286.500	241.500	249.500
Wilcoxon W	454.000	401.000	750.000	436.000	342.000	457.500	412.500	420.500
Z	-.106	-1.253	-1.364	-.484	-2.467	-.031	-.966	-.813
Asymp. Sig. (2-tailed)	.916	.210	.173	.628	.014	.975	.334	.416
a. B8 Starea de sanatate = Cu dizabilitate								
b. Grouping Variable: mod_studii								

Tot cu ajutorul testului U Mann-Whitney au fost studiată semnificația diferențelor între adolescenții cu dizabilități ce și-au făcut studiile în instituții de învățământ și cei cu studiile la domiciliu. Au fost constatate următoarele diferențe statistic semnificative (N1=32, N2=18):

- scorurile la variabila „**indicele controlului intern**” (Rogers-Dymond) ale adolescenților ce au învățat în instituții sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 28,73) decât cele ale adolescenților cu dizabilitate ce au făcut studiile la domiciliu (media rangurilor 19,75): U=184,5; p=0,036;
- scorurile la variabila „**tendința de a domina**” (Rogers-Dymond) ale adolescenților ce au învățat în instituții sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 28,16) decât cele ale adolescenților cu dizabilitate ce au făcut studiile la domiciliu (media rangurilor 20,78): U=203, p=0,043;
- scorurile la variabila „**acuze somatice**” (ASEBA) ale adolescenților ce au învățat în instituții sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 28,08) decât cele ale adolescenților cu dizabilitate ce au făcut studiile la domiciliu (media rangurilor 20,92): U=202,5; p=0,049;
- scorurile la variabila „**autoaprecierea nivelului de bunătațe**” (Дембо-Рубинштейн) ale adolescenților ce au învățat în instituții sunt semnificativ mai mari (media rangurilor 29,16) decât cele ale adolescenților cu dizabilitate ce au făcut studiile la domiciliu (media rangurilor 19): U=171; p=0,014.

Rezultatele incluse în aceste subcapitole, cu privire la raportul dintre variabilele cercetării și particularitățile procesului de adaptare psihosocială a adolescenților prin factorii starea de sănătate, mediul de reședință, tipul de dizabilitate, modul de studii, denotă că se confirmă ipoteza conform căreia am presupus că adolescenții cu dizabilități fizice au particularități specifice în adaptarea psihosocială.

2.4. Relația de asociere dintre adaptarea psihosocială și variabilele cercetării: deznădejdea, problemele afective, de anxietate, de comportament, acuze somatice și autoaprecierea

Conform demersului cercetării prezentăm indicii coeficientului de corelație privind identificarea relației dintre adaptarea psihosocială și variabilele cercetării conform instrumentelor psihometrice aplicate. Astfel, vom analiza relația dintre toate variabile cercetării, conform instrumentelor psihometrice aplicate:

- *Chestionarul de diagnosticare a adaptării psihosociale (C. Rogers și R. Dymond)*: adaptare psihosocială; acceptarea de sine; acceptarea celorlalți; confort emoțional; control intern; tendință de dominare.
- *Scala lipsei de speranță/deznădejde Beck*: deznădejde.
- *Testul ASEBA*: probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită.
- *Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*: sănătate / E1; îngrijire / E2; îndemânare / E3; inteligența / E4; bunătatea / E5; autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6; capacitățile comunicative / veselia / E7; performanțe școlare / E8; autoapreciere / media scalelor.

Testul statistic Kolmogorov-Smirnov compară distribuția scorurilor variabilei pe eșantion cu o distribuție normală, având aceeași medie și deviație standard. Dacă rezultatul la acest test este ne semnificativ statistic ($p > 0,05$), atunci distribuția variabilei pe eșantion nu diferă semnificativ de o distribuție normală și, prin urmare, variabila este normal distribuită [86].

Testul statistic Shapiro-Wilk distribuită verifică normalitatea unei distribuții, fiind asemănător cu testul Kolmogorov-Smirnov. În general testul Shapiro-Wilk este mai puternic decât testul Kolmogorov-Smirnov [86]. Rezultatele sunt prezentate în Anexa 14.

Menționăm că Testul de normalitate Kolmogorov-Smirnov (Anexa 14) indică la majoritatea variabilelor cantitative diferențe statistic semnificative ($p \leq 0,05$), fapt ce confirmă că distribuțiile datelor la aceste variabile diferă de distribuția normală, motiv pentru care în prelucrarea statistică a datelor (corelare și comparare) am optat pentru metodele neparametrice.

Corelații cu factorii personali

Cunoaștem că există mai multe tipuri de coeficienți de corelație: 1. coeficientul de corelație Pearson r ; 2. coeficientul de corelație Spearman ρ ; 3. coeficientul de corelație Kendall tau- b ; 4. coeficientul de corelație parțială. Primele trei se numesc bivariante, deoarece implică doar două variabile. Valorile coeficientului de corelație r se pot încadra în intervalul $[-1, 1]$. Coeficientul de corelație este o măsură numerică sau un indice al gradului de asociere între două seturi de scoruri.

Intervalul de valori este de la maxim +1,00, prin 0,00, până la -1,00. Semnul „+” indică o corelație pozitivă – anume că scorurile unei variabile se măresc odată cu creșterea scorurilor celeilalte variabile. Semnul „-” – indică o corelație negativă – anume că, în timp ce scorurile unei variabile cresc, scorurile pentru cealaltă variabilă descresc.

În cercetarea realizată, pentru a arăta relația dintre variabilele valorificate în lucrare am utilizat coeficientul de corelație Kendall tau-b.

Menționăm că în această lucrare pentru interpretarea mărimii efectului am apelat la valorile de referință stabilite de Cohen, respectiv interpretarea efectului se referă la următoarele niveluri: 1) $d \geq 0,10$ și $d \geq 0,20$ – mărimea efectului slab; 2) $d \geq 0,30$ și $d \geq 0,50$ – mărimea efectului mediu; 3) $d \geq 0,50$ și $d \geq 0,70$ – mărimea efectului puternic; 1) $d \geq 0,70$ și $d \geq 1,00$ – mărimea efectului foarte puternic [86]. În contextul dat evidențiem că am considerat necesar să prezentăm toate valorile obținute, indiferent de mărimea efectului, deoarece acestea oferă oportunitatea de a analiza minuțios datele la nivel comparativ, permit formarea unei baze argumentate a analizelor de putere.

Conform demersului cercetării prezentăm indicii coeficientului de corelație, pentru grupul adolescenților cu dizabilitate, privind identificarea relației dintre adaptarea psihosocială și indicii generali ai adaptării psihosociale, conform *Chestionarului de diagnosticare a adaptării psihosociale* (C. Rogers și R. Dymond): adaptare psihosocială; acceptarea de sine; acceptarea celorlalți; confort emoțional; control intern; tendință de dominare. Rezultatele sunt prezentate în tabelul din Anexa 15.

Analizând rezultatele prelucrării statistice prezentate în tabelul A15.1, evidențiem, în grupul adolescenților cu dizabilitate, corelații pozitive semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și indicii generali: acceptarea de sine ($\tau = 0,738^{**}$; $p=0,001$); acceptarea celorlalți ($\tau = 0,587^{**}$; $p=0,001$); confort emoțional ($\tau = 0,698^{**}$; $p=0,001$); control intern ($\tau = 0,489^{**}$; $p=0,001$); tendința de dominare ($\tau = 0,414^{**}$; $p=0,001$). Astfel constatăm o relație direct proporțională dintre variabilele cercetării enumerate și anume cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât crește și nivelul acceptarea de sine, acceptarea celorlalți, confortul emoțional, controlul intern, tendința de dominare.

La fel, evidențiem corelații pozitive semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și variabilele cercetării conform *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*: sănătate / E1 ($\tau = 0,159^{*}$; $p=0,030$); îngrijire / E2 ($\tau = 0,460^{**}$; $p=0,001$); îndemânare / E3 ($\tau = 0,454^{**}$; $p=0,001$); capacitățile comunicative / veselia / E7 ($\tau = 0,497^{**}$; $p=0,001$); performanțe școlare / E8 ($\tau = 0,586^{**}$; $p=0,001$); autoapreciere / media scalelor ($\tau = 0,516^{**}$; $p=0,001$). Deci, constatăm o relație direct proporțională dintre variabilele cercetării enumerate și anume cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât crește și nivelul sănătății,

dorința de îngrijire / îngrijire bună, îndemânare, capacitățile comunicative / veselie; performanțe școlare înalte și nivelul de autoapreciere / media scalelor.

La acest compartiment nu sunt corelații pozitive semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și variabilele: *inteligența / E4* ($\tau=0,106$; $p=0,153$); *bunătatea / E5* ($\tau=0,042$; $p=0,577$); *autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6* ($\tau=0,079$; $p=0,274$);

Menționăm că am obținut corelații negative semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și variabilele cercetării conform *Testului ASEBA: probleme afective* ($\tau = -0,658^{**}$; $p=0,001$); *probleme de anxietate* ($\tau = -0,608^{**}$; $p=0,001$); *acuze somatice* ($\tau = -0,341^{**}$; $p=0,001$); *probleme de atenție* ($\tau = -0,286^{**}$; $p=0,001$); *probleme ale comportamentului opozant* ($\tau = -0,718^{**}$; $p=0,001$); *probleme de conduită* ($\tau = -0,226^{**}$; $p=0,002$). Această secvență demonstrează că avem o relație indirect proporțională dintre variabilele cercetării enumerate și anume cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât descrește numărul problemelor afective, problemelor de anxietate, numărul acuzelor somatice, problemelor de atenție, problemelor comportamentului opozant, precum și numărul problemelor de conduită.

De altfel, aici, evidențiem corelații negative semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și variabila cercetării *deznădejde*, conform *Scalei lipsei de speranță/deznădejde Beck* ($\tau = -0,716^{**}$; $p=0,001$), (Rezultatele sunt prezentate în Anexa 6). Respectiv, în cazul dat, cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât descrește nivelul deznădejdii.

Menționăm că în conformitate cu interpretarea mărimii efectului Cohen, aceste corelații în intervalul $\geq 1,00$ și $\geq 0,70$ sunt cu *mărimi ale efectului foarte puternice*; în intervalul $\geq 0,80$ și $\geq 0,50$ sunt cu *mărimi ale efectului puternice*, în intervalul $\geq 0,50$ și $\geq 0,30$ sunt cu *mărimi ale efectului mediu*, în intervalul $\geq 0,20$ și $\geq 0,10$ sunt cu *mărimi ale efectului slab*.

În concluzie, la acest compartiment, amintim că pentru prelucrarea statistică a datelor a fost utilizat programul SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versiunea 21, iar metode aplicate au fost:

- *testul Kolmogorov-Smirnov* pentru determinarea normalității distribuțiilor de date;
- *testul Chi-pătrat* pentru a determina asocierea între variabilele nominale și ordinale;
- *testul Kendall-tau* pentru a studia corelația variabilelor de tip scală;
- *testul U Mann-Witney* pentru a compara datele eșantioanelor independente;
- *testul Wilcoxon* pentru compararea datelor eșantioanelor perechi.

Testul de normalitate Kolmogorov-Smirnov indică la majoritatea variabilelor cantitative diferențe statistic semnificative ($p \leq 0,05$), fapt ce confirmă că distribuțiile datelor la aceste variabile diferă de distribuția normală, motiv pentru care în prelucrarea statistică a datelor (corelare și comparare) am optat pentru metodele neparametrice.



Fig. 2.29. Profilul psihologic al adolescentului cu dizabilități din perspectiva indicilor generali ai adaptării psihosociale

Cercetarea realizată oferă oportunitatea de a stabili *profilul psihologic al adolescentului cu dizabilități din perspectiva indicilor generali ai adaptării psihosociale*. Astfel, identificăm, pentru indicele general – adaptare psihosocială, o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele: „deznădejde”; „autoaprecierea nivelului de îngrijire”; „autoaprecierea nivelului de îndemânare”; „autoaprecierea nivelului de veselie”; „autoaprecierea performanței școlare”; „media autoaprecierii”; „probleme afective”; „probleme de anxietate”; „probleme de comportament opozant”.

Important este să subliniem că înregistrăm *asociere pozitivă*:

- *substanțială* pentru factorii: „autoaprecierea performanței școlare”; „media autoaprecierii”;
- *moderată* pentru factorii: „autoaprecierea nivelului de îndemânare”; „autoaprecierea nivelului de îngrijire”; „autoaprecierea nivelului de veselie”;

Totodată, înregistrăm *asociere negativă*:

- *foarte puternică* pentru factorii: „deznădejde”; „probleme de comportament opozant”;
- *substanțială* pentru factorii: „probleme afective”; „probleme de anxietate”.

Rezultate ne indică faptul că cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât crește și nivelul de autoapreciere a performanței școlare; autoapreciere generală; autoapreciere a nivelului de îndemânare; autoapreciere a nivelului de îngrijire; autoapreciere a nivelului de veselie. Pe de altă parte corelațiile negative semnificative dintre adaptarea psihosocială și variabilele cercetării indicate denotă că cu cât crește nivelul adaptării psihosociale scade nivelul de deznădejde; scad numărul problemelor de comportament opozant, problemelor afective și a problemelor de anxietate.

Aceste rezultate confirmă ipoteza conform căreia am presupus că procesul de adaptare psihosocială la adolescenții cu dizabilități fizice se caracterizează printr-o dinamică încetinită, în urma influenței unui șir de factori, care stagnează, în diferită măsură, adaptarea psihosocială a acestora.

Urmare logică a șirului de idei, prezentăm indicii coeficientului de corelație, pentru grupul adolescenților fără dizabilitate /cu dezvoltare în normă, privind identificarea relației dintre adaptarea psihosocială și indicii generali ai adaptării psihosociale, conform *Chestionarului de diagnosticare a adaptării psihosociale (C. Rogers și R. Dymond)*: adaptare psihosocială; acceptarea de sine; acceptarea celorlalți; confort emoțional; control intern; tendință de dominare. În cazul dat, rezultatele sunt prezentate în tabelul A15.1. (Aneza 15).

În tabelul A15.2. evidențiem că pentru grupul adolescenților cu dezvoltare tipică, am obținut corelații pozitive semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și indicii generali: acceptarea de sine ($\tau = 0,690^{**}$; $p=0,001$); acceptarea celorlalți ($\tau = 0,571^{**}$; $p=0,001$); confort emoțional ($\tau = 0,674^{**}$; $p=0,001$); control intern ($\tau = 0,624^{**}$; $p=0,001$); tendința de dominare ($\tau = 0,342^{**}$; $p=0,001$). Respectiv, constatăm o relație direct proporțională dintre variabilele cercetării enumerate și anume cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât crește și nivelul acceptarea de sine, acceptarea celorlalți, confortul emoțional, controlul intern, tendința de dominare (Anexa 15).

Totodată, relevăm corelații pozitive semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și variabilele cercetării conform *Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*: sănătate / E1 ($\tau = 0,410^{*}$; $p=0,001$); îngrijire / E2 ($\tau = 0,217^{*}$; $p=0,042$); îndemânare / E3 ($\tau = 0,225^{*}$; $p=0,030$); inteligența / E4 ($\tau = 0,776^{**}$; $p=0,001$); autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6 ($\tau = 0,510$; $p=0,001$); capacitățile comunicative / veselie / E7 ($\tau = 0,217^{*}$; $p=0,042$); performanțe școlare / E8 ($\tau = 0,225^{*}$; $p=0,030$); autoapreciere / media scalelor ($\tau = 0,476^{**}$; $p=0,001$). Deci, constatăm o relație direct proporțională dintre variabilele cercetării enumerate și anume cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât crește și nivelul sănătății, dorința de îngrijire / îngrijire bună, îndemânare, inteligența, autoritatea în fața semenilor / prietenia, capacitățile comunicative / veselie; performanțe școlare înalte și nivelul de autoapreciere / media scalelor.

Aici, evidențiem corelații negative semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și variabila: *bunătatea* / E5 ($\tau = -0,267^{*}$; $p=0,013$).

De altfel, am obținut corelații negative semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și variabilele cercetării conform *Testului ASEBA*: *probleme afective* ($\tau = -0,658^{**}$; $p=0,001$); *probleme de anxietate* ($\tau = -0,608^{**}$; $p=0,001$); *acuze somatice* ($\tau = -0,441^{**}$; $p=0,001$); *probleme de atenție* ($\tau = -0,286^{**}$; $p=0,001$); *probleme ale comportamentului opozant* ($\tau = -0,718^{**}$; $p=0,001$); *probleme de conduită* ($\tau = -0,426^{**}$; $p=0,002$). Această secvență demonstrează că avem o relație indirect proporțională dintre variabilele cercetării enumerate și anume cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât descrește numărul problemelor afective, problemelor de anxietate, numărul acuzelor somatice, problemelor de atenție, problemelor comportamentului opozant, precum și numărul problemelor de conduită.

De altfel, aici, evidențiem corelații negative semnificative dintre *adaptarea psihosocială* și variabila cercetării *deznădejde*, conform *Scalei lipsei de speranță/deznădejde Beck* ($\tau = -0,667^{**}$; $p=0,001$) (Rezultatele sunt prezentate în Anexa 7). Respectiv, în cazul dat, cu cât crește nivelul adaptării psihosociale cu atât descrește nivelul deznădejdii.

În continuare, prezentăm **corelația indicilor adaptării cu factorii de personalitate în grupul de adolescenți cu dezvoltare tipică.**

Datele obținute la variabila „**indicele adaptării**” (Rogers-Dymond) au relevat o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele: – „deznădejde” (Beck): $Kt = -0,667$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „autoaprecierea sănătății” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,410$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „inteligentă” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,776$, $p < 0,001$, asociere pozitivă foarte puternică; – „prietenia” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,510$, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială; – „media autoaprecierii” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,476$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „probleme afective” (ASEBA): $Kt = -0,658$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „probleme de anxietate” (ASEBA): $Kt = -0,608$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „acuze somatice” (ASEBA): $Kt = -0,441$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată; – „probleme de comportament opozant” (ASEBA): $Kt = -0,718$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „probleme de conduită” (ASEBA): $Kt = -0,426$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată.

Pentru variabila „**indicele acceptării de sine**” (Rogers-Dymond) datele au relevat o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele: – „deznădejde” (Beck): $Kt = -0,416$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată; – „autoaprecierea sănătății” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,405$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „autoaprecierea nivelului de îndemânare” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,430$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „autoaprecierea nivelului inteligentă” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,402$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „autoaprecierea nivelului de prietenie” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,405$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „media autoaprecierii” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,402$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „probleme afective” (ASEBA): $Kt = -0,718$, $p < 0,001$, asociere negativă foarte puternică; – „probleme de comportament opozant” (ASEBA): $Kt = -0,636$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială.

Datele obținute la variabila „**indicele acceptării celorlalți**” (Rogers-Dymond) au relevat o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele: – „deznădejde” (Beck): $Kt = -0,459$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată; – „autoaprecierea nivelului de prietenie” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,475$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „autoaprecierea nivelului de veselie” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,458$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „autoaprecierea performanței școlare” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,525$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „media autoaprecierii” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,472$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „probleme de comportament opozant” (ASEBA): $Kt = -0,490$, $p < 0,001$,

asociere negativă moderată; – „probleme de conduită” (ASEBA): $K_t = -0,547$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată.

Datele obținute la variabila „*indicele confortului emoțional*” (Rogers-Dymond) au relevat o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele: – „deznădejde” (Beck): $K_t = -0,546$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „autoaprecierea nivelului de veselie” (Дембо-Рубинштейн): $K_t = 0,429$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „autoaprecierea performanței școlare” (Дембо-Рубинштейн): $K_t = 0,504$, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială; – „media autoaprecierii” (Дембо-Рубинштейн): $K_t = 0,514$, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială; – „probleme afective” (ASEBA): $K_t = -0,671$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „probleme de anxietate” (ASEBA): $K_t = -0,674$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „probleme de comportament opozant” (ASEBA): $K_t = -0,603$, $p < 0,001$, asociere substanțială.

În același context, datele obținute la variabila „*indicele controlului intern*” (Rogers-Dymond) au relevat o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele: – „deznădejde” (Beck): $K_t = -0,572$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „autoaprecierea nivelului de inteligență” (Дембо-Рубинштейн): $K_t = -0,544$, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială; – „autoaprecierea nivelului de prietenie” (Дембо-Рубинштейн): $K_t = 0,525$, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială; – „media autoaprecierii” (Дембо-Рубинштейн): $K_t = 0,544$, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială; – „probleme afective” (ASEBA): $K_t = -0,639$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială; – „probleme de anxietate” (ASEBA): $K_t = -0,483$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată; – „probleme de atenție” (ASEBA): $K_t = -0,514$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată.

Datele obținute la variabila „*indicele tendinței de a domina*” (Rogers-Dymond) au relevat o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele: – „deznădejde” (Beck): $K_t = -0,419$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată; – „autoaprecierea nivelului de bunătate” (Дембо-Рубинштейн): $K_t = -0,419$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată; – „media autoaprecierii” (Дембо-Рубинштейн): $K_t = 0,402$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată; – „probleme afective” (ASEBA): $K_t = -0,453$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată.

Rezultatele prezentate conturează *profilul psihologic al adolescentului cu dezvoltare tipică din perspectiva indicilor generali ai adaptării psihosociale*. Considerăm importante prezentarea profilurilor psihosociale ale ADF și AdT, care demonstrează diferențele dintre grupuri.

În figura 2.30 este prezentat profilul psihosocial al adolescenților cu dizabilități fizice.

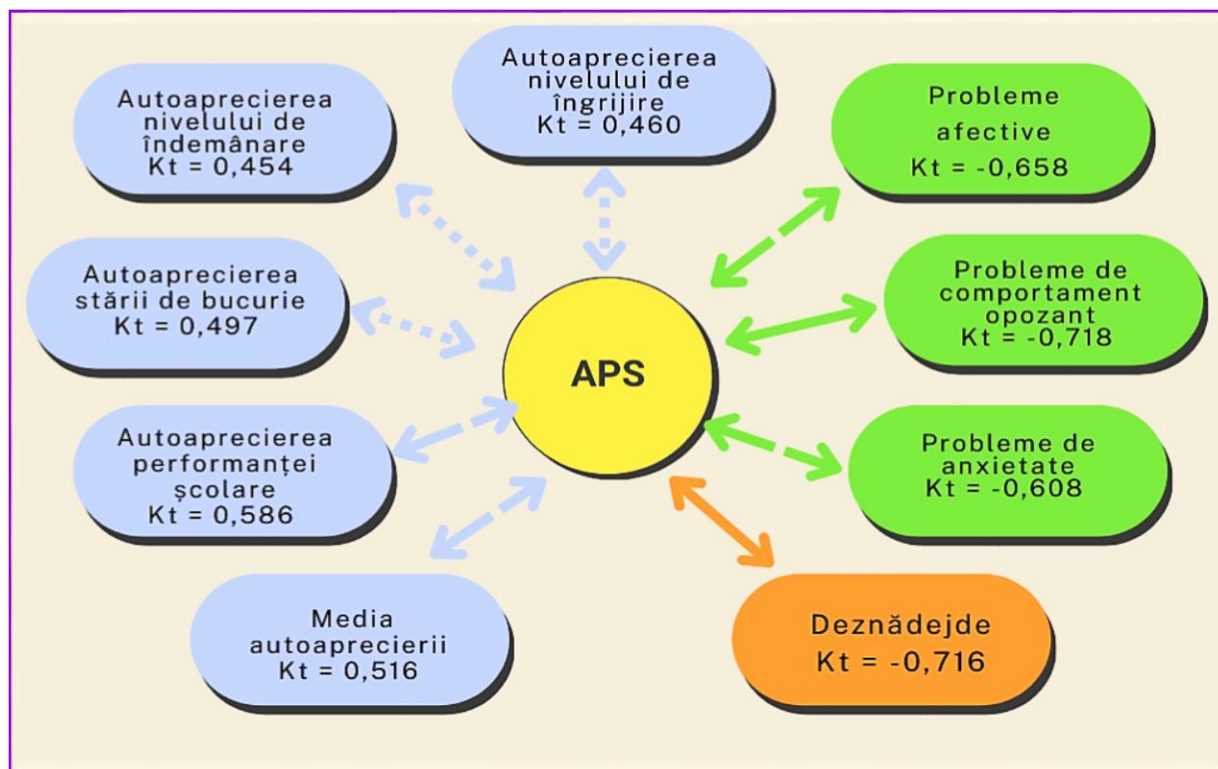


Fig. 2.30. Profilul psihosocial al adolescenților cu dizabilități fizice (ADF)
(contribuție personală)

Datele obținute la variabila „indicele adaptării” (Rogers-Dymond) au relevat o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele:

- „deznădejde” (Beck): Kt = -0,716, $p < 0,001$, asociere negativă foarte puternică;
- „autoaprecierea nivelului de îngrijire” (Дембо-Рубинштейн): Kt = 0,460, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată;
- „autoaprecierea nivelului de îndemânare” (Дембо-Рубинштейн): Kt = 0,454, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată;
- „autoaprecierea nivelului de veselie” (Дембо-Рубинштейн): Kt = 0,497, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată;
- „autoaprecierea performanței școlare” (Дембо-Рубинштейн): Kt = 0,586, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială;
- „media autoaprecierii” (Дембо-Рубинштейн): Kt = 0,516, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială;
- „probleme afective” (ASEBA): Kt = -0,658, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială;
- „probleme de anxietate” (ASEBA): Kt = -0,608, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială;
- „probleme de comportament opozant” (ASEBA): Kt = -0,718, $p < 0,001$, asociere negativă foarte puternică.

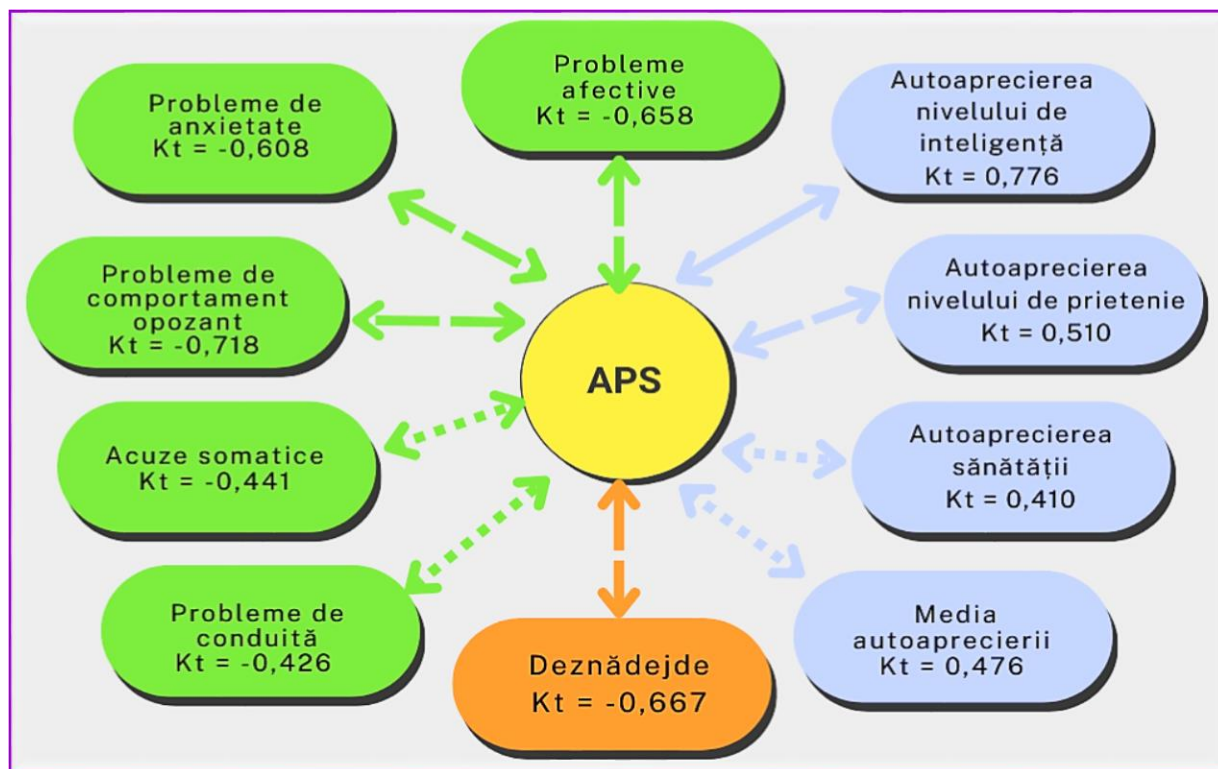


Fig. 2.31. Profilul psihosocial al adolescenților cu dezvoltare tipică (AdT)
(contribuție personală)

Datele obținute la variabila „*indicele adaptării*” (Rogers-Dymond) au relevat o asociere semnificativă între ranguri cu cele obținute la variabilele:

- „deznădejde” (Beck): $Kt = -0,667$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială;
- „autoaprecierea sănătății” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,410$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată;
- „inteligență” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,776$, $p < 0,001$, asociere pozitivă foarte puternică;
- „prietenia” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,510$, $p < 0,001$, asociere pozitivă substanțială;
- „media autoaprecierii” (Дембо-Рубинштейн): $Kt = 0,476$, $p < 0,001$, asociere pozitivă moderată;
- „probleme afective” (ASEBA): $Kt = -0,658$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială;
- „probleme de anxietate” (ASEBA): $Kt = -0,608$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială;
- „acuze somatice” (ASEBA): $Kt = -0,441$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată;
- „probleme de comportament opozant” (ASEBA): $Kt = -0,718$, $p < 0,001$, asociere negativă substanțială;
- „probleme de conduită” (ASEBA): $Kt = -0,426$, $p < 0,001$, asociere negativă moderată.

Corelații cu factori sociali

Adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice este în strânsă corelație și cu factorii sociali și de mediu. Aceștea au o importanță majoră în procesul de integrare socială și educațională. Astfel, prezența relațiilor de prietenie, în special cu 2/3 sau mai mulți prieni; inclusiv educațional, unde membrii grupurilor/ clasei se cunosc îndeaproape, interacționează pentru a identifica soluții pentru depășirea situațiilor dificile; mediul familial ce susține adolescentul cu dizabilități fizice în dezvoltarea sa (prezența familiei complete, a fraților/surorilor etc.); mediul educațional (frecventarea instituției de învățământ/organizarea studiilor prin instruire la domiciliu, posibilitatea de a accesa servicii de recuperare) sunt condiții ce au demonstrat în studiul experimental că facilitează procesul de APS.

Pentru determinarea asocierii nivelului indicilor de adaptare cu factorii sociali și de mediu în grupul de adolescenți cu dizabilități fizice a fost aplicat testul Chi-pătrat, obținându-se următoarele asocieri semnificative.

- La variabila „indicii adaptării” ($\chi^2=7.371$, $df=2$, $p=0,048\leq 0,05$) este mai mare frecvența adolescenților cu dizabilități fizice din mediul rural cu scorul 19, comparativ cu adolescenții cu dizabilități fizice din mediul urban cu scorul 11. Diferențele de frecvențe sunt de intensitate medie: $\phi = 0,328$.
- La variabila „indicii adaptării” ($\chi^2=14.935$, $df=4$, $p=0,005\leq 0,05$) este mai mare frecvența adolescenților cu dizabilități fizice ce au hobby (de specificat că au ales unul static ascultarea muzicii, lectură, jocuri la calculator în echipă, grijă de un animal de companie) cu scoruri înalte de 21, în comparație cu adolescenții cu dizabilități fizice ce au hobby mobile (înot, mers cu o bicicletă adaptată) cu scorul de 5. Diferențele de frecvențe sunt de intensitate medie: $\phi = 0,005$.
- La variabila „indicii adaptării” ($\chi^2=19.845$, $df=6$, $p=0,003\leq 0,05$) este mai mare frecvența adolescenților cu dizabilități fizice ce au prieteni. Cei ce au 2-3 prieteni au prezentat scoruri înalte de 19, în comparație cu adolescenții cu dizabilități fizice ce au un singur prieten, cu scorul 1. Diferențele de frecvențe sunt de intensitate medie: $\phi = 0,003$.
- La variabila „indicii adaptării” ($\chi^2=12.143$, $df=2$, $p=0,002\leq 0,05$) este mai mare frecvența adolescenților cu dizabilități fizice care au frate/soră, cu scoruri înalte de 28, în comparație cu adolescenții cu dizabilități fizice ce nu au frate/soră, la care scorul e 2. Diferențele de frecvențe sunt de intensitate medie: $\phi = 0,493$.
- La variabila „confort emoțional”, este înaltă frecvența adolescenților cu dizabilități fizice care sunt în mediul rural de reședință, cei ce au un hobby, și au prieteni cu care se înțeleg bine.
- La variabila „control intern” la fel, este înaltă frecvența adolescenților cu dizabilități fizice care au frate/soră, cei care sunt implicați menaj, care au o înțelegere bună cu alți adolescenți.

2.5. Concluzii la capitolul 2

1. Cercetarea de constatare a vizat determinarea nivelului de dezvoltare a adaptării psihosociale, a indicilor generali ai adaptării psihosociale și a factorilor psihosociali care influențează acest proces.
2. În scopul determinării nivelurilor de manifestare a factorilor menționați au fost valorificate mai multe instrumente psihometrice și anume: Ancheta psihosocială; Chestionarul de diagnosticare a adaptării psihosociale elaborat de către C. Rogers și R. Dymond; Scala lipsei de speranță/deznădejde Beck; Testul ASEBA; *Tehnica de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн*. Astfel au fost identificate diferite niveluri de manifestare a factorilor: adaptare psihosocială; acceptarea de sine; acceptarea celorlalți; confort emoțional; control intern; tendință de dominare; deznădejde; probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită; sănătate; îngrijire; îndemânare; inteligența; bunătatea; autoritatea în fața semenilor / prietenia; capacitățile comunicative / bucuria; performanțe școlare.
3. Pentru variabilele studiate, conform testelor empirice aplicate în cercetare (adaptare psihosocială; acceptarea de sine; acceptarea celorlalți; confort emoțional; control intern; tendință de dominare; deznădejde; probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită; sănătate; îngrijire; îndemânare; inteligența; bunătatea; autoritatea în fața semenilor / prietenia; capacitățile comunicative / bucuria; performanțe școlare) sunt caracteristice diverse diferențe dintre medii în funcție de factorii psihosociali: prezența dizabilității (cu dizabilitate / cu dezvoltare tipică), mediul de reședință (urban/rural), modul de studii (în instituție/domiciliu).
4. Analizând rezultatele obținute de către subiecții experimentali identificăm multiple diferențe în funcție de factorul prezența dizabilității (cu dizabilitate / cu dezvoltare tipică) a adolescenților. În această ordine de idei, menționăm că din perspectiva „prezența dizabilității” am constatat diferențe statistic semnificative pentru următoarele variabile: „indicele acceptării de sine”, „evitarea problemelor”, „probleme de atenție”, „probleme de conduită”, „autoaprecierea nivelului de sănătate”, „autoaprecierea nivelului de îngrijire”, „autoaprecierea nivelului de îndemânare”, „autoaprecierea nivelului de inteligență”, „autoaprecierea nivelului de prietenie”, „autoaprecierea capacităților comunicative / nivelului de bucurie”, „autoaprecierea performanței școlare”. Experimentul realizat

demonstrează că rezultatele adolescenților cu dezvoltare tipică sunt mai mari decât cele ale adolescenților cu dizabilități pentru variabilele enumerate, cu excepția variabilei „indicele acceptării de sine”. Astfel, referindu-ne la raportul dintre variabilele enumerate și starea de sănătate a adolescenților, se conturează particularități ce denotă că adolescenții cu dizabilități mai greu se acceptă pe sine și înregistrează mai frecvent probleme de conduită și de atenție, în general tind să evite problemele și prezintă autoapreciere mai scăzută decât adolescenții cu dezvoltare tipică. Menționăm că se confirmă ipoteza conform căreia am presupus că adolescenții cu dizabilități fizice și adolescenții cu dezvoltare tipică prezintă diferite niveluri pentru indicii generali ai adaptării psihosociale și pentru variabilele cercetării valorificate.

5. Am obținut diferite relații, în cadrul experimentului de constatare, la adolescenții cu dizabilitate și adolescenții fără dizabilitate, pentru indicii generali ai adaptării psihosociale și variabilele cercetării / însușirile personalității precum: deznădejde; probleme afective; probleme de anxietate; acuze somatice; probleme de atenție; probleme ale comportamentului opozant; probleme de conduită, nivelurile de autoapreciere pentru scalele: sănătate; îngrijire; îndemânare; inteligența; bunătatea; autoritatea în fața semenilor / prietenia; capacitățile comunicative / veselia; performanțe școlare.
6. Consemnăm diferențe statistic semnificative în funcție de factorul „prezența dizabilității”, între rezultatele subiecților din grupul adolescenților cu dizabilitate comparativ cu subiecții cu dezvoltare tipică pentru indicele general *acceptarea de sine* și variabilele *probleme de atenție, probleme de conduită, autoaprecierea sănătății, îngrijire, îndemânare, inteligență, bunătate, prietenie, veselie, performanțe școlare*. În contextul dat, constatăm diferențe statistic ne semnificative la aceste grupuri pentru indicii generali *adaptare psihosocială, acceptarea celorlalți, confort emoțional, control intern, tendințe de dominare* și variabilele *deznădejde, probleme afective, probleme de anxietate, acuze somatice, probleme ale comportamentului opozant*. Rezultatele obținute în acest capitol, cu privire la raportul dintre variabilele cercetării și particularitățile procesului de adaptare psihosocială a adolescenților prin factorii prezența dizabilității, mediul de reședință, modul de studii, denotă că se confirmă ipoteza conform căreia am presupus că adolescenții cu dizabilități fizice au particularități specifice în adaptarea psihosocială.
7. Studiul corelativ al variabilelor cercetării denotă o corelație cu mărimea efectului înaltă dintre nivelul adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice cu factorii de ordin intern, sociali și contextuali: autoaprecierea generală, cu o serie de manifestări ale acesteia

(autoaprecierea performanței școlare, a propriului nivel de îndemânare, de îngrijire, bucurie); starea de deznădejde; problemele de comportament opozant; problemele afective și problemele de anxietate. Rezultatele identificate în cadrul experimentului de constatare au fundamentat *Profilul psihologic al adolescentului cu dizabilități din perspectiva indicilor generali ai adaptării psihosociale*.

8. Considerăm că implementarea unui model de intervenție psihologică va contribui la eficientizarea adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice din perspectiva abordărilor societale contemporane, respectiv, această directivă necesită investigații suplimentare.

3. EFICIENTIZAREA ADAPTĂRII PSIHOSOCIALE A ADOLESCENȚILOR CU DIZABILITĂȚI FIZICE

3.1. Principii și strategii de lucru cu adolescentul cu dizabilități fizice pentru eficientizarea procesului de adaptare psihosocială

Cercetarea teoretică realizată a demonstrat relația dintre caracteristicile de dezvoltare ale adolescenților cu dizabilități fizice și particularitățile de adaptare psihosocială. Concluziile realizate în urma experimentului de constatare confirmă că adolescenții cu dizabilități fizice manifestă particularități specifice în adaptarea psihosocială, care corelează cu mai multe variabile: autoaprecierea performanței școlare; autoapreciere generală; autoaprecierea nivelului de îndemânare; autoaprecierea nivelului de îngrijire; autoaprecierea nivelului de veselie și adaptarea psihosocială. În același timp, experimentul de constatare a demonstrat corelații negative semnificative dintre adaptarea psihosocială și variabilele: starea de deznădejde; probleme de comportament opozant; probleme afective și probleme de anxietate în rândul adolescenților cu dizabilități fizice (ADF). În acest context, o continuare firească a demersului experimental a rezonat în necesitatea de a elabora și implementa un program psihosocial de antrenare a competențelor emoționale și sociale în rândul ADF, pentru a influența pozitiv dinamica și evoluția adaptării psihosociale ale acestora. Asistența specializată oferită grupului țintă, dar și intervențiile asupra mediului în care sunt integrați ADF, oferă maxima oportunitate de valorificare a potențialului restant și de realizare a drepturilor ADF la o viață decentă cu oportunități egale în comunitate. Această situație este confirmată de mai multe studii în domeniu [66; 162; 192] care arată că aplicarea măsurilor din perspectivă psihologică duce la realizarea oportunităților egale în comunitate pentru ADF.

Astfel, demersul cercetării a continuat conturând un Model complex de intervenție pentru facilitarea procesului de adaptare psihosocială a ADF.

Abordările specialiștilor în domeniu ce vin în sprijinul ADF sunt reflectate într-o gamă largă de lucrări ce sugerează oportunități de implementare a măsurilor și intervențiilor complexe pentru dezvoltarea competentelor psihoemoționale, comportamentale ale ADF, cât și în mediul educațional și social.

Așa cum adolescența – ca etapă distinctă a dezvoltării umane, în care se profilează transformări la nivel fizic, cognitiv, emoțional, atitudinal – ne atrage atenția asupra faptului că măsurile întreprinse vor sprijini: a) formarea identității ce implică conceptul de sine (credințele pe care le are adolescentul despre sine) și stima de sine (ce implică modul / cât de mult se apreciază Ad-l); b) cunoașterea și dezvoltarea abilităților emoționale ce implică recunoașterea, evaluarea

și gestionarea emoțiilor trăite și condiționează dezvoltarea empatiei; c) cunoașterea și dezvoltarea competențelor sociale (abilitatea de gestionare eficientă a relațiilor cu semenii și adulții din viața lor) ce facilitează cooperarea, soluționarea situațiilor conflictuale și a problemelor, contribuie la luarea deciziilor [167]; d) identificarea și dezvoltarea competențelor (descoperirea punctelor forte contribuie la dezvoltarea motivației, crește starea de bine și stima de sine) [103; 197]. Toate acestea vor contribui la un echilibru emoțional, dezvoltarea relațiilor durabile, acceptarea sinelui și a celorlalți, adaptarea mai ușoară, la capacitatea de control a situației, la sporirea potențialului de integrare socială în mediul școlar social.

Teoriile ce au impulsivat procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități în ultimii 40 de ani și au fundamentat o gamă largă de modele de adaptare psihosocială a persoanelor cu dizabilități au fost dezvoltate, având la bază teoria câmpului social al lui K. Lewin. Astfel, sunt descrise două categorii de intervenții destinate facilitării fenomenului de adaptare psihosocială, respectiv cele ce acoperă o gamă mai restrânsă de constructe, au fost denumite în linii mari modele interactive, în timp ce eforturile mai complexe și, în același timp, mai recente au fost denumite modele ecologice de adaptare la crizele și tranzițiile vieții [145; 185; 193].

Modelele de adaptare a adolescentului cu dizabilități prezintă abordări comune și aduc un tribut implicit altor cercetări inclusiv cercetării date.

Explicația și aplicarea teoriilor despre comportamentul social, ancorate în teoria câmpului social, în domeniul studiilor privind dizabilitățile și al consilierii, a fost realizată în cea mai mare parte prin eforturile lui R.G. Barker, B.A. Wright și ale colegilor lor [139; 219; 220]. O intervenție complexă de ansamblu poate fi realizată dacă luăm în considerație următoarele aspecte:

(a) **abordarea individului** cu caracteristici personale, inclusiv legate de dizabilitate (P – Persoana în abordarea lui Lewin), care este abordată de fiecare model de adaptare psihosocială descrise în capitolul I;

(b) **abordarea comportamentelor** și rezultatelor obținute (B-„behavior” – Comportamentul în abordarea lui Lewin), raportând de obicei adaptarea psihosocială la indicii dizabilității;

(c) denotă domeniile și **caracteristicile contextuale sau de mediu** (E-„enviroment” – Mediul în abordarea lui Lewin)

(d) revizuirea referințelor la **conceptul de timp** (T).

Aceste aspecte sunt analizate și stau la baza modelelor de adaptare psihosocială identificate în literatura de specialitate.

Persoana, după cum este descrisă de K. Lewin [179], reprezintă un sistem dinamic și stratificat care posedă atât o structură unificatoare, cât și regiuni diferențiate, denumite de Lewin

ca „varietate coexistentă”. Acestea din urmă au fost considerate cel mai bine ca „regiuni centrale și periferice” ale spațiului vieții personale. În plus, se credea că procesele psihologice din aceste regiuni mai mari (întreaga persoană) sau mai mici (părți diferențiate ale sistemului) exercită influență atât asupra satisfacției (cognițiilor), cât și asupra afectului (emoțiilor) persoanei.

