

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN CHIȘINĂU
ȘCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: 159.923(043.3)

MOCANU MARIA NICOLETA

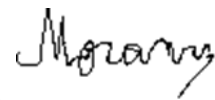
**IMPACTUL MECANISMELOR DE COPING ASUPRA PROFILULUI DE
PERSONALITATE LA VÂRSTA ADULTĂ**

Specialitatea: 511.02 - Psihologia dezvoltării și psihologia educațională

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific: **Racu Igor**, dr. hab. în psihol., prof. univ.

Autor: **Mocanu Maria Nicoleta**



CHIȘINĂU, 2025

© Mocanu Maria Nicoleta, 2025

CUPRINS

ADNOTARE	3
АННОТАЦИЯ	4
ANNOTATION	5
LISTA ABREVIERILOR	6
LISTA TABELELOR	7
LISTA FIGURILOR	8
INTRODUCERE	10
1. PERSPECTIVE TEORETICO-ȘTIINȚIFICE ÎN CERCETAREA MECANISMELOR DE COPING ȘI A TRĂSĂTURILOR DE PERSONALITATE LA VÂRSTA ADULTĂ	20
1.1. Mecanismele de coping – delimitări conceptuale	20
1.2. Teorii ale personalității în context actual	25
1.3. Legătura dintre coping, reziliență și stil de atașament (corelate psihologice ale copingului).....	36
1.4. Neuroștiința autoreglajului emoțional - strategii de lucru integrative.....	45
1.5. Concluzii la Capitolul 1	49
2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A MECANISMELOR DE COPING ȘI A TRĂSĂTURILOR DE PERSONALITATE LA VÂRSTA ADULTĂ.....	50
2.1. Design-ul cercetării experimentale	50
2.2. Rezultatele cercetării experimentale	56
2.3. Concluzii la capitolul 2	88
3. ELABORAREA ȘI VALORIFICAREA PROGRAMULUI INTEGRATIV DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ.....	90
3.1. Metodologia și conținutul experimentului formativ	90
3.2. Evaluarea eficienței experimentului formativ	116
3.3. Concluzii la capitolul 3	135
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	138
BIBLIOGRAFIE	141
ANEXE	159
Anexa 1. Formulare folosite în cercetare	159
Anexa 2. Statistica descriptivă a eșantionului cercetării	164
Anexa 3. Rezultate statistice obținute în urma experimentului constatativ	165
Anexa 4. Rezultatele statistice obținute în urma experimentului formativ	250
Anexa 5. Programul de intervenție de grup.....	258
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	273
CV-UL AUTORULUI	274

ADNOTARE

Mocanu Maria Nicoleta. Impactul mecanismelor de coping asupra profilului de personalitate la vârsta adultă.

Teză de doctor în Psihologie. Chișinău, 2025.

Structura tezei. Teza este constituită din adnotări în trei limbi (română, engleză și rusă), lista abrevierilor, lista tabelor, lista figurilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 248 titluri, 5 anexe, 140 pagini de text de bază, 35 figuri și 11 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 17 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: mecanisme de coping, personalitate, vârsta adultă, reziliență, atașament.

Domeniu de studiu: Psihologia dezvoltării personalității adultului.

Scopul cercetării a constat în cercetarea mecanismelor de coping și a profilului de personalitate la vârsta adultă și în elaborarea și implementarea unui program de intervenție de grup pentru modificarea mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate de la vârsta adultă.

Obiectivele cercetării au constat în: 1) identificarea factorilor comuni care se află în spatele variabilelor mecanisme de coping și factorii de personalitate din modelul alternativ cu cinci factori (sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate); 2) identificarea mecanismelor de coping predictor ai impresiei favorabile, ca trăsătură de personalitate în profilul psihologic al adultului; 3) investigarea legăturii dintre mecanismele de coping și autocontrolul emoțional al adultului, precum și diferențele în funcție de gen; 4) studiul diferenței între mecanismele de coping cognitiv - emoționale și comportamentale ale adultului tânăr (22 – 29 ani) și ale adultului de vârstă medie (30 – 50 ani); 5) elaborarea profilului psihologic al adultului; 6) elaborarea și implementarea unui program integrativ de intervenție psihologică având ca obiectiv ameliorarea/schimbarea strategiilor de coping și a trăsăturilor de personalitate; 7) determinarea eficienței programului integrativ de intervenție psihologică aplicat; 8) formularea recomandărilor psihologice cu caracter practic de optimizare comportamentală, atitudinală și emoțională.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în elaborarea procedeelelor pentru studierea mecanismelor de coping și a impactului acestora asupra profilului de personalitate a adultului, fapt ce a avut ca efect implementarea unui program de intervenție de grup pentru modificarea semnificativă a acestora.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată la nivel național este realizat studiul experimental prin care se constată consecințele mecanismelor de coping asupra profilului de personalitate la vârsta adultă; totodată, este elaborat și aplicat un program integrativ de intervenție psihologică pentru schimbarea corelativă a mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate ale adultului.

Semnificația teoretică constă în analiza și integrarea cercetărilor din literatura de specialitate a mecanismelor de coping cu cele din psihologia personalității adultului, aducând noi perspective și înțelegere în acest domeniu.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în elaborarea unui model de psihodiagnoză a legăturii dintre coping și personalitate la vârsta adultă precum și construirea, implementarea și verificarea eficienței unui program integrativ de intervenție psihologică având ca obiectiv ameliorarea sau schimbarea mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate la vârsta adultă.

Implementarea rezultatelor științifice. Conceptualizarea planului de intervenție și materialele rezultate sunt utilizate în procesul de formare continuă a psihologilor din domeniul clinic prin diseminarea informațiilor în cadrul volumelor conferințelor, workshopuri de formare profesională continuă, dar sunt și îndrumar pentru psihologii care desfășoară activități specifice de evaluare a personalității, atât la nivel clinic, cât și pentru selecția și recrutarea de personal în organizații. De asemenea, aspectele conceptuale și de cercetare sunt valorificate în cadrul disciplinelor Psihologia dezvoltării; Psihodiagnoza și statistică psihologică din cadrul U.P.S. „Ion Creangă”.

АННОТАЦИЯ

Мокану Мария Николета. Влияние копинг-механизмов на профиль взрослой личности.

Докторская диссертация по психологии. Кишинев, 2025.

Структура диссертации: Диссертация состоит из аннотаций на трех языках (румынском, английском и русском), списка сокращений, списка таблиц, списка фигур, введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 248 наименований, 5 приложений, 140 страниц основного текста, 35 рисунков и 11 таблиц. Полученные результаты опубликованы в 17 научных работах.

Ключевые слова: механизмы копинга, личность, взрослый возраст, устойчивость, привязанность.

Область исследования: Психология развития взрослой личности.

Цель исследования заключается в изучении копинг-механизмов и профиля личности во взрослом возрасте, а также в разработке и реализации групповой интервенционной программы по модификации копинг-механизмов и особенностей личности во взрослом возрасте.

Задачи исследования заключались в: 1) выявлении общих факторов, лежащих в основе переменных копинг-механизмов и личностных факторов из альтернативной пятифакторной модели (коммуникабельность, импульсивный поиск ощущений, активность, невротизм – тревожность, агрессивность); 2) выявление копинг-механизмов предсказателей благоприятного впечатления как черты личности в психологическом профиле взрослого; 3) исследование связи копинг-механизмов и эмоциональным самоконтролем взрослого, а также гендерных различий; 4) изучение разницы между когнитивно-эмоциональными и поведенческими копинг-механизмами у молодых взрослых (22-29 лет) и взрослых среднего возраста (30-50 лет); 5) разработка психологического профиля взрослого человека; 6) разработка и реализация программы группового психологического вмешательства с целью улучшения/изменения копинг-стратегий и личностных свойств; 7) определение эффективности примененной программы психологического вмешательства; 8) формулирование практических психологических рекомендаций по оптимизации поведения, отношений и эмоциональной сферы.

Полученные результаты, способствующие решению важной научной проблемы, заключаются в разработке процедур исследования копинг-механизмов и их влияния на личностный профиль взрослого человека, что определило разработку и внедрение программы группового вмешательства с целью их значимого развития.

Научная новизна и оригинальность. Впервые на национальном уровне проведено экспериментальное исследование, определяющее влияние копинг-механизмов на личностный профиль взрослого человека; при этом разработана и применена программа группового психологического вмешательства для коррелятивного изменения копинг-механизмов и личностных черт взрослого человека.

Теоретическая значимость заключается в анализе и интеграции исследований копинг-механизмов с исследованиями в области психологии личности взрослых, что определяет новые перспективы и понимание в этой области.

Прикладное значение работы заключается в разработке психодиагностической модели изучения связи копинга и личности взрослого, а также разработке, реализации и проверке эффективности программы группового психологического вмешательства с целью улучшения или изменения копинг-механизмов и личностных качеств взрослого; Полученные результаты дополняют существующие знания и составляют основу методологического руководства по передовой практике в области психологии развития и педагогической психологии, организационной психологии, клинической психологии, психотерапии и психологического консультирования.

Внедрение научных результатов. Концептуализация плана вмешательства и полученные материалы используются в процессе непрерывного обучения клинических психологов путем распространения результатов исследования на конференциях, мастер классах, и они также являются руководством для психологов, осуществляющих специфическую диагностическую деятельность личности как на клиническом уровне, так и при наборе и отборе персонала в различные организации и предприятия. Результаты экспериментального исследования используются в преподавании курсов психология развития, психодиагностика и психологическая статистика в КГП Ион Крянгэ.

ANNOTATION

Mocanu Maria Nicoleta. The impact of coping mechanisms on the adult personality profile. Doctoral thesis in Psychology. Chisinau, 2025.

Structure of the thesis: The thesis consists of annotations in three languages (Romanian, Russian and English), list of abbreviations, list of tables, list of figures, introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography from 248 titles, 5 appendices, 140 basic text pages, 35 figures and 11 tables. The results obtained are published in 17 scientific publications.

Key words: coping mechanisms, personality, adulthood, resilience, attachment.

Field of study: Developmental psychology - adult psychology.

The purpose of the research consists in studying the coping mechanisms and personality profile in adulthood and in the development and implementation of a group intervention program to modify the coping mechanisms and personality traits in adulthood.

The objectives of the research consisted in: 1) identifying the common factors behind the coping mechanisms variables and the personality factors from the five-factor alternative model (sociability, impulsive sensation seeking, activity, neuroticism – anxiety, aggression); 2) identification of the coping mechanisms predictors of the favorable impression, as a personality trait in the adult's psychological profile; 3) investigating the link between coping mechanisms and the adult's emotional self-control, as well as gender differences; 4) the study of the difference between the cognitive-emotional and behavioral coping mechanisms of young adults (22-29 years) and middle-aged adults (30-50 years); 5) develop the adult's psychological profile; 6) the development and implementation of a integrative psychological intervention program with the objective of improving/changing coping strategies; 7) determining the effectiveness of the applied integrative psychological intervention program; 8) formulation of practical psychological recommendations for behavioral, attitudinal and emotional optimization.

The obtained results that contribute to the solution of the important scientific problem consist in the development of procedures for coping mechanisms and their impact on the personality profile of the adult, a fact that had the effect of implementing a group intervention program in order to significantly change them.

Novelty and scientific originality. For the first time at the national level, an experimental study is carried out that underlines the consequences of coping mechanisms on the personality profile of the adult; at the same time, a group psychological intervention program is developed and applied for the correlative change of coping mechanisms and personality traits of the adult.

The theoretical significance consists in the analysis and integration of research from coping mechanisms with those from adult personality psychology, bringing new perspectives and understanding in this field.

The applied value of the work: it consisted in the development of a psychodiagnostic model of the bond between coping and personality of the adult, as well as the construction, implementation and verification of the effectiveness of a group psychological intervention program with the objective of improving or changing coping mechanisms and personality traits of the adult.

Implementation of scientific results. The conceptualization of the intervention plan and the resulting materials are used in the process of continuous training of psychologists in the clinical field by disseminating information in conference volumes, continuous professional training workshops, but they are also a guide for psychologists who carry out specific personality assessment activities, both at clinical level, as well as for the selection and recruitment of personnel in organizations. Also, the conceptual and research aspects are valued within the disciplines of Developmental Psychology and Psychodiagnosis and Psychological Statistics within the U.P.S.C.

LISTA ABREVIERILOR

AAI – Adult Attachment Interview (Interviu de atașament al adultului)

CERQ – chestionarul de coping cognitiv emoțional

SACS – chestionarul de coping comportamental

ZKPQ – chestionarul de personalitate Zuckerman Zuhlman pentru evaluarea celor cinci factori din Modelul alternativ cu cinci factori

CPI – California Psychological Inventory (Inventarul de Personalitate California)

GE – Grup experimental

GC – Grup de control

N - număr subiecți

Min - valoare minimă

Max - valoare maximă

LISTĂ TABELE

Tabel 1.1. Cinci perspective asupra dezvoltării umane

Tabel 1.2. Corelația tiparul de atașament copil – starea mentală a adultului

Tabelul 2.1 Coeficienții de corelație Pearson pentru coping – autocontrol

Tabelul 2.2 Manifestarea mecanismelor de coping în funcție de nivelul de vârstă

Tabelul 2.3. Profilul psihologic al adultului

Tabelul 3.1 Verificarea omogenității grupului experimental și de control pentru chestionarele de coping și probele de personalitate

Tabelul 3.2 Demersul intervențional integrativ în lucrul cu mecanismele de coping ale adultului

Tabelul 3.3 Planul de intervenție integrativ de grup

Tabelul 3.4 Diferențe statistic semnificative U Mann-Whitney, grup experimental/grup de control
RETEST

Tabelul 3.5. Diferențe statistic semnificative Wilcoxon, grup experimental TEST- RETEST

Tabelul 3.6. Diferențe statistic nesemnificative Wilcoxon, grup control TEST- RETEST

LISTĂ FIGURI

Figura 2.1. Distribuția procentuală a vârstei în eșantion

Figura 2.2. Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului de coping CERQ

Figura 2.3. Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului de coping SACS

Figura 2.4. Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului ZKPQ

Figura 2.5 – Reprezentarea grafică a numărului de componente/factori care depășesc valoarea Eigen 1

Figura 2.6. Structura factorială a celor 7 factori comuni coping – Big Five alternativ

Figura 2.6.a. Factorul 1 – *Indicator antisocial* - factor mixt (coping comportamental / Big Five alternativ)

Figura 2.6.b. Factorul 2 – *Indicator prosocial* - factor mixt (coping comportamental și cognitiv emoțional / Big Five alternativ)

Figura 2.6.c. Factorul 3 – *Indicator labilitate emoțională* - factor mixt (coping cognitiv emoțional / Big Five alternativ)

Figura 2.6.d. Factorul 4 – *Gândire ambivalentă* - factor unic (coping cognitiv emoțional)

Figura 2.6.e. Factorul 5 – *Indicator de optimism* - factor mixt (coping cognitiv emoțional / coping comportamental)

Figura 2.6.f. Factorul 6 – *Indicator de atașament* - factor unic (coping comportamental)

Figura 2.6.g. Factorul 7 – *Indicator de pesimism*- factor unic (coping cognitiv emoțional)

Figura 2.7. Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scala impresie favorabilă din cadrul CPI

Figura 2.8. Distribuția reziduală a rezultatelor

Figura 2.9. Dreapta de regresie (stânga)- A și norul de puncte (dreapta)-B

Figura 2.10 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului CERQ pentru bărbați (A) și pentru femei (B)

Figura 2.11 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului SACS pentru bărbați (A) și pentru femei (B)

Figura 2.12 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scala autocontrol emoțional din cadrul inventarului CPI pentru bărbați și pentru femei

Figura 2.13 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la chestionarului de coping CERQ pentru adultul tânăr

Figura 2.14 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la chestionarului de coping CERQ pentru adultul tânăr

Figura 2.15 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului SACS pentru adultul tânăr (A) și pentru adultul de vârstă medie (B)

Figura 3.1a Designul experimentului formativ

Figura 3.1 Chestionarul CERQ GE GC Retest

Figura 3.2 Chestionarul SACS GE GC Retest

Figura 3.3 Chestionarul ZKPQ GE GC Retest

Figura 3.4 CPI retest GE – GC dimensiunea managementul de sine

Figura 3.5 Chestionarul CERQ GE test retest valori medii.

Figura 3.6 Chestionarul SACS GE test retest valori medii

Figura 3.7 Chestionarul ZKPQ GE test retest valori medii

Figura 3.8. Chestionarul CPI dimensiunea managementul de sine GE test retest valori medii

Figura 3.9 Chestionarul CERQ GC test retest valori medii

Figura 3.10 Chestionarul SACS GC test retest valori medii

Figura 3.11 Chestionarul ZKPQ GC test retest valori medii

Figura 3.12 Chestionarul CPI dimensiunea managementul de sine GC test retest valori medii

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Prezenta lucrare își propune să sublinieze importanța abordării mecanismelor de coping în relație cu trăsăturile de personalitate ale adultului, atât din perspectivă clinică (prin considerarea rolului intervenției de grup în restructurarea mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate), dar și din perspectiva organizațională (legătura dintre profilul de personalitate al adultului și coping capătă o deosebită relevanță în contextul deciziei selecției de personal, precum și în cazul asistenței psihologice de-a lungul carierei în mediul organizațional).

Stresul reprezintă o realitate a lumii cotidiene și este tratat în literatura de specialitate ca o reacție de adaptare a organismului la mediu. Acesta se prezintă în forme diferite, amenințând nu doar sănătatea mintală, ci și cea fizică prin simptome de tip comportamental sau fizice. Atunci când apare o lipsă de echilibru între presiunea factorilor exteriori și posibilitatea individului de a face față realității apar simptome pe mai multe paliere, precum cele comportamentale (iritabilitate, oboseală, mânie, dificultăți în luarea deciziilor într-un timp optim, probleme de concentrare a atenției). Totodată, pot să apară și simptome fizice precum: insomnia, anorexie sau bulimie, dureri de cap, greață, probleme de indigestie, dureri nespecifice în corp. Persistența factorilor declanșatori de stress în contra balans cu strategiile de adaptare (de coping) pot deveni pe termen mediu și lung indicatori de risc pentru somatizări emoționale cum ar fi depresia, anxietatea sau fiziologice: boli coronariene, sindrom de oboseală cronică, sistem imunitar deficitar. Acest lucru poate avea un impact asupra modului în care persoana simte, gândește și se comportă în relație cu mediul, deci asupra întregii sale personalități.

Provocările vieții de zi cu zi pot cuprinde orice dificultăți de viață, greutăți, suferințe, pierderi, amenințări, tragedii, traume asociate cu circumstanțe negative, toate acestea având consecințe în spațiul intrapsihic al persoanei. Adversitatea în relație cu dezvoltarea mecanismelor de coping și a rezilienței, mai cuprinde un aspect referitor la severitate: mecanismele de reziliență pot să difere în raport cu severitatea contextuală, variind de la reziliență la dificultăți obișnuite de zi cu zi, cum ar fi stresul de muncă (adversitate medie), la reziliență față de stresul ocazional extins, cum ar fi doliul (adversitate puternică).

La cel mai general nivel, copingul face referință la modalitatea în care oamenii detectează, evaluează, reacționează și se confruntă cu cerințele reale, factorii stresori și la obstacolele zilnice. Scopul cercetării despre coping este de a oferi detalii despre descrieri ale acestor procese și pentru a specifica modul în care acestea lucrează împreună pentru a se influența reciproc și modul în care acestea contribuie la sănătatea sau tulburarea fizică și psihică.

De exemplu, cercetarea actuală analizează modul în care caracteristicile unui factor de stres antrenează mecanisme de coping specifice și influențează modul în care oamenii reacționează, percep și se descurcă într-un anumit context. Copingul vizează evaluările oamenilor cu privire la un eveniment stresant, adică părerea lor asupra faptului că acesta este o provocare sau amenințare și dacă pot acționa pentru a îl evita sau a îl contracara.

Atunci când discutăm despre coping, la cealaltă polaritate avem starea de bine individuală. Starea de bine, pe de altă parte, este un fenomen complex legat de o varietate de factori, inclusiv diferențele culturale, statutul socio-economic, sănătatea, calitatea relațiilor interpersonale și procesele psihologice specifice, conform lui R.E. Dinero [140]. Cercetările clinice elaborate de N.A. Farb [157] sugerează că abilitatea de a se distanța și de a observa trenul intern continuu al gândurilor, joacă un rol vital în starea de bine psihologică. Indivizii pot dezvolta diferite strategii eficiente de coping în gestionarea suferinței și cultivarea rezilienței, existând multiple astfel de strategii: acceptarea, coping ca practică de atenție și orientare spre bunătate, spre scăderea stresului și a promovării rezilienței și recuperării. Se recunoaște, în general, că stilurile de coping orientate spre evitare (de exemplu, evitarea comportamentelor și / sau gândurilor, consumul de droguri, negarea) și coping-ul orientat spre pozitiv (de exemplu, reinterpretarea și creșterea pozitivă, acceptarea) sunt, respectiv, dăunătoare și benefice pentru gestionarea situațiilor dificile. Strategiile de coping pot avea un sens psihosocial la nivel ideografic pentru că îl conștientizează pe individ asupra sensului vieții, îl ajută să își dezvolte toleranța la frustrare, să dezvolte noi abilități de a se adapta social și pot determina o viziune mai profundă privind mecanismele primare de adaptare ale ființei umane precum și depășirea acestora.

Cercetarea copingului în relație cu personalitatea de la vârsta adultă devine de o importanță majoră într-o societate în care adulții sunt blocați uneori într-un haos de emoții, amintiri sau comportamente, conform lui D.J. Siegel [68], sau realizează că sunt într-o stare de rigiditate și experimentează ruminația. Dacă aceste stări persistă timp îndelungat, atunci procesul de integrare nu mai poate avea loc. Prin procesul de conștientizare și dezvoltând atenția (un important instrument în conștientizare), sunt activate procese (chimice, biologice, psihice) care transformă biologia gândurilor, mintea, schimbând arhitectura creierului dintr-un artefact al trecutului într-o hartă a viitorului.

Tematica tezei doctorale este deosebit de importantă în contextul realității sociale actuale, în care există tot mai multe solicitări și sarcini externe pentru care resursele interne ale personalității adultului nu sunt întotdeauna suficiente pentru a le gestiona. Acest dezechilibru între posibilitățile interne și solicitările externe poate conduce pe termen lung la perturbarea laturii cognitiv – afectiv – conative a individului. Astfel, cercetarea capătă o actualitate practică și

teoretică determinată de insuficienta cercetare a mecanismelor de coping în relație cu profilul de personalitate de la vârsta adultă. La momentul realizării acestei teze nu este suficient studiată legătura mecanismelor de coping cu factorii de personalitate Big Five din modelul alternativ, nu este realizată o analiza factorială în acest sens pentru populația adultă non clinică din România, totodată la nivel de literatură de specialitate din domeniul psihologiei organizaționale nu există studii efectuate în contextul selecției de personal care să prognozeze dezirabilitatea răspunsurilor în cadrul examenului psihologic pe baza mecanismelor de coping. De asemenea, aspectele diferențiale dintre bărbați și femei cu privire la coping, evoluția mecanismelor de coping la vârsta adultă, dar și legătura copingului cu autocontrolul emoțional completează cercetările actuale din domeniu, aducând o notă de înțelegere a acestora în contextul acestei vârste. Lipsa unui program specific de intervenție și asistență psihologică de grup, m-au determinat să aleg această temă în speranța unui aport la nivelul de cercetare și intervenție actual existent.

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

Modalitatea în care copingul a fost abordat și conceptualizat este foarte divers, însă punctul de pornire în studiul acestuia reprezintă un amestec de gânduri și comportamente, așa cum au constatat S. Folkman & R.S. Lazarus [160].

Mai mulți autori au studiat din punct de vedere teoretic și practic mecanismele de coping rezultând o serie de cercetări în domeniul psihologiei pe acest subiect :

- relația coping - mecanismele de apărare ale adultului - D.I. Crașovan & L.P. Maricuțoiu [144];
- relația coping - sănătatea adultului: HIV - M. Acree & C. Bussolari [76], diabet -K.M. Duangdao [149], sau cu starea de sănătate a populației adulte generale – J.A. Penley [214];
- relația coping - factori cognitivi / emoționali ai agresivității adolescentului – W. Ayers; C.A. Rose; S.D. Lane; F.C. Lunenburg [97; 156; 190; 195];
- relația stres, coping și performanța la locul de muncă – D.I. Crașovan, L.P. Maricuțoiu; M. Jamal; C. Jones; P.M. Leblanc; D. Eden [144; 182; 183; 150; 187];
- diferențele de gen și coping – D.I. Crașovan; I. Gianakos; K.S. Latha; M.P. Matud; A.J. Rose; V.S. Helgeson [145; 165; 185; 200; 221; 176]

Deși la momentul actual există studii pentru vârsta adultă care urmăresc relația dintre coping și diferite aspecte ale vieții adultului (sănătate, activitate profesională, factori cognitivi, gen), nici unul nu surprinde în mod aprofundat dinamica relațională dintre coping și personalitate pentru această perioadă de vârstă la care trăsăturile de personalitate sunt deja formate și stabile. Astfel, prezenta cercetare doctorală dorește să completeze nivelul de cunoaștere actual din

domeniu prin concentrarea asupra unor aspecte mai puțin elucidate: identificarea mecanismelor de coping pe care adultul le utilizează în scop adaptativ, funcțional la realitatea stressantă; identificarea trăsăturilor de personalitate ale adultului care îi permit acestuia să se adapteze realității cotidiene; modalitatea în care poate fi influențată personalitatea adultului de către mecanismele de coping ale acestuia.

Lucrarea se bazează pe activitatea de evaluare și intervenție psihologică asupra unui număr de 260 de adulți, 130 de bărbați și 130 de femei, desfășurată în perioada 2022 – 2024.

Scopul cercetării a fost de a cerceta și înțelege impactul mecanismelor de coping asupra profilului de personalitate la vârsta adultă și implementarea unui program de intervenție de grup pentru ameliorarea / schimbarea acestora. Au fost avute în vedere schimbarea următoarelor mecanisme de coping disfuncționale și dezvoltarea mecanismelor de coping funcționale și a trăsăturilor de personalitate:

- ameliorarea mecanismelor de coping disfuncționale ale adultului: coping cognitiv emoțional - autoculpabilizare, ruminare, catastrofarea, culpabilizarea celorlalți; coping comportamental: acțiune instinctivă, evitare, acțiune indirectă, acțiune antisocială, acțiune agresivă.
- dezvoltarea mecanismelor de coping cognitiv emoțional (acceptare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă, punerea în perspectivă) ; coping comportamental (acțiune asertivă, relaționare socială, căutarea suportului social, acțiune prudentă).
- schimbarea la nivel semnificativ a trăsăturilor de personalitate din profilul psihologic de la vârsta adultă: sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate – ostilitate, dezirabilitate socială, autocontrolul emoțional, impresia bună.

Obiectivele care au fost stabilite pentru îndeplinirea scopului mai sus enunțat al cercetării sunt:

- 1) identificarea factorilor comuni care se află în spatele variabilelor mecanisme de coping și factorii de personalitate din modelul alternativ cu cinci factori (sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate);
- 2) identificarea mecanismelor de coping predictor ai impresiei favorabile, ca trăsătură de personalitate în profilul psihologic al adultului;
- 3) investigarea legăturii dintre mecanismele de coping și autocontrolul emoțional al adultului, precum și diferențele în funcție de gen;

- 4) studiul diferenței între mecanismele de coping cognitiv -emoționale și comportamentale ale adultului tânăr (22 – 29 ani) și ale adultului de vârstă medie (30 – 50 ani);
- 5) elaborarea profilului psihologic al adultului;
- 6) elaborarea și implementarea unui program integrativ de intervenție psihologică având ca obiectiv ameliorarea/ schimbarea strategiilor de coping și a trăsăturilor de personalitate;
- 7) determinarea eficienței programului integrativ de intervenție psihologică aplicat;
- 8) formularea recomandărilor psihologice cu caracter practic de optimizare comportamentală, atitudinală și emoțională.

Realizarea acestor obiective a presupus mai multe *etape*:

1. *etapa analitică*, pe parcursul căreia a fost analizată și generalizată literatura științifică privind problema abordată în cercetare, au fost selectate metodele și tehnicile de cercetare și intervenție psihologică;
2. *etapa de constatare*, pe parcursul căreia a fost efectuat experimentul de constatare prin administrarea diferitor metode și tehnici;
3. *etapa de intervenție psihologică de grup*, în care a fost elaborat și implementat un program având ca obiectiv schimbarea mecanismelor de coping disfuncționale și a trăsăturilor de personalitate studiate;
4. *etapa de retestare* - experimentul de control pentru determinarea eficienței programului de intervenție psihologică aplicat, ulterior fiind generalizate și descrise rezultatele obținute.

Ipoteza generală a cercetării enunță că *mecanismele de coping au un impact asupra profilului de personalitate al adultului și printr-un program integrativ de intervenție psihologică putem modifica mecanismele de coping și trăsăturile de personalitate ale adultului.*

Rezultatele obținute contribuie la soluționarea problemei științifice și constau în:

- identificarea bazei teoretico-aplicative care fundamentează evaluarea profilului de personalitate de la vârsta în relație cu strategiile de coping;
- psihodiagnosticul personalității și al copingului de la vârsta adultă în elaborarea unui model de intervenție asupra strategiilor de coping și a trăsăturilor de personalitate la adulți;
- elaborarea, implementarea și aprobarea unui program integrativ de intervenție psihologică în vederea ameliorării / schimbării strategiilor de coping dezadaptative și a dezvoltării unor strategii adaptative, corelativ cu trăsăturile de personalitate ale adultului.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată la nivel national:

- este cercetat printr-un studiu experimental profilul de personalitate al adultului corelat cu mecanismele de coping,

- rezultatele cercetării au impact în două specializări psihologice diferite: psihologia organizațională prin studiul impactului mecanismelor de coping asupra profilului de personalitate în diferite contexte organizaționale (evaluare și selecție de personal, asistență psihologică a angajaților), dar și în domeniul clinic prin programul integrativ de intervenție în vederea schimbării strategiilor de coping dezadaptative și învățarea unor strategii adaptative, dar și prin modificarea semnificativă a trăsăturilor de personalitate studiate.
- sunt elaborate recomandări pentru specialiștii din domeniul psihologiei.

Semnificația teoretică. Rezultatele investigației reprezintă un aport de informații în ceea ce privește aprofundarea specificității personalității în raport cu mecanismele de coping la vârsta adultă. Programul integrativ de intervenție psihologică poate deveni un etalon profesional din punct de vedere metodologic pentru psihologii clinicieni și psihoterapeuți în desfășurarea unor protocoale de intervenție care vizează ameliorarea copingului și a trăsăturilor de personalitate, dar și pentru psihologii organizaționali pentru acordarea asistenței psihologice individuale și de grup în cazul constatării unor disfuncționalități prin analiza de climat organizațional realizată la nivelul instituției / a grupelor de muncă.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în:

- programul integrativ de intervenție psihologică reprezintă un protocol de intervenție în vederea ameliorării strategiilor de coping cognitiv dezadaptative și învățarea unor strategii adaptative și drept urmare, pentru îmbunătățirea calității vieții adultului care se adresează psihoterapeutului / psihologului clinician;
- programul integrativ de intervenție psihologică este util și aplicabil și practicienilor care activează în specializarea psihologia muncii și organizațională, pentru acordarea asistenței psihologice de grup, în cazul constatării unor disfuncționalități la nivelul grupelor de muncă prin analiza de climat organizațional, dar și pentru acordarea asistenței psihologice individuale, urmare a aspectelor sesizate prin evaluarea psihologică periodică a personalului;
- metodele selectate și propuse sunt utile la delimitarea modurilor de coping specifice adulților, fără tulburări de personalitate, contribuind la clarificări de ordin metodologic și practic;
- rezultatele teoretice și practice pot constitui repere fundamentale în lucrări metodologice pentru specialiștii din domeniul sănătății mintale (psihologi, medici, asistenți sociali, psihopedagogi).

Aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării. Rezultatele cercetării au fost aprobate în cadrul ședințelor Școlii doctorale de Psihologie, Catedrei de Psihologie a U.P.S. “Ion Creangă” din Chișinău, la conferințe științifice organizate în cadrul U.P.S. “Ion Creangă” și în cadrul unor seminare, workshop-uri organizate în instituții educaționale, în reviste științifice și conferințe și Școli de vară din România. Rezultatele cercetării din această lucrare au fost publicate

în 15 lucrări științifice de specialitate, din cadrul conferințelor și a revistelor științifice și 2 rezumate, după cum urmează:

Lucrări indexate **ISI (Scopus, Copernicus, Web of Science)** în reviste de specialitate cu factor de impact:

MOCANU, M.N. The effect of meditation and psychotherapy in changing the personality traits of the adults. *Revista de cercetare și intervenție socială*. 2025, nr 88, pp. 105 – 116, ISSN 1583-3410 (print), 1584-5397 (electronic). DOI: <https://doi.org/10.33788/rcis.88.7>

MOCANU, M.N. An integrative research study on changing coping mechanisms and personality traits for adults. *Cunoașterea științifică*. 2025, nr 1(4), pp. 19 – 43. ISSN 2821 – 8086, ISSN – L 2821 – 8086. DOI: 10.58679/CS96443 <https://www.cunoasterea.ro/an-integrative-research-study-on-changing-coping-mechanisms-and-personality-traits-for-adults/>

Lucrări în cadrul **revistelor științifice de specialitate**:

MOCANU, M.N. Rolul mecanismelor de coping și al coerenței inimă creier în gestionarea stresului profesional al judecătorului. *Revista Română de Jurisprudență*. 2022, nr. 2, pp 688 – 695. ISSN 1844 – 6450.

RACU, I. & MOCANU, M.N. Cercetarea experimentală a mecanismelor de coping la vârsta adultă. *Univers Pedagogic*. 2023, nr 4(80), pp 5-11. ISSN 1811-5470. DOI:10.52387/1811-5470.2023.4.01

RACU, I. & MOCANU, M.N. Mecanismele de coping – predictorii ai dezirabilității răspunsurilor în cadrul examinării psihologice. *Psihologie Revista Științifico – Practică*. 2023, nr 42(1), pp 96 -104. ISSN E 2537-6276, ISSN P 1857-2502.

MOCANU, M.N.; LEUȚANU, G. & TÎRLEA, G. Starea de bine organizațională în context pandemic, de la coping la adaptare. *Revista de psihologie militară*. 2023, nr 2, pp. 47 – 55. ISSN 2784 – 2649.

RACU, I. & MOCANU, M.N. A formative approach on changing coping mechanisms and personality traits for adults. *Romanian Journal of Psychological Studies*. 2024, nr 1, pp 48 -55. ISSN 2559-1649, ISSN–L 2559-1649.

MOCANU, M.N. The Relationship between Emotional Self-Control and Coping Mechanisms - Applications of Neuroscience in Education. *Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics*. 2024, nr 28(1), pp. 17-26. ISSN 2392-7127. DOI:10.29081/JIPED.2024.28.1.02

Articole în lucrările **conferințelor** și altor manifestări științifice:

MOCANU, M.N. Neurobiologia alianței terapeutice și integrarea mecanismelor de coping în relația sinelui cu ceilalți. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice : Analele științifice ale doctoranzilor*. 2022, vol 20, pp. 229 – 234. ISSN 1857-0267. ISBN 978-9975-46-420-8.

MOCANU, M.N. Mecanismele de coping în context adaptiv și dezadaptiv neuroștiințific. În: *Competențe adaptative și dezadaptative. Lucrări conferința APAR Ediția XVII*. Brașov: Ed APAR. 2022, pp 216 – 232. ISBN 978 606 9547007.

RACU, I. & MOCANU, M.N. Obiective și strategii în studiul dezvoltării mecanismelor de coping. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și ale modernizării învățământului. Volumul conferinței naționale cu participare internațională*. 2022, seria XXIV vol I, pp 62 – 68. ISBN 978-9975-46-652-3.

MOCANU, M.N. Coping și epigenetică – de la adaptare la transformare. În: *Tulburări neurocognitive. Volumul conferinței internaționale APAR. Brașov*. 2023, pp 205 – 216. ISBN 978 – 606 – 95470 – 3- 8.

RACU, I. & MOCANU, M.N. Legătura copingului cu factorii de personalitate Big Five. În: *Volumul Conferinței Științifice Internaționale Știință și Educație: Noi abordări și perspective* . 2023, seria XXV vol nr 1, pp 72 - 78. ISBN 978-9975-46-774-2.

MOCANU, M.N. Evoluția copingului la vârsta adultă. În: „*Perspectivelor și Problemele Integrării în Spațiul European al Cercetării și Educației*”. 2023, Volumul X, partea 2, pp 169 -176. ISSN 2587-3563, E-ISSN 2587-3571.

MOCANU, M.N. Mecanismele de coping ale copilului interior. În: *Volumul Conferinței Științifice a doctoranzilor. Conferința Științifică Anuală a doctoranzilor cu participare internațională "Probleme actuale ale științelor umanistice"*. 2023, nr 1 pp 242 -246. ISBN 978-9975-46-849-7.

Publicație **rezumat** în volumul conferinței și e-poster:

MOCANU, M.N. Tratatamentul psihoterapeutic prin compasiune al copingului psihologic și al tipului de atașament. În: *Zilele Psihiatriei Socola, volum rezumate*. Iași: Ed Etna, 2022. pp 63. ISBN 978-973-1985-83-1.

MOCANU, M.N. The relationship of emotional self-control with coping mechanisms (Relația copingului cu autocontrolul emoțional). În: *Volumul de rezumate al Conferinței Internaționale a Doctoranzilor, Post doctoranzilor și tinerilor Cercetători în Științe Socio – Umane*. 2023, pp. 67. ISBN online: 978-606-714-779-7 , ISBN print: 978-606-714-780-3.

Metodologia cercetării științifice se constituie din metode teoretice - analiza literaturii de specialitate; **metode empirice** - probe de personalitate –ZKPQ, chestionar de coping cognitiv – emoțional (CERQ), scala de abordare cognitiv strategică a copingului (SACS); inventarul de personalitate CPI (California Personality Inventory); **metode statistice** - calculul frecvențelor (distribuția rezultatelor), mediei (tendința centrală a rezultatelor), testul t pentru eșantioane independente (semnificația diferenței între mediile a două eșantioane distincte), analiza factorială, testul F Levene (de apreciere a omogenității eșantioanelor), testul de corelație Pearson (puterea și

sensul corelațiilor instituite între variabilele cercetării), testul U Mann–Whitney, testul Wilcoxon, ANOVA.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza este constituită din: preliminarii (adnotare în trei limbi, lista abrevierilor, a tabelelor și figurilor, introducere), trei capitole, încheiere (concluzii generale și recomandări), bibliografie și anexe.

În *Introducere* sunt prezentate actualitatea și importanța temei cercetării, gradul de cercetare a problemei, scopul și obiectivele cercetării, problema științifică importantă soluționată, noutatea științifică a rezultatelor înregistrate, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, este expus modul de implementare a rezultatelor, alături de modalitatea de aprobare a rezultatelor cercetării.

În *Capitolul I*, cu titlul *Perspective teoretico-științifice în cercetarea mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate de la vârsta adultă* sunt abordate: mecanismele de coping în perspectivă teoretică, studiul actual al teoriilor personalității, relația copingului cu atașamentul și reziliență, neuroștiința autoreglajului emoțional, aceste subcapitole fiind importante pentru dezvoltarea capitolului III din prezenta lucrare și anume programul formativ, de intervenție de grup. Coping-ul este un concept care traduce realitatea psihologică a persoanei de a pendula între adversitate și adaptare. Coping-ul combină fiziologia stresului și a trăsăturilor bazale de personalitate, implicând coordonarea emoției, comportamentului, atenției, motivației și cunoașterii către adaptare. Modalitatea prin care părinții răspund nevoilor primare ale copilului și comportamentelor asociate atașamentului codifică cele mai noi și cele mai puternice modele de adaptare la reguli în creierul uman. Cele mai fragede strategii de coping devin codate și stabilim circuitul nostru neuronal până la vârsta de 12 până la 18 ani. Atașamentul timpuriu are rol semnificativ în dezvoltarea cortexului prefrontal și astfel creierul nu doar că învață strategii de reziliență și coping de la alte persoane, ci și dezvoltă strategii proprii pe care le va utiliza ulterior în relația sinelui cu ceilalți.

În *Capitolul II* intitulat „*Cercetarea experimentală a mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate de la vârsta adultă*” sunt prezentate rezultatele cercetării experimentale constatative, scopul, obiectivele, ipotezele și metodologia cercetării. Sunt descrise pe scurt instrumentele de cercetare utilizate, prezentate caracteristicile lotului investigat (vârstă, sex), design-ul cercetării experimentale constatative, rezultatele cercetării experimentale și concluziile. Pornind de la ipoteza generală a experimentului de constatare, în acest capitol am reușit să identificăm factorii comuni dintre mecanismele de coping și factorii de personalitate din modelul alternativ cu cinci factori (sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate), am denumit acești factori comuni, reușind astfel să reducem

numărul de variabile din cercetarea ipotezei. Totodată, am identificat mecanismele de coping predictorii ai impresiei favorabile, ca trăsătură de personalitate în profilul psihologic al adultului și investigat legătura dintre mecanismele de coping și autocontrolul emoțional al adultului, precum și diferențele în funcție de gen. Studiul diferenței între mecanismele de coping cognitiv - emoționale și comportamentale ale adultului tânăr (22 – 29 ani) și ale adultului de vârstă medie (30 – 50 ani) au adus la lumină concluzii noi referitoare la evoluția mecanismelor de coping de-a lungul vârstei adulte. Urmare a cercetării experimentale a fost conturat profilul psihologic de la vârsta adultă.

În *Capitolul III*, cu titlul „*Elaborarea și valorificarea programului integrativ de intervenție psihologică*” sunt expuse strategii și principii ce stau la baza elaborării programului de intervenție psihologică. Sunt delimitate reperele principale ale experimentului formativ: obiectivele, ipoteza și metodologia demersului științific, este prezentată structura programului de intervenție, metodele și tehnicile specifice psihologice utilizate. Sunt evaluate efectele programului psihologic integrativ elaborat și implementat, este stabilită eficiența intervenției formative privind ameliorarea/schimbarea mecanismelor de coping la vârsta adultă. Mecanismele de coping, atât cele cognitiv emoționale, comportamentale, și trăsăturile de personalitate au fost modificate prin intervenții psihologice de grup, utilizând un plan de intervenție integrativ, care cuprinde elemente cognitiv comportamentale, psihosomatice, NLP, experiențiale, psihodramă, art terapie, elemente de desensibilizare bilaterală EMDR și tehnici moderne de neuroștiință (filmul minții, coerența inimă – creier).

Concluziile generale și recomandările scot în evidență rezultatele generale cercetării și sugerează direcții de acțiune ce ar contribui la schimbarea mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate în procesul individual / de grup, dar și în cadrul programelor individualizate de asistență psihologică a personalului din organizații, precum și în domeniul sănătății mentale. În primul rând, sunt prezentate rezultatele finale ale experimentelor de constatare, formare și control, evidențiind impactul intervențiilor aplicate asupra mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate de la vârsta adultă. Aceste rezultate oferă o imagine de ansamblu asupra eficienței strategiilor și tehnicilor utilizate în cercetare, precum și asupra progreselor înregistrate de participanți în cercetare. Secțiunea include de asemenea și recomandări concrete pentru implementarea practică a rezultatelor cercetării. De asemenea, secțiunea explorează direcțiile viitoare de cercetare și propune o înțelegere mai profundă a legăturii dintre mecanismele de coping și factorii de personalitate de la vârsta adultă, avându-se în vedere direcții noi de cercetare longitudinală a acestora, de la vârsta copilăriei mici și până la bătrânețe.

1. PERSPECTIVE TEORETICO-ȘTIINȚIFICE ÎN CERCETAREA MECANISMELOR DE COPING ȘI A TRĂSĂTURILOR DE PERSONALITATE LA VÂRSTA ADULTĂ

1.1 Mecanismele de coping – delimitări conceptuale

Începând cu anii '70, copingul a început să fie tot mai valorizat în cercetările legate de stres, relația dintre persoană și mediu fiind mai degrabă explicată prin coping decât pe stres, conform lui R.S. Lazarus, copingul desemnează astfel pentru acest autor un “efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale” [160, p 28].

În coping persoana utilizează resurse combinate, cognitiv emoționale și comportamentale pentru a diminua, preveni sau controla factorii de stress, pentru A.J. Marsella [197]. R. S. Lazarus [192] consideră că atunci când o persoană se confruntă cu o situație care îi depășește resursele personale individul începe să dezvolte o serie de strategii cognitive și comportamentale pentru a reduce stresul psihic.

Copingul presupune dezvoltarea unui plan intrapsihic pentru înțelegerea situației stimul, dar și elaborarea unor etape, care presupun: anticiparea situației stresante, înfruntarea și recadrarea situației, analiza situației la nivel personal, conform lui J.D. Brown [127]. Într-un nivel general, coping-ul se referă la modul în care indivizii identifică, cântăresc, reacționează emoțional și comportamental și se adaptează factorilor de stres emoțional și fizici din viața lor de zi cu zi. Acest lucru determină ca adulții să reacționeze (coping comportamental) sau să simtă și să gândească (coping cognitiv emoțional) diferit în fața provocărilor vieții, antrenând anumite trăsături de personalitate din ansamblul personalității individuale.

Conform lui R.S. Lazarus [6], putem distinge între *coping centrat pe problemă* și *coping centrat pe emoție*. Primul se axează pe diminuarea factorului stresor și cuprinde strategiile de confruntare cu triggerul. Copingul centrat pe problemă cuprinde mai multe tipuri de strategii precum: prezentarea situației problematice, adunarea de informații, aflarea unor soluții alternative, cântărirea alternativelor, soluționarea conflictelor, dar și găsirea unor resurse utile în rezolvarea problemei prezente: abilități, modalități și cunoștințe, după R.K. Atkinson [96]. Contribuția lui R.S. Lazarus [6] arată că mecanismele de coping centrate pe emoție sunt centrate pe individ, pe capacitatea de a gestiona stresul și deține strategii de gestionare a factorilor de stress. Conform lui A. Monat & R.S. Lazarus [192] copingul centrat pe emoție nu modifică realitatea, ci doar sprijină individul să îi facă față mai eficient. După R.K. Atkinson [96], oamenii utilizează copingul centrat

pe emoție pentru a preveni burnout ul emoțional și atunci când problema nu poate fi controlată corespunzător. Acest tip de coping contribuie modificarea strategiei abordate în relația cu mediul extern prin evitarea realității sau resemnificare pozitivă.

Contribuția lui A. Băban [7] arată că cele două tipuri de coping sunt complementare: copingul centrat pe emoție susține rezolvarea corespunzătoare a situației problematice, iar copingul centrat pe problemă ajută la diminuarea distresului emoțional.

Coping-ul este de fapt un proces amplu de adaptare care contribuie la dezvoltarea și menținerea stării individuale de sănătate și diminuează, până la nivel de vindecare, tulburările generate de stres. Prin coping individul se concentrează asupra triggerilor din mediul exterior, prin combinarea fiziologiei stresului și a celei temperamentale. Toate aceste lucruri implică conlucrarea emoției, comportamentului, atenției, motivației și cunoașterii pentru susținerea procesului de adaptare, conform lui E.A. Skinner & M.J. Zimmer Gembeck [228]. Conform acelorași autori, coping-ul nu se referă doar la situațiile stresante, ci are un efect asupra sănătății, dezvoltării și supraviețuirii indivizilor, a relațiilor sociale și a grupurilor. Modalitățile de coping devin permanente, tipare emoționale și comportamentale pe care le folosește individul de a se raporta la realitate, acestea pot fi pozitive sau negative în funcție de impactul asupra realității [228].

După S. Vaida & C. Bota [15], atunci când potențialul personal este depășit de situația stresantă, apar schimbări cognitive, comportamentale și emoționale pentru a răspunde solicitărilor interne și externe, scopul fiind acela de autoreglaj emoțional (*coping centrat pe emoție*) și de *diminuare a distresului emoțional* produs de o relație disfuncțională între Sine și mediu.

Având în vedere că principalul scop este de a semnaliza și răspunde la pericolul perceput, copingul are mai multe roluri: monitorizează și detectează amenințările și problemele existente, oferă informații clare și exacte, ajustează răspunsurile la problemele din realitate, autoreglaj emoțional. Pentru E.A. Skinner & M.J. Zimmer Gembeck individului îi sunt necesare o serie de însușiri, cum ar fi autodisciplina și perspicacitatea în abordarea factorilor stresori, are nevoie de resurse sociale și materiale suplimentare, de flexibilitate și adaptabilitate pentru a învăța din elementele stresante ale trecutului, pentru a acționa corespunzător în prezent și pentru a preveni probleme din viitor [228].

În psihologia traumei autorii G. Fischer & P. Riedesser [32] fac diferența între mecanismele de apărare de cele de coping. Conform acestor autori există mai multe tipuri de coping, cum ar fi: *coping-ul instrumental*, *coping-ul expresiv*, *restructurarea cognitivă* (pozitivă sau negativă) și *coping capabil de rezistență*. Așadar, coping-ul deși se manifestă la nivel individual cuprinde mai multe niveluri și subsisteme, cum ar fi cel fiziologic, neurologic, emoțional, atențional, cognitiv și

motivațional, fiind așadar un proces de adaptare și de rezistență în timp, un proces de reglare interactiv, pentru E.A. Skinner & M.J. Zimmer Gembeck [228].

Dezvoltarea formează fiecare parte a procesul de coping, delimitând tipurile de factori de stres care intră în viața unei persoane de-a lungul dezvoltării ontogenetice. Dezvoltarea influențează modul în care sunt evaluați factorii de stres: modul în care partenerii sociali participă la interacțiune și utilizează propriile mecanisme de coping diferă în funcție de dezvoltare. Având în vedere acest consens, poate fi surprinzător să descoperim că nici o cercetare recentă privind dezvoltarea coping-ului nu există actualmente. În schimb, domeniul în ansamblu are un răspuns cu privire la împărțirea teoriilor și cercetărilor în etape clasificate pe vârstă. Un grup de cercetători studiază coping-ul preșcolarilor, altul studiază coping-ul copiilor „de vârstă mijlocie”, un altul studiază adolescenții. Cercetătorii care se concentrează pe modul în care sugarii și copiii mici reacționează și se confruntă cu întâlnirile stresante, rareori se referă la subiectul lor ca și „coping”, ci sunt studiate reglarea emoțiilor, reactivitatea la stres sau temperamentul. De fapt, fiecare dintre modurile de a răspunde la stres, cum ar fi rezolvarea problemelor, ruminația, neputința, căutarea ajutorului sau opoziția reprezintă un coping specific.

Cercetătorii care studiază copingul pe nivele de vârstă se concentrează în mare măsură asupra diferențelor individuale, analizând factorii personali și sociali care contribuie la răspunsurile la stres și examinând modul în care diferitele răspunsuri sunt conectate la rândul lor.

În urmă cu aproximativ douăzeci de ani, s-a încercat conceptualizarea mecanismelor de coping conform lui M. Rutter [222], situând copingul între autoreglaj emoțional și reziliență. Copingul nu este așadar doar un proces episodic, dar este de asemenea, un proces interactiv și adaptativ, legat atât de reziliență, cât și de autoreglarea emoțională.

Funcția primară a copingului este, conform lui R. W. White, aceea a unui “proces adaptativ care servește la detectarea, evaluarea și abordarea provocărilor și amenințărilor și le permite oamenilor să-și revină și să învețe din acestea” [234, p. 328]. Copingul presupune conlucrarea subsistemelor reactive și de reglare emoțională, comportamentală, motivațională, atențională, cognitivă și socială în confruntarea distresului emoțional.

Sunt propuse o serie de modalități pentru cercetarea și înțelegerea copingului de către anumiți autori precum D. Cicchetti, S. Luthar, A.S. Masten [136; 196; 198]:

- Sistemul de coping total cu mecanismele de tipul *fight or flight* (luptă sau fugi) din creierul limbic. Este important să vedem mecanismele de coping ca un sistem cu unele caracteristici deoarece în dezvoltarea copingului discutăm despre autoreglajul de jos în sus *bottom - up* (sistemul limbic - sistemul motivațional – neocortex) precum și de sus în jos (neocortex - creierul limbic);

- Coordonarea acțiunilor: mediul oferă posibilitatea ca omul să poată manifesta comportamente de adaptare sau dezadaptare. Astfel, recomandabil ar fi să axăm cercetările pe zona dezvoltării proximale, având în vedere autoreglajul emoțional și modelul intern de lucru din tiparul de atașament;
- Prin integrarea diferitelor niveluri (neurofiziologic, comportamental, de reprezentare, social și contextual) putem cunoaște triggerii stresori și avem posibilitatea neurofiziologică, psihologică și socială de a le face față, conform lui M.L. Murphy [210];
- Interviuul, observația, relatarea pot contribui la studiul intervalelor de timp, putând astfel să identificăm etapele unui proces de autoreglaj emoțional și reziliență;
- Nivelurile de dezvoltare, de la cel neurofiziologic și până la cel metacognitiv, sunt mijlocite sau limitate de nivelul anterior și astfel este reorganizat acest nivel, pentru E.A. Skinner & M.J. Zimmer Gembeck [227].

Pentru autorii S. Folkman & R.S. Lazarus [160] există patru categorii de coping: concentrarea pe probleme, focalizarea pe emoție, căutarea de suport și posibilitatea de gestionarea stresului. Un alt cercetător, W. Weiten [194], a detaliat patru tipuri de coping: direcționat către evaluare (cognitiv adaptativ), cu focalizare pe probleme (comportament adaptativ), axat pe emoții și pe ocupație. Pentru A.G. Billings & R.H. Moos [111] evitarea este o strategie de coping focalizată pe emoție. Există mai multe strategii de coping pe care oamenii le pot utiliza concomitent, acestea fiind modificabile în timp. Chiar dacă strategiile de coping pot fi toate utile conform etapelor și a problemelor de viață, cele centrate pe probleme oferă posibilitatea de a gestiona mai bine problema, în timp ce copingul centrat pe emoție poate diminua controlul asupra evenimentelor (coping de inadapare).

Există mai multe *strategii de coping* pe care adulții le pot utiliza pentru adaptarea la situații cu potențial amenințător pentru bunăstarea fizică sau psihică. Dintre acestea amintim *strategiile de coping axate pe evaluare*. Aceste strategii sunt cognitive și presupun modificarea manierei în care o persoană se raportează prin gândire la o problemă, schimbând obiectivele și valorile, distanțându-se de o problemă sau negând-o. Un exemplu ar fi umorul, care pentru R.L. Hale & F.C. Worrell [173] mijlocește relația cu stresul mai mult pentru femei decât pentru bărbați. O altă strategie este cea de *coping comportamental*. Prin aceasta oamenii încearcă să se concentreze pe problema lor prin informare asupra problemei și deprinzând noi maniere de a o aborda.

Strategiile de coping axate pe problemă sunt clasificate în trei, conform lui S. Folkman & R.S. Lazarus [160]: preluarea controlului, căutarea informațiilor și evaluarea pro și contra, acestea

sunt direcționate către modificarea sau eliminarea triggerului, însă există posibilitatea în care problema persistă.

Strategii de coping axate pe emoție sunt direcționate conform lui L. Brannon & J. Feist [123] către gestionarea emoțiilor. Există o taxonomie mai largă cu privire la acest tip de coping, astfel că pentru S. Folkman & J.T. Moskowitz [161] acesta cuprinde: eliberarea de emoții, distragerea atenției, gestionarea sentimentelor ostile, meditație și practici de mindfulness, iar pentru Folkman & R.S. Lazarus [160]: exceptarea, evadare-evitare, acceptarea responsabilității sau vinei, exercitarea autocontrolului și reevaluarea pozitivă.

Toate aceste strategii de coping sunt *strategii funcționale*, adică îmbunătățesc relația dintre individ și mediul său, însă există și strategii disfuncționale de coping, cum ar fi *tehnicele negative* - tehnica de coping inadaptată (non-coping), prin aceasta fiind reduse doar simptomele, nu și nivelul de stres. Chiar dacă acest tip de coping este eficient pe termen scurt și presupune anumite strategii (disocierea, sensibilizarea, comportamentele de siguranță, evitarea anxioasă, raționalizarea și evadarea), acestea întrețin problema. Prin disociere mintea se delimitează de gânduri, amintiri și emoții, fiind un mecanism ce aparține de PTSD (sindromul de stres post traumatic). Sensibilizarea apare atunci când o persoană încearcă să prevină evenimentele stresante pentru autoprotecție prin învățare, repetiție și / sau anticipare. Comportamentele de siguranță apar ca mecanisme de coping atunci când indivizii care se confruntă cu stări de anxietate se bazează exclusiv/ excesiv pe ceva sau pe cineva pentru a face față acestor stări. Raționalizarea este mecanismul de coping prin care se minimizează severitatea unui incident sau este evitată abordarea acestuia pentru a preveni accesul la traume psihice sau stres. Evitarea anxioasă este atunci când toate situațiile care îi pot provoca anxietate unei persoane sunt evitate. Acest mecanism de coping este întâlnit în cazul atacurilor de panică sau al fobiilor, deoarece oamenii care se confruntă cu aceste probleme vor să iasă din situațiile anxiogene la primul semn.

Persoanele care îi controlează pe ceilalți pentru realizarea obiectivelor utilizează mecanisme de coping disfuncționale precum: agresiunea, ostilitatea, sfidarea, abuzul, blamarea, atacarea sau criticarea altora, dominanța, afirmarea excesivă de sine. J.E. Young [188] identifică anumite mecanisme de coping: pentru căutarea statutului - căutarea atenției; manipularea, exploatarea (persoana îndeplinește nevoile proprii prin manipulare ascunsă, seducție și necinste); agresivitate pasivă, rebeliune, amânare, latență, plângere, neexecutare, ordinea excesivă, obsesionalitate, retragere socială, autonomie excesivă, retragere prin activități individuale, căutarea stimulării: cumpărături compulsive, jocuri de noroc, asumarea de riscuri.

Există mai multe *teorii și modele* care explică legătura dintre stress și coping: *modelul fiziologic al stresului și teoria răspunsului; modelul cauzal și teoria stimulilor; modelul*

tranzacțional al stresului, conform lui S. Folkman & R.S. Lazarus [160]; *modelul conservării resurselor*; *modelul interacționist-ecologic al stresului*, conform lui F. Cohen & T.A. Wills [139].

Consecințele anxietății și stresului asupra sănătății psihice și fizice sunt studiate de N.S. Endler [248] în *modelul interacționist al anxietății, stresului și coping-ului*.

Modelul și definițiile "tranzacționale" ale stresului, avându-i ca autori pe R.S. Lazarus & S. Folkman, A. Monat [160; 192], explică stresul și reacțiile la stres. R.S. Lazarus & S. Folkman [160] se concentrează pe interacțiunea dintre persoană și mediu și modul în care evenimentele pot stresă individul, copingul fiind liantul dintre solicitările interne sau externe în contextul tranzacției persoană - mediu organizațional cu resursele/ posibilitățile reale personale.

Este necesar să delimităm mecanismele de apărare de cele de coping, iar M. Mayman, N. Haan [202; 172] susțin că mecanismele de coping preced pe cele de apărare, însă actualmente se consideră că mecanismele de apărare preced pe cele de coping.

Din perspectiva psihologiei cognitive, M. Miclea [46] a clasificat mecanismele de coping, în funcție de vectorul funcționării (confruntare-evitare) și de tipul de mecanism (comportamental, cognitiv și neurobiologic). În ceea ce privește copingul focalizat pe emoție se precizează că "trăirile emotiv-subiective sunt rezultanta conștientizată a combinării componentelor neurobiologice (în special, biochimice), cognitive și comportamentale, iar modificarea unuia din acești factori schimbă semnificația trăirii subiective" [46, p. 51]. Mecanismele de coping au o anumită "controlabilitate", deoarece gândul că situația este controlabilă oferă posibilitatea persoanei de a-și alege cea mai potrivită strategie de coping în raport cu situația.

Există o serie de teorii ale *copingului*, cum ar fi *teoria coping-ului pozitiv* care pune accentul pe aspectele pozitive ale „sentimentelor pozitive”, dând posibilitatea indivizilor, comunității sau societății să se dezvolte, după M.E.P. Seligman [147], sau *teoria coping-ului proactiv* („Proactive Coping Theory”) pune accentul pe aspectele temporale ale coping-ului, în special pe copingul în fața evenimentelor viitoare. S. Taubert [225] aduce prin această teorie în prim plan conceptul de dezvoltare personală („personal growth”) prin delimitarea surselor de stres, evaluarea resurselor personale și cunoașterea tehnicilor de control al stresului, alegând astfel mecanisme și strategii de coping eficiente.

1.2. Teorii ale personalității în context actual

Având în vedere că prezenta lucrare doctorală se concentrează atât pe mecanismele de coping cât și pe trăsăturile de personalitate, se impune a discuta despre legătura mecanismelor de coping cu personalitatea. În ceea ce privește legătura dintre personalitate și mecanismele de coping, cele cinci mari trăsături de personalitate și strategiile de coping sunt asociate astfel:

deschiderea a fost asociată pozitiv cu abordarea orientată spre emoție (sprijin social, reinterpretare și creștere pozitivă) și negativ de abordare orientată spre evitare, conștiinciozitatea a fost asociată pozitiv cu emoția și negativ cu evitarea și, în cele din urmă, nevrotismul a fost pozitiv legat de copingul orientat spre evitare. Așadar, *personalitatea explică variația atât a strategiilor de coping, cât și a suferinței psihologice*, conform lui K.M. Sheldon [224]. Modelele similare de coping și reziliență ajută la gestionarea emoțională a răspunsurilor la probleme naturale (cutremur, uragan și inundație sau pandemie).

În ceea ce privește relația dintre coping și autocontrolul emoțional ca trăsătură de personalitate, în ultimii 5 ani [2019 – 2024] au fost efectuate mai multe astfel de studii, rezultatele fiind foarte interesante și utile pentru profesioniștii din domeniul psihologiei:

- un studiu axat pe analiza relațiilor liniare dintre personalitate, autoreglare, strategii de coping și emoții de realizare pentru studenții de licență. S-au găsit dovezi ale relațiilor asociative dintre factorii de personalitate, autoreglarea și strategiile de coping. Factorul nevrotic a avut o corelație negativă semnificativă cu autoreglarea; deosebit de importantă a fost relația sa negativă cu luarea deciziilor și strategiile de coping concentrate pe emoție, conform lui de la Fuente [162];

- un studiu a evidențiat rolul religiozității, abilităților de autocontrol și stilului de atașament emoțional ca factori de risc pentru a face față situațiilor stresante. Participanții au fost recrutați de la liceele situate în regiunea Triunghiului de Nord din Israel. Abilități mai slabe de autocontrol și stilul de atașament emoțional anxios și evitant au fost asociate fiecare cu o probabilitate mai mare de a se angaja în abilități pasive de coping. Pe lângă corelația pozitivă dintre religiozitate și abilitățile de coping active ca răspuns la situații stresante, aceste constatări sugerează relevanța interculturală a acestor factori de risc pentru a face față eficient la stres, conform lui Q. Agbaria [81];

- o sută șaiszeci și doi de părinți ai copiilor cu epilepsie severă au fost înscriși în sondajul în timpul spitalizării copilului lor la Centrul Danez de Epilepsie cu privire la familie, răspunsurile stilului de coping, sentimentul de control și nivelul de stres perceput de părinți. Modelele de mediere în serie au demonstrat un efect de mediere al răspunsului de autocontrol și coping emoțional (EMCOP) între dificultățile comportamentale ale copilului și atât stresul parental, cât și impactul asupra familiei. Nivelul scăzut de control a fost asociat cu un nivel mai ridicat de răspuns EMCOP, iar un răspuns ridicat EMCOP a fost asociat cu un stres perceput mai mare și un impact asupra familiei. Sprijinul social a încetat să mai fie un factor de protecție pentru stresul parental în prezența scăderii autocontrolului și a nivelurilor mai ridicate de răspuns EMCOP, pentru B.T Erford & J.A. Lutz [151];

- o cercetare efectuată în Indonezia a arătat că autoreglarea afectează direct strategiile de adaptare academice ale studenților și capitalul psihologic în timpul învățării online în pandemia de Covid-19. Descoperirea pedagogică a acestui studiu poate îmbunătăți calitatea învățării în timpul pandemiei Covid – 19, care este de așteptat să fie aplicabilă nu numai în Indonezia, ci și în alte țări, în special în sud-est, pentru A. Sinring [212];

- scoruri mai mari la autocontrol corelate cu o mai bună adaptare (mai puține raportări de psihopatologie, mai mare respect de sine), mai puțină alimentație excesivă și abuz de alcool, relații și abilități interpersonale mai bune, atașament sigur și răspunsuri emoționale mai optime, iar efectele pozitive au rămas după controlul pentru dezirabilitatea socială. Autocontrolul scăzut este astfel un factor de risc semnificativ pentru o gamă largă de probleme personale și interpersonale, pentru A.L. Boone [105].

Continuând cu teorii ale personalității în context actual, după R.E. Mayer [201] astăzi contextul dominant de conceptualizare a personalității este cel de tip „perspectivă lângă perspectivă” și a apărut gradual. De-a lungul primei jumătăți a secolului 20, teoreticieni ca S. Freud, C. Rogers, R. Cattell și G. Allport au dezvoltat fiecare o descriere largă a sistemului personalității. Aceste viziuni sunt interesante, convingătoare și accentuează unul sau altul din aspectele personalității. De-a lungul timpului, cercetători precum A. Elklit, A.V. Jakobsen sau R.E. Mayer [152; 201] au constatat că aceste teorii s-au înmulțit și au fost combinate în categorii mai largi: abordarea psihodinamică, umanistă, behavioristă, social-cognitivă.

Teoreticienii personalității încearcă, în ultimii ani, o integrare a teoriilor personalității, privind retrospectiv către ideile trecute clasice dar și către viitorul acestei științe. Mulți autori, precum A. Furnham, P. Heaven, L.A. Pervin [216; 164], iau din ce în ce mai mult în considerare ideea că oamenii sunt simultan ființe biologice și sociale, modelați de factori evoluționiști și actuali. Aceeași autori consideră că există trei modalități de a integra teoriile personalității mai eficiente: utilizarea unor modele mai bune de cercetare care să ia în considerare toți factorii complecși și relevanți implicați în reacțiile individuale; accentuarea mai intensă a proceselor interne; sublinierea felului în care oamenii se schimbă în timp.

C.S. Carver [134], studiind cercetările mai vechi, redescoperă un concept mai vechi – evitare-apropiere - și ideea că există două structuri biologice distincte care sunt independente una de cealaltă. Datele și teoriile din neuropsihologie, psihopatologie, psihofarmacologie accentuează existența sistemului activator de apropiere (*approach activation system*) care urmărește facilitarea angajamentului și a unui sistem inhibitor, de retragere, aversiv. Astfel, diferite sisteme sunt evidente atât la nivelul afectului cât și a sinelui. Carver detectează, de asemenea, redescoperirea și acceptarea unor concepte psihanalitice, care par a fi strâns relaționate cu conceptele evoluționiste.

Ultima tematică este re-accentuarea naturii sociale a personalității, bazată pe concepte ca atașament și presiunea de grup.

R. Epstein [154] argumentează ideea că teoria trăsăturilor nu este suficientă pentru a identifica diferențele de comportament în diferite situații, sau pentru a înțelege unicitatea complexă a identităților individuale. Autorul consideră că constructele motivaționale (scopuri și nevoi) sunt, sau ar trebui să fie, de importanță centrală în psihologia personalității. Cu toate acestea, importanța și relevanța principiilor genetice și evoluționiste nu pot fi subestimate.

D.C. McClelland [203] a detectat numeroase teme pe care le consideră importante pentru prezentul și viitorul psihologiei personalității:

- Personalitatea este încă studiul imaginii de sine – adică datele de cercetare sunt încă de tip self-report (chestionarele).
- Cercetătorii personalității studiază în primul rând variabilele conștiente, cognitive și mai puțin factorii inconștienți.
- Cercetarea personalității nu este o știință cumulativă – majoritatea cercetătorilor studiază singuri noile lor abordări, în loc să construiască pe teoriile sistematice mai vechi.
- Psihologia personalității se bazează mai mult pe proces decât pe conținut – de exemplu, cercetătorii se interesează mai mult de puterea convingerilor personale ale oamenilor mai degrabă decât de conținutul lor.

Unul dintre cei mai de seamă teoreticieni ai personalității, L.A. Pervin [216] a identificat următoarele aspecte legate de evoluția acestui domeniu:

- a. Interesul crescut asupra acestui domeniu;
- b. Există mai multe definiții ale personalității decât teoreticieni;
- c. Clarificarea conceptului de tip de personalitate ar fi de o importanță primordială pentru domeniu;
- d. Există o tendință de a avea încredere mai mult în determinanții înnăscuți ai personalității;
- e. Există o insatisfacție din ce în ce mai mare legată de metodele creion-hârtie sau de laborator;
- f. Principala sursă de dezacord este problema specificității versus generalității, în care bunul-simț postulează prima idee în timp ce studiile experimentale oferă rezultate interpretate în ambele direcții, adesea în funcție de orientarea autorului;
- g. Deși studierea aceluiași fenomen la mai mulți subiecți este valoroasă, o importanță specială se acordă identificării relațiilor dintre părțile organismului individual;

h. Deși formularea unor teorii adecvate ale personalității rămâne în urma cercetărilor științifice, aceste studii sunt atât de înfloritoare încât perspectiva pentru o psihologie sistematică a personalității este luminoasă.

D.M. Buss [130] a identificat câteva aspecte disputate cu intensitate legate de perspectiva trăsăturilor. O întrebare centrală se referă la cât de puternic este prezis comportamentul prin trăsături. Acest aspect se leagă adesea de mărimea relației dintre o trăsătură și comportamentul său manifest. Studii recente despre impactul trăsăturilor par a arăta că acestea sunt predictorii puternici ai comportamentului în calitate de constrângeri situaționale. De la W. Mischel [204] s-a argumentat ideea că situațiile puternice (de exemplu, stimuli, manipulări) neagă efectul unei trăsături. Cu toate acestea câteva trăsături (anxietatea) pot fi importante numai atunci când manipularea este puternică. În esență, se pare că atunci când contextul (situația) comportamentului este personal, informal, familiar, când durata este extinsă, când posibilitatea de răspunsuri este largă și când există alegeri multe între diferite tipuri de comportament, se observă comportamentul consistent cu trăsătura. Această dezbatere se preocupă de următoarele aspecte: unitățile și clasele de comportament prezise, largimea comportamentului sau situației studiate, cantitatea de agregare a datelor colectate și consistența expectată a comportamentului respectiv. D.M. Buss [130] considera că comportamentul este afectat de factori metodologici (ranking este mai consistentă decât rating), trăsăturile însele (moștenite, stilistice sau legate de sine sunt mai consistente) sau alte variabile genetice (cu cât este mai observabilă o trăsătură cu atât mai extrem va fi scorată, și cu atât mai consistentă va fi).

A. Furnham & P. Heaven [164] identifică o serie de aspecte din psihologia personalității care nu au fost complet rezolvate:

1. Ereditate versus mediu. Care sunt mai importanți: factorii genetici, biologici sau influențele mediului? Problema este dacă diferențele individuale se dezvoltă în primul rând din factori genetici, de mediu sau interactivi. Perspectiva trăsăturilor ia în considerare ambele aspecte. Teoriile freudiene acordă greutate eredității, în timp ce teoriile umaniste, cognitive, de învățare accentuează fie mediul ca determinant al comportamentului, fie interacțiunea cu mediul ca sursă a dezvoltării personalității și a diferențelor individuale. Poate fi imposibil de separat acești doi factori a căror interacțiune este atât de complexă.

2. Procesele de învățare versus legile înnăscute ale comportamentului. Accentul ar trebui pus pe aspectele modificabile ale personalității sau pe ideea că dezvoltarea personalității urmează un orar intern? Din nou, teoriile trăsăturilor s-au împărțit între aceste două idei. Teoria freudiană a favorizat perspectiva determinării interne (una pesimistă) în timp ce umaniștii au postulat o perspectivă optimistă că omul se schimbă ca rezultat al experiențelor sale. Teoriile învățării și

cognitive susțin în mod clar ideea că schimbarea comportamentului și a personalității este rezultatul experiențelor învățate. Problema nu este dacă oamenii învață sau se schimbă (este evident), ci când, cum și de ce o fac, sau de ce unii învață mai repede decât alții.

3.Accentul pe trecut, prezent sau viitor. Teoriile trăsăturilor accentuează cauzele trecute, fie că pun accentul pe caracterul înăscut, fie pe cel învățat. Teoria freudiană subliniază importanța evenimentelor din copilărie, iar teoriile învățării se focalizează pe întăririle trecute și contingențele prezente. Teoriile umaniste accentuează realitatea fenomenologică prezentă sau scopurile viitoare, iar teoriile cognitive și ale Sinelui subliniază trecutul și prezentul (dar și viitorul dacă este implicată stabilirea obiectivelor). Doar teoreticienii personalității care sunt interesați de scopurile și scenariile personale, pun accentul pe influența viitorului asupra prezentului.

4.Conștient versus inconștient. Sunt procesele personalității conștiente, preconștiente, subconștiente sau inconștiente ? Referirea la felul în care oamenii gândesc, simt sau percep este esențială pentru descrierea personalității ? Teoria freudiană subliniază procesele inconștiente, în timp ce teoriile umaniste, cognitive și ale învățării accentuează procesele conștiente. Teoriile trăsăturilor acordă o mică importanță acestor aspecte, fie conștiente sau inconștiente. Tema conștienței, separat de importanța și dificultatea ei din psihologie, focalizează atenția teoreticienilor pe ideea că unele procese importante ale personalității sunt inconștiente.

5.Dispoziție internă versus situație externă. Teoriile învățării pun accent pe factorii situaționali; teoriile trăsăturilor subliniază factorii dispoziționali iar alții susțin ideea interacțiunii dintre variabilele bazate pe persoană și cele bazate pe situație. Se cunosc destul de bine factorii interni, personali, dar se știe foarte puțin despre factorii situaționali, externi.

6.Abordările situaționale versus "personologice" ale comportamentului uman. Oamenii variază în comportament pentru că răspund diferit la situațiile cu care se întâlnesc întâmplător, sau pentru că au personalități diferite care creează, aleg și schimbă aceste situații ?

7.Problema psihic versus somatic a personalității. Ar trebui să considerăm diferențele de personalitate ca având baze fiziologice sau ele sunt social sau auto-construite? Prima perspectivă implică dificultatea de schimbare, în timp ce a doua, nu. Aceasta este una dintre cele mai vechi dezbateri în filosofie și are o relevanță directă pentru problemele personalității.

8.Psihologia "populară" versus științifică a personalității. Au non-experti descrieri ale personalității diferite, poate mai sofisticate și variabile? Sunt toate descrierile "populare" irelevante pentru că sunt neclare, ambigue și contradictorii?

C.S. Hall [174] consideră că teoria personalității are nevoie să fie simultan mai imaginativă și mai evaluativă. Cu toate acestea, autorii consideră că în viitor vor exista tot mai puține teorii mari, inclusive și tot mai multe mini-teorii, care mai târziu vor fi încorporate într-o teorie generală

a comportamentului. Autorii listează câteva domenii care au influențat, influențează și vor influența viitorul teoriei personalității:

- neuroștiința, biologia și teoria evoluționistă;
- dezvoltarea socială și evoluția comportamentelor de „rang înalt”: altruismul, egalitatea și indiciile de rol;
- știința cognitivă, aspectele legate de felul în care oamenii învață și își folosesc cunoștințele acumulate;
- medicina comportamentală, face legătura dintre diferențele individuale și boli;
- modelarea cauzală și modelarea ecuației structurale necesare pentru a înțelege paternurile complexe existente în cadrul datelor personalității.

Misiunea psihologiei personalității este teoretică (să identifice paternurile individuale caracteristice de gândire, emoție și comportament alături de mecanismele psihologice – explicite sau implicite – din spatele acestor paternuri, empirică (să adune și să analizeze datele care releva felul în care persoanele, situațiile și comportamentele sunt interrelaționate și să dezvolte instrumente psihometrice pentru a clarifica natura acestor relații) și instituțională (să ofere o forță integrativă într-o epocă a fragmentării și specializării științifice). Psihologia personalității caută să integreze contribuțiile psihologiei dezvoltării, sociale, cognitive și biologice într-un tot care să explice persoana ca întreg și dimensiunile ce diferențiază o persoană de alta D.C. Funder [163].

Personalitatea umană a fost un subiect de studiu încă din Antichitate prin concepțiile și teoriile proprii ale filozofilor greci, Aristotel, Platon sau Hipocrate. Structura de personalitate reprezintă organizarea personalității în termenii componentelor sale de bază și ai relațiilor dintre acestea. Pornind de la structura personalității, definirea și teoriile personalității umane sunt variate și raportate la conceptele cheie pe care acestea le conțin, conform lui G.R. Vandenbros [231].

Teoriile personalității explică structura și dezvoltarea personalității, rezultând că aceasta ajută la determinarea conduitei umane. O primă categorie a teoriilor personalității este dată de teoriile dinamice ale personalității. Pornind de la matricea teoretică pe care s-au dezvoltat multe metode de psihoterapie, abordarea psihanalitică a lui S. Freud asupra personalității realizează explorarea inconștientului și mecanismele de apărare ale eului și duce la restructurarea edificiului personalității. Astfel, S. Freud [33] considera că personalitatea umană este compusă din trei părți – modelul structural – Se (id), Eul (ego) și Supraeul (supraego), în care eul are rolul de a menține un echilibru dinamic între cele trei tipuri de exigențe care îi sunt impuse de la se, supraeu și realitatea persoanei. Teoria freudiană poate fi utilizată pentru a explica aproape orice, însă după consumarea evenimentului iar pe baza acesteia nu se pot formula predicții, se bazează pe aducerea

la nivelul conștiinței a motivațiilor inconștiente care produc comportamente dezadaptative și întărirea eului, după I. Mitrofan [49].

C.G. Jung [40] extinde teoria lui S. Freud, având o abordare transpersonală asupra personalității, cu părți conștiente și inconștiente, eul are influență maximă iar inconștientul o influență minimă. Contribuția sa „analitică” este dată de abordarea holistică transpersonală actuală a personalității, prin formarea unor concepții mai pozitive despre natura umană, gândire religioasă, înțelegerea unor caracteristici precum introversia și extraversia, după R.B. Even [28].

În teoria psihologiei individuale, denumită de Alfred Adler, termenul „individual” exprimă credința sa în unicitatea și indivizibilitatea fiecărei personalități umane. Teoria holistică a lui A. Adler tratează personalitatea ca pe o unitate indivizibilă, nu face nici o presupunere în privința structurii sale. Psihoterapia lui A. Adler are ca obiectiv facilitarea unui stil de viață nou și marcat de un mare interes social. Contribuția acestei teorii în restructurarea personalității este evidențiată prin încurajarea asumării responsabilității propriului destin al omului, după R.B. Even [28].

E. Erikson [155] aduce modificări ale psihanalizei prin teoria sa, psihologia Eului, identificând opt stadii psihosociale ale personalității, fiecare stadiu traversează o nouă criză de dezvoltare, crize care sunt resurse formative deosebite. Dezvoltarea psihosocială este canalizată în fiecare stadiu într-o direcție care are la bază potențialitățile individuale, solicitările mediului sociocultural, calitatea suportului social și capacitățile adaptative individuale. Așadar, enumerăm: încredere sau neîncredere, autonomie sau rușine, inițiativă sau culpabilitate, competență sau inferioritate, intimitate sau izolare, generativitate sau stagnare, integrare personală sau disperare. Viziunea lui E. Erikson cu privire la dezvoltarea personalității umane și stabilitatea unor aspecte ale personalității la vârsta adultă, blochează eforturile extraordinare de restructurare a acestora din timpul procesului terapeutic, conform lui R.B. Even [28].

În practica psihanalitică se poate evidenția ca fiind accentuată relația transferențială, transferul și contratransferul, realități cu care se confruntă psihoterapeutul. Modelul psihanalitic și tehnica psihanalitică au influență majoră asupra tuturor sistemelor de psihoterapie deoarece unele modele au luat naștere din extinderea psihanalizei iar altele au apărut ca reacție împotriva ei.

O altă categorie a teoriilor personalității este data de teoria trăsăturilor de personalitate. După medicul psihiatru C.R. Cloninger [138], G. Allport [3] este psihologul care a dat personalității o definiție acceptată la scară largă în literatura de specialitate. După G. Allport, personalitatea este o ”organizare dinamică în cadrul individului a sistemelor psihofizice care determină la rândul lor un mod de gândire și un comportament caracteristic” [3, p. 86]. De altfel, același psiholog a pus și bazele teoriei trăsăturilor de personalitate sau *teoria Big Five*. Această teorie este cea mai actuală și studiată teorie, demonstrând prin studii că personalitatea influențează

comportamente și atitudini la locul de muncă, performanța în muncă, sănătatea fizică și psihică, inteligența. G. Allport a negat importanța primilor ani de viață într-o măsură considerată excesivă de către psihologii moderni. Acesta a estimat că există aproximativ 5000 de trăsături de personalitate pe care le-a împărțit în generale sau comune și dispoziții personale, printre cele mai comune fiind: punctualitatea, timiditatea, dominanța, supunerea și generozitatea. Astfel, trăsăturile reprezintă elementele fundamentale ale personalității și contribuie la explicarea comportamentului uman, iar obiectivele principale ale cunoașterii și evaluării personalității sunt de a realiza predicții privind comportamentul unei persoane într-o anumită situație. O personalitate poate fi dominată de o singură dispoziție personală cardinală care influențează majoritatea comportamentului uman. Conform acestei teorii, trăsătura de personalitate este abordată dintr-o perspectivă dinamică. Subiectului i se atribuie o intenție, el manifestă trăsături, dar și stări care corespund actualizării unei trăsături la un moment dat. Individul influențează situațiile, iar situațiile influențează comportamentul său. Așadar, comportamentul are un dublu determinism – trăsături, situații. Un alt aspect important este reprezentat de credințele subiectului, adică felul în care el interpretează situația și își apreciază performanța, cât și strategiile de adaptare la situații noi. Definitiv pentru trăsături este că sunt stabile de-a lungul timpului, sunt tendințe de bază și de durată, nu stări comportamentale temporare. G. Allport a studiat personalitatea umană din perspectiva unei viziuni unitare asupra persoanei. Pornind de la teoria lui G. Allport, R. Cattell a continuat teoria trăsăturilor și a elaborat Teoria factorial-analitică a personalității. Astfel, aceasta a realizat o analiză factorială exploratorie și a folosit un set definit de variabile pentru diferite vârste atât pentru zona de personalitate normală cât și pentru cea clinică. Rezultatele analizelor factoriale au dat un număr redus de trăsături umane fundamentale. Psihologul H.J. Eysenck și-a concentrat atenția asupra modului în care oamenii pot fi grupați și comparați între ei, iar această abordare este nomotetică. A elaborat teste psihometrice care sunt actualmente utilizate la măsurarea unor caracteristici psihologice de tipul inteligenței, reactivității sau personalității, fiind influențat de tradiția behavioristă. A reușit să elaboreze teoria analitic-factorială a personalității care are trei dimensiuni sau trei supertrăsături: extraversiunea, nevroza (neuroticism) și psihoza (psihoticism), iar fiecare din acești factori este compus din câțiva factori secundari, conform lui M. Aniței și M. Chraif [5].

Teoriile personalității cuprind și teoriile umaniste ale personalității. Aceste teorii admit faptul că oamenii se pot schimba la orice vârstă și că este posibil, chiar la vârsta adultă, ca ei să treacă prin modificări de personalitate destul de profunde dacă li se schimbă mediul și expectanțele. Cercetătorii care au studiat personalitatea din perspectiva umanistă au argumentat faptul că omul este ghidat și de structuri mult mai complexe decât instinctele sau pulsunile de natură sexuală conform viziunii lui S. Freud. Astfel, teoria actualizării sinelui elaborată în anul

1959 de C. Rogers a fost o provocare atât la adresa abordărilor psihanalitice a personalității cât și a trăsăturilor de personalitate. În teoria sa, rolul central este deținut de conceptul de *autoactualizare*, iar conform acestei teorii, tendința de autoactualizare cuprinde comportamente determinate de intenția de a reduce instinctele cât și de creșterea instinctelor, cum ar fi curiozitatea. Teoria sa este centrată pe ideea sinelui și identifică două dimensiuni ale sinelui, conceptul de sine și sinele ideal. C. Rogers evidențiază și necesitatea personalității umane denumită *prețuire* și afirmă că personalitatea umană se dezvoltă armonios când persoana este valorizată de cei apropiați, respectată și îi este îndeplinită nevoia de afectivitate. De asemenea, personalitatea umană este structurată în funcție de cum percepem realitatea. A. Maslow prin teoria actualizării sinelui, a conceptualizat personalitatea diferit față de C. Rogers, utilizând ca model central al motivației umane, ierarhia trebuințelor. Structura internă a omului este determinată de acest model compus din nevoile de bază și meta trebuințele sau nevoile de dezvoltare, la care se adaugă cele estetice, cognitive și nevrotice, conform lui M. Aniței și M. Chraif [5].

O poziție secundă în teoriile umaniste, este cea a lui R.R. May care are abordare existențială a personalității, ideea *faptul-de-a-fi-în-lume* oferă o modalitate utilă de conceptualizare a ființei umane. Conceptele cheie ale acestei perspective sunt: moartea, libertatea, izolarea și lipsa de sens. Prin opera sa, R.R. May a determinat clinicienii să aduge o nouă categorie în lista de diagnostic, *nevroza existențială* care reprezintă sentimentele cronice de alienare și credința că viața este lipsită de sens și explică depersonalizarea, după R.B. Evans [28].

Din sistemul terapeutic umanist a rezultat psihoterapia centrată pe client, optimistă, în care scopul clientului este de a rezolva problema cu care se confruntă acesta la un moment dat și de intrarea într-un proces de creștere astfel încât acesta să-și rezolve și problemele viitoare singur. Tot din cadrul umanist, decurge și practicarea experienței terapeutice în cadrul grupului de întâlnire, experiență care conduce la modificări permanente în structura personalității omului prin conștientizarea, exprimarea și acceptarea propriilor sentimente și îndeplinirea potențialităților unice ale persoanei, conform lui I. Mitrofan [49].

Teoria cognitivă a personalității subliniază importanța gândirii, comportamentul fiind determinat de modul de interpretare, prezicere și evaluare a evenimentelor, și nu de pulsuni înăscute sau de realitate. Această teorie a fost promovată de către psihologul G.A. Kelly sub titulatura de Teoria constructelor personale structurată pe 11 corolare: construcție, individualitate, organizare, dihotomie, alegere, aria variației, experiență, modulație, fragmentare, comun și sociabilitate. Fundamentul acestei teorii este faptul că procesele psihice sunt dirijate de modul în care putem anticipa evenimentele. De asemenea, procesele psihice sunt conduse de constructele personale, adică de modul cum interpretăm lumea din jur iar conceptul cheie în teoria sa, este

anticiparea. Potrivit lui G.A. Kelly, omul se comportă în mare măsură ca un cercetător științific care își ”probează” propriile constructe personale. În opinia autorului, persoanele care necesită psihoterapie, sunt cele care au constructe vechi și continua să le utilizeze. G.A. Kelly a considerat personalitatea umană ca fiind un proces în mișcare. Această teorie are ca obiectiv sprijinirea clientului de a-și forma noi constructe sau de a le reevalua pe cele vechi astfel încât să fie refăcute pentru a fi eficiente. După G.A. Kelly, se identifică problema, se găsește soluția pentru rezolvarea ei pentru a ajunge către o evaluare acurată a comportamentelor și constructelor personale, iar în anumite situații, se realizează revizuirea constructelor, conform lui M. Aniței și M. Chraif [5].

Din perspectiva Teoriei comportamentale a personalității, se pornește de la ideea că un copil începe viața fără repertorii comportamentale iar marea majoritate a învățării se datorează a ceea ce se întâmplă după ce are loc comportamentul, mediul și experiențele determină dezvoltarea personalității, deși există bariere fixate genetic. Această teorie a fost elaborată, conform lui I. Mitrofan, de către Dollard & Miller, Eysenck, Krumboltz, Lundin, Mowrer și Skinner [apud 49]. În această teorie există modalități de a explica personalitatea umană din care rezultă că studiul personalității înseamnă studiul comportamentului uman, mediul și experiențele determină dezvoltarea individului, mediul are rol determinant în dezvoltarea, predicția și rolul comportamentului iar dualismele corp-minte, corp-spirit nu sunt relevante pentru comportamentul uman. Psihologul B.F. Skinner declara că scopul științei este de a prezice și controla comportamentul și a dorit să arate că personalitatea se poate măsura științific. Acesta a mutat explicarea comportamentului de la stimuli interni la cei externi, ținând seama obligatoriu de evenimentele din mediu, din trecut și prezent, care au dus la producerea unui comportament. Potrivit lui Skinner, comportamentele care operează asupra mediului pentru a produce efecte care le întăresc au mai multe șanse de a se produce în viitor. Aceste comportamente sunt numite ”operante”, iar procesul prin care sunt învățate, condiționare operantă, iar consecințele comportamentului influențează posibilitatea apariției acestuia prin întărirea pozitivă sau negativă. Această teorie are succes în principiile de învățare și studierea comportamentului omului, iar dintre conceptele de bază ale behaviorismului care au aplicabilitate în restructurarea personalității, sunt: întărirea și controlul. Se urmărește eliminarea simptomelor și comportamentelor dezadaptative ale clientului și învățarea unor modele comportamentale mai eficiente, după M. Aniței și M. Chraif [5].

A. Bandura [99] a elaborat teoria social-cognitivă a personalității, numită și teoria învățării sociale, care reliefează relațiile reciproce între comportament, cauzele interne ale acestuia și factorii de mediu. Conform acestei teorii, învățarea socială presupune observarea directă sau indirectă a unor cunoștințe și deprinderi și a efectelor pe care acestea le au asupra modelelor

observate. Bandura acordă atenție căilor de reglare a comportamentului autoîntărit și eficacității percepute. Această teorie prezintă interes în studierea agresivității, produsă prin procesul de imitare și de identificare.

J. Burger face legătura între abordarea teoriilor tradiționale pentru înțelegerea personalității cu cercetările actuale în domeniu, astfel personalitatea poate fi definită ca un „model de comportament consecvent, ca un proces interpersonal care își are originea în individ” [128, p. 25].

Preocuparea pentru studiul conceptului de personalitate există și în rândul psihologilor români. Psihologul M. Golu definește personalitatea ca ”un sistem hipercomplex, cu autoorganizare, teleonomic (mod de explicare științifică a comportamentului orientat al sistemelor organice), determinat biologic și socio-cultural, cu o dinamică specifică, individualizată” [34, p. 25]. Acesta identifică cinci orientări în studiul personalității: biologică, experimentalistă, psihometrică, socioculturală și antropologică, toate raportate la darwinism și psihanaliză, după M. Aniței și M. Chraif [5].

1.3. Legătura dintre coping, reziliență și stil de atașament (corelate psihologice ale copingului)

În limba latină termenul “resilire” (reziliență) semnifică „a sări înapoi”, iar Dictionarul Explicativ al Limbii Române [1] definește reziliența ca fiind “1.capacitatea unui corp de a reveni la forma și dimensiunea inițială după deformare. 2.capacitatea cuiva de a reveni la normalitate după suferirea unui șoc (emoțional, economic, etc) ”.

Reziliența ca și concept își are rădăcinile în științe exacte precum matematica, iar în ultimele decenii a fost preluat și în domeniul relațional psihologic, rafinându-se în termenul de reziliența psihologică. În psihologie când vorbim despre reziliență psihologică admitem că de-a lungul vieții, în fiecare zi sau în anumite perioade cu precădere, există momente foarte dificile, adversități și factori stresori ce perturbă funcționalitatea noastră normală ca individ. Aceste momente solicită resursele noastre psihice, presupun modificări în mediul exterior cu impact intrasubiectiv și integrarea lor necesita efort și disponibilitate emoțională. Deci, reziliența presupune luarea în considerare atât a factorilor stresori cât și a punctelor forte ale unei persoane, în felul acesta consolidându-se funcționalitatea sa psihoemoțională, fizică și relațională.

Un mod benefic de dezvoltare a coping-ului construiește o punte către reglementare și spre reziliență prin organizarea modurilor de a face față în funcție de adaptarea la stres. În fața provocării, individul își poate mobiliza resursele energetice pe termen scurt și reglementări sporite, iar dacă interacțiunile devin amenințătoare se pot declanșa reacții autonome de stres care direcționează apărarea sau comportamentele de evadare, ieșire din situația problematică.

Abordarea timpurie oferă o posibilitate bio-comportamentală pentru dezvoltarea rezilienței la stres. Expunerea la procesele de stres va avea drept rezultat sensibilizarea sau întărirea individului, efectele implicând o multitudine de factori care interacționează. Cele mai importante sunt severitatea factorilor stresanți ai vieții timpurii (contribuie la rezistență), măsura în care individul poate face față stresului (stres controlabil și incontrollabil) și momentul în care se produce stresul, pentru E.A. Skinner [227].

De asemenea, reziliența nu trebuie asemănată doar cu o proprietate, o însușire sau o sumă de trăsături de caracter. Un rol important (pe lângă factorii de personalitate) în formarea rezistenței psihice este reprezentat și de factorii de mediu. Oricât de puternică și bine formată ar fi personalitatea unui individ, aceasta nu poate supraviețui într-un mediu nepropice. De fapt, reziliența face parte din personalitate, este chiar o caracteristică a acesteia, contribuie la protecție, reparare și regenerare, conform lui C. Berndt [9].

Reziliența este o capacitate dinamică, explică K. Leppert. „Ea ajută controlarea și modularea propriei existențe în funcție de provocări și încărcări. Oamenii rezilienți nu știu neapărat cum vor trece printr-o anumită situație. Ei dispun însă de o varietate de moduri de a reacționa la nivel cognitiv, emoțional și social pentru a putea să se adapteze și să rămână capabili funcțional, altfel spus, ei au aflat că întotdeauna au ieșit cumva din greutăți.” [9, p 65]

Conform lui Ș. Ionescu și A. Blanchet în „Tratat de psihologie clinică și psihopatologie” [2009] reziliența poate fi definită în trei moduri și anume: ca și capacitate de a se dezvolta într-un mod armonios pe plan psihic chiar dacă există evenimente tulburătoare, viață dificilă sau traumatisme sau ca și capacitate de adaptare într-un mod rapid la evenimente tulburătoare, de recuperare, ca rezultat ce constă într-o absență a unor tulburări mentale, ca proces ce presupune interacțiunea dintre subiect și mediu și factorii de protecție. Cei mai des întâlniți termeni atunci când vine vorba de reziliență sunt: anduranța, simțul coerenței, împlinirea și adaptarea. Tot aceștia susțin faptul că „toate resursele de rezistență generalizată au în comun faptul că facilitează înțelegerea sensului factorilor de stres” [39, p 206] cu care se confruntă un individ și că există pentru a defini factorul comun un „concept de simț al coerenței care corespunde unui sistem invadat, deși dinamic, de încredere” [39, p 206] ce se caracterizează prin faptul că: stimulii ce provin din decursul vieții (atât din mediul intern, cât și din cel extern) sunt structurați, previzibili și se pot explica, există disponibilitatea resurselor pentru a trece peste severitățile stimulilor și că în cele din urmă, aceste severități formează anumite provocări în investirea proprie. Așadar, conceptul de reziliență „este folosit în raport cu situații ca prezența unui handicap, a unei tulburări somatice sau mentale cronice, a unui dezavantaj socioeconomic sau a îmbătrânirii.” [39, p 208].

Reziliența este abilitatea dinamică a individului de a se adapta cu succes în fața problemelor, traumei, amenințărilor semnificative. Este complexă și se poate conceptualiza cel mai bine pe un continuum, cu potențialul ca aceasta să schimbe durata de viață a individului. În ultimul deceniu, marea majoritate a studiilor s-au concentrat din ce în ce mai mult pe înțelegerea mecanismelor care stau la baza rezilienței și interacțiunea lor, reziliența având un rol important în experiențele traumatice și în prevenirea tratamentului tulburării de stres posttraumatic. Factorii importanți de reziliență (cognitivi, reevaluare și emoție pozitivă) pot ajuta la reducerea împotriva efectelor dăunătoare ale traumei și adversității și se pot constitui în bază pentru dezvoltarea unor mecanisme de coping adaptative, atât la nivel emoțional cât și comportamental.

Pentru a discuta de reziliență este necesar să abordăm capacitatea de a răspunde presiunii stresului într-o manieră rapidă, adaptativă și eficientă. Mecanismele de adaptare și felul în care sunt ele reactualizate reprezintă modul de valorificare al rezilienței. Reziliența este analizată astăzi în diverse contexte extinse: organizații de afaceri, sisteme educaționale, în domeniul militar, performanță în sport, dezvoltare personală și leadership, psihotraumatologie. Atunci când sunt utilizate în legătură cu aspectele psihologice, relaționale, numeroase definiții ale rezilienței au fost discutate.

Sunt disponibile mai multe definiții ale rezilienței psihologice:

“Factori protectivi care modifică, ameliorează sau alterează răspunsul unei persoane la un anumit eveniment din mediu care predispune spre un rezultat maladaptativ”, pentru M. Rutter [222, p. 319].

“Procesul, abilitatea sau rezultatul unei adaptări eficiente indiferent de provocări sau circumstanțe”, pentru A.S. Masten [110, p. p.438].

“Un proces dinamic care include adaptarea în contextul unei adversități semnificante”, pentru M.R. Luca [42, p. 58].

“Un registru de fenomene caracterizate de rezultate pozitive în ciuda unor serioase amenințări care vizează adaptarea sau dezvoltarea”, pentru A.S. Masten [198, p. 230].

“Calitățile personale care determină o persoană să se dezvolte personal în fața adversității”, pentru J.R. Davidson [141, p. 80].

“Abilitatea adulților care, în condiții normale, sunt expuși unui izolat și potențial turbulent eveniment precum moartea unui rude apropiate sau un eveniment violent care le poate amenința viața să mențină relativ stabile anumite niveluri ale funcționării fizice și psihice, precum și capacitatea de a genera experiențe și emoții pozitive”, pentru G.A. Bonanno [117, p. 24].

“Un repertoriu complex de tendințe comportamentale”, pentru C.E. Agaibi [80, p. 198].

“Capacitatea indivizilor de gestiona cu succes schimbarea semnificativă, adversitatea sau riscul”, pentru H.H. Lee [143, p. 215].

“Stabilitatea sau recuperarea rapidă (chiar dezvoltarea) a unui individ în condiții de adversitate semnificativă”, pentru W. Greve [170, p. 48].

Copingul (mecanismele de adaptare) și recuperarea sunt legate de conceptul de reziliență. Există o suprapunere parțială a celor două concepte, de coping și reziliență, deoarece amândouă sunt legate de sistemul adaptare al persoanei. D. Fletcher [159] consideră că diferențele dintre coping și reziliență constau în faptul că reziliența psihologică este mult mai complexă și are o influență asupra modalității în care o persoană percepe un potențial stres, iar copingul vizează manifestarea după contactul cu un factor stresor. Totodată, pentru același autor ceea ce diferențiază copingul de reziliență face referire la consecințe, reziliența are un efect pozitiv la stres stimulând potențialul individual, în timp ce efectul mecanismelor de coping poate fi funcțional sau disfuncțional (în cazul unui doliu de exemplu, un coping pozitiv ar fi solicitarea de sprijin, iar un coping negativ ar fi abuzul de substanțe).

Diferența între reziliență și recuperare rezidă în nivelul de funcționare normală al persoanei: în recuperare vorbim despre o perioadă temporară în care se pot manifesta aspecte psihopatologice urmată de o perioadă de recuperare graduală, în reziliență abilitatea individului de a funcționa la un nivel normal este activă pe toată perioada (de exemplu, poate exista un doliu prelungit dar persoana prin activarea rezilienței să își mențină un echilibru firesc, cu activități normale și activare de resurse pentru a depăși momentul).

Conform teoriei integrative a rezilienței, B. Leipold și W. Greve [170] consideră reziliența ca un efect al proceselor de coping (care presupun asimilare și acomodare), fiind un liant între coping și dezvoltare.

În legătura cu reziliență, cercetările din domeniul epigeneticii surprind faptul că *“dacă experiențele timpurii sunt pozitive, controlul chimic al modului de expresie a genelor poate modifica reglarea sistemului nostru nervos, astfel încât să consolideze calitatea rezilienței noastre emoționale”*, conform lui D.J. Siegel [69, p 23]. Vârstei 1 - 3 ani i se atribuie cea mai mare importanță în dezvoltarea creierului. În acest interval creierul are cea mai consistentă dezvoltare ca volum și funcționalitate, toate acestea prin interacțiunea copilului cu mediul social. Interacțiunea în perioadele timpurii cu mediul stimulează dezvoltarea creierului și astfel aceste interacțiuni creează structura neuronală fundamentală pentru o dezvoltare ulterioară.

Mintea, include și emoții, tipare mental-emoționale de reacții inconștiente. *„Emoția apare acolo unde mintea și corpul se întâlnesc”* pentru E. Tolle [230, p 81]. Fiecare răspunde constant experiențelor din viața de zi cu zi, *„stilul emoțional influențează probabilitatea de a simți anumite*

stări emoționale de moment, de a avea anumite trăsături și dispoziții emoționale”, conform lui R. Davidson [8, p. 44]. Stilul nostru de coping emoțional poate fi conturat în șase dimensiuni: reziliența (cât de repede ne revenim de pe urma adversităților), perspectiva (cât suntem capabili să susținem emoțiile pozitive), intuiția socială (cum știm să preluăm semnalele sociale de la cei din jur), conștiința de sine (percepția senzațiilor corporale care reflectă emoțiile), sensibilitate la context (autoreglajul emoțional în funcție de context) și atenția (precizia concentrării). Propriile noastre „gânduri, emoții și credințe sunt cele care generează lanțul de evenimente fiziologice din corpul” conform cercetătorului J. Dispenza [27, p 25] .

Oportunitățile pentru dezvoltarea rezilienței în raport cu mecanismele de coping cuprind diverse strategii și tehnici și corespund în plan neuropsihic unei creșteri a activității în creierul prefrontal. Abordând reziliența din perspectiva psihoterapiei consider oportună de menționat perspectiva lui D.J. Siegel [68] care introduce conceptul de “*fereastră de toleranță*” ca fiind o stare de calm în care putem tolera ce ni se întâmplă, fără a apela la mecanismele de supraviețuire (coping) și răspunsurile acestora (reducerea activității creierului limbic). În fereastra de toleranță putem să simțim stres, dar fără să ne copleșească. Înafara ferestrei de toleranță se află două extreme: substimulare (lipsa acțiunii, pasivitate, deconectare) și suprastimulare (furie, sentimentul de a fi copleșit). Când datorită unor adversități sau factori stresori fereastra de toleranță se îngustează apar dezechilibre, care conduc către manifestarea în plan comportamental a unor mecanisme de coping dezadaptative, motiv pentru care această fereastră de toleranță este necesar să fie reajustată prin intervenție psihologică.

Din punctul de vedere al neuroștiinței, personalitatea își are sediul în cortexul prefrontal, responsabil de conștiință, comportament și partea decizională a omului. Personalitatea face diferența dintre indivizi, ea reprezintă un *profil general al persoanei* sau o combinație de caracteristici psihologice care fac referință la unicitatea ei și care influențează modalitatea de reacție și interacțiune.

Pentru I. Dafinoiu [22] chiar dacă există definiții diferite ale termenului de personalitate, putem delimita câteva caracteristici ale acesteia:

- Globalitatea – personalitatea este alcătuită din mai multe trăsături, totalitatea acestora determinând unicitatea persoanei;
- Stabilitatea temporală – ființa umană, are sentimental continuității, al identității personale, conștiința existenței, în ciuda transformărilor prin care trece pe parcursul vieții;
- Coerența – existența unei organizări a elementelor componente ale personalității. Personalitatea este un sistem funcțional format din elemente interdependente, ce îi dă caracteristicile unui sistem.

În ceea ce privește relația copingului cu stilul de atașament, de-a lungul istoriei psihologiei dezvoltării, s-au dezvoltat numeroase modele teoretice care reprezintă etapele și procesualitatea dezvoltării omului, însă cinci dintre ele și-au păstrat validitatea și în prezent.

Tabel 1.1. Cinci perspective asupra dezvoltării umane [31]

Perspectiva	Teorii importante	Postulate de bază
Psihanalitică	Teoria psihosexuală a lui Freud	Comportamentul este controlat de pulsuni inconștiente puternice
	Teoria psihosocială a lui Erikson	Personalitatea este influențată de societate și se dezvoltă printr-o serie de crize
A învățării	Comportamentalismul sau teoria tradițională a învățării (Pavlov, Skinner, Watson)	Oamenii răspund, mediul controlează comportamentul
	Teoria învățării sociale (social cognitivă) Bandura	Copiii învață într-un context social prin observarea și imitarea modelelor; copiii contribuie activ la învățare.
Cognitivă	Teoria stadiilor cognitive a lui Piaget	Între pruncie și adolescență survin schimbări calitative la nivelul gândirii
	Teoria socio culturală a lui Vîgotski	Copiii sunt inițiatpri activi ai dezvoltării; interacțiunea socială este esențială pentru dezvoltarea cognitivă
	Teoria procesării informației	Ființele umane sunt procesatoare de simboluri
Contextuală	Teoria bio ecologică a lui Bronfenbrenner	Dezvoltarea se produce prin interacțiunea dintre persoana aflată în dezvoltare și cinci sisteme contextuale de influențe împletite între ele, care o înconjoară de la microsistem la cronosistem
Evolutivă / socio - biologică	Teoria atașamentului formulată de Bowlby	Ființele umane dețin mecanisme adaptative necesare supraviețuirii; se pune accent pe perioadele critice și pe cele sensibile; baza evolutivă și cea biologică a comportamentului și predispoziția la învățare sunt importante

Pentru D. Howe [180], aceasta teorie de dezvoltare a personalitatii, a emotiilor si a tiparelor de comportament in contextul relatiilor apropiate, oferă un cadru puternic de înțelegere a oamenilor ca parteneri, ca părinți sau copii. Aceasta perspectivă a dezvoltării ne oferă idei coerente, bine argumentate de către studii de cercetare, despre modalitatea în care relația cu îngrijitorul primar (baza de siguranță emoțională) îi oferă identitate emoțională acelui copil, ulterior acesta dezvoltând mecanisme de coping în relație cu sistemul de atașament primar. Astfel, din acest punct de vedere este important să înțelegem părinții copilului, personalitățile acestora și relaționarea dintre ei ca adulți și cu copilul, pentru a avea o imagine de ansamblu asupra mediului în care a fost modelat sistemul primar de atașament.

J. Bowlby [121] prin teoria sa a accentuat faptul că bebelușii sunt programați prin intermediul evoluției în a căuta proximitate fizică în zona unui îngrijitor în perioada în care percep amenințare sau pericol. Experimentul “Sugarul” în situația nefamiliară a marcat momentul categorizării tipurilor de atasament (atașament sigur, nesigur evitant, ambivalent și dezorganizat)

iar cercetările ulterioare asupra copiilor studiați în cadrul acestui experiment au putut diferenția între dezvoltarea acestor copii de-a lungul timpului. Frica ca emoție în fața unei percepții periculoase îndeamnă spre a căuta protecție sau siguranță lângă cineva pe care îl percepem ca fiind capabil să ne susțină (căutarea suportului ca mecanism de coping). Acest comportament este învățat încă de la naștere și durează toată viața.

Autoreglajul emoțional în fața fricii într-o relație în care există răspuns empatic și susținere din partea adultului, îi permite copilului sau ulterior adultului să continue nevoia naturală de a se juca și explora. Acesta poate fi un mecanism de coping adaptativ, bazat pe ceea ce J. Bowlby teoretiza ca *atașament securizat*. Când un părinte în mod repetat răspunde bebelușului cu un zâmbet și poate amplifica cu atingere blândă sau cu o atitudine de joacă, procesarea ce are loc în creierul în dezvoltare al copilului și codarea la nivel de neurocircuite se va face în jurul ideii de siguranță și încredere.

Celelalte stiluri de atașament privite în legătură cu mecanismele de coping par ar fi mai puțin suportive sau chiar marcând blocaje sau auto sabotări în manifestarea acestora. Astfel, în *stilul de atașament nesigur - evitant* putem vorbi despre mecanisme de coping care devin instabile și nu sunt flexibile. Când un părinte este distant, indiferent și nu îndeplinește nevoile copilului de conectare, acesta din urmă poate internaliza în circuitele neuronale sentimentul lipsei de importanță. Pe măsură ce aceste circuite sunt întărite prin repetiție și prin alte respingeri din partea părinților sau lipsă de atenție atunci copilul poate să traducă această experiență în circuitele neuronale ca: nevoile mele nu contează, dezvoltând mecanisme de coping din spectrul evitant (evitarea, prudența exagerată) în relația sinelui cu ceilalți.

Dacă un părinte este critic, respinge și nu arată disponibilitate față de nevoile copilului și cerințele acestuia, copilul poate începe să internalizeze mesajul inadecvării: nu sunt suficient. Experimentarea acestor sentimente poate duce către mecanisme de coping dezadaptative atât din punct de vedere emoțional, prin deconectare de la emoții, dar și din punct de vedere comportamental, prin retragere de la interacțiunea socială. Acest proces, fie de retragere, fie de anihilare a sentimentelor și rigiditate “fac ca funcția prefrontală să nu se dezvolte suficient la capacitatea sa de flexibilitate”, conform lui L. Graham [169, p. 39].

În unele situații căile neuronale devin atât de rigide încât singura capacitate de răspuns este mereu aceeași, lipsind receptivitate la schimbare și capacitatea de adaptare, este ceea ce D.J. Siegel [69] denumește *neuro rigiditate*. Atașamentul de tip nesigur anxios conduce la strategii de coping care sunt flexibile, dar nu întotdeauna stabile. Părintele care manifestă în mod constant inconsecvență, uneori foarte atent, alteori distras, uneori blând alteori foarte autoritar îl determină

pe copil să nu știe la ce se așteaptă și dezvoltă astfel un sentiment de insecuritate și mecanisme de coping specifice pentru frica de abandon sau hipervigilență în a nu pierde conexiunea.

Atașamentul de tip dezorganizat determină o ajustare slabă a mecanismelor de adaptare astfel ele funcționând ca fiind nici stabile, nici flexibile. Acest tip de atașament care poate apărea în momentul în care unul din părinți are o traumă nerezolvată sau un abuz, poate duce la multe momente de dezintegrare neuronală. Într-o astfel de interacțiune cortexul prefrontal nu se dezvoltă în a integra multiple funcții ale creierului.

Neurologii și psihologii ce studiază dezvoltarea umană au demonstrat în mod repetat că aceste patru stiluri generale de atașament “rămân stabile de-a lungul vieții, fiabile aproximativ 85% din timp”, pentru L. Graham [169, p. 54]. Studii recente surprind faptul că cortexul prefrontal joacă un rol important în susținerea dispoziției de afect pozitivă, cortexul prefrontal stâng face parte dintr-un sistem care facilitează abordarea pozitivă a stimulilor afectivi și de asemenea a fost legat de optimism, ca trăsătură, care se referă la tendința de a menține expectanțe generalizate favorabile cu privire la viitor, conform lui C.F. Hughes [177].

Din cercetările mai recente ale comportamentului de atașament al copilului și ale tipurilor de atașament elaborate de K.F. Blich [125] au reieșit numeroase rezultate interesante:

- în intervalul 6-12 luni, clasificarea copiilor în tiparele de atașament sigure și nesigure este foarte stabilă. Această clasificare se potrivește și copiilor de 2-4 ani, doar că ei își exprimă diferit comportamentul de atașament. Ei plâng mai puțin atunci când sunt lăsați singuri și caută contactul mai puțin prin apropierea fizică, cât verbal;
- copiii sub un an trăiesc considerabil mai puțin dramatic despărțirile de mamă decât cei de doi ani;
- la copiii care, pe parcursul celui de-al doilea an, au schimbat atașamentul sigur cu cel nesigur, dificultățile familiale pot fi cauza;
- clasificarea tiparelor de atașament poate fi aplicată și la atașamentul tată-copil. Copiii pot dezvolta calități ale atașamentului diferite față de mamă și față de tată;
- copiii cu atașament sigur vădesc o dezvoltare pozitivă în domeniul spiritual și în comportamentul social; copiii cu un atașament evitant prezintă o dezvoltare spirituală încetinită, iar copiii cu atașament rezistent ambivalent dezvoltă mai curând tulburări în comportamentul social;
- nevoia de independență a copilului se conturează în funcție de comportamentul de atașament; Copilul cu atașament sigur are curajul să descopere obiecte și să intre în contact cu alte persoane mai departe de mama și tatăl său decât copilul cu atașament nesigur;

- copiii crescuți în afara familiei (de exemplu, cu o bonă), își formează atașamentul în primul rând cu mama lor. În cazul copiilor crescuți în grupuri, s-au găsit mai mulți copii anxios-evitanți decât cei crescuți de familie.

M. Main [124] studentă a lui A. Ainsworth [1989], este cea care a identificat cel de-al patrulea model de atașament, *atașamentul dezorganizat/dezorientat*. Cea mai importantă contribuție metodologică a lui M. Main, alături de N. Kaplan [186] - interviul de atașament al adultului (*The Adult Attachment Interview*, AAI)- a permis explorarea lumii interne a atașamentului în adolescența târzie și dincolo de aceasta. În interviu se cere individului să se gândească asupra relațiilor de atașament din prima copilărie și a experiențelor sale din acea perioadă alături de figurile primare de atașament. Pornind de la acest interviu pot fi descrise tipurile de atașament ale adultului, corelate cu tipurile de atașament din mica copilărie și respectiv tipul de atașament care se poate dezvolta la copiii acestor adulți, precum cele din tabelul 1.2:

Tabel 1.2. Corelația tiparul de atașament copil – starea mentală a adultului (AAI)

<i>Tiparul de atașament al copilului (Situția străină)</i>	<i>Starea mentală a adultului legată de atașament (Interviul de Atașament al Adultului)</i>
sigur(ă) / autonom(ă)	sigur(ă) / autonom(ă)
evitant / de respingere	evitant / de respingere
ambivalent / rezistent / preocupat	ambivalent / rezistent / preocupat
dezorganizat / dezorientat/ fără soluție	dezorganizat / dezorientat/ fără soluție

Drept consecință, având în vedere tipul de atașament primar din copilărie, adultul dezvoltă mecanisme de coping specifice, pe care le transpune în plan comportamental atât în relație cu sine cât și cu ceilalți:

1. *Adultul atașat autonom*. În copilărie a fost atașat sigur, fiind independent, autonom, și se poate conecta la experiențele din prima copilărie chiar dacă sunt dureroase. Se poate adapta cu ușurință (prin detașare), manifestând mecanisme de coping adaptative. Poate avea dificultăți cu părinții din prima copilărie, dar își menține un bun echilibru în integrarea trecutului cu experiențele sale actuale. Manifestă încredere în sine, creativitate, flexibilitate, calmează și reconfortează partenerul (copilul etc.), imprimând copilului un atașament sigur, iar partenerului adult securizare.
2. *Adultul cu atașament dezinteresat (de respingere)*. În copilărie corespunde unui atașament evitant, are la bază experiențe marcate de teamă. Manifestă inflexibilitate și mecanisme de coping de tip evitant, precum și gânduri limitative referitoare la propria persoană și la ceilalți. Relația cu părinții este idealizată nejustificat, este inconsistent în povestirea amintirilor din prima copilărie, stăruie nejustificat și obsesiv în afirmațiile pozitive despre rolurile parentale, prezintă tendința să își idealizeze copilăria, chiar dacă amintirile nu susțin baza pentru protecție și îngrijire.

3. *Adultul cu atașament preocupat.* În copilărie corespunde unui atașament anxios, rezistent sau ambivalent, este copleșit de amintiri dureroase privind experiența miciei copilării. Manifestă un coping difuncțional cu emoții și comportamente de frustrare, agresivitate, mânie, suspiciozitate, gelozie. Devine abuziv în relațiile de cuplu prin preluarea modelului propriilor părinți, transmitând transgenerațional același sistem de atașament anxios copilului.

4. *Adultul cu atașament dezorganizat- fără soluție* (cu doliu și traume nerezolvate): corespunde în copilărie atașamentului dezorganizat și manifestă impredictibilitate în relații. Sunt prezente mecanisme de coping dezadaptative, potențial mare de a recurge la adicții, aflându-se aproape în imposibilitatea de a-și asuma rolul de partener de cuplu sau parental. Adesea își expune copilul la abuz sau neglijare, generând un tip de atașament nesigur copilului.

Dacă intervenția de specialitate psihologică are loc înainte de vârsta de 5 ani a copilului, atunci se poate modifica tipul primar de atașament, însă pentru adulți intervenția nu poate schimba tipul primar de atașament, dar poate fi eficientă la persoanele fără probleme psihopatologice sau cognitive obținându-se un atașament *asemănător* atașamentului sigur autonom.

1.4. Neuroștiința autoreglajului emoțional - strategii de lucru integrative

D.J. Siegel afirmă că „*mindsight-ul oferă șansa de a explora esența subiectivă a ceea ce suntem, de a ne crea o viață plină de sens, cu o lume interioară mai bogată și mai inteligibilă.*” [69, p. 12]. Astfel, indivizii devin mai capabili să își echilibreze emoțiile (atingând echilibrul intern care le permite să își echilibreze sursele de stres din viața lor). De asemenea, mindsight-ul facilitează activitățile corpului și creierului pentru a atinge un echilibru interior, capacitatea de adaptare care este importantă pentru sănătate.

Mindsight-ul este atenția concentrată care permite individului să își acceseze mecanismele interne ale minții sale, să devină conștient de procesele mintale, să evite anumite emoții negative. Mindsight sau „observarea minții”, conform lui D.J. Siegel [69], reprezintă o abilitate necesară pe care se formează tot ceea ce individul înțelege prin *inteligență socială* și *emoțională*. În urma dezvoltării neuroștiinței, s-a constatat că schimbările mintale și emoționale pe care un individ și le poate crea în urma dezvoltării mindsight-ului poate transforma creierul chiar și pe plan psihic.

Pe lângă rolurile prezentate mai sus, mindsight-ul prezintă și un rol integrator în relația dintre minte și creier. D.J. Siegel consideră că „pe măsură ce energia și informația traversează toate aceste elemente ale experienței umane, apar tipare care le modelează pe toate trei (iar aici creierul include și extensiile sale, sistemul nervos din întregul corp).” [69, p. 6]. Datorită acestuia, individul deține capacitatea de a cunoaște și a administra fluxul vital al vieții.

În reglarea cu ajutorul hipotalamusului (centru de control endocrin) un rol important este oferit de zona limbică. Cu ajutorul glandei pituitare, hipotalamusul acționează prin trimiterea și receptarea de hormoni în și din corp. De exemplu, când un individ este stresat secretă hormoni ce stimulează glandele suprarenale pentru a emite cortizol, acesta lăsând metabolismul în stare de alertă prin concentrarea energiei. Acest tip de reacție este adaptativă atunci când individul se confruntă cu o situație stresantă. În cazul în care, individul se confruntă cu o situație apăsătoare și pe care nu o poate remedia, nivelurile de cortizol pot rămâne mărite, experiențele de tip traumatic sensibilizând reactivitatea limbică, încât și la cel mai mic stres nivelul de cortizol poate exploda. Pentru o reechilibrare emoțională și pentru reducerea efectelor negative ale stresului cronic este importantă găsirea imediată a unei soluții. Zona limbică poate ajuta și la crearea unor diferite forme de memorie și anume: memoria faptelor, memoria experiențelor specifice, a emoțiilor care au suscitât experiențele. Astfel, există două grupări specifice de neuroni (de o parte și de alta a hipotalamusului central și glandei pituitare) și anume amigdala și hipocampusul, conform lui D.J. Siegel [69].

Amigdala este importantă în reacțiile de frică, aceasta fiind o zonă a creierului ce contribuie la procesarea emoțională și este văzută ca fiind cea care răspunde prima, care suferă modificări la evenimentele stresante, modificându-i funcționalitatea și morfologia. Ca răspuns la condiții stresante, neuronii amigdalei suferă modificări diferențiale în comparație cu alte structuri care sunt implicate în răspunsul la stres pentru A. Andolina [88].

O mare parte a problemelor și stărilor generate de stres se concentrează și asupra amigdalei, a cărei activitate se mărește sau scade și poate provoca diverse afecțiuni, conform lui D.W. Chan [135].

Hipocampusul „care funcționează ca un maestru al puzzle-urilor” conform lui J.D. Sinnott [226, p 38] conectează zonele cerebrale ce se găsesc foarte departe. Acesta se dezvoltă treptat de-a lungul vieții și pe măsură ce individul se maturizează, reunește memoria emoțională și cea perceptuală în amintiri.

Pentru M.B. Williams [218] creierul este organul reglator central în ceea ce privește răspunsul la stres, nu doar pentru că poate găzdui structuri esențiale și necesare reglării hormonului stresului, dar și pentru că determină dacă și în ce măsură este un stimul potențial dăunător. Acesta generează stări de stres psihologic și reacții de stres corporal (în special reacții de stres fiziologic) care poate produce boli, comportamente disfuncționale și vulnerabilitate pentru D. Cicchetti și W.J. Curtis [136].

Creierul fiind un organ foarte complex, stabilește relații și procese complicate ale experiențelor stresante pentru individ, determinând astfel răspunsuri comportamentale și

fiziologice. D. Andolina [88] susține că expunerea acută la stres sau expunerea prelungită provoacă modificări ale creierului care contribuie la apariția unor tulburări psihice.

Emisfera dreaptă furnizează individului trăirile directe ale corpului, fluxurile și refluxurile emoționale, imaginile și proiecțiile experienței. Creierul drept este „sediul sinelui emoțional și social” pentru J.D. Sinnott [226, p 68], având rolul de a controla stresul.

Intensitatea anumitor stări emoționale (stări care dețin o intensitate mai mare decât poate tolera individul) pot influența negativ hipocampusul din cauza nivelurilor crescute ale stresului. Eliberarea excesivă a hormonului de stres atunci când individul este supus unui eveniment traumatic poate întrerupe activitatea hipocampusului. Trauma poate interveni în activitatea hipocampusului și prin mecanismele disocierii. Indivizii care se confruntă cu o experiență tulburătoare sau cu o amenințare ce le pune viața în pericol și atunci când nu există modalitate de salvare, nu doar eliberează hormoni de stres care le blochează memoria, ci pot găsi cu ajutorul creierului diferite forme de a ieși din problemă, pentru J.D. Sinnott [226].

Abordarea psihologică integrativă utilizează un registru amplu de strategii ale funcționării umane care sunt valorizate raportat la *autoreglajul emoțional al adultului* și pentru mecanismele de coping, dar și pentru restructurarea trăsăturilor de personalitate. Dintre aceste fac parte Analiza Tranzacțională, terapia Gestalt, teoria psihanalitică a Sinelui, terapia behavioristă, terapie familială, terapia centrată pe client, teoriile relație-obiect, terapia corporală, psihodinamică.

În procesul terapeutic integrativ sunt utilizate o serie de tehnici care pot fi adaptate fiecărei situații și pot particulariza un plan de lucru / protocol de intervenție: a) în plan cognitiv, se pot utiliza: tehnica scaunului gol, regresia, relaxarea b) în plan afectiv, se pot utiliza: tehnici de tip narativ, jocul de rol, tehnici artistice precum colajul terapeutic c) În plan comportamental, se pot utiliza: feedback-ul și îndrumarea, antrenament de autocontrol comportamental (BSCT), stabilirea de obiective mici și realizabile, tehnici de auto-relaxare, d) în plan corporal, se pot utiliza: tehnici de lucru cu corpul, cum ar fi exercițiile de respirație sau alte tehnici specifice somatoterapiei, acestea fiind detaliate în capitolul 3 al prezentei lucrări.

Pornind de la analiza literaturii de specialitate și luând în considerare practica curentă în domeniul psihologiei adulților, am formulat următoarea **problemă de cercetare**: Cum putem optimiza mecanismele de coping corelativ cu trăsăturile de personalitate în etapa adultă?

Direcțiile de soluționare a problemei de cercetare se pot individualiza prin răspunsurile cuprinse la o serie de probleme derivate: Care sunt factorii comuni care se află în spatele variabilelor mecanisme de coping și factorii de personalitate din modelul alternativ cu cinci factori? Care sunt mecanismele de coping predictori ai impresiei favorabile, ca trăsătură de personalitate în profilul psihologic al adultului? Care este legătura dintre mecanismele de coping

și autocontrolul emoțional al adultului, precum și diferențele în funcție de gen? Care este diferența între mecanismele de coping cognitiv -emoționale și comportamentale ale adultului tânăr (22 – 29 ani) și ale adultului de vârstă medie (30 – 50 ani)? Cum putem elabora și implementa un program integrativ de intervenție psihologică având ca obiectiv ameliorarea/ schimbarea strategiilor de coping și a trăsăturilor de personalitate?

Aceste direcții de soluționare a problemei sunt reflectate în ipoteză, scop și obiectivele cercetării întreprinse.

Ipoteza generală a cercetării enunță că *mechanismele de coping au un impact asupra profilului de personalitate al adultului și printr-un program integrativ de intervenție psihologică putem modifica mecanismele de coping și trăsăturile de personalitate ale adultului.*

Scopul cercetării a fost de a cerceta și înțelege impactul mecanismelor de coping asupra profilului de personalitate la vârsta adultă și implementarea unui program integrativ de intervenție psihologică pentru ameliorarea / schimbarea acestora.

Obiectivele care au fost stabilite pentru îndeplinirea scopului mai sus enunțat al cercetării sunt:

- 1) identificarea factorilor comuni care se află în spatele variabilelor mecanisme de coping și factorii de personalitate din modelul alternativ cu cinci factori (sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate);
- 2) identificarea mecanismelor de coping predictor ai impresiei favorabile, ca trăsătură de personalitate în profilul psihologic al adultului;
- 3) investigarea legăturii dintre mecanismele de coping și autocontrolul emoțional al adultului, precum și diferențele în funcție de gen;
- 4) studiul diferenței între mecanismele de coping cognitiv -emoționale și comportamentale ale adultului tânăr (22 – 29 ani) și ale adultului de vârstă medie (30 – 50 ani);
- 5) elaborarea profilului psihologic al adultului;
- 6) elaborarea și implementarea unui program integrativ de intervenție psihologică având ca obiectiv ameliorarea/ schimbarea strategiilor de coping și a trăsăturilor de personalitate;
- 7) determinarea eficienței programului integrativ de intervenție psihologică aplicat;
- 8) formularea recomandărilor psihologice cu caracter practic de optimizare comportamentală, atitudinală și emoțională.

1.5. Concluzii la Capitolul 1

Din analiza teoretică rezultă că:

1. Coping-ul combină fiziologia stresului și a trăsăturilor bazale de personalitate, implicând coordonarea emoției, comportamentului, atenției, motivației și cunoașterii către adaptare.
2. Mecanismele de coping și reziliența, ca orice altă capacitate umană se dezvoltă pe măsură ce creierul se dezvoltă și începe să integreze experiența prin codarea acestei învățări în circuitele neuronale. Reziliența indică capacitatea de adaptare la stres prin valorificarea resurselor personale, în timp ce mecanismele de coping pot fi pozitive sau negative, funcționale sau disfuncționale în funcție de impactul pe care îl au în viața persoanei.
3. Copingul este în legătură și cu sistemul de atașament al persoanei, deoarece modalitatea prin care părinții răspund nevoilor primare ale copilului și comportamentelor asociate atașamentului codifică cele mai noi și cele mai puternice modele de adaptare la reguli în creierul uman. Având în vedere tipul de atașament primar din copilărie, adultul dezvoltă mecanisme de coping specifice, pe care le transpune în plan comportamental atât în relație cu sine cât și cu ceilalți.
4. În ceea ce privește legătura dintre personalitate și mecanismele de coping, există studii efectuate asupra celor cinci mari trăsături de personalitate și a strategiilor de coping, precum și între coping și autoreglajul emoțional care atestă legătura dintre coping și personalitate.
5. Creierul este un organ foarte complex, stabilește relații și procese complicate ale experiențelor stresante pentru individ, determinând astfel răspunsuri comportamentale și fiziologice.
6. Deși la momentul actual există studii pentru vârsta adultă care urmăresc relația dintre coping și diferite aspecte ale vieții adultului (sănătate, activitate profesională, factori cognitivi, gen), nici unul nu surprinde în mod aprofundat dinamica relațională dintre coping și personalitate pentru această perioadă de vârstă la care trăsăturile de personalitate sunt deja formate și stabile.
7. Putem concluziona deci că mecanismele de coping fac parte din sistemul de adaptare individual, ele se formează având drept bază sistemul de atașament din prima copilărie, deci calitatea relațională bazată pe siguranță / nesiguranță în raport cu figura de atașament, precum și baza individuală de resurse interne, adică reziliența personală.

2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A MECANISMELOR DE COPING ȘI A TRĂSĂTURILOR DE PERSONALITATE LA VÂRSTA ADULTĂ

2.1. Design-ul cercetării experimentale constatative

Scopul cercetării experimentale constatative se centrează pe impactul mecanismelor de coping cognitiv emoționale și comportamentale asupra profilului de personalitate de la vârsta adultă.

Conform scopului enunțat am conturat niște obiective concrete pentru cercetarea de constatare:

Obiectivul general:

- Identificarea mecanismelor de coping care au o influență asupra profilului de personalitate de la vârsta adultă.

Obiective specifice:

- Identificarea factorilor comuni care se află în spatele variabilelor mecanisme de coping și factorii de personalitate din modelul alternativ cu cinci factori (sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate), denumirea factorilor comuni, precum și reducerea numărului de variabile din cercetarea ipotezei;
- Identificarea mecanismelor de coping predictor ai impresiei favorabile, ca trăsătură de personalitate în profilul psihologic al adultului;
- Investigarea legăturii dintre mecanismele de coping și autocontrolul emoțional al adultului, precum și diferențele în funcție de gen;
- Studiul diferenței între mecanismele de coping cognitiv -emoționale și comportamentale ale adultului tânăr (22 – 29 ani) și ale adultului de vârstă medie (30 – 50 ani);
- Elaborarea profilului psihologic al adultului.