Conceptul de persoană e văzut ca factor determinant al comportamentului uman. Moos [193] îmbracă discuția despre persoană în diverse forme. În primul rând, în discuția despre caracteristicile de fond, factorii personali sunt împărțiți în factori socio-demografici (de exemplu, vârstă, sex, educație) și personali (de exemplu, cognitivi, afectivi). Moos adaugă apoi o altă componentă de fundal, cea a factorilor legați de sănătate (de exemplu, natura, severitatea, durata dizabilității) care interacționează cu factorii menționați mai devreme. La acești factori oarecum statici, Moos adaugă o a doua componentă, mai dinamică, care ocupă un rol cardinal în model, și anume, triada de evaluări progresive (a) cognitive ale semnificației și impactului dizabilității, (b) sarcinilor adaptative pentru a stabili emoțiile și a minimiza durerea și (c) eforturile și abilitățile de a face față, toate acestea își unesc forțele în determinarea rezultatelor comportamentale. În altă parte, R.H. Moos și C.J. Holahan în 2007 [193] au numit factorii legați de persoană menționați mai sus ca fiind un „sistem personal”. În 1997, în modelul descris de H. Livneh și R.F. Antonak [185] este abordat conceptul de persoană din două perspective temporale separate. În primul rând, sub factorii de fond (antecedente, declanșatori), persoana este ancorată în evenimentele personale pre-dizabilitate (de exemplu, genetică, traume anterioare ale vieții) și dizabilitatea ca proces (de exemplu, tip de vătămare sau boală, vârstă și alte evenimente de dezvoltare/biologice). După debutul dizabilității, conceptul de persoană este extins pentru a include procese și influențe active în prezent, cum ar fi reacțiile experimentate la apariția dizabilității și atributele personalității și modalitățile de coping.

În cele din urmă, deși modelele lui G. Devins et al. [159] împărtășesc un nucleu comun în conceptualizarea lor asupra persoanei, și anume influența factorilor de personalitate asupra cognițiilor, emoțiilor și comportamentelor persoanei cu dizabilități.

Conceptul de **comportament** – introdus de Lewin – relevă clar că acesta poate fi studiat numai atunci când dinamica atât a condițiilor de mediu predominante, cât și a „legilor psihologice” ale individului (1935, p. 73) sunt luate în considerare simultan. În contextul adaptării psihosociale a persoanei cu DF, aceste comportamente sunt cel mai bine exemplificate prin termeni precum acceptarea, adaptarea la, adaptarea și calitatea vieții percepută după debutul dizabilității (Bishop, 2012). În modelul lui Moos, conceptul de comportament este în mare parte restrâns la cel al funcționării legate de sănătate, așa cum este descris în cea psihosocială atribuite de autor și colaboratori [193; 194]. Comportamentul în acest model este văzut ca produsul tuturor

componentelor anterioare, inclusiv diferitele medii sociale și fizice, precum și caracteristicile personale, resursele, abilitățile de adaptare și sarcinile îndeplinite.

În modelul lui H. Livneh și R.F. Antonak (1997), comportamentul este privit dintr-o perspectivă mai largă, una care invocă diferitele ingrediente în relație directă cu calitatea vieții. Acestea includ domeniul intrapersonal de funcționare (sănătate și funcționare biomedicală), domeniul interpersonal (sociofamiliar) și, în final, domeniul extrapersonal (comportamente legate de comunitate, de muncă și de școală). Prin urmare, în acest model, comportamentul, așa cum se manifestă în diferitele domenii QOL, este privit ca un construct cu mai multe fațete [185].

În modelul lui Devins, conceptul de comportament este cel mai clar înfățișat în conceptul de bunăstare psihosocială (sau subiectivă), care indică o viziune pseudodimensională a comportamentului, variind de la bunăstarea pozitivă (percepută) până la stresul emoțional. Aceste două componente sau, mai exact, puncte finale opuse ale bunăstării au fost ocazional menționate de către G. Devins și colegii [159] ca două fațete ale unui singur rezultat global, reflectând o perspectivă oarecum restrânsă a calității vieții. Cu toate acestea, în mare parte din literatura rezultatele psihosociale includ măsuri de implicare a rolului social (un indicator interpersonal) ce determină stări de dispoziție și trăsături de personalitate [160] (de exemplu, pesimism). Finalmente, după cum s-a discutat anterior, modelul lui Bishop adoptă o abordare mai largă și adesea mai dinamic interactivă între componentele sale constitutive. Ca atare, viziunea sa asupra comportamentului sau a rezultatelor este cel mai bine conceptualizată atât prin constructul său multidimensional, sumativ al calității vieții și satisfacția față de domeniile vieții, cât și prin recunoașterea interacțiunilor intime, în continuă schimbare și declanșate de domenii între diferitele componente ale domeniului (adică, importanța domeniului, satisfacția și controlul), funcționarea afectivă și calitatea vieții. Structura unică a acestui model este atunci cea care sfidează o atribuire clară a componentelor sale într-o trihotomie exclusivă a persoanei, mediului și comportamentului.

În rezumat, conceptul de comportament a asumat diverse poziții, deși strâns legate, în cele patru modele analizate. Acestea variază de la perspectiva mai restrânsă adoptată de modelul lui Moos până la punctele de vedere mai cuprinzătoare, mai multe fațete și interactive sugerate de modelele lui Livneh și Antonak [185] și în special de modelele lui Bishop.

Mediul privit ca o componentă esențială și dinamică a conceptului de spațiu de viață și activitate. Potrivit lui Lewin [179] orice modificări structurale în mediu care au inclus diferențierea, integrarea, restructurarea au un impact direct asupra spațiului de viață și, în cele din urmă, asupra comportamentului. Aceste percepții: diferențiere, integrare și restructurare asupra mediului se văd în relația dintre persoana cu dizabilități și mediul (de exemplu, medical, fizic, social, ocupațional) și schimbările de mediu pe care le experimentează persoana cu DF. Într-

adevăr, toate modelele identificate în cercetare par să susțină cu fermitate importanța mediului în influența convingerilor, emoțiilor și comportamentelor umane, respective influențe se reflectă și în adaptarea psihosocială a persoanei cu dizabilități. În modelul lui Moos, mediul este considerat o primă componentă în procesul de adaptare (numit și „sistem de mediu”; Moos & Holahan, 2007) [193]. În aceeași ordine de idei Н.Н. Мельникова [127; 128; 129], menționează importanța mediului în procesul de adaptare psihosocială. Mai precis, este etichetat „context social și fizic”, o subcomponentă care interacționează, care împreună cu factorii de sănătate și resursele personale stabilește fundalul pentru evaluarea cognitivă, dezvoltarea abilităților de adaptare. Acest context de mediu cuprinde setările fizice care definesc comunitatea, mediul/ locuința persoanei, locul de muncă, precum și rețeaua socială și resursele sau bunurile persoanei. Modelul lui Livneh și Antonak (1997) și cel al lui Н.Н. Мельникова (1998, 2001, 2002) într-un mod similar, recunoaște rolul important jucat de mediu ca factor determinant pentru adaptarea persoanei cu dizabilități. În acest model, conceptul de mediu este împărțit pentru a reflecta atât condițiile de mediu din timpul vieții timpurii (mediul care încorporează fundalul fizic, socioeconomic și atitudinal; analizat în contexte axate pe ce declanșează un comportament sau stare, reacție), cât și caracteristicile de mediu cu care interacționează în prezent (mediul actual cu care interacționează constant și dinamic cu evenimente psihosociale în desfășurare, discutate ca influențe contextuale).

În cele din urmă, atât modelele lui Devins, cât și cele ale lui Bishop văd mediul ca oglindit mai ales prin elementul său terapeutic. Modelul lui Devins se concentrează foarte mult pe mediul de tratament și pe acele perturbări care apar pentru a afecta negativ urmărirea de către individ a obiectivelor și activităților vieții. În descrierile sale, Devins și colegii săi [159] recunosc, de asemenea, elemente ale mediilor socioculturale deschise, disponibile pentru a acorda suport și medii unde predomină atitudini de stigmatizare.

Cercetătorii Moos, Livneh și Antonak [185; 193], îi asumă mediului un rol influent pentru comportamentul uman doar în măsura în care își exercită impactul în prezent, mediile trecute au o influență minoră asupra comportamentului, cu excepția cazului în care aceste medii sunt într-un fel influențate psihologic prin anumite scheme cognitive și amprente emoționale.

Conceptul de **timp** este încă o componentă în modelele derivate din teoria Câmpului lui Lewin [177; 178; 179]. Tratarea conceptului de timp, deși niciunul dintre modele nu îl abordează în mod direct sau explicit, în toate modelele, totuși, există o relație dintre timp și schimbare, dinamică, proces, cauzalitate. Modelul lui Moos încorporează atât o corelație liniară a componentelor care interacționează, cât și bucle ciclice (feedback).

În modelul lui Livneh și Antonak (1997), recunoașterea conceptului de timp este cel mai bine ilustrată prin următoarele:

- (a) structura antecedente-procese-rezultate a modelului;
- (b) includerea în schimbare a caracteristicilor de timp: perioada timpurie și cea prezentă;
- (c) strategiile de adaptare specifice situației și dizabilității sunt adaptate pentru a răspunde nevoilor contextuale și temporale.

În cele din urmă, recunoașterea conceptului de timp atât în modelele lui Devins, cât și în cele ale lui Bishop poate fi încorporat prin următoarele: (a) Timpul își asumă un rol important prin conceptele de boală (de exemplu, evoluția simptomelor) și întreruperi induse de tratament, ambele indicând un flux de evenimente în evoluție și interacțiune și (b) natura modelului care sugerează un proces dinamic care se modifică odată cu influențele periodice de creștere și scădere ale controlului personal perceput și rolurile jucate de diverși factori moderatori interni și externi. În modelul lui Bishop, recunoașterea conceptului de timp este evidențiat în premisa fundamentală a modelului, în fluxul continuu, dinamic, interactiv între calitatea vieții percepută multidimensional și schimbările survenite în evaluarea diferitelor domenii ale vieții. Acest proces care implică interacțiune continuă între componentele afective, cognitive și comportamentale și calitatea vieții exemplifică cel mai bine recunoașterea timpului de către model.

Aplicațiile teoriilor și modelor dezvoltate și testate în psihologia socială în consilierea, intervenția, în procesul de integrare educațională și socială au fost în cea mai mare parte limitate la adaptarea psihosocială a persoanei cu dizabilități la condiția sa. Lipsesc însă, cercetări ce scot în evidență particularitățile de adaptare ale anumitor grupuri de persoane cu dizabilități, la diferite etape de vârstă și în medii specifice de dezvoltare. Cercetarea în continuare a acestui domeniu în mare parte neexplorat, ar putea beneficia mult de orientarea eforturilor noastre de cercetare către investigarea relațiilor, în cazul dat, ale adolescentului cu dizabilități fizice și mediul de viață; particularitățile de adaptare în contextul dizabilității fizice și cu anumite limitări funcționale. Această cercetare a explorat legătura dintre variabilele de mediu și variabilele personale și impactul lor asupra adaptării psihosociale ale ADF.

După cum am urmărit că în procesul de adaptare psihosocială componentele *persoană și mediu* [170] sunt caracterizate printr-o interacțiune dinamică, astfel încât una nu poate fi înțeles izolat de celălalt. O explorare mai explicită a factorilor contextuali de mediu asociați cu adaptarea adolescentului cu dizabilități AD rămâne necesară și relevantă pentru o înțelegere mai bună și mai precisă a procesului de adaptare psihosocială a ADF în condițiile de dezvoltare din țara noastră. Această focusare în cadrul cercetării este în concordanță cu schimbarea modelelor de adaptare a ADF din ultimele decenii, odată cu schimbarea accentului de asistență a acestuia de la un model medical la modele sociale, biopsihosociale la cel bazat pe drepturile persoanei cu dizabilități, care subliniază rolul mediului incluziv în înțelegerea și facilitarea procesului de adaptare a ADF.

Organizația Mondială a Sănătății OMS în publicația *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății* (CIF) (2001) [118], tradusă în limba română în 2004 a câștigat spațiu pentru conștientizarea și utilizarea modelului social și biopsihosocial în rândul profesioniștilor din reabilitare atât pentru explorarea, cât și pentru înțelegerea adaptării individului cu DF și a impactului acestui model asupra procesului adaptării. Identificați în mod explicit ca factori contextuali în CIF, factorii de mediu sunt văzuți că interacționează cu funcțiile, structurile și participarea Individului. În consecință, mediile diferite au impact diferit asupra individului și experienței sale (OMS, 2004). Prin urmare, acest model poate oferi oportunități interesante de a explora constructele lewiniene și în special interacțiunea dintre factorii personali și de mediu.

Majoritatea psihologilor contemporani care au studiat fenomenul APS sunt de părerea că optimizarea procesului de adaptare are loc în condițiile în care se ține cont de: caracteristicile personale ale individului, *barierele versus condițiile favorabile de mediu* și, deși în mod inconsecvent, de factorul timpului ca fiind influente în adaptarea psihosocială la ADF. Astfel, în intervenție, din punct de vedere metodic, am luat în considerare toate aceste influențe la elaborarea modelului de facilitare a APS în rândul ADF. Modelul care a inclus atât un program de consiliere pentru dezvoltarea deprinderilor de cunoaștere, relaționare ale ADF, cât și aspectul de pregătirea mediului adaptat pentru dezvoltarea și incluziunea armonioasă a subiecților cercetării. Practica de lucru cu ADF ne-a mai demonstrat că este imperativ necesar de considerat întregul spectru de medii în care se dezvoltă și activează individul: cel educațional, de reabilitare, ocupațional, domiciliul și comunitatea în general în care AdDF activează și funcționează. Doar o abordare complexă a acestor factori oferă predictibilitatea unei adaptări psihosociale de succes.

Caracteristicile și trăsăturilor de personalitate ale persoanei: abilitățile de a face față, punctele forte și limitările individuale; precum și speranțele, dorințele și planurile de viață, de asemenea, ne-a demonstrat că sunt variabile extrem de importante în APS a ADF. Respectiv aspectele enumerate sunt urmărite în programul trainingului ce face parte din modelul psihosocial de intervenție pentru facilitarea APS a ADF. Unele intervenții parțiale ar putea chiar sugera că eforturile de reabilitare profesională tradiționale, aplicate într-un mod segregativ și rigid, care se concentrează doar pe formarea unor abilități și utilizarea acestora în procesul de învățare sau pregătirea profesională pentru executarea unei anumite operațiuni la locul de muncă, în timp ce sunt neglijate contextele de viață, resursele familiale, comunitare realizarea sarcinilor sunt nemotivate și nu coincid cu așteptările ADF. Privind ADF ca pe o simplă entitate în procesul educațional sau la treapta de pregătire profesională, lipsită de caracteristicile psihologice, spirituale, morale prezintă, de asemenea, riscul de a obține succesul pe termen scurt în detrimentul succesului pe termen lung, care s-ar caracteriza prin integrarea plenară valorizarea competențelor

și potențialului pentru activitatea aleasă, atribuirea unui sens acțiunilor și efortului depus, înregistrarea rezultatelor, a motivației de a performa ceea ce dă speranță de viață și conferă calitate vieții adolescentului.

După cum am menționat în capitolul I, adolescența, în special în cazul ADF, implică o centrare excesivă pe sine dar totodată adolescentul se definește și prin prisma relațiilor cu ceilalți. Din cele relatate, avantajul lucrului în grup, facilitează cunoașterea și înțelegerea de sine, care prezintă o sarcină de dezvoltare a adolescentului. Ecaterina Vrasmaș menționează avantajele lucrului în grup cu copiii cu dizabilități, dat fiind că subiecții se regăsesc și dezvoltă simțul apartenenței pe care-l trăiesc iar puterea grupului generează schimbarea [117]. Cu referire la lucrul în grup, Atkinson, apud [apud 114] „permite pacienților să-și rezolve problemele în prezența altora, să observe cum reacționează alții la comportamentul lor și să verifice noi metode de răspuns când cele vechi se dovedesc a fi nesatisfăcătoare”. Mediul oferit de consilierea de grup este „plaja” unde persoana poate să experimenteze acțiuni ce denotă competențe în curs de formare, având suportul grupului dar și suportul, îndrumarea specialistului. Așa cum menționează I. Yalom și M. Leszcz cu referire la lucrul în grup: membrii grupului conștientizează că dificultățile cu care se confruntă sunt trăite și de alții, și aceasta contribuie la scăderea anxietății, acceptarea de sine; oferă ocazia participantului la activitatea de grup de a „recapitula corectiv”. Altfel spus, reevaluează situația oferindu-i o altă semnificație, una de normalizare [apud. 114]. Lucrul în grup nu este doar o distribuție a experienței din ședințele de consiliere individuală, ci este o experiență în sine ce pune în aplicare potențialul vast al tuturor participanților la activitățile de grup. Hobbs a exprimat opinia sa de rând cu alți consilieri și terapeuți și a menționat „Este important să fii acceptat și înțeles de un terapeut. Însă prezintă o valoare și mai mare experiența în care ești acceptat de mai multe persoane, un grup de aceeași vârstă care împărtășesc sincer sentimentele în procesul de căutare comună a sensului vieții și a unei vieți satisfăcătoare pentru ei” [122].

Consilierea individuală în paralel cu programul de consiliere de grup necesită a fi susținută prin pregătirea și adaptarea mediului în care ADF sunt integrați, și își realizează activitatea socială.

Componenta de mediu în cazul nostru, în abordarea ADF se referă la practicile educaționale destinate adolescenților cu dizabilități care au fost dezvoltate în cadrul Centrului de zi „Speranța”. Urmărind barierele și limitările impuse de mediile educaționale impuse ADF, acești elevi primesc și statut de elevi cu cerințe educaționale speciale. Definierea conceptului de Cerințe educaționale speciale (CES) oferită de Codul educației din 2014, sunt „*necesitățile educaționale ale copilului/elevului/studentului care implică o școlarizare adaptată particularităților individuale sau caracteristice unei dizabilități tulburări de învățare precum și o intervenție specifică prin acțiuni de reabilitare sau recuperare corespunzătoare*”. Educația incluzivă fiind cea mai indicată

pentru elevul/studentul cu CES, așa cum a ales Republica Moldova să susțină elevii cu CES, este *procesul educațional care răspunde diversității copiilor și cerințelor individuale de dezvoltare și oferă oportunități și șanse egale de a beneficia de drepturile fundamentale ale omului la dezvoltare și educație de calitate în medii comune de învățare*. Literatura de specialitate dar și bunele practici de promovare a educației incluzive vin să promoveze incluziunea cu toate caracteristicile ei. Incluziune este amintită în lucrarea lui Gherguț [40] care face trimitere la schema lui Walker, evidențiind avantajele incluziunii în comparație cu integrare.

INTEGRAREA	INCLUZIUNEA
Examinarea elevului de către specialiști	Examinarea elevului din perspectiva factorilor implicați în procesul instructiv-educativ
Diagnosticarea tulburărilor	Colaborarea în rezolvarea de probleme
Evaluarea rezultatelor	Crearea mediului adaptativ și a condițiilor de sprijinire a elevului în clasă și înafara ei;
Încadrarea în programe	
Pune accent pe: <i>Nevoile copiilor speciali</i> <i>Recuperarea subiecților</i> <i>Intervenția specială</i>	Pune accent pe: <i>Drepturile tuturor copiilor</i>

Fig. 3.1. Diferența dintre integrare și incluziune (adaptată după Walker, 1995, p. 20) [40]

Adolescenții cu DF, au nevoie de educație incluzivă, care să le ofere cadrul de dezvoltare a unei serii de abilități non-cognitive: conștientizarea și control emoțional, motivație intrinsecă, reziliență, învățarea experiențială, să faciliteze o comunicare promptă, deschisă, să creeze un climat care să asigure siguranță, acceptare, validare emoțională și academică, interacțiune eficientă între toți participanții la actul educațional (elevi, profesori, părinți, personal din servicii de suport educațional, administrația școlii).

Întru susținerea celor menționate, modelul de educație incluzivă implementat astăzi în cadrul sistemului educațional național are la bază fundamente sociale, psihologice, pedagogice și principii care au fost stipulate în Rezoluția Organizației Națiunilor Unite (ONU) în 1993: dreptul egal la educație și al egalizării șanselor; individualizării procesului educațional și dezvoltării maxime a potențialului fiecărui copil; nondiscriminării, toleranței și valorificării tuturor diferențelor; flexibilității în activitatea didactică; designului universal etc.

Individualizarea procesului educațional și a strategiilor în abordarea adolescentului cu dizabilități fizice: adaptarea mediului fizic, modalități de organizare a cadrului de formare, care asigură identificarea potențialului, a limitelor, valorizarea personalității și identității acestuia, valorizarea experienței de viață a adolescentului cu dizabilități fizice, axarea pe competențele, necesitățile și aspirațiile lui este calea optimă pentru o dezvoltare armonioasă a persoanei cu limite

în dezvoltare. Iar aceste direcții de activitate realizate într-o manieră suportivă poate fi pusă în aplicare doar în contextul educației incluzive.

ADF, în comparație cu copiii de la etapa anterioară de vârstă de până la 12 ani, recurg la o paradigmă formativă diferențiată. În acest sens ei necesită un mediu de învățare bazată pe o abordare individualizată. Totodată, mediul propice pentru formarea deprinderilor psihosociale este cel ce valorifică potențialul, acceptă și susține prin suport personal. *Valorizarea rolului social*, un alt concept dezvoltat de W. Wolfensberge, pune în valoare rolul fiecărei persoane într-o societate, indiferent de situație, conferindu-i demnitate, respect, acceptare, un sentiment al apartenenței, de care are nevoie, or o persoană cu dizabilități, de regulă, este respinsă de comunitate și chiar de familie, fiindu-i atribuite roluri sociale negative [apud. 114]. Contrar abordărilor psihologiei umaniste a lui A. Maslow, C. Rogers, care demonstrează efectul pozitiv al susținerii persoanei în procesul de adaptare, educația sergegativă, în instituții speciale și rezidențiale au un efect negativ. Aceste dovezi științifice au impulsionat o nouă abordare a diversității umane în procesul educațional, care creează mediu unde copilul și adolescentul cu dizabilități își realizează activitatea de bază, și anume educația la toate nivele conform vârstei. Educația incluzivă pune accentul pe *educația pentru TOȚI*, și este definită prin *acces la educație* și la *calitatea educației* pentru toți copiii. Aceste două aspecte definesc cele 2 obiective generale ce caracterizează educația incluzivă (Declarația de la Salamanca 1994) în contextul promovării drepturilor tuturor copiilor [215].

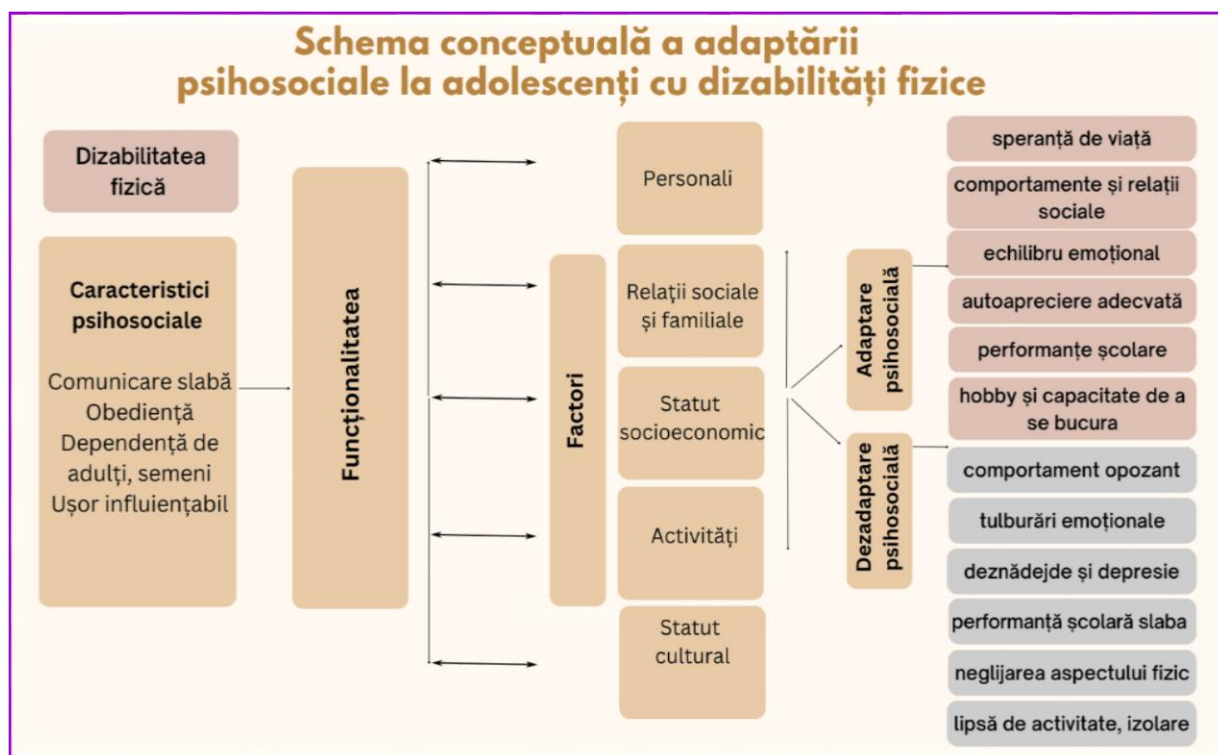


Fig. 3.2. Schema conceptuală a adaptării psihosociale la adolescenții cu dizabilități fizice (contribuție personală)

Mediul incluziv oferă cadrul de dezvoltare a echilibrului și controlului emoțional, reziliență, învățarea experiențială, încurajează o comunicare deschisă, pozitivă, e caracterizat de un climat sigur, ce oferă validare emoțională și suport pentru progresul academic, interacțiune eficientă între toți participanții la procesul educațional (elevi, profesori, consilieri școlari, părinți, conducerea școlii).

În lucrările realizate pe parcursul perioadei de cercetare au fost abordate particularitățile de dezvoltare a adolescenților cu dizabilități fizice, factorii interni, de personalitate, cei interpersonali dar și de mediu care influențează procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice [7; 21; 25; 26; 27; 29; 30; 99]. Totodată se prezintă relația directă dintre incluziunea ADF și adaptarea psihosocială a acestora [24; 26; 31; 50; 98; 103]. În cercetare este elucidată relația dintre adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice și activitatea vocațională [4; 28; 32; 123].

Rezumând, de rând cu consilierea individuală am completat programul de consiliere cu ședințe de grup. Demersul acțional al experimentului formativ în cauză se axează pe o *abordare comprehensivă* și include atât ședințe de *consiliere individuale și de grup, cât și acțiuni de gestionare a mediului incluziv*.

3.2. Descrierea Modelului de intervenție psihosocială

Experimentul de constatare realizat în rândul ADF și adolescenților cu dezvoltare în normă denotă diferențe de variabile, cum sunt: autoaprecierea performanței școlare; autoaprecierea generală; autoaprecierea nivelului de îndemânare; autoaprecierea nivelului de îngrijire; autoaprecierea nivelului de veselie. Astfel, o serie de factori influențează adaptarea psihosocială, conferindu-i o dinamică încetinită, uneori chiar până la stagnare. Atât studiul teoretic, cât și cel experimental al particularităților APS la ADF au demonstrat necesitatea sprijinului psihosocial pentru ADF în vederea sporirii gradului de adaptare psihosocială a acestora.

Conduși de aceste constatări, ne-am propus să influențăm pozitiv, pe cale experimentală, procesul de APS la ADF, în vederea eficientizării acestuia, inițiind etapa formativă a cercetării. **Scopul demersului de intervenție** la etapa descrisă a constat în elaborarea și implementarea modelului psihosocial de optimizare a APS a ADF, cu evaluarea experimentală a impactului acestuia.

La etapa experimentului formativ au fost proiectate și realizate câteva **acțiuni**:

- elaborarea programului de intervenție psihosocială, în scopul oferirii suportului în eficientizarea APS a ADF, care să vizeze factorii personali, de mediu, contextuali care influențează procesul de adaptare;
- identificarea în rândul ADF investigați în cercetarea constatativă a unui grup de subiecți cu scoruri joase la indicii APS, pentru a participa la programul de intervenție;
- informarea elevilor despre posibilitatea participării în programul psihosocial de eficientizare a procesului de APS a adolescenților, cu accent pe dezvoltare personală și socială, precum și obținerea acordului de participare din partea adolescenților și a părinților acestora;
- implementarea programului de intervenție psihosocială și evaluarea impactului înregistrat asupra APS a ADF.

Pentru atingerea obiectivului propus, am format două grupuri omogene, unul experimental și unul de control. În fiecare grup au fost încadrați câte 10 adolescenți, dintre ei 6 fiind fete și 4 băieți. Grupurile au fost constituite astfel încât fiecărui adolescent din grupul experimental să-i corespundă câte un alt adolescent din grupul de control care prezenta aproximativ aceleași rezultate în aspect de variabile studiate. Ținta în procesul de selectare a vizat adolescenții ce înregistrat scoruri joase la indicii ce vizează APS. Omogenitatea grupurilor a fost dovedită statistic prin aplicarea testului U Mann-Whitney la compararea rezultatelor celor două grupuri, în rezultatul căruia nu au fost obținute diferențe statistice semnificative (Anexa 9).

Cei 10 adolescenți din grupul experimental sunt beneficiari ai programelor de suport realizate de Centrul „Speranța” din mun. Chișinău, fiind elevi ai 4 instituții de învățământ:

- Liceul Teoretic „Pro Succes”, mun. Chișinău;
- Liceul Teoretic „Ion și Doina Aldea-Teodorovici”, mun. Chișinău;
- Liceul Teoretic Măgdăcești, s. Măgdăcești, r. Criuleni;
- Gimnaziul „Mihai Viteazul”, or. Strășeni.

În continuare vom prezenta **Modelul psihosocial de eficientizare a APS la ADF**. Modelul a fost orientat spre a facilita procesul de APS, influențând factorii „*personali*” ce vizează ADF, ce, la rândul său, pot modifica APS, factorii „*relații interpersonale familiale și sociale*” și factorii *de mediu*.

Modelul focusat pe facilitarea procesului de APS, influențând factorii „*personali*” ce vizează ADF, care, la rândul său, pot modifica APS, factorii sociali / de mediu, care vizează *relațiile interpersonale familiale, sociale*, inclusiv, în mediul educațional.

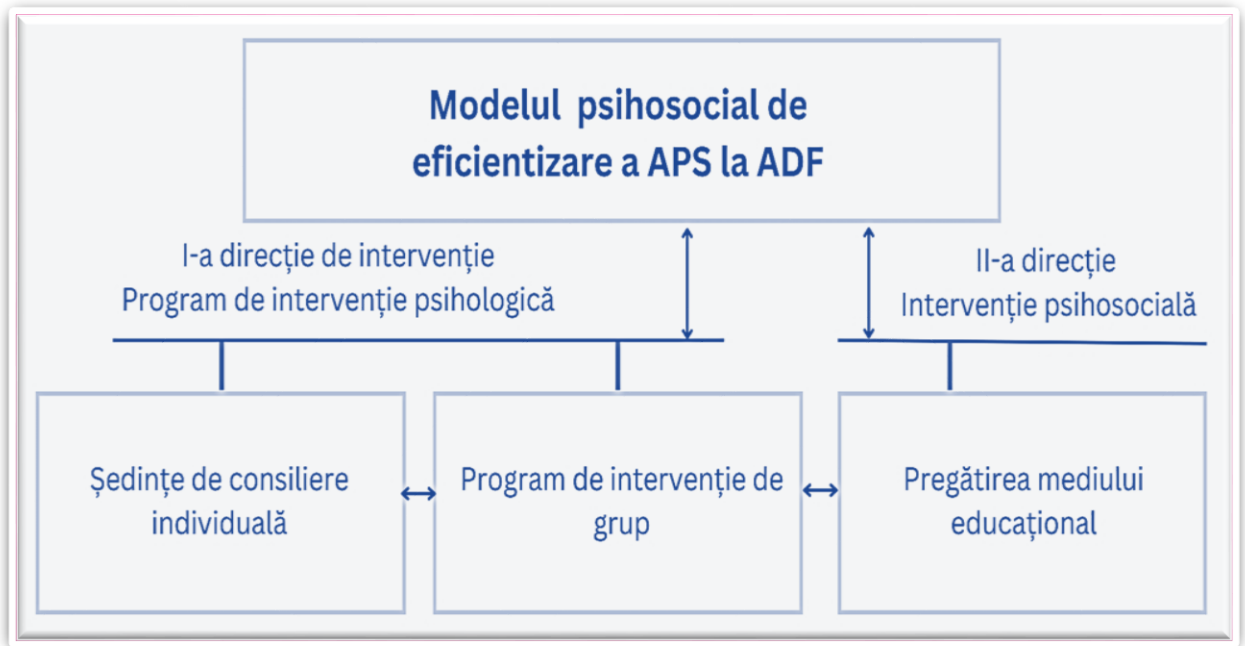


Fig. 3.3. Modelul psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice (contribuție personală)

Astfel, demersul de intervenție a inclus două *direcții distincte*:

- intervenția cu implicarea ADF;
- intervenția la nivel de instituție de învățământ, frecventată de adolescent, cu scopul pregătirii mediului educațional pentru facilitarea incluziunii ADF.

Prima direcție de intervenție a vizat *consilierea psihologică individuală și de grup a ADF*, realizată în cadrul unor activități structurate în acord cu particularitățile și nevoile de dezvoltare ale ADF, pentru sporirea dezvoltării lor personale și sociale. Programul de intervenție psihologică cu implicarea adolescenților s-a bazat pe un complex de *ședințe de consiliere individuală și un program de intervenție de grup, axat pe activitatea de training*, fiind realizat un total de 16 ședințe. Activitățile de grup au luat conturul unui *Club al adolescenților*, cu reguli și principii de lucru unanim acceptate, cu o componentă relativ stabilă, care se întrunea în ședințe periodice, cu o frecvență de 2 ori pe lună.

La conceptualizarea primului tip de intervenție am pornit de la faptul că autocunoașterea, definirea identității de sine, construirea și menținerea relațiilor sociale reprezintă preocupările centrale și totodată provocările vârstei adolescente. Acestea înregistrează acum o dezvoltare semnificativă în comparație cu perioada copilăriei și necesită a fi susținute pentru a realiza schimbări pozitive. În cazul ADF aceste provocări adesea sunt și mai mari, după cum s-a constatat în prima etapă experimentală, fiind generate de prezența, dar și percepția diferită, uneori defectuoasă, a dizabilității fizice. Necesitatea activităților de consiliere individuală și de grup a

fost dictată de nevoia producerii schimbărilor la nivelul factorilor individuali/personali care au înregistrat un impact negativ asupra APS a adolescenților la etapa experimentului de constatare. Aceștia se referă la problemele afective (stările de tristețe, sentimentul de subvalorizare, incapacitatea de a se bucura, însoțite și de schimbările somatice, precum tulburările de somn și alimentație), anxietatea (teama generalizată, teama de școală, îngrijorarea), problemele de comportament opozant (tendința de a se certa, obediența, neascultarea, încăpăținarea, accesele de furie), problemele de conduită (încălcarea regulilor, furtul, etc). Pe lângă autocunoaștere și autoanaliză, un obiectiv important al intervenției de acest gen s-a referit și la formarea abilităților de autocontrol al cognițiilor, emoțiilor și comportamentelor, implicate în procesul de dezvoltare a abilităților de cunoaștere personală, de gestionare a emoțiilor, de interacțiune socială.

Necesitatea activităților de consiliere individuală a reieșit din complexitatea, dar și diversitatea problemelor afective, de relaționare, de comportament cu care se confruntau inițial ADF, având în vedere mediul diferit din care provin, existența sau inexistența rețelei sociale de suport, modul de instruire (la școală/la domiciliu), capacitatea diferită de conștientizare a problemelor de adaptare cu care se confruntă și a strategiilor pe care le poate utiliza fiecare într-o situație sau alta pentru depășirea barierelor de adaptare. În acest sens, s-a decis participarea adolescenților la ședințe individuale de consiliere, înainte de intrarea în activitățile Clubului adolescenților. Numărul ședințelor de acest fel a fost diferit, fiind stabilit în mod individual și oscilând de la caz la caz, de la 2 la 5 activități de asistență individuală.

Pornind de la obiectivele consilierii, reieșite din definiția propriu-zisă, s-a urmărit dezvoltarea relației cu adolescentul și utilizarea acesteia pentru a susține și favoriza cunoașterea de sine, autoacceptarea, determinarea și dezvoltarea resurselor personale. La modul practic, primele întâlniri individuale cu adolescenții au ajutat la colectarea mai extinsă a informațiilor despre elev, mediul din care provine, rețeaua socială, importante pentru evaluarea problematicii. În cadrul ședințelor individuale s-au creat condiții pentru ca adolescenții să-și exprime gândurile și convingerile despre sine, emoțiile și comportamentele adoptate în timp, care-i ajută să se acomodeze la noile situații de viață. De exemplu, adolescenții s-au referit la impresiile, experiențele pe care le-au avut la primele întâlniri cu grupurile din școală sau cu grupurile de semeni din centrele pe care le frecventează împreună cu cineva din persoanele cunoscute, cu membrii familiei. Tot la primele întâlniri individuale subiectele de consiliere s-au axat pe identificarea problemelor cu care se confruntă în relațiile cu colegii, cu părinții, frații și surorile, cu pedagogii, specialiștii din serviciile pe care le accesează. Din analiza informației colectate la această etapă au devenit clare cauzele listate de adolescenți privind starea lor psihoemoțională. Așa, în percepția majorității s-a desprins ideea existenței unor dificultăți în relațiile cu colegii,

ADF având percepția constantă cu sunt mai puțin înțeleși de colegii cu dezvoltare tipică.

La această etapă a fost utilizat interviul semistrukturat cu răspunsuri libere, care a avut ca scop diagnosticarea relațiilor din cadrul familiei, grupului de semeni, dar și identificarea mecanismelor de gestionare a emoțiilor și comportamentelor. Tot în ședințele individuale a fost aplicată și tehnica „Cercul relațional”, pentru identificarea specificului relațiilor pe care le dezvoltă adolescenții consiliați, dacă au prieteni în cercul lor de relații, care este calitatea acestor relații etc.

Odată cu colectarea informației extinse, s-au urmărit și alte obiective:

- conturarea problemelor cu care se confruntă în mediul familial și școlar, determinarea cauzelor care au condus la apariția dificultăților;
- conștientizarea acestora;
- conturarea necesității schimbării;
- informarea despre posibilitatea soluționării mai multor probleme determinate în ședințele de consiliere și totodată, a asigurării continuității schimbărilor începute în lucrul individual, în cadrul unui program de training, axat pe dezvoltarea personală și socială, cu participarea unui grup de adolescenți.

Ședințele de consiliere individuală au urmat un parcurs clasic, în care s-au putut contura câteva etape:

- etapa stabilirii relației de consiliere;
- etapa identificării și examinării problemelor prezentate în cadrul consilierii;
- etapa planificării acțiunilor de rezolvare a problemelor identificate;
- etapa de realizare a acțiunilor care să favorizeze rezolvarea problemelor.

Demersul intervenției de grup, bazat pe activități de training, a servit drept continuitate pentru activitățile de consiliere individuală, fiind axat pe rezolvarea problemelor psihologice stabilite în etapa inițială. Pentru realizarea acestei intervenții a fost dezvoltat un **program de training** orientat la realizarea următoarelor *obiective*:

1. Cunoașterea personală prin conștientizarea sinelui, identificarea emoțiilor, recunoașterea punctelor tari.
2. Dezvoltarea emoțională, fortificând abilitățile de gestionare a emoțiilor prin autoreglare și control emoțional (controlul răspunsului, managementul stărilor afective).
3. Dezvoltarea socială, cu accent pe: exersarea empatiei, a respectului pentru ceilalți, acceptarea necondiționată a celorlalți, acceptarea perspectivelor; dezvoltarea abilităților de gestionare eficientă a relațiilor cu ceilalți (construirea și menținerea relațiilor de prietenie, a relațiilor competente de relaționare (de ex.: construirea relațiilor, a relațiilor amoroase,

a relațiilor ce implică responsabilitate etică și socială etc.).

După cum a fost menționat și mai devreme, programul de training a cuprins 16 ședințe, cu durata de 90 minute fiecare și cu o frecvență de realizare de 2 ori pe lună.

Prezentăm în continuare **secvența programului de intervenție de grup**, axat pe 4 ședințe de trening, orientate toate la realizarea scopului de dezvoltare a abilităților socio-emoționale în vederea sporirii capacității de adaptare psihosocială a ADF.

Strategii formative aplicate:

- *Metode și procedee:* Explicația, lucru individual, lucrul în grup, jocul de rol, expunerea, problematizarea, reflecții individuale, automonitorizarea gândurilor, emoțiilor comportamentelor, imageria dirijată;
- *Materiale:* fișe, lipici, foarfece, creioane, carioca, reviste, fișele ce cuprind un set de imagini, coli albe A4, scoici, cristale, pietre, frunze, crenguțe, flori, castane, semințe, 6 pălării improvizate de diferite culori (albă, galben, roșie, verde, neagră, albastră), cercuri din carton pe care sunt reprezentate emoții, 3 cutii;
- *Moduri de organizare:* frontal/individual/grup mic.

Obiectivele de dezvoltare a deprinderilor personale și socio-emoționale care au fost urmărite în cadrul programului sunt reflectate în următorul tabel.

Tabelul 3.1. Obiective specifice dezvoltate în cadrul celor 4 ședințe de grup axate pe dezvoltarea abilităților socio-emoționale

Obiective	Obiective specifice
Cunoașterea personală prin conștientizarea sinelui, identificarea emoțiilor, recunoașterea punctelor tari	Conștientizarea propriului corp
	Cunoașterea aspectelor forte și a limitelor personale
	Crearea cercului relațional de încredere
Dezvoltarea abilităților de gestionare a emoțiilor prin autoreglare și control emoțional (controlul răspunsului, managementul stărilor afective)	Conștientizarea emoțiilor
	Recunoașterea, identificarea și înțelegerea emoțiilor
	Gestionarea propriilor emoții
	Conștientizarea gândurilor ce însoțesc emoțiile trăite
	Înțelegerea legăturii dintre emoție și comportament
Dezvoltarea deprinderilor sociale/conștientizare socială (<i>exersarea empatiei, a respectului pentru ceilalți, acceptarea necondiționată a celorlalți, acceptarea perspectivelor</i>)	Învățarea strategiilor de gestionare a emoțiilor de tristețe
	Comunicarea și relaționarea armonioasă cu adulții și semenii
	Învățarea deprinderilor de comunicare, ascultare, cooperare, empatie
	Stabilirea relațiilor prietenoase între semenii
	Relaționarea armonioasă cu adulții și semenii
	Determinarea modalităților creative de soluționare a conflictelor
Cooperarea și negocierea în viața cotidiană	
Învățarea și exersarea lucrului în echipă	

Dezvoltarea abilităților de gestionare eficientă a relațiilor cu ceilalți (<i>construirea și menținerea relațiilor de prietenie, a relațiilor competente de relaționare (de ex.: construirea relațiilor, inclusiv, a celor amoroase, a relațiilor ce implică responsabilitate etică și socială etc.)</i>)	Evaluarea riscurilor
	Responsabilizarea socială
	Managementul timpului
	Orientarea vocațională (cunoașterea domeniilor profesionale, a profesiilor, inclusiv prin comunicarea cu diverși profesioniști la locul de muncă)

- **Secvență de program**

	<i>Titlul activității</i>	Timp
• Ședința nr. 1	• <i>Cine sunt eu?</i>	• 20 minute
	• <i>Știu că mă cunosc</i>	• 10 minute
	• <i>Trusa de prim ajutor</i>	• 10 minute
	• <i>Fotografie de familie</i>	• 15 minute
	• <i>Harta inimii</i>	• 15 minute
	• <i>Ce pot să fac?</i>	• 20 minute
• Ședința nr. 2	• <i>Roata emoțiilor</i>	• 20 minute
	• <i>Răspund pozitiv</i>	• 20 minute
	• <i>Înțelege-ți comportamentele</i>	• 40 minute
	• <i>Mesaje către celălalt</i>	• 10 minute
• Ședința nr. 3	• <i>Din perspectiva celor 3</i>	• 20 minute
	• <i>Șirul buclucaș</i>	• 10 minute
	• <i>Semaforul</i>	• 20 minute
	• <i>Soluționarea problemelor</i>	• 30 minute
	• <i>Pânza de păianjen</i>	• 10 minute
• Ședința nr. 4	• <i>Ușa</i>	• 10 minute
	• <i>Știu cine ești</i>	• 10 minute
	• <i>Copacul meseriilor</i>	• 10 minute
	• <i>Balonul viitorului</i>	• 15 minute
	• <i>Învață să alegi</i>	• 10 minute
	• <i>Interviul de angajare</i>	• 30 minute
	• <i>Drumul meu spre succes</i>	• 5 minute

De fapt, toate aceste eforturi aveau misiunea complexă de a eficientiza adaptarea ADF în contextul schimbărilor din mediul școlar, care să contribuie, în final, la incluziunea educațională și socială a acestor adolescenți. Pentru a spori eficiența programului, Clubul adolescenților era vizitat și de colegii ADF, fapt ce a favorizat crearea unui mediu de intervenție incluziv, adică foarte aproape celui din instituția frecventată. Adevărat este și că dorința de participare la activitățile clubului exprimată de colegii ADF a reprezentat și un succes al programului implementat, demonstrând și impactul activităților realizate în mediul social al subiecților vizați în cercetare.