Pornind de la scopul și obiectivele prezentate formulăm următoarea **ipoteză generală pentru studiul experimental**: *se prezumă că mecanismele de coping au un impact asupra profilului de personalitate al adultului.*

Ipoteza generală a studiului experimental a permis avansarea următoarelor **ipoteze operaționale**:

Ipoteza 1. *Presupunem că variabilele coping cognitiv emoțional, coping comportamental și factorii de personalitate Big Five din modelul alternativ au factori comuni / variabile latente comune.*

Ipoteza 2. Presupunem că există mecanisme de coping cognitiv emoționale și comportamentale care sunt predictori ai impresiei favorabile la vârsta adultă.

Ipoteza 3. Presupunem că există o diferență între bărbați și femei în ceea ce privește autocontrolul, iar mecanismele de coping care sunt în legătură cu autocontrolul diferă în funcție de gen.

Ipoteza 4. Presupunem că există o diferență între mecanismele de coping cognitiv -emoțional și comportamental ale adultului tânăr (22 – 29 ani) și adultului de vârstă medie (30 – 50 ani).

Variabilele cercetării experimentale sunt de două tipuri: variabile independente și variabile dependente.

Variabile independente sunt:

- Mecanisme de coping cognitiv – emoționale: autoculpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă, punerea în perspectivă, catastrofarea, culpabilizarea celorlalți;
- Mecanisme de coping comportamentale (abordare strategică a copingului): acțiune asertivă, relaționare socială, căutarea suportului social, acțiune prudentă, acțiune instinctivă, evitare, acțiune indirectă, acțiune antisocială, acțiune agresivă.

Variabile dependente sunt:

- Caracteristicile temperamentale ale trăsăturilor de personalitate: sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate – ostilitate.
- Dimensiuni ale personalității: autocontrolul emoțional și impresia bună.
- Nivelul vârstei adulte (adult tânăr și adult de vârstă medie)

Eșantionul cercetării: Lotul de subiecți participanți a fost format din 260 de adulți (130 de bărbați și 130 de femei), populație non – clinică din România, cu vârsta între 22 – 50 ani, studii superioare, având caracteristicile din tabelul 1, anexa 2. Datele au fost culese în perioada noiembrie 2022 – ianuarie 2023 prin aplicarea probelor psihologice tip creion - hârtie, iar în perioada ianuarie – mai 2023 ipotezele au fost interpretate statistic și rezultatele diseminate în cadrul unor manifestări științifice naționale și internaționale din România și Republica Moldova, dar și publicate în reviste de specialitate din domeniul psihologiei și în volumele manifestărilor științifice respective.

În ceea ce privește distribuția vârstei pe grupe de vârstă avem următoarele procentaje: 22 – 29 ani adultul tânăr (1): 58,5%, 30 – 50 ani adultul de vârstă medie (2): 41,5%, astfel cum reiese din figura 2.1:

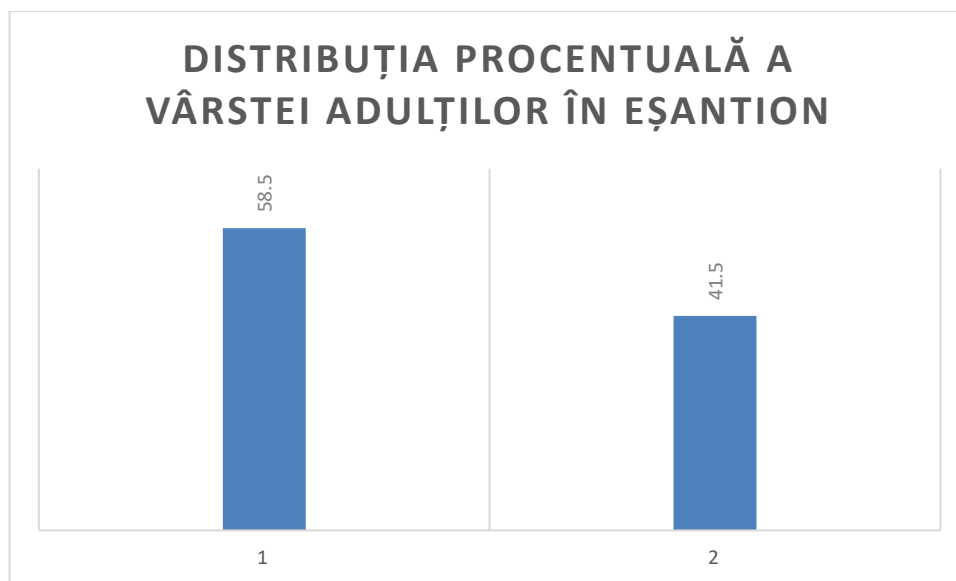


Figura 2.1. Distribuția procentuală a vârstei în eșantion

Instrumente

Pentru realizarea cercetării experimentale am utilizat un număr de patru instrumente: trei chestionare, două pentru evaluarea copingului și unul pentru evaluarea personalității, precum și un inventar de personalitate.

I. Instrumente pentru evaluarea mecanismelor de coping:

Chestionarul de coping cognitiv-emoțional (CERQ): Chestionarul conține 36 de itemi care măsoară cât de des persoana aplică strategiile în situații negative de viață. Scorul mic al unei scale se referă la faptul că strategia de coping este rareori utilizată, în timp ce scorul mare al scalei indică faptul că strategia este deseori utilizată. Modalitatea în care persoana interacționează cu evenimentele, circumstanțele sau contextul de viață oferă legitimitatea utilizării unei anumite strategii pentru a face față adversităților vieții. Totuși, frecvența utilizării oricărei strategii poate deveni indicator pentru anumite probleme psihoemoționale. **Copingul cognitiv emoțional** studiat prin intermediul chestionarului **CERQ** ne-a permis identificarea strategiilor folosite de adult pentru a face față evenimentelor sau situațiilor negative. În cele ce urmează vom descrie sumar fiecare scală în parte:

- **autoculpabilizarea:** persoana își atribuie responsabilitatea, vina și gânduri referitoare la propriile erori;
- **acceptarea:** persoana acceptă și se detașază de situația stresantă, gândind că lucrurile nu mai pot fi schimbate;
- **ruminarea:** persoana se gândește repetitiv și/sau este imersată în ceea ce simte sau gândește despre un eveniment negativ;
- **refocalizarea pozitivă:** persoana își focalizează atenția către partea pozitivă a vieții, mai degrabă decât pe evenimentul negativ trăit;
- **refocalizarea pe planificare:** persoana planifică o strategie pentru a face față unui eveniment negativ sau pentru a schimba o situație;
- **reevaluarea pozitivă:** persoana reușește să identifice aspectele pozitive ale unei situații adverse și să le asocieze cognitiv cu aceasta;
- **punerea în perspectivă:** prin comparație cu alte situații de viață, persoana diminuează gravitatea evenimentului inițial;
- **catastrofarea:** persoana experimentează deseori gânduri privitoare la gravitatea evenimentului trăit;
- **culpabilizarea celorlalți:** persoana atribuie responsabilitatea evenimentelor trăite celorlalți, găsindu-i vinovați pentru ceea ce s-a întâmplat;

Scala de abordare strategică a copingului (SACS): Chestionarul conține 52 de itemi și evaluează reacția comportamentală a oamenilor atunci când întâlnesc o problemă/situație stresantă. Există nouă moduri diferite de a face față situațiilor stresante (strategii de coping): *acțiune asertivă, relaționare socială, căutarea suportului social, acțiune prudentă, acțiune instinctivă, evitare, acțiune indirectă, acțiune antisocială, acțiune agresivă*. Scorurile mici indică faptul că strategia este rareori utilizată, iar scorurile mari indică frecvența ridicată a utilizării strategiei:

- **acțiunea asertivă:** persoana se raportează la realitate cu încredere și direcție concretă, pentru soluționarea problemelor. În relația cu terțe persoane respectă limitările interpersonale, exprimând în mod ferm și concis ceea ce simte și gândește;
- **relaționarea socială:** persoana se alătură celorlalți pentru a face față problemelor, se implică în rezolvarea problemelor împreună cu ceilalți luând în considerare și nevoile acestora;

- **căutarea suportului social:** persoana caută să primească conținerea de care are nevoie în vederea depășirii evenimentelor cu care se poate confrunta în mediul său;
- **acțiunea prudentă:** persoana analizează atent opțiunile înainte de a desfășura orice acțiune, manifestă precauție în raport cu elementele care îi pot aduce atingere situației sale;
- **acțiunea instinctivă:** persoana abordează sarcinile bazându-se în primul rând pe propriile intuiții, în situații stresante reacționează impulsiv. Abordează problemele, fără să se gândească prea mult la consecințele asupra situației sale;
- **evitarea:** persoana desfășoară activități alternative / diferite pentru a nu intra în contact direct cu sarcinile cotidiene. Totodată abandonează problemele pe care trebuie să și le asume, așteptând ca soluțiile să apară fără un efort propriu și conștient;
- **acțiunea indirectă:** persoana preferă să abordeze sarcinile în mod dual, influențează sau manipulează mediul, contextul sau alte persoane în vederea rezolvării situației respective fără a-și asuma responsabilitatea în mod direct;
- **acțiunea antisocială:** persoana preferă să abordeze sarcinile cotidiene luând în considerare doar propriile nevoi, fără a lua în considerare urmările propriilor acțiuni asupra celorlalți;
- **acțiunea agresivă:** persoana preferă să abordeze evenimentele rapid, decisiv, atacă problema rapid, preia controlul cu orice preț, acționează cu scopul de a-i domina și a-i dezarma pe ceilalți.

II. Instrumente pentru evaluarea personalității

CPI 434: inventarul cuprinde 434 de itemi care relevă informații asupra perspectivei în viață a persoanei evaluate, asupra modului în care ea se percepe și se compară cu ceilalți, în ceea ce privește particularitățile caracteristice și importante în munca și în viața cotidiană. Persoana este evaluată pe 26 de dimensiuni, grupate în 5 categorii: interacțiunea cu alții, managementul personal, motivații și stilul de gândire, caracteristicile personale, evaluări legate de muncă.

Chestionarul ZKPQ: Chestionarul evaluează prin cei 99 de itemi o serie de trăsături de personalitate, punând accentul pe caracteristicile temperamentale: sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate – ostilitate, dezirabilitate socială. Sub raportul caracteristicilor temperamentale ale personalității prin intermediul chestionarului ZKPQ au fost studiate:

- **sociabilitatea:** scorurile mari indică faptul că adultul se simte foarte bine atunci când este înconjurat de mulți oameni (de exemplu, la petreceri), de aceea își și face mulți prieteni, nu tolerează situațiile de izolare socială, fiindu-i greu să petreacă sau să lucreze mai mult timp singur; scorurile mici indică faptul că se simte mai confortabil când se angajează în activități solitare decât atunci când lucrează în echipă, nu este neapărat atras de participarea la petreceri mari, de interacțiunea cu mulți oameni, mai ales necunoscuți, tolerează cu ușurință situațiile în care petrece mai mult timp singur.
- **căutarea impulsivă de senzații:** adultului cu scoruri mici în general îi place să-și planifice activitățile, în marea majoritate a domeniilor vieții, este calculat, acționează după ce reflectă bine, nu simte nevoie neapărată de schimbare, dar poate accepta schimbarea după ce calculează beneficiile și riscurile înainte; adultul cu scoruri mari are o nevoie puternică de schimbare și de noutate și de aceea de multe ori caută în mod activ experiențe noi, stimulative, chiar neprevăzute, cu schimbări de mediu și senzații puternice, poate să acționeze cedând impulsurilor de moment, fără prea multă analiză, poate fi perceput ca fiind nonconformist;
- **activitatea:** adultul cu scoruri mici se simte confortabil atunci când desfășoară activități rutiniere sau chiar și atunci când nu este nimic de făcut; adultul cu scoruri mari simte nevoia să fie permanent în activitate, fiind nerăbdător și neliniștit atunci când nu are ceva de făcut, este posibil să aibă nevoie de activități fizice frecvente;
- **neuroticism – anxietate:** adultul cu scoruri mici este confortabil cu luarea de decizii și acționează cu încredere în forțele proprii, este în general o persoană echilibrată emoțional și nu își face griji exagerate pentru lucruri lipsite de importanță; adultul cu scoruri mari se îngrijorează destul de frecvent pentru aspecte considerate minore de către ceilalți, fiind predispus spre a analiza în detaliu riscurile sau implicațiile unei decizii, unele persoane pot fi percepute ca fiind prea sensibile (inclusiv la criticile altora).
- **agresivitate – ostilitate:** adultul cu scoruri mici chiar și atunci când este furios, reușește să se manifeste calm, fără a fi agresiv verbal. În relațiile interpersonale, este destul de răbdător și evită, în general, răzbunarea sau dușmănia; adultul cu scoruri mari atunci când este supărat sau furios, se manifestă vizibil în comportament, mai ales sub formă verbală, din acest motiv, există posibilitatea să aibă mai frecvent

discuții în contradictoriu, poate fi perceput ca o persoană cu un temperament vulcanic.

2.2. Rezultatele cercetării experimentale

În continuare, vom prezenta rezultatele obținute de adulții participanți la cercetare, precum și interpretarea acestor rezultate.

Ipoteza 1. Presupunem că variabilele coping cognitiv emoțional, coping comportamental și factorii de personalitate Big Five din modelul alternativ au factori comuni / variabile latente comune.

În vederea evaluării factorilor comuni ai mecanismelor de coping cognitiv emoționale, a celor comportamentale și a factorilor de personalitate Big Five din modelul alternativ am aplicat chestionarele de personalitate CERQ, SACS și ZKPQ.

Obiectivele acestei ipoteze sunt:

- Reducerea complexității datelor (din cele 23 de variabile scopul este reducerea lor la un număr de factori comuni);
- Determinarea factorilor comuni care se află în spatele variabilelor.

În tabelul 2 (vezi anexa 3) sunt prezentați indicatorii statistici de start pentru această ipoteză (media și abaterea standard) pentru toate variabilele (mecanismele de coping cognitiv emoționale, comportamentale și factorii de personalitate Big Five din modelul alternativ), pentru un număr de subiecți $N = 260$.

În anexa 3 tabelele 3, 4 și 5 pot fi consultate frecvențele și procente pentru răspunsurile la chestionarele CERQ, SACS și ZKPQ utilizate în cadrul acestei ipoteze. Astfel, conform rezultatelor obținute observăm din figura 2.2. faptul că pentru majoritatea mecanismelor de coping cognitiv emoționale subiecții participanți se situează la nivel mediu (autoculpabilizarea 75%, acceptarea 57,2%, ruminarea 41,5%, refocalizarea pozitivă 42,7%, punerea în perspectivă 39,2%, culpabilizarea celorlalți 54,6%). Pentru două dintre mecanismele de coping cognitiv emoționale subiecții participanți se situează la nivel ridicat (refocalizare pe planificare 61,1%, reevaluare pozitivă 65,4%), în timp ce pentru un mecanism de coping cognitiv emoțional adulții se situează la nivel mic (catastrofarea 67%).

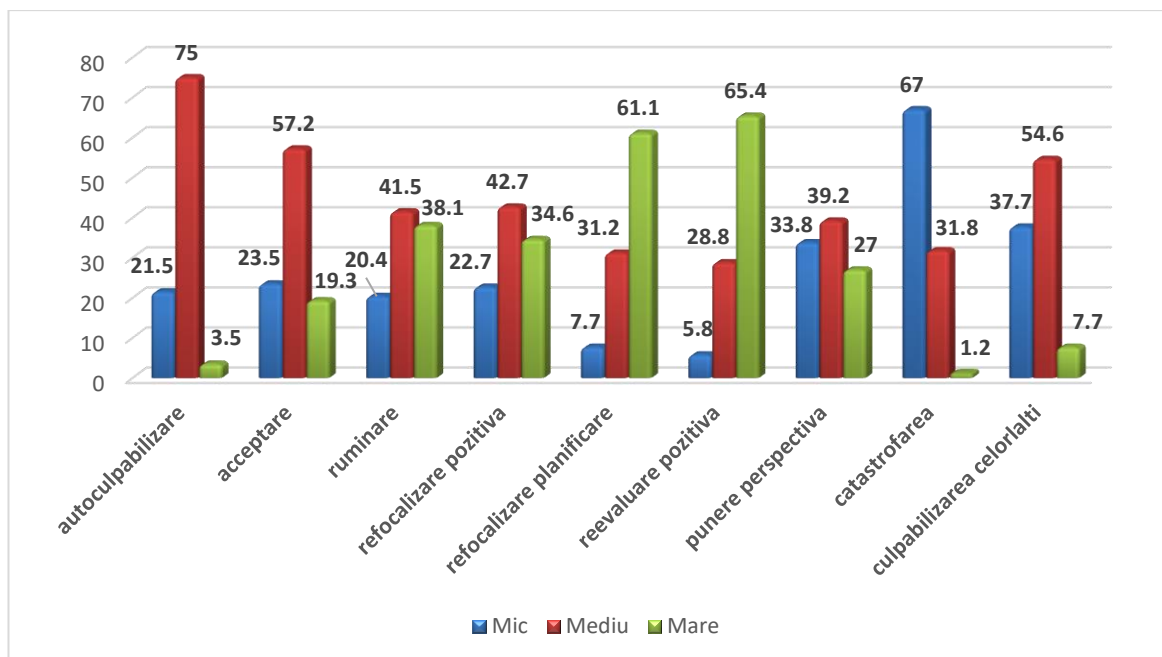


Figura 2.2. Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului de coping CERQ

Continuând analiza pentru fiecare scală în parte, observăm din figura 2.2. faptul că pentru **scala autculpabilizare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (75%) de a resimți gânduri potrivit cărora întreaga responsabilitate pentru situația trăită aparține propriei persoane, vina este atribuită sieși, în timp ce 21,5% manifestă o tendință mica și doar 3,5% manifestă o tendință ridicată în a resimți autculpabilizare ca mecanism de coping.

Pentru **scala acceptare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (57,2%) de a resimți gânduri datorită cărora se resemnează față de ceea ce s-a întâmplat și acceptă situația, gândindu-se că aceasta nu mai poate fi schimbată și că viața continuă, în timp ce 23,5% manifestă o tendință mica și doar 19,3% manifestă o tendință ridicată în a resimți acceptare ca mecanism de coping.

În ceea ce privește **ruminarea**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (41,5%) de a resimți gânduri permanente și preocupări pe care le asociază unui eveniment negativ, în timp ce 20,4% manifestă o tendință mică și doar 38,1% manifestă o tendință ridicată în a resimți ruminare ca mecanism de coping.

Cu privire la **refocalizarea pozitivă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (42,7%) de a se gândi la lucruri mai plăcute, în loc să se gândească la evenimentul negativ trăit, în timp ce 22,7% manifestă o tendință mică și doar 34,6% manifestă o tendință ridicată în a resimți refocalizare pozitivă ca mecanism de coping.

Pentru **scala refocalizare pe planificare**, adulții manifestă majoritar o tendință mare (61,1%) de a se gândi la pașii pe care trebuie să îi urmeze pentru a face față unui eveniment negativ sau atunci când se gândește la un plan prin care să schimbe o situație, în timp ce 31,2% manifestă o tendință medie și doar 7,7% manifestă o tendință mică în a resimți refocalizare pe planificare ca mecanism de coping.

Totodată, la **reevaluarea pozitivă**, adulții manifestă majoritar o tendință mare (65,4%) de a se gândi la semnificația pozitivă a unui eveniment negativ în termenii dezvoltării personale, gândindu-se la aspectele pozitive ale acestuia, în timp ce 28,8% manifestă o tendință medie și doar 5,8% manifestă o tendință mică în a resimți reevaluare pozitivă ca mecanism de coping.

Pentru **scala punerea în perspectivă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (39,2%) de a resimți gânduri potrivit cărora se reduce nivelul de gravitate al evenimentului, prin comparația cu alte evenimente și se pune accentul pe faptul că există și lucruri mai grave în lume, în timp ce 33,8% manifestă o tendință mica și doar 27% manifestă o tendință ridicată în a utiliza punerea în perspectivă ca mecanism de coping.

Catastrofarea este singura scală unde adulții manifestă majoritar o tendință scăzută (67%) de a se gândi în mod recurent la cât de teribil a fost evenimentul trăit și la faptul că este cel mai crunt/groznic lucru care se putea întâmpla, că este mult mai grav decât ceea ce li s-a întâmplat altora, în timp ce 31,8% manifestă o tendință medie și doar 1,2% manifestă o tendință ridicată în a utiliza catastrofarea ca mecanism de coping.

Pentru **culpabilizarea celorlalți**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (54,6%) de a îi învinovăți pe ceilalți pentru ceea ce li s-a întâmplat, atunci când îi face pe ceilalți responsabili pentru ceea ce s-a întâmplat și/sau atunci când se gândesc la greșelile pe care le-au făcut ceilalți în această privință, în timp ce 37,7% manifestă o tendință mica și doar 7,7% manifestă o tendință ridicată în a culpabilizarea celorlalți ca mecanism de coping.

Comparativ cu rezultatele de scalele chestionarului CERQ unde adulții au obținut la majoritatea scalelor rezultate medii (autoculpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, punerea în perspectivă și culpabilizarea celorlalți), pentru un număr redus de scale s-au obținut scoruri mari (refocalizare pe planificare și reevaluare pozitivă) și scoruri mici (catastrofare), pentru chestionarul de coping comportamental SACS la toate scalele adulții frecvența răspunsurilor este la nivel mediu, astfel cum poate fi observat în figura 2.3 și constatat din tabelul 4 anexa 3.

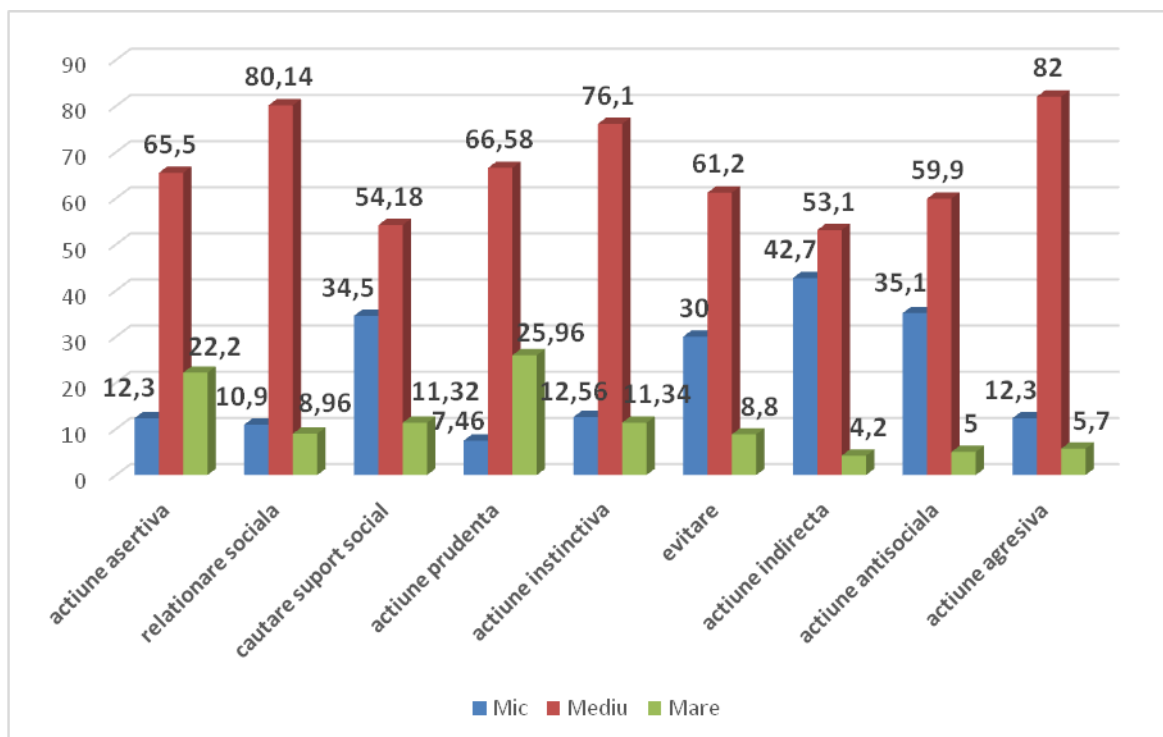


Figura 2.3. Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului de coping SACS

Continuând analiza pentru fiecare scală în parte, observăm din figura 2.3. faptul că pentru **scala acțiune asertivă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (65,5%) de a aborda situația în mod ferm, sincer și direct, de a se angaja în rezolvarea problemelor, de a exprima ceea ce simte și gândește în concordanță cu propriile dorințe și planuri, în timp ce 12,3% manifestă o tendință mica și doar 22,2% manifestă o tendință ridicată în a manifesta acțiunea asertivă ca mecanism de coping.

La **scala relaționare socială**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (80,14%) de a se alătura celorlalți pentru a face față problemelor împreună, de a se implica în rezolvarea problemelor împreună cu ceilalți, luând în considerare și nevoile acestora, în timp ce 10,9% manifestă o tendință mica și doar 8,96% manifestă o tendință ridicată în a manifesta relaționare socială ca mecanism de coping.

Pentru **căutarea suportului social**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (54,18%) de a căuta ajutorul și sprijinul emoțional al celorlalți, în timp ce 34,5% manifestă o tendință mica și doar 11,32% manifestă o tendință ridicată în a manifesta căutarea suportului social ca mecanism de coping.

În ceea ce privește **acțiunea prudentă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (66,58%) de a își lua toate măsurile de precauție pentru a se proteja de orice pericol, în timp ce 7,46% manifestă o tendință mică și doar 25,96% manifestă o tendință ridicată în a manifesta acțiunea prudentă ca mecanism de coping.

La **acțiunea instinctivă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (76,1%) de a aborda problemele fără să se gândească prea mult la consecințe, în timp ce 12,56% manifestă o tendință mică și doar 11,34% manifestă o tendință ridicată în a manifesta acțiunea instinctivă ca mecanism de coping.

Pentru **scala evitare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (61,2%) de a se implica în alte activități și abandonează problemele la care trebuie să găsească rezolvare, în timp ce 30% manifestă o tendință mică și doar 8,8% manifestă o tendință ridicată în a manifesta evitare ca mecanism de coping.

Totodată, pentru **acțiunea indirectă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (53,1%) de a influența sau manipula mediul, contextul sau alte persoane în vederea ameliorării sau rezolvării situației respective, în timp ce 42,7% manifestă o tendință mică și doar 4,2% manifestă o tendință ridicată în a manifesta acțiunea indirectă ca mecanism de coping.

Pentru **acțiunea antisocială** adulții manifestă majoritar o tendință medie (59,9%) de a acționa indiferent dacă urmările acțiunilor sale au consecințe negative asupra celorlalți, în timp ce 35,1% manifestă o tendință mică și doar 5% manifestă o tendință ridicată în a manifesta acțiunea antisocială ca mecanism de coping.

La **acțiunea agresivă** adulții manifestă majoritar o tendință medie (82%) de a ataca problema rapid, preia controlul cu orice preț, acționează cu scopul de a-i domina și a-i dezarma pe ceilalți, în timp ce 12,3% manifestă o tendință mică și doar 5,7% manifestă o tendință ridicată în a manifesta acțiunea agresivă ca mecanism de coping.

În ceea ce privește trăsăturile de personalitate din modelul alternativ Big Five din **chestionarul ZKPQ** adulții au obținut la majoritatea scalelor rezultate mici (căutare impulsivă de senzații, neuroticism anxietate și agresivitate ostilitate), pentru o scală s-a obținut scor mare (activitate) și scor mediu (sociabilitate), astfel cum poate fi consultat în fig. 2.4.

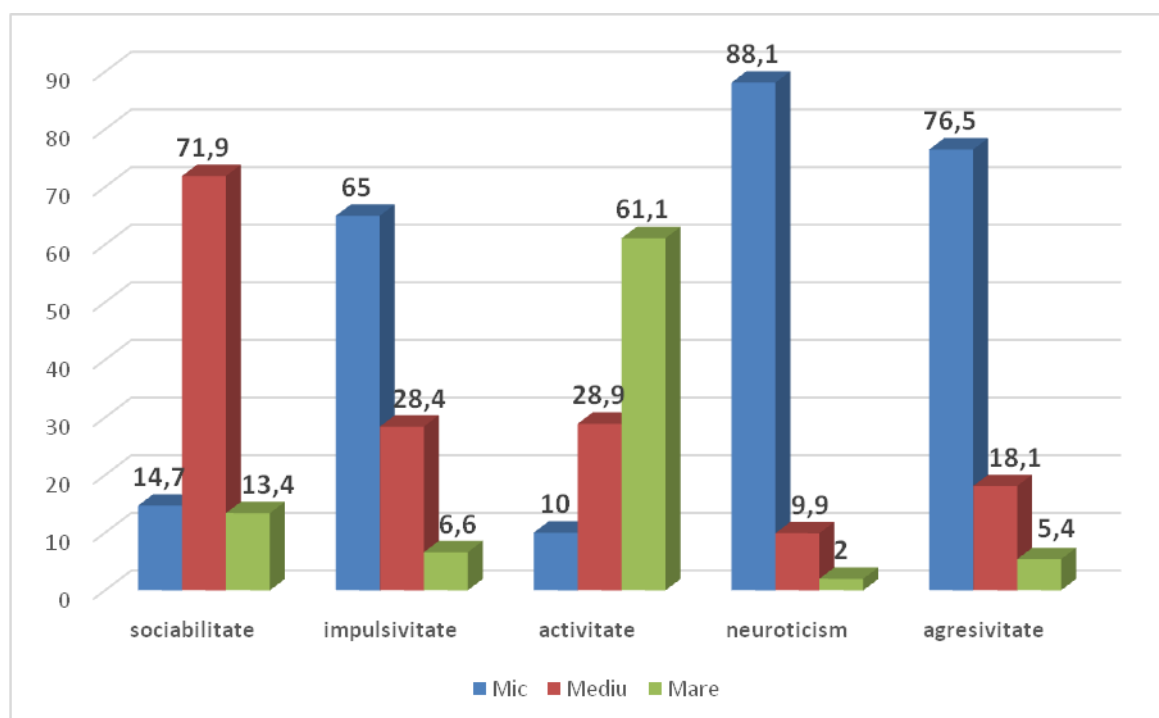


Figura 2.4. Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului ZKPQ

Pentru **scala sociabilitate** adulții manifestă majoritar o tendință medie (71,9%) de a se simți foarte bine atunci când este înconjurat de mulți oameni, în timp ce 14,7% manifestă o tendință mică și doar 13,4% manifestă o tendință ridicată.

La **căutarea impulsivă de senzații** adulții manifestă majoritar o tendință mică (65%) de a acționa cedând impulsurilor de moment, fără prea multă analiză, în timp ce 28,4% manifestă o tendință medie și doar 6,6% manifestă o tendință ridicată.

Pentru **activitate** adulții manifestă majoritar o tendință ridicată (61,1%) de a simți nevoia să fie permanent în activitate, fiind nerăbdător și neliniștit atunci când nu are ceva de făcut, în timp ce 28,9% manifestă o tendință medie și doar 10% manifestă o tendință scăzută.

În ceea ce privește **neuroticism anxietate** adulții manifestă majoritar o tendință mică (88,1%) de a se îngrijora destul de frecvent pentru aspecte considerate minore de către ceilalți, fiind predispus spre a analiza în detaliu riscurile sau implicațiile unei decizii, în timp ce 9,9% manifestă o tendință medie și doar 2% manifestă o tendință ridicată.

La **agresivitate ostilitate** adulții manifestă majoritar o tendință mică (76,5%) de a se manifesta vizibil în comportament, mai ales sub formă verbală, existând posibilitatea să aibă mai

frecvent discuții în contradictoriu, în timp ce 18,1% manifestă o tendință medie și doar 5,4% manifestă o tendință ridicată.

Pentru a verifica dacă există variabile latente între mecanismele de coping și trăsăturile de personalitate din modelul Big Five alternativ am calculat valoarea testului Bartlett de Sfericitate (1,356E3, Sig=0,0001), vezi anexa 3 tabelul 6. Acesta este suficient de mic pentru a concluziona că există o puternică relație între date. Aceste valori, indică prezența unuia sau mai multor factori comuni ceea ce motivează aplicarea unei proceduri de reducere factorială, reprezentată de metoda analizei principalelor componente.

Din figura 2.5 reiese faptul că pentru valoarea Eigen > 1 rezultă 7 componente / factori. Valorile proprii pentru toate componentele principale, obținute aplicând metoda ACP, sunt reprezentate grafic într-o secvență de factori principali. Numărul factorilor este ales acolo unde nivelele graficului prezintă un șablon descrescător liniar. Figura de mai jos, sugerează existența unei soluții cu șapte factori, de vreme ce valorile proprii prezintă o scădere liniară.

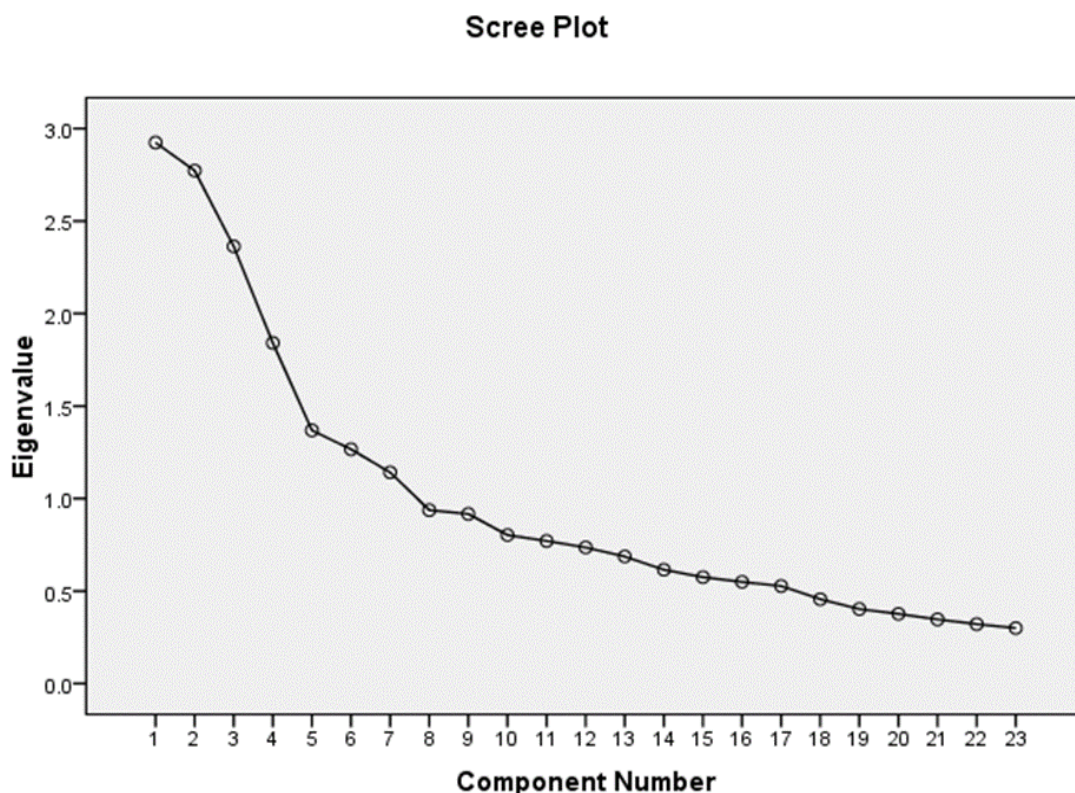


Figura 2.5 – Reprezentarea grafică a numărului de componente/factori care depășesc valoarea Eigen 1

În tabelul 7 din anexa 3, folosind metoda Analizei Componentelor Principale (ACP), a fost generat un număr de șapte componente principale, așa numiții, factori. Așa cum putem observa, doar primii șapte factori îndeplinesc criteriul de selecție (valori proprii ≥ 1).

Varianța explicată de fiecare factor este distribuită astfel: primul factor 12,71%, al doilea factor 12,055%, al treilea factor 10,27%, al patrulea factor 8,005%, al cincilea factor 5,95%, al șaselea factor 5,50%, al șaptelea factor 4,96%. În ceea ce privește Coloanele rotația încărcăturii sumelor pătrate, acestea prezintă valorile pentru cei șapte factori după aplicarea procedurii de rotație. Astfel, poate fi observată o redistribuire a varianței explicate de către fiecare factor: primul factor 10,997%, al doilea factor 10,033%, al treilea factor 9,432%, al patrulea factor 7,462%, al cincilea factor 7,444%, al șaselea factor 7,406%, al șaptelea factor 6,695 %.

Tabelul 8 din anexa 3 prezintă matricea componentelor după rotație (Rotated Component Matrix), care conține datele obținute după aplicarea procedurii de rotație a factorilor (o transformare a factorilor principali sau componentelor, pentru a aproxima structura dată).

Conform matricei factorilor rotați, au fost identificați un număr de **7 factori principali**, subfactorii rotați fiind în corelație semnificativă cu factorul principal (r cuprins între 0,313 și 0,811).

Datele ne permit să desprindem concluziile finale, cu privire la structura factorilor pentru variabilele analizate. Figurile următoare prezintă structura factorială pentru variabilele analizate, pentru fiecare dintre cei șapte factori, după cum urmează:

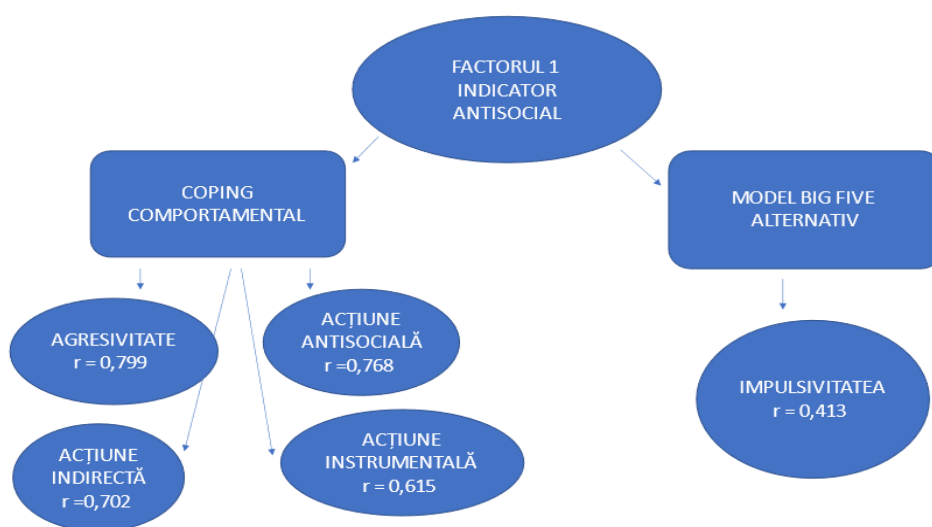


Figura 2.6.a. Factorul 1 – *Indicator antisocial* - factor mixt (coping comportamental / Big Five alternativ)

Primul factor este alcătuit din variabilele: mecanisme de coping comportamental (agresivitate, acțiune antisocială, acțiune indirectă, acțiune instrumentală) și factorul de personalitate Big Five (impulsivitate) $r = 0,413 - 0,799$, $p = 0,0001$. Prin coroborarea variabilelor denumim acest factor ***indicator antisocial***.

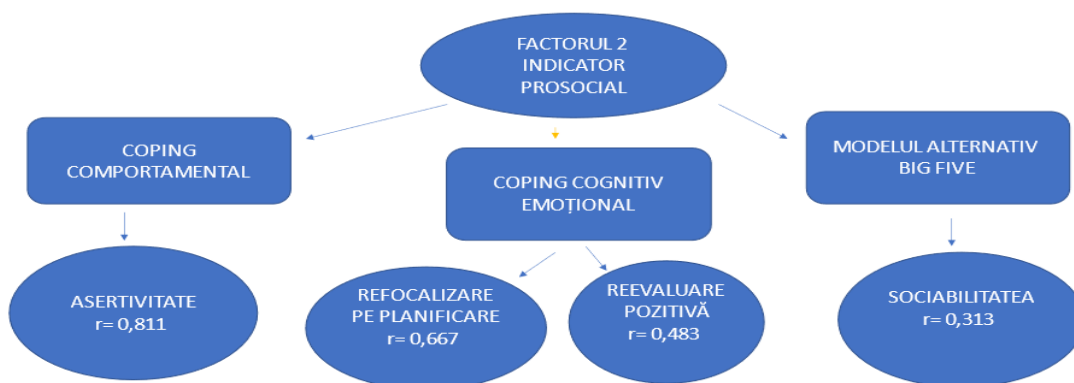


Figura 2.6.b. Factorul 2 – *Indicator prosocial* - factor mixt (coping comportamental și cognitiv emoțional / Big Five alternativ)

Al doilea factor este alcătuit din variabilele: mecanisme de coping comportamental (asertivitate), mecanisme de coping cognitiv emoțional (refocalizare pe planificare și reevaluare pozitivă) și factorul de personalitate Big Five (sociabilitatea) $r = 0,313 - 0,811$, $p = 0,0001$. Prin coroborarea variabilelor denumim acest factor ***indicator prosocial***.

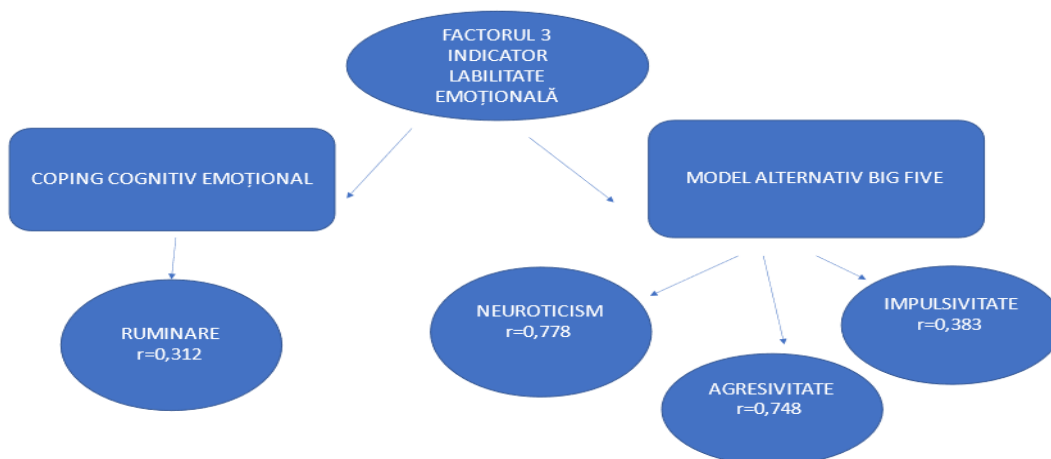


Figura 2.6.c. Factorul 3 – *Indicator labilitate emoțională* - factor mixt (coping cognitiv emoțional / Big Five alternativ)

Al treilea factor: mecanisme de coping cognitiv emoțional (ruminare) și factori de personalitate Big Five (neuroticism, agresivitate, impulsivitate) $r = 0,312 - 0,778$, $p = 0,0001$. Prin coroborarea variabilelor denumim acest factor *indicator labilitate emoțională*.

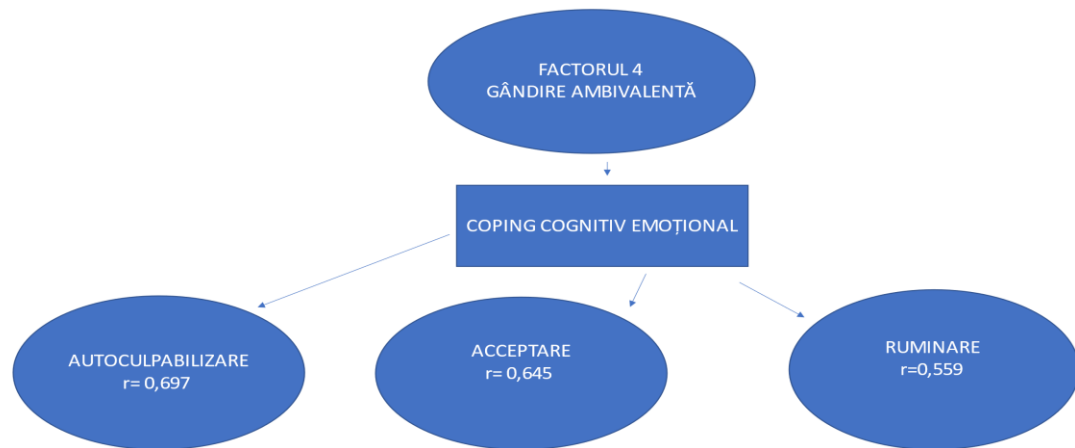


Figura 2.6.d. Factorul 4 – Gândire ambivalentă - factor unic (coping cognitiv emoțional)

Al patrulea factor: mecanisme de coping cognitiv emoțional (autoculpabilizare, acceptare, ruminare) $r = 0,559 - 0,697$, $p = 0,0001$. Prin coroborarea variabilelor denumim acest factor *indicator gândire ambivalentă*.

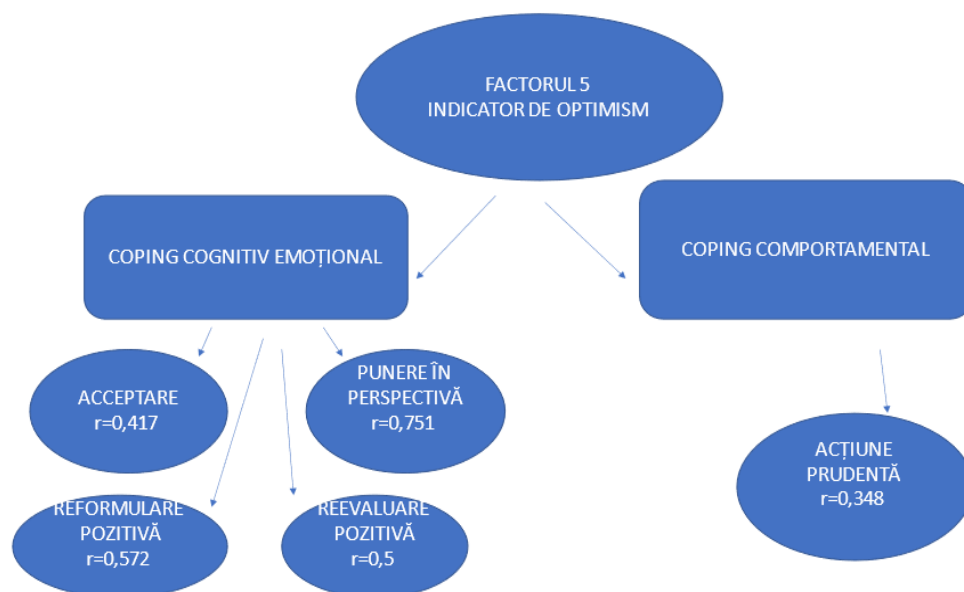


Figura 2.6.e. Factorul 5 – Indicator de optimism - factor mixt (coping cognitiv emoțional / coping comportamental)

Al cincilea factor: mecanisme de coping cognitiv emoțional (acceptare, punerea în perspectivă, reformulare pozitivă, reevaluare pozitivă) și mecanisme de coping comportamental (acțiune prudentă) $r = 0,348 - 0,751$, $p = 0,0001$. Prin coroborarea variabilelor denumim acest factor *indicator de optimism*.

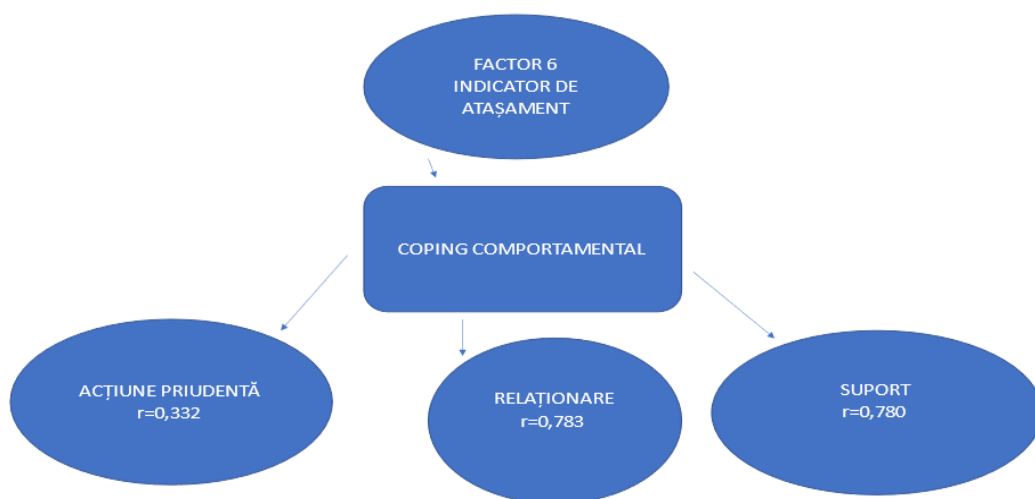


Figura 2.6.f. Factorul 6 – Indicator de atașament - factor unic (coping comportamental)

Al șaselea factor: mecanisme de coping comportamental (acțiune prudentă, relaționare, suport) $r = 0,332 - 0,783$, $p = 0,0001$. Prin coroborarea variabilelor denumim acest factor *indicator de atașament*.

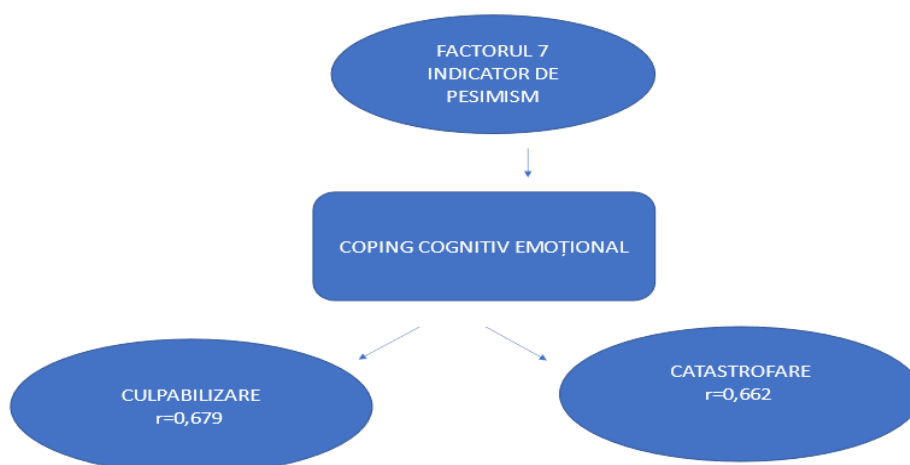


Figura 2.6.g. Factorul 7 – Indicator de pesimism- factor unic (coping cognitiv emoțional)

Al șaptelea factor: mecanisme de coping cognitiv emoțional (culpabilizarea celorlalți, catastrofare) $r = 0,662 - 0,679$, $p = 0,0001$. Prin coroborarea variabilelor denumim acest factor *indicator de persimism*.

Figura 2.6. Structura factorială a celor 7 factori comuni coping – Big Five alternativ

Matricea componentelor/factorilor (Component Matrix) prezentată în tabelul 9 din anexa 3, furnizează lista variabilelor și contribuția lor la încărcarea fiecăruia dintre factorii selectați, în termeni de corelație. Datele din acest tabel se referă la soluția factorială inițială, înainte de aplicarea procedurii de rotație. În ceea ce privește matricea corelațiilor subfactorilor nerotați pentru fiecare factor în parte, se observă corelații semnificative statistic, atât pentru coping ($r = 0,304 - 0,650$, $p = 0,0001$) cât și pentru factorii Big Five din modelul alternativ ($r = 0,404 - 0,535$, $p = 0,0001$).

În ceea ce privește comunalitatea, adică caracterul comun al unei variabile care este comună cu varianța altor variabile, majoritatea variabilelor sunt bine reprezentate de către modelul factorial folosit astfel cum se observă din tabelul 10 anexa 3. Comunalitatea este semnificativă statistic, variind între medie (0,441) și ridicată (0,716).

Concluzii ipoteza nr 1:

- În urma cercetării ipotezei se constată relevanța a 7 factori principali care explică relația între cele 23 de variabile (mecanisme de coping cognitiv emoțional, comportamental și factorii de personalitate Big Five);
- Există 3 factori care pun în relație mecanismele de coping cu factorii de personalitate Big Five, după cum urmează:
 - a) Primul factor este alcătuit din variabilele: mecanisme de coping comportamental și factorul de personalitate Big Five (impulsivitate) - denumim acest factor indicator antisocial;
 - b) Al doilea factor este mixt, alcătuit din variabilele: mecanisme de coping comportamental, mecanisme de coping cognitiv emoțional și factorul de personalitate Big Five (sociabilitatea) – *indicator prosocial*;
 - c) Al treilea factor: mecanisme de coping cognitiv emoțional și factori de personalitate Big Five (neuroticism, agresivitate, impulsivitate) – *indicator labilitate emoțională*;
- Există doi factori principali care sunt alcătuiți variabilele mecanisme de coping cognitiv emoțional: factorul 4 *indicator gândire ambivalentă* și factorul 7 *indicator pesimism*;

- Există un factor principal mixt, care este alcătuit din variabilele mecanisme de coping cognitiv emoțional și comportamental: factorul 5 *indicator de optimism*;
- Există un factor principal, care este alcătuit din variabilele mecanisme de coping comportamental: factorul 6 *indicator de atașament*.

Ipoteza 2: Presupunem că există mecanisme de coping cognitiv emoționale și comportamentale care sunt predictorii ai impresiei favorabile la vârsta adultă.

În vederea evaluării predictorilor mecanismelor de coping cognitiv emoțional, a celor comportamentale și a impresiei favorabile am aplicat chestionarele de personalitate CERQ, SACS și inventarul de personalitate CPI.

Obiectivele acestei ipoteze sunt:

- Măsura influenței pe care o au anumite variabilele independente (mecanismele de coping) asupra variabilei dependente (impresia favorabilă – good impression)
- Predicția unei variabile dependente (impresia favorabilă – good impression) prin intermediul mai multor variabile independente (mecanismele de coping)
- Formularea ecuației de predicție, aceasta putând fi utilizată în cadrul examinărilor psihologice în mediul organizațional, atât în cadrul selecției de personal dar și în cadrul evaluărilor psihologice periodice.

Comparativ cu rezultatele de scalele chestionarului CERQ unde adulții au obținut la majoritatea scalelor rezultate medii (autoculpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, punerea în perspectivă și culpabilizarea celorlalți), pentru un număr redus de scale s-au obținut scoruri mari (refocalizare pe planificare și reevaluare pozitivă) și scoruri mici (catastrofare), pentru chestionarul de coping comportamental SACS la toate scalele adulții frecvența răspunsurilor este la nivel mediu, astfel cum poate fi observat în figurile 2.2. și 2.3., precum și din tabelele 3 – 6 din cadrul Anexei 3.

Separat de mecanismele de coping cognitiv emoțional și comportamentale evaluate prin cele două chestionare de coping CERQ și SACS a fost studiată și impresia favorabilă prin intermediul inventarului de personalitate CPI. Această scală face parte din dimensiunea managementul de sine, adultul cu scor mic fiind puțin preocupat de imaginea proprie prezentată altora, sceptic, franc, poate fi individualist. Adultul cu scoruri ridicate la această scală este grijuliu

în a prezenta altora o imagine favorabila diferita de a autorității, este compliant la reguli de comportament politicos.

Continuând cu analiza frecvenței răspunsurilor pentru scala de impresie favorabilă (managementul impresiei de sine) din cadrul inventarului de personalitate CPI, frecvența răspunsurilor adulților este la nivel mediu, astfel cum poate fi observat în figura 2.7.

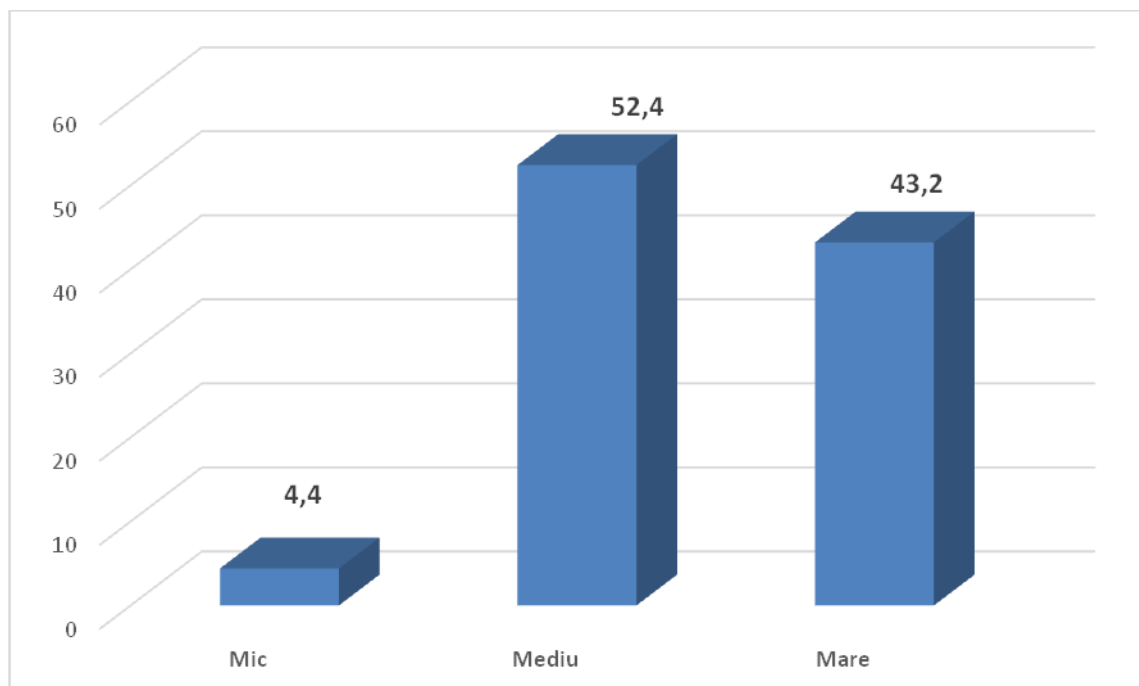


Figura 2.7. Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scala impresie favorabilă din cadrul CPI

Pentru *scala impresia favorabilă* adulții manifestă majoritar o tendință medie (52,4%) de a manifesta grijă în a prezenta altora o imagine favorabilă diferită de a autorității, compliantă la reguli de comportament politicos, în timp ce 4,4% manifestă o tendință mică și 43,2% manifestă o tendință ridicată în a manifesta o bună impresie de sine.

Conform tabelului 12 din anexa 3, din rezumatul modelului celor 9 variabile independente, R^2 ajustat este 0,246, ceea ce semnifică că 24,6% variabilele covariază: dependentă (imaginea favorabilă) și independente (mecanisme de coping cognitiv emoționale: reevaluare pozitivă, ruminare, culpabilitate și mecanisme de coping comportamentale: acțiune instinctuală, relaționare, agresivitate, suport). Testul Durbin Watson, având o valoare de 1,808 (este cuprins între 1,5 – 2,5) ne indică faptul că nivelul corelațiilor seriale este mediu – scăzut.

Testul ANOVA este semnificativ pentru pragul de semnificație $p = 0,0002$, $F=13,089$ și numărul de grade de libertate (df) fiind 7 (vezi anexa 3 tabelul 13). Având în vedere că pragul de

semnificație $p < 0,001$ înseamnă că cel puțin două medii diferă înalt semnificativ. În cazul de față, se observă din tabelul sumar ANOVA că media intergrup are 7 df (grade de libertate). În tabelul lui F valoarea corespunzătoare gradelor de libertate 7 este cuprinsă între 5,59 și 12,25, F obținut este mai mare decât valoarea lui F tabelar, ceea ce înseamnă că raportul F obținut este semnificativ statistic, deci există diferențe între medii.

Coeficienții Beta sunt semnificativi statistic ($p = 0,0001 - 0,04$), iar corelația parțială dintre o variabilă independentă cu variabila dependentă, prin excluderea celorlalte variabile independente este cuprinsă între -0,111 și 0,222, astfel (vezi anexa 3 tabelul 14):

$$R_{ay.bcd\text{ef}g} = 0,222, p = 0,0001$$

$$R_{by.acd\text{ef}g} = -0,171, p = 0,002$$

$$R_{cy.abd\text{ef}g} = -0,160, p = 0,003$$

$$R_{dy.abcd\text{ef}g} = 0,220, p = 0,0001$$

$$R_{ey.abcd\text{ef}g} = -0,186, p = 0,001$$

$$R_{fy.abcd\text{ef}g} = -0,123, p = 0,02$$

$$R_{gy.abcd\text{ef}g} = -0,111, p = 0,04$$

a = reevaluare pozitivă (VI mecanism de coping cognitiv emoțional)

b = acțiune instinctuală (VI mecanism de coping comportamental)

c = ruminare (VI mecanism de coping cognitiv emoțional)

d = relaționare (VI mecanism de coping comportamental)

e = agresivitate (VI mecanism de coping comportamental)

f = căutarea suportului (VI mecanism de coping comportamental)

g = culpabilizare (VI mecanism de coping cognitiv emoțional)

y = impresia bună (VD scala CPI)

Având în vedere că deja cunoaștem coeficienții Beta standardizați pentru variabilele independente reținute, precum și constanta putem acum să realizăm predicția multivariată construind ecuația de regresie lineară multiplă:

$$y = 0,240*a - 0,185*b - 0,168*c + 0,249*d - 0,203*e - 0,139*f - 0,116*g + 30,762$$

Unde: a, b, c, d, e, f, g sunt variabilele independente astfel cum au fost descrise mai sus, iar y este variabila dependentă.

În continuare realizăm analiza reziduurilor, precum și dreapta de regresie și norul de puncte (figurile 2.8 și 2.9.). Repartiția erorilor este reflectată în distribuția reziduurilor (estimații ale erorilor). Conform histogramei reziduurilor în raport de valorile estimate, de variabilele independente, din figura 2.8. se observă o distribuție normală a scorurilor reziduale, marea majoritate a scorurilor situându-se între -1 și 1. Histograma mărimilor reflectă o repartiție normală standard.

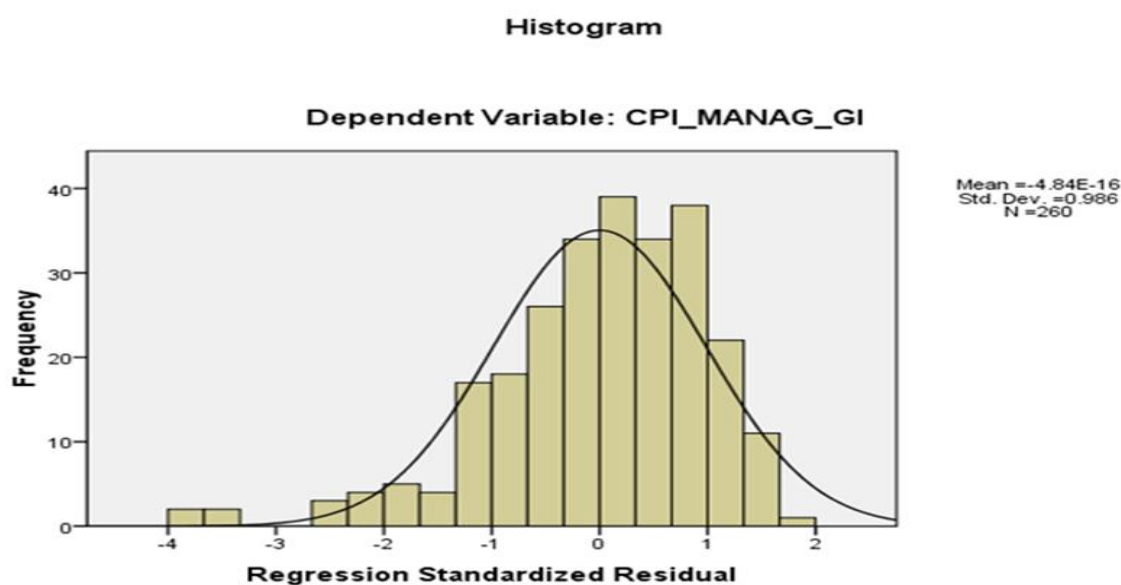
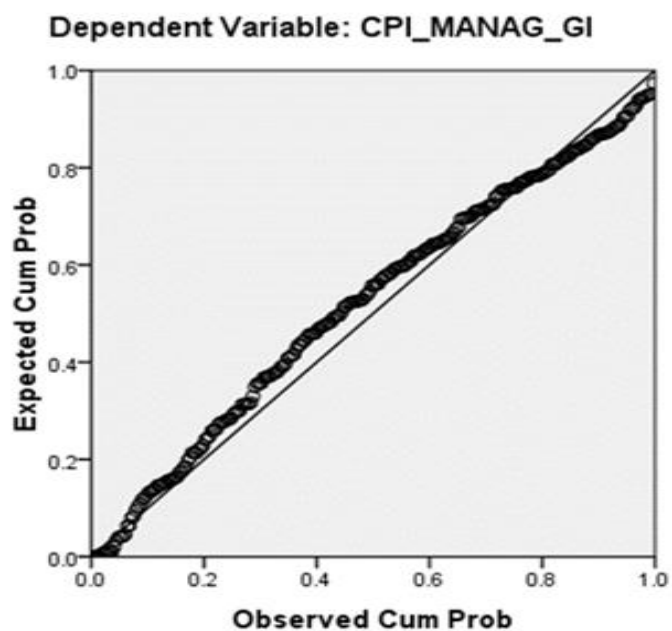


Figura 2.8. Distribuția reziduală a rezultatelor

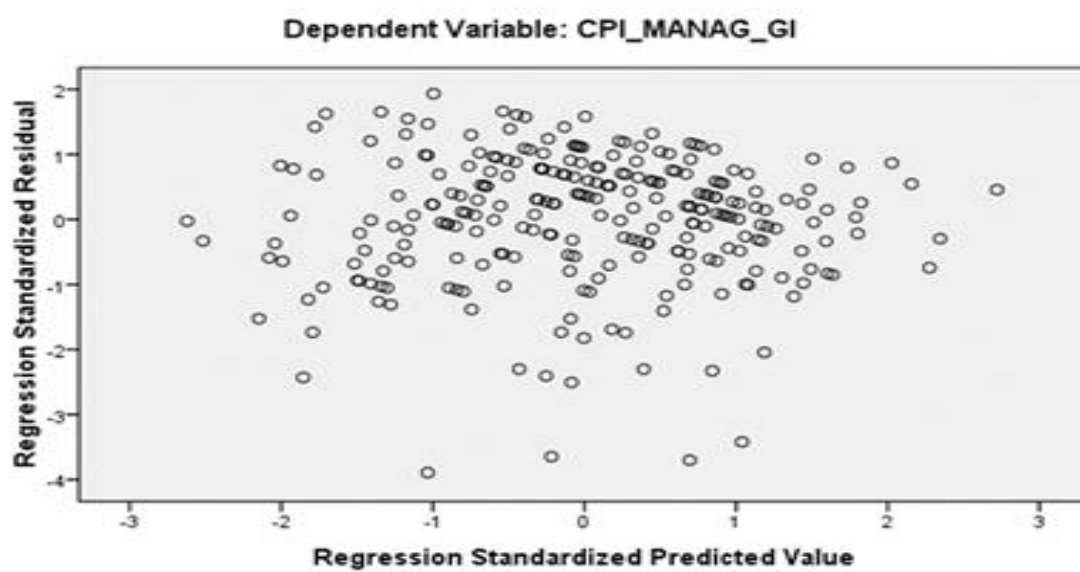
Din figura 2.9.A reiese normalitatea dispersiei valorilor reziduale deoarece punctele se întind de-a lungul diagonalei de 45° (dreapta de regresie) și foarte aproape de ea, cu mici deviații. Din figura 2.9.B reiese că punctele din norul de puncte din figură se pot considera într-o regiune de tip bandă orizontală ceea ce nu contrazice normalitatea erorilor. Distribuția punctelor nu arată nici o abatere de la normalitate și nici o încălcare a faptului că erorile au aceeași dispersie constantă.