Activitățile desfășurate au avut diverse forme: activități de consiliere, instruire, consultare, dar și suport în incluziunea educațională a acestora. Pe perioada funcționării Clubului adolescenților, membrii clubului au avut oportunitatea de a petrece util timpul liber de la sfârșit de săptămână, de a comunica cu semenii (ADF și AdT). Clubul adolescenților a susținut ADF să depășească dificultățile personale de reglare emoțională, de relaționare, prin care treceau anterior, dar și cele legate de incluziunea în școlile de cultură generală din comunitate. Activitățile desfășurate au avut ca și impact scontat pregătirea ADF pentru incluziunea în societate și pentru viața independentă.

De menționat e că succesul înregistrat în domeniul incluziunii educaționale nu a fost similar în toate instituțiile unde au mers elevii. Vorbim de instituții unde copiii au fost acceptați în totalitate. Au fost, însă, și instituții în care elevul a depus un efort semnificativ pentru a crea și menține relații sănătoase cu colegii sau cadrele didactice.

Să prezentăm o secvență a programului formativ axat pe activități de training.

ȘEDINȚA Nr. 1

Exercițiul nr. 1 „Cine sunt eu”

● **Obiective:**

- Cunoașterea reciprocă a persoanelor participante;
- Dezvoltarea încrederii în sine;
- Crearea comunității și a mediului de încredere.

Forma de lucru: individual și frontal.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se înmânează fiecărui elev fișa *CINE SUNT EU?* și se pun la dispoziție materialele necesare. Elevii primesc sarcina de a realiza timp de 10 min. un colaj/desen care să le ofere celorlalți o idee despre cine sunt ei. Pentru realizarea sarcinii elevii pot folosi cuvinte, simboluri, desene la libera alegere. După realizarea sarcinii, se creează grupuri a câte 3-4 elevi, în care fiecare va împărtăși celorlalți ce a făcut. Grupurile vor discuta aspectele comune timp de 10 min.

Debriefing/reflexie: În final, se reface grupul mare și se discută cât de ușor/difícil a fost sarcina, care sunt lucrurile comune descoperite, i-a ajutat exercițiul să se cunoască mai bine etc.

↪ Cum v-ați simțit?

↪ Ce-a fost cel mai difícil? Să vă desenați, sau să identificați calitățile?

Fișa CINE SUNT EU?

Dacă aș fi animal, aș fi...	Dacă aș fi culoare, aș fi...
Dacă aș fi pasăre, aș fi...	Dacă aș fi floare, aș fi...
Dacă aș fi instrument muzical, aș fi...	Dacă aș fi copac, aș fi....

Exercițiul nr. 2 „Știu că mă cunosc”

- **Obiective:** Cunoașterea competențelor / aspectelor forte și a limitelor personale.

Forma de lucru: individual și frontal.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Elevilor li se propune spre completare fișa cu afirmații. Au ca scop să continue afirmațiile propuse. Exercițiul poate fi adaptat și desfășurat și sub formă orală, cu acroșarea afirmațiilor pe un flipchart la tablă.

1. *Ceea ce gândesc despre mine este...*
2. *Ceea ce-mi place și apreciez la mine este...*
3. *Ceea ce nu-mi place la mine este...*
4. *Mă iubesc pentru că...*
5. *Resursele mele sunt...*

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 3 „Trusa de prim ajutor” (adaptat după psihologul Fundației Cote, Alis Ghebuță)

- **Obiective:** Conștientizarea și identificarea abilităților personale, sociale.

Forma de lucru: individual și de grup.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se propune să analizeze imaginile primite. Ulterior, au ca scop să identifice și să aleagă acele obiecte pe care le consideră ca fiind esențiale pentru trusa lor de prim ajutor. Se acordă 1 minut pentru alegere și reflectare individuală. Apoi, participanții sunt încurajați să-și prezinte, pe rând, trusa de prim ajutor și să spună motivele care au stat la baza alegerilor făcute.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 4 „Fotografie de familie” (preluat din „Culegerea de exerciții de dezvoltare personală: auxiliar didactic pentru ora de dirigenție”, Anca Cazacu, Ileana Boteanu)

- **Obiective:** Consolidarea capacității de recunoaștere a persoanelor apropiate.

Forma de lucru: individual.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** „Gândiți-vă pentru o clipă la familia voastră. Opriți-vă, pe rând, la fiecare membru al familiei voastre și observați-l cu atenție! Cum este el? Ce-l caracterizează? Cum este relația voastră cu el? Ce vă atrage sau nu vă atrage la el? Sunt lucruri care vă apropie sau vă țin departe unul de celălalt? Încercați să aveți o imagine cât mai clară a fiecărei persoane din familia voastră. Și, dacă tabloul este complet, vă invit să vă îndreptați către materialele din centrul sălii: scoici, cristale, pietre, frunze, crenguțe, flori, castane, semințe și cu ajutorul lor să realizați pe spațiul foii de hârtie din fața voastră o fotografie reprezentativă pentru familia din care proveniți. Faceți în așa fel încât să redați o imagine cât mai fidelă a familiei voastre, găsim elementele care ar putea să definească cel mai bine fiecare membru al familiei.”
(*Oferiți timp suficient adolescenților pentru a realiza tabloul familial.*)

Debriefing/reflexie: *Priviți acum fotografia realizată și observați modul în care vă situați voi față de ceilalți membri ai familiei voastre. Încercați să aflați ce vă determină să stați la o distanță mai mare sau mai mică de fiecare membru al familiei voastre. Care este relația voastră cu ei și care sunt trăirile voastre în raport cu ei?*

Exercițiul nr. 5 „Harta inimii” [104]

- **Obiective:** Dezvoltarea sentimentului de autoeficacitate.

Forma de lucru: individual.

Durata: 15 minute.

- ✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Elevii au ca scop să completeze spațiile „inimii”, indicând:
- cel puțin 3 calități personale care îți plac cel mai mult;
 - cel puțin 3 lucruri din viața ta pe care ți-ar plăcea să le schimbi;
 - cel puțin 3 lucruri pe care le faci bine;
 - cel puțin 3 cuvinte care ți-ar plăcea să se spună despre tine.



Debriefing/reflexie:

- ✿ *Cu care calitate vă mândriți cel mai mult?*
- ✿ *A fost greu să identificați calitățile?*
- ✿ *Cine sunt cei care va pot recunoaște calitățile?*
- ✿ *Ce calități noi ați descoperit azi la voi? Dar la ceilalți?*

Exercițiul nr. 6 „Ce pot să fac?”

- **Obiective:** Identificarea aptitudinilor și intereselor care pot fi valorificate în carieră.

Forma de lucru: de grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** „Gândiți-vă la ce vă place să faceți, abilitățile pe care le folosești în diverse activități. Prin abilități înțelegem acele însușiri psihice și fizice care te ajută să îndeplinești o activitate în bune condiții. Fiecare își are propriile sale aptitudini și interese. Veți purta, pe rând, mai multe pălării. De fapt, veți intra în mai multe perspective, sub mai multe pălării. Fiecare perspectivă îți va aduce o informație nouă. Pentru a vă fi mai ușor, la fiecare punct/pălărie sunt scrise și câteva întrebări la care să răspunzi.

1. **Pălăria albă.** Lucrurile care îmi place cel mai mult să le fac în timpul liber sunt...
2. **Pălăria roșie.** La școală sunt cel mai bun la ...
3. **Pălăria neagră.** Abilitățile care mă ajută să fiu cel mai bun sunt...
4. **Pălăria galbenă.** Sub aceasta pălărie, se punctează beneficiile, rezultatele așteptate. Este o „pălărie” aducătoare de soluții. (*Care sunt punctele forte individuale? Dacă faci asta, ce se va schimba în bine?*)
5. **Pălăria verde.** Sub pălăria verde, dăm frâu liber creativității noastre. (*Care sunt pașii pe care i-aș putea face?*)
6. **Pălăria albastră.** Sub pălăria albastră „supervizezi” cum poți face lucrurile să meargă în direcția dorită de tine. (*Cum îmi voi da seama că sunt pe drumul cel bun? Ce vor observa ceilalți la mine dacă fac această schimbare? Ce am făcut până acum?*)”.

Debriefing/reflexie:

- ↪ Cum vă simțiți?
- ↪ Care pălărie v-a adus cea mai dificilă sarcină?

Cea de-a doua direcție de intervenție psihosocială a vizat pregătirea mediului educațional, indispensabil pentru crearea unor condiții educaționale favorabile, care să răspundă nevoilor specifice, individuale ale ADF în mediile de activitate ale adolescenților din grupul experimental. Etapa experimentului constatativ a scos în evidență importanța factorilor de mediu pentru o adaptare psihosocială reușită. Din această cauză intervenția noastră a inclus și acțiuni de lucru cu instituția de învățământ, pentru a evalua situația școlară din perspectiva existenței unor condiții favorabile adaptării psihosociale a ADF și, drept urmare, a asigura aceste condiții. Cu alte cuvinte, sarcina acestei etape a constat în crearea unui mediu educațional incluziv în instituția în care își făcea studiile fiecare dintre adolescenții participanți la programul formativ, care, într-un final, să favorizeze îmbunătățirea APS a acestora.

Intervenția de ajustare a mediului educațional din instituțiile de învățământ a vizat:

- realizarea unui exercițiu de autoevaluare a instituției de învățământ din perspectiva asigurării mediului incluziv, axat pe participarea tuturor copiilor, adulților la procesele școlare;
- oferirea suportului metodologic în proiectarea unor acțiuni menite să sporească participarea tuturor copiilor, inclusiv a ADF, a adulților, inclusiv a familiilor copiilor cu dizabilități, care să contribuie la eficientizarea APS a adolescenților;
- realizarea unor activități de informare a personalului instituțiilor de învățământ care să crească nivelul de înțelegere a necesității și posibilităților de implicare în sporirea participării tuturor elevilor.

Acțiunile planificate în cadrul acestei etape de intervenție au fost realizate în cele 4 licee, în care învățau adolescenții grupului experimental: două licee din municipiul Chișinău, unul din r. Criuleni și unul din or. Strășeni. Exercițiul de autoevaluare a instituției s-a desfășurat în baza „Indexului Incluziunii” [7], care promovează dezvoltarea procesului de învățare și participare în școli. În baza analizei indicatorilor ce se referă la participarea copiilor și adulților incluși în Index, a fost realizat un instrument de autoevaluare (Anexa 17), care a fost utilizat drept reper de către echipele școlare.

Autoevaluarea a scos în evidență mai multe probleme comune, care reprezintă niște bariere în incluziunea și participarea tuturor, inclusiv a ADF, dintre care cele mai importante se referă la: dificultățile de relaționare dintre elevi care reies din percepția stigmatizată a elevilor din grupurile vulnerabile; dificultățile în proiectarea și realizarea unor planuri educaționale individualizate care să pornească de la necesitățile individuale și să valorifice abilitățile personale ale elevului; limitele în implicarea unor familii în activitatea școlii.

Pentru **reducerea sau chiar eliminarea barierelor** identificate fiecare instituție a fost sprijinită să-și planifice niște acțiuni la nivel de liceu, care să contribuie la atingerea acestui obiectiv. În acest sens s-au proiectat și realizat:

- activități în cadrul grupurilor școlare, din care fac parte elevii cu ADF, care să faciliteze cunoașterea interpersonală, să stimuleze interacțiunea dintre elevi, astfel reducând stereotipurile și favorizând o percepție mai adecvată despre dizabilitate și diversitate;
- activități de formare în rândul cadrelor didactice pentru a spori cunoașterea și înțelegerea particularităților de dezvoltare a copiilor cu dizabilități fizice, nevoilor lor specifice, pentru a spori competențele de individualizare a procesului educațional prin aplicarea strategiilor de sprijin a învățării ADF (câte 2 activități per instituție);
- activități de formare a cadrelor didactice pentru a fortifica cunoașterea și înțelegerea nevoilor

famiiliilor care educă copii cu dizabilități, a barierelor resimțite de acestea în participarea la viața școlară, precum și a învăța și aplica strategii educaționale care să elimine aceste bariere și să sporească astfel implicarea parentală (câte o instituție per instituție).

Cele prezentate demonstrează complexitatea intervențiilor realizate, ce au ținut schimbări la nivel personal, vizând ADF, și schimbări la nivel socio-educational, implicând instituția de învățământ, care, în final, să asigure condiții de eficientizare a APS a ADF.

3.3. Implementarea și validarea Modelului de intervenție în scopul eficientizării adaptării psihosociale

În programul formativ, care s-a profilat într-un model de intervenție psihosocială de optimizare a APS a ADF, a fost validată eficiența lui în cadrul experimentului, prin stabilirea particularităților indicilor APS, precum și a gradului de influență a acestora asupra adaptării psihosociale a ADF din grupul experimental ce au participat la experimentul formativ.

Pentru experimentul formativ din cei 50 de adolescenți cu dizabilități au fost selectați 20 de adolescenți care au obținut cele mai joase scoruri pentru indicii generali ai adaptării psihosociale (Anexa 8). Acești 20 au fost împărțiți în mod egal în 2 grupuri omogene – unul experimental și altul de control. Fiecare grup a fost constituit dintr-un număr de 10 adolescenți – 4 băieți și 6 fete – frecvențele pe nivele a rezultatelor fiind similare în cele 2 grupuri (Figura 3.1).

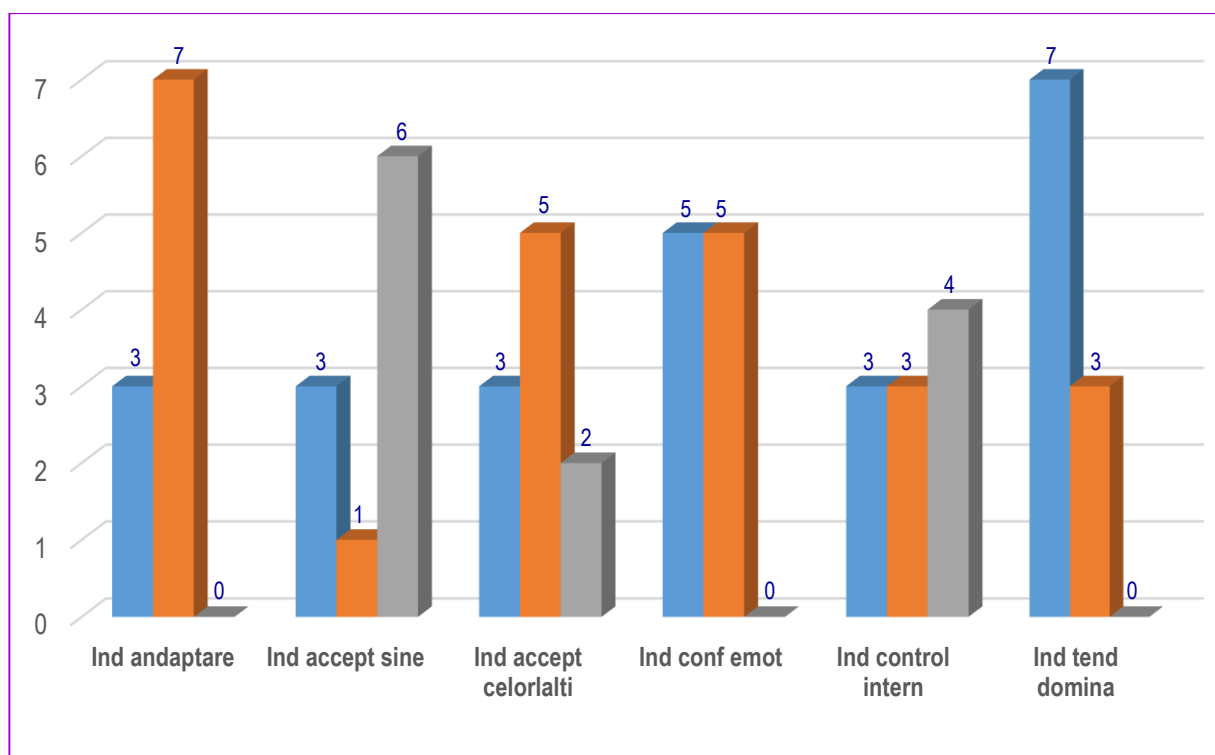


Fig. 3.4. Frecvențele pe nivele a rezultatelor test la indicii adaptării în ambele grupuri

Omogenitatea grupurilor a fost testată – pentru compararea a 2 eșantioane independente – prin intermediul testului statistic U Mann-Whitney. La compararea rezultatelor obținute la etapa de constatare a participanților din cele 2 grupuri nu au fost constatate diferențe statistice semnificative (Anexa 9).

Descrierea experimentului formativ.

După parcurgerea ciclului de activități formative adresate ADF, a fost realizat experimentul de control, în scopul determinării eficienței experimentului formativ realizat. În atare ordine de idei, la finele intervenției a fost organizată retestarea adolescenților cu dizabilități fizice din grupul experimental și cel de control (Anexa 10), în scopul determinării schimbărilor în dezvoltarea lor psihoemoțională.

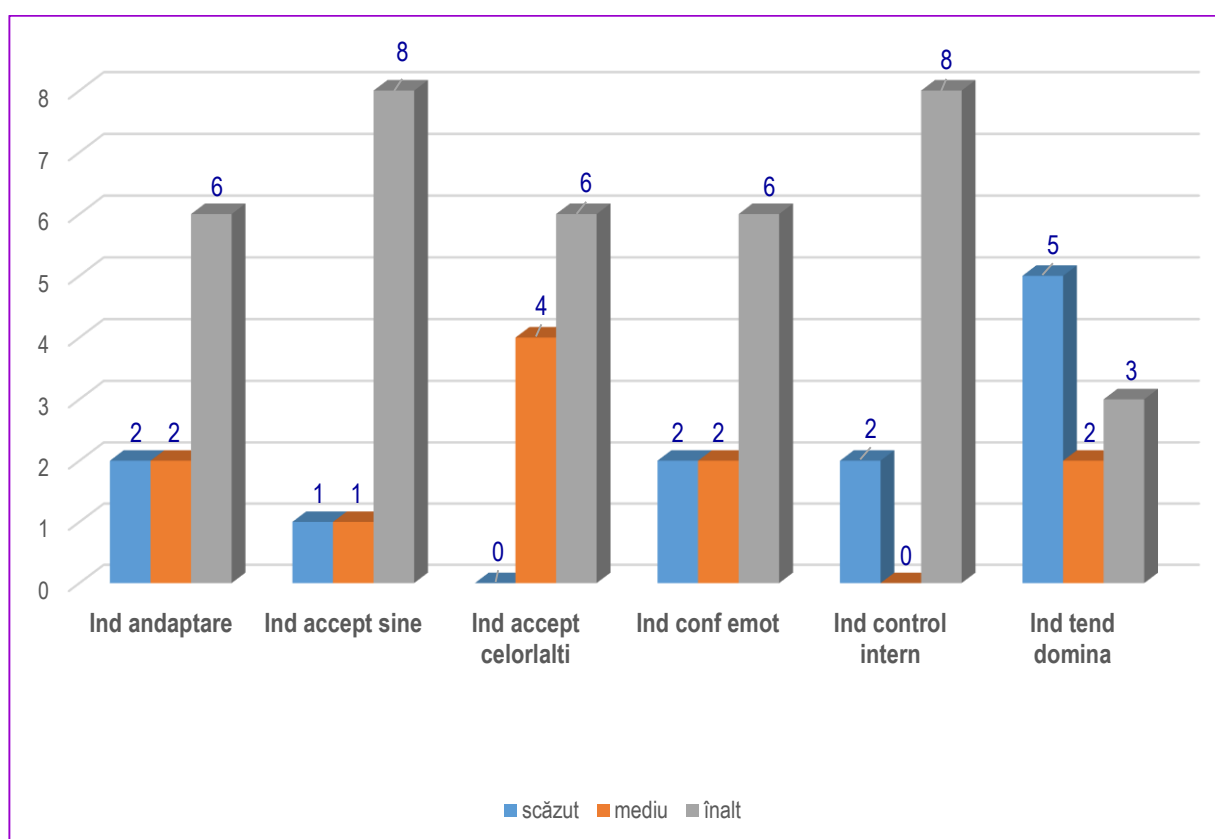


Fig. 3.5. Frecvențele pe nivele a rezultatelor retest la indicii adaptării, grup experimental

Eficiența programului a fost demonstrată prin două modalități. Prima modalitate a constat în compararea rezultatelor test și retest obținute în grupul experimental (testul Wilcoxon pentru eșantioane perechi), și am constatat după intervenție o creștere semnificativă a scorurilor la variabilele adaptării în grupul experimental. Totodată, în grupul de control, diferențe statistice nu au fost constatate. Compararea test-retest a fost făcută cu testul Wilcoxon pentru eșantioane

perechi (același grup, dar măsurări diferite, realizate în perioade temporale diferite) (Anexa 11):

- „*indicele adaptării*”: $Z=-2,803$ la $p=0,005$;
- „*indicele acceptării de sine*”: $Z=-2,805$ la $p=0,005$;
- „*indicele acceptării celorlalți*”: $Z=-2,668$ la $p=0,008$;
- „*indicele confortului emoțional*”: $Z=-2,805$ la $p=0,005$;
- „*indicele controlului intern*”: $Z=-2,810$ la $p=0,005$;
- „*indicele tendinței de a domina*”: $Z=-2,668$ la $p=0,008$.

Compararea rezultatelor test și retest obținute în grupul de control (testul Wilcoxon pentru eșantioane-perechi) (figura 3.3) nu a relevat diferențe semnificative statistic (Anexa 12).

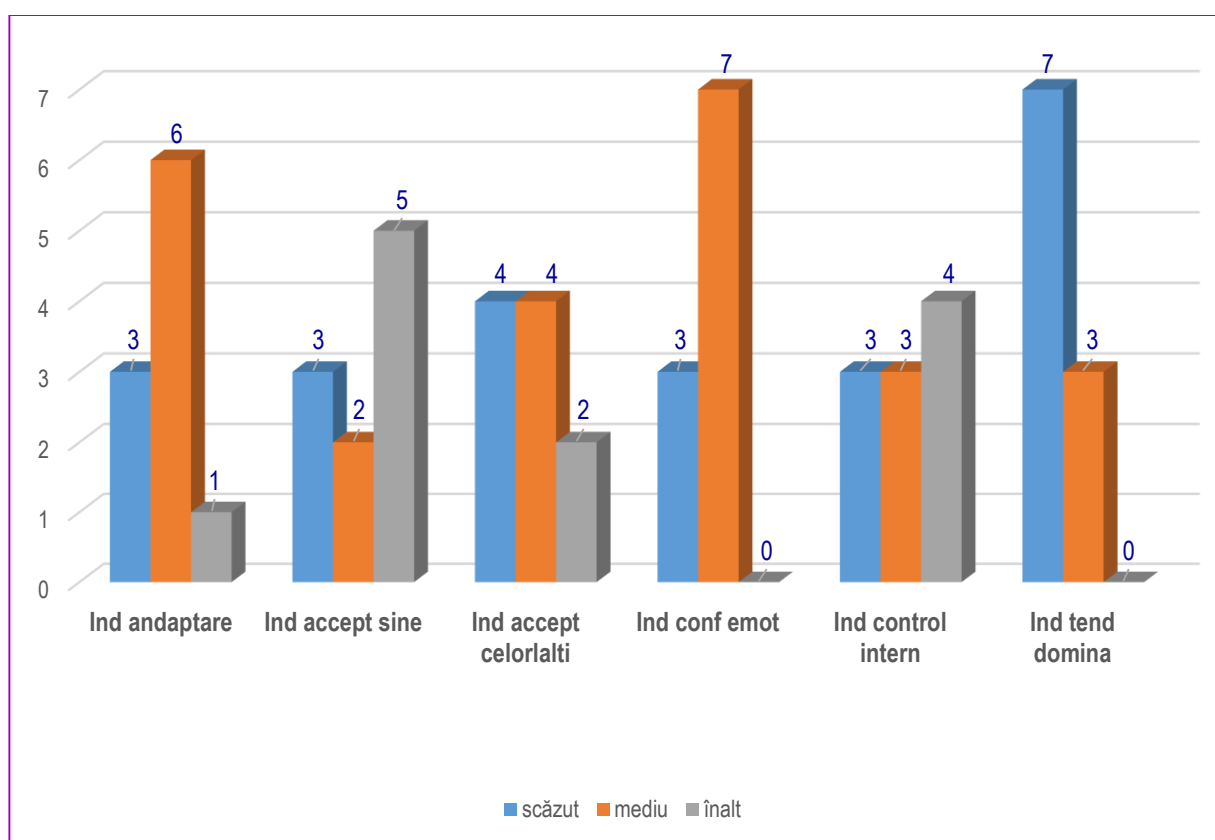


Fig. 3.6. Frecvențele pe nivele a rezultatelor retest la indicii adaptării, grup de control

În consecință, putem afirma că modificările valorilor indicilor adaptării ale participanților din grupul experimental au fost posibile doar grație intervenției realizate. Fapt ce a fost confirmat și prin diferențele statistic semnificative obținute (Testul U Mann-Whitney) la compararea rezultatelor retest obținute de adolescenții cu DF din cele 2 grupuri (Anexa 13). Ultimul test a fost aplicat pentru a exclude influența timpului sau a altor variabile asupra producerii schimbărilor au fost comparate rezultatele de la retest cu cele inițiale dintre cele 2 grupe, utilizând Testul U Mann-Whitney.

- „*indicele adaptării*”: U=22 la p=0,034 (media rangurilor GE=13,3, GC=7,7);
- „*indicele acceptării de sine*”: U=26,5 la p=0,048 (media rangurilor GE=12,85, GC=7,55);
- „*indicele acceptării celorlalți*”: U=23,5 la p=0,045 (media rangurilor GE=13,15, GC=7,85);
- „*indicele confortului emoțional*”: U=20 la p=0,023 (media rangurilor GE=13,5, GC=7,5);
- „*indicele controlului intern*”: U=21,5 la p=0,031 (media rangurilor GE=13,35, GC=7,65).

Realizând totalurile analizei comparative a rezultatelor inițiale și finale ale manifestării adaptării psihosociale în ambele grupuri implicate în experiment, vom menționa că experimentarea modelului psihosocial de facilitare a adaptării AdDF a generat schimbări pozitive în procesul de adaptare. La analiza comparativă din cadrul experimentului de control a procesului adaptării psihosociale firești a AdDF și intensitatea manifestării indicilor de adaptare în condiții experimentale, au fost stabilite tempouri înalte ale îmbunătățirii procesului de adaptare psihosocială în rândul AdDF participanți la programul formativ.

În concluzie, afirmăm că datorită implicării adolescenților din grupul experimental în programul formativ a fost posibilă eficientizarea adaptării lor prin o mai bună acceptarea de sine și a celorlalți, prin creșterea confortului emoțional și a controlului intern.

Implementarea modelului de intervenție în scopul eficientizării adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, de suport în dezvoltarea adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice a vizat factorii personali, de mediu, contextuali analizați în capitolul 1 a tezei. Precum am menționat particularitățile psihosociale ale persoanei cu dizabilități fizice au o mare importanță în procesul de adaptare, influențând funcționalitatea.

Rezultatele cercetării confirmă ipoteza conform căreia adaptarea psihosocială a adolescentului cu dizabilități fizice poate fi eficientizată prin implementarea modelului de intervenție în scopul eficientizării adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice.

3.4. Concluzii la capitolul 3

Rezultatele obținute în cadrul cercetării realizate ne permit să formulăm următoarele concluzii:

1. În procesul de incluziune educațională și socială adolescenții cu dizabilități fizice trec printr-o serie de experiențe personale și sociale, inclusiv negative, asociate adaptării lor psihosociale. Facilitarea procesului de adaptare psihosocială în cazul acestora implică neapărat intervenția axată pe interdependența și influența mai multor factori: personali, de mediu, contextuali.
2. Demersul formativ realizat și rezultatele obținute contribuie la dezvoltarea metodologiei de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice.
3. Implementarea modelului de intervenție în scopul eficientizării adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, bazat pe activități de consiliere individuală, de grup (training) și pregătirea mediului educațional incluziv au favorizat îmbunătățirea adaptării psihosociale a acestora.
4. Cercetarea confirmă veridicitatea ipotezei privind posibilitatea eficientizării procesului de adaptare psihosocială a adolescentului cu dizabilități fizice prin implementarea modelului de intervenție în scopul eficientizării adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice.
5. Analiza comparativă a rezultatelor test-retest în cadrul grupului experimental denotă schimbări în adaptarea psihosocială la adolescenții cu dizabilități fizice. Astfel, după intervenție am constatat o creștere semnificativă a scorurilor la variabilele adaptării în grupul experimental. Totodată, am identificat scoruri mai înalte și pentru indicii generali: „acceptarea de sine”, „acceptarea celorlalți”, „confortul emoțional”, „controlul intern”. La analiza comparativă test-retest din cadrul experimentului de control nu au fost identificate diferențe statistic semnificative.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Demersul investigațional vizând adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice a generat următoarele concluzii generale:

1. Adaptarea psihosocială este definită în lucrare ca fiind un proces multidimensional, care constituie produsul relației continue dintre persoană și mediu înconjurător, în care cunoașterea aspectelor forte și a limitelor dizabilității, în cazul persoanei cu dizabilități, devine decisivă. Finalitatea procesului de adaptare psihosocială a adolescentului cu dizabilități fizice o reprezintă relația sa cu grupul de apartenență, mediul ambiental, implicând asimilare și acomodare, fiind influențate de deprinderile personale de autocunoaștere, autoreglare emoțională, comportamentală, efortul în învățare prin participare continuă. Persoanele care prezintă dizabilități fizice vor trece invariabil printr-un proces de adaptare psihosocială, în care dizabilitatea devine o parte integrată a vieții, identității, conștientizării de sine, imaginii lor corporale, influențându-le echilibrul emoțional și relațiile sociale [27; 61; 189] (Capitolul 1).
2. A fost conceptualizat și implementat experimental un model psihodiagnostic pentru evaluarea adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, au fost identificați factorii care relaționează cu procesul de adaptare psihosocială. Considerăm că determinarea factorilor psihosociale care eficientizează adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice reprezintă un element semnificativ în procesul de incluziune școlară și socială de succes și prevenirea marginalizării acestora. Metodologia reliefată în este utilă pentru specialiștii care își propun studierea manifestărilor fenomenului în cauză [23; 25; 189] (Capitolul 2).
3. În cadrul experimentului de constatare au fost identificate particularități specifice ce caracterizează adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice, comparativ cu adolescenții ce prezintă o dezvoltare tipică, dictate de un nivel mai scăzut al indicelui general de adaptare. Limitele determinate în procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice se exprimă prin dificultăți de autoapreciere, în special, când vine vorba de propria sănătate, aspecte de îngrijire, îndemânare, estimare a propriului nivel de inteligență, a reușitei școlare, a capacităților comunicative, a nivelului de bucurie trăită, a abilității de a fi un bun prieten; prin frecvente probleme de conduită și de atenție; prin tendințe marcante de a evita soluționarea problemelor apărute, toate împreună generând dificultăți de acceptare a propriei persoane. Analiza rezultatelor cercetării experimentale de constatare a permis conturarea, în final, a profilului psihosocial al adolescentului cu

dizabilități fizice din perspectiva adaptării sale psihosociale [25; 103] (Capitolul 2).

4. Particularitățile specifice ale adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice sunt conturate și de dimensiunea multiaspectuală a complexității de factori ce influențează acest proces. Dintre aceștia au fost evidențiați: factorii personali, care vizează personalitatea adolescentului în sine, cei mai importanți referindu-se la sentimentul de prezență a speranței de viață, adaptabilitate, autoaprecierea, acceptarea de sine, acceptarea celorlalți, controlul intern, inteligență emoțională; factorii sociali și de mediu, dintre care prezența relațiilor de prietenie, mediul de reședință (rurar/urban), specificul mediului familial (prezența familiei, a fraților/surorilor etc.), mediul educațional (frecventarea instituției de învățământ/organizarea studiilor prin instruire la domiciliu, posibilitatea de a accesa servicii de recuperare), [6; 23; 28; 30; 32; 81; 98] (Capitolul 2).
5. A fost elaborat, implementat și validat experimental *Modelul de intervenție în scopul eficientizării adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice*, care a vizat factorii personali, sociali și de mediu. Modelul de intervenție bazat pe activități de consiliere individuală, de grup (training) și pregătirea mediului educațional incluziv, a favorizat îmbunătățirea adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice. Prin diminuarea dificultăților în aspect de dezvoltare personală și socială a adolescenților, prin diminuarea barierelor de mediu au fost create condiții de eficientizare a adaptării psihosociale și sporire a incluziunii sociale a adolescenților cu dizabilități fizice. Abilitățile obținute în rândul adolescenților cu dizabilități fizice vor contribui la creșterea gradului de participare socială și la exercitarea drepturilor persoanelor cu dizabilități [6; 25; 27; 28; 29; 30; 32; 61; 81; 99; 103] (Capitolul 3).

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante în prezenta teză de doctor constau în determinarea particularităților adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice, utilizarea rezultatelor în elaborarea și implementarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice, având ca rezultat diminuarea dificultăților cu care se confruntă adolescenții cu dizabilități fizice și sporirea șanselor de participare și incluziune educațională și socială. Rezultatele obținute pot fi utilizate în scopul asigurării condițiilor de eficientizare a adaptării psihosociale și sporire a incluziunii sociale a adolescenților cu dizabilități fizice. Rezultatele investigației au confirmat ipoteza de cercetare, contribuind, în acest fel, la realizarea scopului și obiectivelor acesteia, precum și subliniindu-i valoarea teoretică și aplicativă.

Semnificația teoretică a cercetării. Rezultatele obținute au permis formarea unei viziuni științifice complexe privind particularitățile adaptării psihosociale ale adolescenților cu dizabilități fizice, factorii psihosociale ce influențează adaptarea în baza studiului comparativ al particularităților adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice incluși în învățământul general, argumentând astfel necesitatea organizării asistenței psihosociale a adolescenților cu dizabilități în vederea pregătirii pentru incluziunea educațională și socială a acestora.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în fundamentarea și experimentarea metodologiei de diagnosticare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice; elaborarea și validarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice în vederea sporirii nivelului de acceptare și incluziune a adolescenților cu dizabilități, care poate fi utilizat în asistența psihologică a elevilor cu dizabilități și a elevilor cu dezvoltare tipică, la elaborarea programelor de sprijin pentru facilitarea incluziunii elevilor cu dizabilități, în activitatea cadrelor didactice, a psihologilor școlari, psihopedagogilor, în cadrul serviciului de asistență psihopedagogică, centrelor comunitare ș.a.

Rezultatele studiului teoretico-experimental cu referire la adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice permit să formulăm următoarele **recomandări**.

Pentru factorii de decizie:

- Elaborarea politicilor ce ar susține dezvoltarea serviciilor educaționale de suport care să sprijine procesul de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice; în acest scop ar fi nevoie de valorificarea instrumentelor de evaluarea nivelului de adaptare psihosocială, dar și a nivelului de pregătire a instituțiilor de învățământ pentru a răspunde la nevoile individuale de dezvoltare a tuturor elevilor;
- Promovarea rezultatelor cercetărilor în domeniu în rândul instituțiilor de învățământ, fapt care ar favoriza înțelegerea cauzelor/condițiilor/barierelor ce favorizează inadaptația și respectiv, a soluțiilor de optimizare a adaptării psihosociale în rândul adolescenților cu dizabilități;
- Monitorizarea adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice în contextul schimbărilor care au loc în sistemul educațional prin participarea activă.

Pentru instituțiile de învățământ general, profesional tehnic și superior:

- Incluziunea în programele de studii a disciplinelor, cursurilor, a subiectelor ce facilitează cunoașterea personală a adolescenților, identificarea prin utilizarea instrumentelor de autoevaluare a punctelor tari și a limitelor care i-ar sprijini în orientarea vocațională, dezvoltarea personală dar și pentru o ulterioară integrare cu succes în societate;

- Asigurarea serviciului de asistență psihologică în toate instituțiile de învățământ și crearea accesului pentru adolescenții din grupurile vulnerabile, adolescenții cu cerințe educaționale speciale, inclusiv cu dizabilități fizice, la programe de optimizarea a deprinderilor și abilităților sociale și emoționale care i-ar pregăti pentru incluziunea educațională și socială;
- Antrenarea psihologilor școlari, psihopedagogilor în formări cu referire la posibilitățile intervenției în vederea facilitării adaptării psihosociale ale tuturor adolescenților.

Pentru psihologii școlari, psihopedagogi:

- Valorificarea modelului psihosocial de eficientizare a adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități fizice;
- Elaborarea programelor de **educație parentală** în vederea dezvoltării / eficientizării adaptării psihosociale a persoanelor cu dizabilități de la vârste mici. Implementarea programelor de formare pentru cadrele didactice, părinți și adolescenți în scopul cunoașterii particularităților de dezvoltare și specificul adaptării psihosociale a adolescenților, inclusiv a adolescenților cu dizabilități;
- Realizarea programelor de intervenție psihologică pentru grupurile de adolescenți, inclusiv cu dizabilități, în scopul antrenării deprinderilor și abilităților de autocunoaștere, relaționare eficientă cu semenii și adulții pentru a spori gradul adaptării psihosociale, gradul de conștientizare și solicitarea respectării drepturilor;
- Asigurarea accesului la serviciile psihologului școlar, psihopedagogului pentru ședințe de consiliere, vor preveni inadaptarea și izolarea socială prin sprijinirea dezvoltării personale și dezvoltarea abilităților sociale ale adolescentului cu dizabilități. Totodată, abilitățile obținute vor contribui la creșterea gradului de participare socială și la exercitarea drepturilor persoanelor cu dizabilități.

Subliniem că cercetarea realizată prezintă și anumite **limite ale rezultatelor obținute** care reliefează dificultatea de lucru cu un eșantion mare de adolescenți cu dizabilități fizice, dar – întâi de toate – identificarea respondenților cu atare caracteristici.

Potențialele direcții viitoare de cercetare cu privire la adaptarea psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice se pot referi la:

- Extinderea demersului investigațional vizând adaptarea psihosocială a persoanelor cu dizabilități fizice pentru alte etape de vârstă;
- Extinderea demersului investigațional pentru subiecții ce prezintă alte tipuri de dizabilități;
- Evidențierea gradului de influență a indicilor de inadaptație psihosocială la adolescenții cu dizabilități fizice asupra performanței lor școlare, interacțiunii sociale etc.

BIBLIOGRAFIE

1. ACHENBACH, T. [et al.] *Manualul ASEBA pentru vârsta școlară, chestionare și profile*. Cluj-Napoca: RTS, 2009. 222 p. ISBN 978-973-1816-27-2.
2. ADLER, A. *Cunoașterea omului*. București: IRI, 1996. 272 p. ISBN 973-97229-6-2.
3. BABA, A.I., GIURGEA, R. *Stresul, adaptare și patologie*. București: Editura Academiei Române, 1993. 212 p. ISBN 978-973-27-036-32.
4. BELDIGA, C., **COJOCARU, V.**, DANDARA, O. [et al.] *Învăț să fiu. Ghid pentru psihologi școlari, diriginți, profesori*. Chișinău: Centrul Educațional „Pro Didactica”, 2008. ISBN 978-9975-9763-1-2.
5. BOLBOCEANU, A., BUCUN, N., RUSNAC, V., [et al.] *Perspectiva psihosocială de asigurare a calității educației în Republica Moldova*. În: *Univers Pedagogic*, 2011, Nr. 1, pp. 10-21. ISSN 1811-5470.
6. BOLBOCEANU, A., VASIAN, T., **COJOCARU, V.** *Inclusiv EU. Studiul eficienței experiențelor de incluziune a copiilor cu CES dezvoltate în instituțiile de învățământ din Republica Moldova*. Chișinău: Centrul de Zi „Speranța”, Centrul de resurse pentru promovarea educației incluzive „Inclusiv EU”, IȘE, 2010. 192 p. ISBN lipsă.
7. BOLBOCEANU, A. *Sugestii pentru strategia dezvoltării asistenței psihologice în educație*. În: *Eficientizarea învățământului – vector al politicilor educaționale moderne conferință științifică internațională*. Chișinău: „Cavaioli”, 2014, pp. 114-128. ISBN 978-9975-48-068-0.
8. BOOTH, T., AINSCOW, M. *Indexul incluziunii: Dezvoltarea procesului de învățare și participare în școli*. Ed. revizuită și extinsă. Adaptare în limba română: V. Cojocaru, T. Cartaleanu. Chișinău: Pro-Mapex, 2019. 200 p. ISBN 978-9975-3366-0-4.
9. BRÂNZEI, P. *Adolescență și adaptare*. Iași: Editura Științifică, 1974. 366 p. ISBN/COD: ACPSCG.
10. BUCUN, N. *Particularitățile psihofiziologice ale interacțiunii canalelor senzoriale la persoanele cu deficiențe de auz*. În: *Univers Pedagogic*, 2016, Nr. 4(52), pp. 74-85. ISSN 1811-5470.
11. BUCUN, N., CERLAT, R. *Nivelul stabilității emoționale al cadrelor didactice din învățământul primar în funcție de vârstă, vechimea în muncă și mediul de trai*. În: *Univers Pedagogic*, 2017, Nr. 2(54), pp. 82-95. ISSN 1811-5470.
12. BUCUN, N., PALADI, O. *Motivația pentru succes la adolescenți*. În: *Ediția a X-a a Simpozionului Internațional KREATIKON. Creativitate – Formare – Performanță: Materialele conferinței științifice internaționale*. 5-6 aprilie 2013. Iași: Performantica, 2013, pp. 66-70. ISSN 2068-1372.

13. BUCUN, N., PALADI, O. Pleoarie pentru educație: cheia creativității și inovării. În: *Univers Pedagogic*, 2011, Nr. 432, pp. 81-88. ISSN 1811-5470.
14. BUCUN, N., PALADI, O. Priorități în cercetarea activității psihologice în sistemul de învățământ general. În: *Educația: factor primordial în dezvoltarea societății: Materialele Conferinței Științifice Internaționale*, 09-10 octombrie 2020. Chișinău: IȘE (Tipogr. „Print Caro”), 2020, pp. 182-186. ISBN 978-9975-48-178-6.
15. BUCUN, N., PALADI, O., RUSNAC, V. *Evaluarea pentru educația incluzivă a copiilor de vârstă preșcolară și școlară mică*. Chișinău: S.n. (Tipogr. „Sirius”), 2013. 372 p. ISBN 978-9975-57-114-2.
16. BUCUN, N., SÎRBU, A.-E. Servicii complexe pentru adaptarea psihosocială a copiilor cu dizabilități. În: *Univers Pedagogic*, 2016, Nr. 3(51), pp. 97-110. ISSN 1811-5470.
17. BUCUN, N., TOMA, S. Particularitățile adaptării psihosociale a elevilor cu cerințe educaționale speciale în instituțiile de învățământ general. În: *Univers Pedagogic*, 2018, Nr. 4(60), pp. 18-27. ISSN 1811-5470.
18. CAZACU, A., BOTEANU, I. *Culegere de exerciții de dezvoltare personală. Auxiliar didactic pentru ora de dirigenție*. Suceava: Editura George Tofan, 2016. 174 p. ISBN 978-606-625-210-2.
19. CERLAT, R. Adaptarea social-psihologică a cadrelor didactice stabile / instabile emoțional. În: *Studia Universitatis Moldaviae* (Seria Științe ale Educației), 2018, Nr. 5(115), pp. 149-156. ISSN 1857-2103.
20. CERLAT, R. *Particularitățile psihosociale ale stabilității emoționale a cadrelor didactice din învățământul primar: teză de doctor în psihologie*. Chișinău, 2019. 231 p.
21. CHICU, V., COJOCARU, V., GALBEN, S. [et al.] *Educație incluzivă: repere metodologice*. Chișinău: Casa editorial-poligrafică Bons Offices, 2006. 82 p. ISBN 978-99759757-1-1.
22. COAȘAN, A., VASILESCU, A. *Adaptarea școlară*. București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1988. 128 p. ISBN lipsă.
23. COJOCARU, V. Adolescentul cu dizabilități fice între bariere și oportunități de adaptare psihosocială. În: *Evoluția sistemului național al învățământului special și incluziv ca proces unitar teoretico-praxiologic în câmpul educațional european: Materialele conferinței științifice naționale cu participare internațională*, 2 decembrie 2022. Chișinău: S.n. (CEP UPSC), 2023, pp. 152-156. ISBN 978-9975-46-732-2.
24. COJOCARU, V. [et al.] *Individualizarea procesului de învățare a citit–scrisului*. Chișinău: Editura Prut Internațional, 2018. 200 p. ISBN 978-9975-54-396-5.