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



A

Scatterplot



B

Figura 2.9. Dreapta de regresie (stânga)- A și norul de puncte (dreapta)-B

Având în vedere că variabila dependentă (impresia favorabilă – good impression) este prognozată prin intermediul unor variabile independente (mecanismele de coping), atât cognitiv - emoționale cât și comportamentale, putem afirma că ipoteza cercetării este confirmată, mecanismele de coping cognitiv, emoțional și comportamental sunt predictorii ai impresiei favorabile la vârsta adultă. Astfel, există 3 mecanisme de coping cognitiv emoționale (reevaluare pozitivă, ruminare, culpabilitate) și 4 mecanisme de coping comportamentale (acțiune instinctuală, relaționare, agresivitate, suport) care sunt predictorii ai impresiei favorabile.

Concluzii ipoteza nr 2:

- 24,6% din varianța variabilei dependente (imaginea favorabilă) este comună cu variabilele independente mecanisme de coping cognitiv emoționale și mecanisme de coping comportamentale;

- Fiecare dintre mecanismele de coping care sunt predictorii, are o anumită pondere în ecuația de regresie, prognozând în final impresia favorabilă pe care persoana încearcă să o construiască, astfel încât putem afirma că mecanismele de coping au impact asupra profilului de personalitate de la vârsta adultă;

- Concluziile statistice obținute ne permit formularea ecuației de predicție, aceasta putând fi utilizată în cadrul examinărilor psihologice în mediul organizațional prin prognozarea tendinței respondentului de a răspunde dezirabil în cadrul testării scrise, atât în cadrul selecției de personal, în cadrul evaluărilor psihologice periodice, dar și pentru asistență psihologică acolo unde este cazul;

- Cu cât persoana prezintă tendințe mai ridicate în a atribui semnificații pozitive evenimentelor și de a le recadra de o manieră pozitivă, gânduri repetitive referitoare la anumite aspecte care o frământă, tendința de autoculpabilizare pentru evenimentele de viață, tendința de a acționa din instinct sau de o manieră brutală, fără planificare prealabilă, nevoia de conexiune și suport necondiționat, cu atât persoana este mai predispusă către falsificarea răspunsurilor în scopul creării impresiei favorabile;

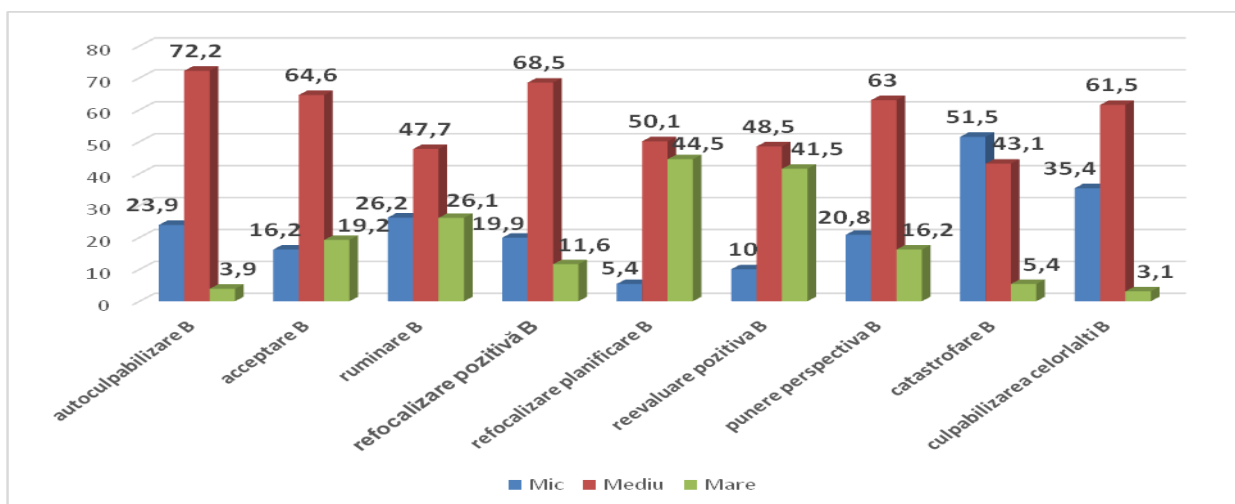
- Psihologia dezvoltării aduce astfel o contribuție valoroasă pentru specialitatea psihologia muncii și organizațională deoarece modalitatea în care sunt structurate mecanismele de coping în dezvoltarea timpurie a copilului au un impact asupra tendinței de fațadă manifestată în completarea probelor de evaluare a personalității, acest aspect putând fi acum prognozat prin ecuația de regresie elaborată în prezenta cercetare.

Ipoteza 3: Presupunem că există o diferență între bărbați și femei în ceea ce privește autocontrolul, iar mecanismele de coping care sunt în legătură cu autocontrolul diferă în funcție de gen.

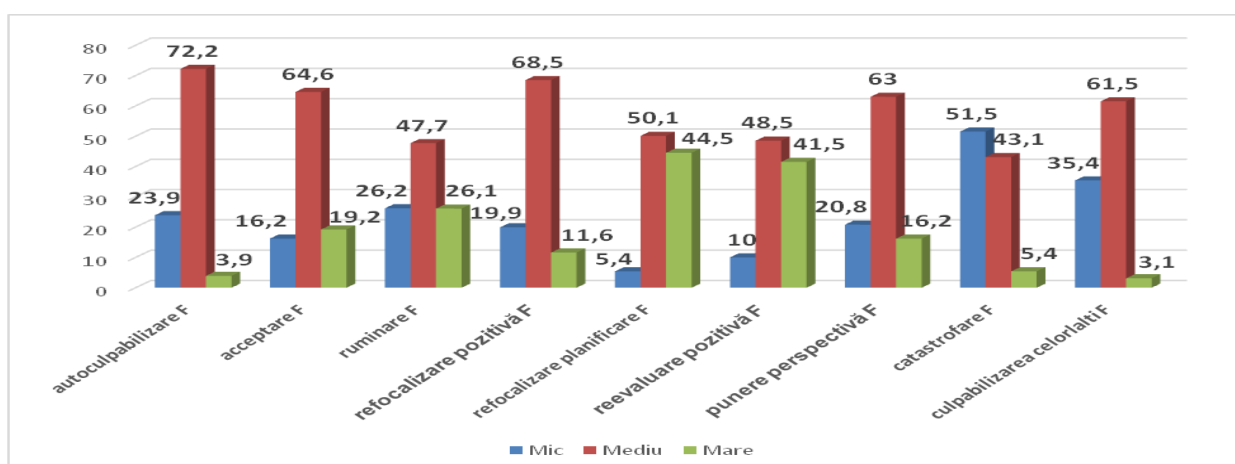
În vederea evaluării predictorilor mecanismelor de coping cognitiv emoțional, a celor comportamentale și a autocontrolul emoțional am aplicat chestionarele de personalitate CERQ, SACS și inventarul de personalitate CPI.

Obiectivele ipotezei:

- Identificarea legăturii între coping și autocontrolul emoțional în funcție de gen;
- Studiul diferenței autocontrolului emoțional în funcție de genul persoanei.



A



B

Figura 2.10 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului CERQ pentru bărbați (A) și pentru femei (B)

Continuând analiza pentru fiecare scală în parte, observăm din figura 2.10. faptul că pentru **scala autoculpabilizare**, atât adulții de gen masculin cât și cei de gen feminin manifestă majoritar o tendință medie (B= 73,8%, F = 72,2) de a resimți gânduri potrivit cărora întreaga responsabilitate pentru situația trăită aparține propriei persoane, vina este atribuită sieși, se observă o ușoară creștere în cazul adulților de gen masculin.

Pentru **scala acceptare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (B=57,8%, F=64,6%) de a resimți gânduri datorită cărora se resemnează față de ceea ce s-a întâmplat și acceptă situația, gândindu-se că aceasta nu mai poate fi schimbată și că viața continuă, se constată o creștere în cazul femeilor.

La **ruminare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (B=63,1%, F=47,7%) de a resimți gânduri permanente și preocupări pe care le asociază unui eveniment negativ, se observă o creștere a frecvenței răspunsurilor în cazul bărbaților și o frecvență mai redusă în cazul femeilor.

Pentru **refocalizare pozitivă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (B=61,6%, F=68,5) de a se gândi la lucruri mai plăcute, în loc să se gândească la evenimentul negativ trăit, acest mecanism de coping fiind mai frecvent întâlnit în cazul femeilor adulte.

Totodată, la scala **refocalizare pe planificare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (B=53%, F=50,1) de a se gândi la pașii pe care trebuie să îi urmeze pentru a face față unui eveniment negativ sau atunci când se gândește la un plan prin care să schimbe o situație, în timp ce 31,2% manifestă o tendință medie și doar 7,7% manifestă o tendință mică în a resimți refocalizare pe planificare ca mecanism de coping, se observă o ușoară creștere în cazul adulților de gen masculin.

Pentru **reevaluare pozitivă**, adulții bărbați manifestă majoritar o tendință mare (52,2%), în timp ce femeile prezintă o frecvență medie a răspunsurilor (F=48,5) de a se gândi la semnificația pozitivă a unui eveniment negativ în termenii dezvoltării personale, gândindu-se la aspectele pozitive ale acestuia.

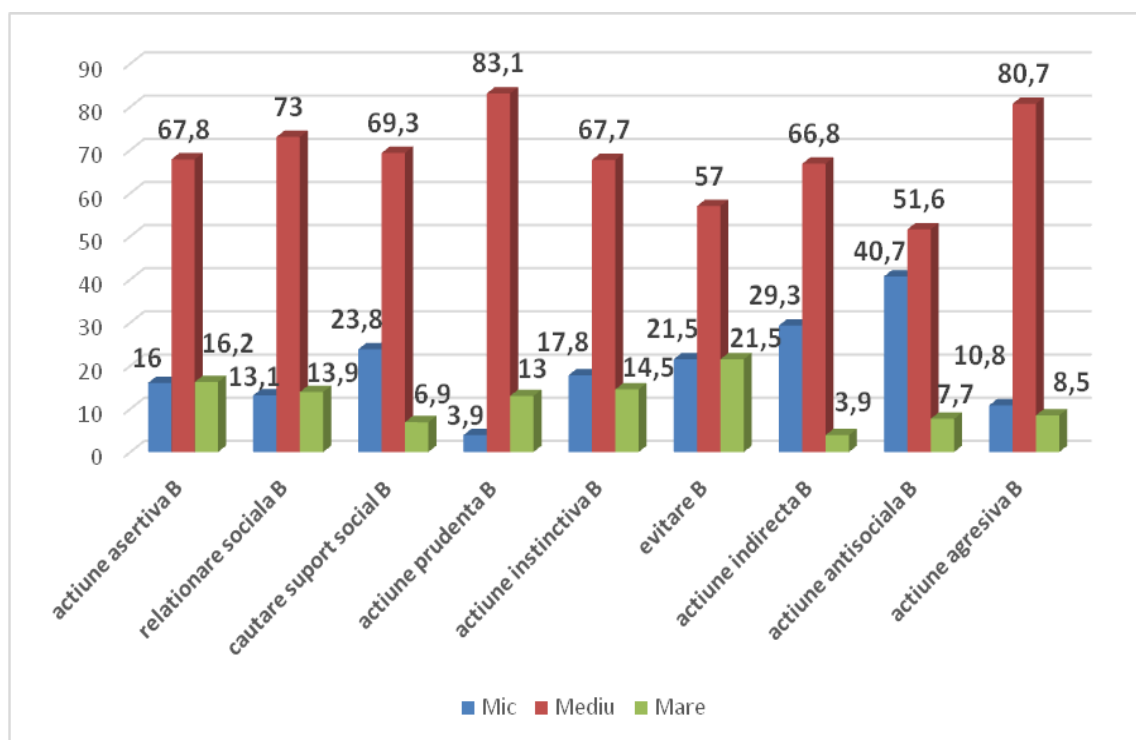
În ceea ce privește **punerea în perspectivă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (B=53,1%, F=63%) de a resimți gânduri potrivit cărora se reduce nivelul de gravitate al evenimentului, prin comparația cu alte evenimente și se pune accentul pe faptul că există și lucruri mai grave în lume.

Catastrofarea este singura scală unde adulții manifestă majoritar o tendință scăzută (B=56,9%, F=51,5%) de a se gândi în mod recurent la cât de teribil a fost evenimentul trăit și la

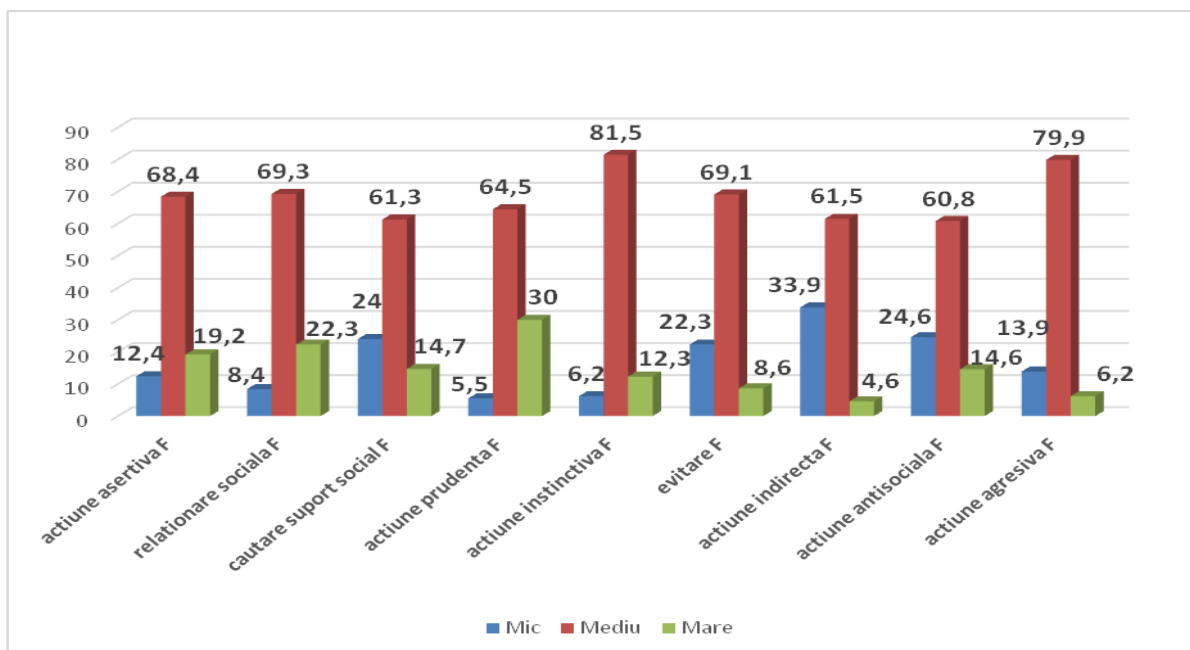
faptul că este cel mai crunt/groaznic lucru care se putea întâmpla, că este mult mai grav decât ceea ce li s-a întâmplat altora, observăm o frecvență ușor ridicată în cazul bărbaților.

Pentru **culpabilizarea celorlalți**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (B=70,7%, F=61,5%) de a îi învinovăți pe ceilalți pentru ceea ce li s-a întâmplat, atunci când îi face pe ceilalți responsabili pentru ceea ce s-a întâmplat și/sau atunci când se gândesc la greșelile pe care le-au făcut ceilalți în această privință, observăm o creștere în cazul bărbaților.

Comparativ cu rezultatele de scalele chestionarului CERQ unde adulții au obținut la majoritatea scalelor rezultate medii (autoculpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, punerea în perspectivă și culpabilizarea celorlalți), pentru un număr redus de scale s-au obținut scoruri mari (reevaluare pozitivă în cazul bărbaților) și scoruri mici (catastrofare pentru ambele categorii), pentru chestionarul de coping comportamental SACS la toate scalele adulții obțin frecvența răspunsurilor la nivel mediu, astfel cum poate fi observat în figura 2.11 (A și B).



A



B

Figura 2.11 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului SACS pentru bărbați (A) și pentru femei (B)

Chiar dacă adulții prezintă frecvențe medii ale răspunsurilor pentru toate scalele, pentru aproximativ jumătate dintre scalele chestionarului de coping comportamental bărbații obțin scoruri mai ridicate decât femeile: *relaționare socială* (B= 73%, F = 69,3%); *căutarea suportului social* (B= 69,3%, F = 61,3%); *acțiune prudentă* (B= 83,1%, F = 64,5%); *acțiune indirectă* (B= 66,8%, F = 61,5%); *acțiune agresivă* (B= 80,7%, F = 79,9%). Pentru 4 dintre mecanismele de coping comportamentale femeile obțin frecvențe ale scorurilor mai ridicate: *acțiune asertivă* (B= 67,8%, F = 68,4%); *acțiune instinctivă* (B= 67,7%, F = 81,5%); *evitare* (B= 57%, F = 69,1%); *acțiune antisocială* (B= 51,6%, F = 60,8%).

Astfel, bărbații manifestă mai pronunțat decât femeile mecanisme de coping comportamentale de a se alătura celorlalți pentru a face față problemelor împreună, de a se implica în rezolvarea problemelor împreună cu ceilalți, luând în considerare și nevoile acestora, de a căuta ajutorul și sprijinul emoțional al celorlalți, de a își lua toate măsurile de precauție pentru a se proteja de orice pericol, de a influența sau manipula mediul, contextul sau alte persoane în vederea ameliorării sau rezolvării situației respective, de a ataca problema rapid, preia controlul cu orice preț, acționează cu scopul de a-i domina și a-i dezarma pe ceilalți.

Femeile în schimb folosesc mai des decât bărbații mecanisme de coping comportamentale de a aborda situația în mod ferm, sincer și direct, de a se angaja în rezolvarea problemelor, de a

exprima ceea ce simt și gândesc în concordanță cu propriile dorințe și planuri, de a aborda problemele fără să se gândească prea mult la consecințe, de a se implica în alte activități și abandon pentru problemele la care trebuie să găsească rezolvare, de a acționa indiferent dacă urmările acțiunilor sale au consecințe negative asupra celorlalți.

Separat ce mecanismele de coping cognitiv emoționale și comportamentale evaluate prin cele două chestionare de coping CERQ și SACS a fost studiat și autocontrolul prin intermediul inventarului de personalitate CPI. Această scală face parte din dimensiunea managementul de sine, adultul cu scor mic fiind doritor sa-si asume riscuri, are sentimente si emotii puternice, vorbeste raspicat când e furios sau suparat, nehibzuit. Adultul cu scor mare se gândește înainte de a actiona, încearca sa-si controleze emotiile si furia, e mândru ca se auto-disciplinează, precaut.

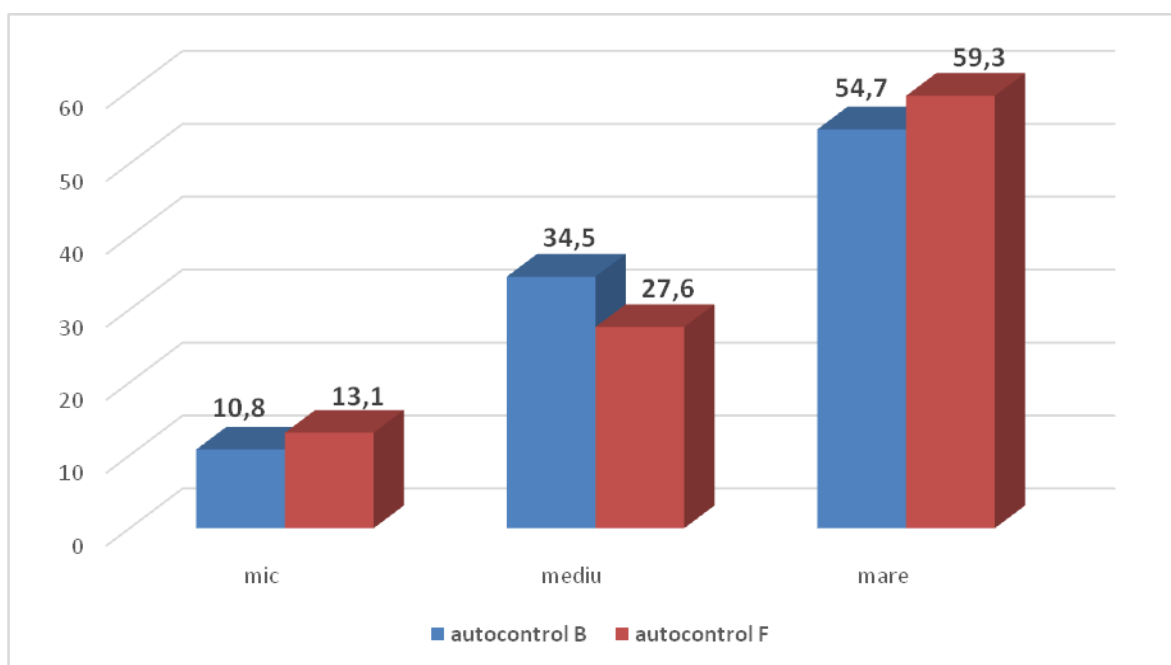


Figura 2.12 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scala autocontrol emoțional din cadrul inventarului CPI pentru bărbați și pentru femei

Din figura 2.12. reiese faptul că atât pentru bărbați (54,7%), cât și pentru femei (59,3%) frecvența scorurilor este mare, ușor mai ridicată pentru femei. Astfel, atât femeile cât și bărbații se gândesc înainte de a actiona, încearcă să-și controleze emoțiile, se auto-disciplinează, manifestă precauție.

Având în vedere prima parte a ipotezei și anume comparația autocontrolului în funcție de genul persoanei, reținem din tabelul 21 din anexa 3, faptul că media pentru această variabilă

dependentă, între bărbați (1) și femei (2) are valori apropiate, însă este mai ridicată în cazul femeilor ($B = 30,5846$; $F = 31,9846$).

Pentru a stabili dacă diferența dintre cele două medii obținute pentru bărbați și femei este semnificativă din punct de vedere statistic, am aplicat testul T pentru eșantioane independente (bărbați – femei) -tabelul 22 din anexa 3. Rezultatele ne indică faptul că între femei și bărbați există o diferență semnificativă statistic în ceea ce privește autocontrolul (t pentru egalitatea varianței asumate are valoarea $-2,770$, gradele de libertate 258, iar pragul de semnificație este $p < 0,05$), deci diferența este semnificativă statistic între femei și bărbați.

În ceea ce privește cea de a doua parte a ipotezei, legătura mecanismelor de coping cu autocontrolul, se constată atât în cazul bărbaților, cât și în cazul femeilor o legătură medie între coping și autocontrol, astfel cum rezultă din analiza coeficienților de corelație Pearson din tabelul 2.1:

Tabelul 2.1 Coeficienții de corelație Pearson pentru coping – autocontrol

Genul	Coping	Corelație autocontrol
Feminin	CERQ catastrofare	-0,340**
	SACS acțiune instinctivă	-0,307**
	SACS acțiune indirectă	-0,345**
	SACS agresivitate	-0,353**
Masculin	SACS acțiune antisocială	-0,380**
	SACS agresivitate	-0,303**

** $p = 0,0001$

Din tabelul 2.1 se remarcă o corelație medie și negativă între coping și autocontrol, astfel cu cât persoana manifestă mai puternic mecanismul de coping cu atât autocontrolul este mai scăzut. Pentru femei există atât mecanisme de coping emoționale (catastrofarea $r = -0,340$) cât și comportamentale (acțiune instinctivă $r = -0,307$, acțiune indirectă $r = -0,345$, agresivitate $r = -0,353$) care sunt în relație cu autocontrolul, iar pentru bărbați există doar mecanisme de coping comportamentale care sunt în relație inversă cu autocontrolul emoțional (acțiunea antisocială $r = -0,380$, agresivitatea $r = -0,303$).

În cazul femeilor, gândirea la cât de teribil a fost evenimentul, comportamentul fără a lua în calcul consecințele, comportamentul manipulator și netransparent, precum și cel agresiv, brutal se asociază cu un autocontrol fragil.

În cazul bărbaților, comportamentul agresiv, brutal și concentrarea doar pe propriile nevoi, dacă urmările acțiunilor sale au consecințe negative asupra celorlalți se asociază cu un autocontrol fragil.

Din tabelul de corelații se observă că există mecanisme de coping diferite pentru bărbați și femei care se asociază cu autocontrolul fragil, doar un singur mecanism de coping este comun pentru ambele categorii: **comportamentul agresiv** ca mecanism de coping comportamental.

Verificând dacă există o diferență în manifestarea acestui comportament comun de coping între bărbați și femei, rezultă din tabelul 23 anexa 3, faptul că **între bărbați și femei nu există diferențe din punct de vedere statistic în ceea ce privește mecanismul de coping comportamental agresivitate**, valoare lui $t = 1,022$, grade de libertate $df = 258$, iar pragul de semnificație $p > 0,05$.

Concluzii ipoteza 3:

- având în vedere că există o diferență semnificativă statistic între bărbați și femei în ceea ce privește autocontrolul, iar mecanismele de coping asociate autocontrolului emoțional sunt diferite în funcție de gen, apreciem că ipoteza cercetării se confirmă;

- există o corelație medie și negativă între coping și autocontrol, astfel cu cât persoana manifestă mai puternic mecanismul de coping cu atât autocontrolul este mai scăzut.

- pentru femei există atât mecanisme de coping emoționale cât și comportamentale care sunt în relație cu autocontrolul (catastrofarea, acțiune instinctivă, acțiune indirectă, agresivitate), iar pentru bărbați există doar mecanisme de coping comportamentale care sunt în relație inversă cu autocontrolul emoțional (acțiunea actisocială, agresivitatea).

Ipoteza 4: Presupunem că există o diferență între mecanismele de coping cognitiv -emoționale și comportamentale ale adultului tânăr (22 – 29 ani) și adultului de vârstă medie (30 – 50 ani).

Obiectivele ipotezei sunt:

- studiul diferențelor între copingul cognitiv emoțional și comportamental între categorii de vârstă ale adultului;

- identificarea copingului manifest pentru fiecare categorie de vârstă adultă (tânăr și mediu).

Stabilirea periodizării pentru această ipoteză s-a bazat pe considerațiile autoarei T. Crețu [20], conform căreia la momentul actual sunt încă multe dificultăți și confuzii printre specialiști cu privire la raportarea la intervalele de viață, deoarece “contează mai mult acum nu vârsta

biologică, ci *ceasul sau vârsta socială*” [20, p. 314]. Societatea contemporană are un ritm de schimbare foarte rapid, acest lucru decalând dezvoltarea psiho-emoțională a omului. Delimitarea în timp a stadiului de adult a fost abordată diferit, existând autori care au inclus în stadiul de adult și tinerețea, pornind deci de la vârsta de 21 de ani și extinzând perioada adultă până la 65 de ani, stadiul de adult cuprinzând deci cea mai mare durată.

Pentru testarea acestei ipoteze am aplicat chestionarele de coping cognitiv emoțional CERQ și cel de coping comportamental SACS, iar grupul a fost subîmpărțit în cele două categorii (adult tânăr N=152 și adult de vârstă medie N= 108).

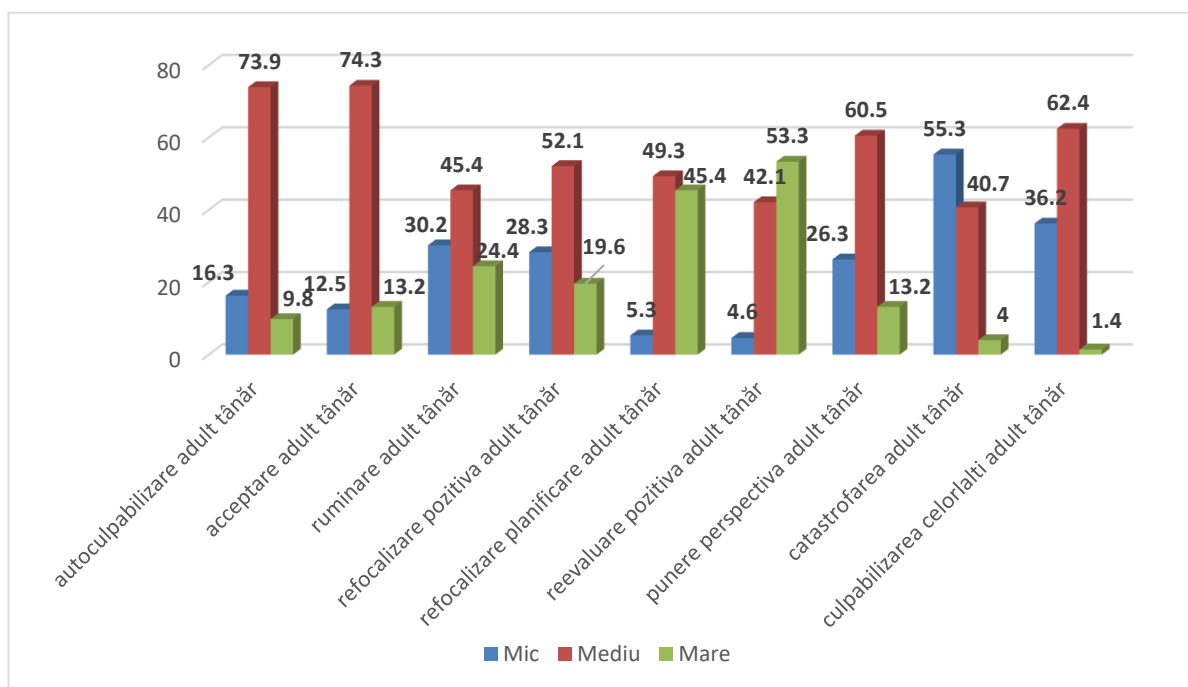


Figura 2.13 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la chestionarului de coping CERQ pentru adultul tânăr

În figura 2.13 observăm distribuția scorurilor pe nivele (mic, mediu și mare) pentru adultul tânăr (22 – 29 ani), urmând să comparăm frecvența acestor scoruri, pentru aceleași scale din chestionarul de coping CERQ pentru adultul de vârstă medie (30 – 50 ani), astfel cum rezultă din figura 2.14:

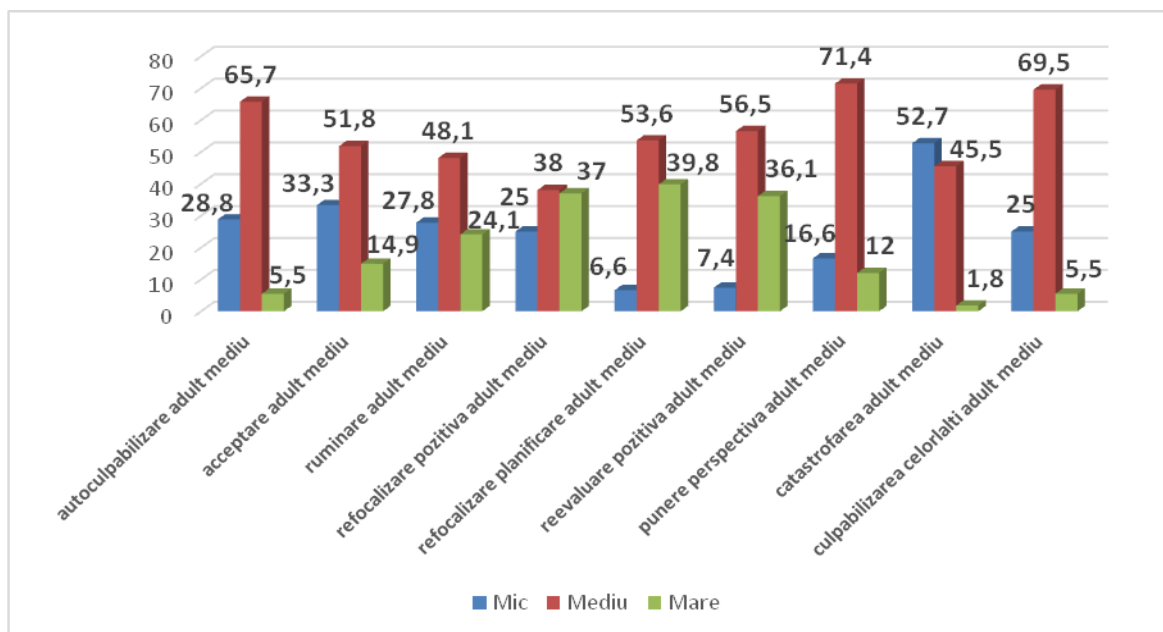


Figura 2.14 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la chestionarului de coping CERQ pentru adultul mediu

Continuând analiza pentru fiecare scală în parte, observăm din figurile de mai sus faptul că pentru **scala autoculpabilizare**, atât adulții tineri cât și cei de vârstă medie manifestă majoritar o tendință medie (tânăr= 73,8%, mediu = 65,7%) de a resimți gânduri potrivit cărora întreaga responsabilitate pentru situația trăită aparține propriei persoane, vina este atribuită sieși, se observă o ușoară creștere în cazul adulților de gen masculin.

Pentru **acceptare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (T= 74,3%, M = 51,8%) de a resimți gânduri datorită cărora se resemnează față de ceea ce s-a întâmplat și acceptă situația, gândindu-se că aceasta nu mai poate fi schimbată și că viața continuă, se constată o creștere în cazul femeilor.

La **ruminare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (T= 45,4%, M = 48,1%) de a resimți gânduri permanente și preocupări pe care le asociază unui eveniment negativ, se observă o creștere a frecvenței răspunsurilor în cazul bărbaților și o frecvență mai redusă în cazul femeilor.

Totodată, la **refocalizarea pozitivă** adulții manifestă majoritar o tendință medie (T= 52,1%, M = 38%) de a se gândi la lucruri mai plăcute, în loc să se gândească la evenimentul negativ trăit, acest mecanism de coping fiind mai frecvent întâlnit în cazul femeilor adulte.

În același timp, la scala **refocalizare pe planificare**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (T= 49,3%, M = 53,6%) de a se gândi la pașii pe care trebuie să îi urmeze pentru a face față unui eveniment negativ sau atunci când se gândește la un plan prin care să schimbe o situație.

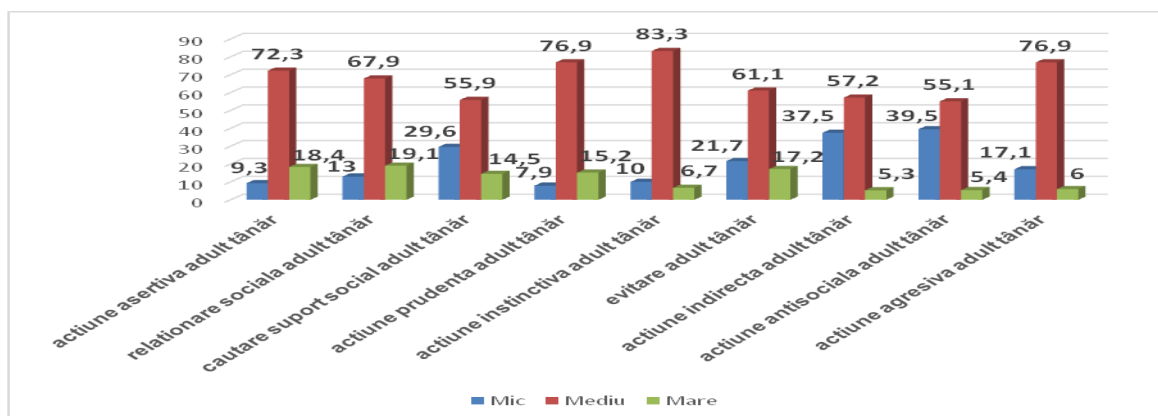
La **reevaluare pozitivă** adulții tineri manifestă o frecvență a răspunsurilor mare (53,3%), în timp ce adultul de vârstă medie prezintă o frecvență medie a răspunsurilor (56,5%) de a se gândi la semnificația pozitivă a unui eveniment negativ în termenii dezvoltării personale, gândindu-se la aspectele pozitive ale acestuia. Astfel, adulții tineri manifestă mai frecvent mecanisme de coping relaționate cu reevaluarea pozitivă, comparative cu adultul de vârstă medie.

Pentru **punerea în perspectivă**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (T= 49,3%, M = 53,6%) de a resimți gânduri potrivit cărora se reduce nivelul de gravitate al evenimentului, prin comparația cu alte evenimente și se pune accentul pe faptul că există și lucruri mai grave în lume.

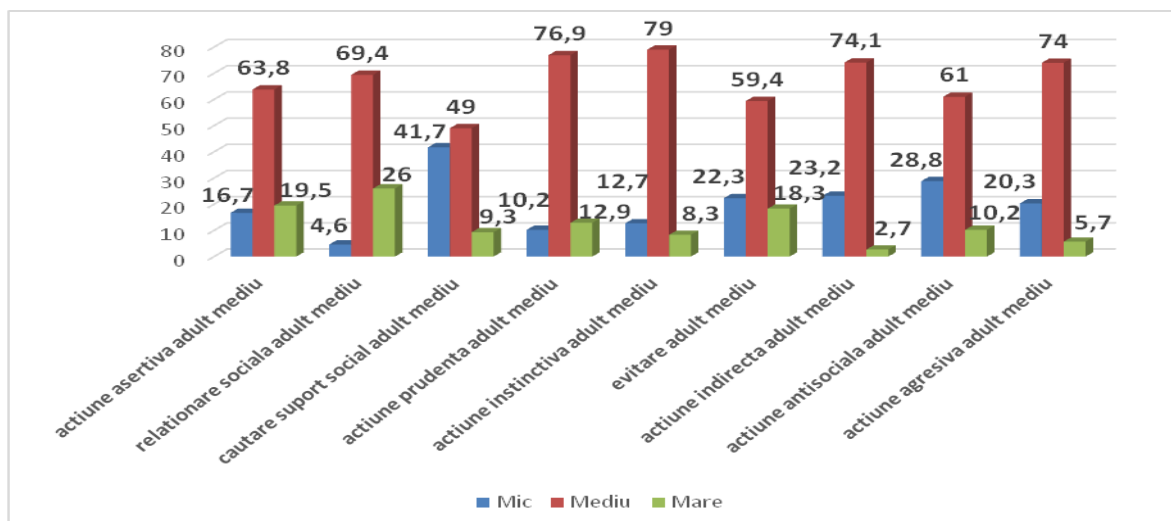
Catastrofarea este singura scală unde adulții manifestă majoritar o tendință scăzută (T= 55,3%, M = 52,7%) de a se gândi în mod recurent la cât de teribil a fost evenimentul trăit și la faptul că este cel mai crunt/groaznic lucru care se putea întâmpla, că este mult mai grav decât ceea ce li s-a întâmplat altora, observăm o frecvență ușor ridicată în cazul bărbaților.

Pentru **culpabilizarea celorlalți**, adulții manifestă majoritar o tendință medie (T= 62,4%, M = 69,5%) de a îi învinovăți pe ceilalți pentru ceea ce li s-a întâmplat, atunci când îi face pe ceilalți responsabili pentru ceea ce s-a întâmplat și/sau atunci când se gândesc la greșelile pe care le-au făcut ceilalți în această privință, observăm o creștere în cazul bărbaților.

Comparativ cu rezultatele de scalele chestionarului CERQ, unde ambele categorii de adulți au obținut la majoritatea scalelor rezultate medii (autoculpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, punerea în perspectivă și culpabilizarea celorlalți), pentru o scală s-au obținut scoruri mari pentru adultul tânăr și medii pentru adultul de vârstă medie (reevaluare pozitivă) și scoruri mici (catastrofare pentru ambele categorii), pentru chestionarul de coping comportamental SACS la toate scalele adulții obțin frecvența răspunsurilor la nivel mediu, astfel cum poate fi observat în figurile 2.15 A și B.



A



B

Figura 2.15 Distribuția subiecților în funcție de variabila nivele la scalele chestionarului SACS pentru adultul tânăr (A) și pentru adultul de vârstă medie (B)

Chiar dacă adulții prezintă frecvențe medii ale răspunsurilor pentru toate scalele, pentru cinci dintre scalele chestionarului de coping comportamental **adulții tineri** obțin scoruri mai ridicate decât adulții de vârstă medie: **acțiunea asertivă** (tânăr= 72,3%, mediu = 63,8%); **căutarea suportului social** (T= 55,9%, M = 49%); **acțiune instinctivă** (T= 83,3%, M = 79%), **evitare** (T= 61,1%, M = 59,4%); **acțiune agresivă** (T= 76,9%, M = 74%). Pentru 3 dintre mecanismele de coping comportamental **adulții de vârstă medie** obțin frecvențe ale scorurilor mai ridicate: **relaționare socială** (T= 67,9%, M = 69,4%); **acțiune indirectă** (T= 57,2%, M = 74,1%); **acțiune antisocială** (T= 55,1%, M = 61%). Pentru scala **acțiune prudentă**, ambele categorii de adulți au obținut o frecvență a scorurilor egală și anume 76,9%.

Astfel, adulții tineri manifestă mai des comportamente de coping asertive, stabilesc limite în relațiile cu ceilalți fără a le leza drepturile, caută mai des suport și susținere în relațiile interpersonale, se bazează mai mult pe intuiție decât pe realitatea faptică în luarea deciziilor și pot acționa spontan, pe moment, fără a cântări foarte bine consecințele, pot manifesta strategii de tergiversare sau amânare a unor probleme iminente și sunt mult mai vehemenți în comportament în realizarea scopurilor proprii, putând avea excese comportamentale sau verbale de tip agresiv.

Comparativ, adulții de vârstă medie sunt mai adaptabili social și stabilesc relații interpersonale mai profunde și trainice, pot utiliza strategii de manipulare pentru a-și atinge obiectivele, chiar dacă acest lucru poate leza drepturile celorlalți și sunt mai predispuși către comportament de risc antisocial (minciună, furt, violențe etc). Ambele categorii, atât adulții tineri

cât și adulții de vârstă medie manifestă în mod egal comportamente prudente, de a cântări riscurile și consecințele atunci când acționează într-un singur scop.

În tabelul 24 din anexa 3, sunt calculați indicatorii statistici de grup, pentru fiecare dintre mecanismele de coping, respectiv media, abaterea standard și eroarea standard a mediei.

Observăm că mediile între cele două grupuri sunt diferite, iar pentru a stabili dacă diferențele dintre mediile obținute pentru adultul tânăr (22 – 29 ani) și adultul de vârstă medie (30 – 50 ani) sunt semnificative din punct de vedere statistic, am aplicat testul T pentru eșantioane independente -tabelul 25 din anexa 3. Rezultatele ne indică faptul că există diferențe semnificative statistic în ceea ce privește mecanismele de coping în funcție de nivelul de vârstă adultă, existând anumite mecanisme de coping care presupun variabilitate de-a lungul perioadei adulte.

După cum se poate observa din tabelul 2.2, raportându-ne și la tabelul 24 din anexa 3 (mediile celor două grupuri), putem constata că pentru cele patru mecanisme de coping cognitive emoționale și cele patru mecanisme de coping comportamentale pentru care s-au înregistrat diferențe între medii semnificative statistic, mediile sunt mai ridicate pentru un anumit grup (adult tânăr sau adult mediu), centralizate prin următorul tabel:

Tabelul 2.2 - Manifestarea mecanismelor de coping în funcție de nivelul de vârstă

CERQ	Media grupului mai ridicată	SACS	Media grupului mai ridicată
Acceptare	1	Acțiune asertivă	1
Ruminare	1	Acțiune instinctivă	2
Refocalizare pozitivă	2	Acțiune indirectă	2
Categorizare	2	Agresivitate	2

1 = adultul tânăr (22 – 29 ani)

2 = adultul de vârstă medie (30 – 50 ani)

Se poate observa faptul că pentru varianțele egale asumate pragul de semnificație este de $p = 0,01 - 0,05$, valoarea lui între $t = 1,91 - 3,07$, care conduc către constatarea că există mecanisme de coping atât cognitiv emoționale cât și comportamentale care diferă semnificativ între cele două grupuri comparate: mecanisme de coping cognitiv emoționale (acceptarea, ruminarea, refocalizarea pozitivă, catastrofarea) și mecanisme de coping comportamentale (acțiunea asertivă, acțiunea instrumentală, acțiunea independentă, agresivitatea).

Astfel, pentru adultul tânăr (22 – 29 ani) mecanismele de coping care sunt mai dezvoltate în raport cu adultul de vârstă medie și tardiv sunt acceptarea, ruminarea asertivitate, iar pentru adultul de vârstă medie (30 – 50 ani) refocalizare pozitivă, categorizare, agresivitate, acțiune instinctivă și acțiune indirectă.

Concluzii ipoteza 4:

- Având în vedere că există mecanisme de coping pentru care s-au înregistrat diferențe semnificative între mediile celor două eșantioane independente (adult tânăr și adult de vârstă medie), concluzionăm că ipoteza este confirmată;

- O parte dintre mecanismele de coping rămân constante pe parcursul vârstei adulte (până la 50 de ani): mecanisme de coping cognitiv – emoțional: autoculpabilizare, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă, punerea în perspectivă, culpabilizarea celorlalți; mecanisme de coping comportamental (abordare strategică a copingului): relaționare socială, căutarea suportului social, acțiune prudentă, evitare, acțiune antisocială.

- O parte dintre mecanismele de coping cunosc variabilitate pe parcursul vârstei adulte, după cum urmează: pentru adultul tânăr (22 – 29 ani) mecanismele de coping: acceptarea, ruminarea și asertivitatea; pentru adultul de vârstă medie (30 – 50 ani) mecanismele de coping: refocalizarea pozitivă, categorizarea, acțiunea instinctivă, acțiunea indirectă și agresivitatea.

- Putem concluziona deci că odată cu maturizarea biologică și psihoemoțională a individului sunt antrenate și manifestate mecanisme de coping diferite, care aparțin nișei de vârstă la de la momentul respectiv.

Pornind de la media răspunsurilor participanților la cercetarea experimentală putem contura un **profil psihologic al adultului** în intervalul de vârstă analizat (22-50 ani), cu privire la mecanismele de coping și trăsăturile de personalitate analizate, după cum urmează:

Tabelul 2.3. Profilul psihologic al adultului

CERQ	MIC	MEDIU	MARE
Autoculpabilizare		• m = 56	
Acceptare		• m = 57,2	
Ruminare		• m = 41,5	
Refocalizare pozitivă		• m = 42,7	
Refocalizare pe planificare			• m = 61,1
Reevaluare pozitivă			• m = 65,4
Punere în perspectivă		• m = 39,2	
Catastrofare	• m = 67		

Culpabilizarea celorlalți		• m = 54,6	
SACS	<i>MIC</i>	<i>MEDIU</i>	<i>MARE</i>
Acțiune asertivă		• m =65,5	
Relaționare socială		• m =80,14	
Căutarea suportului social		• m =54,18	
Acțiune prudentă		• m =66,58	
Acțiune instinctivă		• m =76,1	
Evitare		• m =61,2	
Acțiune indirectă		• m =53,1	
Acțiune antisocială		• m =59,9	
Acțiune agresivă		• m =82	
ZKPQ	<i>MIC</i>	<i>MEDIU</i>	<i>MARE</i>
Sociabilitate		• m =71.9	
Impulsivitate	• m =65		
Activitate			• m =61,1
Neuroticism	• m =88,1		
Agresivitate	• m =76,5		
CPI	<i>MIC</i>	<i>MEDIU</i>	<i>MARE</i>
Impresie favorabilă		• m =52,4	
Autocontrol			• m =57

N = 260

m= media scorurilor brute

Din tabelul 2.3. rezultă faptul că adulții manifestă în general la nivel mediu cele mai multe dintre mecanismele de coping cognitiv emoționale (autoculpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, punere în perspectivă, culpabilizarea celorlalți), la nivel ridicat: refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă și la nivel scăzut: catastrofarea. Pentru mecanismele de coping comportamentale, toate acestea se află la nivel mediu. În ceea ce privește trăsăturile de personalitate: la nivel scăzut întâlnim următoare trăsături de personalitate: impulsivitate, neuroticism, agresivitate; la nivel mediu : sociabilitatea, impresia favorabilă; la nivel ridicat activitatea și autocontrolul. Având bază acest profil de personalitate al adultului, precum și rezultatele din cadrul cercetării experimentale, putem continua cu desfășurarea experimentului formativ în scopul de a schimba / ameliora aceste tendințe.

2.3. Concluzii la Capitolul 2

Rezultatele obținute prin prelucrarea datelor din experimentul constatativ ne permit să confirmăm toate cele patru ipoteze ale cercetării, inclusiv ipoteza generală a cercetării experimentale:

1. Se constată relevanța a 7 factori principali care explică relația între cele 23 de variabile (mecanisme de coping cognitiv emoționale, comportamentale și factorii de personalitate Big Five). **Primul factor** este alcătuit din variabilele: mecanisme de coping comportamentale și factorul de personalitate Big Five (impulsivitate) - redenumim acest factor ***indicator antisocial***. **Al doilea factor** este mixt, alcătuit din variabilele: mecanisme de coping comportamentale, mecanisme de coping cognitiv emoționale și factorul de personalitate Big Five (sociabilitatea) – ***indicator prosocial***. **Al treilea factor:** mecanisme de coping cognitiv emoționale și factorii de personalitate Big Five (neuroticism, agresivitate, impulsivitate) – ***indicator labilitate emoțională***. Există doi factori principali care sunt alcătuiți din mecanisme de coping cognitiv emoțional: **factorul 4 *indicator gândire ambivalentă*** și **factorul 7 *indicator pesimism***. Există un factor principal mixt, care este alcătuit din variabilele mecanisme de coping cognitiv emoțional și comportamental: **factorul 5 *indicator de optimism***. Există un factor principal, care este alcătuit din variabilele mecanisme de coping comportamental: **factorul 6 *indicator de atașament***.

3. Există 3 mecanisme de coping cognitiv emoționale (reevaluare pozitivă, ruminare, culpabilitate) și 4 mecanisme de coping comportamentale (acțiune instinctuală, relaționare, agresivitate, suport) care sunt predictorii ai impresiei favorabile.

4. Există o diferență semnificativă statistic între bărbați și femei în ceea ce privește autocontrolul, iar mecanismele de coping asociate autocontrolului emoțional sunt diferite în funcție de gen: pentru femei există atât mecanisme de coping emoționale cât și comportamentale care sunt în relație cu autocontrolul, iar pentru bărbați există doar mecanisme de coping comportamentale care sunt în relație inversă cu autocontrolul emoțional.

5. O parte dintre mecanismele de coping rămân constante pe parcursul vârstei adulte (până la 50 de ani): mecanisme de coping cognitiv – emoțional: autoculpabilizare, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă, punerea în perspectivă, culpabilizarea celorlalți; mecanisme de coping comportamental (abordare strategică a copingului): relaționare socială, căutarea suportului social, acțiune prudentă, evitare, acțiune antisocială. O parte dintre mecanismele de coping sunt diferite însă în funcție de nișa de vârstă de la vârsta adultă, după cum urmează: pentru adultul tânăr (22 – 29 ani) mecanismele de coping: acceptarea, ruminarea și asertivitatea; pentru adultul de

vârstă medie (30 – 50 ani) mecanismele de coping: refocalizarea pozitivă, categorizarea, acțiunea instinctivă, acțiunea indirectă și agresivitatea.

6. Se poate contura un profil psihologic de la vârsta adultă, după cum urmează: adulții manifestă la nivel mediu cele mai multe dintre mecanismele de coping cognitiv emoționale (autoculpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, punere în perspectivă, culpabilizarea celorlalți), la nivel ridicat: refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă și la nivel scăzut: catastrofarea. Pentru mecanismele de coping comportamentale, toate acestea se află la nivel mediu. În ceea ce privește trăsăturile de personalitate: la nivel scăzut întâlnim următoare trăsături de personalitate: impulsivitate, neuroticism, agresivitate; la nivel mediu : sociabilitatea, impresia favorabilă; la nivel ridicat activitatea și autocontrolul.

7. Putem concluziona deci că odată cu maturizarea biologică și psihoemoțională a individului sunt antrenate și manifestate mecanisme de coping diferite, care aparțin nișei de vârstă la de la momentul respectiv.

3. ELABORAREA ȘI VALORIFICAREA PROGRAMULUI INTEGRATIV DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ

3.1. Metodologia și conținutul experimentului formativ

Perspectivile teoretice ale copingului precum și rezultatele obținute în experimentul constatativ privind copingul la vârsta adultă, ne-au condus la concluzia că mecanismele de coping pot fi ameliorate / schimbate prin intermediul unui program integrativ de intervenție psihologică și drept consecință acest lucru va conduce către modificarea trăsăturilor de personalitate din profilul psihologic de la vârsta adultă.

Scopul experimentului formativ a fost schimbarea / ameliorarea mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate ale adultului printr-un program integrativ de intervenție psihologică, ca urmare a participării la acest program. Acesta are în vedere următoarele aspecte:

- ameliorarea mecanismelor de coping disfuncționale ale adultului: coping cognitiv emoțional - autoculpabilizare, ruminare, catastrofarea, culpabilizarea celorlalți; coping comportamental: acțiune instinctivă, evitare, acțiune indirectă, acțiune antisocială, acțiune agresivă.
- dezvoltarea mecanismelor de coping coping cognitiv emoțional (acceptare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă, punerea în perspectivă) ; coping comportamental (acțiune asertivă, relaționare socială, căutarea suportului social, acțiune prudentă).
- schimbarea la nivel semnificativ a trăsăturilor de personalitate din profilul psihologic de la vârsta adultă: sociabilitate, căutare impulsivă de senzații, activitate, neuroticism – anxietate, agresivitate – ostilitate, dezirabilitate socială, autocontrolul emoțional, impresia bună.

Obiectivele generale ale experimentului formativ au fost:

1. Elaborarea programului integrativ de intervenție psihologică în scopul influenței pozitive asupra dezvoltării mecanismelor de coping adaptative și a descreșterii semnificative a mecanismelor de coping dezadaptative, precum și a trăsăturilor de personalitate;
2. Realizarea programului cu subiecții din grupul experimental ;
3. Verificarea eficacității programului în cadrul experimentului de control ;
4. Delimitarea concluziilor generale și elaborarea recomandărilor pentru specialiștii din domeniu.

Obiective specifice ale cercetării formative au avut în vedere: dezvoltarea personală prin autocunoaștere; depășirea rezistențelor de relaționare și dezvoltarea co-reglării emoționale;

explorarea stilului de atașament al adultului; lucrul particularizat pentru fiecare categorie de coping în parte: coping cognitiv, emoțional și comportamental; crearea unui nou pattern funcțional: gând – emoție – comportament – coping; diminuarea copingului disfuncțional și dezvoltarea copingului funcțional; învățarea unor modalități de autoreglare emoțională și diminuare a nivelului de stress.

Variabila independentă a fost însuși *programul integrativ de intervenție psihologică* la care adulții au participat cu scopul diminuării copingului disfuncțional și a dezvoltării copingului funcțional și a trăsăturilor de personalitate.

Variabilele dependente din cadrul programului integrativ de intervenție psihologică au fost:

1. copingul cognitiv emoțional;
2. copingul comportamental;
3. trăsăturile de personalitate.

Ipoteza experimentului formativ enunță faptul că prin intervenții psihologice special organizate (program integrativ de intervenție psihologică) este posibilă diminuarea mecanismelor de coping dezadaptative și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptative, precum și modificarea semnificativă a trăsăturilor de personalitate.

Cercetarea formativă a fost realizată cu participarea a 24 de persoane, adulți: 12 de gen masculin și 12 de gen feminin. Media de vârstă a subiecților pentru ambele grupuri este de 29 de ani, cu vârsta minimă de 22 de ani, iar cea maximă 44 ani, astfel cum rezultă din anexa 4 tabelul nr 26.

- *Grupul experimental (GE)* a fost format din 12 adulți (6 B și 6 F). Membri acestui grup au participat la programul de intervenție psihologică de grup, pe o perioadă de 10 luni (perioada mai 2023 – februarie 2024).
- *Grupul de control (GC)* – este comparabil din punct de vedere statistic (vârstă, gen) cu grupul experimental și și a fost format tot din 12 adulți (6 B și 6 F), care însă *nu* au participat la programul de intervenție psihologică de grup.

În figura 3.1a putem observa designul experimentului formativ ce cuprinde cele două grupuri, experimental și de control, precum și finalitatea programului integrativ de intervenție psihologică, adică schimbările înregistrate pentru grupul experimental cu privire la mecanismele de coping și trăsăturile de personalitate, dar și lipsa schimbărilor pentru grupul de control care nu a participat la programul integrativ de intervenție psihologică.

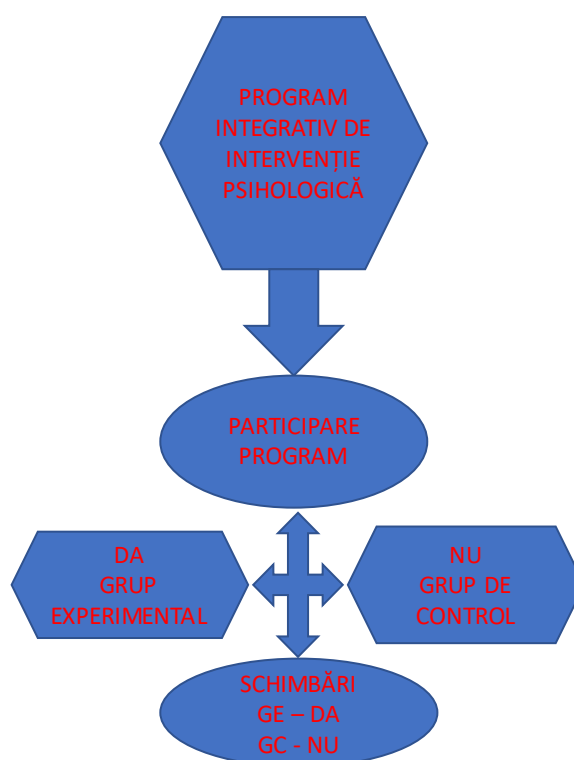


Figura 3.1a Designul experimentului formativ

Grupurile au fost constituite respectând criteriul *omogenității*: rezultatele obținute la chestionarele de coping și personalitate din experimentul de constatare, respectiv scoruri ridicate pentru mecanismele de coping disfuncționale și scăzute pentru cele funcționale, adaptative, asemenea și pentru trăsăturile de personalitate din modelul Big Five și cele din CPI studiate în experimentul constatativ. Pentru verificarea omogenității, am comparat rezultatele obținute de adulții din grupul experimental cu cele obținute de cei din grupul de control la probele de coping și de personalitate prin intermediul administrării testului neparametric U Mann – Whitney. La compararea rezultatelor la toate testele administrate și pentru toate scalele acestora, nu au fost obținute diferențe statistic semnificative la pragul de semnificație $p < 0,05$, astfel cum reiese detaliat din anexa 4 tabelele 27 și 28, precum și sumativ din tabelul 3.1.

Tabelul 3.1. Verificarea omogenității grupului experimental și de control pentru chestionarele de coping și probele de personalitate

Chestionar coping	Valoarea U	P	Diferențe statistice
CERQ_Autonomie	70,000	0,932	Nu există -
CERQ_Acceptare	62,500	0,590	-
CERQ_Ruminare	38,500	0,052	-

CERQ_Refocalizare_pozitivă	69,000	0,887	-
CERQ_Refocalizare_planificare	59,000	0,478	-
CERQ_Reevaluare_pozitivă	57,000	0,410	-
CERQ_Perspectivă	55,000	0,347	-
CERQ_Catastrofare	66,500	0,755	-
CERQ_Culpabilizare	60,500	0,514	-
CERQ_Autonomie	70,000	0,932	-
SACS_Acțiune_asertiva	44,500	0,114	-
SACS_Relaționare	41,000	0,078	-
SACS_Suport	42,500	0,089	-
SACS_Acțiune_prudentă	67,000	0, 799	-
SACS_Acțiune_instrumentală	43,000	0, 101	-
SACS_Evitare	50,500	0, 219	-
SACS_Acțiune_indirectă	52,500	0, 266	-
SACS_Acțiune_antisocială	64,000	0, 671	-
SACS_Acțiune_agresivă	61,000	0, 551	-
Probă personalitate	Valoarea U	P	Diferențe statistice
Chestionarul pentru evaluarea alternativă a factorilor Big Five ZKPQ			
Sociabilitate	61	0,551	-
Căutare impulsivă de senzații	67,5	0,799	-
Activitate	37	0,54	-
Neuroticism – anxietate	54	0,319	-
Agresivitate – ostilitate	54,5	0,319	-
Dezirabilitate socială	63,5	0,630	-
Inventarul de personalitate CPI			

Dimensiunea managementul de sine			
Responsabilitate (Re)	64,5	0,671	-
Conformism social (So)	64,5	0,671	-
Autocontrol (Sc)	66	0,755	-
Impresie buna (Gi)	72	1	-
Comunalitate (Cm)	65,5	0,713	-
Sanatate (Wb)	71,5	0,977	-
Toleranta (To)	44,5	0,114	-

Criteriile de selecție pentru participarea la grup au fost cele ale apartenenței la categoria de vârstă a adultului (22 – 50 ani); disponibilitatea de a participa la programul formativ timp de 20 de ședințe; motivația pentru a modifica modalitatea de gândire, comportament și simțire.

Metodologia design-ului formativ:

În scopul realizării obiectivelor generale și specifice din cadrul experimentului formativ am recurs la realizarea a 20 de ședințe de *intervenție psihologică integrativă de grup*, desfășurate timp de aproximativ 2 ore o dată la două săptămâni, prin care au fost antrenate mecanismele de autoreglaj emotional, comportamental și cognitiv, demersul intervențional fiind de tip integrativ, eclectic, după cum poate fi observat în tabelul 3.1.

Tabelul 3.2 Demersul intervențional integrativ în lucrul cu mecanismele de coping ale adultului

MODALITĂȚI	MECANISME DE SCHIMBARE	METODE ȘI TEHNICI DE INTERVENȚIE
COGNITIVE	Mindfulness Schimbarea perspectivei Creșterea responsabilității în luarea deciziilor Conștientizarea consecințelor stilurilor de coping	Restructurare cognitivă Lucrul cu părțile personalității Filmul minții (mind movie) – efecte decizii
COMPORTAMENTALE	Conștientizarea impactului stilurilor de coping Oglindirea comportamentului celuilalt	Modelare Joc de rol Mișcare Lucrul cu corpul Filmul minții (mind movie) – efecte comportament
EMOȚIONALE	Conectarea cu senzațiile din corp	Tehnici de respirație Imagerie dirijată Antrenarea coerenței inimă – creier

Am optat pentru un proces intervențional de grup deoarece acesta cunoaște actualmente o temeinică fundamentare datorită aporturilor din științele socio-umane și în special din sociologie, psihopedagogie și psihologie socială. Intervenția psihologică de grup satisface nevoia de afiliere și apartenență, valori sociale definitorii pentru om, fiind azi un proces cu largă aplicabilitate. Grupul oferă persoanei șansa de a-și modela pozitiv comportamentul prin observarea altora, experiența de grup poate fi benefică oferind șansa de a revizui modul în care omul relaționează cu mediul exterior. Totodată, oferă oamenilor oportunitatea de a-și testa noile abilități într-un mediu securizant. Aceste modalități terapeutice au la baza concepția că grupul modifică subiecții care îl alcătuiesc.