25. **COJOCARU, V.** Importanța asistenței elevilor și adolescenților cu dizabilități fizice în procesul de adaptare psihosocială. În: *Научно-образовательное пространство: реалии и перспективы повышения качества образования: 2 международная научно-практическая конференция*. Сборник статей. Comrat: S.n. (A&V Poligraf), 2022, pp. 182-187. ISBN 978-9975-83-229-8.
26. **COJOCARU, V.** *Inclusiv EU. Publicații periodice*. Chișinău: Centrul de zi „Speranța”, 2007-2014. ISSN lipsă.
27. **COJOCARU, V.** Incluziunea educațională la o nouă etapă de dezvoltare prin prisma adaptării psihosociale a adolescenților cu dizabilități. În: *Revista Didactica Pro..., revistă de teorie și practică educațională*, 2022, Nr. 6(136), pp. 13-16. ISSN 1810-6455.
28. **COJOCARU, V.** Interacțiunea dintre activitatea ocupațională și adaptarea psihosocială a adolescenților și tinerilor cu dizabilități. În: *Pledoarie pentru educație – cheia creativității și inovării: Materialele Conferinței Științifice Internaționale*, 1-2 noiembrie 2011. Chișinău: „Print Caro” SRL, 2011, pp. 190-192. ISBN 978-9975-56-010-8.
29. **COJOCARU, V.** *Suport de curs: Consolidarea capacității asistenților parentali profesioniști și a părinților-educatori pentru gestionarea eficientă a comportamentelor copiilor din plasament*. Chișinău: Pro-Mapix, 2019. 103 p. ISBN 978-9975-3366-2-8.
30. **COJOCARU, V.**, BOSSA, A., GHIȚU, L. *Ghid de bune practici în aplicarea Indexului incluziunii*. Chișinău: CCF MOLDOVA, 2021. 52 p. ISBN lipsă.
31. **COJOCARU, V.**, JALBĂ, T. O incursiune în practici incluzive: abordare comparativă. În: *Revista Didactica Pro..., revistă de teorie și practică educațională*, 2007, Nr. 1-2(41-42), pp. 75-80. ISSN 1810-6455.
32. COROBAN, C., **COJOCARU, V.**, CERNOLEVSCHI, E. *Dezvoltarea abilităților sociale copiilor și părinților aflați în situație vulnerabilă*. Chișinău: Imprint Plus, 2022. 80 p. ISBN 978-9975-3484-2-3.
33. COSMOVICI, A. *Psihologie generală*. Iași: Polirom, 2005. 253 p. ISBN 979-973-9248-27-2.
34. CRISTEA, D. *Tratat de psihologie socială*. București: Editura Trei, 2015. 1032 p. ISBN 978-606-719-296-4.
35. DAFINOIU, I., BONCU, Ș. *Psihologie socială clinică*. Iași: Polirom, 2014. 509 p. ISBN 978-973-46-4436-0.
36. DOBSON, J. *Pregătirea pentru adolescență*. Timișoara: Editura Noua Speranță, 2004. 268 p. ISBN 973-7986-024.
37. DORON, R., PAROT, F. *Dicționar de psihologie*. București: Humanitas, 2006. p. 30. ISBN 978-973-50-1537-4.

38. ENĂCHESCU, C. *Tratat de igienă mintală*. Iași: Polirom, 2004. 404 p. ISBN 973-681-746-6.
39. GAVRILIȚĂ, L. *Rolul „Group Movie Therapy” în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii*: teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2022. 203 p.
40. GHERGUȚ, A. *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale*. București: Polirom, 2006. 256 p. ISBN 978-973-46-0397-3.
41. GÎNU, D., BULAT, G. *Suportul educațional. Asistența copiilor cu CES*. Ghid metodologic. Chișinău: Bons Offices, 2015. 150 p. ISBN 978-9975-80-916-0.
42. GOLU, P. *Psihologie socială*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1994. 288 p. ISBN Lips.
43. GORGOS, C. *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*. V. 1, A-D. București: Editura Medicală, 1987. 883 p. ISBN 9733900265.
44. ILUȚ, P. *Dragoste, familie și fericire: spre o sociologie a seninătății*. Iași: Polirom, 2015. 344 p. ISBN 978-973-46-5124-5.
45. ILUȚ, P. *Structurile axiologice din perspectivă psihosocială*. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1995. 157 p. ISBN 973-30-4892-5.
46. JUNG, C.G. *Puterea sufletului, Antologie II. Descrierea tipurilor psihologice*. București: Anima, 1994. 224 p. ISBN 973-9053-14-9.
47. KRÂSIKO, V.G. *Psihologia socială*. Trad. V. Poleanu. București: Europress Group, 2007. 265 p. ISBN 978-973-88127-5-8.
48. LAROUSSE. *Marele dicționar al psihologiei*. București: Editura Trei, 2006. 1358 p. ISBN 978-973-707-099-9.
49. LAZARUS, R.S. *Emoție și adaptare*. București: Editura Trei, 2011, pp. 156-157. ISBN 978-973-707-540-6.
50. LUNGU, M., **COJOCARU, V.** *Realitatea familiilor dezintegrate din Republica Moldova*. În: *Revista Didactica Pro...*, revistă de teorie și practică educațională, 2006, Nr. 5-6(39-40), pp. 89-93. ISSN 1810-6455.
51. MĂGUREANU, L.A., AZOIȚEI, N.D. *Un ghid mic pentru o carieră mare*. Ediția a II-a revizuită. 50 p. Iași: Asociația Alternative Sociale, 2006. ISBN lipsă.
52. MAHLER, F. *Introducere în juventologie*. București: Editura științifică și enciclopedică, 1983. 296 p. ISBN 1447IP13D1918IN.
53. MALCOCI, L., CARA, A., CHISTRUGA, I. *Evaluarea modelelor educației incluzive în Republica Moldova*. Chișinău: Arva Color, 2015. 20 p. ISBN 978-9975-127-42-4.

54. MÂNZAT, I., CONSTANTIN-DULCAN, D. *Psihologia sinergetică: în căutarea umanului pierdut*. Ed. a 2-a rev. și adăug. București: Univers Enciclopedic Gold, 2010. 320 p. ISBN 978-6068162621.
55. MÎSLIȚCHI, V. *Adaptarea școlară: Ghid metodic*. Chișinău: UST, 2014. 330 p. ISBN 978-9975-76-139-0.
56. MOLDOVANU, I. (coord.) *Cartea mare a jocurilor*. Chișinău: Centrul Național de Resurse pentru Tineri, 2001. 272 p. ISBN lipsă.
57. MOLDOVANU, I., COADĂ, C., TOMȘA, S. [et al.] *855 de jocuri și activități*. Ghidul animatorului. Chișinău: Centrul Național de Resurse pentru Tineri, 2005. 176 p. ISBN lipsă.
58. MURARIU, D. Adaptarea socială la adolescenți – un construct multidimensional complex. În: *Psihologie, revista științifico-practică*, 2015, Nr. 1-2, pp. 39-44. E-ISSN 2537-6276.
59. MURARIU, D. *Impactul psihodinamicii neurocerebrale asupra adaptării sociale a adolescenților: teză de doctor în psihologie*. Chișinău, 2015. 223 p.
60. NECULAU, A. *Manual de psihologie socială*. Ed. a II-a revizuită. Iași: Polirom, 2004. 352 p. ISBN 973-681-759-8.
61. NOSATÎI, A., **COJOCARU, V.** Comportamentul copiilor din instituții rezidențiale în perioada post-instituționalizare. În: *Aspecte psihosociale ale tinerilor delicvenți: Materialele conferinței științifice naționale*. Chișinău: S.n. (Tipogr. UPS „I. Creangă”), 2012, pp. 266-274. ISBN 978-9975-46-136-8.
62. Obiectivele de Dezvoltare Durabilă. Anexă la scrisoarea nr. 07/13-682 din 02.08.2017. 11 p. [citat 26.10.2022]. Disponibil: https://mecc.gov.md/sites/default/files/obiectivele_de_dezvoltare_durabila.pdf
63. OLĂRESCU, V. Modalități de dezvoltare intelectuală a elevilor cu forme ușoare de dizabilități prin prisma educației incluzive. În: *Materialele Forumului Național „Parteneriatul socio-psihopedagogic pentru dezvoltarea educației incluzive”*, 16-18 decembrie 2013. Chișinău: Metrompaș, 2013, pp. 21-26. ISBN 978-9975-4455-7-3.
64. OMS. *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății: CIF*. București: MarLink, 2004, pp. 2017-2019. 303 p.
65. OMS. Raport Mondial Privind Dizabilitatea. Ediție tipărită. București: Visual Promotion SRL, 2012. 327 p. ISBN 978-973-0-13597-8.
66. OPRE, A. (coord.) [et al.] *Dezvoltare socială și emoțională*. Ghid pentru licee. București: Advans Print, 2020. 232 p. ISBN 978-973-0-31959-0.
67. PALADI, O. Adaptabilitatea psihosocială și stima de sine a adolescenților. În: *Integrare prin cercetare și inovare*. Științe sociale. Conferința științifică națională cu participare

- internațională, 10-11 noiembrie 2020: Rezumatele comunicărilor. Chișinău: CEP USM, pp. 23-27. ISBN 978-9975-152-54-9.
68. PALADI, O. Adaptarea psihologică și socială a personalității elevului – dimensiune esențială pentru activitatea psihologului educațional. În: *Cercetări privind asigurarea activității psihologice în sistemul de învățământ general din Republica Moldova*. Chișinău: CEP USM, 2021, pp. 5-33. ISBN 978-9975- 152-16-7.
69. PALADI, O. Adaptarea psihosocială a actorilor educaționali la diverse provocări societale. În: *Managementul educațional: realizări și perspective de dezvoltare: Materialele Conferinței științifico-practice internaționale*, ediția a 3-a, 8 mai 2020. Bălți: S.n., 2020, pp. 427-478. ISBN 978-9975-3422-5-4.
70. PALADI, O. Adaptarea psihosocială a adolescenților în funcție de criteriul gen. În: *Educația: factor primordial în dezvoltarea societății: Materialele Conferinței Științifice Internaționale*, 09-10 octombrie 2020. Chișinău: IȘE (Tipogr. „Print-Caro”), 2020, pp. 203-209. ISBN 978-9975-48-178-6.
71. PALADI, O. Adaptarea social-psihologică: delimitări conceptuale. În: *Studia Universitatis Moldaviae* (Seria Științe ale Educației), 2018, Nr. 9 (119), pp. 173-176. ISSN 1857-2103.
72. PALADI, O. Caracteristici ale conceptului de adaptare în contextul social și psihologic. În: *Materialele Conferinței Științifice Curriculumul școlar: provocări și oportunități de dezvoltare*. IȘE, 7-8 decembrie 2018. Chișinău: IȘE, 2018, pp. 511-517. ISBN 978-9975-75-0-3.
73. PALADI, O. Orientările valorice și adaptarea psihosocială a adolescenților: corelații și influențe. În: *Materialele Conferinței științifice Dezvoltarea economico-socială durabilă a Euroregiunilor și a zonelor transfrontaliere, ediția a XVIII-a*, (Institutul de Cercetări Economice și Sociale „Gh. Zane”, Academia Română, Filiala din Iași, România, 28 octombrie). Volumul XLIII Iași, 2022, p. 35-41. ISSN 2971-8740.
74. PALADI, O. Caracteristici ale formelor de adaptare psihosocială a personalității. În: *Cercetarea în științele educației și în psihologie: provocări, perspective: Materialele Conferinței Științifice Naționale*, 16 septembrie 2021. Chișinău: S.n. (Print-Caro SRL), 2021, pp. 227-232. ISBN 978-9975-56-934-7.
75. PALADI, O. Conștiința de sine – construct al inteligenței emoționale. În: *Conferința internațională științifico-practică a psihologilor „Paradigmele inteligenței în psihologia contemporană”*, 26 aprilie 2012. Chișinău: Sirius, 2012, pp. 104-107. ISBN 978-9975-57-045-9.
76. PALADI, O. *Conștiința de sine și sistemul de valori ale adolescentului*. Chișinău: IȘE (Tipogr. „Print-Caro”), 2013. 223 p. ISBN 978-9975-48-061-1.

77. PALADI, O. Dimensiuni teoretice ale adaptării psihosociale din perspectiva abordărilor societale contemporane. În: *Bazele teoretice ale asigurării activității psihologice din sistemul de învățământ general din perspectiva abordărilor societale contemporan*. Monografie colectivă. Chișinău: IȘE (Print-Caro SRL), 2021, pp. 143-186. ISBN 978-9975-56-976-7.
78. PALADI, O. *Orientările valorice și adaptarea psihosocială a adolescenților*: teză de doctor habilitat în psihologie. Chișinău, 2022. 504 p.
79. PALADI, O. *Orientările valorice și adaptarea psihosocială la vârsta adolescenței: abordări teoretice*. Monografie; coord. șt. N. Bucun. Chișinău: S.n. (Print-Caro SRL), 2021. 261 p. ISBN 978-9975-48-190-8.
80. PALADI, O. Adaptarea psihosocială a actorilor educaționali: viziuni ale psihologilor școlari. În: *Anuarul Universității „Petre Andrei” din Iași, România. Fascicula: Asistență Socială, Sociologie, Psihologie*. 2021, Vol. 27, pp. 109-120. ISSN 2601-8209.
81. PALADI, O., **COJOCARU, V.** Particularități ale adaptării psihosociale a adolescenților din perspectiva stării de sănătate. În: *Studia Universitatis Moldaviae* (Seria Științe ale Educației), 2023, Nr. 5(165), pp. 238-245. E-ISSN 2345-1025.
82. PĂUNESCU, C., MUȘU, I. *Psihopedagogie specială integrată. Handicapul mintal. Handicapul intelectual*. București: Editura Pro Humanitate, 1997. 363 p. ISBN 9739731333.
83. PIAGET, J. *Psihologia inteligenței*. Chișinău: Editura Cartier, 2008. 202 p. ISBN 978-9975-79-464-0.
84. PLATON, C. *Psihodiagnostic clinic*: Suport de curs. Chișinău: CEP USM, 2010. 248 p. ISBN 978-9975-70-976-7.
85. PLEȘCA, M. Motivația de adaptare a studenților la mediul universitar. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și modernizării învățământului*. Seria 19, Vol. 1. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, 2017, pp. 81-88. ISBN 978-9975-46-333-1.
86. POPA, N.-L., ANTONESCU, L., LABĂR, A.-V. *Ghid pentru cercetarea educației. Un „abecedar” pentru studenți, masteranzi, profesori*. Iași: Polirom, 2009. 188 p. ISBN 978-973-46-1279-6.
87. POPESCU, G.F., PLEȘA, O. *Handicap, readaptare, integrare: Ghid fundamental pentru protecția specială, recuperarea și integrarea socio-profesională a persoanelor în dificultate*. București: Pro Humanitate, 1998. 430 p. ISBN 973-97313-0-9.
88. POPESCU-NEVEANU, P. *Dicționar de psihologie*. București: Editura Albatros, 1978, pp. 24-25. ISBN/COD 70492CPCSDIFARAS.

89. Programul pentru protecția copilului pentru anii 2022-2026. 84 p. [citat 22.10.2022].
Disponibil: <https://cancelaria.gov.md/ro/content/cu-privire-la-aprobarea-programului-national-pentru-protectia-copilului-pe-anii-2022-2026-si>
90. PUZUR, E. Abordări ale adaptării psihosociale. În: *Curriculumul școlar: provocări și oportunități de dezvoltare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale*, 7-8 decembrie 2018. Chișinău: IȘE („Lyceum”), 2018, pp. 546-549. ISBN 978-9975-48.
91. PUZUR, E. *Adaptarea psihosocială a studenților anului I din instituțiile de învățământ superior: teză de doctor în psihologie*. Chișinău, 2016. 178 p.
92. PUZUR, E. Adaptarea psihosocială și particularitățile de personalitate. În: *Educația: factor primordial în dezvoltarea societății: Materialele Conferinței Științifice Internaționale*, 9 octombrie 2020. Chișinău: IȘE (Tipogr. „Print-Caro”), 2020, pp. 253-257. ISBN 978-9975-48-178-6.
93. RACU, A., POPOVICI, D.V., DANI, A. *Intervenția recuperativ-terapeutică pentru copiii cu dizabilități multiple*. Chișinău: Editura Ruxanda, 2009. 376 p. ISBN 978-9975-51-012-7.
94. RACU, I. Dezvoltarea conștiinței de sine la vârsta adolescentă. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, 2019, nr. 3(56), pp. 99-109. ISSN 1857-0224.
95. RACU, I. *Psihologia anxietății la copii și adolescenți: teză de doctor habilitat în psihologie*. Chisinau, 2020. 351 p.
96. RACU, I. Anxietatea la adolescenți în context pandemic. În: *Știință, educație, cultură . Vol. 2, Comrat: Universitatea de Stat din Comrat*, 2023, pp. 560-564. ISBN 978-9975-83-254-0.
97. RACU, J., RACU, I. Studiul încrederii în sine la adolescenți. În: *Studia Universitatis Moldaviae* (Seria: Științe ale Educației), 2018, Nr. 9 (119), pp. 259-263. ISSN 1857-2103.
98. ROTARU, L., GAVRILIȚĂ, L., **COJOCARU, V.** *Experiențe practice în incluziunea educațională a copiilor dezinstiționalizați*. Chișinău: Policolor, 2013. 44 p. ISBN 978-9975-4362-2-9.
99. ROTARU, L., MARGINEAN, L., **COJOCARU, V.** [et al.] *Asistența familiilor în situație de criză: Pentru formarea continuă a asistenților sociali comunitari*. Chișinău: S.n. (Tipogr. Bons Offices), 2019. 113 p. ISBN 978-9975-87-482-3.
100. RUSNAC, S., DOROȘ, L. Particularitățile adaptării psihosociale a adolescenților în condițiile învățării în colegiu. În: *Psihologie, revista științifico-practică*, 2009, nr. 4, pp. 20-28. ISSN 1857-2502.
101. RUSNAC, S., MICU, M. Rezultatele investigației adaptării sociale a adolescenților cu cerințe educative speciale. În: *Conferința „Preocupări contemporane ale științelor socio-*

- umane”. *Ediția a VI-a - Mentalități ale societății în transformare*. 11-12 decembrie 2015. Vol. II. Chișinău: ULIM, 2016, pp. 162-163. 243-252. ISBN 978-9975-933-82-7.
102. RUSNAC, V. Implementarea educației incluzive în Republica Moldova: provocări, realizări și viziuni. În: *Asistența complexă a copiilor cu cerințe educaționale speciale în mediul educațional incluziv: Materialele Conferinței Științifice Internaționale*, 10 decembrie 2020. Chișinău: S.n. (Tipogr. UPS „Ion Creangă”), 2020, pp. 8-18. ISBN 978-9975-46-480-2.
103. SCLIFOS, L. (coord.), OLARU, V., **COJOCARU, V.** [et al.] *O carieră de succes acasă pentru toți și pentru fiecare. Ghidarea în carieră a elevilor pentru angajarea lor în câmpul muncii*. 149 p. Chișinău: Editura Arc, 2022. ISBN lipsă.
104. SHAPIRO, D. *Conflictele și comunicarea*. Chișinău: Editura Arc, 1998. 320 p. ISBN 9975-61-059-5.
105. SILLAMY, N. *Dicționar de psihologie*, LAROUSSE. București: Univers Enciclopedic, 1996, pp. 14-15. ISBN 973-9243-25-8.
106. Strategia de dezvoltare „Educația 2030”. Anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 114/2023. 42 p. [citată 22.11.2022]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136600&lang=ro
107. Strategia de dezvoltare a sectorului de tineret pentru anii 2022-2030 „Tineret 2030”. 28 p. [citată 25.10.2022]. Disponibil: <https://mecc.gov.md/ro/content/elaborarea-strategiei-de-dezvoltare-sectorului-de-tineret-tineret-2030>.
108. Strategia națională de dezvoltare „Moldova Europeană 2030”. [citată 07.11.2022]. Disponibil: <https://particip.gov.md/ro/strategy/strategia-nationala-de-dezvoltare-moldova-2030/4>
109. ȘCHIOPU, U. *Dicționar enciclopedic de psihologie*. București: Editura Babel, 1997. 740 p. ISBN 973-48-1027-8.
110. ȘTIRBU, D. Adaptarea psihosocială și particularitățile personalității adulte. În: *Institutul de Științe ale Educației: ascensiune, performanțe, personalități: Materialele conferinței științifice internaționale*, 10 decembrie 2021. Chișinău: IȘE (Print Caro SRL), 2021, pp. 236-238. ISBN 978-9975-56-952-1.
111. TAYLOR, R., HUMPHREY, J. *Cum să ajungi în top. 10 pași către succes*. Iași: Polirom, 2003. 330 p. ISBN 973-681-364-9.
112. TOMA, S. *Adaptarea psihosocială a copiilor cu cerințe educaționale speciale în instituțiile de învățământ general: teză de doctor în psihologie*. Chișinău: S.n., 2019. 242 p.
113. ȚĂRNĂ, E. *Adaptarea studentului la mediul universitar: teză de doctor în pedagogie*. Chișinău, 2013. 189 p.

114. VASIAN, T. *Particularitățile psihosociale ale atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități*: teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2013. 220 p.
115. VINTU, C. (coord.) [et al.] *Dezvoltare personală. Caietul elevului adolescent*. Vaslui: Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Vaslui, 2020. 64 p. ISBN lipsă.
116. VOICU, B., VOICU, M. *Valori ale românilor: 1993-2006. O perspectivă sociologică*. Iași: Institutul European, 2007. 320 p. ISBN 978-973-611-487-8.
117. VRASMAȘ, E. *Intervenția socioeducațională ca sprijin pentru părinți*. București: Aramis Print, 2008. 256 p. ISBN 978-973-679-531-2.
118. WHO. *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății: CIF*. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății, 2004. 304 p. ISBN 92 4 154542 9.
119. ZLATE, M., NEGOVAN, V. *Strategii de adaptare a studenților la mediul universitar*. București: Editura Universitară, 2006. 180 p. ISBN 978-973-749-058-2.
120. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ, Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. 5-е изд., перераб. и доп. 552 p. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. ISBN 978-5-9704-6298-0.
121. ГЕОРГИЕВСКИЙ, А.Б. *Эволюция адаптации. Историко-методологическое исследование*. Ленинград: Наука, 1989. 190 с. ISBN lipsă.
122. ДЖИНОТТ, Х. *Групповая психотерапия с детьми. Теория и практика игровой терапии*. Москва: Изд-во Института Психотерапии, 2005. 272 с. ISBN 5-89939-132-4.
123. КОЖОКАРУ, В. *Учусь быть. Гид для школьных психологов, классных руководителей, учителей*. Chișinău: Centrul Educațional „Pro Didactica”, 2006. ISBN 978-9975-9850-9-3.
124. ЛАРИОНОВА, С.А. *Социально-психологическая адаптация личности: теоретическая модель и диагностика*. Белгород: ИПЦ Политерра, 2002. 198 с. ISBN lipsă.
125. МАСТЮКОВА, Е., МОСКОВКИНА, А. *Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии*. Москва: Владос, 2004. 408 с. ISBN lipsă.
126. МЕДВЕДЕВ, В.И. О проблеме адаптации. В: *Компоненты адаптационного процесса*. Ленинград: S.n., 1984, с. 3-16. ISBN lipsă.
127. МЕЛЬНИКОВА, Н.Н. Классификация стратегий адаптивного поведения. În: *Теоретическая, экспериментальная и практическая психология. Сборник научных трудов*. Под ред. Н. А. Батурина. Челябинск: ЮУрГУ, 2001, Т. 3, с. 16-29. ISBN lipsă.
128. МЕЛЬНИКОВА, Н.Н. Процесс социально-психологической адаптации. Подходы к изучению. În: *Теоретическая, экспериментальная и прикладная психология: Сборник*

- научных трудов. Под ред. Н. А. Батурина. Челябинск: ЮУрГУ, 1998, Т. 1, с. 31-49. ISBN lipsă.
129. МЕЛЬНИКОВА, Н.Н. *Социально-психологическая адаптация личности: Методические указания*. Челябинск: ЮУрГУ, 2002. 34 с. ISBN lipsă.
130. РЕАН, А.А., КУДАШЕВ, А.Р., БАРАНОВ, А.А. *Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика*. Санкт-Петербург: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2006. 480 p. ISBN 5-93878-211-2.
131. СТЕПАНОВА, С.И., АЛЯКРИНСКИЙ, Б.С. *Биоритмологические аспекты проблемы адаптации*. Москва: Наука, 1986. 240 с. ISBN lipsă.
132. ШВЫРКОВ, В.Б. *Нейрофизиологическое изучение структуры психики*. В: Мозг и психическая деятельность: Советско-финский симпозиум, Москва 14-16 апреля 1981 г. 280 с. Москва: Наука, 1984, с. 4-23. ISBN lipsă.
133. АБРАХАМ, С. [et al.] Self-esteem, stigma and community participation amongst people with learning difficulties living in the community. In: *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol. 12(6). Hoboken: John Wiley and Sons, 2002, pp. 430-443. ISSN 1052-9284.
134. ABUBAKAR, A [et al.] Attachment and psychological well-being among adolescents with and without disabilities in Kenya: The mediating role of identity formation. In: *Journal of Adolescence*. Vol. 36(5). New York: Academic Press, 2013, pp. 849-857. ISSN 0140-1971.
135. AL-KANDARI, H.Y. High school students' contact with and attitudes towards persons with intellectual and developmental disabilities in Kuwait. In: *Australian Social Work*. Vol. 68(1). Milton Park: Taylor and Francis Ltd., 2015, pp. 65-83. ISSN 0312407X.
136. AL-YAGON, M. Adolescents with learning disabilities: Socioemotional and behavioral functioning and attachment relationships with fathers, mothers, and teachers. In: *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 41(10). New York: Springer, 2012, pp. 1294-1311. ISSN 0047-2891.
137. ASHER, S.R., PAQUETTE, J.A. Loneliness and peer relations in childhood. In: *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 12(3). New York: SAGE Publications, 2003, pp. 75-78. ISSN 14678721.
138. BARKER, R. *Ecological Psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior*. Redwood: Stanford University Press, 1969. 252 p. ISBN 9780804706582.
139. BARKER, R.G., WRIGHT, B.A., MEYERSON, L., GONICK, M.R. *Adjustment to physical handicap and illness: a survey of the social psychology of physique and disability*. New York: Social Science Research Council, 1953. 392 p. ISBN 13 978-0527032845.

140. BERRY, J.W. Immigration acculturation and adaptation (Lead article). In: *Applied Psychology: An International Review*. Vol. 46(1). New Jersey:1997, pp. 5-68. Online ISSN 1464-0597.
141. BERRY, J.W. Migrant acculturation and adaptation. In: *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2021, chapter 36, pp. 311-317. Online ISBN 9780191872150.
142. BISHOP, M. Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin*. Vol. 48. Newbury Park: SAGE Publications, 2005, pp. 219-231. ISSN 1538-4853.
143. BISHOP, M. Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: A conceptual and theoretical synthesis. In: *Journal of Rehabilitation*. Vol. 71. Alexandria: National Rehabilitation Association, 2005, pp. 5-13. ISSN 0022-4154.
144. BISHOP, M., FEIST-PRICE, S. Quality of life in rehabilitation counseling: Making the philosophical practical. In: *Rehabilitation Education Journal*. Vol. 15(3). New York: Springer Publishing, 2001, pp. 201-212. ISSN (online) 2578-4684.
145. BISHOP, M., STENHOFF, D.M., SHEPARD, L. Psychosocial adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. In: *Journal of Rehabilitation*. Vol. 73. Alexandria: National Rehabilitation Association, 2007, pp. 3-12. ISSN 0022-4154.
146. BRONFENBRENNER, U. *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press, 1979. 352 p. ISBN 0-674-22456-6.
147. BROWN, M.R [et al.] Secondary students' perceptions of school life with regard to alienation: The effects of disability, gender, and race. In: *Learning Disability Quarterly*. Vol. 26(4). New York: SAGE Publication, 2003, pp. 227-238. ISSN 15384780.
148. CAVELL, T.A. Social adjustment, social performance, and social skills: A tri-component model of social competence. In: *Journal of Clinical Child Psychology*, 1990, Vol. 19(2), pp. 111-122. ISSN 0047-228X.
149. CHAMBERLAIN, B. [et al.] Involvement or isolation? The social networks of children with autism in regular classrooms. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 37(2). New York: Springer, 2007, pp. 230-242. ISSN 21957177.
150. CHAN, F., LEAHY, M.J., SAUNDERS, J.L. *Case Management for Rehabilitation Health Professionals*. 2nd edition. Boston: Aspen Professional Services, 2005. Vol. 1: 395 p.; Vol. 2: 337 p. ISBN-10: 0972164219 / ISBN-13: 978-0972164214.

151. CHAN, F. [et al.] *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability*. New York: Springer Publishing Company, 2009. 604 p. Ebook ISBN 978-0826123862.
152. CLARK, E. [et al.] Striving for autonomy in a contingency-governed world: Another challenge for individuals with developmental disabilities. Vol. 41(1). In: *Psychology in the Schools*. Hoboken: Wiley-Liss, 2004, pp. 143-153. ISSN 0033-3085.
153. CLASIEN DE SCHIPPER, J., STOLK, J., SCHUENGEL, C. Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems. In: *Research in Developmental Disabilities*. Vol. 27(2). s.l.: Elsevier Inc., 2006, pp. 203-216. ISSN 0891-4222.
154. COAKLEY, R.M., HOLMBECK, G.N., BRYANT, F.B. Constructing a Prospective Model of Psychosocial Adaptation in Young Adolescents with Spina Bifida: An Application of Optimal Data Analysis. In: *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 31, issue 10. s.l.: Oxford University Press, 2006, pp. 1084-1099. Online ISSN 1465-735X.
155. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Resolution adopted by the General Assembly on 13 December 2006 [without reference to a Main Committee (A/61/611)]. 2006. 29 p. [citat 12.10.2022]. Disponibil: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_61_106.pdf
156. CRITTENDEN, P. Toward a concept of autonomy in adolescents with a disability. In: *Children's Health Care*. Vol. 19(3). London: Routledge, 1990, pp. 162-168. ISSN 0273-9615.
157. DAGNAN, D., WARING, M. Linking stigma to psychological distress: Testing a social-cognitive model of the experience of people with intellectual disabilities. In: *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Vol. 11(4). s.l.: John Wiley and Sons, 2004, pp. 247-254. ISSN 1063-3995.
158. DEMBO, T. [et al.] Adjustment to Misfortune - A Problem of social-psychological rehabilitation. In: *Rehabilitation Psychology*. Vol. 22(1). Washington: American Psychological Association, 1975, I-IV, pp. 1-100. ISSN 1939-1544.
159. DEVINS, G. [et al.] Stability and determinants of psychosocial well-being in multiple sclerosis. In: *Rehabilitation Psychology*. Vol. 38(1). Washington: American Psychological Association, 1993, pp. 11-26. ISSN 1939-1544.
160. DEVINS, G. Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. In: *Advances in Renal Replacement Therapy*. Vol. 1(3). New York: National Kidney Foundation, 1994, pp. 251-263. ISSN 10734449.

161. DIAMOND, K.E [et al.] The development of social competence in children with disabilities. In: *The Wiley-Blackwell handbook of childhood social development*. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2010, pp. 627-645. ISBN 978-1-405-19679-6.
162. DOWD, T., TIERNEY, J. *Teaching social skills to youth. A curriculum for child-care providers*. Douglas: Boys Town Press, 1995. 300 p. ISBN 0-938510-30-4.
163. ERIKSON, E.H. *Identity: youth and crisis*. New York: W.W. Norton & Company, 1968. 336 p. ISBN 0-393-31144-9.
164. EWERT, A., HEYWOOD, J. Group Development in the Natural Environment: Expectations, Outcomes, and Techniques. In: *Environment and Behavior*, 1991, vol. 23 (5), pp. 592-615. ISSN 1552-390X.
165. EYSENCK, H.J. Personal preferences, aesthetic sensitivity and personality in trained and untrained subjects. Vol. 40(4). In: *Journal of Personality*. London: Institute of Psychiatry, 1972, pp. 544-557. ISSN 1467-6494 (Electronic).
166. EYSENCK, H.J., ARNOLD, W., MEILI, R. *Encyclopedia of Psychology*. Vol. 1. London: Search Press, 1972. p. 25. ISBN-13 9780855322809.
167. FISCHHOFF, B., CROWELL, N.A., KIPKE, M. *Adolescent Decision Making: Implications for Prevention Programs*. Washington: National Academy Press, 1999. p. 32. ISBN 978-0-309-06479-8.
168. FOLKMAN, S., MOSKOWITZ, J. Positive affect and the other side of coping. In: *American Psychologist*. Vol. 55(6). Washington: American Psychological Association Inc., 2000, pp. 647-654. ISSN 1935-990X (Electronic).
169. FOUGEYROLLAS, P. [et al.] Social consequences of long-term impairments and disabilities: Conceptual approach and assessment of handicap. In: *International Journal of Rehabilitation Research*. Vol. 21(2). Alphen an den Rijn: Wolters Kluwer, 1998, pp. 127-141. Online ISSN 1473-5660.
170. GROOMES, D., OLSHESKI, J. Continued exploration of the psychosocial adaptation to disability research frontier: Possible new directions. In: *Rehabilitation Education*. Vol. 16(2). New York: Springer Publishing, 2002, pp. 213-226. ISSN 2578-4684.
171. GROSSMAN, H. *Classification in Mental Retardation*. Washington: Amer Assn on Intellectual & Devel, 1983. 228 p. ISBN-13 978-0940898127.
172. HUMPHREY, N. [et al.] Achievement for All: Improving psychosocial outcomes for students with special educational needs and disabilities. In: *Research in Developmental Disabilities*. Vol. 34(4). New York: Elsevier Inc., 2013, pp. 1210-1225. ISSN 0891-4222.

173. JANSSEN, C.G.C. [et al.] Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: A stress-attachment model. In: *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol. 46(Pt 6). Hoboken: Wiley-Blackwell, 2002, pp. 445-453. ISSN 0964-2633.
174. KINCHELOE, J., HORN, R. *The Praeger Handbook of Education and Psychology*. Volumes 1-4. London: Praeger Publishers, 2007. ISBN 0-313-33122-7.
175. KRUEGER, D. Emotional rehabilitation of the physical rehabilitation patient. In: *International Journal of Psychiatry in Medicine*. New York: SAGE Publications Inc., 1981-1982, pp. 183-191. Online ISSN 1541-3527.
176. LAZARUS, R.S. *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill, 1966. 466 p. ISBN/ASIN B0000CNCSU.
177. LEWIN, K. *A dynamic theory of personality: Selected Papers*. New York: McGraw-Hill, 1935. 288 p. ASIN B000V01D4G.
178. LEWIN, K. *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. New York: Harper & Brothers, 1951. 374 p. ASIN B0007DDXKY.
179. LEWIN, K. *Principles of Topological Psychology*. New York: McGraw-Hill Book, 1936. 210 p. ISBN-13 978-1122721615.
180. LINGAM, R. [et al.] The importance of identity and empowerment to teenagers with developmental co-ordination disorder. In: *Child: Care, Health and Development*. Vol. 40(3). Hoboken: Wiley-Blackwell, 2013, pp. 309-318. ISSN 0305-1862.
181. LIVNEH, H. A unified approach to existing models of adaptation to disability: I. A model adaptation. In: *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. Vol. 17(1). New York: Springer Publishing, 1986, pp. 5-16. ISSN 2639-7641.
182. LIVNEH, H. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a conceptual framework. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin*. Vol. 44. Newbury Park: SAGE Publications, 2001, pp. 151-160. ISSN 1538-4853.
183. LIVNEH, H. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: an updated and expanded conceptual framework. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin*. Vol. 65(3). Newbury Park: SAGE Publication, 2021, pp. 171-184. ISSN 1538-4853.
184. LIVNEH, H. The use of generic avoidant coping scales for psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A systematic review. In: *Health Psychology Open*, 2019, Vol. 6, Issue 2. New York: SAGE Publications Inc., 2019. Online ISSN 2055-1029.
185. LIVNEH, H., ANTONAK, R.F. *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishing, 1997. 470 p. ISBN 978-0834209671.
186. LIVNEH, H., BISHOP, M., ANCTIL, T.M. Modern models of psychosocial adaptation to chronic illness and disability as viewed through the prism of lewin's field theory: a comparative

- review. In: *Rehabilitation Research, Policy, and Education*. Vol. 28(3). New York: Springer Publishing, 2014, pp. 126-142. ISSN 2168-6653.
187. LIVNEH, H., LOTT, S., ANTONAK, R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. In: *Psychology, Health & Medicine*. Vol. 9(4). Philadelphia: Routledge, 2004, pp. 411-430. Online ISSN 1465-3966.
188. LOCKE, J., ISHIJIMA, E.H., KASARI, C. Loneliness, friendship quality and social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting. In: *Journal of Research in Special Education Needs*. Vol. 10(2). Hoboken: Wiley-Blackwell, 2010, pp. 74-81. ISSN 14713802.
189. LUNDY, L., BYRNE, B., TEMPLETON, M., LANSDOWN, G., **COJOCARU, V.** *Two clicks forward and one click back: Report on children with disabilities in the digital environment*. Belfast: Queen's University Belfast, United Kingdom (Northern Ireland), 2019. 8 p. [citat 08.11.2022]. Disponibil: <https://rm.coe.int/two-clicks-forward-and-one-click-back-report-on-children-with-disabili/168098bd0f>
190. MAXEY, M., BECKERT, T.E. Adolescents with Disabilities. In: *Adolescent Research Review*. Vol. 2(2). New York: Springer International, 2016, pp. 59-74. ISSN 2363-8354.
191. McDANIEL, J. *Physical disability and human behavior*. 2nd edition. New York: Pergamon Press, 1976. 166 p. ISBN 13 978-0080197210.
192. MEUWLY, M. *Working with children and their environment*. Manual of psychosocial skills. Bern: Terre des hommes, 2014. 192 p. ISBN lipsă. [citat 08.11.2022]. Disponibil: <https://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Working%20with%20Children%20and%20Their%20Environment%20-20Manual%20of%20Psychosocial%20Skills.pdf>
193. MOOS, R.H., HOLAHAN, C.J. Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. In: *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects*. New York: Springer Publishing, 2007, pp. 107-126. ISBN 978-0-387-48670-3.
194. MOOS, R.H., SCHAEFER, J.A. Life transitions and crises: A conceptual overview. In: *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum Press, 1986, pp. 3-28. ISBN 0306421445.
195. MORIN, D. [et al.] Public attitudes towards intellectual disability: A multidimensional perspective. In: *Journal of Intellectual Disability*. Vol. 57(3). Hoboken: Wiley-Blackwell, 2013, pp. 279-292. ISSN 09642633.
196. MUELLER, C.E., PROUT, H.T. Psychosocial adjustment of adolescents and young adults with intellectual disabilities. In: *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. Vol. 2(4). Milton Park: Taylor and Francis, 2009, pp. 294-331. ISSN 1931-5864.

197. OECD. Skills for Social Progress: the Power of Social and Emotional Skills. 2015. [Interactiv] 142 p. [citat 22.11.2022]. Disponibil: [http://www.oecd.org/education/school/UPDATED%20Social%20and%20Emotional%20Skills%20-%20Well-being,%20connectedness%20and%20success.pdf%20\(website\).pdf](http://www.oecd.org/education/school/UPDATED%20Social%20and%20Emotional%20Skills%20-%20Well-being,%20connectedness%20and%20success.pdf%20(website).pdf)
198. PETERSON, D., ROSENTHAL, D. The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A primer for rehabilitation educators. In: *Rehabilitation Education*. Vol. 19(2 & 3). New York: Springer Publishing, 2005, pp. 81-94. ISSN 2578-4684.
199. RACINE, E. [et al.] Respect for autonomy in the healthcare context: Observations from a qualitative study of young adults with cerebral palsy. In: *Child: Care, Health and Development*. Vol. 39(6). Hoboken: Wiley-Blackwell, 2012, pp. 873-879. ISSN 0305-1862.
200. ROESSLER, R.T. A Quality of Life perspective on rehabilitation counseling. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin*. Vol. 34(2). Thousand Oaks: SAGE Publications, 1990, pp. 82-90. ISSN 1538-4853.
201. ROSE, C.A. [et al.] Bullying and students with disabilities: Examination of disability status and educational placement. In: *School Psychology Review*. Vol. 44(4). s.l.: National Association of School Psychologists, 2015, pp. 425-444. ISSN 2372-966X.
202. SCHILDER, P. *The image and appearance of the human body. Studies in the Constructive Energies of the Psyche*. New York: International Universities Press, 1950. 353 p. ASIN B001N3KJQI.
203. SELYE, H. The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation. In: *Journal of Clinical Endocrinology*. Vol. 6. Washington: The Endocrine Society, 1946, pp. 119-131. web ISSN 1945-7197.
204. SELYE, H. *The story of the adaptation syndrome*. Calgary: Acta, Inc. - Medical Publishers, 1952. 227 p. ISBN 0598840052.
205. SENTENAC, M. Victims of bullying among students with a disability or chronic illness and their peers: A cross-national study between Ireland and France. In: *Journal of Adolescent Health*. Vol. 48(5). New York: Elsevier, 2011, pp. 461-466. ISSN 1054-139X.
206. SHONTZ, F. *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Macmillan, 1975. 294 p. ISBN 13 978-0024101501.
207. SHONTZ, F.C. Reaction to crisis. In: *Volta Review*. Vol. 67(5). Washington: AG Bell, 1965, pp. 364-370. ISSN 0042-8639.
208. SIPERSTEIN, G.N. A national study of Chinese youths' attitudes towards students with intellectual disabilities. In: *Journal of Intellectual Disability*. Vol. 55(4). Hoboken: Wiley-Blackwell, 2011, pp. 370-384. ISSN 1365-2788.

209. SKAR, L. Peer and adult relationships of adolescents with disabilities. In: *Journal of Adolescence*. Vol. 26(6). Cambridge: Academic Press, 2003, pp. 635-649. ISSN 10959254.
210. SKÄR, R.N., MAARE T. My Assistant and I: Disabled children's and adolescents' roles and relationships to their assistants. In: *Disability & Society*. Vol. 16. Cambridge, 2001, pp. 917-931. ISSN 0040-7621.
211. STEINBERG, L., MORRIS, A.S. Adolescent development. In: *Annual Review of Psychology*. Vol. 52. San Mateo, California, SUA: Annual Reviews, 2001, pp. 83-110. ISSN 1545-2085.
212. SZIVOS-BACH, S.E. Social comparisons, stigma and mainstreaming: The self-esteem of young adults with a mild mental handicap. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Vol. 6(3). Hoboken: John Wiley & Sons Ltd, 1993, pp. 217-236. Online ISSN 1468-3148.
213. TERRONE, G. [et al.] Development of personal and social autonomy in teenagers and young adults with Down Syndrome: An empirical study on self-representations in family relationships. In: *Life Span and Disability*. Vol. XVII, 2. s.l.: Citta Aperta Edizioni, 2014, pp. 223-244. ISSN 2035-5963.
214. TRIESCHMANN, R.B. *Spinal Cord Injuries: Psychological, Social and Vocational Adjustment*. New York: Demos, 1988. 364 p. ISBN 978-0939957088.
215. UNESCO. *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. World Conference on Special Needs Education: Access and Quality*. Salamanca: UNESCO, 1994. 22 p. [citat 25.10.2022]. Disponibil: <https://www.european-agency.org/sites/default/files/salamanca-statement-and-framework.pdf>
216. WELLER, D., MILLER, P. *Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: Part I*. In: *Social Work in Health Care*. Vol. 2(4). Philadelphia: Routledge, 1977, pp. 369-377. ISSN 1541-034X (Electronic).
217. WELLER, D.J., MILLER, P.M. *Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury*. In: *Social Work in Health Care: part 2*. Vol. 3(1). Philadelphia: Taylor and Francis, 1977, pp. 1-17. ISSN 1541-034X.
218. WHITEHOUSE, A.J.O., DURKIN, K., JAQUET, E. Friendship, loneliness and depression in adolescents with Asperger's Syndrome. In: *Journal of Adolescence*. Vol. 32(2). Cambridge: Academic Press, 2009, pp. 309-322. ISSN 10959254.
219. WRIGHT, B.A.P. *Physical Disability: A Psychological Approach*. New York: Edinburgh University, 1960. 408 p. ISBN lipsă.
220. WRIGHT, B.A. *Physical disability: A psychological approach*. Subsequent edition. New York: Harpercollins College Div, 1983. 520 p. ISBN 978-0060472412.

ANEXE

Anexa 1. Ancheta psihosocială

Te rugăm să răspunzi la toate întrebările. Informația rămâne confidențială. Participând în acest experiment ne vei ajuta să cunoaștem cum se simt persoanele ca tine și vom studia ce se poate de făcut pentru a îmbunătăți calitatea vieții voastră.

A1. Numele și prenumele: _____

(Notați corect numele și prenumele. Ex.: *Cojocaru Viorica*)

A2. Sexul copilului:

1. Băiat
2. Fată

A3. Vârsta copilului: _____

A4. Notați data, luna, anul nașterii: _____

A5. Care este tipul instituției de învățământ în care studiezi la moment?	Gimnaziu	1=>(Treci la întrebarea A5.1)
	Liceu	2=>(Treci la întrebarea A5.1)
	Școală profesională	3=>(Treci la întrebarea A5.1)
	Centru de Excelență / colegiu	4=>(Treci la întrebarea A5.1)
	Universitate	5=>(Treci la întrebarea A5.1)
	La moment nu studiez	6=>(Treci la întrebarea A8.1)

A5.1. Notați în ce clasă studiezi (dacă ești elev la școală generală) sau anul de studii (dacă ești student).

Clasa / Anul de studii _____

A5.2. Care este modalitatea după care înveți?

1. Studiez în școală
2. La domiciliu
3. Mixt (în unele zile la școală, altele – la domiciliu)

A6.1. Notați denumirea exactă a instituției de învățământ în care studiezi

A6.2. Notați denumirea exactă a specialității la care studiezi.

(Dacă student la SP, CE, Colegiu sau Universitate)

A7. Apreciază care este performanța ta școlară:	Foarte rea	Destul de rea	Nici bine – nici rău / medie	Destul de bună	Foarte bună
	1	2	3	4	5

A8.1. La moment, TATA lucrează?

1. Da => (Treci la întrebarea A8.2)
2. Nu => (Treci la întrebarea A9.1)

A8.2. Notați Profesia TATĂLUI (exemple: *profesor, vânzător, ofițer, laborant* etc.):

A9.1. La moment MAMA lucrează?

1. Da => (Treci la întrebarea A9.2)
2. Nu => (Treci la întrebarea A10)

A9.2. Notați profesia MAMEI (exemple: *profesor, vânzător, ofițer, laborant* etc.)

A10. Unde locuiți:	apartamentul, casa părinților	1
	cămin	2
	apartament în chirie	3
	apartament personal	4
	altceva	5

A11. Familia din care proveniți este:	completă (<i>ambii părinți</i>)	1 =>(Treci la întrebarea A13)
	monoparentală (<i>doar un părinte</i>)	2=>(Treci la întrebarea A12)
	orfan (<i>fără părinți</i>)	3=>(Treci la întrebarea A13)

A12. Dacă locuiți cu un singur părinte, cine este acesta:	Mama	1
	Tata	2

A13. Familia are un venit mediu lunar de:	până la 1500 lei	1
	1500-4000 lei	2
	4000-8000 lei	3
	peste 8000 lei	4
	Nu știu	5

A14. Notați localitatea în care locuiți:

A15. Mediul de reședință/proveniență:	urban	rural
	1	2

B1. Notează sporturile preferate, practicate. (Dacă copilul practică un gen de sport sau mai multe genuri de sport, notați-le în opțiunea Altele, prin enumerare (De exemplu: 1 – *înot*, 2 – *kinetoterapie*, 3 – *mersul cu bicicleta*, 4 – *pescuit* etc.)) Notează până la 2-3 genuri de sport pe care le practici!!!

0. Nici unul => (Treci la întrebarea B2)
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

B2. Notează hobby-urile, activitățile sau jocurile tale preferate, altele decât sporturile. (Dacă copilul are anumite hobby-uri, activități sau jocuri preferate, notați-le în opțiunea Altele, prin enumerare (De exemplu: 1 – să colecționez timbre, 2 – să colecționezi păpuși, 3 – să citești, 4 – să cânti, 5 – să colecționezi/ joci cu mașinile, vapoarele, trenulețul, 6 – jocuri la calculator, să gătești bucate, altele.)). Nu include hobby-uri precum privesc TV, ascult radio. Notează până la 3-4 hobby-uri preferate!!!

0. Nici unul => (Treci la întrebarea B3.1)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

B3. Notează mai jos organizațiile, cluburile, echipele sau grupurile din care faci parte. (Dacă copilul face parte din careva organizații, cluburi, echipe sau grupuri, notați-le în opțiunea Altele, prin enumerare (De exemplu: 1 – consiliul elevilor, 2 – Organizație neguvernamentală / centru de tineret, 3 – Echipa de fotbal, 4 – Echipa de volei/ baschet, echipa de jocuri paraolimpice etc.))
Notează până la 3-4 organizații, cluburi, echipe sau grupuri din care faci parte!!!

0. Nici unul => (Treci la întrebarea B4.1)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

B4. Notează mai jos sarcinile sau activitățile pe care le ai de făcut în familie. (Dacă îndeplinește careva sarcini sau activități, notați-le în opțiunea Altele, prin enumerare (De exemplu: 1 – să aibă grijă de copiii mai mici, 2 – să facă patul, 3 – să lucreze în grădină etc.)). Include atât sarcinile cele plătite cât și cele neplătite. Notează până la 3-4 sarcini sau activități de care ești responsabil!!!

0. Nici unul => (Treci la întrebarea B5.1)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

B5.1. Aproximativ câți prieteni apropiați ai? (Nu include frații sau surorile)

0. Nici unul/una => (Treci la întrebarea B5.3)

1. 1 (unul/una) => (Treci la întrebarea B5.2)
2. 2-3 => (Treci la întrebarea B5.2)
3. 4 sau mai mulți => (Treci la întrebarea B5.2)

B5.2. Cam de câte ori pe săptămână te întâlnești cu prietenii pentru diferite activități, în afara școlii?(Nu include frații sau surorile)

1. Mai puțin de o dată
2. O dată sau de 2 ori
3. 3 sau mai multe ori

B5.3. Aveți frați, surori:

1. Da => (Treci la întrebarea B5.4)
2. Nu => (Treci la întrebarea B6.2)

B5.4. Câți frați / surori ai?

1. Unul
2. Doi
3. Trei
4. Patru
5. 5 sau mai mulți

B6. Comparativ cu copiii/ adolescenții de vârsta ta:

	Mai rău	La fel	Mai bine	Sunt singur/ă la părinți
1. Cât de bine te înțelegi cu frații/surorile tale?				
2. Cât de bine te înțelegi cu alți copii?				
3. Cum te porți cu părinții?				
4. Cât de bine îți rezolvi sarcinile				

B7. Cum considerați starea sănătății voastre în general:	foarte bună	1
	bună	2
	rea	3
	foarte rea	4

B7.1. Ai un anumit diagnostic, deficiență sau vreo dizabilitate?

3. Da => (Treci la întrebarea B8.2)
4. Nu => (Treci la întrebarea B9)

B7.2. Ce tip de dizabilitate ai?

1. locomotorie (dificultăți de deplasare)
2. asociata cu dificultăți senzoriale de auz și/sau văz
3. altele _____

B7.3. Cât de des pe parcursul la un an (12 luni) mergi la recuperare, la un centru de recuperare sau la SAP?	niciodată	1
	o dată	2
	de 2-3 ori	3
	de 4 sau mai multe ori	4

B8. Descrie orice îngrijorare sau problemă pe care o ai legată de școală!!!

B9. Descrie orice îngrijorare sau problemă pe care o ai! (Indiferent de domeniu)

B10. Descrie care sunt cele mai bune / pozitive aspecte ale tale:

Anexa 2. Chestionarul de diagnosticare a adaptării psihosociale

Instrucțiune:

Notați răspunsul care vi se potrivește cel mai bine, selectându-l din următoarele 7 variante:

- ”0” – Acest lucru absolut nu mi se potrivește;
- ”1” – În cele mai multe cazuri, acest lucru nu mi se potrivește;
- ”2” – Mă îndoiesc că acest lucru îmi poate fi atribuit;
- ”3” – Ezit să-mi atribui acest lucru mie;
- ”4” – Seamănă cu mine, dar nu sunt sigură;
- ”5” – Mi se potrivește;
- ”6” – Acest lucru este exact despre mine.

C1. Citiți fiecare afirmație din chestionar, gândiți-vă cât de mult se potrivește cu obiceiurile Dvs., stilul de viață și apreciați în ce măsură această afirmație vă poate fi atribuită. Notați răspunsul care vi se potrivește cel mai bine:

	<i>Acest lucru absolut nu mi se potrivește</i>	<i>În cele mai multe cazuri, acest lucru nu mi se potrivește</i>	<i>Mă îndoiesc că acest lucru îmi poate fi atribuit</i>	<i>Ezit să-mi atribui acest lucru mie</i>	<i>Seamănă cu mine, dar nu sunt sigură</i>	<i>Mi se potrivește</i>	<i>Acest lucru este exact despre mine</i>
Întrebări	0	1	2	3	4	5	6
1_Simte o stângăcie atunci când începe o discuție cu cineva.							
2_Nu are dorința să se destăinuie în fața altora.							
3_În toate iubește competiția, concurența, lupta.							
4_Își înaintează cerințe mari față de propria persoană.							
5_Deseori se ceartă pentru ceea ce-a făcut.							
6_Deseori se simte umilit.							
7_Are dubii că poate să placă cuiva dintre membrii sexului opus.							
8_Își îndeplinește întotdeauna promisiunile.							
9_Relații calde, binevoitoare cu cei din jur.							
10_Persoană rezervată, închisă în sine se ține un pic mai departe de alții.							
11_În nereușitele sale se învinovățește pe sine.							
12_Este o persoană responsabilă pe care te poți baza în multe privințe.							
13_Simte că nu poate schimba nimic, toate eforturile sunt zadarnice.							
14_La multe lucruri privește cu ochii semenilor.							
15_Acceptă, în general, acele norme și reglementări care trebuie urmate.							
16_Propriile convingeri și reguli nu-i ajung.							
17_Îi place să viseze – uneori în plină zi. Se întoarce cu greu de la vise la realitate.							

18_Este gata permanent de apărare sau chiar de atac, este rânchiunos, selectează mintal modalități de răzbunare.							
19_Este capabil să-și organizeze și să controleze propriile acțiuni, poate să se impună să ducă la bun sfârșit lucrul început.							
20_I se strică frecvent dispoziția, se simte deprimat, apatic.							
21_Tot, ce se referă la alții, nu-l deranjează, este concentrat pe sine, este ocupat cu sine.							
22_Oamenii, de regulă, îi plac.							
23_Nu se rușinează de sentimentele sale, le exprimă în mod deschis.							
24_Într-o mulțime de oameni este un pic singuratic.							
25_Acum se simte destul de inconfortabil. Ar vrea să renunțe la tot, să se ascundă undeva.							
26_Cu cei din jur, de obicei, se împacă bine.							
27_Cea mai grea este lupta cu propria persoană.							
28_Este precaut cu atitudinea pozitivă a celor din jur, atunci când o consideră nemeritată.							
29_În suflet este optimist, crede în mai bine.							
30_Este un om inaccesibil, încăpăținat, astfel de oameni sunt numiți dificili.							
31_Este critic cu oamenii și îi judecă dacă consideră că ei merită acest lucru.							
32_De obicei este condus; nu-i reușește întotdeauna să gândească și să acționeze de sine stătător.							
33_Majoritatea celor ce-l cunosc, se comportă bine cu el, îl iubesc.							
34_Uneori are asemenea gânduri, pe care nu ar vrea să le împărtășească cu nimeni.							
35_Este o persoană cu aspect exterior atractiv.							
36_Se simte neajutorat, are nevoie ca cineva care să-i fie alături.							
37_Luând o decizie, o urmează.							
38_Se pare că ia singur deciziile, dar nu se poate elibera de influența altor oameni.							
39_Se simte vinovat, chiar și atunci când pare că nu ar avea de ce să se învinovățească.							
40_Are un sentiment de ostilitate pentru ceea ce-l înconjoară.							
41_Este mulțumit de toate.							
42_Este sustras, nu-și poate aduna gândurile, „să se ia în mâini”, să se organizeze.							
43_Simte moleșeală, tot ceea ce-l bucura odinioară, i-a devenit dintr-odată indiferent.							
44_Echilibrat, liniștit.							
45_Supărându-se, de multe ori își iese din fire.							
46_Deseori se simte obijduit.							

47_Este un om impulsiv, nerăbdător, fierbinte, nu se poate reține.							
48_Se întâmplă, că bârfește.							
49_Nu prea are încredere în propriile sentimente, uneori emoțiile îl trădează.							
50_Este destul de dificil să fii tu însuți.							
51_Pe primul loc este mintea, nu sentimental. Înainte de a face ceva, se gândește.							
52_Interpretează în felul său ceea ce se întâmplă cu el. Poate inventa unele lucruri... „din altă lume”.							
53_Este tolerant cu alți oameni, îl acceptă pe fiecare așa cum este.							
54_Se străduie să nu se gândească la problemele sale.							
55_Se consideră o persoană interesantă, atractivă și importantă.							
56_Este o persoană timidă. Se rușinează ușor.							
57_Trebuie numaidecât să-i amintești, sa-l împingi, pentru a duce un lucru la bun sfârșit.							
58_În suflet se simte superior față de alții.							
59_Nu este nimic prin ce ar putea să se manifeste.							
60_Se teme de ceea ce vor gândi alții despre el.							
61_Ambițios, nu este indiferent față de succes sau laudă. Se străduie să fie printre cei mai buni.							
62_Este un om, care este mai degrabă disprețuit.							
63_Este un om întreprinzător, energic, plin de inițiative.							
64_Cedează în fața dificultăților și a situațiilor care amenință cu complicații.							
65_Pur și simplu se subapreciază.							
66_Prin natura sa este lider și-i poate influența pe alții.							
67_În general, are o părere bună despre sine.							
68_Este insistent, ferm; pentru el este important mereu să insiste pe propriile poziții.							
69_Nu-i place atunci când strică relațiile cu cineva. Și aceasta situație este observată de cei din jur.							
70_Mult timp nu poate lua o decizie, apoi se îndoiește de corectitudinea ei.							
71_Este distrat, la el toate sunt încâlcite, amestecate.							
72_Este mulțumit de sine.							
73_Ghinionist.							
74_Este un om plăcut, atrăgător.							
75_La față poate nu este chiar frumos, dar poate plăcea ca om, ca personalitate.							
76_Îi disprețuiește pe cei de sex opus și nu stabilește relații cu ei.							
77_Când trebuie să facă ceva, îl apucă frica: dacă nu mă descurc, dacă nu se primește?							

78_Îi este ușor și liniștit pe suflet, nu este nimic ce l-ar putea îngrijora tare.							
79_Poate lucra din greu.							
80_Simte că crește, se maturizează, se schimbă el însuși și atitudinea sa față de lume.							
81_Se întâmplă să vorbească despre lucruri în care deloc nu se clarifică.							
82_Întotdeauna spune doar adevărul.							
83_Este tulburat, îngrijorat, tensionat.							
84_Pentru a-l impune să facă măcar ceva, trebuie de insistat cum se cuvine și atunci el va ceda.							
85_Simte neîncredere în sine.							
86_Deseori circumstanțele îl forțează să se apere, să-și justifice și argumenteze acțiunile.							
87_Omul este supus, docil, moale în relațiile cu alții.							
88_Omul este inteligent, îi place să reflecteze.							
89_Uneori îi place să se laude.							
90_Ia decizii și imediat le modifică, se disprețuiește pentru lipsă de voință, dar nu se poate schimba.							
91_Se străduie să se bazeze pe propriile puteri, nu contează pe ajutorul cuiva.							
92_Niciodată nu întârzie.							
93_Încearcă o senzație de rigiditate, de lipsa libertății interioare.							
94_Se remarcă printre alții.							
95_Nu prea este un tovarăș de încredere, nu poți să te bizui în toate pe el.							
96_Se cunoaște bine, își înțelege bine propria persoană.							
97_Este un om comunicabil, deschis, stabilește ușor relații apropiate cu oamenii.							
98_Competențele și abilitățile sunt în concordanță deplină cu sarcinile care trebuie rezolvate, cu toate se poate descurca.							
99_Nu se prețuiește pe sine, nimeni nu-l ia în serios; în cel mai bun caz este tolerat, pur și simplu răbdat.							
100_Își face griji că persoanele de sex opus îi ocupă prea mult gândurile.							
101_Toate obiceiurile sale le consideră bune.							

Anexa 3. Scala lipsei de speranță/deznădejde Beck

(BECH HOPELESSNESS SCALE – SHP)

D1 BECK Mai jos este o listă care descrie anumite situații. Apreciază, te rog, pentru fiecare din ele care mai mult ți se potrivește:	<i>Adevărat</i>	<i>Fals</i>
1. Aștept viitorul cu speranță și entuziasm.		
2. Ar trebui să renunț din cauza că lucrurile nu merg cum ar trebui.		
3. Când lucrurile nu merg bine eu știu că asta nu se va întâmpla mereu.		
4. Nu pot să-mi imaginez viața mea peste 10 ani.		
5. Am timp destul pentru lucrurile care le vreau cel mai mult.		
6. Aștept ca în viitor să am succes în ceea ce mă interesează cel mai mult.		
7. Viitorul meu mi se pare sumbru.		
8. Mă aștept să obțin mai mult de la viață decât oamenii obișnuiți.		
9. Nu am eșuat și nu sunt motive să cred că voi eșua în viitor.		
10. Experiențele trecute mă vor ajuta în viitor.		
11. Tot ce văd înaintea sunt mai curând lucruri neplăcute decât plăcute.		
12. Nu mă aștept să obțin ceea ce doresc.		
13. Când mă gândesc la viitor eu cred ca voi fi mai fericit decât în prezent.		
14. Lucrurile nu merg cum aș vrea să meargă.		
15. Am o mare încredere în viitor.		
16. Niciodată nu am avut ce am dorit așa că este stupid să doresc ceva.		
17. Este foarte puțin probabil să obțin vreo bucurie în viitor.		
18. Viitorul mi se pare vag și incert.		
19. Mă aștept la mai multe lucruri proaste decât bune.		
20. Nu are sens să încerc ceva din cauza ca probabil nu voi reuși.		

Anexa 4. Testul ASEBA (A. Achenbach)

Mai jos, este o listă care descrie anumite comportamente.			
Apreciază te rog pentru fiecare din ele dacă te caracterizează în prezent sau în ultimele șase luni.			
	Fals <i>(Nu s-a întâmplat niciodată)</i>	Întrucâtva adevărat / uneori adevărat <i>(Uneori se mai întâmplă)</i>	Foarte adevărat <i>(Se întâmplă des sau foarte des)</i>
1. Mă comport imatur pentru vârsta mea.			
2. Consum alcool fără acordul părinților.			
3. Mă cert adesea.			
4. Nu termin ceea ce am început.			
5. Mă bucur de puține lucruri.			
6. Îmi plac animalele.			
7. Sunt lăudăros/oasă, mă dau mare.			
8. Nu mă pot concentra, nu îmi pot menține atenția pentru mult timp.			
9. Nu îmi pot scoate din minte anumite lucruri/gânduri.			
10. Nu pot sta liniștit/ă.			
11. Sunt prea dependent/ă de adulți.			
12. Mă simt singur/ă.			
13. Mă simt confuz sau „în ceață”.			
14. Plâng mult.			
15. Sunt sincer/ă.			
16. Sunt răutăcios/oasă.			
17. Visez cu ochii deschiși sau mă pierd în gânduri			
18. Mă rănesc intenționat sau încerc să-mi fac ceva rău.			
19. Încerc să obțin multă atenție.			
20. Îmi distrug propriile lucruri.			
21. Distrug lucrurile altora.			
22. Nu îmi ascult părinții.			
23. Sunt neascultător/neascultătoare la școală.			
24. Nu mănânc așa cum ar trebui.			
25. Nu mă înțeleg cu alți copii/adolescenți.			
26. Nu mă simt vinovat/ă după ce am avut un comportament neadecvat.			
27. Sunt gelos/geloasă.			
28. Încalc regulile de acasă, din școală sau în alte locuri.			
29. Îmi este frică de anumite animale, situații sau locuri altele decât școala.			

Mai jos, este o listă care descrie anumite comportamente.			
Apreciază te rog pentru fiecare din ele dacă te caracterizează în prezent sau în ultimele șase luni.			
	Fals <i>(Nu s-a întâmplat niciodată)</i>	Întrucâtva adevărat / uneori adevărat <i>(Uneori se mai întâmplă)</i>	Foarte adevărat <i>(Se întâmplă des sau foarte des)</i>
30. Îmi este frică să merg la școală.			
31. Îmi este frică că aș putea gândi sau face ceva rău.			
32. Cred că trebuie să fiu perfect/ă.			
33. Cred că nimeni nu mă iubește.			
34. Am impresia că ceilalți au ceva cu mine.			
35. Mă simt inferior/inferioară sau fără valoare.			
36. Mă rănesc des, sunt predispus/ă la accidente.			
37. Mă bat cu ceilalți.			
38. Sunt deseori tachinat/ă (luat/ă în derâdere).			
39. Îmi petrec timpul cu persoane care intră în neazuri.			
40. Aud sunete sau voci despre care alții cred că nu există.			
41. Acționez fără să gândesc.			
42. Prefer să fiu singur/ă, decât în compania celorlalți.			
43. Mint sau înșel.			
44. Îmi rod unghiile.			
45. Sunt nervos/ă sau tensionat/ă.			
46. Părți ale corpului meu se contractă involuntar, brusc sau au mișcări nervoase (am ticuri nervoase).			
47. Am coșmaruri.			
48. Nu sunt plăcut/ă de ceilalți copii.			
49. Pot face anumite lucruri mai bine decât majoritatea copiilor.			
50. Sunt prea fricos/fricoasă sau anxios/anxioasă.			
51. Mă simt amețit/ă sau zăpăcit/ă.			
52. Mă simt prea vinovată.			
53. Mănânc prea mult.			
54. Mă simt obosit/ă fără motiv.			
55. Sunt supraponderal/ă.			
56. Am problem fizice, fără cauze medicale cunoscute:			
<i>a) dureri (excluzând durerea de stomac sau durerea de cap)</i>			
<i>b) dureri de cap</i>			

Mai jos, este o listă care descrie anumite comportamente. Apreciază te rog pentru fiecare din ele dacă te caracterizează în prezent sau în ultimele șase luni.			
	Fals (Nu s-a întâmplat niciodată)	Întrucâtva adevărat / uneori adevărat (Uneori se mai întâmplă)	Foarte adevărat (Se întâmplă des sau foarte des)
<i>c) greață, senzație de rău</i>			
<i>d) probleme de vedere (necorectate cu ochelari)</i>			
<i>e) urticarie sau alte probleme dermatologice</i>			
<i>f) dureri de stomac</i>			
<i>g) vomă</i>			
<i>h) altele (descrie):</i>			
57. Atac fizic alte persoane (lovesc sau sar la bătaie).			
58. Mă ciupesc de nas, piele sau alte părți ale corpului.			
59. Pot fi foarte prietenos/oasă.			
60. Îmi place să încerc lucruri noi.			
61. Am performanțe școlare slabe.			
62. Am coordonare slabă, sunt neîndemânatic/ă.			
63. Prefer compania copiilor mai mari.			
64. Prefer compania copiilor mai mici.			
65. Refuz să vorbesc.			
66. Repet anumite activități, mereu.			
67. Fug de acasă.			
68. Țip foarte mult.			
69. Am multe secrete, păstrez lucrurile pentru mine.			
70. Văd lucruri despre care alții spun că nu există.			
71. Sunt auto critic/ă sau mă jenez (rușinez) ușor.			
72. Incendiez (Mă aprind repede).			
73. Sunt îndemânatic.			
74. Mă dau în spectacol, o „fac pe clovnul”.			
75. Sunt prea rușinos/oasă sau timid/ă.			
76. Dorm mai puțin decât majoritatea copiilor/adolescenților.			
77. Dorm mai mult decât majoritatea copiilor/adolescenților ziua și/sau noaptea.			
78. Sunt neatent/ă sau ușor distras/ă de stimulii din mediu.			
79. Am dificultăți de vorbire.			
80. Îmi apăr cu tărie drepturile.			
81. Fur din casă.			

Mai jos, este o listă care descrie anumite comportamente.			
Apreciază te rog pentru fiecare din ele dacă te caracterizează în prezent sau în ultimele șase luni.			
	Fals <i>(Nu s-a întâmplat niciodată)</i>	Întrucâtva adevărat / uneori adevărat <i>(Uneori se mai întâmplă)</i>	Foarte adevărat <i>(Se întâmplă des sau foarte des)</i>
82. Fur din afara casei.			
83. Păstrez o mulțime de lucruri de care nu am nevoie.			
84. Fac lucruri despre care alții consideră că sunt ciudate.			
85. Am idei pe care alții le consideră ciudate.			
86. Sunt încăpățânat/ă, morocănos/oasă, iritabil/ă.			
87. Trec brusc de la o stare emoțională la alta.			
88. Îmi place compania oamenilor.			
89. Sunt suspicios/suspicioasă.			
90. Înjur sau folosesc cuvinte obscene (urâte).			
91. Mă gândesc să-mi fac ceva foarte rău.			
92. Îmi place să îi fac pe alții să râdă.			
93. Vorbesc prea mult.			
94. Îi necăjesc mult pe alții.			
95. Am accese de furie.			
96. Mă gândesc prea mult la sex.			
97. Ameninț oamenii.			
98. Îmi place să îi ajut pe alții.			
99. Fumez sau inhalez tutun.			
100. Am probleme de somn.			
101. Chiulesc sau lipsesc nemotivat de la școală.			
102. Îmi lipsește energia.			
103. Sunt nefericit/ă, trist/ă sau deprimat/ă.			
104. Sunt mai gălăgios decât alți copii.			
105. Consum medicamente sau droguri în scopuri non-medicale <i>(nu include tutunul și alcoolul)</i> .			
106. Îmi place să fiu corect față de alții.			
107. Savurez o glumă bună.			
108. Îmi place să iau viața în glumă / cu seninătate.			
109. Încerc să îi ajut pe alții când pot.			
110. Îmi doresc să aparțin sexului opus.			
111. Sunt retras/ă, nu mă implic în activități alături de alții.			
112. Îmi fac prea multe griji.			

Anexa 5. Tehnica de studiere a autoaprecierii Дембо-Рубинштейн (varianta A. Прихожан)

E1. Apreciază starea ta de sănătate, pe scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte bolnav, iar 10 – foarte sănătos. Cum crezi cât de sănătos/ oasă ești?

1 – foarte bolnav/ă	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – foarte sănătos/ă
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E2. Apreciază nivelul tău de îngrijire, pe scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte neîngrijit, iar 10 – foarte îngrijit. Cum crezi cât de îngrijit/ă ești?

1 – foarte neîngrijit/ă	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – foarte îngrijit/ă
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E3. Apreciază nivelul tău de îndemânare, pe scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte neîndemânatic, iar 10 – foarte îndemânatic. Cum crezi cât de îndemânatic/ă ești?

1 – foarte neîndemânatic/ă	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – foarte îndemânatic/ă
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E4. Apreciază nivelul tău de inteligență, pe scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte neinteligent, iar 10 – foarte inteligent. Cum crezi cât de inteligent/ă ești?

1 – foarte neinteligent/ă	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – foarte inteligent/ă
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E5. Apreciază nivelul tău de bunătate, pe scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte rău, iar 10 – foarte bun/ă. Cum crezi cât de bun/ă ești?

1 – foarte rău/rea	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – foarte bun/ă
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E6. Apreciază nivelul tău de prietenie, pe scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă nu am deloc prieteni/e, iar 10 – am foarte mulți prieteni/e. Cum crezi cât de mulți prieteni ai?

1 – nu am deloc prieteni/e	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – am foarte mulți prieteni/e
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E7. Apreciază nivelul tău de veselie, pe scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte trist/ă, iar 10 – foarte vesel/ă. Cum crezi cât de vesel/ă ești?

1 – foarte trist/ă	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – foarte vesel/ă
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E8. Apreciază performanța ta școlară, pe scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă învăț foarte rău, iar 10 – învăț foarte bine. Cum crezi cât de bine înveți la școală?

1 – învăț foarte rău	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – învăț foarte bine
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexa 6. Corelații cu factorii personali, grup adolescenți cu dizabilitate

Correlations^a

		Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	Beck deznadej -de	DR sanat	DR ingrij	DR indeman	DR intel
Kendall's tau_b	Correlation Coefficient	1.000	.738**	.587**	.698**	.489**	.414**	-.716**	.159*	.460**	.454**	.106
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.030	.000	.000	.153
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Correlation Coefficient	.738**	1.000	.450**	.701**	.352**	.247*	-.651**	.129	.526**	.125	.124
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.001	.018	.000	.081	.000	.086	.097
	Correlation Coefficient	.587**	.450**	1.000	.485**	.415**	.519**	-.526**	.122	.137	.141	.126
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.096	.067	.053	.091
	Correlation Coefficient	.698**	.701**	.485**	1.000	.292**	.351**	-.661**	.141	.157*	.476**	.129
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.004	.001	.000	.056	.037	.000	.086
	Correlation Coefficient	.489**	.352**	.415**	.292**	1.000	.361**	-.438**	.482**	.131	.554**	.566**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.004	.	.000	.000	.000	.079	.000	.000
	Correlation Coefficient	.414**	.247*	.519**	.351**	.361**	1.000	-.538**	.098	.452**	.600**	.108
	Sig. (2-tailed)	.000	.018	.000	.001	.000	.	.000	.189	.000	.000	.151
	Correlation Coefficient	-.716**	-.651**	-.526**	-.661**	-.438**	-.538**	1.000	.068	-.255*	.020	-.209
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.549	.028	.861	.067
	Correlation Coefficient	.159*	.129	.122	.141	.482**	.098	.068	1.000	-.053	.166	.132
	Sig. (2-tailed)	.030	.081	.096	.056	.000	.189	.549	.	.659	.150	.264
	Correlation Coefficient	.460**	.526**	.137	.157*	.131	.452**	-.255*	-.053	1.000	.081	.176
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.067	.037	.079	.000	.028	.659	.	.491	.142
	Correlation Coefficient	.454**	.125	.141	.476**	.554**	.600**	.020	.166	.081	1.000	.163
Sig. (2-tailed)	.000	.086	.053	.000	.000	.000	.861	.150	.491	.	.161	
Correlation Coefficient	.043	-.030	.126	.129	.566**	.108	-.209	.132	.176	.163	1.000	
Sig. (2-tailed)	.106	.124	.091	.086	.000	.151	.067	.264	.142	.161	.	
N	.153	.097	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

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

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

a. B8 Starea de sanatate = Cu dizabilitate

Correlations^a

		Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	DR bunat	DR prieten	DR veselie	DR perfor scolar	Media scale DR	
Kendall's tau_b	Ind adaptare	Correlation Coefficient	1.000	.738**	.587**	.698**	.489**	.414**	.042	.079	.497**	.586**	.516**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.577	.274	.000	.000	.000
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Ind accept de sine	Correlation Coefficient	.738**	1.000	.450**	.701**	.352**	.247*	.043	.100	.587**	.125	.598**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.001	.018	.568	.172	.000	.092	.000
	Ind accept celorlalti	Correlation Coefficient	.587**	.450**	1.000	.485**	.415**	.519**	.047	.547**	.532**	.447**	.422**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.533	.000	.000	.000	.000
	Ind confort emotional	Correlation Coefficient	.698**	.701**	.485**	1.000	.292**	.351**	.053	.052	.574**	.446*	.501**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.004	.001	.489	.481	.000	.000	.000
	Ind control inten	Correlation Coefficient	.489**	.352**	.415**	.292**	1.000	.361**	.068	.077	.161*	.542**	.513**
		Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.004	.	.000	.367	.289	.029	.000	.000
	Ind tendinta de a domina	Correlation Coefficient	.414**	.247*	.519**	.351**	.361**	1.000	.143	.075	.158*	.514**	.530**
		Sig. (2-tailed)	.000	.018	.000	.001	.000	.	.060	.311	.034	.000	.000
	DR bunat	Correlation Coefficient	.042	.043	.047	.053	.068	.143	1.000	.068	-.255*	.020	-.209
		Sig. (2-tailed)	.577	.568	.533	.489	.367	.060	.	.549	.028	.861	.067
	DR prietenie	Correlation Coefficient	.079	.100	.547**	.052	.077	.075	.068	1.000	-.053	.166	.132
		Sig. (2-tailed)	.274	.172	.000	.481	.289	.311	.549	.	.659	.150	.264
	DR veselie	Correlation Coefficient	.497**	.587**	.532**	.574**	.161*	.158*	-.255*	-.053	1.000	.081	.176
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.029	.034	.028	.659	.	.491	.142
	DR perform scolar	Correlation Coefficient	.586**	.125	.447**	.446*	.542**	.514**	.020	.166	.081	1.000	.163
	Sig. (2-tailed)	.000	.092	.000	.000	.000	.000	.861	.150	.491	.	.161	
Media scale DR	Correlation Coefficient	.516**	.598**	.422**	.501**	.513**	.530**	-.209	.132	.176	.163	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.067	.264	.142	.161	.	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

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

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

a. B8 Starea de sanatate = Cu dizabilitate

Correlations^a

		Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	Probl afective	Probl anxiet	Acuze somatice	Probl atentie	Probl comp opozant	Probl conduita	
Kendall's tau_b	Ind adaptare	Correlation Coefficient	1.000	.738**	.587**	.698**	.489**	.414**	-.658**	-.608**	-.341**	-.286**	-.718**	-.226**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Ind accept de sine	Correlation Coefficient	.738**	1.000	.450**	.701**	.352**	.247*	-.718**	-.229**	-.164*	-.165*	-.636**	-.238**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.001	.018	.000	.002	.024	.022	.000	.001
	Ind accept celorlalti	Correlation Coefficient	.587**	.450**	1.000	.485**	.415**	.519**	-.285**	-.248**	-.199**	-.115	-.190**	-.147*
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.001	.006	.108	.010	.042
	Ind confort emotional	Correlation Coefficient	.698**	.701**	.485**	1.000	.292**	.351**	-.671**	-.663**	-.226**	-.288**	-.633**	-.216**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.004	.001	.000	.000	.002	.000	.000	.003
	Ind control inten	Correlation Coefficient	.489**	.352**	.415**	.292**	1.000	.361**	-.639**	-.283**	-.239**	-.514**	-.277**	-.206**
		Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.004	.	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.004
	Ind tendinta de a domina	Correlation Coefficient	.414**	.247*	.519**	.351**	.361**	1.000	-.153*	-.086	-.086	-.030	-.095	-.045
		Sig. (2-tailed)	.000	.018	.000	.001	.000	.	.033	.237	.243	.682	.198	.537
	Probl afective	Correlation Coefficient	-.658**	-.718**	-.285**	-.671**	-.639**	-.153*	1.000	.555**	.499**	.425**	.584**	.410**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.033	.	.000	.000	.000	.000	.000	
Probl anxiet	Correlation Coefficient	-.608**	-.229**	-.248**	-.663**	-.283**	-.086	.555**	1.000	.651**	.492**	.541**	.359**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	.001	.000	.000	.237	.000	.	.000	.000	.000	.001	
Acuze somatice	Correlation Coefficient	-.341**	-.164*	-.199**	-.226**	-.239**	-.086	.499**	.651**	1.000	.432**	.340**	.225*	
	Sig. (2-tailed)	.000	.024	.006	.002	.001	.243	.000	.000	.	.000	.002	.043	
Probl atentie	Correlation Coefficient	-.286**	-.165*	-.115	-.288**	-.514**	-.030	.425**	.492**	.432**	1.000	.490**	.419**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.022	.108	.000	.000	.682	.000	.000	.000	.	.000	.000	
Probl comp opozant	Correlation Coefficient	-.718**	-.636**	-.190**	-.633**	-.277**	-.095	.584**	.541**	.340**	.490**	1.000	.421**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.010	.000	.000	.198	.000	.000	.002	.000	.	.000	
Probl conduita	Correlation Coefficient	-.226**	-.238**	-.147*	-.216**	-.206**	-.045	.410**	.359**	.225*	.419**	.421**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.002	.001	.042	.003	.004	.537	.000	.001	.043	.000	.000	.	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

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

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

a. B8 Starea de sanatate = Cu dizabilitate

Anexa 7. Corelații cu factorii personali, grup adolescenți cu dezvoltare în normă

Correlations^a

		Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	Beck deznadejde	DR sanat	DR ingrij	DR indeman	DR intel	
Kendall's tau_b	Ind adaptare	Correlation Coefficient	1.000	.690**	.571**	.674**	.624**	.342**	-.667**	.410**	.217*	.225*	.776**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.042	.030	.000
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Ind accept de sine	Correlation Coefficient	.690**	1.000	.472**	.561**	.603**	.349**	-.416**	.405**	.238*	.430**	.402**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.034	.000	.000
	Ind accept celorlalti	Correlation Coefficient	.571**	.472**	1.000	.429**	.504**	.230*	-.459**	.275**	.158	.111	.174
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.020	.000	.009	.139	.284	.100
	Ind confort emotional	Correlation Coefficient	.674**	.561**	.429**	1.000	.514**	.228*	-.546**	.274**	.151	.174	.232*
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.021	.000	.009	.158	.094	.029
	Ind control inten	Correlation Coefficient	.624**	.603**	.504**	.514**	1.000	.233*	-.572**	.226**	.227*	.161	.544**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.	.018	.000	.033	.033	.120	.000
	Ind tendinta de a domina	Correlation Coefficient	.342**	.349**	.230*	.228*	.233*	1.000	-.419**	.131	.195	.066	.102
		Sig. (2-tailed)	.001	.000	.020	.021	.018	.	.000	.215	.069	.524	.337
	Beck deznadejde	Correlation Coefficient	-.667**	-.416**	-.459**	-.546**	-.572**	-.419**	1.000	-.040	-.199	-.105	-.348**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.717	.075	.332	.002
	DR sanat	Correlation Coefficient	.410**	.405**	.275**	.274**	.226**	.131	-.040	1.000	.360**	.413**	.480**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.009	.009	.033	.215	.717	.	.002	.000	.000	
DR ingrij	Correlation Coefficient	.217*	.238*	.158	.151	.227*	.195	-.199	.360**	1.000	.391**	.621**	
	Sig. (2-tailed)	.042	.034	.139	.158	.033	.069	.075	.002	.	.001	.000	
DR indeman	Correlation Coefficient	.225*	.430**	.111	.174	.161	.066	-.105	.413**	.391**	1.000	.490**	
	Sig. (2-tailed)	.030	.000	.284	.094	.120	.524	.332	.000	.001	.	.000	
DR intel	Correlation Coefficient	.776**	.402**	.174	.232*	.544**	.102	-.348**	.480**	.621**	.490**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.100	.029	.000	.337	.002	.000	.000	.000	.	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

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

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

a. B8 Starea de sanatate = Fara dizabilitate

Correlations^a

		Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	DR bunat	DR prieten	DR veselie	DR perform scolar	Media scale DR	
Kendall's tau_b	Ind adaptare	Correlation Coefficient	1.000	.690**	.571**	.674**	.624**	.342**	-.267*	.510**	.217*	.225*	.476**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.001	.013	.000	.042	.030	.000
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Ind accept de sine	Correlation Coefficient	.690**	1.000	.472**	.561**	.603**	.349**	-.246*	.405**	.238*	.230*	.402**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000	.000	.017	.004	.028	.027	.000
	Ind accept celorlalti	Correlation Coefficient	.571**	.472**	1.000	.429**	.504**	.230*	-.259*	.475**	.458**	.525**	.472**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.020	.011	.000	.000	.000	.000
	Ind confort emotional	Correlation Coefficient	.674**	.561**	.429**	1.000	.514**	.228*	-.246*	.274**	.429**	.504**	.514**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.021	.017	.009	.000	.000	.000
	Ind control inten	Correlation Coefficient	.624**	.603**	.504**	.514**	1.000	.233*	-.272**	.526**	.227*	.161	.544**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.	.018	.014	.000	.033	.120	.000
	Ind tendinta de a domina	Correlation Coefficient	.342**	.349**	.230*	.228*	.233*	1.000	-.419**	.131	.195	.066	.402**
		Sig. (2-tailed)	.001	.000	.020	.021	.018	.	.000	.215	.069	.524	.000
	DR bunat	Correlation Coefficient	-.267*	-.246*	-.259*	-.246*	-.272**	-.419**	1.000	-.040	-.199	-.105	-.348**
		Sig. (2-tailed)	.013	.017	.011	.017	.014	.000	.	.717	.075	.332	.002
	DR prietenie	Correlation Coefficient	.510**	.405**	.475**	.274**	.526**	.131	-.040	1.000	.360**	.413**	.480**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.009	.000	.215	.717	.	.002	.000	.000
	DR veselie	Correlation Coefficient	.217*	.238*	.458**	.429**	.227*	.195	-.199	.360**	1.000	.391**	.621**
		Sig. (2-tailed)	.042	.028	.000	.000	.033	.069	.075	.002	.	.001	.000
	DR perform scolar	Correlation Coefficient	.225*	.230*	.525**	.504**	.161	.066	-.105	.413**	.391**	1.000	.490**
	Sig. (2-tailed)	.030	.027	.000	.000	.120	.524	.332	.000	.001	.	.000	
Media scale DR	Correlation Coefficient	.476**	.402**	.472**	.514**	.544**	.402**	-.348**	.480**	.621**	.490**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

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

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

a. B8 Starea de sanatate = Fara dizabilitate

Correlations^a

		Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	Probl afective	Probl anxiet	Acuze somatice	Probl atentie	Probl comp opozant	Probl conduita	
Kendall's tau_b	Ind adaptare	Correlation Coefficient	1.000	.690**	.571**	.674**	.624**	1.000	-.658**	-.608**	-.441**	-.286**	-.718**	-.426**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Ind accept de sine	Correlation Coefficient	.690**	1.000	.472**	.561**	.603**	.690**	-.718**	-.229**	-.164*	-.165*	-.636**	-.208*
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.024	.022	.000	.001
	Ind accept celorlalti	Correlation Coefficient	.571**	.472**	1.000	.429**	.504**	.571**	-.285**	-.248**	-.199**	-.115	-.490**	-.547**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.001	.006	.108	.000	.000
	Ind confort emotional	Correlation Coefficient	.674**	.561**	.429**	1.000	.514**	.674**	-.671**	-.674**	-.226**	-.288**	-.603**	-.216**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.003
	Ind control inten	Correlation Coefficient	.624**	.603**	.504**	.514**	1.000	.624**	-.639**	-.483**	-.239**	-.514**	-.277**	-.206**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.004
	Ind tendinta de a domina	Correlation Coefficient	.342**	.349**	.230*	.228*	.233*	.342**	-.453**	-.086	-.086	-.030	-.095	-.045
		Sig. (2-tailed)	.001	.000	.020	.021	.018	.001	.000	.237	.243	.682	.198	.537
	Probl afective	Correlation Coefficient	-.658**	-.718**	-.285**	-.671**	-.639**	-.453**	1.000	.555**	.499**	.425**	.584**	.410**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000
	Probl anxiet	Correlation Coefficient	-.608**	-.229**	-.248**	-.674**	-.483**	-.086	.555**	1.000	.651**	.492**	.541**	.359**
		Sig. (2-tailed)	.000	.002	.001	.000	.000	.237	.000	.	.000	.000	.000	.001
	Acuze somatice	Correlation Coefficient	-.441**	-.164*	-.199**	-.226**	-.239**	-.086	.499**	.651**	1.000	.432**	.340**	.225*
		Sig. (2-tailed)	.000	.024	.006	.002	.001	.243	.000	.000	.	.000	.002	.043
	Probl atentie	Correlation Coefficient	-.286**	-.165*	-.115	-.288**	-.514**	-.030	.425**	.492**	.432**	1.000	.490**	.419**
	Sig. (2-tailed)	.000	.022	.108	.000	.000	.682	.000	.000	.000	.	.000	.000	
Probl comp opozant	Correlation Coefficient	-.718**	-.636**	-.490**	-.603**	-.277**	-.095	.584**	.541**	.340**	.490**	1.000	.421**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.198	.000	.000	.002	.000	.	.000	
Probl conduita	Correlation Coefficient	-.426**	-.208**	-.547*	-.216**	-.206**	-.045	.410**	.359**	.225*	.419**	.421**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.003	.004	.537	.000	.001	.043	.000	.000	.	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