În sens larg, conceptul de intervenție psihologică de grup poate să includă mai multe categorii de grupuri, după cum urmează:

- grupurile de suport;
- grupuri de formare de aptitudini (de ex. de formare abilități sociale), de managementul furiei, sau de relaxare;
- grupuri psihoeducaționale de tipul *grupului T*, care este un grup de antrenament al cărui scop este educația și nu psihoterapia (abrevierea titlului *Basic Skills Training-group*, este o metodă de formare personală pentru dinamica grupurilor, inventată în 1947 de discipolii lui K. Lewin);
- grupuri de activitate – în aceste grupuri, accentul se pune pe aspectul ocupațional.

În ceea ce privește opțiunea intervenției psihologice de grup pentru realizarea acestui experiment formativ, ședințele s-au desfășurat în cadrul categoriei a doua de grup și anume *grup de dezvoltare a aptitudinilor*, prin prisma faptului că s-a lucrat pe mecanismele de coping, dar și pe trăsăturile de personalitate.

Abordarea integrativă a grupului oferă o viziune nouă, amplă, care pleacă de la viziunea sistemică a ființei umane, de la conceptul corp-minte-spirit. Prin abordarea integrativă se obține o înțelegere unitară a complexității ființei umane, în ansamblul funcționalității manifestărilor sale, permițând intervenția unitară asupra omului pe fiecare din palierele sale cognitiv, conativ și atitudinal, păstrând totodată viziunea întregului.

În ceea ce privește **scopul experimentului formativ**, acela de a ameliora/ schimba unele mecanisme de coping și a dezvolta trăsăturile de personalitate, considerăm că cel mai potrivit demers pentru a realiza acest lucru este abordarea copingului prin intermediul modelului relațional de dezvoltare. Acesta a fost tratat de către K. Evans și M. Gilbert [29], după cum urmează:

1. *Sub aspect biologic- relația sinelui cu corpul;*
2. *Din punct de vedere intra-psihic- relația sinelui cu sinele;*

3. *La nivel inter-personal- relația sinelui cu alții;*
4. *Din punct de vedere intercultural- relația sinelui cu rasa/cultura/ lumea afacerilor;*
5. *Aspectul ecologic- relația sinelui cu natura;*
6. *Dimensiunea transpersonală - relația sinelui cu transcendentul.*

Importantă pentru această abordare de intervenție integrativă este concentrarea pe co-crearea relației ca un eveniment interacțional la care toate părțile participă.

Principiile care au stat la baza lucrului cu grupul pentru schimbarea copingului la vârsta adultă, au fost următoarele:

- ***Schimbarea pozitivă este generată de focalizarea pe viitor și pe soluție***

Focalizarea persoanei pe aspectele problematice ale vieții sale înseamnă activarea aceluiași circuite neuronale și aceluiași legături sinaptice care permit amplificarea și perpetuarea problemei, deci a aceluiași mecanisme de coping disfuncționale. Prin prezența persoanei în grupul de intervenție psihologică sunt activate resurse noi ale rezilienței: curajul, sinceritatea, capacitatea de autorefecție, implicarea. Concentrându-se pe viitor și povestindu-și succesele, adultul dezvoltă imagini și emoții pozitive despre sine, construind legături sinaptice noi, soluția problemei fiind identificarea strategiilor de coping pozitive ca alternativă la cele pe care le-a utilizat deja.

- ***Unele soluții provind din excepții.***

Descoperirea „excepțiilor” este un proces co-creat între membri grupului și coordonat de psiholog. Focalizarea preponderentă pe problemă îngustează harta despre realitate a persoanei, antrenând aceleași mecanisme de coping disfuncționale ale trecutului: ruminarea, catastrofarea etc. De aceea, este importantă antrenarea acestei hărți despre realitate prin extinderea ei către situații excepționale: „*Există momente când mecanismul tău de coping nu se manifestă?*”. Prin identificarea excepțiilor și încurajarea manifestării acestora se activează reziliența persoanei și dezvoltă sentimentul de autocontrol.

- ***Schimbarea este continuă.***

Modalitatea în care o persoana gândește, simte și se comportă este perfectibilă în timp, de aceea sarcina demersului psihologic în grup este aceea de a-l provoca pe subiect la noi schimbări comportamentale. Urmare a ședințelor de grup persoana acționează și începe să vadă lucrurile în mod diferit, dacă schimbarea este pozitivă atunci, evident, persoana va avea certitudinea unui demers de succes; dacă schimbarea este negativă, atunci ea poate fi resemnificată în sens pozitiv: „deseori pentru a face un salt mare înainte, trebuie să facem câțiva pași înapoi”.

- ***Schimbările mari au la bază schimbări mici.***

Schimbarea copingului este astfel divizată în pași mici, controlabili, precum problemele mari sunt împărțite în probleme mai mici, abordate și rezolvate separat și succesiv. Intervenția psihologică de grup este bazată pe caracterul colaborativ al relației în care *subiectul este expertul* și fiecare comportament are valoare într-un anumit context. Astfel, „rezistența” participantului la grup, refugiu în copingul disfuncțional, este determinată de beneficiile secundare ale mecanismelor de coping utilizate.

- ***Oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor.***

De-a lungul existenței oamenii trec prin experiențe care le sporesc reziliența. Resursele necesare pentru realizarea schimbărilor se află deja în interiorul fiecăruia, sau prin modelare comportamentală și emoțională în grup pot fi transferate de la ceilalți. Astfel realizăm „normalizarea” sau „depatologizarea” copingului comportamental / emoțional.

În ceea ce privește ***planul integrativ de intervenție psihologică***, acesta a urmat un demers eclectic care a reunit tehnici, metode și cadre de lucru cognitiv comportamentale, gestalt-iste, psihodamă, stimulare bilaterală, NLP, lucrul experiențial cu metafora, tehnici noi bazate de stimularea neuroplasticității creierului și dezvoltarea coerenței emoție – gând, astfel cum reiese din tabelul 3.2. Toate tehnicile și metode utilizate în acest plan de intervenție sunt rezultatul combinării unice în cadrele de lucru, rezultând tehnici și metode integrative de intervenție atât pentru modificarea mecanismelor de coping cât și pentru schimbarea trăsăturilor de personalitate.

Tabelul 3.3 Planul integrativ de intervenție psihologică

Nr ședință	Luna/an	Conținut ședință	Metode și tehnici psihologice utilizate	Modalitate de realizare
1	Mai 2023	Deschiderea programului formativ	Construirea raportului interpersonal: • Desenarea obiectivului personal; • Desenarea obiectivului de grup • Prezentarea colegului	• Prelegere psiholog; • Exerciții de intercunoaștere; • Lucru în binom
2	Mai 2023	Depășirea rezistențelor personale și identificarea copingului: <i>Care este stilul de</i>	• Lucrul cu metafora psihologică	• Lucru în echipe de 4 persoane (3 echipe);

		<i>coping care mă caracterizează?</i>	Utilizarea cartonașelor metaforice în construirea poveștii personale	Feedback general de grup
3	Iunie 2023	<i>Interviul de atașament al adultului</i> – explorarea relației dintre mecanismele de coping și stilul de atașament al adultului	Chestionar aplicat oral privind stilul de atașament al adultului	- Lucru alternativ în binom (echipe de 2 persoane); - Feedback general de grup
4	Iunie 2023	<i>Coping cognitiv:</i> Construirea mentală a locului de siguranță (training place)	- Imagerie; - Desenul locului de siguranță și prezentarea grupului	- Ghidaj imagerie psiholog; - Lucru individual; - Feedback general de grup
5	Iulie 2023	<i>Coping cognitiv:</i> Identificarea credințelor disfuncționale /gândurilor disfuncționale și a copingului asociat acestora pe linia timpului	Așezarea credințelor limitative și a copingului pe linia timpului (trecut – prezent – viitor).	- Lucru individual; - Feedback general de grup
6	Iulie 2023	<i>Coping cognitiv:</i> Restructurarea cognitivă a credințelor și a copingului asociat acestora	Scaunul gol (un scaun credințele și copingul disfuncțional și celălalt scaun credințele și copingul funcțional)	- Lucru alternativ în binom (echipe de 2 persoane); - Feedback general de grup
7	August 2023	<i>Coping cognitiv:</i> Acceptarea prin toleranță a copingului (ACT)	- Lucrul cu acceptarea și toleranța prin metafora cognitivă - Recadrarea copingului	- Lucru în echipe de 2 persoane (2 echipe); - Feedback general de grup
8	August 2023	<i>Coping emoțional:</i> Abordarea prin compasiune a copingului	Diagnoza copingului prin explorarea celor trei cercuri: stare de alarmă – resurse – stare de liniște (amintiri, emoții, mecanisme de coping pentru fiecare cerc în parte)	- Lucru alternativ în binom (echipe de 2 persoane); - Feedback general de grup
9	Septembrie 2023	<i>Coping emoțional:</i> Abordarea prin compasiune a copingului	Dezvoltarea Sinelui plin de compasiune;	Lucru individual;

			Imagerie și integrarea părții pline de compasiune	Feedback general de grup.
10	Septembrie 2023	Coping emoțional: Confruntarea empatică a copingului disfuncțional	- Lucrul cu părțile – copingul disfuncțional; - Confruntarea empatică și destructurarea copingului disfuncțional prin activarea empatiei	- Lucru alternativ în binom (echipe de 2 persoane); - Feedback general de grup
11	Octombrie 2023	Coping emoțional: Legătura coping – emoție – senzație	- Imagerie situație dificilă (coping, emoție, senzație); - Rescriere scenariu situație și constientizarea consecințelor (coping, emoție, senzație)	- Ghidaj imagerie psiholog; - Lucru în grup; - Feedback general de grup
12	Octombrie 2023	Coping comportamental: Conștientizarea copingului comportamental disfuncțional	Abordarea copingului comportamental prin Modelul SCORE (situație – cauze – obiective – resurse – efecte)	- Lucru în echipe de 6 persoane (2 echipe); - Feedback general de grup
13	Noiembrie 2023	Coping comportamental: Dezvoltarea asertivității pentru diminuarea copingului disfuncțional	- Trening asertivitate; - Dezvoltarea părții asertive	- Ghidaj imagerie psiholog; - Lucru în echipe de 4 persoane (3 echipe); - Feedback general de grup.
14	Noiembrie 2023	Coping comportamental: Dezvoltarea copingului din adultului sănătos	- Restructurare cognitivă; - Dezvoltarea copingului funcțional din Adultul sănătos.	- Lucru în binom; - Feedback general de grup
15	Decembrie 2023	Coping comportamental: Coping și lucrul cu corpul	- Tehnica algei; - Tehnica zidului; - Tehnica cercului	- Ghidaj general tehnici psiholog; - Lucru în echipe de 2 și 6 persoane ; - Feedback general de grup.

16	Decembrie 2023	Construirea rezilienței	• Coping rezilienta - Tehnici de autoreglaj emoțional	• Ghidaj general tehnici psiholog; Lucru individual; • Feedback general de grup.
17	Ianuarie 2024	Construirea rezilienței	• Coping rezilienta - Tehnici de autoreglaj emoțional	• Ghidaj general tehnici psiholog; Lucru individual; • Feedback general de grup.
18	Ianuarie 2024	Dezvoltarea <i>Sinelui nou</i> și a mecanismelor de coping noi, funcționale	• Tehnici mindfulness • “Filmul minții” (mind movie)	• Ghidaj general tehnici psiholog; Lucru individual; • Feedback general de grup.
19	Februarie 2024	Lucrul cu “ <i>Sinele viitor</i> ” și dezvoltarea copingului funcțional	• Ancorarea copingului funcțional prin tapping;	• Ghidaj general tehnici psiholog; Lucru individual; • Feedback general de grup.
20	Februarie 2024	Concluzii și închiderea programului formativ	• Sumarizarea	• Ghidaj general tehnici psiholog; Lucru în binom ; • Feedback general de grup.

Desfășurarea programului psihologic de intervenție de grup

Astfel cum am enunțat mai sus, programul de intervenție a presupus un număr de 20 de ședințe de grup, aproximativ 2 ore fiecare, conținutul metodelor și tehnicilor utilizate putând fi consultat în anexa 5.

În ceea ce privește structura ședințelor de grup, protocolul de intervenție a presupus antrenarea grupului în comunicare, colaborare, flexibilitate și încredere, ca resurse de bază, planul efectiv de intervenție fiind original, elaborat de noi cu ocazia acestui demers de cercetare și aplicat până în momentul de față în exclusivitate în cadrul acestei cercetări, constituind una dintre bazele de originalitate ale prezentei lucrări științifice.

În cele ce urmează detaliem *structura protocolului de intervenție* utilizat de noi cu ocazia acestui demers de cercetare formativ:

Ședința 1: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: stabilirea siguranței psihologice de grup și a obiectivelor personale.

Conținut intervențional: pasul 1 – este utilizată tehnica mingii pentru a lua contact unii cu ceilalți și a co-crea atmosfera de cunoaștere și siguranță psihologică; pasul 2 – sunt utilizate tehnici combinate de NLP, art terapie și imagerie pentru stabilirea obiectivului personal și co crearea obiectivelor generale de grup.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 2: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: depășirea rezistențelor personale și identificarea mecanismelor de coping adoptate în trecut și în prezent.

Conținut intervențional: sunt utilizate tehnici experiențiale (cartonașe) și NLP pentru explorarea liniei timpului , participanții lucrând în echipe de câte 4 persoane. Participanții sunt rugați apoi să își ocupe locul în sală și este utilizată metofora terapeutică din psihoterapia acceptării ca tehnică cognitiv comportamentală (imagerie, lucru individual).

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 3: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: explorarea relației dintre mecanismele de coping și stilul de atașament al adultului.

Conținut intervențional: participanții sunt împărțiți în binoame de lucru, li se oferă întrebările din Interviu de atașament al adultului, pe care le adresează colegului de binom. Acesta răspunde, după care la final schimbă rolurile.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 4: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: autoreglajul emoțional prin construirea mentală a locului de siguranță (safe place).

Conținut intervențional: sunt folosite tehnici de imagerie combinate cognitiv comportamentală și NLP pentru construirea locului de siguranță psihologică (lucru individual condus de psiholog), apoi tehnici de expresie emoțională prin art terapie pentru reprezentarea prin desen a locului de siguranță (lucru individual).

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 5: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: identificarea credințelor disfuncționale /gândurilor disfuncționale și a copingului asociat acestora pe linia timpului.

Conținut intervențional: este utilizată tehnica combinată NLP și cognitiv comportamentală de a amplasa pe linia timpului, trecut, prezent și viitor, pe categorii de dezvoltare a copingului (lucru individual condus de psiholog).

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 6: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: restructurarea cognitivă a credințelor și a copingului asociat acestora.

Conținut intervențional: este utilizată tehnica combinată psihodramă și cognitiv comportamentală în lucru în binom. Participanților li se oferă lista de întrebări de către psiholog, unul dintre participanți adresează întrebările iar celălalt răspunde și vor lucra alternativ pe baza acestui plan pentru restructurarea cognitivă.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 7: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: acceptarea prin toleranță

Conținut intervențional: tehnică combinată NLP și ACT din psihoterapia cognitiv comportamentală, participanții sunt împărțiți în grupuri de câte 6 persoane și răspund pe rând

protocolului ședinței stabilit de psiholog privind copingul funcțional și disfuncțional experimentat până în prezent.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 8: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: abordarea prin compasiune a copingului

Conținut intervențional: este adaptată tehnica diagramei din psihoterapia compasiunii, participanții fiind rugați să exploreze cele trei cercuri, amenințare, resurse și starea de bine cu privire la coping, amintiri și mecanisme de adaptare (lucru în binom).

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 9: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: dezvoltarea Sinelui plin de compasiune

Conținut intervențional: este utilizată imageria plină de compasiune pentru explorarea sinelui ideal, a resurselor acestuia. Participanții sunt împărțiți apoi în grupe de câte 6 persoane și li se solicită să își împărtășească experiența.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 10: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: confruntarea empatică a copingului disfuncțional și dezvoltarea empatiei.

Conținut intervențional: participanții sunt împărțiți în binom și sunt utilizate tehnici combinate de psihodramă și scheme cognitive pentru identificarea schemelor disfuncționale care stau la baza mecanismelor de coping.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 11: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: legătura coping – emoție – senzație

Conținut intervențional: este utilizată tehnica combinată EMDR și psihosomatică pentru conștientizarea senzațiilor din corp, activarea resurselor și integrarea corporală a experiențelor prin imagerie (lucru individual)

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 12: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: conștientizarea copingului comportamental disfuncțional

Conținut intervențional: sunt utilizate tehnici combinate experiențiale (lucrul cu metafora) și neurolingvistice pentru lărgirea hărții mentale, dezvoltarea siguranței psihologice, a acceptării și incluziunii.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 13: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: dezvoltarea asertivității pentru diminuarea copingului disfuncțional.

Conținut intervențional: lucru combinat în echipe și individual – folosirea recadrării pentru resemnificarea mecanismelor de coping și construirea unor puncte de vedere noi.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 14: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: dezvoltarea copingului din adultul sănătos

Conținut intervențional: psihologul împarte grupul în binoame de lucru și folosește tehnică combinată psihodramă și cognitiv comportamentală pentru restructurarea cognitivă.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 15: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: coping și lucrul cu corpul

Conținut intervențional: participanții lucrează în binom și sunt folosite tehnici combinate experiențiale (lucrul cu tăcerea terapeutică) și tehnici psihosomatice (de conectare la propriul corp).

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 16: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: dezvoltarea capacității de autoreglaj emoțional.

Conținut intervențional: participanții lucrează individual cadrul de lucru combinat pentru construirea coerenței inimă creier: imagerie, psihosomatică (conectarea cu senzațiile din corp), mindfulness (ancorarea în momentul prezent, tehnici de respirație).

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 17: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: dezvoltarea capacității de autoreglaj emoțional.

Conținut intervențional: este activată compasiunea și autocompasiunea ca resurse pentru relaționarea cu sinele din aceasta nouă perspectivă, prin exerciții în grup (explorarea amintirilor) sau individual (explorarea sinelui plin de compasiune).

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 18: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: dezvoltarea mecanismelor de coping noi, funcționale.

Conținut intervențional: psihologul folosește imageria, participanții sunt rugați să vizualizeze cea mai bună variantă a lor, activând potențialul de care dispun.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 19: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: dezvoltarea copingului funcțional.

Conținut intervențional: psihologul combină protocolul de intervenție prescurtat EMDR cu tehnici somatice pentru activarea nervului vag.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Ședința nr 20: Introducere: participanților li se oferă salutul de bun venit în grup și sunt invitați să se așeze în cerc. Li se aduce la cunoștință tematica ședinței curente: încheierea programului formativ.

Conținut intervențional: Se oferă un scaun al vorbitorului în fața grupului lângă psiholog. Fiecare participant va ocupa pe rând acest scaun și își va împărtăși recunoștința pentru experiența comună din cele 10 luni de lucru în grup, precum și realizările proprii privind schimbările și deciziile luate urmare a acestei experiențe.

Încheiere: participanților li se oferă ocazia timp de 2 minute de persoană să ofere feedback grupului privind experiența din ședința curentă. Psihologul mulțumește grupului pentru deschidere și participare, formulează concluzia ședinței și încheie.

Totodată, detaliem în cele ce urmează câteva dintre tehnicile integrative folosite în cadrul acestui program, fundamentul cunoașterii acestora fiind esențial pentru înțelegerea demersului terapeutic desfășurat. Din varietatea de tehnici integrative posibil de utilizat, vom exemplifica câteva care au aplicabilitate mai largă în abordarea copingului și a trăsăturilor de personalitate.

- 1) Tehnica scaunului gol
- 2) Jocul de rol
- 3) Respirația diafragmatică
- 4) Povestea terapeutică
- 5) Lucrul cu corpul în terapie

1) Tehnica scaunului gol

Tehnica scaunului gol se bazează pe principiul gestalt că nevoile semnificative nesatisfăcute nu se retrag din conștientizare, conform lui E. Polster [219]. Lucrul cu scaunul gol este un mijloc terapeutic pentru a întâlni problema neterminată în imaginație. Este utilizat pentru două tipuri de probleme neterminate: (1) neglijare sau abandon și (2) abuz sau traume.

În ambele tipuri de lucrări, reprezentarea celui alt în scaun servește ca o funcție care este parte integrantă a rezoluției dialogului; cu toate acestea, rezoluțiile iau forme oarecum diferite. Neglijarea sau abandonarea situațiilor neterminate pot apărea, de asemenea, în contextul relațiilor actuale importante și sunt adesea legate simbolic de situații neterminate din trecut. Tehnica scaunului gol este un exercițiu de terapie prin vorbire în care persoana își poate exprima gândurile și sentimentele liber. Chiar dacă persoana căreia i se adresează pacientul nu este prezentă, acesta își direcționează cuvintele și gesturile către un scaun gol și își imaginează acea persoană care stă în el în timp ce vorbește.

Când adultul trebuie să exprime ceva cuiva care nu este disponibil, psihologul poate sugera tehnica scaunului gol. Persoana căreia i se adresează poate fi indisponibilă din punct de vedere emoțional, dar poate ajuta totuși adultul să se exprime ca și cum acea persoană ar fi fost acolo. Psihologul va așeza pur și simplu un scaun în fața adultului și îi va cere acestuia să își imagineze că persoana cu care trebuie să vorbească stă pe acel scaun. Apoi va invita adultul să spună orice dorește acelei persoane. Tot ce trebuie să facă adultul este să spună orice gândește. Dacă adultul are probleme de a-și imagina că persoana stă acolo pe măsură ce va vorbi va începe să se simtă ca și cum ar vorbi direct cu acea persoană. În timpul sesiunii, psihologul poate pune întrebări sau

poate sugera subiecte despre care adultul ar putea dori să discute. Acest lucru menține adultul implicat în experiență pentru a rezolva problema pe care dorește să o depășească. Dacă adultul devine extrem de anxios, furios sau supărat, psihologul poate interveni pentru a-l ajuta să facă față acelor emoții neplăcute. După ce adultul a spus tot ce dorea să spună, este posibil să aibă un sentiment de ușurare și împlinire. Se poate chiar simți pregătit să vorbească direct cu persoana respectivă (dacă este posibil). Până la terminarea acest exercițiu, psihologul și adultul pot afla, de asemenea, ceva nou despre problemele legate acea persoană sau situație. Tehnica scaunului gol poate fi utilizată în aproape orice situație de consiliere. Unele scenarii, însă, sunt mai potrivite însă pentru această tehnică.

Consiliere individuală pentru cupluri. Dacă adultul are probleme în relație, este recomandabil ca acel cuplu să fie consiliat împreună, dar fiecare dintre cei doi din cuplu poate avea un terapeut separat. Tehnica scaunului gol este o modalitate puternică de a rezolva sentimentele legate de partener.

Consilierea durerii. Sunt persoane care au nevoie de consiliere pentru durere după o despărțire. Este posibil să existe o luptă a adultului pentru a merge mai departe. Prin tehnica scaunului gol, se pot depăși sentimentele într-un mod sănătos, păstrând totuși distanța față de fostul partener.

Lucrul cu trauma din trecut. Traumele din trecutul adultului pot provoca dificultăți emoționale în prezent. Oamenii care au fost implicați în trauma originală sunt decedați acum sau ies din viața adultului complet. Cu toate acestea, poate fi dificil să vă se rezolve sentimentele legate de traumă fără a exprima furia, rănile și durerea. Cu tehnica scaunului gol, adultul poate exprima în siguranță emoțiile părintelui care l-a abuzat, a atacatorului sau agresorului care l-a amenințat. Tehnica scaunului gol oferă un loc sigur adultului pentru a se deschide către această persoană fără a se pune în pericol.

Planificarea întâlnirilor viitoare. Tehnica scaunului gol permite adultului să exerseze ceea ce va spune în situații anxiogene, iar când va purta în cele din urmă conversația, adultul se va simți mai relaxat și mai controlat.

Această tehnică ajută la identificarea sentimentelor. Când adultul începe să vorbească cu scaunul este posibil să nu știe nici măcar ce simte despre relația cu persoana imaginată din scaun. S-ar putea să știe că se simte inconfortabil, dar poate că nu își va putea identifica sentimentele exacte. Pe măsură ce vorbește, poate intra în contact cu aceste sentimente și le poate numi: furia, frica, tristețea, lipsa de speranță sau orice alt sentiment pot apărea în cuvintele adultului, în

inflexiunile sale și în gesturile sale. Este posibil să observe adultul singur aceste sentimente sau terapeutul poate indica aceste lucruri. Odată ce știe ce simte, adultul le poate aborda și depăși.

Adultul își poate permite să se exprime liber și s-ar putea să nu simtă că se poate exprima liber cu o altă persoană, acea persoană ar putea să îl întrerupă, să îl împiedice, să îi evite întrebările sau adultului să îi fie indisponibil din punct de vedere emoțional. Această expresie liberă poate ameliora emoțiile disfuncționale. Astfel, adultul poate să obțină informații despre relațiile sale, prin exprimarea în acest mod liber și deschis, acesta poate dezvălui probleme la care trebuie să se adreseze. Această tehnică ajută clientul să învețe mai bine abilități de comunicare. Pe măsură ce clientul practică, terapeutul îl poate ajuta să își dezvolte abilitățile de comunicare, astfel încât să se poată exprima mai ușor și mai exact ceea ce știe și gândește.

2) Jocul de rol

Jocul de rol este o tehnică utilizată de consilierii de diferite orientări teoretice cu clienții care trebuie să dezvolte o înțelegere mai profundă sau să se schimbe în ei înșiși, conform lui B.E. Gilliland [168].

Se realizează în prezent, nu în trecut sau în viitor, se începe cu scene mai ușoare de reconstituit și se lucrează progresiv către scene care sunt mai complexe. În cadrul unui joc de rol, adulții pot efectua un comportament decis într-un mediu sigur, fără riscuri.

Procesul psihodramatic al lui Moreno a implicat trei fațete: (1) încălzirea, (2) punerea în aplicare și (3) reconstituirea. Există patru aspecte întâlnite frecvent, astfel, o persoană: a) se reconstituie pe ea însăși, b) o altă persoană, c) un set de circumstanțe care înconjoară o situație sau c) propriile reacții. Persoana primește apoi feedback de la psihoterapeut sau de la membrii grupului atunci când jocul de rol este instituit într-un context de lucru de grup.

Există *patru elemente și cele trei faze* găsite în jocurile de rol. **Cele patru elemente** sunt:

a) *Primul element, întâlnirea*, este ceea ce în această situație înseamnă a putea înțelege perspectiva altei persoane. Aceasta este o parte necesară a jocului de rol, deoarece adultul va schimba uneori rolurile și va juca rolul unei alte persoane implicate în situație.

b) *Al doilea element, scena*, este spațiul cu recuzită simplă care poate oferi o experiență realistă.

c) *Al treilea element, monologul*, este un alt termen pe care trebuie să îl cunoască consilierii profesioniști; este un discurs în care adultul își exprimă gândurile private și sentimentele asociate.

Consilierii profesioniști pot afla mai multe despre adult, inclusiv convingerile lor iraționale, prin intermediul monologului.

d) *Al patrulea element, dublarea*, duce la creșterea gradului de conștientizare din partea adultului și apare atunci când consilierul profesionist sau un alt membru al grupului stă în spatele clientului în timp ce adultul interpretează scena. Consilierul exprimă apoi gândurile sau sentimentele neexprimate ale adultului.

Cele trei faze ale unui joc de rol includ încălzirea, acțiunea, partajarea și analiza. Există o dezbateră despre împărțirea celei de-a treia faze și, astfel, a patru faze.

a) Prima fază, de încălzire. Scopul este de a încuraja adultul să devină conectat la situație, inclusiv emoțiile aferente care vor fi reconstituite. Activitatea de încălzire poate fi efectuată fie mental, fie fizic;

b) A doua fază, de acțiune. Consilierul profesional ajută adultul să stabilească scena examinând detaliile situației. De asemenea, consilierul profesional trebuie să îndrume adultul de la realitate la situația imaginată și înapoi la realitate;

c) A treia fază, de partajare și analiză. Psihologul și membrii grupului (dacă este realizat un cadru de grup) împărtășesc ceea ce au experimentat în timpul jocului de rol. Analiza apare adesea într-o sesiune de urmărire, deoarece adultul este de obicei emoționat la sfârșitul jocului de rol. În această sesiune, adultul poate procesa informații și de a primi feedback.

Psihologii pot urma un proces în șapte pași atunci când implementează tehnica jocului de rol cu un client:

a) *Încălzire*: psihologul explică tehnica adultului, iar acesta oferă o descriere detaliată a comportamentului, atitudinii sau performanței pe care ar dori să o schimbe. Adultul ar trebui să fie încurajat să discute orice reticență pe care o poate avea cu privire la tehnica jocului de rol.

b) *Setarea scenei*: psihologul asistă adultul în stabilirea scenei. Dacă este necesar, mobilierul poate fi reamenajat.

c) *Selectarea rolurilor*: adultul numește și descrie persoanele semnificative implicate în scenă.

d) *Punerea în aplicare*: adultul interpretează comportamentul țintă și, dacă are dificultăți în a face acest lucru, psihoterapeutul poate modela comportamentul. Adultul ar trebui să înceapă

cu scenele care sunt cele mai puțin dificile și să treacă treptat la cele care sunt mai dificile. În acest pas, psihologul poate întrerupe adultul pentru a-i arăta ce contribuie la tulburarea ei.

e) *Partajare și feedback*: psihologul oferă clientului feedback specific, simplu, observabil și de înțeles.

f) *Recreație*: adultul practică în mod repetat comportamentul vizat în cadrul și în afara sesiunilor de consiliere până când psihologul consideră că obiectivul a fost atins.

g) *Urmărire*: adultul îl informează pe psiholog cu privire la rezultatele și progresele practicii sale: specificarea comportamentului care trebuie învățat; determina contextul sau mediul unui anumit eveniment; începerea cu scene mici și apoi construiți pe scene cu o complexitate mai mare; participarea la jocuri de rol cu risc minim și rezolvarea situațiilor cu un risc mai mare; aplicarea în viața reală, începând cu situații de risc minim și ajungând cele cu risc mai mare.

Repetiția comportamentală este una dintre cele mai frecvente variații ale jocului de rol. Când adultul îndeplinește comportamentele țintă, este întărit și recompensat, mai întâi de consilierul profesional și al doilea de lauda adultului.

Înregistrarea video a jocurilor de rol poate fi extrem de utilă în analiza punctelor forte și a luptelor unui adult într-un anumit rol.

Tehnica oglinzii în terapia de grup. Membrul care reconstituie scena ocupă loc chiar în momentul în care apare comportamentul critic. Un alt membru al grupului ocupă locul primului și, uneori exagerat, reconstituie comportamentul sau răspunsul original. Interpretul original poate urmări și evalua, un nou răspuns poate fi discutat, iar apoi practicat.

Este folosită de psihoterapeuți, pentru clienții care ar dori să schimbe ceva despre ei înșiși, fiind eficientă atunci când se lucrează cu indivizi, grupuri și familii.

a) La nivel de *familie*, permite recunoașterea importanței problemelor comune familiilor similare din punct de vedere structural ;

b) Permite *elevilor* să-și dezvolte și să extindă înțelegerea emoțiilor familiale, a dilemelor, dinamicii și diversității;

c) *Adulții* pot învăța *noi abilități*, pot explora diferite comportamente și pot observa modul în care aceste comportamente îi afectează pe ceilalți.

d) Dacă *un adult întâmpină probleme* la stabilirea obiectivelor pentru sesiunile de terapie, psihologul poate avea jocul de rol al adultului pentru a-și da seama de ce acesta întâmpină dificultăți în atingerea unui obiectiv.

e) În formarea *educației psihologilor*, tehnica jocului de rol a fost utilizată pentru a ajuta psihoterapeuții în formare să obțină experiențe de consiliere multiculturală, astfel, îmbunătățește dezvoltarea abilităților generale de consiliere.

f) Poate fi folosită și pentru a ajuta la *pregătirea profesorilor* pentru conferințe părinte-profesor. Acest lucru este deosebit de util pentru profesorii începători care ar putea manifesta emoții din spectrul anxietății în legătură cu acest tip de conferință. Profesorilor li se oferă o listă de situații și fie joacă rolul profesorului, fie al părintelui. Fiecare situație se referă la un tip diferit de părinte dificil cu care profesorul poate avea contact. Practica pe care profesorii o primesc prin jocul de rol îi poate ajuta să se simtă mai confortabil în situații noi.

g) Tehnica este utilă și atunci când se lucrează cu *adolescenți la școală*. Elevii pot învăța mai multe despre credințele și valorile pe care le dețin și pot dobândi o înțelegere suplimentară a credințelor și valorilor deținute de alții, conform lui T. Kottman [189] . Este extrem de util la adolescenți, deoarece este o tehnică activă care necesită participarea elevilor, are multe beneficii pentru dezvoltarea cognitivă, emoțională, socială și a limbajului copiilor,

h) Permite *oamenilor să dezvolte abilități esențiale pentru adaptarea lor culturală* de succes. Jocul de rol devine metoda de exprimare a înțelegerilor actuale ale copiilor, a fricilor existențiale și a preocupărilor evolutive, poate contribui la îmbunătățirea abilităților sociale ale unui copil, poate promova niveluri mai ridicate de gândire și pot duce la abilități de ascultare mai bune și la mai multă asertivitate.

Optimizări. Pentru a spori eficacitatea acestei tehnici, este important ca adulții să se simtă confortabil expunându-și punctele slabe în fața psihologului, iar psihologul să fie sincer cu aceștia. Este important să se rețină de ambele părți, că această tehnică necesită timp pentru a lucra. Nu este o soluție rapidă, iar unii teoreticieni consideră jocul de rol mai eficient dacă este asociat cu restructurarea cognitivă.

Limitări. Adulții se sperie uneori și nu doresc să reconstituie scenariile. Psihologii trebuie să permită adulților să dețină controlul asupra direcției jocului de rol. Uneori, se exprimă o emoție atât de puternică, încât adultul și psihologul se simt inconfortabil. Jocul de rol nu ar trebui utilizat cu un adult până când problema acestuia nu este înțeleasă clar. În plus, performanța adultului ar

trebui examinată după implementarea jocului de rol pentru a consolida eficacitatea clientului, după R. Epstein [154].

3) *Respirația diafragmatică*

Practica respirației, cunoscută și sub denumirea de „respirație diafragmatică” sau „respirație profundă”, este definită ca un antrenament eficient integrator corp-minte pentru a face față stresului și a afecțiunilor psihosomatice. Respirația diafragmatică au fost investigată în asociere cu meditația și religiile antice din est (cum ar fi budismul) și artele marțiale. Este considerată a fi o componentă de bază a yoga și Tai Chi Chuan (TCC) și contribuie la echilibrul emoțional și adaptarea socială, precum și la mișcări și poziții ritmice speciale. În prezent, practica respirației este aplicată pe scară largă în tratamentele clinice pentru afecțiuni mentale, cum ar fi tulburarea de stres post-traumatic (PTSD), tulburările de mișcare, fobii și alte tulburări emoționale legate de stres pentru B.E. Gilliland [168].

Respirația diafragmatică implică contracția diafragmei, expansiunea abdomenului și aprofundarea inhalării și expirației, ceea ce scade frecvența respirației și maximizează cantitatea de gaze din sânge. Studiile orientate spre mecanismul fiziologic al efectelor de intervenție a respirației au indicat o bază fiziologică comună care stă la baza respirației, emoției și cunoașterii, care implică sistemul nervos autonom. Dovezile fiziologice au indicat că chiar și o singură practică de respirație reduce semnificativ tensiunea arterială, crește variabilitatea ritmului cardiac (HRV) și oxigenarea, îmbunătățește funcția pulmonară și îmbunătățește capacitatea cardiorespiratorie și forța musculară respiratorie. Dovezile din practica yoga confirmă, de asemenea, o reducere a activității sistemului nervos simpatic și creșterea parasimpatică, după A. Feder & S.R. Horn [158]. Pentru aceeași autori, tonusul vagal cardiac este influențat de respirație și este corelat cu stimularea nervului vagal, care este strâns asociată cu baza fiziologică a emoției, inclusiv reglarea emoțională, adaptarea psihologică, reactivitatea și expresia emoțională, răspunsuri empatică și atașament. Disfuncția sistemului nervos autonom se observă la adulții cu anxietate, depresie, PTSD, tulburarea de panică și alte tulburări mentale și fizice legate de stres [158].

Numeroase studii în psihologia sănătății și tratament clinic au demonstrat că respirația diafragmatică este o tehnică eficientă de relaxare în medicina complementară și alternativă, cu efecte benefice asupra sănătății fizice și mentale. Astfel, s-a dovedit că practica respirației este o intervenție non-farmacologică eficientă pentru îmbunătățirea emoțiilor, incluzând o reducere a anxietății, depresiei și stresului, după D. Eden [150]. *Exemplificări:*

- a) intervenție de 30 de sesiuni cu o durată zilnică de 5 minute poate reduce semnificativ anxietatea femeilor însărcinate care suferă travaliu prematur;
- b) un exercițiu de respirație de 1 zi ameliorează epuizarea emoțională și depersonalizarea indusă de epuizarea locului de muncă ;
- c) efecte similare asupra anxietății au fost observate într-un studiu de intervenție de 3 zile, în care practicile de respirație au fost efectuate de 3 ori pe zi ;
- d) un program intensiv de yoga rezidențial de 7 zile care a inclus pranayama (exerciții de respirație) a redus anxietatea și depresia la pacienții cu dureri de spate cronice .

Prin urmare, practică de respirație diafragmatică este utilă pentru a îmbunătăți performanța cognitivă și a reduce consecințele subiective și fiziologice negative ale stresului la adulți sănătoși.

4) Povestea terapeutică

Vindecarea și schimbarea este facilitată prin relația co-creată mutual de cei doi participanți, clientul adult și terapeutul, iar poveștile terapeutice sunt tehnici prin intermediul cărora adultul își poate rezolva propriile probleme și implicit se poate vindeca. Atunci când o poveste introduce un personaj interesant care se confruntă cu o problemă dificilă, oxitocina determină creierul să empatizeze cu situația personajului, iar cortizolul determină creierul să resimtă stresul asupra problemei personajului. Totodată, pentru a fi eficientă povestea, terapeutul este nevoie să cunoască cum să o adapteze, să o rostească pentru a-i fi un ghid spre vindecare adultului.

Există o diferență de adresare a poveștii atunci când clientul este copil sau adult. Copilul are nevoie de povești, de basme pentru a învăța simbolic și totodată securizant cum să-și rezolve problemele, conflictele sale. Totodată, adultul se confruntă și el cu probleme noi, diferite de cele ale copilului și ținând cont de resursele trecutului, acesta având nevoie de instrumente pentru a depăși dificultățile și a-și rezolva situațiile dificile. Povestea terapeutică devine astfel un instrument prețios care evidențiază emoțiile și sentimentele care sunt ascunse în inconștient, sau poate întrebări la care nu le-am găsit dar nici căutat, răspunsuri. Poveștile se adresează deopotrivă conștientului dar și inconștientului și lasă timpul necesar după rostirea acestora pentru gestionarea mesajului poveștii prezentat indirect adultului.

Povestea folosită ca instrument în scop terapeutic este despre schimbare și cum putem să acționăm diferit, în momentul în care clientul decide să intre în terapie este în căutarea unei schimbări și este în căutarea de răspunsuri. Tehnica poveștilor aduce după cum spuneam o lume a

tuturor posibilităților și îi oferă adultului o nouă perspectivă. Aici intervine și rolul terapeutului de a ghida și resemnifica pentru a face posibilă schimbarea și găsirea unei rezolvări.

Potrivit neuroștiinței, un motiv pentru care creierul reacționează pozitiv la o poveste este faptul că ascultarea poveștilor încurajează eliberarea hormonilor oxitocină și cortizol. Oxitocina este un hormon care controlează empatia și interacțiunea socială. Cortizolul este conectat la răspunsul la stres.

Atunci când o poveste introduce un personaj interesant care se confruntă cu o problemă dificilă, oxitocina determină creierul să empatizeze cu situația personajului, iar cortizolul determină creierul să simtă stresul asupra problemei personajului. Aceste reacții determină ascultătorul din rolul de client să fie investit în situația dificilă a personajului. Un alt factor cheie este abilitatea unei povești de a organiza gândirea. Structura consecventă a unei povești este un instrument puternic pe care creierul îl folosește pentru a da sens lumii. Când creierul întâlnește ceva care nu se potrivește, instinctul său este de a completa elementele poveștii lipsă în căutarea coerenței.

Situațiile și datele activează emisfera stângă a creierului. Această emisferă este cunoscută ca centrul limbajului și al analizei. Partea dreaptă a creierului este adesea asociată cu creativitatea și intuiția. Ea deservește imaginea de ansamblu, în timp ce partea stângă se concentrează doar pe selectarea anumitor tipare. Poveștile se adresează astfel ambelor emisfere cerebrale ale creierului. Informațiile prezentate stimulează emisfera stângă, iar structura coezivă care conține povestea stimulează emisfera dreaptă. Prin urmare, poveștile facilitează astfel integrarea informațiilor noi în experiența adultului.

Povestea terapeutică e prezentă prin mesajul său specific ținând cont de particularitățile de vârstă a celui cărui i se adresează, copil sau/și adult, făcându-l a înțelege modul în care, receptarea dureri, bolii și chiar a speranței pot echilibra. Povestea terapeutică metaforic vorbind, acceptarea, resemnarea și în final, starea de fapt creată. Atunci când vorbim de povestea terapeutică, în general, logica sa se îndreaptă spre depășirea suferinței și a durerii de către cei în cauză și mai apoi, elaborarea unor narațiuni ce decurg dintr-o logică bine structurată a gândirii pozitive, pornind de la elemente ca: bucurie, speranță, șansă, atitudine, înțelegere și acceptare.

5) Lucrul cu corpul în terapie

Terapeuții centrați pe lucrul cu corpul înțeleg poziția centrală a experienței somatice, organizării mișcării și motricității ce o ocupă în coerența și dezvoltarea limbajului și abilităților

interpersonale. Există momente importante în demersul terapeutic când odată activată în terapie experiența corporală insistența în verbalizare poate să limiteze experiența adultului. Procesul schimbării în terapia psihosomatică se referă în primul rând la integrarea proceselor motorii și afective într-un context de relaționare, stabilind schemele somatice, subsimbolice ale sinelui în relație cu propriul corp, implicând procese cognitive și simbolice (gânduri care activează rețele neuronale care la rândul lor activează creierul limbic/emoțional). Astfel că separat de anumite întrebări precum ”La ce anume te gândești acum?” putem explora ariile subsimbolice prin întrebări: ”Ce simți acum în corp?”, ”Ce crezi că ai putea face?”, ”Cum crezi că ar avea nevoie corpul tău să se miște?”, ”Poți descrie senzațiile din corp în timp ce vorbești despre X?”.

Este important de menționat că motivația de vindecare apare odată cu percepția concretă, iar la construirea noilor sinapse este esențial a se lua în considerare două feluri de dependență: una la nivel cognitiv și cealaltă la nivel chimic, fiecare la rândul său aducând o contribuție care poate menține *status-quo*-ul datorită temerii adultului de a fi scos din zona sa de cunoscut/habituală. Un principiu care guvernează intervenția psihosomatică (și nu numai) este faptul că *orice exces ascunde o lipsă, și orice lipsă are la bază un exces*.

Când problema adultului este înrădăcinată în corp, adultul și terapeutul vor pași împreună în spațiul suferinței, o vor trăi împreună, pentru a avea o experiență a înțelegerii modului în care problema este conținută și reprodusă. Invitând adultul să arate prin corp și mișcare a corpului felul în care simte o durere, se ajunge la experiența somatică prin corp și nu prin cogniția adultului sau a terapeutului.

3.2. Evaluarea eficienței experimentului formativ

Pentru a evalua eficiența și utilitatea programului integrativ de intervenție psihologică am administrat la finalul programului formativ aceleași probe psihologice aplicate inițial: pentru coping SACS și CERQ, iar pentru personalitate ZKPQ și CPI.

Astfel cum am indicat deja în tabelele 27 și 28 din anexa 4, nu există diferențe semnificative statistic inițial (test) între GE și GC. Analizând rezultatele prezentate în Anexa statistică 4, putem concluziona că grupurile experimentale (GE) și de control (GC) au demonstrat omogenitate în etapa de testare. Nu au fost găsite diferențe semnificative între aceste grupuri în urma aplicării testului U Mann-Whitney pentru variabilele investigate. Astfel, putem confirma că grupurile au fost similare în ceea ce privește criteriile de selecție ale participanților la experiment.

Atunci când analizăm datele din anexa 4 observăm că în etapa pre-test, GE și GC au avut date statistice descriptive comparabile pentru variabilele măsurate. Rangurile medii și sumele de

ranguri pentru GE și GC sunt comparabile, ceea ce sprijină concluzia că există o omogenitate între cele două grupuri înainte de intervenție. Omogenitatea asigură că orice diferențe observate în rezultatele post-intervenție pot fi atribuite doar efectelor intervenției și nu unor diferențe preexistente între grupuri, oferindu-ne certitudinea pentru a evalua cu încredere efectele intervenției și pentru a face recomandări relevante în contextul cercetării noastre.

Pentru a evalua eficiența programului nostru de intervenție am realizat o analiză comparativă a rezultatelor obținute de adulții din grupul experimental (GE) la testul inițial și retest, rezultatele adulților din grupul de control (GC) la testul inițial și retest, precum și rezultatele adulților din grupul experimental la retest în comparație cu rezultatele adulților din grupul de control la retest. Această analiză ne va permite să evaluăm impactul programului nostru și să determinăm dacă există diferențe semnificative între grupurile de intervenție și de control în ceea ce privește evoluția rezultatelor pe parcursul timpului.

Prin compararea rezultatelor inițiale și de retest, vom putea evalua dacă există o îmbunătățire semnificativă în comportamentul și rezultatele participanților din grupul experimental după intervenție. De asemenea, vom putea evalua dacă această îmbunătățire este mai mare decât cea observată în grupul de control. Aceasta ne va oferi informații importante cu privire la impactul programului nostru și la eficacitatea intervenției. Prin urmare, prin această analiză comparativă, ne propunem să obținem o imagine mai completă și detaliată a modului în care programul nostru de intervenție afectează rezultatele participanților și să determinăm dacă există diferențe semnificative între grupurile de intervenție și de control. Aceste informații vor fi valoroase pentru a evalua eficiența și relevanța programului nostru și pentru a face recomandări ulterioare.

Impactul programului integrativ de intervenție psihologică elaborat în scopul de a ameliora/schimba mecanismele de coping și trăsăturile de personalitate ale adultului a fost verificat în experimentul formativ prin aplicarea probelor pe 12 subiecți din grupul experimental și 12 din grupul de control. Rezultatele obținute în cadrul experimentului de control, după implementarea programului integrativ de intervenție psihologică elaborat, au fost prelucrate prin intermediul testului U Mann – Whitney (compararea grupului experimental și a grupului de control) și a testului statistic Wilcoxon (pentru compararea grupului experimental în test și re-test și a grupului de control în test și re-test).

Prima etapă realizată de noi a fost ***compararea rezultatelor subiecților din grupul experimental cu cele ale grupului de control după realizarea experimentului formativ.*** În acest

scop am administrat testul statistic neparametric U Mann – Whitney. Datele prezentate reflectă impactul intervenției psihologice asupra grupului experimental (GE) și grupului de control (GC). Analiza a fost realizată prin compararea scorurilor obținute la retestarea diferitelor dimensiuni ale copingului și ale trăsăturilor de personalitate. Prezentăm în anexa 4 tabelele 29, 30, 31 și 32 cu rezultatele obținute, iar sumativ în tabelul 3.4.

Tabelul 3.4. Diferențe statistic semnificative U Mann-Whitney, grup experimental/grup de control RETEST

Chestionarul CERQ	Valoarea U	P	Diferențe statistice
Autoculpabilizare	28,5	0,01	+
Acceptare	22,5	0,004	+
Ruminare	10	0,0001	+
Refocalizare pozitivă	14,50	0,01	+
Refocalizare pe planificare	25,5	0,006	+
Reevaluare pozitivă	21	0,003	+
Punerea în perspectivă	10	0,0001	+
Catastrofarea	14	0,001	+
Culpabilizarea celorlalți	32,5	0,02	+
Chestionarul SACS			
Acțiune asertivă	5	0,0001	+
Relaționare socială	21	0,003	+
Căutarea suportului	27	0,009	+
Acțiune prudentă	19	0,002	+
Acțiune instinctivă	0	0,0001	+
Evitare	1,5	0,0001	+
Acțiune indirectă	3,5	0,0001	+
Acțiune antisocială	1	0,0001	+
Agresivitate	0	0,0001	+
Chestionarul ZKPQ			
Sociabilitate	8	0,0001	+
Căutare impulsivă de senzații	10	0,0001	+
Activitate	28	0,0001	+
Neuroticism - anxietate	2	0,0001	+
Agresivitate – ostilitate	14	0,0001	+

Dezirabilitate socială	15	0,0001	+
CPI dimensiunea managementul de sine	Valoarea U	P	Diferențe statistice
Responsabilitate (Re)	27,5	0,01	+
Conformism social (So)	5	0,0001	+
Autocontrol (Sc)	0,5	0,0001	+
Impresie buna (Gi)	8	0,0001	+
Comunalitate (Cm)	5	0,0001	+
Sanatate (Wb)	34	0,026	+
Toleranta (To)	0	0,0001	+

Redăm mai jos analiza, interpretarea și prelucrarea statistică a datelor.

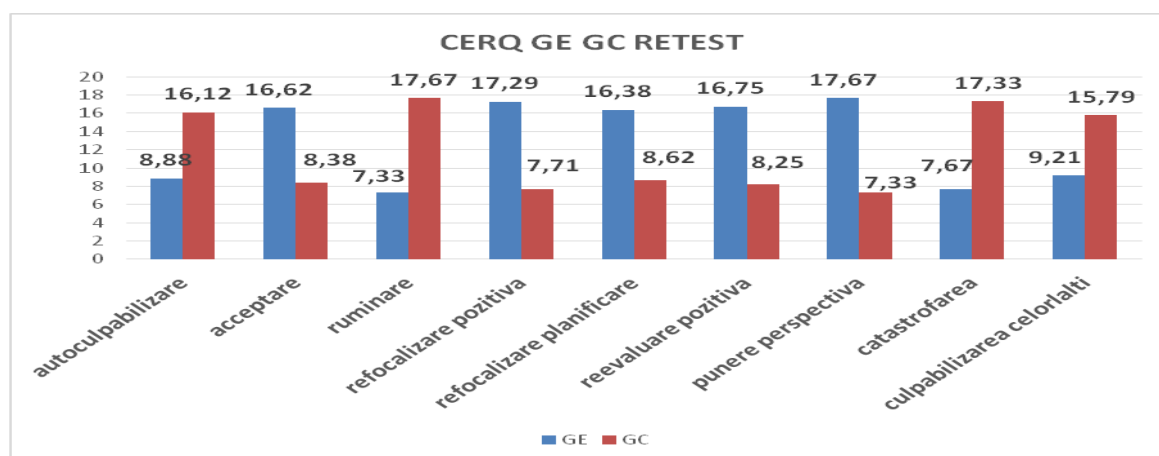


Figura 3.1 Chestionarul CERQ GE GC Retest

În experimentul formativ au fost obținute următoarele rezultate la retest la administrarea chestionarului CERQ: scala Autoculpabilizare GE =8,88; GC =16,12; scala Acceptare GE =16,62; GC =8,38; scala Ruminare GE = 7,33; GC =17,67 ; scala Refocalizare pozitivă GE = 17,29; GC = 7,71 ; scala Refocalizare pe planificare GE =16,38; GC =8,62; scala Reevaluare pozitivă GE = 16,75; GC = 8,25; scala Punerea în perspectivă GE =17,67; GC = 7,33; scala Catastrofarea GE = 7,67; GC =17,33 ; scala Culpabilizarea celorlalți GE =9,21; GC =15,79.

La toate scalele din acest chestionar au fost obținute diferențe statistic semnificative în rezultatele subiecților din grupul experimental față de cei din grupul de control, astfel cum poate fi constatat din tabelul 29 anexa 4 prin testul U Mann Whitney.

La unele dintre scalele chestionarului CERQ constatăm o descreștere a rezultatelor cantitative pentru subiecții din grupul experimental, iar la altele o creștere a scorurilor, fapt care ne permite să vorbim despre impactul pozitiv al programului integrativ de intervenție psihologică

pe care l-am elaborat și realizat. Am reușit să **diminuăm** în mod semnificativ ($p=0,0001$): *autoculpabilizarea, ruminarea, catastrofarea, culpabilizarea celorlalți* și să **creștem** semnificativ în grupul experimental raportat la grupul de control următoarele mecanisme de coping ($p=0,0001$): *acceptarea, refocalizarea pozitivă, refocalizarea pe planificare, reevaluarea pozitivă, punerea în perspectivă*.

Urmare a aplicării chestionarului de coping comportamental SACS și a comparației în retest a rezultatelor GE față de GC, au reieșit următoarele rezultate precum cele expuse în figura 3.2:

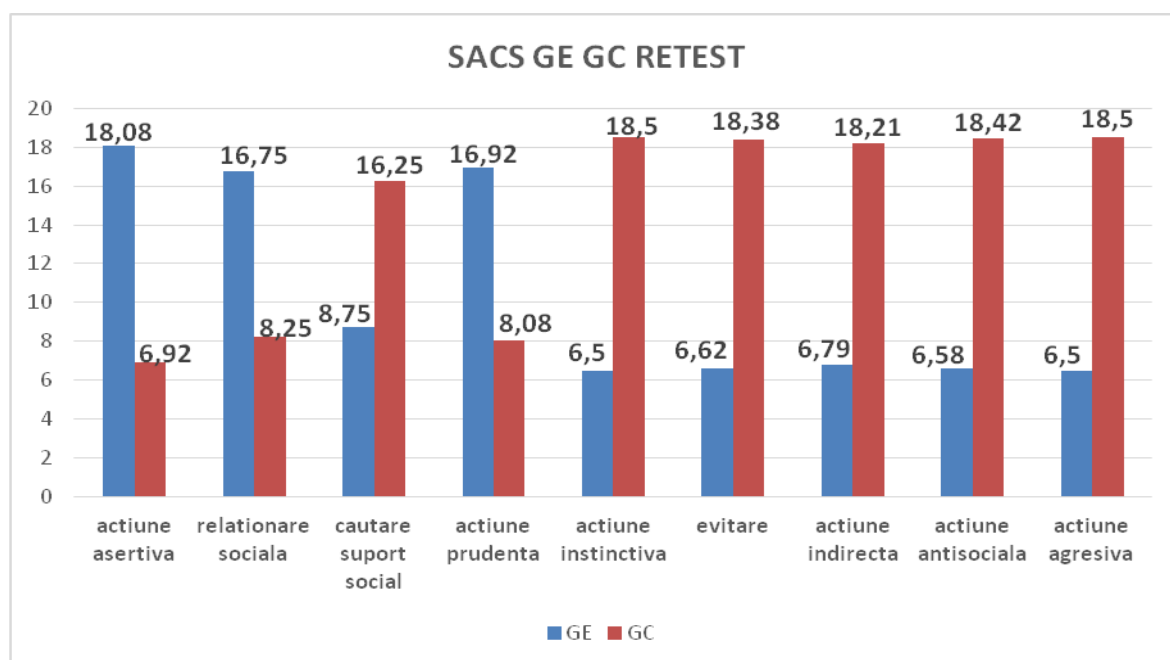


Figura 3.2 Chestionarul SACS GE GC Retest

În experimentul formativ au fost obținute următoarele rezultate la administrarea în retest a chestionarului SACS: scala Acțiune asertivă GE = 18,08; GC = 6,92; scala Relațiune socială GE = 16,75; GC = 8,25; scala Căutarea suportului GE = 8,75; GC = 16,25; scala Acțiune prudentă GE = 16,92; GC = 8,08; scala Acțiune instinctivă GE = 6,50, GC = 18,50; scala Evitare GE = 6,62; GC = 18,38; scala Acțiune indirectă GE = 6,79, GC = 18,21; scala Acțiune antisocială GE = 6,58, GC = 18,42; scala Agresivitate GE = 6,50, GC = 18,50.

Pentru toate scalele acestui chestionar am obținut diferențe semnificative pentru subiecții din grupul experimental în comparație cu adulții din grupul de control prin testul U Mann Whitney ($p=0,0001$) – vezi tabelul 30 din anexa 4. Putem vorbi despre faptul că am reușit, prin intermediul programului integrativ de intervenție psihologică am reușit să modificăm din valorile cantitative ale subiecților din grupul experimental raportați la grupul de control, deci să **diminuăm** din mecanismele de coping comportamentale disfuncționale (*căutarea suportului, acțiunea*

instinctivă, evitarea, acțiunea antisocială, acțiunea indirectă, acțiunea agresivă) și să **creștem** mecanismele de coping comportamentale funcționale (*asertivitatea, relaționarea socială, acțiunea prudentă*) studiate prin intermediul chestionarului SACS.

Urmare a aplicării chestionarului ZKPQ și a comparației în retest a rezultatelor GE față de GC, au reieșit următoarele rezultate precum cele expuse în figura 3.3:

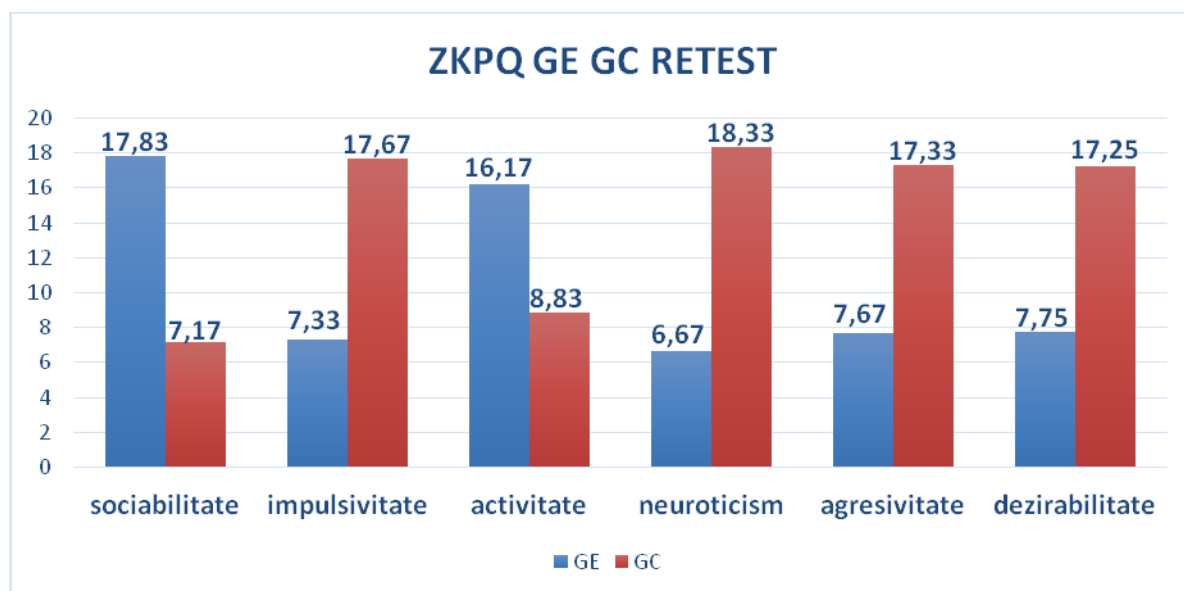


Figura 3.3 Chestionarul ZKPQ GE GC Retest

La toate scalele din acest chestionar au fost obținute diferențe statistic semnificative în rezultatele subiecților din grupul experimental față de cei din grupul de control pentru toate trăsăturile de personalitate din acest chestionar, astfel cum poate fi constatat din tabelul 31 anexa 4 și sumativ în tabelul 3.4:

În continuare, rezultatele la retest la administrarea chestionarului ZKPQ: scala sociabilitate GE = 17,83; GC = 7,17; scala căutare impulsivă de senzații GE = 7,33; GC = 17,67; scala activitate GE = 16,17; GC = 8,83; scala neuroticism anxietate GE = 6,67; GC = 18,33; scala agresivitate ostilitate GE = 7,67; GC = 17,33, scala dezirabilitate GE = 7,75; GC = 17,25.

La scalele chestionarului ZKPQ constatăm o diferență semnificativă a scorurilor prin testul U Mann Whitney ($p=0,0001$), fapt care ne permite să vorbim despre un impact pozitiv al programului pe care l-am realizat, pentru scalele impulsivitate, agresivitate, neuroticism anxietate și dezirabilitate scorurile sunt semnificativ mai mici în grupul experimental decât în grupul de control. Totodată, am reușit să creștem scorurile la sociabilitate și activitate în grupul experimental.

Urmare a aplicării inventarului CPI și a comparației în retest a rezultatelor GE față de GC, au reieșit următoarele rezultate precum cele expuse în figura 3.4:

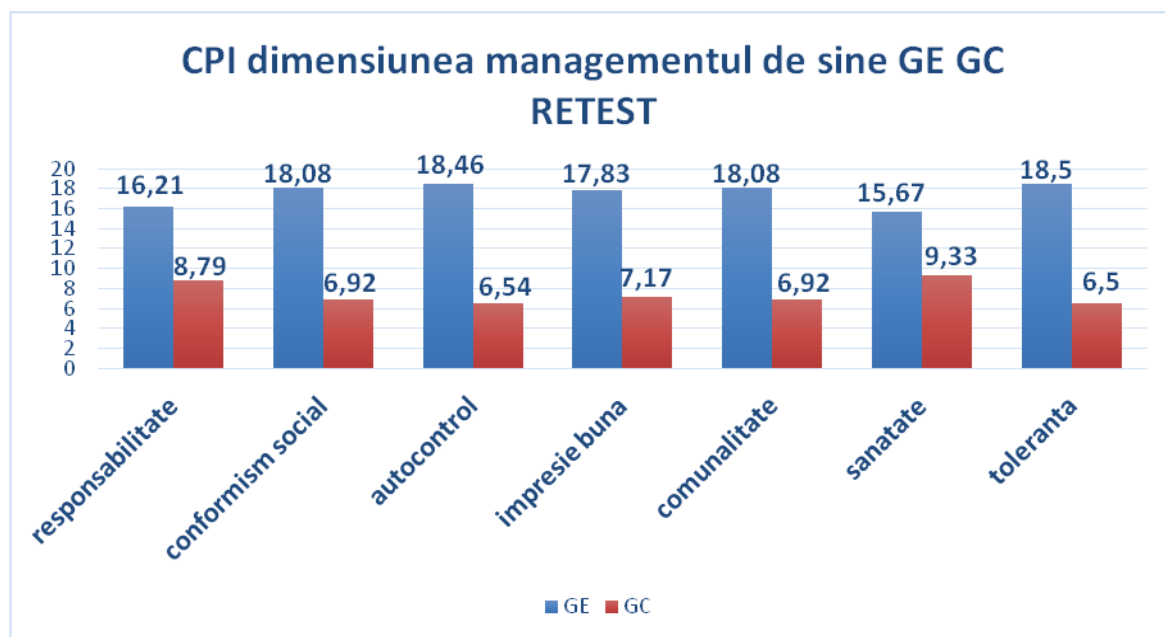


Figura 3.4 CPI retest GE – GC dimensiunea managementul de sine

Pentru toate scalele dimensiunii managementul de sine din cadrul CPI au fost obținute rezultate mai mari în retest pentru grupul experimental, față de grupul de control, aspect care conduce la concluzia că experimentul a avut un impact favorabil pentru toate aceste trăsături de personalitate.

În continuare au fost obținute următoarele rezultate la retest la administrarea inventarului CPI, dimensiunea măsuri legate de muncă: scala responsabilitate GE = 16,21; GC = 8,79; scala conformism social GE = 18,08; GC = 6,92; scala autocontrol GE = 18,46; GC = 6,54; scala impresie bună GE = 17,83; GC = 7,17; scala comunalitate GE = 18,08; GC = 6,92, scala sănătate GE = 15,67; GC = 9,33, scala toleranță GE = 18,50; GC = 6,50.

La toate scalele acestei dimensiuni au fost obținute diferențe statistic semnificative în rezultatele subiecților din grupul experimental față de cei din grupul de control, astfel cum poate fi constatat prin testul U Mann Whitney ($p=0,0001$) din tabelul 32 anexa 4 și din tabelul 3.4.

Rezumând prima etapă a experimentului și anume comparația între GE și GC în retest la mecanismele de coping cognitiv emoțional (CERQ) și mecanismele de coping comportamentale (SACS), constatăm impactul pozitiv, favorabil al ședințelor formative având în vedere faptul că s-a reușit modificarea semnificativă a tuturor mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate studiate:

- **Pentru copingul cognitiv emotional (CERQ):** Am reușit să diminuăm în mod semnificativ astfel cum poate fi constatat prin testul U Mann Whitney ($p = 0,0001$): autoculpabilizarea ($U=28,5$, $p = 0,01$), ruminarea ($U=10$, $p=0,0001$), catastrofarea ($U=14$, $p = 0,001$), culpabilizarea celorlalți ($U= 32,5$, $p = 0,02$) și să creștem în grupul experimental raportat la grupul de control următoarele mecanisme de coping: acceptarea ($U=22,5$, $p = 0,004$), refocalizarea pozitivă ($U=14,5$, $p = 0,001$), refocalizarea pe planificare ($U=25,5$, $p = 0,006$), reevaluarea pozitivă ($U=21$, $p = 0,003$), punerea în perspectivă ($U= 10$, $p = 0,0001$). Am reușit așadar să diminuăm în grupul experimental față de grupul de control nivelul adulților de a-și face procese de conștiință și de a se gândi în mod constant, repetitiv la aspecte disfuncționale ale vieții, precum și de a da conotații exagerate acestora în raport cu realitatea sau de a atribui efectele negative altor persoane. Totodată, în același grup experimental am ridicat semnificativ în raport cu grupul de control nivelul de acceptare și reorganizare cognitivă și emoțională prin găsirea unor noi soluții pozitive în raport cu realitatea, a unor perspective noi, precum și reanalizarea situațiilor de viață dintr-o perspectivă pozitivă.
- **Pentru copingul comportamental (SACS)** am reușit, prin intermediul programului integrativ de intervenție psihologică să modificăm din valorile cantitative ale subiecților din grupul experimental raportat la grupul de control, deci să diminuăm mecanismele de coping comportamentale disfuncționale: căutarea suportului ($U=27$, $p = 0,009$), acțiunea impulsivă ($U= 0$, $p= 0,0001$), evitarea ($U=1,5$, $p =0,0001$), acțiunea antisocială ($U=1$, $p = 0,0001$), acțiunea indirectă ($U=3,5$, $p =0,0001$), acțiunea agresivă ($U=0$, $p=0,0001$) și să creștem mecanismele de coping comportamentale funcționale: asertivitatea ($U=5$, $p=0,0001$), relaționarea social ($U=21$, $p=0,003$), acțiunea prudentă ($U=19$, $p=0,002$), astfel cum poate fi constatat prin testul U Mann Whitney.

Am reușit așadar să diminuăm în grupul experimental față de grupul de control nivelul adulților de a se baza mai mult pe ceilalți decât pe propria persoană și de a căuta mereu validare externă, tendința de a reacționa pe moment fără a cântări consecințele, tendința de a amâna rezolvarea cu responsabilitate a unor probleme sau de a recurge la comportamente manipulatorie sau agresive în abordarea situațiilor de viață. Totodată, am reușit să creștem în mod semnificativ în grupul experimental față de cel de control a asertivității în relațiile interpersonale, capacitatea de a relaționa cu mai multă ușurință și de a lua decizii calculate.
- **Pentru scalele chestionarului ZKPQ** impulsivitate ($U=10$, $p = 0,0001$), agresivitate ($U=14$, $p= 0,0001$), neuroticism anxietate ($U=2$, $p=0,0001$) și dezirabilitate ($U=15$, $p=0,0001$) scorurile sunt semnificativ mai mici în grupul experimental decât în grupul de control.

Totodată, am reușit să creștem scorurile la sociabilitate ($U=8$, $p=0,0001$) și activitate ($U=28$, $p=0,01$) în grupul experimental, astfel cum poate fi constatat prin testul U Mann Whitney. Am reușit așadar să diminuăm în grupul experimental față de grupul de control nivelul adulților de a reacționa sau de a lua decizii pe moment, fără a cântări consecințele, acționând de o manieră agresivă comportamental sau verbal, precum și nivelul de anxietate și tendința de a oferi în anumite răspunsuri de față. Am reușit să creștem nivelul de a relaționa cu ușurință și de a resimți un nivel mai ridicat de energie în raport cu sarcinile de efectuat.

- Pentru toate scalele **dimensiunii legate de muncă din cadrul CPI** au fost obținute rezultate mai mari în retest pentru grupul experimental, față de grupul de control, aspect care conduce la concluzia că experimentul a avut un impact favorabil pentru toate aceste trăsături de personalitate, astfel cum poate fi constatat prin testul U Mann Whitney ($p=0,0001$): responsabilitate ($U=27,5$, $p=0,01$), conformism social ($U=5$, $p=0,0001$), autocontrol ($U=0,5$, $p=0,0001$), impresie bună ($U=8$, $p=0,0001$), comunalitate ($U=5$, $p=0,0001$), sănătate ($U=34$, $p=0,02$), toleranță ($U=0$, $p=0,0001$). Am reușit așadar să creștem în grupul experimental față de grupul de control nivelul adulților de a își asuma consecințele propriilor fapte, nivelul de a respecta reguli sociale, de a își controla emoțiile, de a acorda atenție felului în care sunt percepuți, de a manifesta comportamente corespunzătoare, precum și creșterea nivelului perceput de stare de bine și sănătate și a toleranței individuale.

Etapa a doua în experimentul formativ se referă la **grupul experimental** și anume rezultatele subiecților din grupul experimental obținute în experimentul de constatare și în cel de control. Această comparație statistică a fost realizată prin intermediul testului statistic neparametric **Wilcoxon (pentru eșantioane perechi)**, obținând diferențe semnificative pentru toate mecanismele de coping și trăsăturile de personalitate, astfel cum rezultă din tabelul 3.5.

Tabelul 3.5. Diferențe statistic semnificative Wilcoxon, grup experimental TEST-RETEST

Chestionarul CERQ	Valoarea W	P	Diferențe statistice
Autoculpabilizare	-1,746	0,008	+
Acceptare	-2,404	0,01	+
Ruminare	-3,065	0,002	+
Refocalizare pozitivă	-3,069	0,002	+

Refocalizare pe planificare	-1,280	0,02	+
Reevaluare pozitivă	-2,111	0,03	+
Punerea în perspectivă	-2,675	0,007	+
Catastrofarea	-2,445	0,01	+
Culpabilizarea celorlalți	-2,080	0,03	+
Chestionarul SACS			
Acțiune asertivă	-3,068	0,002	+
Relaționare socială	-2,482	0,01	+
Căutarea suportului	-2,320	0,02	+
Acțiune prudentă	-2,561	0,01	+
Acțiune instinctivă	-3,063	0,002	+
Evitare	-3,063	0,002	+
Acțiune indirectă	-3,071	0,002	+
Acțiune antisocială	-3,062	0,002	+
Agresivitate	-3,074	0,002	+
Chestionarul ZKPQ			
Sociabilitate	-3,071	0,002	+
Căutare impulsivă de senzații	-3,103	0,002	+
Activitate	-2,655	0,008	+
Neuroticism - anxietate	-2,213	0,02	+
Agresivitate – ostilitate	-2,680	0,007	+
Dezirabilitate socială	-2,264	0,02	+
CPI dimensiunea managementul de sine	Valoarea U	P	Diferențe statistice
Responsabilitate (Re)	-1,424	0,015	+
Conformism social (So)	-2,861	0,004	+
Autocontrol (Sc)	-2,937	0,003	+
Impresie buna (Gi)	-2,983	0,003	+
Comunalitate (Cm)	-2,923	0,003	+
Sanatate (Wb)	-1,459	0,014	+
Toleranta (To)	-3,074	0,002	+

În continuare redăm analiza statistică și calitativă a datelor.

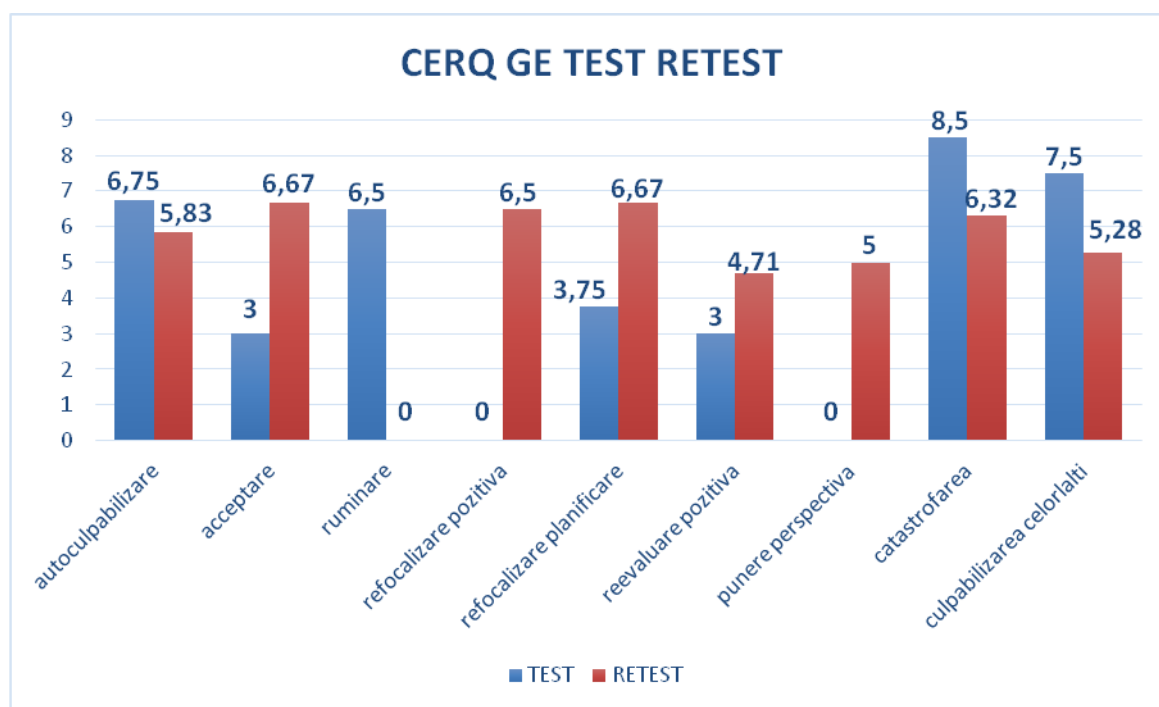


Figura 3.5 Chestionarul CERQ GE test retest valori medii.

Valorile obținute de subiecții grupului experimental în pre – și post-test sunt următoarele: autoculpabilizare: pre-test = 6,75 , post – test = 5,83 ; acceptare: pre-test = 3, post – test = 6,67 ; ruminare: pre-test = 6,5, post – test = 0; refocalizare pozitivă: pre-test = 0, post – test = 6,5; refocalizare pe planificare: pre-test = 3,75, post – test = 6,67; reevaluare pozitivă: pre-test = 3 , post – test = 4,71; punerea în perspectivă: pre-test = 0, post – test = 5; catastrofarea: pre-test = 8,5, post – test = 6,32; culpabilizarea celorlalți: pre-test = 7,5, post – test = 5,28.

La unele dintre scalele chestionarului de coping cognitiv emotional CERQ constatăm o *descreștere semnificativă* a rezultatelor cantitative pentru subiecții din grupul experimental în post-test (scalele autoculpabilizare $W=-1,746$, $p= 0,008$, ruminare $W= -3,065$, $p= 0,002$, catastrofarea $W=-2,445$, $p=0,01$, culpabilizarea celorlalți $W= -2,080$, $p= 0,03$), iar la altele o *creștere semnificativă* (acceptare $W=-2,404$, $p=0,01$, refocalizare pozitivă $W=-3,069$, $p=0,002$, refocalizare pe planificare $W=-1,280$, $p= 0,02$, reevaluare pozitivă $W= -2,111$, $p= 0,03$, punere în perspectivă $W= -2,675$, $p=0,007$), fapt ce ne permite să vorbim despre impactul pozitiv al programului formativ pe care l-am realizat, vezi tabelul 33 anexa 4, precum și sumativ în tabelul 3.5.

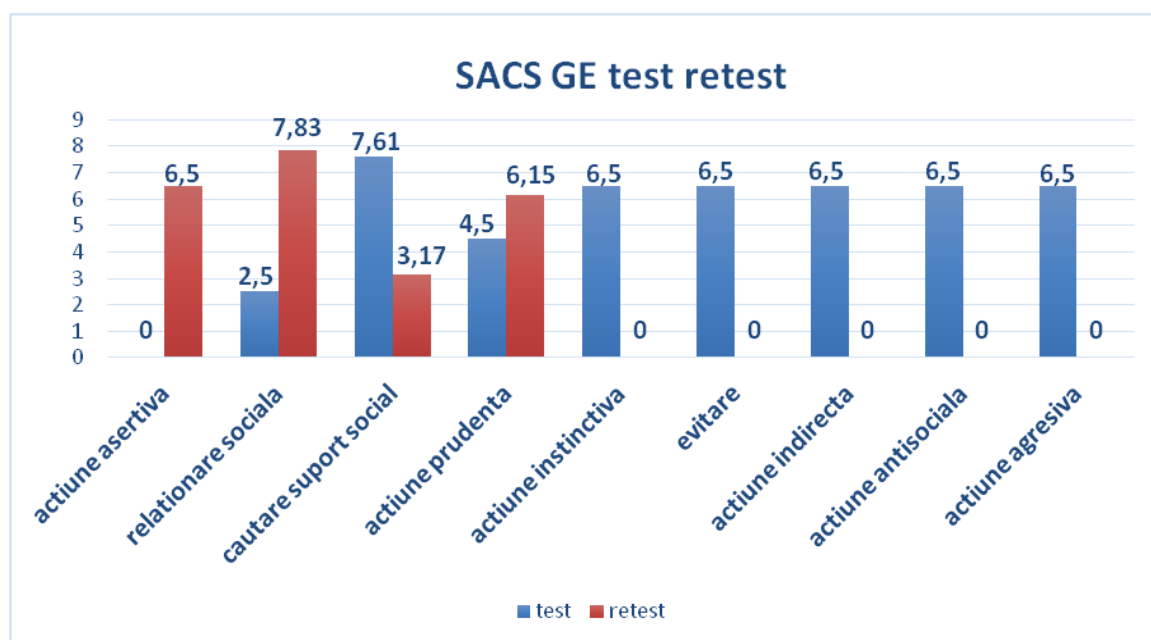


Figura 3.6 Chestionarul SACS GE test retest valori medii

Conform figurii 3.6. valorile obținute de subiecții grupului experimental în pre – și post-test la copingul comportamental (SACS) sunt următoarele: acțiune asertivă: pre-test = 0, post – test = 6,5; relaționare socială: pre-test = 2,5, post – test = 7,83; căutarea suportului: pre-test = 7,61, post – test = 3,17 ; acțiune prudentă: pre-test = 4,5, post – test = 6,15; acțiune impulsivă: pre-test = 6,5, post – test = 0; evitare: pre-test = 6,5, post – test = 0; acțiune indirectă: pre-test = 6,5, post – test = 0; acțiune antisocială: pre-test = 6,5, post – test = 0; agresivitate: pre-test = 6,5, post – test = 0.

La majoritatea scalelor chestionarului de coping comportamental SACS constatăm o descreștere semnificativă a rezultatelor cantitative pentru subiecții din grupul experimental în post-test (scalele căutarea suportului $W = -2,320$, $p = 0,02$, acțiune impulsivă $W = -3,063$, $p = 0,02$, evitare $W = -3,063$, $p = 0,002$, acțiune indirectă $W = -3,071$, $p = 0,002$, acțiune antisocială $W = -3,062$, $p = 0,002$, acțiune agresivă $W = -3,074$, $p = 0,002$) și o creștere semnificativă a altor scale (asertivitate $W = -3,068$, $p = 0,002$, relaționare socială $W = -2,482$, $p = 0,01$, acțiune prudentă $W = -2,561$, $p = 0,1$), fapt ce ne permite să vorbim despre impactul pozitiv al programului integrativ de intervenție psihologică pe care l-am realizat, deoarece toate scalele au fost modificate semnificativ – vezi tabelul 34 anexa 4.

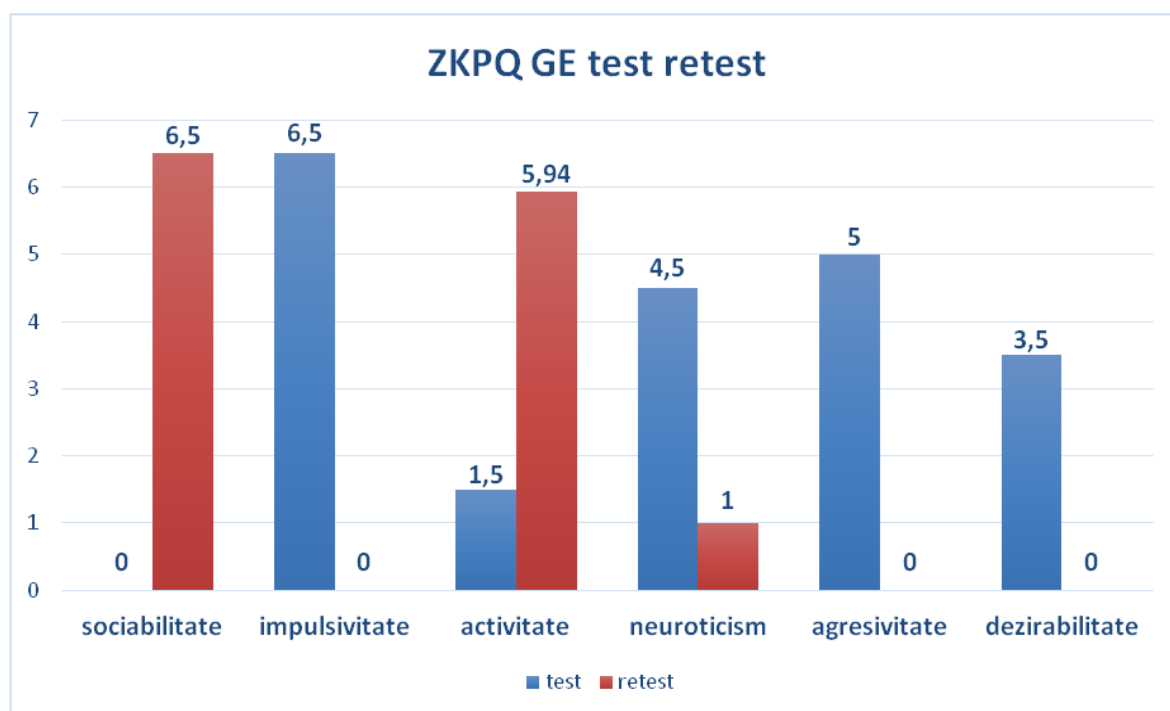


Figura 3.7 Chestionarul ZKPQ GE test retest valori medii

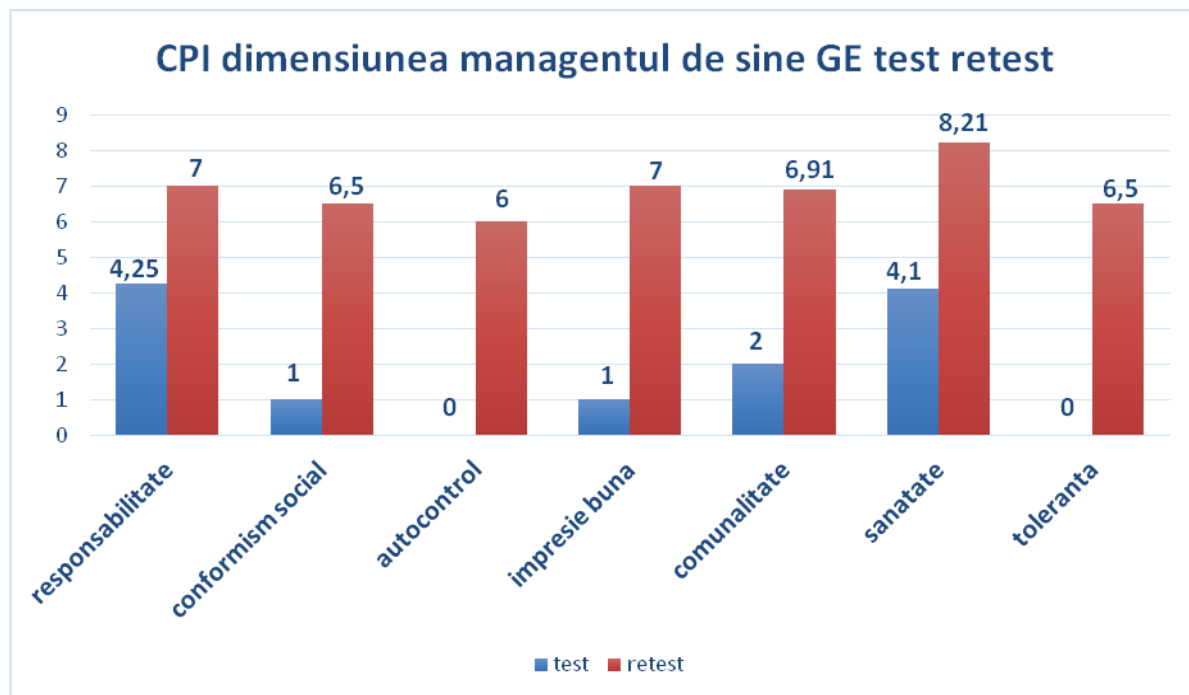
Valorile obținute de subiecții grupului experimental în pre – și post-test sunt următoarele: sociabilitate: pre-test =0, post – test =6,5; căutare impulsivă de senzații: pre-test =6,5 , post – test =0 ; activitate: pre-test = 1,5, post – test = 5,94; neuroticism anxietate: pre-test = 4,5, post – test = 1; agresivitate ostilitate: pre-test = 5, post – test = 0; dezirabilitate socială: pre-test = 3,5, post – test =0.

La o parte dintre scalele chestionarului ZKPQ constatăm o *descreștere semnificativă* a scorurilor pentru subiecții din grupul experimental în post-test (scalele impulsivitate $W=-3,103$, $p= 0,002$, neuroticism anxietate $W=-2,213$, $p= 0,02$, agresivitate $W=-2,680$, $p= 0,007$, dezirabilitate $W=-2,264$, $p= 0,02$) , iar la altele o *creștere semnificativă* a rezultatelor în post-test (sociabilitate $W= -3,071$, $p= 0,002$, activitate $W= -2,655$, $p= 0,008$)- vezi tabelul 35 anexa 4.

Pentru inventarul CPI valorile obținute de subiecții grupului experimental în pre – și post test sunt următoarele: responsabilitate: pre-test = 4,25, post – test = 7; conformism social: pre-test = 1, post – test =6,5 ; autocontrol: pre-test =0 , post – test = 6; impresia bună: pre-test =1 , post – test = 7 ; comunalitate: pre-test =2 , post – test = 6,91; sănătate: pre-test =4,1 , post – test = 8,21; toleranță: pre-test =0 , post – test = 6,5.

La toate scalele dimensiunii managementul de sine CPI constatăm o *creștere semnificativă* a rezultatelor cantitative pentru subiecții din grupul experimental în post-test (responsabilitate $W=-1,424$, $p=0,015$; conformism social $W= -2,861$, $p=0,004$; autocontrol $W=-2,937$, $p= 0,003$;

impresia bună $W = -2,983$, $p = 0,003$; comunalitate $W = -2,923$, $p = 0,003$; sănătate $W = -1,459$, $p = 0,014$; toleranță $W = -3,074$, $p = 0,002$) – vezi tabelul 36 anexa 4.



**Figura 3.8. Chestionarul CPI dimensiunea managementul de sine GE test retest
valori medii**

În concluzie pentru etapa a doua, la compararea rezultatelor obținute de subiecții grupului experimental în experimentul de constatare și experimentul de control putem afirma că *prin intermediul programului integrativ de intervenție psihologică am reușit să obținem schimbări pentru toate mecanismele de coping cognitiv emoționale și comportamentale, precum și pentru toate trăsăturile de personalitate studiate, în felul următor:*

- **Mecanisme de coping cognitiv emoționale:** au fost înregistrate creșteri semnificative pentru acceptare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă și punere în perspectivă. Am reușit așadar să diminuăm în retest față de momentul test nivelul adulților de a-și face procese de conștiință și de a se gândi în mod constant, repetitiv la aspecte disfuncționale ale vieții, precum și de a da conotații exagerate acestora în raport cu realitatea sau de a atribui efectele negative altor persoane. Totodată, în același grup experimental am ridicat semnificativ în retest nivelul de acceptare și reorganizare cognitivă și emoțională prin găsirea unor noi soluții pozitive în raport cu realitatea, a unor perspective noi, precum și reanalizarea situațiilor de viață dintr-o perspectivă pozitivă.

• **Mecanisme de coping comportamentale:** Am reușit să diminuăm în retest față de momentul test nivelul adulților de a se baza mai mult pe ceilalți decât pe propria persoană și de a căuta mereu validare externă, tendința de a reacționa pe moment fără a cântări consecințele, tendința de a evita rezolvarea cu responsabilitate a unor probleme sau de a recurge la comportamente manipulative sau agresive în abordarea situațiilor de viață. Totodată, am reușit să creștem în mod semnificativ în retest față de momentul test nivelul asertivității în relațiile interpersonale, capacitatea de a relaționa cu mai multă ușurință și de a lua decizii calculate.

Totodată, am reușit să modificăm semnificativ trăsăturile de personalitate din profilul psihologic al adultului, în felul următor:

• **Trăsături de personalitate din chestionarul ZKPQ:** Am reușit să diminuăm în grupul experimental în retest față de momentul test nivelul adulților de a reacționa sau de a lua decizii pe moment, fără a cântări consecințele, acționând de o manieră agresivă comportamental sau verbal, precum și nivelul de anxietate și tendința de a oferi în anumite răspunsuri de fațadă. Am reușit să creștem nivelul de a relaționa cu ușurință și de a resimți un nivel mai ridicat de energie în raport cu sarcinile de efectuat.

• **Trăsături de personalitate din inventarul CPI:** Am reușit să creștem în grupul experimental în retest față de momentul test nivelul adulților de a își asuma consecințele propriilor fapte, nivelul de a respecta reguli sociale, de a își controla emoțiile, de a acorda atenție felului în care sunt percepuți, de a manifesta comportamente corespunzătoare, precum și creșterea nivelului perceput de stare de bine și sănătate precum și al toleranței individuale.

Acest fapt ne permite să vorbim despre *eficacitatea programului integrativ de intervenție psihologică care a permis diminuarea mecanismelor de coping disfuncționale și dezvoltarea celor funcționale în grupul experimental, precum și modificarea semnificativă a trăsăturilor de personalitate studiate.*

Etapa a treia constă în efectuarea celei de-a treia comparație în analiza statistică a rezultatelor subiecților din **grupul de control** obținute în experimentul de constatare și în experimentul de control. Această comparație statistică a fost realizată prin intermediul testului statistic neparametric Wilcoxon, obținându-se rezultate ne semnificative statistic pentru toate dimensiunile de personalitate și pentru toate mecanismele de coping, astfel cum rezultă din tabelul 3.6.

Tabelul 3.6. Diferențe statistic ne semnificative Wilcoxon, grup control TEST-RETEST

Chestionarul CERQ	Valoarea W	P	Diferențe statistice
Autoculpabilizare	0	1	-
Acceptare	0	1	-
Ruminare	-0,472	0,637	-
Refocalizare pozitivă	-0,491	0,623	-
Refocalizare pe planificare	-0,284	0,776	-
Reevaluare pozitivă	-0,179	0,858	-
Punerea în perspectivă	-1,073	0,283	-
Catastrofarea	-0,142	0,887	-
Culpabilizarea celorlalți	-0,567	0,571	-
Chestionarul SACS			
Acțiune asertivă	-0,722	0,470	-
Relaționare socială	-1,530	0,126	-
Căutarea suportului	-0,411	0,681	-
Acțiune prudentă	-0,356	0,722	-
Acțiune instinctivă	-0,760	0,448	-
Evitare	-0,615	0,538	-
Acțiune indirectă	-0,359	0,720	-
Acțiune antisocială	-0,669	0,504	-
Agresivitate	0	1	-
Chestionarul ZKPQ			
Sociabilitate	-0,762	0,446	-
Căutare impulsivă de senzații	-1,074	0,283	-
Activitate	-1,490	0,136	-
Neuroticism - anxietate	-1,980	0,58	-
Agresivitate – ostilitate	-0,622	0,534	-
Dezirabilitate socială	-0,187	0,852	-
CPI dimensiunea managementul de sine	Valoarea U	P	Diferențe statistice
Responsabilitate (Re)	-0,760	0,447	-
Conformism social (So)	-0,154	0,878	-

Autocontrol (Sc)	-0,471	0,637	-
Impresie buna (Gi)	-0,134	0,894	-
Comunalitate (Cm)	-0,153	0,879	-
Sanatate (Wb)	-0,179	0,858	-
Toleranta (To)	-0,715	0,475	-

În continuare redăm analiza statistică și calitativă a datelor.

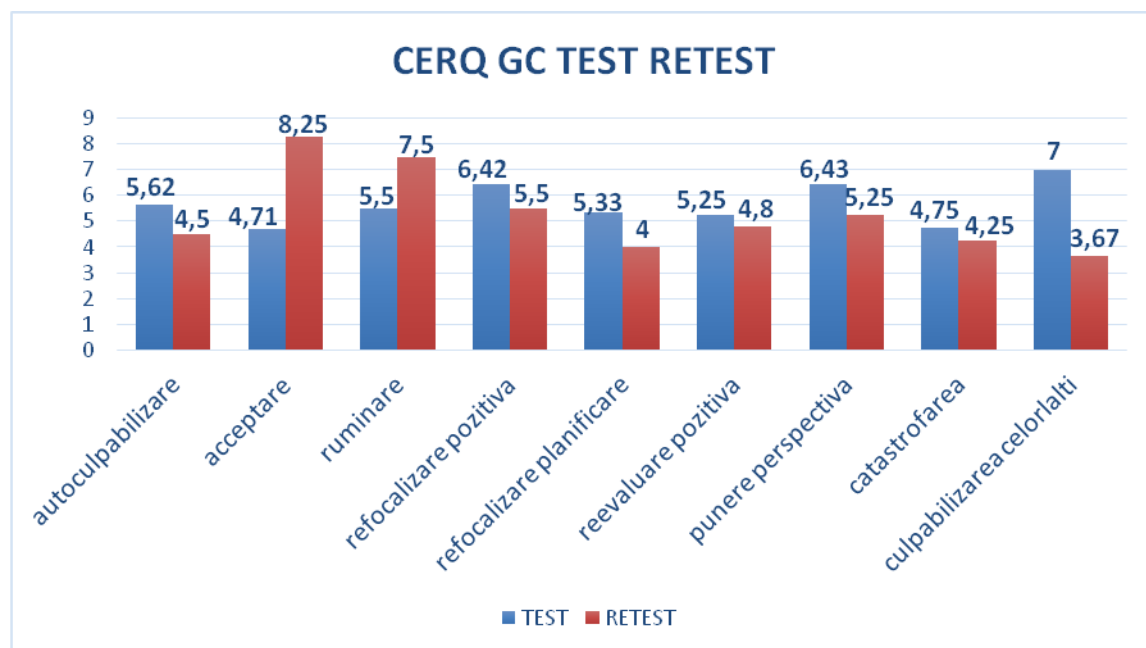


Figura 3.9 Chestionarul CERQ GC test retest valori medii

Valorile obținute de subiecții grupului de control în pre – și post-test sunt următoarele: autculpabilizare: pre-test = 5,62, post – test = 4,5; acceptare: pre-test = 4,71, post – test = 8,25; ruminare: pre-test = 5,5, post – test = 7,5; refocalizare pozitivă: pre-test = 6,42, post – test = 5,5; refocalizare pe planificare: pre-test = 5,33, post – test = 4; reevaluare pozitivă: pre-test = 5,25, post – test = 4,8; punerea în perspectivă: pre-test = 6,43, post – test = 5,25; catastrofarea: pre-test = 4,75, post – test = 4,25; culpabilizarea celorlalți: pre-test = 7 , post – test = 3,67.

La toate scalele chestionarului CERQ constatăm rezultate apropiate ca valori cantitative pentru subiecții din grupul de control în pre și post-test, pragul de semnificație fiind nesemnificativ statistic, fapt ce ne permite să vorbim despre faptul că *nu au intervenit schimbări la subiecții din grupul de control în pre și post-test pentru copingul cognitiv emotional*: autculpabilizare: $W = 0$, $p = 1$; acceptare: $W = 0$, $p = 1$; ruminare: $W = -0,472$, $p = 0,637$; refocalizare pozitivă: $W = -0,491$, $p = 0,623$; refocalizare pe planificare: $W = -0,284$, $p = 0,776$; reevaluare pozitivă: $W = -$

0,179, $p = 0,858$; punerea în perspectivă: $W = -1,073$, $p = 0,283$; catastrofarea: $W = -0,142$, $p = 0,887$; culpabilizarea celorlalți: $W = -0,567$, $p = 0,571$. Diferențele sunt statistic nesemnificative pentru toate scalele chestionarului CERQ - vezi tabelul 37 anexa 4.

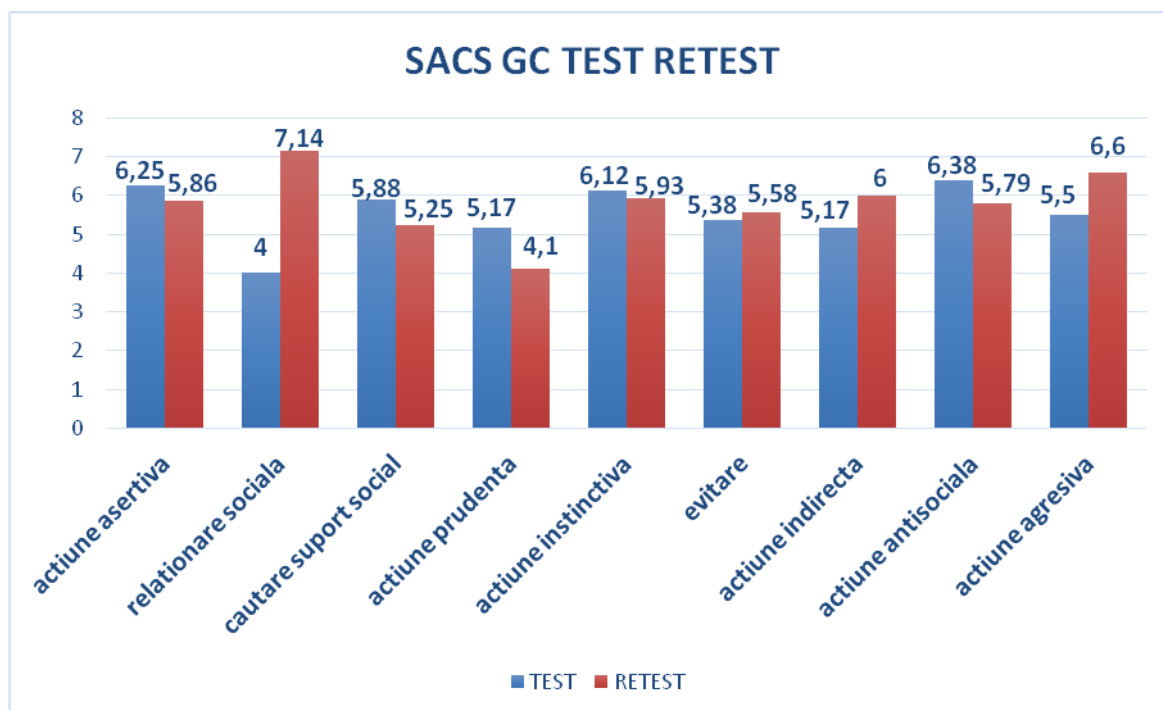


Figura 3.10 Chestionarul SACS GC test retest valori medii

Valorile obținute de subiecții grupului de control în pre – și post test sunt următoarele: acțiune asertivă: pre-test = 6,25, post – test = 5,86; relaționare socială: pre-test = 4, post – test = 7,14 ; căutarea suportului: pre-test = 5,88, post – test = 5,25; acțiune prudentă: pre-test = 5,17, post – test = 4,1; acțiune instinctivă: pre-test = 6,12 , post – test = 5,93; evitare: pre-test = 5,38, post – test = 5,58; acțiune indirectă: pre-test = 5,17, post – test = 6; acțiune antisocială: pre-test = 6,38, post – test = 5,79; agresivitate: pre-test = 5,5, post – test = 6,6.

La toate scalele chestionarului SACS constatăm rezultate apropiate ca valori cantitative pentru subiecții din grupul de control în pre și post test, pragul de semnificație fiind nesemnificativ statistic, fapt ce ne permite să vorbim despre faptul că *nu au intervenit schimbări la subiecții din grupul de control în pre și post test pentru copingul comportamental*: acțiune asertivă: $W = -0,722$, $p = 0,470$; relaționare socială: $W = -1,530$, $p = 0,126$; căutarea suportului: $W = -0,411$, $p = 0,681$; acțiune prudentă: $W = -0,356$, $p = 0,722$; acțiune instinctivă: $W = -0,760$, $p = 0,448$; evitare: $W = -0,615$, $p = 0,538$; acțiune indirectă: $W = -0,359$, $p = 0,720$; acțiune antisocială: $W = -0,669$, $p = 0,504$; agresivitate: $W = 0$, $p = 1$ (vezi tabelul 38 anexa 4).

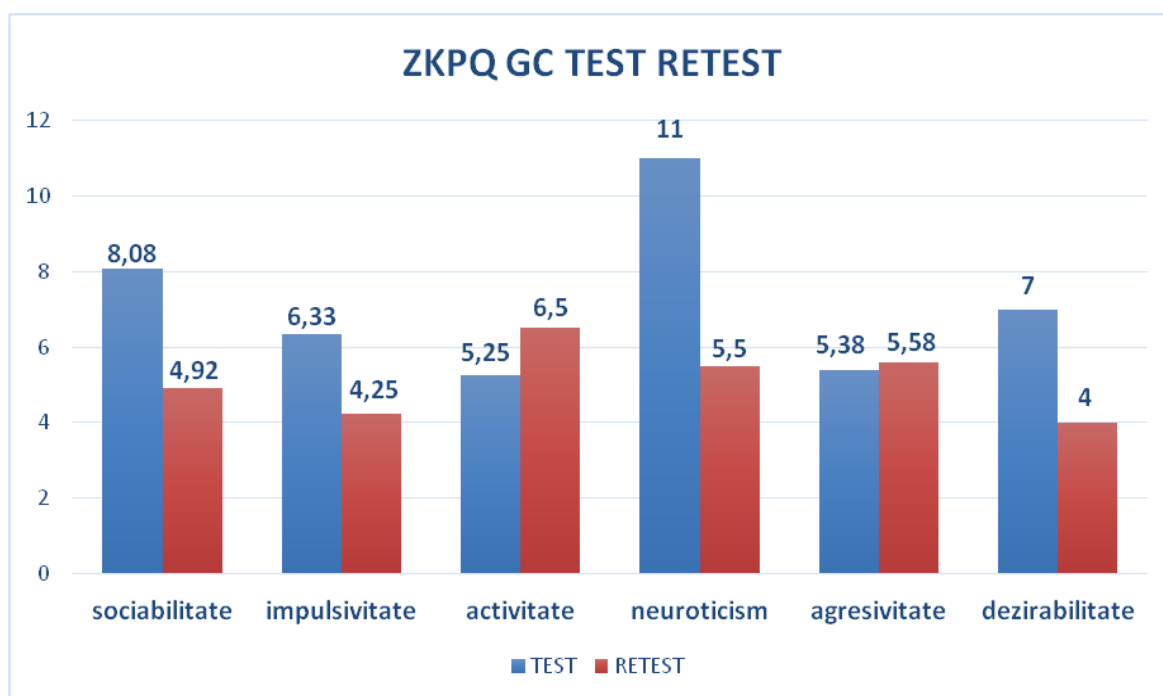


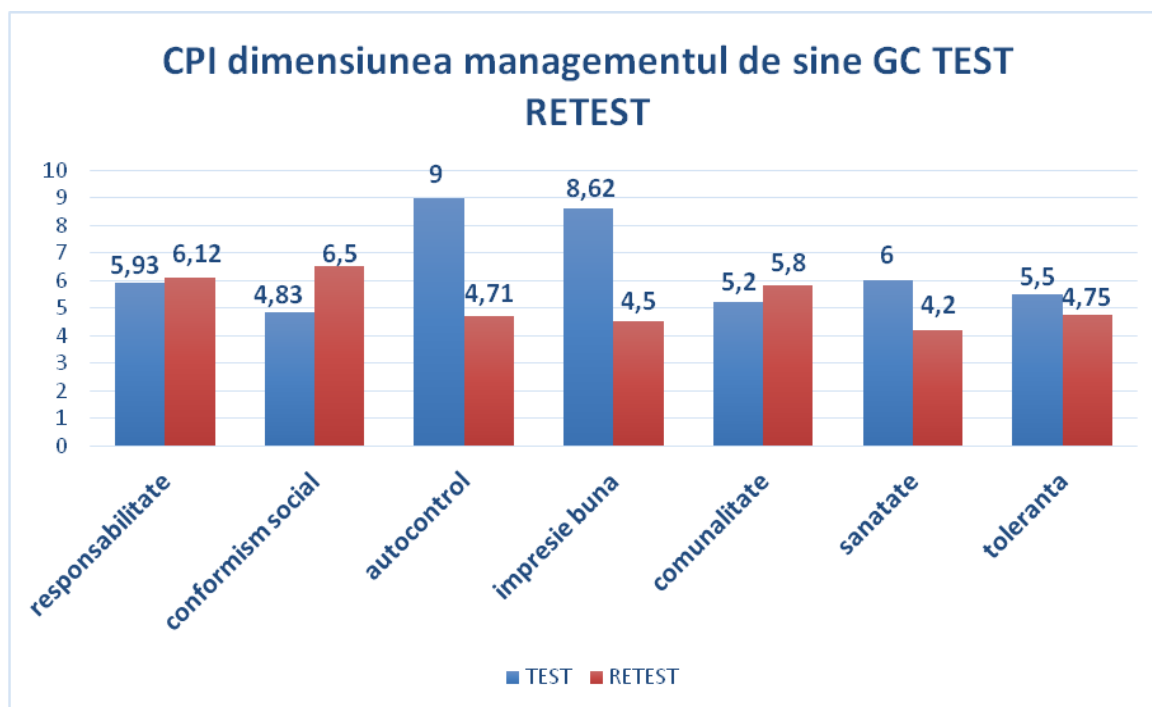
Figura 3.11 Chestionarul ZKPQ GC test retest valori medii

Valorile obținute de subiecții grupului de control în pre – și post-test sunt următoarele: sociabilitate: pre-test = 8,08, post – test = 4,92; căutare impulsivă de senzații: pre-test = 6,33, post – test = 4,25; activitate: pre-test = 5,25, post – test = 6,5; neuroticism anxietate: pre-test = 11, post – test = 5,5 ; agresivitate ostilitate: pre-test = 5,38, post – test = 5,58; dezirabilitate socială: pre-test = 7, post – test = 4.

Pentru toate scalele chestionarului ZKPQ constatăm rezultate apropiate ca valori cantitative pentru subiecții din grupul de control în pre și post test, pragul de semnificație fiind nesemnificativ statistic, fapt ce ne permite să vorbim despre faptul că *nu au intervenit schimbări la subiecții din grupul de control în pre și post test pentru trăsăturile de personalitate din modelul Big Five alternativ*: sociabilitate: $W = -0,762$, $p = 0,446$; căutare impulsivă de senzații: $W = -1,074$, $p = 0,283$; activitate: $W = -1,490$, $p = 0,136$; neuroticism anxietate: $W = -1,980$, $p = 0,058$; agresivitate ostilitate: $W = -0,622$, $p = 0,534$; dezirabilitate socială: $W = -0,187$, $p = 0,852$ (vezi tabelul 39 anexa 4).

Pentru inventarul CPI valorile obținute de subiecții grupului experimental în pre – și post test sunt următoarele: responsabilitate: pre-test = 5,93, post – test = 6,12; conformism social: pre-test = 4,83, post – test = 6,5; autocontrol: pre-test = 9, post – test = 4,71; impresia bună: pre-test = 8,62, post – test = 4,5; comunalitate: pre-test = 5,2, post – test = 5,8; sănătate: pre-test = 6, post – test = 4,2; toleranță: pre-test = 5,5, post – test = 4,75.

La nici una dintre scalele CPI dimensiunea managementul de sine nu se înregistrează o diferență semnificativă a rezultatelor cantitative pentru subiecții din grupul de control în post-test: responsabilitate: $W = -0,760$, $p = 0,447$; conformism social: $W = -0,154$, $p = 0,878$; autocontrol: $W = -0,471$, $p = 0,637$; impresia bună: $W = -0,134$, $p = 0,894$; comunalitate: $W = -0,153$, $p = 0,878$; sănătate: $W = -0,179$, $p = 0,858$; toleranță: $W = -0,715$, $p = 0,475$ (vezi tabelul 40 anexa 4).



**Figura 3.12 Chestionarul CPI dimensiunea managementul de sine GC test retest
valori medii**

Ca și **concluzie pentru etapa a treia**, compararea rezultatelor obținute de subiecții grupului de control în experimentul de constatare și experimentul de control la toate probele administrate ne permit să vorbim despre faptul că *nu au intervenit schimbări în caracteristicile studiate*, adulții din acest grup păstrându-și constante mecanismele de coping cognitiv emoționale și comportamentale, precum și nivelul de dezvoltare al trăsăturilor de personalitate din profilul inițial, deoarece nu au participat la programul integrativ de intervenție psihologică.

3.3. Concluzii la capitolul 3

1. A fost confirmată ipoteza experimentului formativ în care am presupus că *prin intermediul programului integrativ de intervenție psihologică este posibilă ameliorarea / schimbarea mecanismelor de coping cognitiv emoționale și comportamentale la vârsta adultă și a trăsăturilor de personalitate.*

2. Au fost obținute rezultate diferite semnificativ statistic pentru prima etapă (comparație GE – GC retest) și a doua etapă (GE test - rest) a experimentului formativ. Constatăm impactul pozitiv, favorabil al ședințelor formative, având în vedere faptul că s-a reușit modificarea semnificativă a tuturor mecanismelor de coping și a trăsăturilor de personalitate studiate. Astfel, prezentul program integrativ de intervenție psihologică asupra copingului și a trăsăturilor de personalitate la adult contribuie la dezvoltarea științei psihologice prin faptul că acest tip de intervenție corelativ cu ipoteza, scopul și obiectivele acestui studiu scot în evidență faptul că modificând mecanismele de coping ale adultului se modifică și trăsăturile de personalitate ale adultului.
3. Rezultatele scot în evidență scăderea în grupul experimental față de grupul de control nivelul adulților de a-și face procese de conștiință și de a se gândi în mod constant, repetitiv la aspecte disfuncționale ale vieții, precum și de a da conotații exagerate acestora în raport cu realitatea sau de a atribui efectele negative altor persoane, nivelul adulților de a se baza pe ceilalți decât pe propria persoană și de a căuta mereu validare externă, tendința de a reacționa pe moment fără a cântări consecințele, tendința de a amâna rezolvarea cu responsabilitate a unor probleme sau de a recurge la comportamente manipulative sau agresive în abordarea situațiilor de viață, nivelul adulților de a reacționa sau de a lua decizii pe moment, fără a cântări consecințele, acționând de o manieră agresivă comportamental sau verbal, precum și nivelul de anxietate și tendința de a oferi în anumite răspunsuri de fațadă.
4. Totodată, în același grup experimental am ridicat semnificativ în raport cu grupul de control nivelul de acceptare și reorganizare cognitivă și emoțională prin găsirea unor noi soluții pozitive în raport cu realitatea, a unor perspective noi, precum și reanalizarea situațiilor de viață dintr-o perspectivă pozitivă, nivelul asertivității în relațiile interpersonale, capacitatea de a relaționa cu mai multă ușurință și de a lua decizii calculate, creștem nivelul de a relaționa cu ușurință și de a resimți un nivel mai ridicat de energie în raport cu sarcinile de efectuat, nivelul adulților de a își asuma consecințele propriilor fapte, nivelul de a respecta reguli sociale, de a își controla emoțiile, de a acorda atenție felului în care sunt percepuți, de a manifesta comportamente corespunzătoare, precum și creșterea nivelului perceput de stare de bine și sănătate și a toleranței individuale față de ceilalți.

5. Compararea rezultatelor (prin testul Wilcoxon) obținute de subiecții *grupului de control în experimentul de constatare și experimentul de control* la toate probele administrate ne permit să vorbim despre faptul că *nu au intervenit schimbări în caracteristicile studiate*, adulții din acest grup păstrându-și constante mecanismele de coping cognitiv emoțional și comportamentale, precum și nivelul de dezvoltare al trăsăturilor de personalitate din profilul inițial, *deoarece nu au participat la programul integrativ de intervenție psihologică*.
6. Mecanismele de coping, atât cele cognitiv emoționale, comportamentale, și trăsăturile de personalitate pot fi modificate prin intervenții psihologice de grup utilizând un plan integrativ de lucru, care cuprinde elemente cognitiv comportamentale, psihosomatice, NLP, experiențiale, psihodramă, art terapie, elemente de desensibilizare bilaterală EMDR și tehnici moderne de neuroștiință (filmul minții, coerența inimă – creier).

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Prin rezultatele obținute în această cercetare a fost soluționată problema științifică actuală în domeniu cu privire la impactul mecanismelor de coping asupra profilului de personalitate de la vârsta adultă, precum și elaborarea și implementarea unui program integrativ de intervenție psihologică de ameliorare a mecanismelor de coping și a unor trăsături de personalitate la vârsta adultă. Analiza rezultatelor teoretice și experimentale ne permite să formulăm următoarele concluzii:

1. Coping-ul combină fiziologia stresului și a trăsăturilor bazale de personalitate, implicând coordonarea emoției, comportamentului, atenției, motivației și cunoașterii către adaptare. Reziliența indică capacitatea de adaptare la stres prin valorificarea resurselor personale. Având în vedere tipul de atașament primar din copilărie, adultul dezvoltă mecanisme de coping specifice, pe care le transpune în plan comportamental atât în relație cu sine cât și cu ceilalți.
2. Există 7 *factori principali* care explică relația între mecanismele de coping cognitiv emoționale, comportamentale și factorii de personalitate Big Five, aceștia fiind denumiți după cum urmează: *indicator antisocial, indicator prosocial, indicator labilitate emoțională, indicator gândire ambivalentă, indicator pesimism, indicator de optimism, indicator de atașament*.
3. Există 3 mecanisme de coping cognitiv emoționale (reevaluare pozitivă, ruminare, culpabilitate) și 4 mecanisme de coping comportamentale (acțiune instinctuală, relaționare, agresivitate, suport) care sunt predictorii ai impresiei favorabile.
4. Există o diferență semnificativă statistic între bărbați și femei în ceea ce privește autocontrolul, iar mecanismele de coping asociate autocontrolului emoțional sunt diferite în funcție de gen.
5. O parte dintre mecanismele de coping rămân constante pe parcursul vârstei adulte (până la 50 de ani), iar o parte dintre mecanismele de coping sunt diferite în funcție de nișa de vârstă adultă. Putem concluziona deci că odată cu maturizarea biologică și psihoemoțională a individului sunt antrenate și manifestate mecanisme de coping diferite, care aparțin nișei de vârstă la de la momentul respectiv.
6. A fost elaborat profilul de personalitate al adultului cu privire la mecanismele de coping cognitiv emoționale și cele comportamentale, precum și trăsăturile de personalitate studiate.

7. A fost elaborat și implementat un program integrativ de intervenție psihologică, în urma căruia au fost modificate toate mecanismele de coping cognitiv emoționale și comportamentale, precum și trăsăturile de personalitate studiate. Faptul că mecanismele de coping pot fi modificate și drept consecință se pot modifica și trăsăturile de personalitate, face parte din caracteristica de homeostazie a personalității (tendința naturală de a-și menține echilibrul), din caracteristica flexibilității personalității (putem modifica aspecte ale personalității proprii dacă dorim și intenționăm acest lucru), dar și de principiul neuroplasticității (putem construi rute neuronale noi la orice vârstă). Dincolo de diversitatea tehnicilor și a metodelor aplicate în grup, un aspect cheie în schimbare este motivația persoanei de a renunța la tipare de gândire, simțire și comportamentale vechi și direcționarea atenției în mod voluntar către modalități noi de a face față realității.
8. Mecanismele de coping au un impact asupra profilului de personalitate la vârsta adultă, schimbând mecanismele de coping se modifică și profilul de personalitate al adultului.

Recomandări pentru implementare:

1. Procedura de intervenție psihologică prin programul integrativ de intervenție psihologică dezvoltat în experimentul formativ pentru adulți poate fi implementată în cadrul grupurilor de dezvoltare personală a adulților din mediul organizațional sau privat, pentru dezvoltarea anumitor abilități specifice de adaptare și restructurare a personalității adultului;
2. Ecuația de predicție dezvoltată ca urmare a experimentului de constatare poate fi utilizată în cadrul procedurilor de selecție profesională în cadrul diferitelor instituții care prevăd examinarea psihologică pentru admiterea în sistem, astfel încât acum există posibilitatea de a prognoza distorsiunea profilului de personalitate ca urmare a anumitor mecanisme de coping utilizate cu preponderență de adult;
3. Relațiile mecanismelor de coping cu anumite trăsături de personalitate, cât și specificitatea unor mecanisme de coping în funcție de genul persoanei și de nișa de dezvoltare (adult tânăr sau adult de vârstă medie) pot fi valorificate în dezvoltarea unor ghiduri de intervenție psihologică clinică pentru vârsta adultă.
4. Materialele prezentate în lucrare pot fi utilizate în predarea cursurilor universitare, masterale sau de specializare și formare profesională continuă pentru psihologi, psihoterapeuți și pot fi integrate în practica organizațională sau clinică.

5. Protocolul de intervenție de grup poate fi utilizat în lucrul cu gestionarea nivelului de stress sau dezvoltarea autocontrolului emoțional, precum și restructurarea semnificativă a personalității de la vârsta adultă.

Sugestii privind cercetările viitoare:

Lucrarea de față îți propune să deschidă orizonturi noi în cercetarea copingului, cum ar fi:

- (1) Studii longitudinale, pornind din copilărie (de la vârsta aproximativă de 5 ani) prin investigarea pattern-urilor de atașament și a modului de dezvoltare a copingului până la vârsta adultă;
- (2) Investigarea aprofundată a mecanismelor de coping ale adultului, evaluarea și psihoterapia acestora;
- (3) Cercetarea consecințelor pe termen lung a mecanismelor de coping ale adultului în sfera profesională și în comparație cu vârsta bătrâneții (studii de geriatrie);
- (4) Cercetarea transdisciplinară, medicală și psihologică, a mecanismelor de coping prin intermediul Brain Map-ului, astfel încât prin cartografierea creierului să poate fi identificate regiunile corticale activate de coping, iar prin Neurofeedback sa se procedeze la ameliorarea / schimbarea copingului;
- (5) Cercetarea printr-un experiment formativ în paralel a două loturi omogene privind perioada și eficacitatea desfășurării unui program de intervenție psihologică de grup clasic (astfel cum a fost dezvoltat în prezenta lucrare) versus un program de intervenție asupra copingului prin Neurofeedback.

BIBLIOGRAFIE

1. ACADEMIA ROMÂNĂ. *Dicționarul explicativ al limbii române*. București: Ed. Univers Enciclopedic, 2016. ISBN 978-606-704-161-3.
2. ALBRECHT, K. *Inteligența socială*. București: Ed. Curtea Veche, 2007. ISBN 978-973-669-314-4.
3. ALLPORT, G.V. *Structura și dezvoltarea personalității*. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1981. ISBN: 973-30-1151-7.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5. *Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*. București: Ed. Callisto, 2016. ISBN: 978-606-8043-14-2
5. ANIȚEL, M.; BURTĂVERDE, V.; CHRAIF, M. & MIHĂILĂ, T. *Tratat de psihologia personalității*. București: Ed. Trei, 2016. ISBN 978-606-71-9538-5.
6. BĂBAN, A. *Stres și personalitate*. Cluj-Napoca : Ed. Presa Universitară Clujeană, 1998. ISBN 973-9354-35-1.1
7. BĂBAN, A. *Consiliere educațională*. Cluj-Napoca : Ed. Imprimeria Ardealul, 2001. ISBN 973-0-02400-6.
8. BERGLEY, S. & DAVIDSON, R. *Creierul și inteligența emoțională*. București: Ed. Litera, 2013. ISBN 9786063367717.
9. BERNDT, C. *Reziliența. Secretul Puterii Psihice. Cum devenim mai rezistenți la stres, depresii și epuizare psihică*. București: Ed. All Educațional, 2016. ISBN 978-973-684-882-7.
10. BERNE, E. *Ce spui după „Bună ziua”? Psihologia Destinului Uman*. București: Ed. Trei, 2006. ISBN 978-973-707-085-2.
11. BIRCH, A. *Psihologia dezvoltării*. București: Ed. Tehnică, 2000. ISBN 973-31-1442-1
12. BOCOS, M. *Instruire interactivă. Repere pentru reflecție și acțiune*, Editia a II-a. Cluj-Napoca: Ed. Presa Universitară Clujeană, 2002. ISBN 9789736100918.
13. BOCOS, M. *Didactica disciplinelor pedagogice*. Un cadru constructivist, Editia a II-a. Pitesti: Ed. Paralela 45, 2007. ISBN 9789734724826.
14. BOHART, C.A. & GREENBERG, S.L. *Empatia în psihoterapie*. București: Ed. Trei, 2011. ISBN: 978-973-707-483-6.
15. BOTA, C. & VAIDA, S. Eficiența intervențiilor online în formarea strategiilor de coping și reducere a stresului la școlari. O perspectivă teoretică. *Revista de psihologie*. 2020, nr 1 (66), pp 49 –60. ISSN 2344-4665.

16. CATTRAUX, J. *Terapiile cognitive. Cum să acționăm asupra propriilor gânduri*. Iași: Ed. Polirom, 2003. ISBN: 973-681-424-6.
17. CIORBEA, I. (Coord. Ed.) *Evaluarea psihologică aplicată. Repere teoretice și practice*. București: Ed. Trei, 2015. ISBN:978-606-719-355-8.
18. COSTACHE, M. *Ghid de dezvoltare personală*. Iași: Ed. Tehnopress, 2005. ISBN: 978-973-579-210-7.
19. COQUEREAUMONT, M. E. *Gata cu fricile! 21 de zile ca să vindec copilul interior*. București: Ed. Didactica Publishing House, 2019. ISBN 978-606-683-948-8.
20. CREȚU, T. *Psihologia Vârstelor*. Iași: Ed. Polirom, 2009. ISBN: 9789734613588.
21. DAFINOIU, I. *Elemente de psihoterapie integrativă*. Iași: Ed. Polirom, 2001. ISBN 973-683-471-9.
22. DAFINOIU, I. *Personalitatea. Metode calitative de abordare: Observatia si interviul*. Iași: Ed. Polirom, 2002. ISBN: 973-683-885-4.
23. DAVID, D. *Castele de nisip. Știință și pseudoștiință în psihopatologie*. București: Ed. Tritonic, 2003. ISBN: 973-8497-21-3.
24. DAVID, D. *Psihoterapii individuale și de grup. Prezentare generală. Manual și suport de curs*. Cluj-Napoca: Ed. Universitatea Babeș-Bolyai, 2006. ISBN: 978-973-46-0491-3.
25. DAVID, D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Iași: Ed. Polirom, 2006. ISBN: 978-973-46-6819-9.
26. DAVID, D. *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*. Iași: Ed. Polirom, 2006. ISBN: 973-681-917-5.
27. DISPENZA, J. *Antrenează-ți creierul! Strategii și tehnici de antrenare mentală*. București: Ed. CurteaVeche, 2019. ISBN 9789736698194.
28. EVEN, R.B. *Introducere în teoriile personalității*. București: Ed. Trei, 2012. ISBN 978-973-707-585-7.
29. EVANS, K. & GILBERT, M. *Introducere în psihoterapia integrativă. Un model relarelațional integrativ al psihoterapiei*. București: Ed. Liber Mundi, 2014. ISBN 9786069232507.
30. EKEMAN, P. *Emoții date pe față. Cum să citim sentimentele de pe chipul uman*. București: Ed. Trei, 2011. ISBN: 978-973-707-559-8.
31. FELDMAN, R.D.; PAPALIA, D.E. & OLDS, S.W. *Dezvoltarea umana*. București: Ed. Trei, 2010. ISBN 978-973-707-414-0.

32. FISCHER, G. & RIEDESSER, P. *Tratat de psihotaumatologie*. București : Ed. Trei, 2001. ISBN 973-9419-84-4.
33. FREUD, S. *Psihologia colectiva si analiza Eului*. București: Ed. Cartex, 2016. ISBN 978-606-8023-83-0.
34. GOLU, M. *Dinamica personalitatii*. București: Ed. Geneze, 1993. ISBN 973-9099-16-5.
35. HOLDEVICI, I. *Psihoterapii scurte*. București: Ed. Ceres , 2000. ISBN: 973-40-0474-3.
36. ICD-10 *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament – Descrieri clinice și îndreptare diagnostice* - OMS 1993. Trad. Dehelean M. ș.a. București: Ed. Trei, 2016. ISBN: 978-606-719-838-6.
37. ILUȚ, P. *Valori, atitudini și comportamente sociale*. Iași: Ed. Polirom, 2004. ISBN: 973-681-763-6.
38. IONESCU, Ș. *Paisprezece abordări în psihopatologie*. Iași: Ed. Polirom, 1998. ISBN: 973-683-068-3.
39. IONESCU, Ș. (coord). *Tratat de reziliență asistată*. București: Ed. Trei, 2013. ISBN: 978-973-707-737-0.
40. JUNG, C.G. *Dezvoltarea personalității*. București: Ed. Trei, 2006. ISBN 973-707-062-3.
41. LEUȚANU, G.; **MOCANU, M.N.** & TÎRLEA, G. Starea de bine organizațională în context pandemic, de la coping la adaptare. *Revista de psihologie militară*. 2023, nr 2, pp. 48 – 56. ISSN 2784 – 2649.
42. LUCA, M.R. *Introducere în psihologia personalității*. Ed. a 2-a. Brașov: Ed. Universitatea Transilvania, 2010. ISBN: 978-606-19-0281-1.
43. MANES, S. *83 de Jocuri psihologice pentru animarea grupului*. Iași: Ed. Polirom, 2008. ISBN: 973-46-1213-0.
44. MARTIN, N. *Bazele teoretice ale psihodiagnosticului*. Constanța: Ed. Ovidius University Press, 2007. ISBN 978-973-614-358-2.
45. MASLOW, A.H. *Motivație și personalitate*. Ed a 3-a. București: Ed. Trei, 2013. ISBN: 978-973-707-905-3.
46. MICLEA, M. *Stres si aparare psihica*. Cluj-Napoca: Ed. Presa Unversitara Clujeana, 1997. ISBN 973-9261-48-5.
47. MITROFAN, I. & MITROFAN, N. *Familia de la A ... la Z*. Mic dicționar al vieții de familie. București: Ed. Științifică, 1991. ISBN: 973-44-0041-x
48. MITROFAN, I. *Psihoterapia experiențială*. București: Ed. Info Medica, 1999. ISBN: 973-9394-20-5615.851.
49. MITROFAN, I. *Terapia unificării*. București: Ed. Sper, 2004. ISBN 973-8383-08-0.

50. **MOCANU, M.N.** Rolul mecanismelor de coping și al coerenței inimă creier în gestionarea stresului profesional al judecătorului. *Revista Română de Jurisprudență*. București: Ed. Universul Juridic. 2022, nr. 2, pp 688 – 695. ISSN 1844 – 6450.
51. **MOCANU, M.N.** Neurobiologia alianței terapeutice și integrarea mecanismelor de coping în relația sinelui cu ceilalți. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice : Analele științifice ale doctoranzilor*. 2022, vol 20, pp. 229 – 234. ISSN 1857-0267. ISBN 978-9975-46-420-8.
52. **MOCANU, M.N.** Mecanisme de coping în context adaptiv și dezadaptiv neuroștiințific. În: *Competențe adaptative și dezadaptative. Lucrări conferința APAR Ediția XVII*. Brașov: Ed APAR, 2022, pp 216 – 232. ISBN 978 606 95470 0 7.
53. **MOCANU, M.N.** Coping și epigenetică – de la adaptare la transformare. În: *Tulburări neurocognitive. Volumul conferinței internaționale APAR ediția 18*. Brașov: Ed. APAR, 2023, pp 205 – 216. ISBN 978 – 606 – 95470 – 3- 8.
54. **MOCANU, M.N.** Evoluția copingului la vârsta adultă. În: *Perspectivelor și Problemele Integrării în Spațiul European al Cercetării și Educației*. Cahul: USC, 2023, pp. 169 – 177. ISSN 2587-3563
55. PIAGET, J. *Probleme de psihologie genetica. Copilul si realitatea*. București: Ed. Trei, 2022. ISBN 978-606-40-1371-2.
56. POPESCU, O. & VÎȘCU, L. *Factorii comuni în psihoterapie. Perspectiva integrative strategică*. București: Ed. Pro Universitaria, 2017. ISBN 978-606-26-0668-8.
57. POPESCU-NEVEANU, P. *Tratat de psihologie generală*. București: Ed. Trei, 2013. ISBN: 978-973-707-695-3.
58. PREDA, V.R. *Efecte ale stressului și strategii de coping la cadrele didactice și la elevi*. Rezumat la teza de doctor în psihologie. Cluj, 2010. Disponibil: <https://ro.scribd.com/document/371377683/Preda-Vasile-Radu-ro-pdf>. [accesat 2024-05-23].
59. RACU, I. *Psihodiagnoză și statistica psihologică*. Chișinău: Ed. UPS Ion Creangă, 2005. ISBN 978-9975-136-61-7.
60. RACU, I & RACU, Iu. *Psihologia dezvoltării*. Chișinău: Ed. UPS Ion Creangă, 2007. ISBN: 978-9975-921-26-8.
61. RACU, I. & **MOCANU, M.N.** Obiective și strategii în studiul dezvoltării mecanismelor de coping. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și ale modernizării învățământului. Volumul conferinței naționale cu participare internațională*. Chișinău: Rep. Moldova, 2022, nr 1, pp 62 – 68. ISBN 978-9975-46-773-5.