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

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

a. B8 Starea de sanatate = Cu dizabilitate

Anexa 8. Rezultatele test ale adaptării în grupurile experimental și de control

Gen	Nume, prenume	Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	mitomanie	nivel adaptare	nivel accept de sine	nivel accept celorlalti	Niv confort emotional	niv control intern	niv tendinta de a domina	nivel mitomanie
Grup experimental															
Masculin	CRme	60	76	66	46	63	55	20	mediu	inalt	inalt	mediu	inalt	mediu	mediu
Masculin	SMme	59	94	56	54	43	28	6	mediu	inalt	mediu	mediu	mediu	scazut	scazut
Feminin	ANfe	33	37	47	16	37	0	23	scazut	scazut	mediu	scazut	scazut	scazut	mediu
Feminin	TVfe	43	71	32	55	57	28	6	mediu	inalt	scazut	mediu	mediu	scazut	scazut
Feminin	BDfe	53	61	63	50	61	53	13	mediu	inalt	inalt	mediu	inalt	mediu	scazut
Feminin	BCfe	57	84	51	39	63	17	21	mediu	inalt	mediu	scazut	inalt	scazut	mediu
Feminin	VMfe	45	42	45	40	71	1	12	mediu	mediu	mediu	scazut	inalt	scazut	scazut
Masculin	MSme	0	0	0	0	0	0	0	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut
Masculin	SCme	0	0	0	0	0	0	0	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut
Feminin	CAfe	50	61	50	52	56	51	9	mediu	inalt	mediu	mediu	mediu	mediu	scazut
Grup de control															
Masculin	DEmc	60	78	63	45	64	56	19	mediu	inalt	inalt	mediu	inalt	mediu	mediu
Masculin	NVmc	60	94	55	55	45	29	6	mediu	inalt	mediu	mediu	mediu	scazut	scazut
Feminin	PAfc	33	37	48	15	35	1	22	scazut	scazut	mediu	scazut	scazut	scazut	mediu
Feminin	MAfc	43	71	34	55	57	25	6	mediu	inalt	scazut	mediu	mediu	scazut	scazut
Feminin	CAfc	55	64	60	53	62	54	13	mediu	inalt	inalt	mediu	inalt	mediu	scazut
Feminin	CRfc	57	84	50	40	63	16	22	mediu	inalt	mediu	scazut	inalt	scazut	mediu
Feminin	VOfc	45	43	46	38	72	0	13	mediu	mediu	mediu	scazut	inalt	scazut	scazut
Masculin	CMmc	0	0	0	0	0	0	0	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut
Masculin	GSmc	0	0	0	0	0	0	0	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut	scazut
Feminin	PAfc	62	59	51	50	56	50	9	mediu	inalt	mediu	mediu	mediu	mediu	scazut

Anexa 9. Omogenitatea grupurilor experimental și de control

Ranks

	grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ind adaptare	experimental	10	10.30	103.00
	control	10	10.70	107.00
	Total	20		
Ind accept de sine	experimental	10	10.40	104.00
	control	10	10.60	106.00
	Total	20		
Ind accept celorlalti	experimental	10	10.55	105.50
	control	10	10.45	104.50
	Total	20		
Ind confort emotional	experimental	10	10.50	105.00
	control	10	10.50	105.00
	Total	20		
Ind control inten	experimental	10	10.30	103.00
	control	10	10.70	107.00
	Total	20		
Ind tendinta de a domina	experimental	10	10.50	105.00
	control	10	10.50	105.00
	Total	20		
mitomanie	experimental	10	10.45	104.50
	control	10	10.55	105.50
	Total	20		

Test Statistics^a

	Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	mitomanie
Mann-Whitney U	48.000	49.000	49.500	50.000	48.000	50.000	49.500
Wilcoxon W	103.000	104.000	104.500	105.000	103.000	105.000	104.500
Z	-.152	-.076	-.038	.000	-.152	.000	-.038
Asymp. Sig. (2-tailed)	.879	.939	.970	1.000	.879	1.000	.970

a. Grouping Variable: grup

Anexa 10. Rezultatele retest ale adaptării în grupurile experimental și de control

Gen	Nume, prenume	Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	mitomanie	nivel adaptare	nivel accept de sine	nivel accept celorlalti	Niv confort emotional	niv control intern	niv tendinta de a domina	nivel mitomanie
GRUP EXPERIMENTAL															
Masculin	CRme	68	92	80	62	76	69	14	înalt	înalt	înalt	înalt	înalt	înalt	scăzut
Masculin	SMme	70	98	67	71	61	46	6	înalt	înalt	înalt	înalt	înalt	mediu	scăzut
Feminin	ANfe	58	66	66	54	85	28	23	mediu	înalt	înalt	mediu	înalt	scăzut	mediu
Feminin	TVfe	64	84	45	69	71	42	6	înalt	înalt	mediu	înalt	înalt	mediu	scăzut
Feminin	BDfe	72	77	78	69	82	64	15	înalt	înalt	înalt	înalt	înalt	înalt	scăzut
Feminin	BCfe	72	89	67	66	84	32	21	înalt	înalt	înalt	înalt	înalt	scăzut	mediu
Feminin	VMfe	52	66	45	48	76	1	12	mediu	înalt	mediu	mediu	înalt	scăzut	scăzut
Masculin	MSme	28	48	46	34	22	12	5	scăzut	mediu	mediu	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut
Masculin	SCme	22	40	42	28	21	16	4	scăzut	scăzut	mediu	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut
Feminin	CAfe	62	82	65	71	66	61	10	înalt	înalt	înalt	înalt	înalt	înalt	scăzut

Gen	Nume, prenume	Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	mitomanie	nivel adaptare	nivel accept de sine	nivel accept celorlalti	Niv confort emotional	niv control intern	niv tendinta de a domina	nivel mitomanie
GRUP DE CONTROL															
Masculin	DEmc	61	78	62	45	64	55	19	înalt	înalt	înalt	mediu	înalt	mediu	mediu
Masculin	NVmc	60	90	37	55	46	20	8	mediu	înalt	scăzut	mediu	mediu	scăzut	scăzut
Feminin	PAfc	35	35	47	18	33	14	22	scăzut	scăzut	mediu	scăzut	scăzut	scăzut	mediu
Feminin	MAfc	42	68	34	55	57	25	6	mediu	înalt	scăzut	mediu	mediu	scăzut	scăzut
Feminin	CAfc	52	64	62	53	62	54	13	mediu	înalt	înalt	mediu	înalt	mediu	scăzut
Feminin	CRfc	57	84	50	40	63	16	22	mediu	înalt	mediu	mediu	înalt	scăzut	mediu
Feminin	VOfc	45	45	46	38	71	3	13	mediu	mediu	mediu	mediu	înalt	scăzut	scăzut
Masculin	CMmc	3	5	2	0	12	2	1	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut
Masculin	GSmc	2	3	0	4	6	4	4	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut	scăzut
Feminin	PAfc	52	57	51	50	56	50	9	mediu	mediu	mediu	mediu	mediu	mediu	scăzut

Anexa 11. Comparații test – retest, grup experimental

Ranks^a

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
R Ind adaptare – Ind adaptare	Negative Ranks	0 ^b	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^c	5.50	55.00
	Ties	0 ^d		
	Total	10		
R Ind accept de sine – Ind accept de sine	Negative Ranks	0 ^e	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^f	5.50	55.00
	Ties	0 ^g		
	Total	10		
R Ind accept celorlalti – Ind accept celorlalti	Negative Ranks	0 ^h	.00	.00
	Positive Ranks	9 ⁱ	5.00	45.00
	Ties	1 ^j		
	Total	10		
R Ind confort emotional – Ind confort emotional	Negative Ranks	0 ^k	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^l	5.50	55.00
	Ties	0 ^m		
	Total	10		
R Ind control inten – Ind control inten	Negative Ranks	0 ⁿ	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^o	5.50	55.00
	Ties	0 ^p		
	Total	10		
R Ind tendinta de a domina – Ind tendinta de a domina	Negative Ranks	0 ^q	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^r	5.00	45.00
	Ties	1 ^s		
	Total	10		
R mitomanie – mitomanie	Negative Ranks	1 ^t	5.00	5.00
	Positive Ranks	4 ^u	2.50	10.00
	Ties	5 ^v		
	Total	10		

Test Statistics^{a,b}

	R Ind adaptare – Ind adaptare	R Ind accept de sine – Ind accept de sine	R Ind accept celorlalti – Ind accept celorlalti	R Ind confort emotional – Ind confort emotional	R Ind control inten – Ind control inten	R Ind tendinta de a domina – Ind tendinta de a domina	R mitomanie – mitomanie
Z	-2.803c	-2.805c	-2.668c	-2.805c	-2.810c	-2.668c	-.674c
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005	.005	.008	.005	.005	.008	.500

a. grup = GE test -retest

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

c. Based on negative ranks.

Anexa 12. Comparații test – retest, grup de control

Ranks^a

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
R Ind adaptare – Ind adaptare	Negative Ranks	2b	3.50	7.00
	Positive Ranks	4c	3.50	14.00
	Ties	4d		
	Total	10		
R Ind accept de sine – Ind accept de sine	Negative Ranks	4e	4.25	17.00
	Positive Ranks	3f	3.67	11.00
	Ties	3g		
	Total	10		
R Ind accept celorlalti – Ind accept celorlalti	Negative Ranks	3h	2.67	8.00
	Positive Ranks	2i	3.50	7.00
	Ties	5j		
	Total	10		
R Ind confort emotional – Ind confort emotional	Negative Ranks	0k	.00	.00
	Positive Ranks	2l	1.50	3.00
	Ties	8m		
	Total	10		
R Ind control inten – Ind control inten	Negative Ranks	2n	2.25	4.50
	Positive Ranks	3o	3.50	10.50
	Ties	5p		
	Total	10		
R Ind tendinta de a domina – Ind tendinta de a domina	Negative Ranks	2q	3.00	6.00
	Positive Ranks	4r	3.75	15.00
	Ties	4s		
	Total	10		
R mitomanie – mitomanie	Negative Ranks	0t	.00	.00
	Positive Ranks	3u	2.00	6.00
	Ties	7v		
	Total	10		

Test Statistics^{a,b}

	R Ind adaptare – Ind adaptare	R Ind accept de sine – Ind accept de sine	R Ind accept celorlalti – Ind accept celorlalti	R Ind confort emotional – Ind confort emotional	R Ind control inten – Ind control inten	R Ind tendinta de a domina – Ind tendinta de a domina	R mitomanie – mitomanie
Z	-.740c	-.509d	-.136d	-1.342c	-.813c	-.943c	-1.604c
Asymp. Sig. (2-tailed)	.459	.611	.892	.180	.416	.345	.109

a. grup = GC test – retest

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

c. Based on negative ranks.

d. Based on positive ranks.

Anexa 13. Diferențe retest între grupul experimental și cel de control

Ranks

	grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ind adaptare	GE retest	10	13.30	133.00
	GC retest	10	7.70	77.00
	Total	20		
Ind accept de sine	GE retest	10	12.85	121.00
	GC retest	10	7.55	89.00
	Total	20		
Ind accept celorlalti	GE retest	10	13.15	131.50
	GC retest	10	7.85	78.50
	Total	20		
Ind confort emotional	GE retest	10	13.50	135.00
	GC retest	10	7.50	75.00
	Total	20		
Ind control inten	GE retest	10	13.35	133.50
	GC retest	10	7.65	76.50
	Total	20		
Ind tendinta de a domina	GE retest	10	12.05	120.50
	GC retest	10	8.95	89.50
	Total	20		
mitomanie	GE retest	10	10.55	105.50
	GC retest	10	10.45	104.50
	Total	20		

Test Statistics^a

	Ind adaptare	Ind accept de sine	Ind accept celorlalti	Ind confort emotional	Ind control inten	Ind tendinta de a domina	mitomanie
Mann-Whitney U	22.000	26.500	23.500	20.000	21.500	34.500	49.500
Wilcoxon W	77.000	81.500	78.500	75.000	76.500	89.500	104.500
Z	-2.121	-1.996	-2.006	-2.270	-2.156	-1.172	-.038
Asymp. Sig. (2-tailed)	.034	.048	.045	.023	.031	.241	.970

a. Grouping Variable: grup

Anexa 14. Rezultatele la testele Kolmogorov-Smirnov și Shapiro-Wilk

În tabelele A14.1-A14.6 sunt prezentate rezultatele la testele Kolmogorov-Smirnov și Shapiro-Wilk. Constatăm că rezultatele la teste sunt semnificative statistic.

Tabelul A14.1. Relația dintre indicii generali ai adaptării psihosociale

<i>Variable</i>	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Adaptare psihosocială	.089	100	.050	.913	100	.000
Acceptare de sine	.151	100	.000	.843	100	.000
Acceptarea celorlalți	.161	100	.000	.902	100	.000
Confort emoțional	.090	100	.045	.935	100	.000
Control intern	.135	100	.000	.901	100	.000
Tendențe de dominare	.126	100	.001	.938	100	.000

Urmează prezentarea relației dintre indicii generali ai adaptării psihosociale în funcție de factorul „starea de sănătate”.

Tabelul A14.2. Relația dintre indicii generali ai adaptării psihosociale în funcție de factorul „prezența dizabilității”

<i>Variable</i>	<i>Starea de sănătate</i>	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Adaptare psihosocială	<i>Cu dizabilitate</i>	.161	50	.002	.877	50	.000
	<i>Fără dizabilitate</i>	.085	50	.200*	.936	50	.009
Acceptare de sine	<i>Cu dizabilitate</i>	.228	50	.000	.760	50	.000
	<i>Fără dizabilitate</i>	.074	50	.200*	.915	50	.002
Acceptarea celorlalți	<i>Cu dizabilitate</i>	.154	50	.005	.904	50	.001
	<i>Fără dizabilitate</i>	.188	50	.000	.894	50	.000
Confort emoțional	<i>Cu dizabilitate</i>	.132	50	.030	.894	50	.000
	<i>Fără dizabilitate</i>	.111	50	.166	.957	50	.069
Control intern	<i>Cu dizabilitate</i>	.161	50	.002	.904	50	.001
	<i>Fără dizabilitate</i>	.149	50	.007	.894	50	.000
Tendențe de dominare	<i>Cu dizabilitate</i>	.173	50	.001	.903	50	.001
	<i>Fără dizabilitate</i>	.110	50	.178	.949	50	.030

Pentru analiza relației dintre variabilele cercetării obținute prin aplicarea testelor Beck și ASEBA avem următoarele date:

Tabelul A14.3. Relația dintre variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA

<i>Variabile</i>	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Deznădejde	.212	100	.000	.876	100	.000
Probleme afective	.126	100	.001	.913	100	.000
Probleme de anxietate	.120	100	.001	.959	100	.003
Acuze somatice	.117	100	.002	.914	100	.000
Probleme de atenție	.133	100	.000	.955	100	.002
Probleme ale comportamentului opozant	.168	100	.000	.908	100	.000
Probleme de conduită	.180	100	.000	.831	100	.000

Variabilele cercetate în cadrul aplicării aceluiași teste relevă relația cu factorul „prezența dizabilității”.

Tabelul A14.4. Relația dintre variabilele cercetării conform testelor Beck, ASEBA în funcție de factorul „prezența dizabilității”

<i>Variabile</i>	<i>Starea de sănătate</i>	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Deznădejde	<i>Cu dizabilitate</i>	.259	50	.000	.832	50	.000
	<i>Fără dizabilitate</i>	.185	50	.000	.898	50	.000
Probleme afective	<i>Cu dizabilitate</i>	.163	50	.002	.946	50	.024
	<i>Fără dizabilitate</i>	.129	50	.038	.914	50	.001
Probleme de anxietate	<i>Cu dizabilitate</i>	.139	50	.017	.948	50	.029
	<i>Fără dizabilitate</i>	.105	50	.200*	.956	50	.058
Acuze somatice	<i>Cu dizabilitate</i>	.138	50	.018	.918	50	.002
	<i>Fără dizabilitate</i>	.128	50	.039	.908	50	.001
Probleme de atenție	<i>Cu dizabilitate</i>	.137	50	.020	.934	50	.008
	<i>Fără dizabilitate</i>	.121	50	.065	.944	50	.020
Probleme ale comportamentului opozant	<i>Cu dizabilitate</i>	.145	50	.010	.901	50	.001
	<i>Fără dizabilitate</i>	.189	50	.000	.910	50	.001
Probleme de conduită	<i>Cu dizabilitate</i>	.251	50	.000	.724	50	.000
	<i>Fără dizabilitate</i>	.135	50	.024	.876	50	.000

Semnificația statistică dintre variabilele studiate în cadrul testului Дембо-Рубинштейн poate fi urmărită în tabelul A14.5.

**Tabelul A14.5. Relația dintre variabilele cercetării conform
Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн**

<i>Variabile</i>	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sănătate / E1	.153	100	.000	.935	100	.000
Îngrijire / E2	.240	100	.000	.887	100	.000
Îndemânare / E3	.158	100	.000	.942	100	.000
Inteligența / E4	.226	100	.000	.866	100	.000
Bunătatea / E5	.208	100	.000	.903	100	.000
Autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6	.199	100	.000	.919	100	.000
Capacitățile comunicative / veselia / E7	.200	100	.000	.906	100	.000
Performanțe școlare / E8	.146	100	.000	.942	100	.000
	.108	100	.006	.984	100	.252

Aceleași date, descrise anterior, sunt expuse în tabelul ce urmează, în raport cu factorul „prezența dizabilității”.

**Tabelul A14.6. Relația dintre variabilele cercetării conform
Tehnicii de studiere a autoaprecierii la adolescenți Дембо-Рубинштейн
în funcție de factorul „prezența dizabilității”**

<i>Variabile</i>	<i>Starea de sănătate</i>	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sănătate / E1	<i>Cu dizabilitate</i>	.250	50	.000	.877	50	.000
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.172	50	.001	.901	50	.001
Îngrijire / E2	<i>Cu dizabilitate</i>	.285	50	.000	.798	50	.000
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.210	50	.000	.851	50	.000
Îndemânare / E3	<i>Cu dizabilitate</i>	.195	50	.000	.910	50	.001
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.162	50	.002	.895	50	.000
Inteligența / E4	<i>Cu dizabilitate</i>	.232	50	.000	.828	50	.000
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.234	50	.000	.801	50	.000
Bunătatea / E5	<i>Cu dizabilitate</i>	.208	50	.000	.883	50	.000
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.216	50	.000	.881	50	.000
Autoritatea în fața semenilor / prietenia / E6	<i>Cu dizabilitate</i>	.167	50	.001	.912	50	.001
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.259	50	.000	.854	50	.000
Capacitățile comunicative / veselia / E7	<i>Cu dizabilitate</i>	.204	50	.000	.892	50	.000
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.227	50	.000	.851	50	.000
Performanțe școlare / E 8	<i>Cu dizabilitate</i>	.245	50	.000	.882	50	.000
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.242	50	.000	.863	50	.000
Media scale DR	<i>Cu dizabilitate</i>	.174	50	.001	.940	50	.013
	<i>Cu dezvoltare tipică</i>	.144	50	.012	.941	50	.014

Anexa 15. Relația dintre variabilele cercetării conform indicilor generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dizabilitate și cu dezvoltare tipică

Tabelul A15.1. Relația dintre variabilele cercetării conform indicilor generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dizabilitate

			Corelații											
			Adaptare psihosocială	Acceptare de sine	Acceptarea celorlalți	Confort emoțional	Control inten	Tendinta de a domina	Deznădejde	Sănătate / E1	Îngrijire / E2	Îndemânare / E3	Inteligența / E4	
Kendall's tau_b	Adaptare psihosocială	Correlation Coefficient	1.000	.738**	.587**	.698**	.489**	.414**	-.716**	.159*	.460**	.454**	.106	
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.030	.000	.000	.153
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Acceptarea de sine	Correlation Coefficient	.738**	1.000	.450**	.701**	.352**	.247*	-.651**	.129	.526**	.125	.124	
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.001	.018	.000	.081	.000	.086	.097	
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	Acceptarea celorlalți	Correlation Coefficient	.587**	.450**	1.000	.485**	.415**	.519**	-.526**	.122	.137	.141	.126	
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.096	.067	.053	.091	
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	Confort emoțional	Correlation Coefficient	.698**	.701**	.485**	1.000	.292**	.351**	-.661**	.141	.157*	.476**	.129	
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.004	.001	.000	.056	.037	.000	.086	
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	Control inten	Correlation Coefficient	.489**	.352**	.415**	.292**	1.000	.361**	-.438**	.482**	.131	.554**	.566**	
		Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.004	.	.000	.000	.000	.079	.000	.000	
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	Tendinta de a domina	Correlation Coefficient	.414**	.247*	.519**	.351**	.361**	1.000	-.538**	.098	.452**	.600**	.108	
		Sig. (2-tailed)	.000	.018	.000	.001	.000	.	.000	.189	.000	.000	.151	
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	Deznadejde	Correlation Coefficient	-.716**	-.651**	-.526**	-.661**	-.438**	-.538**	1.000	.068	-.255*	.020	-.209	
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.549	.028	.861	.067	
N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
Sănătate / E1	Correlation Coefficient	.159*	.129	.122	.141	.482**	.098	.068	1.000	-.053	.166	.132		
	Sig. (2-tailed)	.030	.081	.096	.056	.000	.189	.549	.	.659	.150	.264		
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
Îngrijire / E2	Correlation Coefficient	.460**	.526**	.137	.157*	.131	.452**	-.255*	-.053	1.000	.081	.176		
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.067	.037	.079	.000	.028	.659	.	.491	.142		
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
Îndemânare / E3	Correlation Coefficient	.454**	.125	.141	.476**	.554**	.600**	.020	.166	.081	1.000	.163		
	Sig. (2-tailed)	.000	.086	.053	.000	.000	.000	.861	.150	.491	.	.161		
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
Inteligența / E4	Correlation Coefficient	.043	-.030	.126	.129	.566**	.108	-.209	.132	.176	.163	1.000		
	Sig. (2-tailed)	.106	.124	.091	.086	.000	.151	.067	.264	.142	.161	.		
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		

** . Corelații semnificative pentru 0.01 (2-tailed).

* . Corelații semnificative pentru 0.05 (2-tailed).

Tabelul A15.2. Relația dintre variabilele cercetării conform indicilor generali ai adaptării psihosociale, în grupul adolescenților cu dezvoltare tipică

			Corelații										
			Adaptare psihosocială	Acceptare de sine	Acceptarea celorlalți	Confort emoțional	Control inten	Tendinta de a domina	Deznadejde	Sănătate / E1	Îngrijire / E2	Îndemănare / E3	Inteligența / E4
Kendall's tau_b	Adaptare psihosocială	Correlation Coefficient	1.000	.690**	.571**	.674**	.624**	.342**	-.667**	.410**	.217*	.225*	.776**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.042	.030	.000
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Acceptarea de sine	Correlation Coefficient	.690**	1.000	.472**	.561**	.603**	.349**	-.416**	.405**	.238*	.430**	.402**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.034	.000	.000
	Acceptarea celorlalți	Correlation Coefficient	.571**	.472**	1.000	.429**	.504**	.230*	-.459**	.275**	.158	.111	.174
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.020	.000	.009	.139	.284	.100
	Confort emoțional	Correlation Coefficient	.674**	.561**	.429**	1.000	.514**	.228*	-.546**	.274**	.151	.174	.232*
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.021	.000	.009	.158	.094	.029
	Control inten	Correlation Coefficient	.624**	.603**	.504**	.514**	1.000	.233*	-.572**	.226**	.227*	.161	.544**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.	.018	.000	.033	.033	.120	.000
	Tendinta de a domina	Correlation Coefficient	.342**	.349**	.230*	.228*	.233*	1.000	-.419**	.131	.195	.066	.102
		Sig. (2-tailed)	.001	.000	.020	.021	.018	.	.000	.215	.069	.524	.337
	Deznadejde	Correlation Coefficient	-.667**	-.416**	-.459**	-.546**	-.572**	-.419**	1.000	-.040	-.199	-.105	-.348**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.717	.075	.332	.002
	Sănătate / E1	Correlation Coefficient	.410**	.405**	.275**	.274**	.226**	.131	-.040	1.000	.360**	.413**	.480**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.009	.009	.033	.215	.717	.	.002	.000	.000
	Îngrijire / E2	Correlation Coefficient	.217*	.238*	.158	.151	.227*	.195	-.199	.360**	1.000	.391**	.621**
		Sig. (2-tailed)	.042	.034	.139	.158	.033	.069	.075	.002	.	.001	.000
	Îndemănare / E3	Correlation Coefficient	.225*	.430**	.111	.174	.161	.066	-.105	.413**	.391**	1.000	.490**
Sig. (2-tailed)		.030	.000	.284	.094	.120	.524	.332	.000	.001	.	.000	
Inteligența / E4	Correlation Coefficient	.776**	.402**	.174	.232*	.544**	.102	-.348**	.480**	.621**	.490**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.100	.029	.000	.337	.002	.000	.000	.000	.	
		N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

** . Corelații semnificative pentru 0.01 (2-tailed).
* . Corelații semnificative pentru 0.05 (2-tailed).

Anexa 16. Programul formativ

PROGRAM DE CONSILIERE PSIHOSOCIALĂ INDIVIDUALĂ ȘI DE GRUP (Secvență)

- **Scopul:** Formarea și dezvoltarea abilităților socio-emoționale în vederea sporirii capacității de adaptare psihosocială a adolescenților cu dizabilități fizice.
- **Durata unei ședințe:** 90 de minute.
- **Strategii formative utilizate:**
 - *Metode și procedee:* Explicația, lucru individual, lucrul în grup, jocul de rol, expunerea, problematizarea, reflecții individuale, automonitorizarea gândurilor, emoțiilor comportamentelor, imageria dirijată;
 - *Materiale:* fișe, lipici, foarfece, creioane, carioca, reviste, fișele ce cuprind un set de imagini, coli albe A4, scoici, cristale, pietre, frunze, crenguțe, flori, castane, semințe, 6 pălării improvizate de diferite culori (albă, galbenă, roșie, verde, neagră, albastră), cercuri din carton pe care sunt reprezentate emoții, 3 cutii.
 - *Moduri de organizare:* frontal/individual/grupe mici.

Domenii majore	Direcții de activitate
Domeniul cunoașterii și conștientizării de sine	Conștientizarea propriului corp
	Cunoașterea aspectelor forte și a limitelor personale
	Recunoașterea persoanelor apropiate
	Încrederea în sine și autoeficacitatea
	Aptitudini și interese
Cunoașterea și dezvoltarea abilităților emoționale	Dezvoltarea conștientizării emoționale
	Recunoașterea, identificarea și înțelegerea emoțiilor
	Gestionarea propriilor emoții
	Dezvoltarea empatiei
	Înțelegerea legăturii dintre emoție și comportament
Dezvoltarea abilităților de comunicare constructivă și deprinderi sociale	Comunicarea și relaționarea armonioasă cu adulții și semenii
	Deprinderi de comunicare, ascultare, cooperare, empatie
	Stabilirea relațiilor prietenoase între semenii
	Relaționarea armonioasă cu adulții și semenii
	Modalități creative de soluționare a conflictelor
	Cooperarea și negocierea în viața cotidiană
	Atitudine pozitivă
	Lucru în echipă
Luarea deciziilor	Abilități de descoperire și creativitate
	Evaluarea riscurilor
	Responsabilitatea
	Managementul timpului
	Orientarea vocațională (Cunoașterea profesiilor, vizitând profesioniștii la locul de muncă)

- **Domenii și subdomenii ale abilităților socio-emoționale care au fost urmărite în cadrul programului.**

• **Grupul-țintă / vârsta / nivelul:**

Grupul-țintă	Vârsta
Adolecenți cu dizabilitate fizică	14-20 ani

• **Sugestii pentru formatori:**

- ✓ Stabiliți și mențineți pe toată durata programului o relație de încredere și armonioasă cu participanții;
- ✓ Creați o atmosferă de lucru plăcută și favorabilă;
- ✓ Manifestați flexibilitate față de participanți, sarcinile propuse;
- ✓ Formulați sarcinile clar și concis;
- ✓ Utilizați un limbaj clar, accesibil și pe înțeles tuturor participanților implicați;
- ✓ Folosiți o diversitate de metode, metodici/tehnici de lucru;
- ✓ Monitorizați ca fiecare din participanți să fie implicat;
- ✓ Supervizați realizarea sarcinilor;
- ✓ Încurajați participanții în a prezenta, comunica cele realizate.

Exercițiile individuale sau de grup au fost preluate/adaptate din următoarele lucrări de specialitate: *Culegere de exerciții de dezvoltare personală: auxiliar didactic pentru ora de dirigenție* / Anca Cazacu, Ileana Boteanu [18], *Dezvoltare personală, Caietul elevului adolescent* [115].

ȘEDINȚA Nr. 1

Exercițiul nr. 1 „Cine sunt eu”

• **Obiective:**

- Cunoașterea reciprocă a persoanelor participante;
- Dezvoltarea încrederii în sine;
- Crearea comunității și a mediului de încredere.

Forma de lucru: individual și frontal.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se înmânează fiecărui elev Fișa *CINE SUNT EU?* și se pun la dispoziție materialele necesare. Elevii primesc sarcina de a realiza timp de 10 min. un colaj/desen care să le ofere celorlalți o idee despre cine sunt ei. Pentru realizarea sarcinii elevii pot folosi cuvinte, simboluri, desene la libera alegere. După realizarea sarcinii, se creează grupuri a câte 3-4 elevi, în care fiecare va împărtăși celorlalți ce a făcut. Grupurile vor discuta aspectele comune timp de 10 min.

Debriefing/reflexie: În final, se reface grupul mare și se discută cât de ușor/difil a fost sarcina, care sunt lucrurile comune descoperite, i-a ajutat exercițiul să se cunoască mai bine etc.

↪ Cum v-ați simțit?

↪ Ce-a fost cel mai difil? Să vă desenați, sau să identificați calitățile?

Fișa CINE SUNT EU?

Dacă aș fi animal, aș fi...	Dacă aș fi culoare, aș fi...
Dacă aș fi pasăre, aș fi...	Dacă aș fi floare, aș fi...
Dacă aș fi instrument muzical, aș fi...	Dacă aș fi copac, aș fi....

Exercițiul nr. 2 „Știu că mă cunosc”

- **Obiective:** Cunoașterea competențelor / aspectelor forte și a limitelor personale.

Forma de lucru: individual și frontal.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Elevilor li se propune spre completare fișa cu afirmații. Au ca scop să continue afirmațiile propuse. Exercițiul poate fi adaptat și desfășurat și sub formă orală, cu acroșarea afirmațiilor pe un flipchart la tablă.

1. Ceea ce gândesc despre mine este....
2. Ceea ce-mi place și apreciez la mine este...
3. Ceea ce nu-mi place la mine este...
4. Mă iubesc pentru că...
5. Resursele mele sunt....

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 3 „Trusa de prim ajutor”

(adaptat după psihologul Fundației Cote, Alis Ghebuță)

- **Obiective:** Conștientizarea și identificarea abilităților personale, sociale.

Forma de lucru: individual și de grup.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se propune să analizeze imaginile primite. Ulterior, au ca scop să identifice și să aleagă acele obiecte pe care le consideră ca fiind esențiale pentru trusa lor de prim ajutor. Se acordă 1 minut pentru alegere și reflectare individuală. Apoi, participanții sunt încurajați să-și prezinte, pe rând, trusa de prim ajutor și să spună motivele care au stat la baza alegerilor făcute.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 4 „Fotografie de familie” (preluat din „Culegerea de exerciții de dezvoltare personală: auxiliar didactic pentru ora de dirigenție”, Anca Cazacu, Ileana Boteanu)

- **Obiective:** Consolidarea capacității de recunoaștere a persoanelor apropiate.

Forma de lucru: individual.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** „Gândiți-vă pentru o clipă la familia voastră. Opriți-vă, pe rând, la fiecare membru al familiei voastre și observați-l cu atenție! Cum este el? Ce-l caracterizează? Cum este relația voastră cu el? Ce vă atrage sau nu vă atrage la el? Sunt lucruri care vă apropie sau vă țin departe unul de celălalt? Încercați să aveți o imagine cât mai clară a fiecărei persoane din familia voastră. Și, dacă tabloul este complet, vă invit să vă îndreptați către materialele din centrul sălii: scoici, cristale, pietre, frunze, crenguțe, flori, castane, semințe și cu ajutorul lor să realizați pe spațiul foii de hârtie din fața voastră o fotografie reprezentativă pentru familia din care proveniți. Faceți în așa fel încât să redați o imagine cât mai fidelă a familiei voastre, găsind elementele care ar putea să definească cel mai bine fiecare membru al familiei.”
(*Oferiți timp suficient adolescenților pentru a realiza tabloul familial.*)

Debriefing/reflexie: *Priviți acum fotografia realizată și observați modul în care vă situați voi față de ceilalți membri ai familiei voastre. Încercați să aflați ce vă determină să stați la o distanță mai mare sau mai mică de fiecare membru al familiei voastre. Care este relația voastră cu ei și care sunt trăirile voastre în raport cu ei?*

Exercițiul nr. 5 „Harta inimii” [104]

- **Obiective:** Dezvoltarea sentimentului de autoeficacitate.

Forma de lucru: individual.

Durata: 15 minute.

- ✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Elevii au ca scop să completeze spațiile „inimii”, indicând:
- A. cel puțin 3 calități personale care îți plac cel mai mult;
 - B. cel puțin 3 lucruri din viața ta pe care ți-ar plăcea să le schimbi;
 - C. cel puțin 3 lucruri pe care le faci bine;
 - D. cel puțin 3 cuvinte care ți-ar plăcea să se spună despre tine.



Debriefing/reflexie:

- ↻ *Cu care calitate vă mândriți cel mai mult?*
- ↻ *A fost greu să identificați calitățile?*
- ↻ *Cine sunt cei care va pot recunoaște calitățile?*
- ↻ *Ce calități noi ați descoperit azi la voi? Dar la ceilalți?*

Exercițiul nr. 6 „Ce pot să fac?”

- **Obiective:** Identificarea aptitudinilor și intereselor care pot fi valorificate în carieră.

Forma de lucru: de grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** „Gândiți-vă la ce vă place să faceți, abilitățile pe care le folosești în diverse activități. Prin abilități înțelegem acele însușiri psihice și fizice care te ajută să îndeplinești o activitate în bune condiții. Fiecare își are propriile sale aptitudini și interese. Veți purta, pe rând, mai multe pălării. De fapt, veți intra în mai multe perspective, sub mai multe pălării. Fiecare perspectivă îți va aduce o informație nouă. Pentru a vă fi mai ușor, la fiecare punct/pălărie sunt scrise și câteva întrebări la care să răspunzi.

1. **Pălăria albă.** Lucrurile care îmi place cel mai mult să le fac în timpul liber sunt...
2. **Pălăria roșie.** La școală sunt cel mai bun la ...
3. **Pălăria neagră.** Abilitățile care mă ajută să fiu cel mai bun sunt...
4. **Pălăria galbenă.** Sub aceasta pălărie, se punctează beneficiile, rezultatele așteptate. Este o „pălărie” aducătoare de soluții. (*Care sunt punctele forte individuale? Dacă faci asta, ce se va schimba în bine?*)
5. **Pălăria verde.** Sub pălăria verde, dăm frâu liber creativității noastre. (*Care sunt pașii pe care i-aș putea face?*)
6. **Pălăria albastră.** Sub pălăria albastră „supervizezi” cum poți face lucrurile să meargă în direcția dorită de tine. (*Cum îmi voi da seama că sunt pe drumul cel bun? Ce vor observa ceilalți la mine dacă fac această schimbare? Ce am făcut până acum?*)”.

Debriefing/reflexie:

- ↻ *Cum vă simțiți?*
- ↻ *Care pălărie v-a adus cea mai dificilă sarcină?*

ȘEDINȚA Nr. 2

Exercițiul nr. 1 „Roata emoțiilor”

- **Obiective:** Recunoașterea, identificarea și înțelegerea emoțiilor trăite în diferite contexte;

Forma de lucru: frontal.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se realizează dintr-un carton o roată (disc) împărțită în 6 părți egale pe care sunt desenate cele șase emoții de bază (imagini cu fețe): mânia, dezgustul, tristețea, bucuria, frica și surpriza. Participanții discută despre emoțiile lor în ordinea în care s-a oprit indicatorul roții. Fiecare a fost rugat să identifice și explice emoția și de asemenea să descrie un moment din viața sa în care a simțit acea emoție. Fiecare și-a exprimat opiniile, în ce situații își manifestă anumite emoții expuse pe disc și față de ce persoane au aceste sentimente. Se va distribui apoi câte o pungă mica de hârtie și 6 foi de hârtie fiecăruia, li se va spune adolescenților că uneori avem anumite sentimente în unele situații pe care nu le putem spune nimănui, că le ascundem la fel cum ascundem ceva într-o pungă de hârtie și nu lăsăm pe nimeni să vadă ce este în ea. Fiecare se va gândi la o situație în care a procedat așa, vor desena emoția pe o fâșie de hârtie și o vor introduce în pungă.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Ideile tale îți explică emoțiile?*
- ↪ *Ce scoate la iveală situațiile care ai avut în cazul vostru emoții diferite?*
- ↪ *Ce ne influențează emoțiile? Modul de gândire?*

Exercițiul nr. 2 „Răspund pozitiv” (imageria)

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de autoreglare emoțională rațională.

Forma de lucru: în grupe a câte 4.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Adolescenții sunt împărțiți în echipe de câte patru, ei primesc câte o fișă cu 2 situații. Se discută modul cum ei s-ar simți, în contextele respective, și apoi își imaginează răspunsuri pozitive pentru situațiile stresante.

Fișă de lucru

1. Elevul X se ceartă cu un coleg de la un meci de fotbal. Colegul respectiv a ratat o ocazie de gol și echipa celor doi băieți a pierdut. Elevul X îl împinge pe colegul lui și îi spune că nu e în stare de nimic.
2. Mama ta ți-a luat niște haine de la un magazin de mâna a doua și câțiva colegi de școală te-au necăjit legându-se de felul în care arăți.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Ce emoții ați identificat?*
- ↪ *Ați avut voi sau poate altcineva situații similare?*
- ↪ *Cum voi faceți față situațiilor dificile?*
- ↪ *Credeți că dacă va schimbați gândurile, acest lucru v-ar ajuta și în modul cum vă simțiți?*

Exercițiul nr. 3 „Înțelege-ți comportamentele” (Modelul ABC) [66]

- **Obiective:** Perceperea și înțelegerea legăturii dintre gânduri-emoții și comportamente.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 40 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se va propune adolescenților să-și readucă aminte de un eveniment sau o situație în care a trăit o emoție negativă, cum ar fi anxietate, furie etc. Ulterior, vor avea ca scop să descrie situația cât mai exact, ca și cum ar exista o cameră de luat vederi. Se vor menționa doar faptele voastre. Situația trăită se va trece prin modelul ABC, explicând elevilor pe pași.

A = evenimentul activator (este orice fel de stimul care acționează asupra organelor noastre de simț) **B = cognițiile/convingerile/credințele persoanei;** practic este modalitatea persoanei de a interpreta ce i se întâmplă și de a se raporta la realitatea înconjurătoare.

Întrebări de suport:

- ✓ *La ce mă gândeam când a avut loc evenimentul?*
- ✓ *Ce îmi trecea prin cap în acel moment?*

C = consecințele prelucrării informaționale

1. Emoțiile manifestate.

Facilitatorul: După ce vor identifica emoțiile vor avea ca și scop să evalueze intensitatea emoției de la 0 la 10. Cu cât mai mare este cifra, cu atât mai intens s-a simțit emoția.

2. Reacțiile fiziologice. Majoritatea emoțiilor disfuncționale sunt de obicei însoțite de reacții fiziologice foarte puternice.

Facilitatorul: Se vor nota reacțiile fiziologice pe care le-a observat, cum ar fi bătăile accelerate ale inimii, senzația de sufocare, transpirație.

3. Acțiunile / Comportamentul manifestat. Fiecare emoție este însoțită de o tendință de acțiune.

Facilitatorul: Ce ați făcut în situația respectivă? (Exemple de comportamente: *plâns, țipat, evitare, izolare* etc).

Debriefing/reflexie: *Evaluarea exercițiului.*

Exercițiul nr. 4 „Mesaje către celălalt” [115]

- **Obiective:** Dezvoltarea abilității de a empatiza.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Adolescenților se va propune în a completa propozițiile din posterul cu propoziții incomplete și apoi să transmită fiecare propoziție la cel puțin cinci persoane diferite. Fiți atenți la cum v-ați simțit după transmiterea mesajelor și la cum v-a ajutat acest exercițiu.

- Eu acum am nevoie de.....
- Eu acum am nevoie de....., iar asta mă face să.....
- Eu cred că tu ai nevoie de.....
- Eu cred că tu ai nevoie de....., iar asta mă face să.....
- Eu vreau de la tine / vreau ca tu să.....
- Eu nu vreau ca tu.....

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

ȘEDINȚA Nr. 3

Exercițiul nr. 1 „Din perspectiva celor 3...”

- **Obiective:** Dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Fiecare dintre participanți vor primi diferite situații din viață. După ce analizează situația primită timp de 2-3 minute, ei sunt rugați să iasă toți în față pentru a forma un semicerc. Fiecare pe rând va vorbi cu referire la situația primită din perspectiva:



Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului reieșind din cele trei perspective. Scoaterea în evidență în care a fost cel mai dificil, ușor. Ce le-a plăcut? Ce i-a dezorientat?

Exercițiul nr. 2 „Șirul buclucaș”

- **Obiective:** Favorizarea cooperării și relaționării armonioase între semeni;

Forma de lucru: frontal.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se confecționează bilețele pe care se trec numere de la 1 la 10, în funcție de numărul de participanți. Astfel vor exista atâtea bilete câți adolescenți se vor regăsi în grup. Elevii vor pune aceste bilețele într-o cutie și le vor amesteca bine. Fiecare va extrage din cutie câte un bilet. Pe el va fi scris un număr de la 1 la 10. Numărul pe care elevii îl vor extrage va fi secret. După ce vor citi biletul extras, vor memora numărul și vor pune biletul deoparte. Se va trece mai departe doar după ce se verifică dacă toți elevii au luat câte un bilet, l-au citit, au reținut numărul și au pus biletul deoparte. Elevii vor închide ochii și fără să vorbească între ei, deci fără a spune vreun cuvânt, vor face în așa fel încât să formeze un șir cu numerele în ordine crescătoare de la 1 la 10. Nu contează unde va fi numărul 1 și numărul 10, atâta timp cât numerele sunt unul după altul.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 3 „Semaforul” (adaptat după Daniel Goleman (2001))

- **Obiective:** Dezvoltarea autocontrolului emoțional și comportamental în situații de conflict.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Gândește-te la un conflict și încearcă să îl rezolvi sub forma culorilor semaforului după modelul de mai jos; acest exercițiu vă va ajuta să controlați impulsivitatea și să vă mențineți autocontrolul în situații dificile de viață.

Metoda Semaforul:

ROȘU:

- a. Stai, liniștește-te și gândește-te înainte să acționezi.

GALBEN:

- b. Spune-ți problema și exprimă ceea ce simți.
- c. Stabilește-ți un scop pozitiv.
- d. Gândește-te la cât mai multe soluții.
- e. Gândește-te la consecințe.

VERDE:

- f. Dă-i drumul și încearcă planul cel mai bun.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 4 „Soluționarea problemelor”

(adaptat după Steven J. Stein și Howard E. Book ())

- **Obiective:** Dezvoltarea și consolidarea capacității de negociere și soluționare a conflictelor.

Forma de lucru: în perechi.

Durata: 30 minute.

- ✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Adolescenții au ca scop să identifice o problemă cu care se confrunți în prezent și să parcurgă etapele de rezolvare conform fișei de lucru propuse.

Definirea problemei		
Stabilirea obiectivelor	1. 2. 3.	
Generarea soluțiilor alternative	Soluția 1: Soluția 2: Soluția 3:	
Consecințele negative și pozitive ale fiecărei soluții identificate	Consecințe negative	Consecințe pozitive
Soluția 1		
Soluția 2		
Soluția 3		
Adoptarea deciziei		
Stabilirea planului de implementare		

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 5 „Pânza de păianjen”

- **Obiective:**
 - Valorificarea lucrului în echipă;
 - Conștientizarea necesității de cooperare în grup.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 10 minute.

- ✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții sunt așezați în cerc, unul dintre ei primește un ghem de ață, ținând firul în mână el dă ghemul și celorlalți, astfel încât firul să fie ținut de fiecare asemenea unei pânze de păianjen. Unui participant i s-a cerut să lase firul din mână, și li s-a explicat ce se întâmplă după ce colegul lor a făcut acest lucru. Apoi fiecare participant a lăsat rând pe rând ața din mână până când aceasta va fi ținut doar de o singură persoană.