62. RACU, I. & **MOCANU, M.N.** Cercetarea experimentală a mecanismelor de coping la vârsta adultă. *Univers Pedagogic*. 2023, nr 4 (80), pp. 5 – 11. ISSN 1811-5470.
63. RACU, I. & **MOCANU, M.N.** Mecanismele de coping – predictorii ai dezirabilității răspunsurilor în cadrul examinării psihologice. *Psihologie Revista Științifico – Practică*. 2023, nr 42(1), pp. 96 – 104. ISSN 2537-6276.
64. RACU, I. & **MOCANU, M.N.** Legătura copingului cu factorii de personalitate Big Five. În: *Volumul Conferinței Științifice Internaționale Știință și Educație: Noi abordări și perspective*. Chișinău: Rep Moldova, 2023, pp. 72 - 78. ISBN 978-9975-46-774-2.
65. RAMACHANDRAN, V.S. *Ce ne spune creierul*. București : Ed. Litera, 2017. ISBN : 978-606-33-1988-4.
66. RĂDULESCU, S.M. *Sociologia problemelor sociale ale vârstelor*. București: Ed. Computer Publishing Center, 1994. ISBN: 973-588-194-2.
67. RINPOCHE, Y.M. & SWANSON, E. *Bucuria de a trăi*. București: Ed. Curtea Veche, 2007. ISBN 9786064400079.
68. SIEGEL, D.J. *Mindfulness și neurobiologie. Calea către cultivarea stării de bine*. București: Ed. Herald, 2016. ISBN 594-841-74-8001-3.
69. SIEGEL, D.J. *Mindsight: noua știință a transformării personale*. București: Ed. Herald, 2019. ISBN 978-973-111-887-1.
70. STAHL, S. *Vindecarea copilului interior*. București: Ed. Litera, 2020. ISBN 9786063338359.
71. ȘCHIOPU, U. *Introducere în psihodiagnostic*. București: Ed. Humanitas, 2002. ISBN 975-85164-4-7.
72. VERZA, E. *Psihologia vârstelor*. București: Ed. Hyperion, 1993. ISBN 973-96161-3-5.
73. VÎGOTSKI, L.S. *Opere psihologice alese*. Vol I. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1971.
74. VÎGOTSKI, L.S. *Opere psihologice alese*. Vol II. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1971.
75. YALOM, I. & LESZCZ, M. *Tratat de psihoterapie de grup*. București: Ed. Trei, 2008. ISBN: 978-973-707-733-2.
76. ACREE, M.; BUSSOLARI, C.; HULT, J.R. & MOSKOWITZ, J.T. What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*. 2009, nr 135(1), pp.121-41. ISSN 1939-1455.

77. ADAM, E.; DUNCAN, G.J.; GENNETIAN, L. & LUDWIG, J. Neighborhoods, obesity, and diabetes- a randomized social experiment. *New England Journal of Medicine*. 2011, nr 365(16), pp. 1509-1519. ISSN 0028-4793.
78. ADAMS, E. A proposed causal model of vocational teacher stress. *Journal of Vocational Education and Training*. 2001, nr 53(2), pp. 223-246. ISSN 13636820.
79. ADMIRAAL, W.F.; KORTHAGEN, F.A. & WUBBELS, T. Effects of student-teachers' coping behaviour. *British Journal of Educational Psychology*. 2000, nr 70, pp. 33-52. ISSN 2044-8279.
80. AGAIBI, C.E. & WILSON, J.P. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005 , nr 6(3), pp. 195-216. ISSN 1524-8380.
81. AGBARIA, Q. Coping with Stress Among Israeli–Palestinian High School Students: The Role of Self-Control, Religiosity, and Attachment Pattern. *Journal of Religion and Health*. 2021, nr 60, pp. 692–708. ISSN 15736571.
82. ALDWIN, C.M. *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. New York: Guilford Press, 1994. ISBN 0898622611.
83. AINSWORTH, M.S. Attachments beyond infancy. *American Psychologist*. 1989, nr 44(4), pp. 709-716. ISSN 0003-066X.
84. ALUJA, A.; BLANCH, A. & GARCIA, L.F. Dimensionality of Maslach Burnout Inventory in school teachers: A study of several proposals. *European Journal of Psychology Assessment*. 2005, nr 21(1), pp. 67-76. ISSN 1015-5759.
85. ALUJA, F.A.; BISCARRI, G.J & BLANCH, P.A. Burnout syndrome and coping strategies: a structural relations model. *Psychology in Spain*. 2007, nr7(1), pp. 46-55. ISSN 1137-9685.
86. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Dictionary of Lifespan Developmental Psychology* (APA Reference Books Collection), 2013/2020. ISBN 13: 9781433813733
87. ANASTASI, A. *Psychological testing*. New York: Ed. MacMillan Publishing Co. Inc., 1988. ISBN 0-02-302980-3.
88. ANDOLINA, D. & BORRECA, A. The key role of the amygdala in stress. *The Amygdala- Where Emotions Shape Perception, Learning and Memories*. U.S.A.: Intech, 2017. ISBN 978-953-51-5000-8.
89. ANTONOVSKI, A. The structure and proprieties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*. 1993, nr 36, pp. 725-733. ISSN 0277-9536.
90. APPLEBY, M.H. *Dynamic of stress, physiological, psychological and social perspectives*. New York: Ed. Plenum Press, 1986. ISBN 978-1468451245.

91. AQUILINO, W.S. Family Relationships and Support Systems in Emerging Adulthood. In: *J. Arnett and J. L. Tanner (Eds.), Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century (pp. 193–217)*. American Psychological Association. ISBN: 978-1-59147-329-9.
92. ARDITO, R.B. & RABELLINO, D. Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology*. 2011, nr 2 (270), pp 1-11. ISSN 22028698.
93. ARNETT, J. J. Conceptions of the transitions to adulthood: Perspectives from adolescence to midlife. *Journal of Adult Development*. 2001, nr 8, pp. 133-143. eISSN: 1573-3440.
94. ARNETT, J. J. Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*. 2007, nr 1, pp. 68–73. eISSN: 1750-8606.
95. ARSLAN, G. & YLDIRIM, M. Coronavirus stress, meaningful living, optimism, and depressive symptoms: a study of moderated mediation model. *Australian Journal of Psychology*. 2021, nr. 73 (2), pp. 113-124 . ISSN 1742-9536.
96. ATKINSON, R.K.; DERRY, S.J.; RENKL, A. & WORTHAM, D.W. Learning from examples: Instructional principles from the worked examples research. *Review of Educational Research*. 2000, nr 70, pp. 181-214. ISSN 0034-6543.
97. AYERS, W. *City kids, city schools: More reports from the front row*. New York: The New Press, 2009. ISBN 10 – 1595583386.
98. AYERS, S.; COPLAND, C. & DUNMORE, E. A preliminary study of negative appraisals and dysfunctional coping associated with post-traumatic stress disorder symptoms following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*. 2009, nr 14(3), pp. 450 – 471. ISSN 2044-8287.
99. BANDURA, A. & SCHUNK, D.H. Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1981, nr 41(3), pp. 586-598. ISSN 0022-3514.
100. BANDURA, A. *Self-efficacy: the exercise and control*. New York: W.H Freeman and Company, 1997. ISBN 978-0716726265.
101. BANDURA, A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. În: E.A. Lock (Ed.), *Handbook of principles of organizational behavior*. Oxford, Blackwell, pp. 120-136, 2000. ISBN 978-0470740941.
102. BARAM, T.Z. & JOELS, M. The neuro-symphony of stress. *Nature Review Neuroscience*. 2009, nr 10, pp. 459–466. ISSN 1471-0048.

103. BARON, R.M. & KENNY, D.A. The moderator-mediator variable distinction in social research: Conceptual, strategic and statistical consideration. *Journal of Psychology and Social Psychology*. 1986, nr 51, pp. 1173-1182. ISSN 0022-3514.
104. BAUER, J. & MCADAMS, D. Personal Growth in Adults' Stories of Life Transitions. *Journal of personality*. 2004, nr 72, pp. 573-602. ISSN: 1467-6494.
105. BAUMEISTER, R.F.; BOONE, A.L. & TANGNEY, J.P. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*. 2004, nr 72(2), pp. 271-324. ISSN 1467-6494.
106. BAUMEISTER, R. & TIERNEY, J. *Willpower: Rediscovering the Greatest Human Strength*. London: Penguin Books, 2012. ISBN 0143122231.
107. BECK, A. T. & FREEMAN, A. *Cognitive Therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press, 2015. ISBN -13 978-1462525812.
108. BECKER, B.; CICCHETTI, D. & LUTHAR, S.S. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000, nr 71(3), pp. 543–562. ISSN 1467-8624.
109. BELSKY, J. *Experiencing the Lifespan* (5th Ed.). Florida: Worth Publishers, 2018. ISBN 978-1319107017.
110. BEST, K.M.; GARMEZY, N. & MASTEN, A.S. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990, nr 2(4), pp. 425–444. ISSN 0954-5794.
111. BILLINGS, A.G. & MOOS, R.H. The role of coping responses and social responses and social resources in attenuating the stress of live events. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981, nr 4, pp. 157-189. ISSN 1573-3521.
112. BIRD, G.W. & HARRIS, R.L. A comparison of role strain and coping strategies by gender and family structure among early adolescents. *Journal of Early Adolescence*. 1990, nr 10, pp. 141-158. ISSN 0272-4316.
113. BLANCHETTE, C.; BRISSON, C. & GUIMONT, C. Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek “Job Content Questionnaire”. *Work Stress*. 1998, nr 12, pp. 322-326. ISSN 1464-5335.
114. BLEIDORN, W. What accounts for personality maturation in early adulthood? *Current Directions in Psychological Science*. 2015, nr 24, pp. 245–252. ISSN: 1467-8721.
115. BLOOM, B.S. *Stability and change in human characteristics*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1964. ISBN 64-171-33.

116. BOLGER, N. Coping as a Personality Process: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990, nr 59(3), pp. 525-537. ISSN 0022-3514.
117. BONANNO, G.A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. 2004, nr 59(1), pp. 20–28. ISSN 0003-066X.
118. BOTTESI, G.; CARUSO, M.; CAUDEK, C.; CERE, S.; COLPIZZI, I.; GIULINI, P.; LATZMAN, R.D. & SICA, C. Facing distress in Coronavirus era: The role of maladaptive personality traits and coping strategies. *Personality Individual Differences*. 2021, nr 177, pp. 110 – 133. ISSN 0191-8869.
119. BOUCHAMMA, Y.; DAVID, M. & SAINT GERMAIN, M. Leadership et stress en milieu minoritaire francophone. *McGill Journal of Education*. 2005, nr 40(2), pp. 285-303. ISSN 1916-0666.
120. BOURNE, E. *Healing Fear. New Approaches to Overcoming Anxiety*. California: New Harbinger Publications Inc., 1998. ISBN 978-1572241169.
121. BOWLBY, J. *A Secure Base*. New York: Basic Books, 1988. ISBN 978-0465075973.
122. BRADEN, G. *Resilience from the heart. The power to thrive in life's extremes*. New York: Hay House Inc., 2015. ISBN 10 - 9781401929268.
123. BRANNON, L. & FEIST, J. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Belmont: Wadsworth Centage Learning, 2009. ISBN 9780495603481.
124. BRAZELTON, T.B.; MAIN, M.; SOLOMON, J. & YOGMAN, M.W. *Affective development in infancy*. Norwood NJ: Ablex, 1986. ISBN 978-0893913458.
125. BRICH, K.H. *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York: Guilford Press, 2002. ISBN 978-1462519262.
126. BROUWERS, A. & TOMIC, W. A longitudinal study of teacher burnout and perceived self- efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*. 2000, nr 16(2), pp. 239-254. ISSN 0742-051X.
127. BROWN, J.D. & TAYLOR, S.E. Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*. 1994, nr 116, pp. 21-27. ISSN 0033-2909.
128. BURGER, J. *Personality*. Boston: Cengage Learning; 9th edition, 2014. ISBN 128574022X.
129. BURISCH, M. A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences. *Work and Stress*. 2002, nr 6(1), pp. 1-17. ISSN 1464-5335.
130. BUSS, D.M. & CANTOR, N. *Personality psychology: Recent trends and emerging directions*. New York: Springer-Verlag Publishing, 1989. ISBN 0-387-96993-4.

131. BUSS, D.M. Evolutionary psychology: A new paradigm for psychological science. *Psychological Inquiry*. 1995, nr 6(1), pp. 1–30. ISSN 1532-7965.
132. CANTOR, N. From thought to behavior: "Having" and "doing" in the study of personality and cognition. *American Psychologist*. 1990, nr 45(6), pp. 735–750. ISSN 1935-990X.
133. CARVER, C. S. & SCHEIER, M. F. Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*. 1990, nr 97(1), pp. 19–35. ISSN 1939-1471.
134. CARVER, C.S. *Perspectives on Personality* (4th Edition). Boston: Allyn & Bacon, 1999. ISBN 0205293948.
135. CHAN, D.W. Stress, coping strategies, and psychological distress among secondary school teachers in Hong Kong. *American Educational Research Journal*. 1998, nr 35(1), pp.145-163. ISSN 00028312.
136. CICCHETTI, D. & CURTIS, W. J. (Eds.). A multilevel approach to resilience. *Development and Psychopathology*. 2007, nr 19, pp. 37–53. ISSN 627–955.
137. CLARIDGE, B. & COOPER, C. L. *Stress in the Spotlight Managing and Coping with Stress in the Workplace*. England: Palgrave MacMillan, 2014. ISBN 10 – 1137292342.
138. CLONINGER, C. R. *Feeling good: The science of well-being*. New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 0195051378.
139. COHEN, F. & WILLS, T.A. Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985, nr 98(2), pp. 310-357. ISSN 0033-2909.
140. CONGER, R.D.; DINERO, R.E. & SHAVER, P.R. Influence of family of origin and adult romantic partners on romantic attachment security. *Journal of Family Psychology*. 2008, nr 22 (4), pp. 622–632. ISSN 1939-1293.
141. CONNOR, K.M. & DAVIDSON, J.R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*. 2003, nr 18(2), pp. 76-82. ISSN 2582-3264.
142. COSTAFREDA, S.G.; FU, C.H.Y & STEINER, H. Predictive neural biomarkers of clinical response in depression: a meta-analysis of functional and structural neuroimaging studies of pharmacological and psychological therapies. *Neurobiology*. 2013, nr 52, pp. 75–83. ISSN 1559-1182.
143. CRANFORD, J.A. & LEE, H.H. Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviors? A study of Korean adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008, nr 96(3), pp. 213–221. ISSN 0376-8716.

144. CRAȘOVAN, D.I. & MARICUȚOIU, L.P. Coping and defence mechanisms: What are we assessing?. *International Journal of Psychology*. 2014, nr 51(2), pp. 83 – 92. ISSN 1464-066X.
145. CRAȘOVAN, D.I. Gender-related differences in self-reported coping mechanisms. A study on Romanian population. *Romanian Journal of Applied Psychology*. 2015, nr 17 (1), pp. 17-22. ISSN 1454-8062.
146. CROSSWELL, A.D. & LOCKWOOD, K.G. Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health Psychology*. 2020, nr 7(2), pp.1 – 12. ISSN 1930-7810.
147. CSIKSZENTMIHALYI, M. & SELIGMAN, M.E.P. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. 2020, nr 55(1), pp. 5–14. ISSN 0003-066X.
148. DEARY, I. J.; MATTHEUS, G. & WHITEMAN, M. C. *Personality traits*, 2nd ed. New York: Cambridge University Press, 2003. ISBN 0-521-83107-5.
149. DUANGDAO, K.M. & ROESCH, S.C. Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Encyclopedia of Behavioural Medicine*. 2008, nr 31, pp. 291–300. ISSN 9781441910042.
150. EDEN, D. & WESTMAN, M. Effects of a respite from work on burnout: Vacation relief and fade-out. *Journal of Applied Psychology*. 1997, nr 82(4), pp. 516–527. ISSN 1939-1854.
151. ERFORD, B.T. & LUTZ, J.A. Choosing Assessment Instruments for Anxiety Practice and Outcome Research With School-Aged Youth. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2015, nr. 48(3), p. 214-225. ISSN 1947-6302.
152. ELKLIT, A. & JAKOBSEN, A.V. Self-control and coping responses are mediating factors between child behavior difficulties and parental stress and family impact in caregivers of children with severe epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2021, nr 122, pp. 108 – 224. ISSN 1525-5050.
153. EMMONS, R. A. & KING, L. A. Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990, nr 58(5), pp. 864–877. ISSN 1939-1315.
154. EPSTEIN, R. *Cognition, Creativity, and Behavior: Selected Essays*. Westport City: Praeger, 1996. ISBN 0275944522.
155. ERIKSON, E.; GARDNER, R.; HEIDER, F. & PAUL, H.I., *Psychological issues*. New York: International Universities Press, 1959. ISBN 3148514.
156. ESPELAGE, D.L.; MONDA-AMAYA, L.E. & ROSE, C.A. Bullying perpetration and victimization in special education: A review of the literature. *Remedial and Special Education*. 2011, nr 32(2), pp. 114–130. ISSN 07419325.

- 157.FARB, N.A.; SEGAL, Z.V. & MAYBERG, H. Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2007, nr 2, pp. 313–322. ISSN 1749-5024.
- 158.FEDER, A. & HORN, S. R. Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. *President and Fellows of Harvard College*. 2018, nr 26 (3), pp. 158-166. ISSN 0017-8055.
- 159.FLETCHER, D. & SARKAR, M. Psychological Resilience. *European Psychologist*. 2013, nr 18(1), pp. 12 – 23. ISSN 1016-9040.
- 160.FOLKMAN, S. & LAZARUS, R. S. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984. ISBN 13 - 978-0826141910.
- 161.FOLKMAN, S. & MOSKOWITZ, J.T. Positive affect and other side of coping. *American Psychologist*. 2000, nr 55, pp. 647-654. ISSN 0003-066X.
- 162.de la FUENTE; J., KAUFFMAN, D.; PAOLONI, P.; YILMAZ, S.M.; SANDER, P. & ZAPATA, L. Big Five, Self-Regulation, and Coping Strategies as Predictors of Achievement Emotions in Undergraduate Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, nr 17(10), pp. 2 – 20. ISSN 1660-4601.
- 163.FUNDER, D. C. Personality. *Annual Review of Psychology*. 2001, nr. 52, p. 197–221. ISSN 1545-2085.
- 164.FURNHAM, A. & HEAVEN, P. *Personality and social behaviour*. London: Hodder Education Publishers, 1999. ISBN 0340677244.
- 165.GIANAKOS, I. Gender roles and coping with work stress. *Sex Roles. A Journal of Research*. 2000, nr 42(11-12), pp. 1059–1079. ISSN 2348-6848.
- 166.GIANAROS, P. J. & WAGER, T. D. Brain-Body Pathways Linking Psychological Stress and Physical Health. *Current Directions in Psychological Science*. 2015, nr 24(4), pp. 313–321. ISSN 1467-8721.
- 167.GILBERT, M. & ORLANS, V. *Integrative Therapy 100 Key Points and Techniques*. Routledge: Taylor & Francisc, 2011. ISBN 9780415413770.
- 168.GILLILAND, B.E. & JAMES, R.K. *Theories and strategies in counseling and psychotherapy* (5th ed.). U.S.A.: Pearson, 5th edition , 2002. ISBN 978-0205343973.
- 169.GRAHAM, L. *Bouncing Back*. California: New World Library. Kindle Edition, 2013. ISBN: 1608681297.
- 170.GREVE, W. & LEIPOLD, B. Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*. 2009, nr 14(1), pp. 40–50. ISSN 1016-9040.

171. GRIFFITHS, A. & ROBINSON, O. Coping With the Stress of Transformational Change in a Government Department. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 2005, nr 41(2), pp. 204-221. ISSN 0021-8863.
172. HAAN, N. *Coping and Defending*. New York: Academic Press, 1977. ISBN 978-0123123503.
173. HALE, R.L. & WORRELL, F.C. The relationship of hope in the future and perceived school climate to school completion. *School Psychology Quarterly*. 2001, nr 16(4), pp. 370–388. ISSN 1045-3830.
174. HALL, C.S.; LINDZEY, G.; LOEHLIN, J.C. & MANOSEVITZ, M. *Introduction to Theories of Personality*. New Jersey: John Wiley & Sons, 1985. ISBN 0471089060.
175. HARRINGTON, R. *Stress, Health and Wellbeing -Thriving in the 21 century*. Belmont: Wadsworth, CENTAGE Learning, 2013. ISBN 978-1-111-83161-5.
176. HELGESON, V.S.; JANICKI, D. & TAMRES, L.K. Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*. 2002, nr 6(1), pp. 2–30. ISSN 1532-7957.
177. HOEY, L.; HUGHES, C.F.; McNULTY, H.; MOORE, K. & WARD, M. Diet, nutrition and the ageing brain: current evidence and new directions. *Procedure Nutrition and Society*. 2018, nr 77(2), pp. 152-163. ISSN 0029-6651.
178. HOLSBOER, F.; JOELS, M. & KLOET, E.R. Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Publishing Group*. 2005, nr 6, pp 463-472. ISSN 2045-2322.
179. HOROWITZ, M. J. *Treatment of stress response syndromes*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2003. ISBN 13- 978-1615373055.
180. HOWE, D. Adoption and Attachment. *Adoption & Fostering*. 1995, nr 19(4), pp. 7-15. ISSN 0308-5759.
181. IRWIN, M.R. & VEDHARA, K. (coord). *Human psychouoroimmunology*. Oxford: Oxford University Press, 2017. ISBN 13 - 978-0198568841.
182. JAMAL, M. Job Stress and Job Performance Controversy: An Empirical Assessment. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1984, nr 33, pp 1-21. ISSN 0030-5073.
183. JONES, C. & LEVECK, M. The Nursing Practice Environment, Staff Retention, and Quality of Care. *Research In Nursing and Health*. 1996, nr 2, pp. 331-343. ISSN 0160-6891.
184. KAIN, L.K & TERRELL, S.J. *Nurturing Resilience*. Berkeley, California: North Atlantic Books, 2018. ISBN 1623172039.

- 185.KAMATH, A.; LATHA, K.S. & MADHYASTHA, S. Stress, Coping and Gender Differences in Third Year Medical Students. *Journal of Health Management*. 2014, nr 16(2), pp.315-326. ISSN 0973-0729.
- 186.KAPLAN, L. *No voice is sever wholly lost: An Explorations of the Everlasting Attachment Between Parent and Child*. New York: Simon & Schuster, 1996. ISBN 978-0684818207.
- 187.KEIJRSERS, G.J.; LE BLANC, P.M.; MIRANDA, D.R.; SCHAUFELI, W.B. & ZWERTS, C., Performance and burnout in intensive care units. *Work and Stress*. 1995, nr 9(4), pp. 513–527. ISSN 0267-8373.
- 188.KLOSKO, J.S.; WEISHAAR, M.E. & YOUNG, J.E. *Schema Therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003. ISBN 9781572308381.
- 189.KOTTMAN, T. Play therapy in 2100. precognitions and prognostications. *International Journal of Play Therapy*. 1999, nr 8(1), pp. 1-8. ISSN 1939-0629.
- 190.LANE, S.D. & MOELLER, F.G. Neuropsychiatry of aggression. *Neurology Clinics*. 2011, nr 29(1), pp. 49-64. ISSN 0733-8619.
- 191.LAUNIER, R. & LAZARUS, R.S. Stress-related transaction between person and environment. *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum. 1978, nr 1, pp. 287-327. ISSN 978-1-4613-3999-1.
- 192.LAZARUS, R.S. & MONAT, A. *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press, 1977. ISBN 9780231074575.
- 193.LITTLE, B. R. & MCGREGOR, I. Personal projects, happiness, and meaning: On doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998, nr 74(2), pp. 494–512. ISSN 1939-1315.
- 194.LLOYD, M.A. & WEITEN, W. *Psychology Applied to Modern Life (9th ed.)*. Botson: Wadsworth Cengage Learning, 2008. ISBN 9780534597337.
- 195.LUNENBURG, F.C. The Principal and the School: What Do Principals Do? *National Forum of Educational Administration and Supervision Journal*. 2010, nr 27, pp. 1-13. ISSN 0888-8132.
- 196.LUTHAR, S.S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. 2006, nr 3, pp. 739–795. ISSN 627–955.
- 197.MARSELLA, A.J. & SCHEUER, A. Coping: Definitions, conceptualizations, and issues. *Integrative Psychiatry*. 1993, nr 9(3-4), pp. 124–134. ISSN 1453-7257.
- 198.MASTEN, A.S. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001, nr 56(3), pp. 227–238. ISSN 0003-066X.

- 199.MASTEN, A.S. Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*. 2007, nr 19, pp. 921–930. ISSN 627–955.
- 200.MATUD, M.P. Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*. 2004, nr 37(7), pp. 1401–1415. ISSN 1873-3549.
- 201.MAYER, R.E. Cognitive Theory of Multimedia Learning. În MAYER, R.E.(ed.) *The Cambridge Handbook of Multimedia Learning* (pp. 31-48). New York: Cambridge University Press, 2005. ISBN 978-1-107-61031-6.
- 202.MAYMAN, M.; MENNINGER, K. & PRUYSER, P. *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*. New York: Penguin Books, 1963. ISBN 10 - 0140045309.
- 203.McCLELLAND, D.C. Power Is the Great Motivator. *Harvard Business Review*. 1996, nr 73, pp. 126-139. ISSN 0017-8012.
- 204.MISCHEL, W. *Personality and assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc, 1968. ISBN 0471609250.
- 205.MISCHKE REEDS, M. *Somatic psychotherapy toolbox*. New York: Pesi Publishing, 2019. ISBN 9781683731351.
- 206.**MOCANU, M.N.** The relationship of emotional self-control with coping mechanisms. În: *Volumul de rezumate al Conferinței Internaționale a Doctoranzilor, Post doctoranzilor și tinerilor Cercetători în Științe Socio – Umane*. Iași: Editura Universității Alexandru Ioan Cuza Iași , 2023, pp. 67. ISBN 978-606-714-779-7.
- 207.**MOCANU, M.N.** The Relationship between Emotional Self-Control and Coping Mechanisms -Applications of Neuroscience in Education. *Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics*. 2024, nr 28 (1), pp. 17-26. ISSN 2392-7127.
- 208.**MOCANU, M.N.** The effect of meditation and psychotherapy in changing the personality traits of the adults. *Revista de cercetare și intervenție socială*. 2025, nr 88, pp. 105 – 116, ISSN 1583-3410 (print), 1584-5397 (electronic). DOI: <https://doi.org/10.33788/rcis.88.7>
- 209.MORIARTY, A. & MURPHY, L. *Vulnerability, coping, and growth: From infancy to adolescence*. New Haven: Yale University Press, 1976. ISBN:0300019017.
- 210.MURPHY, M.L. The multidiscipline team in a cancer center. *An international interdisciplinary Journal of the American Cancer Society*. 1975, nr 35(3), pp. 876 – 883. ISSN 1097-0142.
- 211.NEPORENT, L. & RIESS, H. *The Empathy Effect*. Colorado: Sounds True Kindle Edition, 2018. ISBN-10 1683640284.
- 212.NURFADHILAH, A. & SINRING, A. Examining the Effect of Self-Regulation and Psychological Capital on the Students' Academic Coping Strategies during the Covid-19

- Pandemic. *International Journal of Instruction*. 2022, nr 15 (2), pp. 487-500. ISSN 1308-1470 .
- 213.OZER, D. J. & REISE, S. P. Personality assessment. *Annual Review of Psychology*. 1994, nr 45, pp. 357–388. ISSN 1545-2085.
- 214.PENLEY, J.A.; TOMAKA, J. & WIEBE, J.S. The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Encyclopedia of Behavioural Medicine*. 2002, nr 25, pp. 551–603. ISSN 9781441910042.
- 215.PERVIN, L.A. *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1989. ISBN 0-8058-0069-7.
- 216.PERVIN, L.A. Personality: A view of the future based on a look at the past. *Journal of Research in Personality*.1996, nr 30(3), pp. 309–318. ISSN 1095-7251.
- 217.PIERCE, G.R.; SARANSON, I.G. & SARANSON, B.R. Coping and social support. În: ENDLER, N.S. & ZEIDNER, M. (eds.) *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 434–451). New York: John Wiley & Sons, 1996. ISBN 9780471599463.
- 218.POIJULA, S. & WILLIAMS, M.B. *The PTSD Workbook*, California: New Harbinger Publications, Inc., 2002. ISBN 978-1572242821.
- 219.POLSTER, E. & POLSTER, M. *Gestalt Therapy Integrated. Contours of Theory and Practice*. New York: Brunner/Mazel, 1973. ISBN 978-0876300664.
- 220.RACU, I. & **MOCANU, M.N.** A formative approach on changing coping mechanisms and personality traits for adults. *Romanian Journal of Psychological Studies*. Bucureşti: Hyperion University. 2024, nr 12(1), pp. 49 – 55. ISSN 2559-1649.
- 221.ROSE, A.J. & RUDOLPH, K.D. A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*. 2006, nr 132(1), pp. 98–131. ISSN 1939-1455.
- 222.RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1987, nr 57(3), pp. 316-331. ISSN 0002-9432.
- 223.SANDLER, J. Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1983, nr 64(1), pp 35–45. ISSN 1745-8315.
- 224.SCHMUCK, P. & SHELDON, K. M. (Eds.). *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving*. Cambridge: Hogrefe and Huber Publishers, 2001. ISBN: 978-0889372443.
- 225.SCHWARWER, R. & TAUBERT, S. Tenacious Goal Pursuits and Striving Toward Personal Growth: Proactive Coping. În: FRYDENBERG, E. *Beyond Coping: Meeting Goals, Visions,*

- and Challenges* (online edition). Oxford: Oxford Academic, 2015. ISBN 978-0-19-871228-2.
226. SINNOTT, J.D. What Characterizes Postformal Thought?. *The Development of Logic in Adulthood. The Springer Series in Adult Development and Aging*. Boston: Springer, 1998. ISBN 9781475729115.
227. SKINNER, E.A. & ZIMMER-GEMBECK, M.J. The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*. 2011, nr. 35, pp. 1–17. ISSN 1464-0651.
228. SKINNER, E.A. & ZIMMER-GEMBECK, M.J. *The Development of Coping. Stress, Neurophysiology, Social Relationship, and Resilience during Childhood and Adolescence*. Berne: Springer International Publishing Switzerland, 2016. ISBN 13 - 978-3319824192.
229. TAYLOR, C. L. *The inner child Workbook. What to do with your past when it just won't go away*. New York: Penguin Publishing Group, 1991. ISBN 9780874776355.
230. TOLLE, E. *The Power of Now*. Washington DC: Amber Lotus Publishing, 2013. ISBN 1602376603.
231. VANDENBOS, G.R. *APA Dictionary of Clinical Psychology*. București: Ed. Trei, 2020. ISBN 978-606-40-0723-0.
232. VÎGOTSKI, L.S. *Mind in society. Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980. ISBN 9780674576292.
233. VOLCKMANN, R.N. Integral Development: Realizing the Transformative Potential in Individuals, Organizations and Societies. *World Futures*. 2012, nr 68(2), pp. 120-150. ISSN 1556-1844.
234. WHITE, R.W. Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*. 1959, nr 66, pp. 297–330. ISSN 1939-1471.
235. YALOM, I.D. *The gift of therapy: an open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York: Harper Perennial, 2003. ISBN 9780749923730.
236. ANAUT, M. *La résilience*. Paris: Nathan, 2003. ISBN 2091912875.
237. BANDURA, A. *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck, 2003. ISBN 978-2804155049.
238. BETTSCHART, W.; BOLOGNINI, M.; PLANCHEREL, B. & NUNEZ, R. *Préadolescence. Théorie, recherche et clinique*. Paris: ESF, 1994. ISBN 978-2710110637
239. BRACONNIER, A. *Petit ou grand anxieux*. Paris: Odile Jakob, 2004. ISBN 9782738110916.
240. BRADETTE, S.; FORTIN, L.; MARCOTTE, D.; POTVIN, P. & ROYER, E. Stratégies d'adaptation: comparaison entre des adolescents qui présentent des difficultés scolaires et

- d'autres qui n'en présentent pas. *Revue québécoise de psychologie*. 1999, nr 20(3), pp. 61-73. ISSN 2560-6530.
241. BRUCHON-SCHWEITZER, M.L. Les problèmes d'évaluation de la personnalité aujourd'hui. *L'orientation scolaire et professionnelle*. 1994, nr 23, pp. 35-57. ISSN 0249-6739.
242. BRUCHON-SCHWEITZER, M.L. & DANTZER, R. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: P.U.F, 1994. ISBN 978-2130538578.
243. BRUCHON-SCHWEITZER, M. Coping et stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*. 2001, nr. 67, pp. 68-82. ISSN 0297-2964.
244. BRUNET, L. Stress et climat de travail chez les enseignants. *Revue Exercer*. 2003, nr. 68, pp. 3 – 5. ISSN 1961-9138.
245. BRUNET, L. & SAVOIE, A. *Le climat de travail*. Montreal: Ed. Logique, 1999. ISBN 9782893814766
246. CALLAHAN, S. & CHABROL, H. *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod, 2004. ISBN 2100075756.
247. CANOUI, P. & MAURANGES, A. *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des enseignants. De l'analyse aux réponses*. Paris: Masson, 2004. ISBN 2-225-85598-6.
248. ENDLER, N.S.; PARKER, J.M.A. & ROLLAND, J.P. *Manuel l'inventaire CISS*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 1998. ISBN 470895621.

ANEXE

Anexa 1 Instrumente folosite în cercetare

CPI – foaie de răspuns

Nume/Prenume

Data

Completați toate datele cerute. Răspundeți marcând Adevarat (A) sau Fals (F) în căsuța adecvată, ca în exemplul următor:

A	1A	2F
F		

A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
F																												
A	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
F																												
A	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
F																												
A	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118
F																												
A	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148
F																												
A	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178
F																												
A	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208
F																												
A	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238
F																												
A	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268
F																												
A	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298
F																												
A	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328
F																												
A	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358
F																												
A	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388
F																												
A	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418
F																												
A	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434														
F																												
A																												

Figura A1.1 Formular pentru colectarea răspunsurilor în scop de cercetare CPI

Foaie de răspuns ZKPQ în scop de cercetare

Nume și prenume

Data:

Notați în căsuțe **A (adevărat)** sau **F (fals)** pentru fiecare întrebare în parte:

1	11	21	31	41	51	61	71	81	91
2	12	22	32	42	52	62	72	82	92
3	13	23	33	43	53	63	73	83	93
4	14	24	34	44	54	64	74	84	94
5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
6	16	26	36	46	56	66	76	86	96
7	17	27	37	47	57	67	77	87	97
8	18	28	38	48	58	68	78	88	98
9	19	29	39	49	59	69	79	89	99
10	20	30	40	50	60	70	80	90	

Figura A1.2 Foaie de răspuns în scop de cercetare ZKPQ

Formular de răspuns în scop de cercetare CERQ

Nume și prenume:

Data:

Vă rugăm puneți X în căsuța corespunzătoare:

Număr întrebare	1 (aproape) niciodată	2 uneori	3 de obicei	4 adesea	5 (aproape) întotdeauna
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					

Figura A1.3 Formular de răspuns în scop de cercetare CERQ

Formular de răspuns în scop de cercetare SACS

Nume și prenume:

Data:

Vă rugăm puneți X în căsuța corespunzătoare:

Număr întrebare	1 Nu e deloc ceea ce aş face	2	3	4	5 Categorie (foarte mult) e ceea ce aş face
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					

35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					

Figura A1.4. Formular de răspuns în scop de cercetare SACS

Anexa 2 Statistica descriptivă a eşantionului cercetării

Tabelul 1 Statistica descriptivă a eşantionului cercetării

	N	Minim	Maxim	Media	Abaterea standard
B_vârsta	130	22.00	50.00	36.0000	19.79899
F_vârsta	130	22.00	50.00	36.0000	19.79899
Vârstă total	260	22.00	50.00	36.0000	19.79899

Anexa 3 Tabelele cu rezultate din experimentul de constatare

Tabelul 2 Statistică descriptivă pentru variabilele ipotezei 1

Variabila	Media	Abaterea standard	N
CERQ_AU	10,1769	2,42562	260
CERQ_ACC	12,7885	3,06390	260
CERQ_RU	12,2346	3,68692	260
CERQ_REF_POZ	12,6038	3,44857	260
CERQ_REF_PL	17,0077	2,19510	260
CERQ_REEV_POZ	17,4692	2,20105	260
CERQ_PERSP	12,4923	3,46576	260
CERQ_CAT	5,7654	2,13871	260
CERQ_CULP	6,9692	1,80706	260
SACS_ACT_AS	36,6385	3,48633	260
SACS_REL	16,9000	2,87003	260
SACS_SUPORT	18,8500	4,41704	260
SACS_ACT_PR	17,8962	2,55911	260
SACS_ACT_INSTR	16,5346	2,92420	260
SACS_EV	12,2115	3,18501	260
SACS_ACT_IND	7,7885	2,55092	260
SACS_ANTI	9,9692	2,77312	260
SACS_AGR	11,8615	2,42654	260
ZKPQ_SO	7,5577	3,04036	260
ZKPQ_IMP	3,9577	2,62196	260
ZKPQ_ACT	10,6577	2,73864	260
ZKPQ_NEU	0,9692	1,55187	260
ZKPQ_AG	1,5462	1,57250	260

Tabelul 3 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru mecanismele de coping din cadrul chestionarului CERQ

CERQ_Autoculpabilizare

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	4	1,5	1,5	1,5
	6	12	4,6	4,6	6,2
	7	12	4,6	4,6	10,8
	8	28	10,8	10,8	21,5
	9	44	16,9	16,9	38,5
	10	63	24,2	24,2	62,7
	11	36	13,8	13,8	76,5
	12	24	9,2	9,2	85,8
	13	13	5,0	5,0	90,8
	14	10	3,8	3,8	94,6
	15	5	1,9	1,9	96,5
	16	5	1,9	1,9	98,5
	17	2	0,8	0,8	99,2
	18	1	0,4	0,4	99,6
	20	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

CERQ_Acceptare

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	1	0,4	0,4	0,4
	7	9	3,5	3,5	3,8
	8	23	8,8	8,8	12,7
	9	9	3,5	3,5	16,2
	10	19	7,3	7,3	23,5
	11	23	8,8	8,8	32,3
	12	34	13,1	13,1	45,4
	13	26	10,0	10,0	55,4
	14	43	16,5	16,5	71,9
	15	23	8,8	8,8	80,8
	16	23	8,8	8,8	89,6
	17	10	3,8	3,8	93,5
	18	9	3,5	3,5	96,9
	19	5	1,9	1,9	98,8
	20	3	1,2	1,2	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

CERQ_Ruminare

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	1	0,4	0,4	0,4
	5	4	1,5	1,5	1,9
	6	3	1,2	1,2	3,1
	7	11	4,2	4,2	7,3
	8	34	13,1	13,1	20,4
	9	18	6,9	6,9	27,3
	10	25	9,6	9,6	36,9
	11	17	6,5	6,5	43,5
	12	26	10,0	10,0	53,5
	13	22	8,5	8,5	61,9
	14	26	10,0	10,0	71,9
	15	21	8,1	8,1	80,0
	16	23	8,8	8,8	88,8
	17	5	1,9	1,9	90,8
	18	5	1,9	1,9	92,7
	19	9	3,5	3,5	96,2
	20	10	3,8	3,8	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

CERQ_Refocalizare pozitivă

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	2	0,8	0,8	0,8
	6	3	1,2	1,2	1,9
	7	7	2,7	2,7	4,6
	8	30	11,5	11,5	16,2
	9	17	6,5	6,5	22,7
	10	24	9,2	9,2	31,9
	11	16	6,2	6,2	38,1
	12	31	11,9	11,9	50,0
	13	21	8,1	8,1	58,1
	14	19	7,3	7,3	65,4
	15	20	7,7	7,7	73,1
	16	42	16,2	16,2	89,2
	17	13	5,0	5,0	94,2
	18	5	1,9	1,9	96,2
	19	3	1,2	1,2	97,3
	20	7	2,7	2,7	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

CERQ_Refocalizare pe planificare

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	2	0,8	0,8	0,8
	11	3	1,2	1,2	1,9
	12	4	1,5	1,5	3,5
	13	11	4,2	4,2	7,7
	14	16	6,2	6,2	13,8
	15	12	4,6	4,6	18,5
	16	53	20,4	20,4	38,8
	17	47	18,1	18,1	56,9
	18	39	15,0	15,0	71,9
	19	35	13,5	13,5	85,4
	20	38	14,6	14,6	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

CERQ_Reevaluare pozitivă

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	1	0,4	0,4	0,4
	11	1	0,4	0,4	0,8
	12	2	0,8	0,8	1,5
	13	11	4,2	4,2	5,8
	14	12	4,6	4,6	10,4
	15	18	6,9	6,9	17,3
	16	45	17,3	17,3	34,6
	17	33	12,7	12,7	47,3
	18	34	13,1	13,1	60,4
	19	37	14,2	14,2	74,6
	20	66	25,4	25,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

CERQ_Punerea în perspectivă

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	5	1,9	1,9	1,9
	7	9	3,5	3,5	5,4
	8	26	10,0	10,0	15,4
	9	18	6,9	6,9	22,3
	10	30	11,5	11,5	33,8
	11	21	8,1	8,1	41,9
	12	30	11,5	11,5	53,5
	13	20	7,7	7,7	61,2
	14	20	7,7	7,7	68,8
	15	11	4,2	4,2	73,1
	16	37	14,2	14,2	87,3
	17	11	4,2	4,2	91,5
	18	13	5,0	5,0	96,5
	19	4	1,5	1,5	98,1
	20	5	1,9	1,9	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

CERQ_Catastrofarea

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	94	36,2	36,2	36,2
	5	47	18,1	18,1	54,2
	6	33	12,7	12,7	66,9
	7	43	16,5	16,5	83,5
	8	26	10,0	10,0	93,5
	9	8	3,1	3,1	96,5
	10	6	2,3	2,3	98,8
	11	1	0,4	0,4	99,2
	12	1	0,4	0,4	99,6
	26	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

CERQ_Culpabilizarea celorlalți

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	25	9,6	9,6	9,6
	5	57	21,9	21,9	31,5
	6	16	6,2	6,2	37,7
	7	26	10,0	10,0	47,7
	8	99	38,1	38,1	85,8
	9	17	6,5	6,5	92,3
	10	17	6,5	6,5	98,8
	11	2	0,8	0,8	99,6
	12	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

Tabelul 4 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru mecanismele de coping din cadrul chestionarului SACS

SACS_Acțiune asertivă					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	27	1	0,4	0,4	0,4
	28	1	0,4	0,4	0,8
	29	3	1,2	1,2	1,9
	30	6	2,3	2,3	4,2
	31	4	1,5	1,5	5,8
	32	17	6,5	6,5	12,3
	33	9	3,5	3,5	15,8
	34	26	10,0	10,0	25,8
	35	28	10,8	10,8	36,5
	36	44	16,9	16,9	53,5
	37	26	10,0	10,0	63,5
	38	24	9,2	9,2	72,7
	39	13	5,0	5,0	77,7
	40	17	6,5	6,5	84,2
	41	19	7,3	7,3	91,5
	42	7	2,7	2,7	94,2
	43	7	2,7	2,7	96,9
	44	4	1,5	1,5	98,5
	45	4	1,5	1,5	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

SACS Relaționare socială

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	9	1	0,4	0,4	0,4
	10	3	1,2	1,2	1,5
	11	8	3,1	3,1	4,6
	12	7	2,7	2,7	7,3
	13	9	3,5	3,5	10,8
	14	24	9,2	9,2	20,0
	15	23	8,8	8,8	28,8
	16	42	16,2	16,2	45,0
	17	37	14,2	14,2	59,2
	18	29	11,2	11,2	70,4
	19	20	7,7	7,7	78,1
	20	30	11,5	11,5	89,6
	21	19	7,3	7,3	96,9
	22	4	1,5	1,5	98,5
	23	2	0,8	0,8	99,2
	24	1	0,4	0,4	99,6
	25	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

SACS_ Căutarea suportului social

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	8	1	0,4	0,4	0,4
	11	4	1,5	1,5	1,9
	12	10	3,8	3,8	5,8
	13	7	2,7	2,7	8,5
	14	23	8,8	8,8	17,3
	15	17	6,5	6,5	23,8
	16	28	10,8	10,8	34,6
	17	20	7,7	7,7	42,3
	18	26	10,0	10,0	52,3
	19	16	6,2	6,2	58,5
	20	20	7,7	7,7	66,2
	21	19	7,3	7,3	73,5
	22	18	6,9	6,9	80,4
	23	9	3,5	3,5	83,8
	24	10	3,8	3,8	87,7
	25	10	3,8	3,8	91,5
	26	6	2,3	2,3	93,8
	27	7	2,7	2,7	96,5
	28	3	1,2	1,2	97,7
	29	3	1,2	1,2	98,8
	30	2	0,8	0,8	99,6
	33	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

SACS_Acțiune prudentă

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	5	1,9	1,9	1,9
	11	2	0,8	0,8	2,7
	12	2	0,8	0,8	3,5
	13	3	1,2	1,2	4,6
	14	11	4,2	4,2	8,8
	15	17	6,5	6,5	15,4
	16	20	7,7	7,7	23,1
	17	45	17,3	17,3	40,4
	18	49	18,8	18,8	59,2
	19	35	13,5	13,5	72,7
	20	34	13,1	13,1	85,8
	21	27	10,4	10,4	96,2
	22	6	2,3	2,3	98,5
	24	2	0,8	0,8	99,2
	25	2	0,8	0,8	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

SACS Acțiune instinctivă

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	1	0,4	0,4	0,4
	8	1	0,4	0,4	0,8
	10	2	0,8	0,8	1,5
	11	2	0,8	0,8	2,3
	12	14	5,4	5,4	7,7
	13	16	6,2	6,2	13,8
	14	25	9,6	9,6	23,5
	15	27	10,4	10,4	33,8
	16	46	17,7	17,7	51,5
	17	32	12,3	12,3	63,8
	18	42	16,2	16,2	80,0
	19	17	6,5	6,5	86,5
	20	13	5,0	5,0	91,5
	21	5	1,9	1,9	93,5
	22	11	4,2	4,2	97,7
	23	2	0,8	0,8	98,5
	24	2	0,8	0,8	99,2
	26	2	0,8	0,8	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

SACS_Evitare

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	6	2,3	2,3	2,3
	7	13	5,0	5,0	7,3
	8	21	8,1	8,1	15,4
	9	17	6,5	6,5	21,9
	10	21	8,1	8,1	30,0
	11	27	10,4	10,4	40,4
	12	40	15,4	15,4	55,8
	13	27	10,4	10,4	66,2
	14	21	8,1	8,1	74,2
	15	20	7,7	7,7	81,9
	16	24	9,2	9,2	91,2
	17	10	3,8	3,8	95,0
	18	10	3,8	3,8	98,8
	19	1	0,4	0,4	99,2
	20	1	0,4	0,4	99,6
	22	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

SACS_Acțiune indirectă

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	36	13,8	13,8	13,8
	5	21	8,1	8,1	21,9
	6	25	9,6	9,6	31,5
	7	29	11,2	11,2	42,7
	8	56	21,5	21,5	64,2
	9	29	11,2	11,2	75,4
	10	31	11,9	11,9	87,3
	11	12	4,6	4,6	91,9
	12	10	3,8	3,8	95,8
	13	5	1,9	1,9	97,7
	14	4	1,5	1,5	99,2
	15	1	0,4	0,4	99,6
	16	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

SACS_Acțiune antisocială

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	1	0,4	0,4	0,4
	5	7	2,7	2,7	3,1
	6	14	5,4	5,4	8,5
	7	29	11,2	11,2	19,6
	8	40	15,4	15,4	35,0
	9	26	10,0	10,0	45,0
	10	34	13,1	13,1	58,1
	11	39	15,0	15,0	73,1
	12	27	10,4	10,4	83,5
	13	15	5,8	5,8	89,2
	14	15	5,8	5,8	95,0
	15	5	1,9	1,9	96,9
	16	4	1,5	1,5	98,5
	17	2	0,8	0,8	99,2
	20	1	0,4	0,4	99,6
	21	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

SACS_Acțiune agresivă

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	0	1	0,4	0,4	0,4
	7	4	1,5	1,5	1,9
	8	7	2,7	2,7	4,6
	9	20	7,7	7,7	12,3
	10	42	16,2	16,2	28,5
	11	49	18,8	18,8	47,3
	12	44	16,9	16,9	64,2
	13	33	12,7	12,7	76,9
	14	33	12,7	12,7	89,6
	15	12	4,6	4,6	94,2
	16	5	1,9	1,9	96,2
	17	4	1,5	1,5	97,7
	18	5	1,9	1,9	99,6
	24	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

Tabelul 5 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru mecanismele de coping din cadrul chestionarului ZKPQ

ZKPQ_Sociabilitate					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	0	2	0,8	0,8	0,8
	1	9	3,5	3,5	4,2
	2	13	5,0	5,0	9,2
	3	8	3,1	3,1	12,3
	4	6	2,3	2,3	14,6
	5	18	6,9	6,9	21,5
	6	21	8,1	8,1	29,6
	7	37	14,2	14,2	43,8
	8	44	16,9	16,9	60,8
	9	46	17,7	17,7	78,5
	10	21	8,1	8,1	86,5
	11	11	4,2	4,2	90,8
	12	10	3,8	3,8	94,6
	13	7	2,7	2,7	97,3
	14	6	2,3	2,3	99,6
	15	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

ZKPQ_Căutarea impulsivă de senzații

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	0	15	5,8	5,8	5,8
	1	25	9,6	9,6	15,4
	2	45	17,3	17,3	32,7
	3	50	19,2	19,2	51,9
	4	34	13,1	13,1	65,0
	5	27	10,4	10,4	75,4
	6	19	7,3	7,3	82,7
	7	15	5,8	5,8	88,5
	8	13	5,0	5,0	93,5
	9	7	2,7	2,7	96,2
	10	7	2,7	2,7	98,8
	11	1	0,4	0,4	99,2
	12	1	0,4	0,4	99,6
	14	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

ZKPQ_Activitate

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	2	1	0,4	0,4	0,4
	3	3	1,2	1,2	1,5
	4	6	2,3	2,3	3,8
	5	4	1,5	1,5	5,4
	6	12	4,6	4,6	10,0
	7	9	3,5	3,5	13,5
	8	18	6,9	6,9	20,4
	9	21	8,1	8,1	28,5
	10	27	10,4	10,4	38,8
	11	44	16,9	16,9	55,8
	12	41	15,8	15,8	71,5
	13	38	14,6	14,6	86,2
	14	32	12,3	12,3	98,5
	15	4	1,5	1,5	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

ZKPQ_Neuroticism anxietate

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	0	148	56,9	56,9	56,9
	1	46	17,7	17,7	74,6
	2	35	13,5	13,5	88,1
	3	12	4,6	4,6	92,7
	4	10	3,8	3,8	96,5
	5	2	0,8	0,8	97,3
	6	2	0,8	0,8	98,1
	7	3	1,2	1,2	99,2
	8	1	0,4	0,4	99,6
	9	1	0,4	0,4	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

ZKPQ_Agresivitate ostilitate

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	0	83	31,9	31,9	31,9
	1	69	26,5	26,5	58,5
	2	47	18,1	18,1	76,5
	3	27	10,4	10,4	86,9
	4	20	7,7	7,7	94,6
	5	8	3,1	3,1	97,7
	6	4	1,5	1,5	99,2
	7	2	0,8	0,8	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

Tabelul 6 Testul Barlett

KMO și Testul Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Măsura de adecvare a eșantionului		0,674
Bartlett Test de Sfericitate	Approx. Chi pătrat	1,356E3
	df	253
	Sig.	0,000

Tabelul 7 Varianța totală exprimată

Component a/ factor	Valoarea Eigen inițială			Extracția încărcăturii sumelor pătrate			Rotația încărcăturii sumelor pătrate		
	Total	% Varianță	Cumulativă %	Total	% Varian ță	Cumulativă %	Total	% Varianță	Cumulativă %
1	2,924	12,714	12,714	2,924	12,714	12,714	2,529	10,997	10,997
2	2,773	12,055	24,769	2,773	12,055	24,769	2,308	10,033	21,030
3	2,363	10,274	35,043	2,363	10,274	35,043	2,169	9,432	30,462
4	1,841	8,005	43,048	1,841	8,005	43,048	1,716	7,462	37,925
5	1,369	5,950	48,999	1,369	5,950	48,999	1,712	7,444	45,368
6	1,267	5,507	54,506	1,267	5,507	54,506	1,703	7,406	52,775
7	1,142	4,964	59,470	1,142	4,964	59,470	1,540	6,695	59,470
8	0,938	4,077	63,547						
9	0,917	3,987	67,533						
10	0,803	3,490	71,024						
11	0,771	3,352	74,375						
12	0,736	3,198	77,574						
13	0,687	2,987	80,561						
14	0,615	2,676	83,237						
15	0,575	2,500	85,737						
16	0,550	2,391	88,127						
17	0,527	2,292	90,419						
18	0,456	1,983	92,402						
19	0,403	1,751	94,153						
20	0,377	1,639	95,792						
21	0,347	1,507	97,299						
22	0,321	1,397	98,696						
23	0,300	1,304	100,000						

Metoda de extracție: analiza principalelor
componente

Tabelul 8 Matricea factorilor rotați

	Componenta						
	1	2	3	4	5	6	7
SACS_AGR	0,799						
SACS_ANTI	0,768						
SACS_ACT_IND	0,702						
SACS_ACT_INST R	0,615						
SACS_ACT_AS		0,811					
SACS_EV		-0,725					
CERQ_REF_PL		0,667					
ZKPQ_NEU			0,778				
ZKPQ_AG			0,748				
ZKPQ_ACT			-0,572				
ZKPQ_SO		0,313	-0,429	-0,315			
CERQ_AU				0,697			
CERQ_ACC				0,645	0,417		
CERQ_RU			0,312	0,559			
CERQ_PERSP					0,751		
CERQ_REF_POZ				-0,338	0,572		
CERQ_REEV_POZ		0,483			0,500		
SACS_ACT_PR					0,348	0,332	
SACS_REL						0,783	
SACS_SUPORT						0,780	
CERQ_CULP							0,679
CERQ_CAT							0,662
ZKPQ_IMP	0,413		0,383				-0,446

Metoda de extracție: analiza principalelor componente.

Metoda de rotație: Varimax cu normalizare Kaiser.

a. Rotatia a regăsit 7 factori

Tabelul 9 Matricea Factorilor

	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
SACS_ANTI	0,650		0,397				
SACS_ACT_IND	0,623		0,434				
ZKPQ_NEU	0,535		-0,422				0,381
ZKPQ_AG	0,497			-0,376			0,360
SACS_AGR	0,481		0,469				
SACS_ACT_INST R	0,447		0,383				
CERQ_REF_PL		0,691					
CERQ_REEV_POZ	-0,369	0,624					
SACS_ACT_AS	-0,368	0,604		-0,387			
SACS_ACT_PR		0,570					
SACS_REL		0,465		0,421		0,453	
ZKPQ_ACT	-0,301		0,554				
CERQ_RU		0,482	-0,484				
ZKPQ_SO			0,482			0,375	
CERQ_REF_POZ			0,391	0,355	-0,323		0,347
SACS_EV	0,431			0,597	-0,345		
SACS_SUPT			-0,335	0,468		0,456	
CERQ_CULP	0,365				0,550		
CERQ_CAT	0,330				0,513		0,304
ZKPQ_IMP	0,404			-0,372	-0,445		
CERQ_ACC		0,392				-0,530	
CERQ_PERSP		0,356		0,346		-0,466	
CERQ_AU		0,370	-0,327				-0,523
Metoda de extracție: analiza principalelor componente. a. 7 factori extrași.							

Tabelul 10 Comunalitatea

	Inițial	Extracție
CERQ_AU	1,000	0,546
CERQ_ACC	1,000	0,613
CERQ_RU	1,000	0,541
CERQ_REF_POZ	1,000	0,543
CERQ_REF_PL	1,000	0,570
CERQ_REEV_POZ	1,000	0,669
CERQ_Persp	1,000	0,605
CERQ_CAT	1,000	0,582
CERQ_CULP	1,000	0,563
SACS_ACT_AS	1,000	0,716
SACS_REL	1,000	0,671
SACS_SUPORT	1,000	0,694
SACS_ACT_PR	1,000	0,447
SACS_ACT_INST R	1,000	0,456
SACS_EV	1,000	0,721
SACS_ACT_IND	1,000	0,605
SACS_ANTI	1,000	0,657
SACS_AGR	1,000	0,675
ZKPQ_SO	1,000	0,524
ZKPQ_IMP	1,000	0,527
ZKPQ_ACT	1,000	0,441
ZKPQ_NEU	1,000	0,661
ZKPQ_AG	1,000	0,649
Metoda de extracție: analiza principalelor componente.		