Debriefing/reflexie: *Discuțiile vor fi direcționate astfel încât participanții vor conștientiza cât de important este să ai o relație bună și stabilă cu membrii grupului din care faci parte și faptul că fiecare membru al grupului trebuie să se implice și să-și facă partea sa pentru a menține echilibrul, în caz contrar, rând pe rând și ceilalți nu vor mai dori să mențină aceste relații.*

ȘEDINȚA Nr. 4

Exercițiul nr. 1 „Ușa” [51]

- **Obiective:** Conștientizarea propriilor decizii luate în viață.

Forma de lucru: individual.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Fiecare elev va desena pe o foaie o ușă întredeschisă. Participanții se proiectează în mod imaginar în fața acestei uși care va însemna ceva pentru fiecare.

- 1) „Vă aflați în fața unei uși întredeschise. Ce poate reprezenta ea? Cum vă simțiți în fața ușii?”
- 2) „Ce credeți că se află dincolo de ușă? Vizualizați!”
- 3) „Ce vă vine să faceți?”
- 4) „Spuneți și acționați ca și cum vă aflați în fața ușii”

Procesare:

Fiecare își va conștientiza propria strategie rezolutivă împreună cu descrierea emoțiilor, imaginii de sine, încrederii în sine, blocajelor/ inițiativelor, dependenței/independenței, anxietății, atitudinii generate de situație. Prin această provocare în imaginar, elevii vor descoperi propriile oportunități, strategii de rezolvare a unei situații, modalitatea de a se experimenta pe sine, descoperind resurse personale și devenind mai încrezător în sine.

Debriefing/reflexie: *Evaluarea exercițiului.*

Exercițiul nr. 2 „Știu cine ești”

- **Obiective:** Construirea respectului față de sine și față de ceilalți.

Forma de lucru: de grup.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții sunt rugați să se aranjeze într-un cerc. Pe coli mari de hârtie (A4) colorată pe spatele fiecărui membru se vor nota cuvinte frumoase, comentarii pozitive la adresa sa. Fiecare persoană se va plimba prin spațiu și va scrie cel puțin un comentariu colegului. Când au terminat, fiecare își va scoate foaia de pe spate și se va da citire ceea ce s-a scris despre el.

Debriefing/reflexie: *Discuții libere despre cât de ușor/dificil le-a fost. Cum s-au simțit pe parcurs dar și în momentul în care au dat citirii celor înscrise pe foaie?*

Exercițiul nr. 3 „Copacul meseriilor”

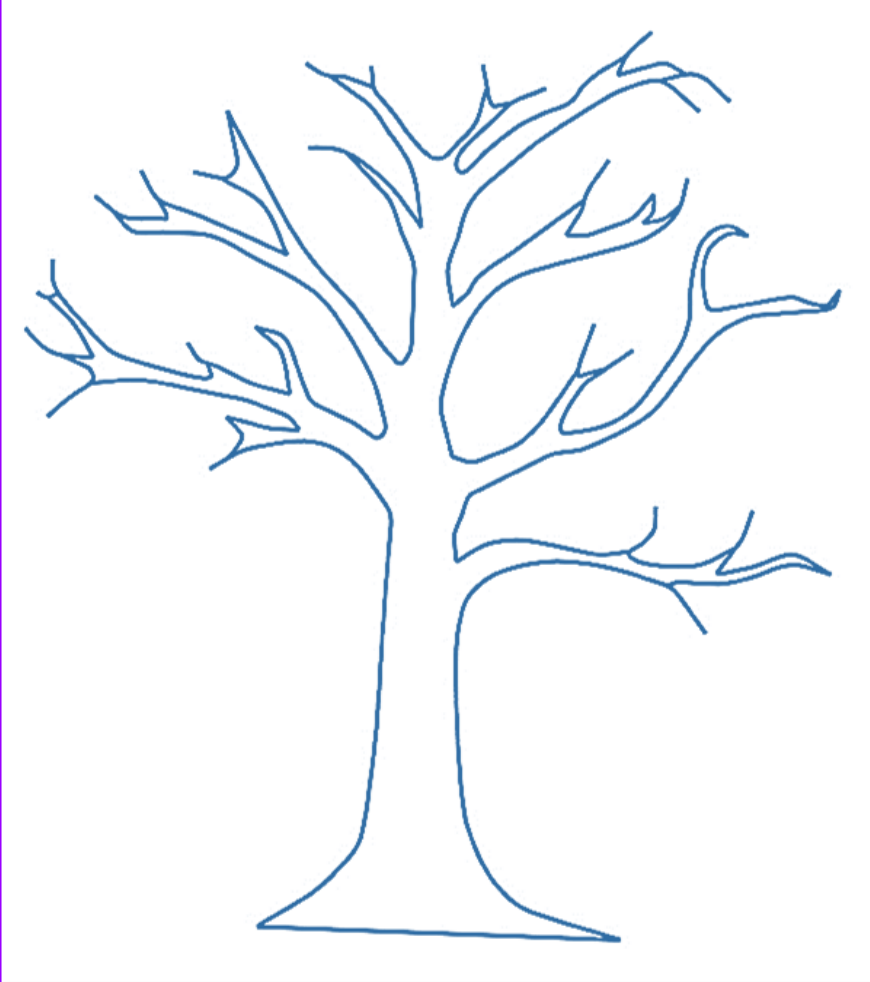
- **Obiective:** Consolidarea abilităților de descoperire a meseriilor.

Forma de lucru: în grup a câte 3-4 persoane.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se formează grupe a câte 3-4 persoane. Fiecare grupă își alege un reprezentant care va merge și va trage un carton pe care este scrisă o meserie. Cartoanele sunt sub formă de frunză. Pe cartoane, timp de 10 min., fiecare grupă va trebui să scrie trei calități principale care i-ar recomanda pentru acea meserie, și dedesubt trei calități adiționale (secundare). Fiecare grupă va prezenta ceea ce a scris și se lipesc acele frunzulițe pe un arbore fie oferită mostra, fie se va desena de grup pe o foaie flipchart.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

<p>Ce știu despre...</p>		<p>Ceea ce vreau să fiu</p>
<p>COPACUL MESERIILOR</p>		

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 4 „Balonul viitorului”

- **Obiective:** Dezvoltarea și consolidarea responsabilității vizând propriile decizii luate în viață.

Forma de lucru: de grup.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Fiecare participant primește un număr de 7 cartonașe. Pe acestea, ei vor nota dorințele referitoare la cariera visată (posibile profesii, trepte în evoluție, alternative etc.). Cartonașele vor reprezenta săculețe, care vor fi atașate unui balon zburător desenat pe tablă. Pe măsură ce balonul pierde din înălțime, elevii vor trebui să renunțe pe rând la câte un săculeț. Treptat, vor păstra unul singur, care corespunde celei mai importante dintre dorințele lor privind viitorul profesional.

Debriefing/reflexie: Evaluarea gradului de dificultate în alegerea opțiunilor, opțiunii finale. Cum s-au simțit pe parcursul ce tot lăsa cartonașe?

Exercițiul nr. 5 „Învață să alegi”

- **Obiective:** Dezvoltarea curajului în sine însuși și în deciziile luate.

Forma de lucru: în perechi.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se propune să lucreze în perechi. Au ca scop să analizeze fișele propuse și în coșul primit să adune 5 ingrediente necesare sie însuși și colegului în parcursul vocațional.

ÎNȚELEGERE	CREDINȚĂ	RESPONSABILITATE	CURAJ	ALEGERI	COMUNICARE	PASIUNE
AJUTOR	ATITUDINE	MUNCĂ	ÎNCREDERE	MOTIVAȚIE	GHIDARE	FORȚĂ
SUPPORT	PUTERE	ÎNCREDERE	OPTIMISM	INTERES	TIMP	ACCEPTARE

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 6 „Interviul de angajare”

- **Obiective:** Familiarizarea participanților cu procesul de interviu.

Forma de lucru: de grup.

Durata: 30 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Este invitat un angajator local pentru a vorbi adolescenților despre cerințele unei organizații atunci când angajează tineri și va realiza simulări de interviu cu elevii. Se va realiza un brainstorming legat de prezentarea la interviul de angajare. Invitatul poate oferi exemple din practica sa, va vorbi despre elementele asupra cărora este atent atunci când

intervievează un tânăr în vederea angajării pe un post. Se alege un voluntar care va juca rolul unui candidat pentru un interviu de angajare. Angajatorul descrie succint postul pentru care se desfășoară interviul. Acest exercițiu oferă elevilor oportunitatea de a învăța cât mai multe lucruri despre procedura de interviu.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 7 „Drumul meu spre succes”

- **Obiective:** Identificarea traseului educațional în vederea pregătirii profesionale.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 5 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Cuvântul facilitatorului.

- Odată ce ai realizat lista profesiilor preferate, poți consulta și surse de informație, astfel încât să poți alege instituția de învățământ care îți poate asigura formarea profesională.
- Poartă o discuție cu părinții asupra planurilor tale profesionale, despre ceea ce-ți place, ce-ți reușește.
- Organizarea excursiilor în cadrul școlilor profesional-tehnice.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Convorbirea de încheiere.

ȘEDINȚA Nr. 5

Exercițiul nr. 1 „Comoara cu nestemate” [56]

- **Obiective:** Identificarea calităților personale, a punctelor forte și exersarea prezentării de sine.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se împarte Fișa de lucru *Comoara cu nestemate*. Se explică acestora că, în imagine, este desenat un cufăr plin cu nestemate, care reprezintă tot ceea ce au ei mai bun. Se solicită participanților să asocieze fiecărei pietre prețioase sau bijuterii din comoară, câte o calitate sau o trăsătură pozitivă pe care ei o au. Trăsăturile pot fi de natură fizică, cognitivă, afectivă sau socială. După ce fiecare participant finalizează sarcina individuală, trebuie să prezinte celorlalți participanți comoara sa proprie, pentru ca toți participanții să cunoască calitățile și punctele sale forte.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Cum v-ați simțit când v-ați identificat calitățile voastre/punctele forte?*
- ↪ *A fost dificil să vă identificați calitățile voastre pozitive/punctele forte?*
- ↪ *Cum v-ați simțit când v-ați prezentat calitățile voastre/ în fața celorlalți?*

Exercițiul nr. 2 „Fotograful” [57]

- **Obiective:** Exersarea descifrării limbajului nonverbal.

Forma de lucru: frontal / pe echipe.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Întregul grup de participanți se împarte în trei echipe. Fiecare echipă extrage un bilet pe care este notată o situație. În fiecare echipă va fi ales un personaj numit „fotograful”. Acest personaj va trebui să-i aranjeze pe membrii echipei sale „înghețați” într-o anumită postură, ca și cum ar fi într-o fotografie (conform situației din biletul extras), iar membrii celorlalte echipe vor trebui să identifice situația „imortalizată”, emoțiile personajelor și expresiile faciale ale acestora. Observatorii vor trebui să completeze o grilă de observație, care va conține: tema fotografiei (situația), rolurile actorilor și emoțiile personajelor.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Discuții libere despre cât de ușor/dificil le-a fost să identifice situația, emoțiile personajelor, ce ne poate comunica limbajul nonverbal.*
- ↪ *Întotdeauna putem identifica și interpreta corect expresiile faciale și limbajul nonverbal?*
- ↪ *Cum s-au simțit pe parcursul activității?*

Exercițiul nr. 3 „Vreau să reușesc și eu!” [66]

- **Obiective:** Dezvoltarea autoeficacității și a abilităților de automotivare.

Forma de lucru: frontal/individual / pe echipe.

Durata: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se explică sarcina de lucru, fiecare dintre voi va primi o fișă de lucru „Despre mine” în care veți scrie o situație care v-a făcut să vă simțiți mândri de propria voastră persoană. Explicați de ce considerați importantă acea experiență, ce abilități, cunoștințe, informații, atitudini ați dobândit trecând prin acea situație.

Participanților li se propune să formuleze cel puțin 2 obiective personale pe care doresc să le atingă în următoarele 2 luni sau până la finele anului.

După ce termină de completat fișa, 5 participanți vor spune un cuvânt prin care ei cred că ar putea să-i caracterizeze pe colegii lor (ceva ce le place la voi, o abilitate, calitate etc.), copiii vor nota aceste cuvinte pe ultimul rând al fișei de lucru.

Participanții sunt rugați să se grupeze în echipe de câte 3-4 și își prezintă unul altuia fișa de lucru completată și aleg – prin dezbateri de grup – 2 obiective care ar putea fi comune tuturor membrilor grupului.

Fișa de lucru – *Despre mine*

1. O experiență/situație de care sunt mândru/mândră:

--

2. Spune:

De ce consideri că această experiență este importantă pentru tine?	
Ce abilități, cunoștințe, informații, atitudini ai dobândit în urma acestei experiențe?	
Ce ți-a plăcut cel mai mult din această experiență?	
Care 2 obiective ți le-ai propus pentru următoarele 2 luni / până la finele anului.	

3. Cum mă văd ceilalți

.....

.....

.....

.....

.....

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 1 „Turnul din fursecuri” [57]

- **Obiective:** Activarea participanților și stimularea colaborării în scopul realizării sarcinilor de lucru propuse.

Forma de lucru: frontal/echipe.

Durata: 10 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Grupul de participanți se împarte în echipe de câte patru până la șase membri. Fiecărei echipe se împarte un număr egal de fursecuri. Sarcina este ca fiecare echipă să realizeze un turn de fursecuri, care să reziste „în picioare” cât mai mult timp.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Ce s-a întâmplat când ați încercat să suprapuneți fursecurile simultan?*
- ↪ *Ce s-a schimbat după ce ați stabilit să aplicați unele reguli de lucru?*
- ↪ *Ce reguli ați stabilit pentru finalizarea optimă a sarcinii propuse?*
- ↪ *Care sunt avantajele aplicării regulilor de grup?*

Exercițiul nr. 2 „Comoara cu nestemate”

- **Obiective:** Identificarea calităților personale, a punctelor forte și exersarea prezentării de sine.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se împarte Fișa de lucru *Comoara cu nestemate*. Se explică acestora că, în imagine, este desenat un cufăr plin cu nestemate, care reprezintă tot ceea ce au ei mai bun. Se solicită participanților să asocieze fiecărei pietre prețioase sau bijuterii, din comoară, câte o calitate sau o trăsătură pozitivă pe care ei o au. Trăsăturile pot fi de natură fizică, cognitivă, afectivă sau socială. După ce fiecare participant finalizează sarcina individuală, trebuie să prezinte celorlalți participanți comoara sa proprie, pentru ca toți participanții să cunoască calitățile și punctele sale forte.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Cum v-ați simțit când v-ați identificat calitățile voastre/punctele forte?*
- ↪ *A fost dificil să vă identificați calitățile voastre pozitive/punctele forte?*
- ↪ *Cum v-ați simțit când v-ați prezentat calitățile voastre/ în fața celorlalți?*

Exercițiul nr. 3 „Te rog zâmbește” [4]

- **Obiective:** Deschiderea unor perspective de problematizare privind definirea și explicarea abilității/competenței de a fi independent în exprimarea gândurilor și a emoțiilor.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 20 minute.

🌀 **Instrucțiuni/Procedura:** Toți participanții sunt aranjați în cerc, un participant stă în centrul cercului *Voluntarul*, aflat în mijlocul cercului, alege o persoană din grup, în fața căreia se înclină, teatral, uitându-se în ochii ei și-i spune: „Dacă mă simpatizezi, vrei te rog să-mi zâmbești?”. Destinatarul acestei propuneri trebuie să răspundă: „Te simpatizez, dar nu pot zâmbi!”.

Dificultatea exercițiului constă în aceea că, atunci când răspunde, destinatarul nu are voie să zâmbească, să-și rotească colțurile gurii sau să scoată vreun sunet chicotit, iar voluntarul nu are voie să-l atingă pe cel cărui i se adresează, poate face orice altceva. Dacă destinatarul zâmbește, atunci face schimb de locuri cu voluntarul. Exercițiul se parcurge până la atingerea scopului propus.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Cât de dificil a fost să vă isprăviți cu sarcina pe care ați avut-o de realizat?*
- ↪ *Ce ați simțit atunci când nu ați primit zâmbetul pe care l-ați solicitat?*
- ↪ *Ce ați simțit când ați fost determinați să râdeți, chiar dacă nu aveți chef?*

Exercițiul nr. 4 „De cine este influențată decizia mea?” [32]

- **Obiective:** Identificarea factorilor externi care pot influența luarea unei decizii.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 20 minute.

🌀 **Instrucțiuni/Procedura:** Fiecare participant primește o fișă de lucru denumită „De cine poate fi influențată decizia mea?”. Se cere participanților să acorde o valoare de la 1 la 3 pentru a descrie gradul în care factorul respectiv îi influențează luarea deciziilor și de asemenea să specifice ce alți factori mai pot exista.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Cum acționează factorii externi de influență asupra luării unei decizii de către voi?*
- ↪ *Ce impact are această acțiune asupra voastră?*
- ↪ *Care sunt factorii cu influența cea mai puternică?*
- ↪ *Ce mesaj important rețin în urma acestei analize:*

.....

.....

.....

.....

Exercițiul nr. 5 „Presiunea prietenilor” [4]

- **Obiective:** Să analizeze aspectele pozitive și negative ale presiunii prietenilor asupra deciziilor luate și să identifice consecințele rezistenței la presiunea prietenilor.

Forma de lucru: frontal / în grupuri.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Cu grupul de participanți se inițiază o discuție privind semnificația expresiei „presiunea prietenilor” și a influenței acestora (pozitivă sau negativă). Participanții se împart în grupuri câte patru, fiecărui grup li se dau carduri scrise cu diverse situații. Li se cere să discute despre modul în care prietenii pot exercita presiune în acele contexte și apoi li se cere să noteze pe spatele cardurilor ideile reieșite din discuție. La sfârșit vor fi împărtășite grupului extins principalele concluzii la care au ajuns. La finalul activității, se inițiază o discuție privind modalitățile de a face față presiunii prietenilor.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Care sunt indicatorii presiunii bune și a presiunii rele exercitate de prieteni?*
- ↪ *Care este cel mai dificil lucru legat de rezistența la presiunea prietenilor?*

ȘEDINȚA Nr. 7 (Învăț să construiesc relații cu ceilalți)

Exercițiul nr. 1 „Cercul meu relațional” (Activitatea 1)

- **Obiective:** Dezvoltarea abilităților de identificare a unei relații și a cercului relațional personal.

Forma de lucru: frontal/individual.

Durata: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se propune să definească câmpul lexical al cuvântului „relație”. Pe o foaie mare se notează toate cuvintele numite de participanți (de ex.: prieten, mamă, verișor, vecin, coleg, învățător, înțelegere, respect, bunăvoință, casă, familie, ajutor, susținere, bucurie etc.). Toți sunt rugați să clasifice în tabelul propus ideile enunțate (conform rubricilor din tabel). Participanții completează în mod individual Fișa de lucru *Cercul meu relațional* pentru a-și identifica rețeaua relațională personală. Se va solicita participanților să continue enunțul: *Relațiile dintre oameni...* Fiecare își va expune opiniile oral, în grup mare.

Debriefing/reflexie:

- ↪ Cine sunt cei cu care noi construim relații?
- ↪ Numiți persoanele rețelelor voastre relaționale.
- ↪ Prin ce sunt valoroase pentru voi aceste rețele?
- ↪ La cine apelați în primul rând în momentele dificile ale vieții? Cum vă simțiți când vi se oferă sprijin?
- ↪ Adesea aveți nevoie de sprijin?
- ↪ Cine vă poate susține în diverse situații dificile în cazul în care sunt absenți părinții voștri/persoana resursă?
- ↪ De ce este important să stabilim relații cu cei din jurul nostru?

Fișa de lucru – Cercul meu relațional

Cu cine construim relații	Calități necesare pentru a construi o relație bună, frumoasă, reușită	Dificultăți în menținerea unei bune relații
<ul style="list-style-type: none">• familia (mama, tata, surorile, frații);•	<ul style="list-style-type: none">• buni ascultători;• înțelegători;• binevoitori;•	<ul style="list-style-type: none">• cearta;• strigătele;• învinuirile;• egoismul;• răutatea;•

Exercițiul nr. 2 „Îmi reușește relația cu...”

(Învăț să construiesc relații cu ceilalți, activitatea 2) [4]

- **Obiective:** Evaluarea relațiilor cu persoanele din cercul relațional și identificarea calităților personale care sporesc șansa de reușită a unei relații.

Forma de lucru: frontal/individual.

Durata: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se solicită participanților să comenteze enunțul: *O relație bună este o bucurie.* Participanții vor primi Fișa de lucru *Îmi reușește (încerc să construiesc) relația cu...* și o vor completa, în mod individual. Participanților li se solicită să împărtășească tuturor membrilor grupului experiențele lor relaționale reușite. Li se mai propune să revadă a doua rubrică a fișei de lucru și să încercuiască numele unei persoane cu care ar vrea să-și îmbunătățească relația. Participanții vor medita și vor face un pas concret spre persoana aleasă: vor scrie o scrisoare, un bilețel, vor face un desen, vor confecționa o figură, o aplicație din hârtie colorată etc.

Participanții vor avea o mică temă pentru acasă: să aibă grijă ca surpriza pregătită pentru cei aleși de ei să ajungă la destinație.

Debriefing/reflexie: *Evaluarea exercițiului.*

Fișa de lucru – *Îmi reușește (îmi propun să construiesc) relația cu...*

<i>Îmi reușește relația cu...</i>	<i>Îmi propun să construiesc o relație cu.../ să îmbunătățesc relația cu...</i>

Exercițiul nr. 3 „Sunt și eu o rămurică a unui pom” (Învăț să construiesc relații cu ceilalți, activitatea 3)

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de a-și identifica arborele familiei sale și relațiile din cadrul familiei.

Forma de lucru: frontal/individual.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se propune pe foi un șir de litere pentru a forma cât mai multe cuvinte: **i, m, l, i, f, a, e**, în așa fel vor descoperi cuvântul **familie**. Se vine cu ideea către participanți ca fiecare să-și reprezinte familia ca pe un arbore (li se oferă hârtie, markere, creioane colorate, clei, lipici, foarfece). „Arborii” vor fi afișați pe tablă. Se va iniția o discuție pe baza lucrărilor realizate de participanți. Cu toții examinează/observă și alți „arbori”.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Ce specii de arbori reprezintă familiile voastre?*
- ↪ *Cine dintre membrii familiei reprezintă rădăcina, tulpina, coroana, crengile? Care creangă este cea mai puternică? Voi ce părți ale arborelui sunteți? Sunt puternice aceste părți ale arborelui?*
- ↪ *Ce înseamnă familia pentru voi?*
- ↪ *Ce ai schimba în familia ta?*
- ↪ *Ce ați schimba în viitor în familia pe care o veți avea/crea?*
- ↪ *Dacă ar exista Pomul Înțelepciunii, ce rugăminte i-ați adresa?*

Exercițiul nr. 4: „Băieți și fete” (Învăț să construiesc relații cu ceilalți, activitatea 6)

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de a deosebi sexul și de gen și să înțeleagă că ambelor genuri umane le sunt proprii caracteristici comune.

Forma de lucru: frontal.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se propune spre ascultare un șir de afirmații (planșa nr. 1). În situația în care sunt de acord cu ele, ei se ridică în picioare, atunci când nu sunt de acord, rămân așezați pe scaune. Se dă definiția ce este sexul și ce este genul, care sunt diferențele de gen și de sex. Se vor comenta opiniile participanților și se vor oferi informații suplimentare prin demonstrarea planșelor 2 și 3. Un membru al grupului notează pe o foaie divizată în două grile trăsăturile care sunt caracteristice doar fetelor, cele caracteristice numai băieților.

Se pune în discuție care dintre calitățile enumerate le vizează în exclusivitate pe fete și care dintre ele se referă doar la băieți.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișă de lucru

Planșa 1

1. Femeile nasc copii, bărbații – nu.
2. Femeile se ocupă de casă și familie, bărbații sunt cei care aduc bani în casă.
3. Fetițele sunt îmbrăcate în roz, băieții – în albastru.
4. Există jucării pentru fetițe și jucării pentru băieți.
5. Băieții sunt mai buni la matematică, fetele nu prea. Fetelor le place mai mult să citească și să scrie, băieților – mai puțin.
6. Băieții nu plâng, doar fetele plâng.
7. În construcții activează mai mult bărbații, în pedagogie mai mult femeile.
8. În prestarea acelorasi servicii, bărbații și femeile sunt remunerați diferit.
9. Doar femeile pregătesc bucate.

Planșa 2

„Ce e sexul, ce e genul?”

<p>SEX: se referă la diferențele biologice dintre bărbați și femei, la caracteristicile fiziologice și anatomice.</p> <p>Există:</p> <ul style="list-style-type: none">- persoane de sex masculin;- persoane de sex feminin.	<p>GEN: se referă la funcțiile și rolurile sociale, dobândite și cultivate prin educație, cultură, tradiții, religie etc.</p> <p>Sunt acceptate formulările:</p> <ul style="list-style-type: none">- persoane de gen masculin;- persoane de gen feminin.
--	--

Planșa 3

„Diferențe de sex/gen”

SEX	GEN
Determinat biologic	Determinat social, se învață
Universal	Diferă de la o cultură la alta, precum și în cadrul aceleiași culturi.
Permanent (<i>nu se schimbă în timp</i>)	Dinamic (<i>se schimbă în timp</i>)
	Influențat de factorii socio-economici

Planșa 4

„Comportamente tipice/atipice de gen”

Condiție: Completați fișa conform grilei propuse:

- două lucruri pe care le considerați tipice pentru genul dvs. pe care le faceți cu plăcere;
- două lucruri pe care le considerați tipice pentru genul dvs. pe care nu vă place să le faceți;
- două lucruri pe care le considerați atipice pentru genul dvs. pe care le faceți cu plăcere;
- două lucruri pe care le considerați atipice pentru genul dvs. pe care nu vă place să le faceți.

	Băieți/bărbați	Fete/femei
Tipice (<i>cu plăcere</i>)	1. 2.	1. 2.
Tipice (<i>fără plăcere</i>)	1. 2.	1. 2.
Atipice (<i>cu plăcere</i>)	1. 2.	1. 2.
Atipice (<i>fără plăcere</i>)	1. 2.	1. 2.

ȘEDINȚA Nr. 8

Exercițiul nr. 1: „Cum gestionăm banii?” [4]

- **Obiective:** Formarea competențelor la copii și tineri de gestionare corectă a banilor.

Forma de lucru: frontal / de grup.

Durata: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se solicită să numească lucrurile pentru care ei că se cheltuiesc bani din bugetul familiei. Împărțim participanții în grupuri a câte 4-5 persoane. Fiecare grup are ca sarcină să alcătuiască un buget familial pentru o lună de zile. În grup sunt repartizate rolurile, un membru al grupului joacă rolul de tată, altul – rolul de mamă, iar ceilalți – rolul copiilor. Grupul decide cine și ce rol va juca. La alcătuirea bugetului participanții iau în considerație cheltuielile obligatorii ce țin de achitarea facturilor pentru servicii comunale, alimentație, sănătate, odihnă etc. Se reunește grupul mare și fiecare grup prezintă răspunsul său.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *În ce mod a alcătuit bugetul fiecare grup?*
- ↪ *De ce criterii s-a ținut cont când ați alcătuit bugetul?*
- ↪ *Cum se simțeau membrii grupurilor când nu erau ascultate / luate în seamă părerile lor?*
- ↪ *Care buget credeți că este alcătuit mai bine?*
- ↪ *Care este diferența dintre bugetul pe care l-ați alcătuit și unul real din veniturile familiei voastre?*
- ↪ *Sunteți implicat în gestionarea bugetului de familie?*
- ↪ *Care ar putea fi consecințele unor cheltuieli nejustificate?*

Exercițiul nr. 2 „Cum să devin mai puternic exersând abilitatea de a-mi cere scuze” [66]

- **Obiective:** Conștientizarea relației dintre exprimarea sinceră a regretelor și stima de sine.

Forma de lucru: individual / de grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se solicită să participe la discuție cu referire la faptul dacă ei consideră că este necesar să își recunoști propriile greșeli și să îți ceri scuze pentru acestea. Li se prezintă pe scurt, ce înseamnă asumarea responsabilității în fața propriei conștiințe și în fața unei alte persoane. Inițiem discuții despre relația dintre asumarea responsabilității, exprimarea regretului și tolerarea disconfortului emoțional asociat.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 3. „Cutia Pandorei” [4] Activitatea 15)

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de a alege corect produsele alimentare.

Forma de lucru: individual / în subgrupe.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Pe tablă se scrie cuvântul „alimente” și le cerem participanților să numească cât mai multe cuvinte care li se asociază cu această noțiune. Participanții vor fi întrebați după ce criterii putem grupa cuvintele numite? Mai apoi propunem participanților să se grupeze în subgrupe a câte 3-4 persoane, invităm câte un reprezentant din partea fiecărei subgrupe care va extrage din o cutie câte trei ambalaje de produse alimentare. Participanții primesc următoarele sarcini: să discute în grup care este conținutul produselor date, să numească dacă pe ambalaj sunt indicați conservanți în produsele, care este impactul acestora asupra sănătății omului.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *A fost dificil să lucrați în grup?*
- ↪ *Când procurăm un produs, la ce ar trebui să acordăm atenție?*
- ↪ *Ce lucruri noi ați învățat în timpul discuției?*
- ↪ *Cât de important este să cunoști informația respectivă?*
- ↪ *Cum considerați calitatea alimentației contribuie la sănătatea umană?*
- ↪ *Cunoscând această informație, ce ai schimba în alimentația ta?*
- ↪ *Exprimați-vă într-o singură frază cum vei contribui la îmbunătățirea stilului alimentar al familiei tale.*

Exercițiul nr. 4: „Emoția este...” [66]

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de conștientizare a sinelui prin identificarea și înțelegerea corectă a emoțiilor.

Forma de lucru: individual / de grup.

Durata: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Pe tablă se scrie denumirea a celor 6 emoții de bază. Participanților li se solicită să descrie fiecare emoție din cele scrise pe tablă. Răspunsurile participanților sunt completate de colegii lor. Anunțăm participanții că în continuare este necesară implicarea a 6 copii/tineri voluntari. Fiecare participant va primi un bilețel cu denumirea emoției pe care va trebui să o mimeze câteva indicații privind comportamentul. Fiecare participant va avea la dispoziție 1 minut pentru a se pregăti, iar apoi va trebui să demonstreze emoția în fața celorlalți. Ceilalți au ca obiectiv identificarea emoției pe care încearcă să o arate colegul lor. După ce au fost identificate cele 6 emoții, participanții se împart în 6 grupe. Se oferă fiecărei grupe o emoție,

participanții au ca sarcină să identifice cât mai multe situații în care trăiesc emoția respectivă, dar și cât mai multe comportamente pe care le au oamenii atunci când simt acea emoție.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișa de lucru I – Definiția emoției

Frica (anxietatea) reprezintă un răspuns emoțional generat în contextul confruntării (prezente, viitoare) cu un stimul perceput ca fiind periculos.

Surpriza este o emoție generată în contextul confruntării cu un stimul neașteptat.

Dezgustul reprezintă o reacție de aversiune față de anumite lucruri, substanțe toxice sau față de un comportament considerat imoral.

Tristețea (depresia) este emoția rezultată în contextul unei pierderi (materiale sau sociale).

Furia este o emoție, rezultată în contextul unei acțiuni/fapte, atribuită unei cauze intenționate și considerată ca fiind nedreaptă.

Bucuria este o emoție asociată cu o stare de confort/bună dispoziție.

Fișa de lucru II – Bilețelele cu manifestările mimico-gestuale asociate emoțiilor

Frica (anxietatea) – ochi sunt larg deschiși, iar sprâncenele sunt ridicate și apropiate, buzele sunt încordate și întinse orizontal spre urechi, iar corpul este ușor lăsat pe spate.

Surpriza – ochii și gura sunt larg deschiși și sprâncenele sunt ridicate, colțul gurii este ridicat în sus, iar poziția corpului este dreaptă.

Tristețea (depresia) – colțurile gurii sunt lăsate în jos, pleoapele sunt căzute, iar poziția corpului este aplecată.

Dezgustul – nas încordat și ridicat care va provoca riduri, buzele încordate și gura întredeschisă.

Furia – privire fixă, sprâncenele sunt apropiate, gura închisă, buze încordate.

Bucuria – colțurile gurii sunt ridicate în sus, obrații ridicați, riduri în jurul ochilor.

Fișa de lucru III – Joc de rol

EMOȚIA:

SITUAȚIE	COMPORTAMENTE

ȘEDINȚA Nr. 9 [4]

Exercițiul nr. 1 „Drepturi și necesități”

- **Obiective:** Conștientizarea importanței cunoașterii drepturilor tinerilor pentru o viață de calitate.

Forma de lucru: frontal / de grup.

Timp de lucru: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se solicită participanților să numească drepturile pe care le au copiii/tinerii. Se alcătuieste o listă de drepturi care ar include familia, societatea, școala.

Se formează grupuri a câte 3 persoane, care aleg câte unul dintre drepturile numite anterior.

Fiecare grup pregătește răspunsuri la următoarele întrebări:

- ✓ Veniți cu 4 argumente pentru care dreptul respectiv este o necesitate.
- ✓ Motivați necesitatea acestui drept pentru voi personal.
- ✓ Considerați că toți copiii/tinerii trebuie să aibă drepturi egale sau ar fi necesar anumite categorii să aibă drepturi suplimentare?

Câte un reprezentant al fiecărui grup prezintă răspunsul în grupul mare.

Debriefing/reflexie:

- ↻ *Cât de important este ca tinerii să-și cunoască drepturile?*
- ↻ *De ce informație privind drepturile copiilor/tinerilor aveți nevoie?*
- ↻ *A fost simplu sau complicat să motivați necesitatea unui drept pentru propria persoană?*

Exercițiul nr. 2 „Universul copilului”

- **Obiective:** Dezvoltarea și consolidarea cunoștințelor despre nevoile copiilor/tinerilor.

Forma de lucru: de grup.

Timp de lucru: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții sunt repartizați în grupuri. Pe o foaie de flipchart se desenează o floare înconjurată de soare, vânt și alte elemente. Participanților li se solicită să identifice în grupuri nevoile florii în comparație cu ale lor și să le noteze pe foițe. Se vine cu unele indicii: „Așa cum floarea are nevoie de soare, copilul are nevoie de”. Câte un reprezentant din fiecare grup prezintă ideile scrise pe foițe autocolante, plasându-le pe coala de flipchart.

Debriefing/reflexie:

- ↻ *Cum v-ați simțit în timpul activității?*
- ↻ *Ați descoperit ceva nou despre nevoile voastre?*
- ↻ *Ce credeți că stă la baza nevoilor copilului?*
- ↻ *Cum depinde dezvoltarea unui copil/tânăr de satisfacerea necesităților/nevoilor sale?*
- ↻ *Ce se poate întâmpla dacă nu ar fi satisfăcute unele nevoi ale copiilor/tinerilor?*
- ↻ *Care sunt persoanele importante pentru voi în satisfacerea nevoilor voastre?*
- ↻ *Credeți că unele necesități se pot schimba în funcție de anumiți factori (vârstă, valori, sănătate, zonă geografică, interese, aspirații etc.)?*

Exercițiul nr. 3 „Stil de viață” [4]

- **Obiective:** Conștientizarea importanței unui stil de viață sănătos, a riscurilor stilului de viață riscant.

Forma de lucru: frontal / grup mic.

Timp de lucru: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se solicită să numească mai multe cuvinte asociate noțiunii de sănătate. Participanții sunt împărțiți în grupuri a câte 3-5. Fiecare grup primește câte o coală de hârtie și markere de diferite culori. Grupurile, împărțind foaia în două grile scriu componentele unui stil de viață sănătos și pe cele ale unui stil de viață riscant. Fiecare grup prezintă posterul grupului său și dă definiția unui stil de viață sănătos și pe cea a unui stil de viață riscant.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *V-a fost ușor /dificil să definiți stilurile de viață?*
- ↪ *Este important stilul de viață pe care îl ducem pentru viața și dezvoltarea noastră?*
- ↪ *V-a fost ușor sau dificil să identificați consecințele pentru sănătate ale stilului de viață riscant?*
- ↪ *V-a influențat cumva discuția în a alege un stil de viață sănătos?*

Temă pentru acasă: Fiecare participant va elabora un șir de recomandări pentru colegii lor cu privire la grija față de propria sănătate.

Exercițiul nr. 4 „Presiunile anturajului” [4]

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de a recunoaște influențele pozitive și negative ale anturajului asupra luării unor decizii.

Forma de lucru: frontal / grup mic.

Timp de lucru: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se solicită să studieze influențele și presiunile la care sunt supuși adolescenții. Utilizând două panglici de lipici se construiește un „râu”, bucățele de foi sunt împrăștiate în „râu”. Acestea reprezintă diferite obstacole (vârtejuri, crocodili etc.). Le explicăm copiilor că în prezent există multe influențe asupra adolescentului și că aceste influențe sunt adesea în contradicție. Participanții stau pe ambele maluri ale „râului”. Voluntarul care joacă rolul Adolescentului are ochii legați. Participanții îl conduc pe Adolescent în josul „râului”, ajutându-l să treacă de locurile periculoase (crocodili, vârtejuri, stânci).

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Pe cât de reală vi se pare această situație?*
- ↪ *Ați întâlnit influențe și presiuni asemănătoare în viață?*
- ↪ *Cine îi influențează, de obicei, pe adolescenți?*
- ↪ *Cum s-a simțit Adolescentul?*
- ↪ *Cum s-au simțit participanții?*
- ↪ *V-a fost ușor/dificil să jucați aceste roluri?*
- ↪ *Cum influențează aceste presiuni capacitatea adolescenților de a lua decizii?*
- ↪ *Ce ați învățat din această activitate?*

Fișa de lucru – *Presiunile anturajului*

Adolescent

Ascultă-i cu atenție pe cei care te conduc pe rău.....

Părinte

Tu ai experiență de viață, spune-i Adolescentului ce să facă pentru a ajunge la mal.

Utilizează fraze de tipul „Când eram de vârsta ta...”

Bunică

Îl iubești pe Adolescent. Dorești ca el să aleagă o cale corectă în viață, să continue tradițiile familiei.

.....

Preot (lider religios)

Tu ești un ghid moral pentru Adolescent. Îndrumă-l!.....

Prieten

Tu ești prietenul lui cel mai bun. Îți pasă cu adevărat de Adolescent. Susține-l, încurajează-l și ajută-l pe Adolescent!.....

Învățător

Scoate în evidență importanța școlii. Oferă sfaturi/îndrumări când crezi că este necesar.

.....

Lucrător social

Oferă sfaturi/îndrumări Adolescentului în probleme ce țin de utilizarea drogurilor, sex, familie, școală etc.

Susține-l și încurajează-l!.....

Mass-media

Gândește-te la toate influențele exercitate de mass-media (TV, filme, ziare și reviste etc.). Unele mesaje din media pot include sex, violență, discriminare etc. Fii cât mai creativ în rolul primit!

Prieten „rău”

Îndeamnă-l pe Adolescent la un stil de viață nesănătos.....

Lucrător medical

Oferă-i sfaturi Adolescentului cu privire la sănătatea sa și la bunăstare în general. Câteva exemple de teme de discuție: importanța aspectului fizic, fumatul, sexul, alimentația, greutatea corpului etc.

.....

Exercițiul nr. 1: „Interese și profesii” [4]

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de identificare a activităților pe interese și analiza relației dintre interese și profesii.

Forma de lucru: de grup / în echipă.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se propune un joc energizant: „Fac schimb de locuri toți cei care...”, criteriile de schimbare a locurilor sunt interesele și hobbyurile.

Se împart toți participanții în echipe a câte 5-6 persoane. Fiecărei echipe i se împarte câte un plic cu fișe de lucru „Activități și interese”. Participanților li se propune să selecteze activitățile în care ei se implică cu interes. După ce se identifică activitățile, participanții vor analiza alegerile pe care le-au făcut. Repartizăm fiecărui grup Fișa de lucru *Profesii* și le propunem participanților să selecteze acele profesii în care activitățile și interesele selectate anterior se potrivesc.

Debriefing/reflexie: *Se vor iniția discuții libere cu referire la cât de important este să avem anumite interese cu referire la viitoarele profesii. Cât de ușor/difícil le-a fost să selecteze activitățile în care se implică cu plăcere? După părerea lor, e ușor/difícil să îmbrățișezi anumite profesii? Se regăsesc ei în toate profesiile, sau consideră că în anumite nu vor face față?*

Fișa de lucru – Activități și interese

Să repar instrumente	Să fiu actor de teatru
Să confecționez obiecte din lemn	Să fiu design vestimentar
Să fiu ghid la vânătoare / la pescuit	Să cânt într-o formație artistică
Să repar automobile	Să fiu fotograf
Să efectuez un desen tehnic	Să fiu scriitor
Să citesc cărți sau reviste științifice	Să scriu poezii
Să fac o cercetare	Să fiu educator la grădiniță
Să lucrez cu instrumente în laborator	Să fiu învățător
Să predau matematica	Să-i ajut pe cei nevoiași
Să desenez/să pictez	Să ajut persoane cu dizabilități
Să fiu vânzător	Să duc evidența unor cheltuieli
Să am propria afacere	Să lucrez la calculator
Să supraveghez munca altora	Să fiu lider
Să conduc un grup într-o activitate	Să organizez o excursie
Să fiu îngrijitor de flori	Să dansez și să cânt
Să lucrez la calculator	Să ajut oamenii bolnavi
Să gătesc și să amenajez frumos masa	Să călătoresc

Fișa de lucru – Profesii

Mecanic de aeronave	Dirijor de orchestră	Ghid
Pompier	Muzician	Profesor
Mecanic auto	Actor	Logoped
Zoolog	Scriitor	Psiholog
Operator radio	Jurnalist	Asistent social
Electrician	Cântăreț	Contabil
Biolog	Director de publicitate	Revizor financiar
Astronom	Reporter radio/TV	Expert în taxe și impozite
Fizician	Agent de vânzări	Analist financiar
Avocat	Jurist	Inspector bancar
Politician	Traducător	Economist

Exercițiul nr. 2: „Diminutivele numelui meu” [4]

- **Obiective:** Identificarea diminutivelor numelui propriu, a trăirilor emoționale atunci când sunt implicați într-o activitate armonioasă.

Forma de lucru: individual.

Durata: 15 minute.

- ✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se propune ca, timp de 5 minute să noteze pe o foaie cum îi numesc părinții, rudele și prietenii. Pe o altă foaie vor nota când și pe cine numesc ei cu cuvinte dezmierdătoare.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Când vă dezmiardă apropiații voștri, atunci când au nevoie de ceva sau când sunt într-o dispoziție bună?*
- ↪ *Cum vă simțiți atunci când sunteți dezmierdat?*
- ↪ *Care este reacția voastră în asemenea momente?*
- ↪ *Vă place să fiți dezmierdați?*
- ↪ *Credeți că e bine să vă dezmierde cineva?*
- ↪ *Ce simțiți atunci când dezmierdați voi pe cineva?*
- ↪ *Cum reacționează persoanele pe care le dezmierdați?*
- ↪ *Cum credeți toți copiii/tinerii trebuie să fie dezmierdați sau doar unii?*

Exercițiul nr. 3: „Fereastra casei”

(Ghidul „Învăț să fiu”, Capitolul 2: *Învăț să mă cunosc*) [4]

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de a se percepe pe sine ca membru ai unei familii.

Forma de lucru: individual.

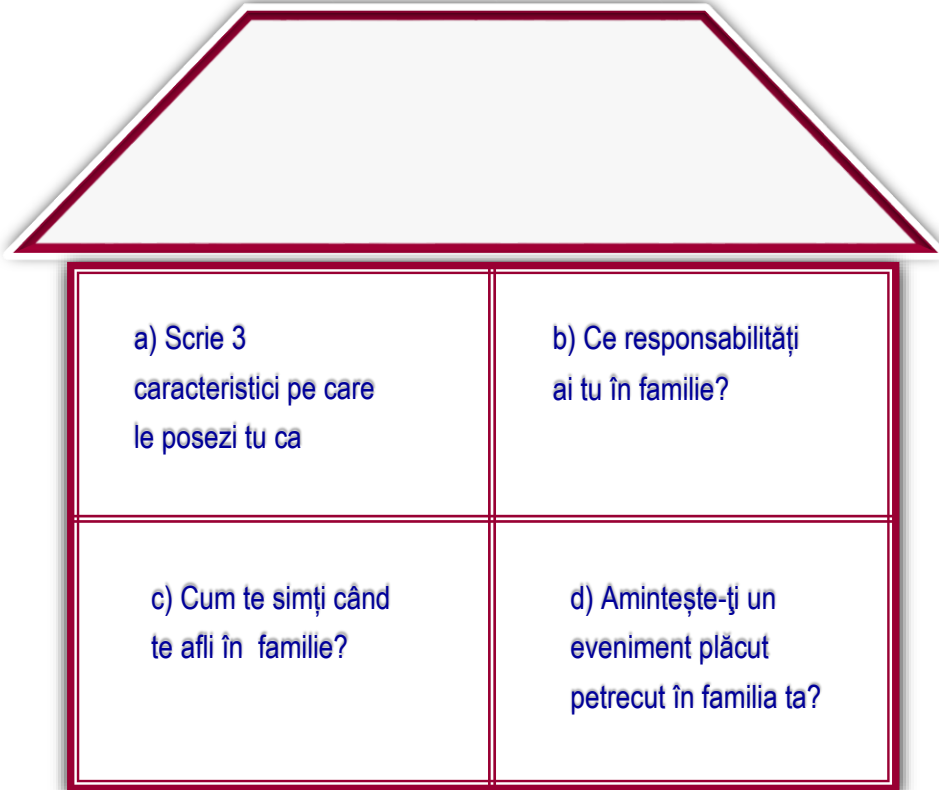
Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se distribuie creioane colorate, carioci și Fișa de lucru *Fereastra casei*. Le explicăm că, în următoarele 15 min., ei vor completa „ferestrele casei” în următoarea ordine:

- a) Să scrie trei caracteristici pe care le posedă ca membru al familiei sale.
- b) Care sunt responsabilități sale în familie?
- c) Cum te simți în familie?
- d) Să-și amintească un eveniment plăcut petrecut în familia sa. Fiecare participant își prezintă casa și citește ce a scris în fiecare rubrică.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișa de lucru – *Fereastra casei*

	
a) Scrie 3 caracteristici pe care le posezi tu ca	b) Ce responsabilități ai tu în familie?
c) Cum te simți când te afli în familie?	d) Amintește-ți un eveniment plăcut petrecut în familia ta?

Exercițiul nr. 1: „Dialog cu prietenul interior”

- **Obiective:** Să-și identifice nevoia de a comunica cu sine însuși și de să-și exprime gândurile interioare ce stau la baza unor conflicte.

Forma de lucru: frontal/individual.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se explică ce este un monolog. Le propunem să inițieze un monolog/o discuție cu „prietenul interior” despre bucuriile lor, mai apoi despre necazurile lor, poate mai au ceva să-i spună? Li se sugerează să fie deschiși în monologul lor, în felul acesta își vor activa participarea la propriile probleme, vor debloca modelele de gândire deja existente și își vor stimula creativitatea și ceea ce este pozitiv în modul lor de a gândi. Le sugerăm participanților idei pentru temele de discuție cum ar fi: „Problemele mele de azi”, „Cum aş putea să ajung mai departe?” etc. La dorință acest monolog îl pot scrie pe foaie.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Cât de ușor sau dificil a fost să comunicați cu prietenul interior?*
- ↪ *Ai dori să dai citire acestui dialog?*
- ↪ *Care este tematica dialogului vostru?*
- ↪ *Cum vă simțiți după ce ați scris acest dialog?*
- ↪ *Veți practica pe viitor așa formă de discuție cu „prietenul interior”?*

Exercițiul nr. 2: „Ce reprezintă un conflict” [4]

- **Obiective:** Să definească noțiunea de conflict și să explice noțiunea de conflict prin analiza experiențelor personale.

Forma de lucru: în perechi.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții sunt împărțiți în perechi. Fiecare pereche primește câte o coală de hârtie și o sarcină de lucru.

- I pereche: „Să dea o definiție a conflictului: „Un conflict este...”.
- II-a pereche: „Să exprime conflictul printr-o metaforă...”.
- III-a pereche: „Să exprime conflictul printr-o caricatură...”.
- IV-a pereche: „Să identifice cât mai multe asociații pentru cuvântul CONFLICT”.
- V-a pereche: „Să găsească cât mai multe calificative pozitive pentru cuvântul CONFLICT”.
- VI-a pereche: „Să găsească cât mai multe calificative negative pentru cuvântul CONFLICT”.

După ce fiecare pereche își îndeplinește, timp de 10 minute, sarcina, organizăm dezbateri asupra rezultatelor activității participanților. Foile de hârtie sunt atârinate pe tablă.

Fiecare pereche își prezintă rezultatele. Pe o foaie de flipchart sunt notate toate ideile importante și se păstrează până la sfârșitul activității.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 3: „Stilurile de soluționare a conflictelor”

(Ghidul „Învăț să fiu”, Capitolul 3) [4]

- **Obiective:** Dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă în cazul soluționării conflictelor și identificarea modalităților constructive de soluționare a conflictelor.

Forma de lucru: frontal/subgrupe.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții sunt rugați să descrie diferite situații de conflict ce au avut loc în cadrul școlii, notându-le pe o foaie de flipchart. Se selectează 2-3 situații, care vor fi demonstrate în cadrul unui joc de rol. Participanții se împart în trei subgrupe. Fiecare subgrupă va înscena câte o situație de conflict. În final se analizează fiecare situație și se găsesc pentru fiecare conflict soluții de rezolvare constructivă.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 4: „Bagheta fermecată”

(Ghidul „Învăț să fiu”: Capitolul 6: *Învăț să fiu activ și responsabil în comunitate*, Activitatea 3) [4]

- **Obiective:** Identificarea problemelor cu care se confruntă și care îi afectează nemijlocit.

Forma de lucru: frontal/individual.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Le propunem participanților să se gândească și să aleagă un personaj cu puteri supranaturale care ar putea soluționa o problemă. Participanții trebuie să identifice problema (fiecare pentru el) și să-și imagineze cum ar putea să o soluționeze personajul ales. La dorință participanții prezintă întregului grup personajul său, problema și soluția acestei probleme.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

ȘEDINȚA Nr. 12

Exercițiul nr. 1: „Povestea celor doi catâri”

- **Obiective:** Conștientizarea importanței colaborării și a ajutorului reciproc.

Forma de lucru: în perechi.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții se împart în perechi, fiecare pereche primind un set de imagini din Fișa de lucru *Doi catâri*. Fiecare pereche trebuie să ordoneze imaginile astfel încât să obțină o ordine logică a acestora, apoi să alcătuiască pe baza lor o povestire. După ce au aranjat imaginile în ordinea desfășurării evenimentelor, participanții le lipesc pe o foaie. Fiecare pereche își prezintă povestea celor doi catâri așa cum o percep ei.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 2: „Persoanele care aș vrea să țină frânghia pentru mine...”

- **Obiective:** Să definească noțiunea de „persoană de încredere” și să argumenteze importanța relațiilor bazate pe încredere.

Forma de lucru: individual.

Durata: 15 minute

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se distribuie participanților creioane colorate, carioca și Fișa de lucru *Persoanele care aș vrea să țină frânghia pentru mine....* Fiecare participant trebuie să deseneze în vârful muntelui persoana care ar putea să țină frânghia pentru el. Fiecare se gândește puțin – cine ar putea fi persoana respectivă și timp de 5 minute realizează desenul acesteia. După ce au finisat desenul, fiecare – pe rând – își prezintă desenul, povestind despre persoana aleasă.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 3: „Eticheta de pe spate”

(Învăț să construiesc relații cu ceilalți, Activitatea 11) [4]

- **Obiective:** Să observe reacțiile, trăirile, persoanelor etichetate.

Forma de lucru: grup/subgrupe.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Grupul de participanți se împarte în subgrupe. Din fiecare subgrupă se alege câte o persoană, acestor persoane le se lipește pe spate cu scotch câte o foaie

pe care este descris un comportament, o caracteristică. Ei nu trebuie să știe ce scrie pe spatele lor și nici să vadă ce este scris pe spatele celorlalte două persoane. Se întorc în subgrupa lor, ceilalți membri ai subgrupeii citesc mesajul de pe spatele colegului și se comportă cu el așa cum cred ei că se cuvine să se comporte cu o persoană în asemenea situație. La expirarea a 5 minute de joc de rol, se anunță sfârșitul jocului. Întrebăm cele trei persoane care s-au aflat în centrul acțiunii dacă și-au dat seama de informația care le-a fost scrisă pe spate.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Cum s-au simțit cei din centrul acțiunii?*
- ↪ *Care a fost reacția colegilor la eticheta de pe spate?*
- ↪ *Ați întâlnit printre colegi persoane care v-au abordat așa încât să vă simțiți bine? Ce ați simțit față de acele persoane?*
- ↪ *Ați avut în viața cotidiană situații, în care ați fost etichetați din cauza unor comportamente, diferențe?*

Exercițiul nr. 4: Studiu de caz

- **Obiective:** Să-și formeze abilități de construire a relațiilor cu cei din jur.

Forma de lucru: frontal/grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților sunt rugați să-și înscrie numele în una din rubricile graficului „În relațiile cu oamenii este important...”. În grafic va fi indicat numărul concret al persoanelor de la fiecare rubrică în raport cu numărul celor prezenți. Le cerem participanților să formeze grupuri de lucru conform numelor înscrise în rubricile graficului. Se citește cu voce tare studiul de caz, după care vom iniția o discuție în grupul mare cu adresarea întrebărilor referitor la situația propusă în studiul de caz. Reprezentanți ai fiecărui grup vor extrage, un număr egal de benzi de hârtie cu enunțuri și vor da răspuns la întrebarea lansată în studiul de caz.

Participanții își argumentează opțiunile pe care le-au făcut în privința rubricilor din graficul propus la începutul activității.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișă de lucru

Graficul „În relațiile cu oamenii este important...”

Să ascultăm	Să fim empatici	Să comunicăm	Să colaborăm	Altceva
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.	5.

Studiu de caz

Mihai este un băiat de 10 ani. Este înalt, slăbuț, retras. Are ochi negri; păr negru. Își amintește adesea cum a stins cele cinci luminări de pe tortul pregătit de mama lui. Părinții îi dăruiseră un excavator. Când era în clasa întâia, a construit cu tatăl său un adăpost pentru păsări. Îi place să citească. Își dorea să cutreiere lumea. S-a certat cu prietenul său din cauza unei mingi. Cât pe ce să se bată. Își iubește fratele mai mic.

În clasa a patra a mers în luna octombrie. Și nu la școala în care învățase trei ani. La altă școală. Nu mai învață în oraș, ci în sat la bunici, unde venea, uneori, vara pentru câteva zile. Colegi noi, mulți oameni necunoscuți. Și învățătoarea este alta. Numai bunicii sunt aceiași. Multe s-au schimbat. La început a plecat tata. Mama îi explicase că nu pentru mult timp. A plecat să facă bani ca să trăiască mai bine. Mihai nu înțelege ce s-a întâmplat. Într-o zi, mama i-a spus că va merge la bunici și va învăța la școala din sat. Frățiorul va sta la o mătușă din oraș. În curând vor fi din nou o familie. Și a plecat. Toate s-au întâmplat foarte repede. Și de ce a plecat și mama? Dar cu frățiorul lui cum o să se mai joace?

Mihai a mers la școala nouă. Colegii erau gălăgioși și bătauși. El stătea în ultima bancă. Învățătoarea i-a zis că el nu poate rezolva problemele la matematică. Greșise. Nu-i reușeau temele la română. Trecuse deja o lună, dar el nu avea niciun prieten. Într-o zi, câțiva băieți din clasa a șaptea l-au bătut la un colț de ulicioară. Bunicii i-au reproșat că nu le este de niciun ajutor. De la părinți nu avea nicio veste. Îi era dor de frățiorul său.

Într-o zi, Mihai nu a mai venit la școală.

Cum credeți, ce i s-a întâmplat? Unde este Mihai? De ce nu a mai venit la școală?

Exercițiul nr. 5: „Omidă”

- **Obiective:** Formarea abilităților de cooperare cu cei din jur.

Forma de lucru: frontal/grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții formează grupuri din câte 4-5 persoane, li se comunică că ei vor reprezenta oomidă. Pentru aceasta li se oferă materialele necesare: schiuri din lemn, tălpi din carton. Grupurilor li se propune câteva sarcini de mișcare:

- să parcurgă o anumită distanță;
- să facă valuri;
- să danseze;
- să inventeze o sarcină pentru alt grup.

La sfârșitul activității se va iniția o masă rotundă „Cum ne-am descurcat...”.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

ȘEDINȚA Nr. 13

Exercițiul nr. 1: „Portretul dispozițiilor”

- **Obiective:** Să identifice propria dispoziție și starea sa emoțională.

Forma de lucru: frontal / de grup.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se solicită participanților să numească un eveniment plăcut sau o realizare recentă și să spună cum s-au simțit în acel moment. Toți primesc câte o fișă de lucru și o completează timp de 7 minute. Participanții sunt împărțiți în grupuri a câte 4-5 persoane. În grupuri, fiecare citește răspunsurile sale și argumentează alegerea pe care a făcut-o.

Câte un membru din partea fiecărui grup prezintă în fața grupului mare o informație cu privire la răspunsurile membrilor propriului său grup.

Debriefing/reflexie:

- ✿ Cum ați lucrat în grupurile mici?
- ✿ Ce lucruri noi ați aflat despre colegii voștri?
- ✿ De ce depinde dispoziția fiecăruia?

Participanții pe o foaie de flipchart trasează o linie de culoarea care-i reprezintă dispoziția la moment. La final se fac concluzii că fiind diferite, dispozițiile se influențează reciproc.

Fiecare dintre participanți spune, ce ar putea face el pentru a contribui la crearea unei bune dispoziții în grup.

Exercițiul nr. 2: „Rețete”

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de a-ți construi relații cu cei din jur.

Forma de lucru: frontal / de grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Fiecare participant extrage o foiță cu simbolurile *biscuit* sau *ciocolată*, astfel se formează două grupuri de lucru. Un grup va întocmi „*Rețeta Relațiilor de Succes*”, iar alt grup – „*Rețeta Relațiilor Strânse cu Ușa*”. Fiecare grup va alege o modalitate de prezentare. În cadrul prezentării se solicită sugestii pentru „*Relațiile Strânse cu Ușa*”. Se propune participanților să organizeze *Show-ul Relațiilor de Succes*. Câte un reprezentant din partea fiecărui grup va extrage fișe pe care sunt nominalizate diverse categorii de relații (de prietenie, relația părinte-copil, relația profesor-elev, relația dintre frați, relații de afaceri, relația fată/băiat, relația colegială, relația șef-subaltern etc.). Grupurile prezintă, prin diferite modalități (caricatură, pantomimă, dramatizare, cântec etc.), diverse relații dintre oameni conform fișelor extrase.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului

Exercițiul nr. 3: „Luarea deciziei corecte”

- **Obiective:** Să exercite abilități de luare a deciziei.

Forma de lucru: frontal / de grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Grupului i se citește textul din Fișa de lucru *Luarea deciziei corecte*.

Se împart participanții în grupuri a câte 4-5 persoane/ Se solicită grupurilor să aleagă cea mai proastă și cea mai bună decizie dintre exemplele de decizii date în fișa de lucru. Se va face un clasament valoric al deciziilor. Fiecare grup prezintă deciziile luate.

După ce sunt ascultate toate deciziile alese de grupuri, întreg grupul de participanți, elaborează o decizie unică și discută deciziile alternative care au fost prezentate.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișa de lucru – Luarea deciziei corecte

Exemplu de text: Alexandru și mama lui au mers la magazin să procure produse pentru o serbare. În timp ce puneau produsele în sacoșă, ei au scăpat sacoșa. Toate produsele s-au împrăștiat pe jos.

Exemple de decizii:

- ✓ Să anunțe vânzătorul.
- ✓ Să strângă singuri.
- ✓ Să plece și să uite de cele întâmplate.
- ✓ Să strângă bucațile de sticlă mai mari.

Exercițiul nr. 4: „Eu aș...”

- **Obiective:** Formarea abilităților de luare a unei decizii într-o situație dificilă.

Forma de lucru: frontal / de grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții primesc câte un exemplar al fișei de lucru. Li se solicită să citească descrierea fiecărei situații și să-și noteze ce ar face ei dacă ar fi în astfel de situații. După ce participanții au finisat sarcina, se inițiază o discuție pe baza deciziilor luate.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *A fost ușor sau dificil să luați o decizie?*
- ↪ *Ați avut mai multe alternative?*
- ↪ *Cum ați ales decizia pe care ați notat-o?*
- ↪ *Ceva a influențat decizia voastră?*

Fișa de lucru – Eu aș...

1. Ești la magazin, cumpărând produse pentru familia voastră. Vânzătoarea pune produsele pe cântar. Observi că ea apasă cu degetul pe cântar, ceea ce face ca prețul să fie mai mare decât cel real. Nu ești sigur dacă ea încearcă ori nu să te înșele. Eu aș...
2. Un prieten primește în dar de ziua lui un stilou nou. La ore observi cum un alt coleg îi ia stiloul și-l pune în buzunarul său. Nu știi dacă elevul respectiv îi fură colegului său stiloul sau dacă l-a luat doar în joacă. Eu aș...
3. Prietenul tău ți-a zis să nu vorbești cu colegul tău de bancă. El ți-a zis că el este diferit de tine. Astăzi, în drum spre casă, el ți s-a adresat cu o rugămintă. Are lacrimi în ochi și te întreabă dacă ai fi de acord să-l ajuți în problemele pe care le are cu familia lui. Băiatul îți spune că nu are pe nimeni altcineva cu care să poată vorbi. Eu aș...
4. Joci fotbal cu prietenii pe stadion. Unul dintre prieteni lovește mingea foarte tare. Mingea zboară spre casa de pe terenul de alături și sparge un geam. Un vecin se repede afară și întreabă cine a spart geamul. Eu aș...

Exercițiul nr. 5: „Alegere și consecințe”

- **Obiective:** Să identifice factorii determinanți în luarea unei decizii.

Forma de lucru: în echipe.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se împart participanții în 5 echipe. Fiecare echipă primește o situație din fișa de lucru. Participanții vor analiza problema, opțiunile de care dispune subiectul situației, avantajele și dezavantajele opțiunilor respective, decizia luată, consecințele acestei decizii. Fiecare echipă va face o scurtă prezentare în fața colegilor.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișa de lucru – Alegere și consecințe

Situația 1: Mama lui Mihai este o persoană cu dizabilități care se bazează pe el în orice situație. Mihai decide să iasă și să-și lase mama singură timp de 5 ore.

Situația 2: Deși are o situație școlară bună, Maria decide să nu-și mai facă temele și să iasă seara cu prietenii.

Situația 3: Cristina are 15 ani. Este în preajma susținerii unor teste și ar vrea să-și amelioreze capacitatea de memorare. Auzind de la cineva că există niște pastile pentru aceasta, decide să le procure.

Situația 4: Ion are nevoie de o nouă pereche de adidași pentru a fi ca toți cei de la școală. El nu are bani, dar magazinul din apropiere are adidași pe rafturi...

Situația 5: Victoria (15 ani) este convinsă că salvarea familiei de datoriile acumulate este obligația ei. Drept urmare, acceptă propunerea unei doamne de a se angaja la lucru.

Situația 6: Victor (13 ani) este intimidat în mod frecvent de colegii săi de clasă și de unii profesori, care, știind că ambii lui părinți îi trimit bani, îi cer diverse contribuții materiale. El nu mai rezistă acestei situații și abandonează școala.

ȘEDINȚA Nr. 14

Exercițiul nr. 1: „Dorințe și necesități”

- **Obiective:** Să argumenteze importanța unor necesități primordiale.

Forma de lucru: de grup / frontală.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții se împart în 5 grupuri fiecare grup primește câte o fișă de lucru. Anunțăm participanți că, la începutul unui an, autoritățile locale au aprobat un buget ce permite alocarea unei sume pentru a asigura locuitorilor condiții decente de viață. Fiecare grup va completa lista propusă de autorități cu alte 5 puncte. Din anumite motive autoritățile au redus bugetul și pot acorda numai 12 puncte dintre cele propuse anterior. Participanții sunt rugați să decidă cu privire la punctele care pot fi omise. După o perioadă, autoritățile au mai exclus, din același motiv, alte 4 puncte. Grupurile trebuie să decidă care puncte rămân. Se reunește grupul mare, participanții numesc punctele care au fost păstrate și motivează necesitatea acestora.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișa de suport *Dorințe și necesități*

ALIMENTAȚIE SĂNĂTOASĂ	APĂ CURATĂ
ASISTENȚĂ MEDICALĂ ȘI MEDICAMENTE	JUCĂRII
POSSIBILITATEA DE A FI AUZIT ȘI ASCULTAT	TELEVIZOR
LOCUINȚĂ AMENAJATĂ	HAINE LA MODĂ
AER CURAT	PROTEJARE DE VIOLENȚĂ
CALCULATOR	ALEGEREA LIBERĂ A RELIGIEI

Fișa de suport *Dorințe și necesități*

DULCIURI	CĂRȚI ȘI STUDII
MAȘINĂ PROPRIE	BANI
CĂLĂTORII ȘI VACANȚE	PRIETENI
CENTRE DE AGREMENT ȘI ODIHNĂ	TELEFON MOBIL

Exercițiul nr. 2: „Parlamentul copiilor”

- **Obiective:** Să identifice cele mai importante drepturi pentru copii.

Forma de lucru: de grup / frontală.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții sunt împărțiți în 4 grupuri, ei primesc materialele și rechizitele necesare pentru activitate. Fiecare grup editează un document care ar promova în Parlament legi necesare tinerilor/copiilor referitoare la următoarele domenii:

- I grup – sănătatea;
- II grup – protecția;
- III grup – timpul liber;
- IV grup – învățământ

Grupurile pregătesc o prezentare sub formă de discurs a pachetului de legi, cu argumentele necesare. Se reunesc toți participanții în grupul mare și prezintă informația pregătită.

Debriefing/reflexie: *Evaluarea exercițiului.*

Exercițiul nr. 3: „Traficul de ființe umane”

- **Obiective:** Să identifice consecințele negative ale traficului de ființe umane asupra victimelor, asupra familiei, asupra prietenilor și asupra societății.

Forma de lucru: de grup / frontală.

Durata: 20 minute.

🌀 **Instrucțiuni/Procedura:** Le solicităm participanților să scrie pe o foaie care sunt consecințele traficului de ființe umane. Participanții se împart în 4 grupuri și pregătesc o prezentare referitor la consecințele traficului de ființe umane cu referire la:

I. victime.

I. familia victimei.

II. prietenii victimei.

III. societate.

Fiecare grup pregătește o informație care să conțină 4 pași de soluționare a problemei traficului de ființe umane. Se reunesc toți în grupul mare și prezintă rezultatele activității grupului.

Debriefing/reflexie:

- 🌀 *A fost complicat sau dificil să discutați despre aceste probleme?*
- 🌀 *Care consecințe ale traficului de ființe umane credeți că sunt grave?*
- 🌀 *Cum va imaginați că arată portretul unui traficant?*
- 🌀 *Care sunt persoanele din grupul de risc?*
- 🌀 *Cum poate fi prevenit traficul de ființe umane?*

Exercițiul nr. 4: „Susținerea peretelui”

- **Obiective:** Să-și dezvolte abilitatea de a rezista presiunii.

Forma de lucru: de grup / frontală.

Durata: 20 minute.

🌀 **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se explică că, fiecare are dreptul de alegere și decizie personală. Grupul va decide când va lua sfârșit jocul. Membrii grupului se aranjează într-o linie la o distanță mică în fața unui perete. Li se explică că peretele se ține datorită unei legături foarte slabe și poate fi sprijinit numai cu privirea. Un membru al grupului rămâne în

afara grupului și are rolul de a-i convinge pe ceilalți că este inutil să susțină peretele. Jocul se termină când decide grupul.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

ȘEDINȚA Nr. 15

Exercițiul nr. 1: „Timp de o zi”

- **Obiective:** Să identifice atribuțiile specifice fiecărui actor comunitar.

Forma de lucru: individual.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Pregătim o cutie cu fișe, pe fiecare dintre acestea fiind scris un nume al unui actor comunitar (primar, medic, învățător etc.). Fiecare participant extrage o fișă. Ei vor avea la dispoziție 10 minute să își noteze pe o foaie activitățile pe care le are de realizat pe parcursul la o zi fiind în postura actorului comunitar din fișa extrasă. Fiecare participant face o prezentare a actorului comunitar și a activităților timp de o zi a acestui actor comunitar. Fiecare participant aduce argumente în favoarea activităților alese.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *Cum v-ați simțit în timpul activității?*
- ↪ *A fost ușor să fiți în rolul unui actor comunitar?*
- ↪ *Enumerați principalele caracteristici pe care ar trebui să le posedă un actor comunitar pentru a realiza activitățile propuse de dumneavoastră?*
- ↪ *Crezi că persoanele cu anumite dizabilități ar face față în funcție de anumit actor comunitar?*
- ↪ *Sunteți mulțumiți de activitatea actorilor comunitari din cadrul localității voastre?*

Exercițiul nr. 2: „Aranjarea valorilor”

- **Obiective:** Să-și formeze abilități de apreciere a sistemul propriu de valori și *eul* real.

Forma de lucru: individual / de grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se solicită participanților timp de 10 minute, să aranjeze calificativele conform cerințelor din următorul tabel.

Calificativele	Ce consideri important și ce consideri mai puțin important din calificativele date (sistemul propriu de valori)	Cum te apreciezi pe tine în raport cu respectivele trăsături (autoaprecierea)	Ce ți-ai dori mai mult și ce mai puțin spre apreciere, dintre calitățile date (sinele ideal)
Onest Sincer Inteligent Puternic Săritor la nevoie Harnic			

Îi invităm pe participanți să-și citească însemnările în fața grupului.

Debriefing/reflexie:

- ↪ *La ce compartiment ați întâlnit greutăți?*
- ↪ *Cum v-ați simțit când ați completat tabelul?*
- ↪ *Ce lucruri noi ați aflat despre colegii voștri?*

Exercițiul nr. 3: „Călăuzirea unui nevăzător”

- **Obiective:** Să identifice calitățile unei persoane demne de încredere.

Forma de lucru: în perechi / de grup.

Durata: 15 minute.

- ✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții sunt împărțiți în perechi. Li se explică că ei vor călăuzi un nevăzător în jurul școlii sau prin clasă. Unuia dintre participanți i se leagă ochii. Facilitatorul anunță că cel care este călăuză este responsabil de securitatea partenerului său. Participanții pun în aplicare jocul. Partenerii fac schimb de roluri.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 4: „Galeria Succeselor”

- **Obiective:** Dezvoltarea abilităților de identificare a succeselor.

Forma de lucru: în perechi / de grup.

Durata: 15 minute.

- ✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se solicită participanților să-și amintească cum au realizat o sarcină complicată. A fost o sarcină dificilă, dar ei i-au făcut față. Este posibil ca nimeni să nu fi observat acea ispravă, ei însă erau mândri de sine. Facilitatorul solicită participanților să-și amintească astfel de cazuri și să redea prin desene câteva dintre ele timp de 10 min. La sfârșitul activității, desenele sunt expuse în clasă, în „GALERIA SUCCESLOR”.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 5: „Autoportretul”

- **Obiective:** Să exprime anumite lucruri despre sine prin intermediul desenelor și al discuțiilor.

Forma de lucru: individual / de grup.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se repartizează o coală de hârtie, creioane colorate și carioci. Fiecare își desenează autoportretul identificându-se cu ceva. Se poate reprezenta ca o casă, copac, animal, fruct, plantă, floare etc. Participanții își prezintă pe rând desenele și vorbesc despre acestea, despre sine. Se discută în grupul mare despre:

- ✓ Ce obiect ai dori să fii? De ce?
- ✓ Ce animal ai prefera să fii? De ce?

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

ȘEDINȚA Nr. 16

Exercițiul nr. 1: „Dimensiuni ale stării sănătății”

- **Obiective:** Să descrie aspectele esențiale ale sănătății.

Forma de lucru: de grup.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanților li se solicită să numească mai multe cuvinte asociate noțiunii de sănătate. Aceste cuvinte se notează pe o foaie de flipchart. Participanții se repartizează în grupuri. Fiecare grup primește rechizitele necesare plus diverse imagini, poze din ziare etc. despre sănătate și le lipesc pe petalele unei flori desenate pe foaie. Când toate petalele sunt completate, ele formează o floare mare. Grupurile își prezintă petalele și motivează alegerea pe care au făcut-o.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișa de lucru – Dimensiuni ale sănătății

Sănătatea este trăsătura de bază a dezvoltării omului. Ea înseamnă nu doar absența bolii, ci și bunăstarea și sensul vieții. Sănătatea are următoarele șapte componente.

Sănătatea fizică este starea bună a corpului; este activitatea normală a sistemelor organismului. Include exercițiile fizice, igiena personală, alimentația corectă și somnul suficient.

Sănătatea socială reprezintă relațiile dintre persoană și societate și influența lor reciprocă. Este vorba de relațiile dintre bărbați și femei, copii și părinți, relațiile individuale în comunitate, la școală, acasă, la serviciu, pe stradă. Este abilitatea de a conviețui și a lucra cu alți oameni.

Sănătatea personală înseamnă autoapreciere; respect de sine și încredere în sine. Fiecare persoană are valori și scopuri individuale în viață.

Sănătatea spirituală este perceperea și formarea unei viziuni despre viață. Este respectarea normelor etice, a credinței, a filosofiei personale și sufletești.

Sănătatea emoțională este modul de exprimare a sentimentelor (*dragoste, tristețe, furie, bucurie*), înțelegerea emoțiilor și sentimentelor și controlul asupra lor.

Sănătatea mintală este starea bună a creierului. Este vorba de primirea informației, analizarea și aplicarea ei. Este abilitatea de a ști de unde și cum să obținem o informație și cum s-o folosim adecvat.

Sănătatea ecologică reprezintă un mediu ambiant care corespunde normelor. Este vorba de relațiile dintre oameni și animale, natură, plante, sol, apă, timp etc.

Exercițiul nr. 2: „Învăț să fac față situațiilor riscante” [4]

- **Obiective:** Să analizeze impactul situațiilor de risc asupra securității personale.

Forma de lucru: frontal / de grup.

Durata: 15 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Participanții expun pe rând toate ideile de ce este necesar să te gândești mult înainte de a decide ceva. Toți participanții sunt împărțiți în 4 grupe.

Fiecare grup primește un set de imagini:

- I. Copiii joacă fotbal în stradă.
- II. O persoană îi propune unui copil să urce în mașină.
- III. Un copil se joacă la computer.

Participanții discută în grup și răspund la următoarele întrebări:

- a) Care dintre aceste situații sunt periculoase?

- b) Ce consecințe pot avea ele asupra copiilor?
- c) Cum este corect să se poate proceda în asemenea situații?

În grupul mare se prezintă informația pregătită.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișă de lucru



1. Un copil se joacă la calculator.
2. O persoană îi propune unui copil să urce în mașină. (*Loc pentru imagini*)
3. Copiii joacă fotbal în stradă.

Exercițiul nr. 3: „Organismul și consumul de substanțe nocive”

- **Obiective:** Dezvoltarea competențelor de conștientizare a consecințelor consumului de substanțe nocive pentru organism;

Forma de lucru: frontal / de grup;

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se împart participanți în 4 grupuri. Fiecare grup desenează pe o foaie de flipchart silueta unui om. Grupurile au teme diferite:

- a. tutunul;
- b. alcoolul;
- c. drogurile;
- d. HIV/SIDA.

Indică pe desen drumul parcurs de substanță/virus în organism și ce organe afectează.

Fiecare grup prezintă colegilor desenul și argumentează fiecare element din imagine.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Exercițiul nr. 4: „Cum procedăm cu un eșec școlar?”

- **Obiective:** Să fie capabili să analizeze principalii factori ai eșecului școlar și să identifice modalități personale de depășire a acestor factori.

Forma de lucru: frontal / de grup.

Durata: 20 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Pe tablă este scris cuvântul *Eșec*. Rugăm elevii să aducă toate ideile care li se asociază cu acest cuvânt, toate cuvintele le notăm pe tablă. Se formează grupuri de câte 5-6 persoane. Fiecare grup primește sarcina să identifice și să listeze pe o foaie de flipchart împărțită în două grile, la prima grilă scriu toate cauzele posibile dintr-o anumită categorie de factori de eșec școlar:

- factori ce țin de elevi;
- factori ce țin de școală;
- factori ce țin de familie.

La a doua grilă elevii vor nota variante posibile de depășire a eșecului școlar. Se discută rezultatele în grupul mare și se solicită feedback din partea celorlalte grupuri.

Debriefing/reflexie: *Evaluarea exercițiului.*

Exercițiul nr. 5: „Identificați abuzul”

- **Obiective:** Să identifice semnele esențiale ale abuzului și să fie capabili să facă o diferențiere a principalelor forme de abuz.

Forma de lucru: frontal/subgrupe.

Durata: 25 minute.

✿ **Instrucțiuni/Procedura:** Se anunță tema discuției și se scrie pe flipchart cuvântul *Abuz*. Elevilor li se solicită să numească toate formele de abuz și formele sub care apare acesta cel mai frecvent. Participanții sunt împărțiți în subgrupe. Fiecare subgrupă primește de la facilitator o sarcină: „Discutați în grup următorul tip de abuz:

- abuz sexual;
- abuz psihologic;
- abuz fizic;
- abuz economic.

Identificați cele mai răspândite manifestări ale acestuia în cotidian”.

Fiecare grup primește un caz din fișa de lucru pentru a-l analiza: „Citiți cu atenție cazurile date și identificați tipul de abuz despre care este vorba”. O altă variantă este distribuirea întregii fișe

de lucru pentru toate subgrupele și analiza comparativă a rezultatelor obținute. O altă variantă ar fi cea de interpretare a fiecărui caz în comun de toată clasa, prin discuție în grup. Fiecare grup își va prezenta rezultatele pe rând.

Debriefing/reflexie: Evaluarea exercițiului.

Fișă de lucru

Ai un prieten care vine la tine în momentele dificile ca să se plângă de necazurile sale. În alte zile, când îi merge bine, el nici nu se apropie de tine și împarte cu alții bunurile, distracțiile.

Anișoara (de 8 ani) – în fiecare zi după școală – are obligația să facă multe lucruri prin gospodărie, inclusiv să aibă grijă de sora ei mai mică (de 3 ani). În cazul în care Anișoara nu face față obligațiilor, ea poate fi lăsată fără cina și chiar închisă în beci.

Andrei (de 6 ani) s-a udat în pat în timpul somnului de amiază. După deșteptare educatoarea l-a dezbrăcat pe băiat și l-a lăsat, drept pedeapsă, să stea gol în fața întregului grup de copii timp de 1 oră.

Victor (de 11 ani). La adunarea părinților s-a luat decizia să se adune câte 100 de lei din partea fiecărei familii pentru repararea sălii de clasă. Părinții băiatului nu au acești bani. Din acest motiv, profesoara l-a obligat pe Victor să facă ordine în clasă după ore timp de jumate de an.

Ionel (de 7 ani). Stă cu mătușa lui, părinții fiind plecați la muncă peste hotare. În fiecare zi, mătușa îl trimite la gară să cerșească, această activitate fiind privită ca o plată pentru că băiatul stă la ea.

Anatol (de 10 ani). Este foarte timid, lipsit de încredere în sine. La o lecție a făcut o greșală, după care profesoara l-a numit „prost” în fața întregii clase. De atunci, profesoara îl numește permanent „prost” și „incapabil”. Anatol nu vrea să mai învețe și nici chiar să meargă la școală.

Lenuța (de 12 ani) trece prin perioada de maturizare sexuală și de transformare corporală. Unchiul Ion, venind în oșpeție, o ciupește de piept, glumind că ea este fată mare și îi cresc formele. O mângâie pe corp, zicând că se rotunjește și degrabă va fi bună de măritat.

Anexa 17. Instrument de autoevaluare a instituției de învățământ

Componenta: Integrarea TUTUROR copiilor și crearea condițiilor optime pentru realizarea potențialului propriu

Localitatea _____ Instituția _____ Clasa _____						
Standard: 3.1. Instituția educațională cuprinde toți copiii, indiferent de naționalitate, gen, starea sănătății, origine și stare socială, apartenență politică sau religioasă și creează condiții optime pentru realizarea și dezvoltarea potențialului propriu în cadrul procesului educațional.						
Nr.	Întrebări	De acord total	Parțial de acord	Nu sunt de	Am nevoie de mai multă informație	Comentarii
1.	Toți participanții la procesul educațional (adulți și copii) împărtășește idei precum: egalitatea, valori umane și participarea tuturor.					
2.	Munca elevilor este vizibilă în sălile de clasă și în școală.					
3.	Încurajează școala convingerea că toți au drepturi egale.					
4.	Sunt drepturile fundamentale înțelese și respectate de TOTI (adulți și copii): drept la hrană, îmbrăcăminte, adăpost, îngrijire, educație, siguranță, libertatea exprimării opiniei, implicarea în decizii și respectul pentru identitatea și demnitatea unei persoane.					
5.	Copiii, care înfruntă bariere în procesul de studiere și participare, sunt considerați drept persoane cu diferite interese, cunoștințe și capacități și nu doar ca o parte componentă dintr-un grup.					
6.	Famiiliile cu copii, care actualmente merg la școli speciale, sunt încurajate să-și integreze copiii în școala din comunitate.					
7.	Întocmirea planurilor educaționale individuale este orientată să valorifice abilitățile elevilor și drept oportunitate de îmbunătăți metodele și strategiile de predare-învățare.					
8.	Pentru participarea copiilor cu dizabilități personalul școlii în colaborare cu familia realizează ajustările de mediu și a spațiului de învățare.					

9.	Efortul fizic depus de către un copil cu dizabilități sau care suferă de boli cronice în rezultatul acestui efort în îndeplinirea sarcinilor propuse, este recunoscut de către personalul școlii.					
10.	Există o varietate de modalități de evaluare a procesului de studiere, care să țină cont de ritmul și particularitățile de muncă, de interesele și de capacitățile pe care le au copiii.					
11.	Reușitele diferitor grupuri de copii (copii cu dizabilități/ minorități etnice) sunt monitorizate în modul în care ar permite descoperirea, investigarea și eliminarea barierelor din procesul de studiere.					
12.	Diversitatea umană din școală (adulți și copii) este evaluată și considerată, mai degrabă, ca o oportunitate pentru învățare, decât ca o problemă.					
Concluzii:						

DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Numele, prenumele **Cojocaru Viorica**

Semnătura

Data **21.03.2023**

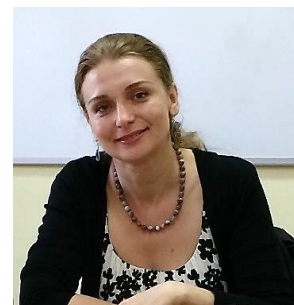
CURRICULUM VITAE

Numele și prenumele: Cojocaru Viorica

Data și locul nașterii: 21.04.1976,

or. Cahul, Republica Moldova

E-mail: cojocaruvio@yahoo.com



Studii

2017 – 2018	Formare profesională complementară: domeniul <i>Psihoterapie cognitiv comportamentală</i> , Liga Romană pentru Sănătate Mentală, Acordat de Colegiul Psihologilor din Romania
2009 – 2012	Studii la doctorat; specialitatea <i>Psihologie socială</i> , Institutul de Științe ale Educației
1999 – 2000	Masterat: specialitatea <i>Psihologia Educației și Sănătății</i> , Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, România
1995 – 1999	Facultatea „Psihologie și Psihopedagogie Specială”, Specialitatea <i>Psihologie</i> , Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
1991 – 1995	Secția „Învățământ Primar”, Colegiul Industrial-Pedagogic „Julia Hasdeu” din Cahul

Stagii de perfecționare și/sau de documentare efectuate în țară și peste hotare

- Stagiul de perfecționare „Incluziunea și asistența copiilor cu dizabilități severe”, Regiunea Salisbury, Marea Britanie 6-14.11.2018;
- Cursul de formare de formatori „Educația adultului: formare de formatori în domeniul educației incluzive”, Centrul „Speranța”, 15-17.2008.12, 30-31.10.2012;
- Cursul de formare „Asistenta persoanei cu dizabilități și a familiei”, curs de formare din 4 module, total 150 ore, Keystone Human Services Internațional”, 26-29.01.2009, 9-12.03.2009, 17-20.03.2009, 31.03-2.04.2009;
- Cursul de formare de formatori în domeniul educației incluzive, în cadrul proiectului SEN, Kulturkontakt, Austria, 2009-2010; 2011-2015;
- Cursul de formare de formatori în domeniul educației incluzive, în cadrul proiectului „Educația incluzivă a copiilor cu dizabilități – abordare sistemică”, Hilfswerk, Austria International, DATA;
- Vizită de studiu în scopul studierii practicilor de dezinstiționalizare, Hope and Homes for Children, Baia-Mare, România, 24-29.02.2008;
- Vizită de schimb de studiu, Asociația Lituaniană de Sprijin a Persoanelor cu Dizabilități de Intelect „Viltis”, Vilnius, Lituania, 15-19.01.2008;
- Curs de formare „Medical-rehabilitative and Social Integration Sector for Disabled Children”, Dipartimento Salute Mentale di Neuropsichiatria Infantile, Reggio Emilia, Italia, 3-14 iunie 2003.

Domeniile de interes științific: fundamentele teoretico-aplicative ale incluziunii educaționale și sociale a persoanelor cu dizabilități; metodologiile de consultanță și consiliere a procesului de dezvoltare a personalității copilului cu CES și/sau dizabilități în contextul educațional modern; metodologiile de intervenție sociopsihologică de sprijin a părinților copiilor cu dizabilități.

Activitatea profesională

2021 – prezent	Consultant în dezvoltarea politicilor și serviciilor de educație incluzivă.
2011 – 2021	AO „Copil, Comunitate Familie”, CCF Moldova – specialist în incluziunea educațională și socială a copiilor cu CES și sau dizabilități.
2002 – 2007	AO Centrul „Speranța”, Centru de reabilitare și incluziune socială a copiilor cu dizabilități. Funcția – coordonator program „Clubul adolescenților”.
2007 – 2010	AO Centrul „Speranța”, centru de reabilitare și incluziune socială a copiilor cu dizabilități. Funcția – director.
2000 – 2004	Institutul de Științe ale Educației, laboratorul <i>Psihologie și Psihopedagogie Corecțională</i> – cercetător științific.

Participări în proiecte științifice naționale și internaționale

1. MOL/G/PD2021/01 Dezvoltarea Programului de promovare a educației incluzive în R. Moldova 2022-2027, august 2021-mai 2022;
2. MOL/DR/ER-2614 *Evaluarea implementării programului de dezvoltare a educației incluzive în Moldova* 2011-2020, aprilie-decembrie 2019;
3. 5640/AO/04/401 *Promovarea educației incluzive în R. Moldova, acces echitabil la educație*, octombrie 2015-decembrie 2017;
4. Participare în cadrul grupului de lucru instituit de Ministerul Educației la elaborarea curriculumului și instruirea angajaților Serviciilor de Asistență Psihopedagogică (SAP) din republică (Dispoziția nr. 469, 29 august 2013);
5. 830.312, 1-st phase, *Acces egal la educație generală pentru copii cu CES din R.M.*; coordonator program formare a cadrelor didactice în domeniul educației incluzive; Pestalozzi Children s Foundation, 2011-2012;
6. 542/ Resource Centre Inclusive ME, *Educația incluzivă a copiilor cu dizabilități – abordare sistemică*; evaluator în cadrul studiului eficienței modelelor de incluziune a copiilor cu dizabilități din R.M.; Hilfswerk Austria International; 2009-2010;
7. *Incluziunea educațională a copiilor cu dizabilități mentale*; psiholog în echipa multidisciplinară, Open Society Mental Health Initiative, Early Childhood Program, 2009-2010;
8. *Dezvoltarea serviciilor bazate pe comunitate pentru persoanele cu dizabilități mentale*; consultant pentru evaluarea rezidenților din casa de copii Orhei în vederea dezvoltării de servicii comunitare de sprijin și îngrijire; Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, Open Society Mental Health Initiative și Fundația Soros Moldova, 2008;
9. CFCF 391 *Incluziunea educațională a copiilor cu dizabilități în R.M.*; coordonator program formare a cadrelor didactice în domeniul educației incluzive; DFID, Marea Britanie, 2006-2011.

Participări la foruri științifice (naționale și internaționale)

- REPER – rețeaua de profesioniști care promovează educația incluzivă. Asociația RENINCO, București, România, 22 septembrie 2012;
- Pledoarie pentru educație – cheia creativității și inovării. IȘE, 1-2 noiembrie 2011;
- Incluziunea educațională a copiilor cu dizabilități în Republica Moldova. Centrul „Speranța”, 30 martie 2011.

Lucrări științifice și științifico-metodice publicate – 9 articole științifice, 1 monografie (coautor) și 1 capitol în monografie.

Apartenența la societăți/asociații științifice naționale, internaționale:

Membru al Asociației RENINCO România (Rețeaua Națională de Informare și Cooperare pentru integrarea în comunitate a copiilor și tinerilor cu CES, România).

Cunoașterea limbilor (cu indicarea gradului de cunoaștere):

Română – nativă; Rusă – excelent; Engleză – nivel mediu de comunicare.

Date de contact: mob.: +373 79775518 e-mail: cojocaruvio@yahoo.com