Tabelul 11 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru managementul impresiei de sine din cadrul inventarului de personalitate CPI

CPI_MANAGEMENTUL IMPRESIEI DE SINE

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	11	1	0,4	0,4	0,4
	14	1	0,4	0,4	0,8
	15	1	0,4	0,4	1,2
	16	1	0,4	0,4	1,5
	18	3	1,2	1,2	2,7
	19	3	1,2	1,2	3,8
	20	1	0,4	0,4	4,2
	21	4	1,5	1,5	5,8
	22	12	4,6	4,6	10,4
	23	10	3,8	3,8	14,2
	24	5	1,9	1,9	16,2
	25	8	3,1	3,1	19,2
	26	9	3,5	3,5	22,7
	27	11	4,2	4,2	26,9
	28	20	7,7	7,7	34,6
	29	18	6,9	6,9	41,5
	30	19	7,3	7,3	48,8
	31	21	8,1	8,1	56,9
	32	37	14,2	14,2	71,2
	33	29	11,2	11,2	82,3
	34	20	7,7	7,7	90,0
	35	15	5,8	5,8	95,8
	36	6	2,3	2,3	98,1
	37	3	1,2	1,2	99,2
	38	2	0,8	0,8	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

Tabelul 12 Rezumatul modelului ipoteza 2

Model	R	R2	R2 ajustat	Eroarea standard estimată	Testul Durbin-Watson
1	0,294 ^a	0,087	0,083	4,52550	
2	0,398 ^b	0,159	0,152	4,35170	
3	0,428 ^c	0,183	0,173	4,29705	
4	0,456 ^d	0,208	0,196	4,23779	
5	0,478 ^e	0,229	0,214	4,19088	
6	0,495 ^f	0,245	0,228	4,15369	
7	0,488 ^g	0,238	0,223	4,16488	
8	0,504 ^h	0,254	0,237	4,12939	
9	0,516ⁱ	0,267	0,246	4,10309	1,808

i = rândul 9 din tabel care conține predictorii reținuți (variabila independentă VI): mecanisme de coping cognitiv - emoționale CERQ: reevaluare pozitivă, ruminare, culpabilitate și mecanisme de coping comportamentale SACS acțiune instinctuală, relaționare, agresivitate, suport

VD: CPI scala impresie bună

Tabel 13 Diferența de medii dintre predictorii (ANOVA)

Model	Suma pătratelor	Grade de libertate df	Media pătrată	F	Sig.
Regresie	1542,475	7	220,354	13,089	0,000ⁱ
Valoare reziduală	4242,509	252	16,835		
Total	5784,985	259			

i. pragul de semnificație pentru testul ANOVA semnificativ pentru următorii predictorii reținuți: mecanisme de coping cognitiv emoționale CERQ: reevaluare pozitivă, ruminare, culpabilitate și mecanisme de coping comportamentale SACS acțiune instinctuală, relaționare, agresivitate, suport

VD: CPI scala impresie bună

Tabelul 14 Valorile componente ale ecuației de regresie - coeficienții Beta și corelațiile parțiale

Model	Coeficienți nestandardizați		Coeficienți standardizați	T	Sig.	95% Interval de încredere pentru B		Corelații		
	B	Eroarea standard	Beta			Limita inferioară	Limita superioară	Zero-ordine	Semi-Partial	Partial
(Constant)	30,762	3,253		9,455	0,000	24,355	37,170			
CERQ_reevaluare pozitivă	0,514	0,125	0,240	4,108	0,000	0,268	0,761	0,294	0,251	0,222
SACS_acțiune instinctuală	-0,299	0,094	-0,185	-3,177	0,002	-0,484	-0,114	-0,231	-0,196	-0,171
CERQ_ruminare	-0,215	0,072	-0,168	-2,968	0,003	-0,357	-0,072	-0,117	-0,184	-0,160
SACS_relaționare	0,410	0,100	0,249	4,080	0,000	0,212	0,608	0,199	0,249	0,220
SACS_agresivitate	-0,395	0,115	-0,203	-3,441	0,001	-0,621	-0,169	-0,243	-0,212	-0,186
SACS_suport	-0,148	0,065	-0,139	-2,277	0,024	-0,277	-0,020	-0,073	-0,142	-0,123
CERQ_culpabilitate	-0,305	0,148	-0,116	-2,062	0,040	-0,596	-0,014	-0,214	-0,129	-0,111

a. Variabila dependentă: CPI_impresie bună (good impression)

Tabelul 15 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru mecanismele de coping din cadrul chestionarului CERQ genul MASCULIN

CERQ_AUTOCULPABILIZARE_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	2	1,5	1,5	1,5
	6	5	3,8	3,8	5,4
	7	4	3,1	3,1	8,5
	8	14	10,8	10,8	19,2
	9	22	16,9	16,9	36,2
	10	35	26,9	26,9	63,1
	11	12	9,2	9,2	72,3
	12	13	10,0	10,0	82,3
	13	8	6,2	6,2	88,5
	14	6	4,6	4,6	93,1
	15	3	2,3	2,3	95,4
	16	4	3,1	3,1	98,5
	17	1	0,8	0,8	99,2
	18	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_ACCEPTARE_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	7	5	3,8	3,8	3,8
	8	11	8,5	8,5	12,3
	9	5	3,8	3,8	16,2
	10	9	6,9	6,9	23,1
	11	10	7,7	7,7	30,8
	12	17	13,1	13,1	43,8
	13	14	10,8	10,8	54,6
	14	21	16,2	16,2	70,8
	15	13	10,0	10,0	80,8
	16	11	8,5	8,5	89,2
	17	4	3,1	3,1	92,3
	18	5	3,8	3,8	96,2
	19	5	3,8	3,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_RUMINARE_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	1	0,8	0,8	0,8
	5	1	0,8	0,8	1,5
	6	2	1,5	1,5	3,1
	7	6	4,6	4,6	7,7
	8	20	15,4	15,4	23,1
	9	7	5,4	5,4	28,5
	10	17	13,1	13,1	41,5
	11	11	8,5	8,5	50,0
	12	13	10,0	10,0	60,0
	13	13	10,0	10,0	70,0
	14	14	10,8	10,8	80,8
	15	7	5,4	5,4	86,2
	16	6	4,6	4,6	90,8
	17	3	2,3	2,3	93,1
	18	3	2,3	2,3	95,4
	19	2	1,5	1,5	96,9
	20	4	3,1	3,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_REFOCALIZARE POZITIVĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	2	1,5	1,5	1,5
	6	1	0,8	0,8	2,3
	7	3	2,3	2,3	4,6
	8	15	11,5	11,5	16,2
	9	12	9,2	9,2	25,4
	10	13	10,0	10,0	35,4
	11	8	6,2	6,2	41,5
	12	16	12,3	12,3	53,8
	13	11	8,5	8,5	62,3
	14	9	6,9	6,9	69,2
	15	11	8,5	8,5	77,7
	16	16	12,3	12,3	90,0
	17	9	6,9	6,9	96,9
	18	1	0,8	0,8	97,7
	20	3	2,3	2,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_REFOCALIZARE PE PLANIFICARE_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	1	0,8	0,8	0,8
	11	3	2,3	2,3	3,1
	12	3	2,3	2,3	5,4
	13	6	4,6	4,6	10,0
	14	9	6,9	6,9	16,9
	15	5	3,8	3,8	20,8
	16	26	20,0	20,0	40,8
	17	23	17,7	17,7	58,5
	18	21	16,2	16,2	74,6
	19	17	13,1	13,1	87,7
	20	16	12,3	12,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_REEVALUARE POZITIVĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	1	0,8	0,8	0,8
	11	1	0,8	0,8	1,5
	12	2	1,5	1,5	3,1
	13	5	3,8	3,8	6,9
	14	5	3,8	3,8	10,8
	15	9	6,9	6,9	17,7
	16	20	15,4	15,4	33,1
	17	19	14,6	14,6	47,7
	18	19	14,6	14,6	62,3
	19	18	13,8	13,8	76,2
	20	31	23,8	23,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_PUNEREA ÎN PERSPECTIVĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	4	3,1	3,1	3,1
	7	3	2,3	2,3	5,4
	8	15	11,5	11,5	16,9
	9	9	6,9	6,9	23,8
	10	15	11,5	11,5	35,4
	11	13	10,0	10,0	45,4
	12	19	14,6	14,6	60,0
	13	10	7,7	7,7	67,7
	14	7	5,4	5,4	73,1
	15	5	3,8	3,8	76,9
	16	18	13,8	13,8	90,8
	17	4	3,1	3,1	93,8
	18	7	5,4	5,4	99,2
	20	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_CATASTROFAREA_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	45	34,6	34,6	34,6
	5	29	22,3	22,3	56,9
	6	12	9,2	9,2	66,2
	7	24	18,5	18,5	84,6
	8	17	13,1	13,1	97,7
	9	1	0,8	0,8	98,5
	12	1	0,8	0,8	99,2
	26	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_CULPABILIZAREA CELORLALȚI_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	8	6,2	6,2	6,2
	5	28	21,5	21,5	27,7
	6	11	8,5	8,5	36,2
	7	14	10,8	10,8	46,9
	8	43	33,1	33,1	80,0
	9	10	7,7	7,7	87,7
	10	14	10,8	10,8	98,5
	11	1	0,8	0,8	99,2
	12	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tabelul 16 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru mecanismele de coping din cadrul chestionarului CERQ genul FEMININ

CERQ_AUTOCULPABILIZARE_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid,	5	2	1,5	1,5	1,5
	6	7	5,4	5,4	6,9
	7	8	6,2	6,2	13,1
	8	14	10,8	10,8	23,8
	9	22	16,9	16,9	40,8
	10	28	21,5	21,5	62,3
	11	24	18,5	18,5	80,8
	12	11	8,5	8,5	89,2
	13	5	3,8	3,8	93,1
	14	4	3,1	3,1	96,2
	15	2	1,5	1,5	97,7
	16	1	0,8	0,8	98,5
	17	1	0,8	0,8	99,2
	20	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_ACCEPTARE_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	1	0,8	0,8	0,8
	7	4	3,1	3,1	3,8
	8	12	9,2	9,2	13,1
	9	4	3,1	3,1	16,2
	10	10	7,7	7,7	23,8
	11	13	10,0	10,0	33,8
	12	17	13,1	13,1	46,9
	13	12	9,2	9,2	56,2
	14	22	16,9	16,9	73,1
	15	10	7,7	7,7	80,8
	16	12	9,2	9,2	90,0
	17	6	4,6	4,6	94,6
	18	4	3,1	3,1	97,7
	20	3	2,3	2,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_RUMINARE_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	3	2,3	2,3	2,3
	6	1	0,8	0,8	3,1
	7	5	3,8	3,8	6,9
	8	14	10,8	10,8	17,7
	9	11	8,5	8,5	26,2
	10	8	6,2	6,2	32,3
	11	6	4,6	4,6	36,9
	12	13	10,0	10,0	46,9
	13	9	6,9	6,9	53,8
	14	12	9,2	9,2	63,1
	15	14	10,8	10,8	73,8
	16	17	13,1	13,1	86,9
	17	2	1,5	1,5	88,5
	18	2	1,5	1,5	90,0
	19	7	5,4	5,4	95,4
	20	6	4,6	4,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_REFOCALIZARE POZITIVĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	2	1,5	1,5	1,5
	7	4	3,1	3,1	4,6
	8	15	11,5	11,5	16,2
	9	5	3,8	3,8	20,0
	10	11	8,5	8,5	28,5
	11	8	6,2	6,2	34,6
	12	15	11,5	11,5	46,2
	13	10	7,7	7,7	53,8
	14	10	7,7	7,7	61,5
	15	9	6,9	6,9	68,5
	16	26	20,0	20,0	88,5
	17	4	3,1	3,1	91,5
	18	4	3,1	3,1	94,6
	19	3	2,3	2,3	96,9
	20	4	3,1	3,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_REFOCALIZARE PE PLANIFICARE_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	1	0,8	0,8	0,8
	12	1	0,8	0,8	1,5
	13	5	3,8	3,8	5,4
	14	7	5,4	5,4	10,8
	15	7	5,4	5,4	16,2
	16	27	20,8	20,8	36,9
	17	24	18,5	18,5	55,4
	18	18	13,8	13,8	69,2
	19	18	13,8	13,8	83,1
	20	22	16,9	16,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_REEVALUARE POZITIVĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	13	6	4,6	4,6	4,6
	14	7	5,4	5,4	10,0
	15	9	6,9	6,9	16,9
	16	25	19,2	19,2	36,2
	17	14	10,8	10,8	46,9
	18	15	11,5	11,5	58,5
	19	19	14,6	14,6	73,1
	20	35	26,9	26,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_PUNEREA ÎN PERSPECTIVĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	1	0,8	0,8	0,8
	7	6	4,6	4,6	5,4
	8	11	8,5	8,5	13,8
	9	9	6,9	6,9	20,8
	10	15	11,5	11,5	32,3
	11	8	6,2	6,2	38,5
	12	11	8,5	8,5	46,9
	13	10	7,7	7,7	54,6
	14	13	10,0	10,0	64,6
	15	6	4,6	4,6	69,2
	16	19	14,6	14,6	83,8
	17	7	5,4	5,4	89,2
	18	6	4,6	4,6	93,8
	19	4	3,1	3,1	96,9
	20	4	3,1	3,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_CATASTROFAREA_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	49	37,7	37,7	37,7
	5	18	13,8	13,8	51,5
	6	21	16,2	16,2	67,7
	7	19	14,6	14,6	82,3
	8	9	6,9	6,9	89,2
	9	7	5,4	5,4	94,6
	10	6	4,6	4,6	99,2
	11	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

CERQ_CULPABILIZAREA CELORLALȚI_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	17	13,1	13,1	13,1
	5	29	22,3	22,3	35,4
	6	5	3,8	3,8	39,2
	7	12	9,2	9,2	48,5
	8	56	43,1	43,1	91,5
	9	7	5,4	5,4	96,9
	10	3	2,3	2,3	99,2
	11	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tabelul 17 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru mecanismele de coping din cadrul chestionarului SACS genul MASCULIN

SACS_ACTIUNE ASERTIVĂ_B					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	29	2	1,5	1,5	1,5
	30	3	2,3	2,3	3,8
	31	2	1,5	1,5	5,4
	32	9	6,9	6,9	12,3
	33	5	3,8	3,8	16,2
	34	10	7,7	7,7	23,8
	35	15	11,5	11,5	35,4
	36	24	18,5	18,5	53,8
	37	10	7,7	7,7	61,5
	38	11	8,5	8,5	70,0
	39	6	4,6	4,6	74,6
	40	12	9,2	9,2	83,8
	41	10	7,7	7,7	91,5
	42	3	2,3	2,3	93,8
	43	4	3,1	3,1	96,9
	44	1	0,8	0,8	97,7
	45	3	2,3	2,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_RELĂȚIONARE SOCIALĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	9	1	0,8	0,8	0,8
	10	1	0,8	0,8	1,5
	11	5	3,8	3,8	5,4
	12	2	1,5	1,5	6,9
	13	8	6,2	6,2	13,1
	14	13	10,0	10,0	23,1
	15	14	10,8	10,8	33,8
	16	19	14,6	14,6	48,5
	17	17	13,1	13,1	61,5
	18	12	9,2	9,2	70,8
	19	10	7,7	7,7	78,5
	20	10	7,7	7,7	86,2
	21	13	10,0	10,0	96,2
	22	2	1,5	1,5	97,7
	23	1	0,8	0,8	98,5
	24	1	0,8	0,8	99,2
	25	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_CĂUTAREA SUPORTULUI_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	11	3	2,3	2,3	2,3
	12	3	2,3	2,3	4,6
	13	6	4,6	4,6	9,2
	14	9	6,9	6,9	16,2
	15	10	7,7	7,7	23,8
	16	12	9,2	9,2	33,1
	17	13	10,0	10,0	43,1
	18	14	10,8	10,8	53,8
	19	9	6,9	6,9	60,8
	20	8	6,2	6,2	66,9
	21	9	6,9	6,9	73,8
	22	11	8,5	8,5	82,3
	23	7	5,4	5,4	87,7
	24	3	2,3	2,3	90,0
	25	4	3,1	3,1	93,1
	26	2	1,5	1,5	94,6
	27	3	2,3	2,3	96,9
	29	2	1,5	1,5	98,5
	30	1	0,8	0,8	99,2
	33	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_AȚIUNE PRUDENTĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	1	0,8	0,8	0,8
	11	1	0,8	0,8	1,5
	12	1	0,8	0,8	2,3
	13	2	1,5	1,5	3,8
	14	5	3,8	3,8	7,7
	15	14	10,8	10,8	18,5
	16	8	6,2	6,2	24,6
	17	30	23,1	23,1	47,7
	18	20	15,4	15,4	63,1
	19	16	12,3	12,3	75,4
	20	15	11,5	11,5	86,9
	21	12	9,2	9,2	96,2
	22	2	1,5	1,5	97,7
	24	2	1,5	1,5	99,2
	25	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_ACTIUNE INSTINCTIVĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	1	0,8	0,8	0,8
	10	1	0,8	0,8	1,5
	11	1	0,8	0,8	2,3
	12	9	6,9	6,9	9,2
	13	11	8,5	8,5	17,7
	14	13	10,0	10,0	27,7
	15	10	7,7	7,7	35,4
	16	20	15,4	15,4	50,8
	17	13	10,0	10,0	60,8
	18	23	17,7	17,7	78,5
	19	9	6,9	6,9	85,4
	20	6	4,6	4,6	90,0
	21	4	3,1	3,1	93,1
	22	5	3,8	3,8	96,9
	23	2	1,5	1,5	98,5
	24	2	1,5	1,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_EVITARE_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	4	3,1	3,1	3,1
	7	6	4,6	4,6	7,7
	8	13	10,0	10,0	17,7
	9	5	3,8	3,8	21,5
	10	8	6,2	6,2	27,7
	11	19	14,6	14,6	42,3
	12	22	16,9	16,9	59,2
	13	15	11,5	11,5	70,8
	14	10	7,7	7,7	78,5
	15	8	6,2	6,2	84,6
	16	13	10,0	10,0	94,6
	17	5	3,8	3,8	98,5
	18	2	1,5	1,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_ACTIUNE INDIRECTĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	14	10,8	10,8	10,8
	5	10	7,7	7,7	18,5
	6	14	10,8	10,8	29,2
	7	18	13,8	13,8	43,1
	8	32	24,6	24,6	67,7
	9	16	12,3	12,3	80,0
	10	14	10,8	10,8	90,8
	11	5	3,8	3,8	94,6
	12	2	1,5	1,5	96,2
	13	3	2,3	2,3	98,5
	14	1	0,8	0,8	99,2
	15	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_ACTIUNE ANTISOCIALĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	1	0,8	0,8	0,8
	5	4	3,1	3,1	3,8
	6	5	3,8	3,8	7,7
	7	9	6,9	6,9	14,6
	8	18	13,8	13,8	28,5
	9	16	12,3	12,3	40,8
	10	21	16,2	16,2	56,9
	11	18	13,8	13,8	70,8
	12	14	10,8	10,8	81,5
	13	6	4,6	4,6	86,2
	14	8	6,2	6,2	92,3
	15	2	1,5	1,5	93,8
	16	4	3,1	3,1	96,9
	17	2	1,5	1,5	98,5
	20	1	0,8	0,8	99,2
	21	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_ACTIUNE AGRESIVĂ_B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	0	1	0,8	0,8	0,8
	7	1	0,8	0,8	1,5
	8	3	2,3	2,3	3,8
	9	9	6,9	6,9	10,8
	10	23	17,7	17,7	28,5
	11	21	16,2	16,2	44,6
	12	25	19,2	19,2	63,8
	13	15	11,5	11,5	75,4
	14	13	10,0	10,0	85,4
	15	8	6,2	6,2	91,5
	16	4	3,1	3,1	94,6
	17	4	3,1	3,1	97,7
	18	2	1,5	1,5	99,2
	24	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tabelul 18 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru mecanismele de coping din cadrul chestionarului SACS genul FEMININ

SACS_ACTIUNE ASERTIVĂ_F					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	27	1	0,8	0,8	0,8
	28	1	0,8	0,8	1,5
	29	1	0,8	0,8	2,3
	30	3	2,3	2,3	4,6
	31	2	1,5	1,5	6,2
	32	8	6,2	6,2	12,3
	33	4	3,1	3,1	15,4
	34	16	12,3	12,3	27,7
	35	13	10,0	10,0	37,7
	36	20	15,4	15,4	53,1
	37	16	12,3	12,3	65,4
	38	13	10,0	10,0	75,4
	39	7	5,4	5,4	80,8
	40	5	3,8	3,8	84,6
	41	9	6,9	6,9	91,5
	42	4	3,1	3,1	94,6
	43	3	2,3	2,3	96,9
	44	3	2,3	2,3	99,2
	45	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_RELĂȚIONARE SOCIALĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	2	1,5	1,5	1,5
	11	3	2,3	2,3	3,8
	12	5	3,8	3,8	7,7
	13	1	0,8	0,8	8,5
	14	11	8,5	8,5	16,9
	15	9	6,9	6,9	23,8
	16	23	17,7	17,7	41,5
	17	20	15,4	15,4	56,9
	18	17	13,1	13,1	70,0
	19	10	7,7	7,7	77,7
	20	20	15,4	15,4	93,1
	21	6	4,6	4,6	97,7
	22	2	1,5	1,5	99,2
	23	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_CĂUTAREA SUPORTULUI SOCIAL_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	8	1	0,8	0,8	0,8
	11	1	0,8	0,8	1,5
	12	7	5,4	5,4	6,9
	13	1	0,8	0,8	7,7
	14	14	10,8	10,8	18,5
	15	7	5,4	5,4	23,8
	16	16	12,3	12,3	36,2
	17	7	5,4	5,4	41,5
	18	12	9,2	9,2	50,8
	19	7	5,4	5,4	56,2
	20	12	9,2	9,2	65,4
	21	10	7,7	7,7	73,1
	22	7	5,4	5,4	78,5
	23	2	1,5	1,5	80,0
	24	7	5,4	5,4	85,4
	25	6	4,6	4,6	90,0
	26	4	3,1	3,1	93,1
	27	4	3,1	3,1	96,2
	28	3	2,3	2,3	98,5
	29	1	0,8	0,8	99,2
	30	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_AȚIUNE PRUDENTĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	4	3,1	3,1	3,1
	11	1	0,8	0,8	3,8
	12	1	0,8	0,8	4,6
	13	1	0,8	0,8	5,4
	14	6	4,6	4,6	10,0
	15	3	2,3	2,3	12,3
	16	12	9,2	9,2	21,5
	17	15	11,5	11,5	33,1
	18	29	22,3	22,3	55,4
	19	19	14,6	14,6	70,0
	20	19	14,6	14,6	84,6
	21	15	11,5	11,5	96,2
	22	4	3,1	3,1	99,2
	25	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_AȚIUNE INSTINCTIVĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	8	1	0,8	0,8	0,8
	10	1	0,8	0,8	1,5
	11	1	0,8	0,8	2,3
	12	5	3,8	3,8	6,2
	13	5	3,8	3,8	10,0
	14	12	9,2	9,2	19,2
	15	17	13,1	13,1	32,3
	16	26	20,0	20,0	52,3
	17	19	14,6	14,6	66,9
	18	19	14,6	14,6	81,5
	19	8	6,2	6,2	87,7
	20	7	5,4	5,4	93,1
	21	1	0,8	0,8	93,8
	22	6	4,6	4,6	98,5
	26	2	1,5	1,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_EVITAREA_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	2	1,5	1,5	1,5
	7	7	5,4	5,4	6,9
	8	8	6,2	6,2	13,1
	9	12	9,2	9,2	22,3
	10	13	10,0	10,0	32,3
	11	8	6,2	6,2	38,5
	12	18	13,8	13,8	52,3
	13	12	9,2	9,2	61,5
	14	11	8,5	8,5	70,0
	15	12	9,2	9,2	79,2
	16	11	8,5	8,5	87,7
	17	5	3,8	3,8	91,5
	18	8	6,2	6,2	97,7
	19	1	0,8	0,8	98,5
	20	1	0,8	0,8	99,2
	22	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_ACTIUNE INDIRECTĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	22	16,9	16,9	16,9
	5	11	8,5	8,5	25,4
	6	11	8,5	8,5	33,8
	7	11	8,5	8,5	42,3
	8	24	18,5	18,5	60,8
	9	13	10,0	10,0	70,8
	10	17	13,1	13,1	83,8
	11	7	5,4	5,4	89,2
	12	8	6,2	6,2	95,4
	13	2	1,5	1,5	96,9
	14	3	2,3	2,3	99,2
	16	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_ACTIUNE ANTISOCIALĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	3	2,3	2,3	2,3
	6	9	6,9	6,9	9,2
	7	20	15,4	15,4	24,6
	8	22	16,9	16,9	41,5
	9	10	7,7	7,7	49,2
	10	13	10,0	10,0	59,2
	11	21	16,2	16,2	75,4
	12	13	10,0	10,0	85,4
	13	9	6,9	6,9	92,3
	14	7	5,4	5,4	97,7
	15	3	2,3	2,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

SACS_ACTIUNE AGRESIVĂ_F

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	7	3	2,3	2,3	2,3
	8	4	3,1	3,1	5,4
	9	11	8,5	8,5	13,8
	10	19	14,6	14,6	28,5
	11	28	21,5	21,5	50,0
	12	19	14,6	14,6	64,6
	13	18	13,8	13,8	78,5
	14	20	15,4	15,4	93,8
	15	4	3,1	3,1	96,9
	16	1	0,8	0,8	97,7
	18	3	2,3	2,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tabelul 19 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru scala autocontrol emoțional din cadrul inventarului CPI genul MASCULIN

CPI_AUTOCONTROL EMOȚIONAL _B

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	15	1	0,8	0,8	0,8
	19	1	0,8	0,8	1,5
	20	1	0,8	0,8	2,3
	21	4	3,1	3,1	5,4
	22	5	3,8	3,8	9,2
	23	2	1,5	1,5	10,8
	24	2	1,5	1,5	12,3
	25	4	3,1	3,1	15,4
	26	5	3,8	3,8	19,2
	27	3	2,3	2,3	21,5
	28	6	4,6	4,6	26,2
	29	8	6,2	6,2	32,3
	30	12	9,2	9,2	41,5
	31	5	3,8	3,8	45,4
	32	16	12,3	12,3	57,7
	33	14	10,8	10,8	68,5
	34	17	13,1	13,1	81,5
	35	11	8,5	8,5	90,0
	36	10	7,7	7,7	97,7
	37	3	2,3	2,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tabelul 20 Distribuția procentelor și a frecvențelor pentru scala autocontrol emoțional din cadrul inventarului CPI genul FEMININ

CPI_AUTOCONTROL EMOȚIONAL _F					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	22	1	0,8	0,8	0,8
	23	2	1,5	1,5	2,3
	24	1	0,8	0,8	3,1
	25	3	2,3	2,3	5,4
	26	4	3,1	3,1	8,5
	27	6	4,6	4,6	13,1
	28	8	6,2	6,2	19,2
	29	10	7,7	7,7	26,9
	30	4	3,1	3,1	30,0
	31	9	6,9	6,9	36,9
	32	5	3,8	3,8	40,8
	33	21	16,2	16,2	56,9
	34	21	16,2	16,2	73,1
	35	19	14,6	14,6	87,7
	36	13	10,0	10,0	97,7
	37	2	1,5	1,5	99,2
	38	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tabelul 21 Media autocontrol în funcție de gen

	Gen	N	Media	Abaterea standard	Eroarea standard a mediei
Autocontrol emoțional	1 B	130	30,5846	4,57798	0,40152
	2 F	130	31,9846	3,49969	0,30694

Tabelul 22 Valorile testului T al eșantioanelor independente B/F

		Testul LEVENE pentru egalitatea varianței		Testul T pentru egalitatea mediilor						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2- tailed)	Diferența mediei	Diferența standard a erorii	95% interval de încredere	
									Limita inferioar ă	Limita superioar ă
Autocontrol CPI	Egalitatea varianței asumată	6,748	0,010	-2,770	258	0,006	-1,40000	0,50540	-2,39523	-0,40477
	Egalitatea varianței neasumată			-2,770	241,391	0,006	-1,40000	0,50540	-2,39556	-0,40444

Tabelul 23 Valorile testului T al eșantioanelor independente pentru coping comportamental AGRESIVITATE în funcție de gen

		Testul LEVENE pentru egalitatea varianței		Testul T pentru egalitatea mediilor						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2- tailed)	Diferența mediei	Diferența standard a erorii	95% interval de încredere	
									Limita inferioară	Limita superioară
Autocontrol CPI	Egalitate a varianței asumată	1,053	0,306	1,022	258	0,308	0,30769	0,30095	-0,28494	0,90032
	Egalitate a varianței neasumată			1,022	245,614	0,308	0,30769	0,30095	-0,28508	0,90046

**Tabelul 24a Frecvența scorurilor pentru chestionarul CERQ la
adultul tânăr**

CERQ_Autoculpabilizare_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Porcent Cumulativ
Valid	5	2	1,3	1,3	1,3
	6	6	3,9	3,9	5,3
	7	6	3,9	3,9	9,2
	8	11	7,2	7,2	16,4
	9	24	15,8	15,8	32,2
	10	37	24,3	24,3	56,6
	11	31	20,4	20,4	77,0
	12	11	7,2	7,2	84,2
	13	9	5,9	5,9	90,1
	14	7	4,6	4,6	94,7
	15	2	1,3	1,3	96,1
	16	4	2,6	2,6	98,7
	17	2	1,3	1,3	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

CERQ_Acceptare_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Porcent Cumulativ
Valid	6	1	0,7	0,7	0,7
	7	5	3,3	3,3	3,9
	8	9	5,9	5,9	9,9
	9	4	2,6	2,6	12,5
	10	6	3,9	3,9	16,4
	11	17	11,2	11,2	27,6
	12	20	13,2	13,2	40,8
	13	13	8,6	8,6	49,3
	14	27	17,8	17,8	67,1
	15	16	10,5	10,5	77,6
	16	14	9,2	9,2	86,8
	17	7	4,6	4,6	91,4
	18	7	4,6	4,6	96,1
	19	3	2,0	2,0	98,0
	20	3	2,0	2,0	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

CERQ_Ruminare_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	1	0,7	0,7	0,7
	6	2	1,3	1,3	2,0
	7	4	2,6	2,6	4,6
	8	16	10,5	10,5	5,1
	9	11	7,2	7,2	22,4
	10	13	8,6	8,6	30,9
	11	10	6,6	6,6	37,5
	12	14	9,2	9,2	46,7
	13	15	9,9	9,9	56,6
	14	19	12,5	12,5	69,1
	15	10	6,6	6,6	75,7
	16	14	9,2	9,2	84,9
	17	3	2,0	2,0	86,8
	18	5	3,3	3,3	90,1
	19	8	5,3	5,3	95,4
	20	7	4,6	4,6	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

CERQ_Refocalizare pozitivă_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	1	0,7	0,7	0,7
	6	3	2,0	2,0	2,6
	7	6	3,9	3,9	6,6
	8	22	14,5	14,5	21,1
	9	11	7,2	7,2	28,3
	10	13	8,6	8,6	36,8
	11	12	7,9	7,9	44,7
	12	21	13,8	13,8	58,6
	13	10	6,6	6,6	65,1
	14	12	7,9	7,9	73,0
	15	11	7,2	7,2	80,3
	16	14	9,2	9,2	89,5
	17	6	3,9	3,9	93,4
	18	4	2,6	2,6	96,1
	19	2	1,3	1,3	97,4
	20	4	2,6	2,6	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

CERQ_Refocalizare pe planificare_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	11	1	0,7	0,7	0,7
	12	1	,7	0,7	1,3
	13	6	3,9	3,9	5,3
	14	12	7,9	7,9	13,2
	15	8	5,3	5,3	18,4
	16	26	17,1	17,1	35,5
	17	29	19,1	19,1	54,6
	18	24	15,8	15,8	70,4
	19	27	17,8	17,8	88,2
	20	18	11,8	11,8	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

CERQ_Reevaluare pozitivă_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	1	0,7	0,7	0,7
	12	2	1,3	1,3	2,0
	13	4	2,6	2,6	4,6
	14	8	5,3	5,3	9,9
	15	13	8,6	8,6	18,4
	16	23	15,1	15,1	33,6
	17	20	13,2	13,2	46,7
	18	17	11,2	11,2	57,9
	19	23	15,1	15,1	73,0
	20	41	27,0	27,0	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

CERQ_Punerea în perspectivă_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	4	2,6	2,6	2,6
	7	8	,3	5,3	7,9
	8	17	11,2	11,2	19,1
	9	11	7,2	7,2	26,3
	10	17	11,2	11,2	37,5
	11	13	8,6	8,6	46,1
	12	18	11,8	11,8	57,9
	13	6	3,9	3,9	61,8
	14	11	7,2	7,2	69,1
	15	7	4,6	4,6	73,7
	16	20	13,2	13,2	86,8
	17	7	4,6	4,6	91,4
	18	8	5,3	5,3	96,7
	19	3	2,0	2,0	98,7
	20	2	1,3	1,3	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

CERQ_Catastrofarea_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	58	38,2	38,2	38,2
	5	26	17,1	17,1	55,3
	6	21	13,8	13,8	69,1
	7	29	19,1	19,1	88,2
	8	12	7,9	7,9	96,1
	9	5	3,3	3,3	99,3
	12	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

CERQ_Culpabilizarea celorlalți_adultul tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	19	12,5	12,5	12,5
	5	36	23,7	23,7	36,2
	6	7	4,6	4,6	40,8
	7	13	8,6	8,6	49,3
	8	50	32,9	32,9	82,2
	9	13	8,6	8,6	90,8
	10	12	7,9	7,9	98,7
	11	1	0,7	0,7	99,3
	12	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

**Tabelul 24b Frecvența scorurilor pentru chestionarul SACS
adult tânăr
SACS_Acțiune asertivă_ adult tanar**

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	28	1	0,7	0,7	0,7
	29	1	0,7	0,7	1,3
	30	1	0,7	0,7	2,0
	31	2	1,3	1,3	3,3
	32	9	5,9	5,9	9,2
	33	4	2,6	2,6	11,8
	34	17	11,2	11,2	23,0
	35	20	13,2	13,2	36,2
	36	20	13,2	13,2	49,3
	37	18	11,8	11,8	61,2
	38	15	9,9	9,9	71,1
	39	7	4,6	4,6	75,7
	40	9	5,9	5,9	81,6
	41	12	7,9	7,9	89,5
	42	5	3,3	3,3	92,8
	43	4	2,6	2,6	95,4
	44	3	2,0	2,0	97,4
	45	4	2,6	2,6	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

SACS_Relaționare socială_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	2	1,3	1,3	1,3
	11	6	3,9	3,9	5,3
	12	6	3,9	3,9	9,2
	13	6	3,9	3,9	13,2
	14	11	7,2	7,2	20,4
	15	11	7,2	7,2	27,6
	16	29	19,1	19,1	46,7
	17	24	15,8	15,8	62,5
	18	13	8,6	8,6	71,1
	19	15	9,9	9,9	80,9
	20	16	10,5	10,5	91,4
	21	8	5,3	5,3	96,7
	22	2	1,3	1,3	98,0
	23	2	1,3	1,3	99,3
	24	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

SACS_Cautarea suportului social_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	11	2	1,3	1,3	1,3
	12	5	3,3	3,3	4,6
	13	5	3,3	3,3	7,9
	14	14	9,2	9,2	17,1
	15	3	2,0	2,0	19,1
	16	16	10,5	10,5	29,6
	17	13	8,6	8,6	38,2
	18	16	10,5	10,5	48,7
	19	9	5,9	5,9	54,6
	20	10	6,6	6,6	61,2
	21	14	9,2	9,2	70,4
	22	12	7,9	7,9	78,3
	23	6	3,9	3,9	82,2
	24	5	3,3	3,3	85,5
	25	8	5,3	5,3	90,8
	26	4	2,6	2,6	93,4
	27	5	3,3	3,3	96,7
	28	2	1,3	1,3	98,0
	29	2	1,3	1,3	99,3
	30	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

SACS_Actiune prudenta_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	4	2,6	2,6	2,6
	11	2	1,3	1,3	3,9
	12	1	0,7	0,7	4,6
	14	5	3,3	3,3	7,9
	15	8	5,3	5,3	13,2
	16	11	7,2	7,2	20,4
	17	28	18,4	18,4	38,8
	18	31	20,4	20,4	59,2
	19	19	12,5	12,5	71,7
	20	20	13,2	13,2	84,9
	21	19	12,5	12,5	97,4
	22	2	1,3	1,3	98,7
	24	1	0,7	0,7	99,3
	25	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

,

SACS_Actiune instinctivă_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	1	0,7	0,7	0,7
	8	1	,7	0,7	1,3
	10	2	1,3	1,3	2,6
	11	1	0,7	0,7	3,3
	12	10	6,6	6,6	9,9
	13	12	7,9	7,9	17,8
	14	17	11,2	11,2	28,9
	15	14	9,2	9,2	38,2
	16	18	11,8	11,8	50,0
	17	25	16,4	16,4	66,4
	18	27	17,8	17,8	84,2
	19	7	4,6	4,6	88,8
	20	7	4,6	4,6	93,4
	21	2	1,3	1,3	94,7
	22	5	3,3	3,3	98,0
	23	1	0,7	0,7	98,7
	24	1	0,7	0,7	99,3
	26	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

SACS_Evitare_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	3	2,0	2,0	2,0
	7	7	4,6	4,6	6,6
	8	16	10,5	10,5	17,1
	9	7	4,6	4,6	21,7
	10	11	7,2	7,2	28,9
	11	19	12,5	12,5	41,4
	12	26	17,1	17,1	58,6
	13	14	9,2	9,2	67,8
	14	13	8,6	8,6	76,3
	15	10	6,6	6,6	82,9
	16	13	8,6	8,6	91,4
	17	8	5,3	5,3	96,7
	18	4	2,6	2,6	99,3
	22	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

SACS_Acțiune indirecta_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	25	16,4	16,4	16,4
	5	15	9,9	9,9	26,3
	6	17	11,2	11,2	37,5
	7	19	12,5	12,5	50,0
	8	29	19,1	19,1	69,1
	9	16	10,5	10,5	79,6
	10	10	6,6	6,6	86,2
	11	7	4,6	4,6	90,8
	12	6	3,9	3,9	94,7
	13	4	2,6	2,6	97,4
	14	3	2,0	2,0	99,3
	15	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

,

	SACS_Acțiune antisocială _adult tanar				
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	1	0,7	0,7	0,7
	5	4	2,6	2,6	3,3
	6	10	6,6	6,6	9,9
	7	19	12,5	12,5	22,4
	8	26	17,1	17,1	39,5
	9	11	7,2	7,2	46,7
	10	18	11,8	11,8	58,6
	11	25	16,4	16,4	75,0
	12	15	9,9	9,9	84,9
	13	6	3,9	3,9	88,8
	14	9	5,9	5,9	94,7
	15	2	1,3	1,3	96,1
	16	3	2,0	2,0	98,0
	17	1	0,7	0,7	98,7
	20	1	0,7	0,7	99,3
	21	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

SACS_Acțiune agresiva_adult tanar					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	0	1	0,7	0,7	0,7
	7	4	0,6	2,6	3,3
	8	6	3,9	3,9	7,2
	9	15	9,9	9,9	17,1
	10	26	17,1	1,1	34,2
	11	29	19,1	19,1	53,3
	12	25	16,4	16,4	69,7
	13	15	9,9	9,9	79,6
	14	16	10,5	10,5	90,1
	15	6	3,9	3,9	94,1
	16	3	2,0	2,0	96,1
	17	2	1,3	1,3	97,4
	18	3	2,0	2,0	99,3
	24	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

**Tabelul 24c Frecvența scorurilor pentru chestionarul CERQ
adultul de vârstă medie**

CERQ_Autoculpabilizare_ adult vârstă medie

		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	2	1,3	1,9	1,9
	6	6	3,9	5,6	7,4
	7	6	3,9	5,6	13,0
	8	17	11,2	15,7	28,7
	9	20	13,2	18,5	47,2
	10	26	17,1	24,1	71,3
	11	5	3,3	4,6	75,9
	12	13	8,6	12,0	88,0
	13	4	2,6	3,7	91,7
	14	3	2,0	2,8	94,4
	15	3	20,0	2,8	97,2
	16	1	0,7	0,9	98,1
	18	1	0,7	0,9	99,1
	20	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

CERQ_Acceptare_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	7	4	2,6	3,7	3,7
	8	14	9,2	13,0	16,7
	9	5	3,3	4,6	21,3
	10	13	8,6	12,0	33,3
	11	6	3,9	5,6	38,9
	12	14	9,2	13,0	51,9
	13	13	8,6	12,0	63,9
	14	16	10,5	14,8	78,7
	15	7	4,6	6,5	85,2
	16	9	5,9	8,3	93,5
	17	3	2,0	2,8	96,3
	18	2	1,3	1,9	98,1
	19	2	1,3	1,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

CERQ_Ruminare_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	1	0,7	0,9	0,9
	5	3	2,0	2,8	3,7
	6	1	0,7	0,9	4,6
	7	7	4,6	6,5	11,1
	8	18	11,8	16,7	27,8
	9	7	4,6	6,5	34,3
	10	12	7,9	11,1	45,4
	11	7	4,6	6,5	51,9
	12	12	7,9	11,1	63,0
	13	7	4,6	6,5	69,4
	14	7	4,6	6,5	75,9
	15	11	7,2	10,2	86,1
	16	9	5,9	8,3	94,4
	17	2	1,3	1,9	96,3
	19	1	0,7	0,9	97,2
	20	3	20,0	2,8	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

CERQ Refocalizare pozitivă_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	1	0,7	0,9	0,9
	7	1	0,7	0,9	1,9
	8	8	5,3	7,4	9,3
	9	6	3,9	5,6	14,8
	10	11	7,2	10,2	25,0
	11	4	2,6	3,7	28,7
	12	10	6,6	9,3	38,0
	13	11	7,2	10,2	48,1
	14	7	4,6	6,5	54,6
	15	9	5,9	8,3	63,0
	16	28	18,4	25,9	88,9
	17	7	4,6	6,5	95,4
	18	1	0,7	0,9	96,3
	19	1	0,7	0,9	97,2
	20	3	2,0	2,8	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

CERQ_Refocalizare pe planificare_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	2	1,3	1,9	1,9
	11	2	1,3	1,9	3,7
	12	3	2,0	2,8	6,5
	13	5	3,3	4,6	11,1
	14	4	2,6	3,7	14,8
	15	4	2,6	3,7	18,5
	16	27	17,8	25,0	43,5
	17	18	11,8	16,7	60,2
	18	15	9,9	13,9	74,1
	19	8	5,3	7,4	81,5
	20	20	13,2	18,5	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

CERQ_Reevaluare pozitivă_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	11	1	0,7	0,9	0,9
	13	7	4,6	6,5	7,4
	14	4	2,6	3,7	11,1
	15	5	3,3	4,6	15,7
	16	22	14,5	20,4	36,1
	17	13	8,6	12,0	48,1
	18	17	11,2	15,7	63,9
	19	14	9,2	13,0	76,9
	20	25	16,4	23,1	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

CERQ_Punere în perspectivă_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	1	0,7	0,9	0,9
	7	1	0,7	0,9	1,9
	8	9	5,9	8,3	10,2
	9	7	4,6	6,5	16,7
	10	13	8,6	12,0	28,7
	11	8	5,3	7,4	36,1
	12	12	7,9	11,1	47,2
	13	14	9,2	13,0	60,2
	14	9	5,9	8,3	68,5
	15	4	2,6	3,7	72,2
	16	17	11,2	15,7	88,0
	17	4	2,6	3,7	91,7
	18	5	3,3	4,6	96,3
	19	1	0,7	0,9	97,2
	20	3	2,0	2,8	100,0
	Total	108	7,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

CERQ_Catastrofarea_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	36	23,7	33,3	33,3
	5	21	13,8	19,4	52,8
	6	12	7,9	11,1	63,9
	7	14	9,2	13,0	76,9
	8	14	9,2	13,0	89,8
	9	3	2,0	2,8	92,6
	10	6	3,9	5,6	98,1
	11	1	0,7	0,9	99,1
	26	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

CERQ_Culpabilizare_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	6	3,9	5,6	5,6
	5	21	13,8	19,4	25,0
	6	9	5,9	8,3	33,3
	7	13	8,6	12,0	45,4
	8	49	32,2	45,4	90,7
	9	4	2,6	3,7	94,4
	10	5	3,3	4,6	99,1
	11	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

**Tabel 2.24.d Frecvența scorurilor pentru chestionarul de coping SACS
adult nivel de vârstă mediu**

SACS _Acțiune asertivă _adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	27	1	0,7	0,9	0,9
	29	2	1,3	1,9	2,8
	30	5	3,3	4,6	7,4
	31	2	1,3	1,9	9,3
	32	8	5,3	7,4	16,7
	33	5	3,3	4,6	21,3
	34	9	5,9	8,3	29,6
	35	8	5,3	7,4	37,0
	36	24	15,8	22,2	59,3
	37	8	5,3	7,4	66,7
	38	9	5,9	8,3	75,0
	39	6	3,9	5,6	80,6
	40	8	5,3	7,4	88,0
	41	7	4,6	6,5	94,4
	42	2	1,3	1,9	96,3
	43	3	2,0	2,8	99,1
	44	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

SACS_Relaționare socială _adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	9	1	0,7	0,9	0,9
	10	1	0,7	0,9	1,9
	11	2	1,3	1,9	3,7
	12	1	0,7	0,9	4,6
	13	3	2,0	20,8	7,4
	14	13	8,6	12,0	19,4
	15	12	7,9	11,1	30,6
	16	13	8,6	12,0	42,6
	17	13	8,6	12,0	54,6
	18	16	10,5	14,8	69,4
	19	5	3,3	4,6	74,1
	20	14	9,2	13,0	87,0
	21	11	7,2	10,2	97,2
	22	2	1,3	1,9	99,1
	25	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

SACS_Cautarea suportului social_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	8	1	0,7	0,9	0,9
	11	2	1,3	1,9	2,8
	12	5	3,3	4,6	7,4
	13	2	1,3	1,9	9,3
	14	9	5,9	8,3	17,6
	15	14	9,2	13,0	30,6
	16	12	7,9	11,1	41,7
	17	7	4,6	6,5	48,1
	18	10	6,6	9,3	57,4
	19	7	4,6	6,5	63,9
	20	10	6,6	9,3	73,1
	21	5	3,3	4,6	77,8
	22	6	3,9	5,6	83,3
	23	3	2,0	2,8	86,1
	24	5	3,3	4,6	90,7
	25	2	1,3	1,9	92,6
	26	2	1,3	1,9	94,4
	27	2	1,3	1,9	96,3
	28	1	0,7	0,9	97,2
	29	1	0,7	0,9	98,1
	30	1	0,7	0,9	99,1
	33	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

SACS_Actiune prudenta_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	10	1	0,7	0,9	0,9
	12	1	0,7	0,9	1,9
	13	3	2,0	2,8	4,6
	14	6	3,9	5,6	10,2
	15	9	5,9	8,3	18,5
	16	9	5,9	8,3	26,9
	17	17	11,2	15,7	42,6
	18	18	11,8	16,7	59,3
	19	16	10,5	14,8	74,1
	20	14	9,2	13,0	87,0
	21	8	5,3	7,4	94,4
	22	4	2,6	3,7	98,1
	24	1	0,7	0,9	99,1
	25	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

SACS_Actiune instinctiva_adult nivel mediu					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	11	1	0,7	0,9	0,9
	12	4	2,6	0,7	4,6
	13	4	2,6	3,7	8,3
	14	8	5,3	7,4	15,7
	15	13	8,6	12,0	27,8
	16	28	18,4	25,9	53,7
	17	7	4,6	6,5	60,2
	18	15	9,9	13,9	74,1
	19	10	6,6	9,3	83,3
	20	6	3,9	5,6	88,9
	21	3	2,0	2,8	91,7
	22	6	3,9	5,6	97,2
	23	1	0,7	0,9	98,1
	24	1	0,7	0,9	99,1
	26	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

SACS_Evitare_adult varsta medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	6	3	2,0	2,8	2,8
	7	6	3,9	5,6	8,3
	8	5	3,3	4,6	13,0
	9	10	6,6	9,3	22,2
	10	10	6,6	9,3	31,5
	11	8	5,3	7,4	38,9
	12	14	9,2	13,0	51,9
	13	13	8,6	12,0	63,9
	14	8	5,3	7,4	71,3
	15	10	6,6	9,3	80,6
	16	11	7,2	10,2	90,7
	17	2	10,3	10,9	92,6
	18	6	3,9	5,6	98,1
	19	1	0,7	0,9	99,1
	20	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

SACS_Actiune indirecta_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	4	11	7,2	10,2	10,2
	5	6	3,9	5,6	15,7
	6	8	5,3	7,4	23,1
	7	10	6,6	9,3	32,4
	8	27	17,8	25,0	57,4
	9	13	8,6	12,0	69,4
	10	21	13,8	19,4	88,9
	11	5	3,3	4,6	93,5
	12	4	2,6	3,7	97,2
	13	1	0,7	0,9	98,1
	14	1	0,7	0,9	99,1
	16	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

SACS_Actiune antisociala_adult vârstă medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	5	3	2,0	2,8	2,8
	6	4	2,6	3,7	6,5
	7	10	6,6	9,3	15,7
	8	14	9,2	13,0	28,7
	9	15	9,9	13,9	42,6
	10	16	10,5	14,8	57,4
	11	14	9,2	13,0	70,4
	12	12	7,9	11,1	81,5
	13	9	5,9	8,3	89,8
	14	6	3,9	5,6	95,4
	15	3	2,0	2,8	98,1
	16	1	0,7	0,9	99,1
	17	1	0,7	0,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

SACS_Actiune agresiva_adult vârsta medie					
		Frecvență	Procent	Procent Valid	Procent Cumulativ
Valid	8	1	0,7	0,9	0,9
	9	5	3,3	4,6	5,6
	10	16	10,5	14,8	20,4
	11	20	13,2	18,5	38,9
	12	19	12,5	17,6	56,5
	13	18	11,8	16,7	73,1
	14	17	11,2	15,7	88,9
	15	6	3,9	5,6	94,4
	16	2	1,3	1,9	96,3
	17	2	1,3	1,9	98,1
	18	2	1,3	1,9	100,0
	Total	108	71,1	100,0	
Missing	System	44	28,9		
Total		152	100,0		

Tabelul 24 Statistică de grup

	Varsta_ adultă	N	Media	Abaterea standard	Eroarea standard a mediei
CERQ_AU	1	152	10,3816	2,31017	0,18738
	2	108	9,8889	2,56261	0,24659
CERQ_ACC	1	152	13,2171	3,05776	0,24802
	2	108	12,1852	2,98328	0,28707
CERQ_RU	1	152	12,8158	3,67274	0,29790
	2	108	11,4167	3,56548	0,34309
CERQ_REF_POZ	1	152	12,0592	3,50068	0,28394
	2	108	13,3704	3,23703	0,31148
CERQ_REF_PL	1	152	17,1250	2,01751	0,16364
	2	108	16,8426	2,42326	0,23318
CERQ_REEV_POZ	1	152	17,5263	2,22254	0,18027
	2	108	17,3889	2,17820	0,20960
CERQ_PERSP	1	152	12,2434	3,60095	0,29208
	2	108	12,8426	3,25020	0,31275
CERQ_CAT	1	152	5,5526	1,59797	0,12961

	2	108	6,0648	2,70435	0,26023
CERQ_CULP	1	152	6,9013	1,94548	0,15780
	2	108	7,0648	1,59598	0,15357
SACS_ACT_AS	1	152	36,9868	3,44875	0,27973
	2	108	36,1481	3,49583	0,33639
SACS_REL	1	152	16,7632	2,86504	0,23239
	2	108	17,0926	2,87931	0,27706
SACS_SUPOORT	1	152	19,2303	4,33448	0,35157
	2	108	18,3148	4,49641	0,43267
SACS_ACT_PR	1	152	17,9408	2,57403	0,20878
	2	108	17,8333	2,54859	0,24524
SACS_ACT_INST R	1	152	16,2237	2,99491	0,24292
	2	108	16,9722	2,77660	0,26718
SACS_EV	1	152	12,1118	3,12128	0,25317
	2	108	12,3519	3,28211	0,31582
SACS_ACT_IND	1	152	7,5263	2,64937	0,21489
	2	108	8,1574	2,36865	0,22792
SACS_ANTI	1	152	9,8618	2,92296	0,23708
	2	108	10,1204	2,55305	0,24567
SACS_AGR	1	152	11,5724	2,65350	0,21523
	2	108	12,2685	2,00749	0,19317

1= adultul tânăr (22 – 29 ani)

2 = adultul de vârstă medie (30 – 50 ani)

Tabelul 25 Testul T pentru eșantioane independente comparație coping nivel vârstă adultă

		Testul Levene pentru egalitatea varianței		Testul T pentru egalitatea mediilor						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferența mediilor	Eroarea standard a diferenței	95% intervalul de încredere al diferenței	
									Inferior	Superior
CERQ_AU	Varianțele egale asumate	0,445	0,506	1,619	258	0,107	0,49269	0,30431	-0,10656	1,09194
	Varianțele egale neasumate			1,591	215,363	0,113	0,49269	0,30970	-0,11775	1,10313
CERQ_AC	Varianțele egale asumate	0,007	0,932	2,709	258	0,007	1,03192	0,38096	0,28173	1,78211
	Varianțele egale neasumate			2,720	233,978	0,007	1,03192	0,37937	0,28451	1,77933
CERQ_RU	Varianțele egale asumate	0,022	0,882	3,064	258	0,002	1,39912	0,45666	0,49986	2,29839
	Varianțele egale neasumate			3,079	234,648	0,002	1,39912	0,45437	0,50396	2,29429
CERQ_RE F_POZ	Varianțele egale asumate	0,356	0,551	3,070	258	0,002	-1,31116	0,42711	-2,15223	-0,47009
	Varianțele egale neasumate			3,111	240,860	0,002	-1,31116	0,42148	-2,14142	-0,48090
CERQ_RE F_PL	Varianțele egale asumate	2,001	0,158	1,022	258	0,308	0,28241	0,27623	-0,26154	0,82636
	Varianțele egale neasumate			0,991	203,392	0,323	0,28241	0,28487	-0,27927	0,84408
CERQ_RE EV_POZ	Varianțele egale asumate	0,209	0,648	0,495	258	0,621	0,13743	0,27741	-0,40884	0,68370
	Varianțele egale neasumate			0,497	233,367	0,620	0,13743	0,27646	-0,40725	0,68210

CERQ_PE RSP	Varianțele egale asumate	2,780	0,097	- 1,376	258	0,170	-0,59917	0,43542	-1,45659	0,25825
	Varianțele egale neasumate			- 1,400	243,684	0,163	-0,59917	0,42793	-1,44208	0,24373
CERQ_CA T	Varianțele egale asumate	5,719	0,017	- 1,913	258	0,057	-0,51218	0,26779	-1,03951	0,01514
	Varianțele egale neasumate			- 1,762	159,709	0,080	-0,51218	0,29072	-1,08633	0,06196
CERQ_CU LP	Varianțele egale asumate	10,90 2	0,001	- 0,718	258	0,473	-0,16350	0,22763	-0,61175	0,28475
	Varianțele egale neasumate			- 0,743	252,649	0,458	-0,16350	0,22019	-0,59715	0,27015
SACS_AC T_AS	Varianțele egale asumate	0,012	0,912	1,921	258	0,056	0,83869	0,43649	-0,02085	1,69823
	Varianțele egale neasumate			1,917	228,667	0,056	0,83869	0,43750	-0,02335	1,70074
SACS_RE L	Varianțele egale asumate	0,106	0,745	- 0,912	258	0,363	-0,32943	0,36131	-1,04093	0,38206
	Varianțele egale neasumate			- 0,911	229,884	0,363	-0,32943	0,36162	-1,04194	0,38307
SACS_SUP ORT	Varianțele egale asumate	0,002	0,962	1,652	258	0,100	0,91545	0,55404	-0,17556	2,00646
	Varianțele egale neasumate			1,642	225,334	0,102	0,91545	0,55750	-0,18313	2,01403
SACS_AC T_PR	Varianțele egale asumate	0,281	0,596	0,333	258	0,739	0,10746	0,32262	-0,52784	0,74275
	Varianțele egale neasumate			0,334	231,965	0,739	0,10746	0,32207	-0,52711	0,74202
SACS_AC T_INSTR	Varianțele egale asumate	0,294	0,588	- 2,046	258	0,042	-0,74854	0,36577	-1,46880	-0,02827
	Varianțele egale neasumate			- 2,073	240,544	0,039	-0,74854	0,36110	-1,45986	-0,03721

SACS_EV	Varianțele egale asumate	0,815	0,367	-0,598	258	0,550	-0,24001	0,40133	-1,03031	0,55029
	Varianțele egale neasumate			-0,593	223,347	0,554	-0,24001	0,40477	-1,03766	0,55764
SACS_AC T_IND	Varianțele egale asumate	2,730	0,100	-1,977	258	0,049	-0,63109	0,31925	-1,25975	-0,00243
	Varianțele egale neasumate			-2,015	244,741	0,045	-0,63109	0,31325	-1,24811	-0,01407
SACS_AN TI	Varianțele egale asumate	1,481	0,225	-0,740	258	0,460	-0,25853	0,34930	-0,94637	0,42932
	Varianțele egale neasumate			-0,757	247,186	0,450	-0,25853	0,34141	-0,93097	0,41392
SACS_AG R	Varianțele egale asumate	2,619	0,107	-2,298	258	0,022	-0,69615	0,30289	-1,29259	-0,09971
	Varianțele egale neasumate			-2,407	256,955	0,017	-0,69615	0,28920	-1,26566	-0,12664

Anexa 4 Rezultatele din cadrul experimentului formativ

Tabelul 26 Statistică descriptivă vârstă participanți experiment formativ

	N	Minim	Maxim	Media	Abaterea standard
Grup_experimental_varsta	12	22.00	44.00	29.1667	6.68558
Grup_control_varsta	12	24.00	38.00	29.3333	4.45856
Valid N (listwise)	12				

Tabelul 27 Verificarea omogenității grupului experimental și de control pentru chestionarele de coping

Chestionar coping	Valoarea U	Media	Σ rangurilor	P	Diferențe statistice
CERQ_Autonomie	70,000	m1=12,33 m2=12,67	$\Sigma 1=148,00$ $\Sigma 2=152,00$	0,932	Nu există -
CERQ_Acceptare	62,500	m1=13,29 m2=11,71	$\Sigma 1=159,50$ $\Sigma 2=140,50$	0,590	-
CERQ_Ruminare	38,500	m1=15,29 m2=9,71	$\Sigma 1=183,50$ $\Sigma 2=116,50$	0,052	-
CERQ_Refocalizare_pozitivă	69,000	m1=12,75 m2=12,25	$\Sigma 1=153,00$ $\Sigma 2=147,00$	0,887	-
CERQ_Refocalizare_planificare	59,000	m1=13,58 m2=11,42	$\Sigma 1=163,00$ $\Sigma 2=137,00$	0,478	-
CERQ_Reevaluare_pozitivă	57,000	m1=13,75 m2=11,25	$\Sigma 1=165,00$ $\Sigma 2=135,00$	0,410	-
CERQ_Perspectivă	55,000	m1=13,92 m2=11,08	$\Sigma 1=167,00$ $\Sigma 2=133,00$	0,347	-
CERQ_Catastrofare	66,500	m1=12,96 m2=12,04	$\Sigma 1=155,50$ $\Sigma 2=144,50$	0,755	-
CERQ_Culpabilizare	60,500	m1=11,54 m2=13,46	$\Sigma 1=138,50$ $\Sigma 2=161,50$	0,514	-
SACS_Acțiune_asertiva	44,500	m1=14,79 m2=10,21	$\Sigma 1=177,50$ $\Sigma 2=122,50$	0,114	-
SACS_Relaționare	41,000	m1=15,08 m2=9,92	$\Sigma 1=181,00$ $\Sigma 2=119,00$	0,078	-

SACS_Suport	42,500	m1=14,96 m2=10,04	$\Sigma 1=179,50$ $\Sigma 2=120,50$	0,089	-
SACS_Acțiune_prudentă	67,000	m1=12,08 m2=12,92	$\Sigma 1=145,00$ $\Sigma 2=155,00$	0,799	-
SACS_Acțiune_instrumentală	43,000	m1=14,92 m2=10,08	$\Sigma 1=179,00$ $\Sigma 2=121,00$	0,101	-
SACS_Evitare	50,500	m1=14,29 m2=10,71	$\Sigma 1=171,50$ $\Sigma 2=128,50$	0,219	-
SACS_Acțiune_indirectă	52,500	m1=14,12 m2=10,88	$\Sigma 1=169,50$ $\Sigma 2=130,50$	0,266	-
SACS_Acțiune_antisocială	64,000	m1=13,17 m2=11,83	$\Sigma 1=158,00$ $\Sigma 2=142,00$	0,671	-
SACS_Acțiune_agresivă	61,000	m1=13,42 m2=11,58	$\Sigma 1=161,00$ $\Sigma 2=139,00$	0,551	-

Tabelul 28 Verificarea omogenității grupului experimental și de control pentru probele de personalitate

Probă personalitate	Valoarea U	Media	Σ rangurilor	P	Diferențe statistice
Chestionarul pentru evaluarea alternativă a factorilor Big Five ZKPQ					Nu există
Sociabilitate	61	m1=11,58 m2=13,42	$\Sigma 1=139$ $\Sigma 2=161$	0,551	-
Căutare 251mpulsive de senzații	67,5	m1=12,12 m2=12,88	$\Sigma 1=145,5$ $\Sigma 2=154,5$	0,799	-
Activitate	37	m1=9,58 m2=15,42	$\Sigma 1=115$ $\Sigma 2=185$	0,54	-
Neuroticism – anxietate	54	m1=14 m2=11	$\Sigma 1=168$ $\Sigma 2=132$	0,319	-
Agresivitate – ostilitate	54,5	m1=13,96 m2=11,04	$\Sigma 1=167,5$ $\Sigma 2=132,5$	0,319	-
Dezirabilitate socială	63,5	m1=11,79 m2=13,21	$\Sigma 1=141,5$ $\Sigma 2=158,5$	0,630	-
Inventarul de personalitate CPI					

Dimensiunea managementul de sine					Nu există
Responsabilitate (Re)	64,5	m1=13,12 m2=11,88	$\Sigma 1=157,5$ $\Sigma 2=142,5$	0,671	-
Conformism social (So)	64,5	m1=13,12 m2=11,88	$\Sigma 1=157,5$ $\Sigma 2=142,5$	0,671	-
Autocontrol (Sc)	66	m1=13 m2=12	$\Sigma 1=156$ $\Sigma 2=144$	0,755	-
Impresie buna (Gi)	72	m1=12,5 m2=12,5	$\Sigma 1=150$ $\Sigma 2=150$	1	-
Comunalitate (Cm)	65,5	m1=13,04 m2=11,96	$\Sigma 1=156,5$ $\Sigma 2=143,5$	0,713	-
Sanatate (Wb)	71,5	m1=12,54 m2=12,46	$\Sigma 1=150,5$ $\Sigma 2=149,5$	0,977	-
Toleranta (To)	44,5	m1=14,79 m2=10,21	$\Sigma 1=177,50$ $\Sigma 2=122,50$	0,114	-

TABELE EXPERIMENT FORMATIV GE GC RETEST

Tabelul 29 Chestionarul CERQ. Diferențe statistic semnificative U Mann-Whitney, grup experimental/grup de control RETEST

I.	Chestionarul CERQ	Valoarea U	Media rangurilor	Σ rangurilor	P	Diferențe statistice
1	Autoculpabilizare	28,5	mr1=8,88 mr2=16,12	$\Sigma 1=106,50$ $\Sigma 2=193,50$	0,01	+
2	Acceptare	22,5	mr1=16,62 mr2=8,38	$\Sigma 1=199,50$ $\Sigma 2=100,50$	0,004	+
3	Ruminare	10	mr1=7,33 mr2=17,67	$\Sigma 1=88,00$ $\Sigma 2=212,00$	0,0001	+
4	Refocalizare pozitivă	14,50	mr1=17,29 mr2=7,71	$\Sigma 1=207,50$ $\Sigma 2=92,50$	0,01	+
5	Refocalizare pe planificare	25,5	mr1=16,38 mr2=8,62	$\Sigma 1=196,50$ $\Sigma 2=103,50$	0,006	+
6	Reevaluare pozitivă	21	mr1=16,75 mr2=8,25	$\Sigma 1=201,00$ $\Sigma 2=99,00$	0,003	+
7	Punerea în perspectivă	10	mr1=17,67 mr2=7,33	$\Sigma 1=212,00$ $\Sigma 2=88,00$	0,0001	+
8	Catastrofarea	14	mr1=7,67 mr2=17,33	$\Sigma 1=92,00$ $\Sigma 2=208,00$	0,001	+
9	Culpabilizarea celorlalți	32,5	mr1=9,21 mr2=15,79	$\Sigma 1=110,50$ $\Sigma 2=189,50$	0,02	+

$mr1 = GE$; $mr2 = GC$ $\Sigma 1 = GE$; $\Sigma 2 = GC$

**Tabelul 30 Chestionarul SACS. Diferențe statistic semnificative U Mann-Whitney,
grup experimental/grup de control RETEST**

I.	Chestionarul SACS	Valoarea U	Media rangurilor	Σ rangurilor	P	Diferențe statistice
1	Acțiune asertivă	5	mr1=18,08 mr2=6,92	$\Sigma 1=217,00$ $\Sigma 2=83,00$	0,0001	+
2	Relaționare socială	21	mr1=16,75 mr2=8,25	$\Sigma 1=201,00$ $\Sigma 2=99,00$	0,003	+
3	Căutarea suportului	27	mr1=8,75 mr2=16,25	$\Sigma 1=105,00$ $\Sigma 2=195,00$	0,009	+
4	Acțiune prudentă	19	mr1=16,92 mr2=8,08	$\Sigma 1=203,00$ $\Sigma 2=97,00$	0,002	+
5	Acțiune instinctivă	0	mr1=6,50 mr2=18,50	$\Sigma 1=78,00$ $\Sigma 2=222,00$	0,0001	+
6	Evitare	1,5	mr1=6,62 mr2=18,38	$\Sigma 1=79,50$ $\Sigma 2=220,50$	0,0001	+
7	Acțiune indirectă	3,5	mr1=6,79 mr2=18,21	$\Sigma 1=81,50$ $\Sigma 2=218,50$	0,0001	+
8	Acțiune antisocială	1	mr1=6,58 mr2=18,42	$\Sigma 1=79,00$ $\Sigma 2=221,00$	0,0001	+
9	Agresivitate	0	mr1=6,50 mr2=18,50	$\Sigma 1=78,00$ $\Sigma 2=222,00$	0,0001	+

$mr1 = GE$; $mr2 = GC$ $\Sigma 1 = GE$; $\Sigma 2 = GC$

**Tabelul 31 Chestionarul ZKPQ. Diferențe statistic semnificative U Mann-Whitney,
grup experimental/grup de control RETEST**

I.	Chestionarul ZKPQ	Valoarea U	Media rangurilor	Σ rangurilor	P	Diferențe statistice
1	Sociabilitate	8	mr1=17,83 mr2=7,17	$\Sigma 1=214,00$ $\Sigma 2=86,00$	0,0001	+
2	Căutare impulsivă de senzații	10	mr1=7,33 mr2=17,67	$\Sigma 1=88,00$ $\Sigma 2=212,00$	0,0001	+
3	Activitate	28	mr1=16,17 mr2=8,83	$\Sigma 1=194,00$ $\Sigma 2=106,00$	0,0001	+
4	Neuroticism - anxietate	2	mr1=6,67 mr2=18,33	$\Sigma 1=80,00$ $\Sigma 2=220,00$	0,0001	+
5	Agresivitate – ostilitate	14	mr1=7,67 mr2=17,33	$\Sigma 1=92,00$ $\Sigma 2=208,00$	0,0001	+
6	Dezirabilitate socială	15	mr1=7,75 mr2=17,25	$\Sigma 1=93,00$ $\Sigma 2=207,00$	0,0001	+

$mr1 = GE$; $mr2 = GC$ $\Sigma 1 = GE$; $\Sigma 2 = GC$

**Tabelul 32 CPI dimensiunea managementul de sine. Diferențe statistic semnificative
testul U Mann-Whitney, grup experimental/grup de control RETEST**

I.	CPI dimensiunea managementul de sine	Valoarea U	Media rangurilor	Σ rangurilor	P	Diferențe statistice
1	Responsabilitate (Re)	27,5	mr1=16,21 mr2=8,79	$\Sigma 1=194,50$ $\Sigma 2=105,50$	0,01	+
2	Conformism social (So)	5	mr1=18,08 mr2=6,92	$\Sigma 1=217,00$ $\Sigma 2=83,00$	0,0001	+
3	Autocontrol (Sc)	0,5	mr1=18,46 mr2=6,54	$\Sigma 1=221,50$ $\Sigma 2=78,50$	0,0001	+
4	Impresie buna (Gi)	8	mr1=17,83 mr2=7,17	$\Sigma 1=214,00$ $\Sigma 2=86,00$	0,0001	+
5	Comunalitate (Cm)	5	mr1=18,08 mr2=6,92	$\Sigma 1=217,00$ $\Sigma 2=83,00$	0,0001	+
6	Sanatate (Wb)	34	mr1=15,67 mr2=9,33	$\Sigma 1=188,00$ $\Sigma 2=112,00$	0,026	+
7	Toleranta (To)	0	mr1=18,50 mr2=6,50	$\Sigma 1=222,00$ $\Sigma 2=78,00$	0,0001	+

$mr1 = GE$; $mr2 = GC$ $\Sigma 1 = GE$; $\Sigma 2 = GC$

TABELE EXPERIMENT FORMATIV GE TEST- RETEST WILCOXON

Tabelul 33 Chestionarul CERQ. Diferențe statistic semnificative Wilcoxon, grup experimental TEST- RETEST

I.	Chestionarul CERQ	Valoarea W	Suma rangurilor pozitive	Suma rangurilor negative	P	Diferențe statistice
1	Autoculpabilizare	-1,746	13,50	52,50	0,008	+
2	Acceptare	-2,404	60	6	0,01	+
3	Ruminare	-3,065	0	78	0,002	+
4	Refocalizare pozitivă	-3,069	78	0	0,002	+
5	Refocalizare pe planificare	-1,280	40	15	0,02	+
6	Reevaluare pozitivă	-2,111	33	3	0,03	+
7	Punerea în perspectivă	-2,675	45	0	0,007	+
8	Catastrofarea	-2,445	8,5	69,5	0,01	+
9	Culpabilizarea celorlalți	-2,080	7,5	47,5	0,03	+

Tabelul 34 Chestionarul SACS. Diferențe statistic semnificative, testul Wilcoxon, grup experimental test – retest

I.	Chestionarul SACS	Valoarea W	Suma rangurilor pozitive	Suma rangurilor negative	P	Diferențe statistice
1	Acțiune asertivă	-3,068	78	0	0,002	+
2	Relaționare socială	-2,482	70,5	7,5	0,01	+
3	Căutarea suportului	-2,320	9,5	68,5	0,02	+
4	Acțiune prudentă	-2,561	61,5	4,5	0,01	+
5	Acțiune instinctivă	-3,063	0	78	0,002	+
6	Evitare	-3,063	0	78	0,002	+
7	Acțiune indirectă	-3,071	0	78	0,002	+
8	Acțiune antisocială	-3,062	0	78	0,002	+
9	Agresivitate	-3,074	0	78	0,002	+

Tabelul 35 Chestionarul ZKPQ. Diferențe statistic semnificative testul Wilcoxon, grup experimental test – retest

I.	Chestionarul ZKPQ	Valoarea W	Suma rangurilor pozitive	Suma rangurilor negative	P	Diferențe statistice
1	Sociabilitate	-3,071	78	0	0,002	+
2	Căutare impulsivă de senzații	-3,103	0	78	0,002	+
3	Activitate	-2,655	53,5	1,5	0,008	+
4	Neuroticism - anxietate	-2,213	1	27	0,02	+
5	Agresivitate – ostilitate	-2,680	0	45	0,007	+
6	Dezirabilitate socială	-2,264	0	21	0,02	+

Tabelul 36 CPI dimensiunea managementul de sine. Diferențe statistice testul Wilcoxon, grup experimental test – retest

I.	CPI dimensiunea managementul de sine	Valoarea W	Suma rangurilor pozitive	Suma rangurilor negative	P	Diferențe statistice
1	Responsabilitate (Re)	-1,424	49	17	0,015	+
2	Conformism social (So)	-2,861	65	1	0,004	+
3	Autocontrol (Sc)	-2,937	66	0	0,003	+
4	Impresie buna (Gi)	-2,983	77	1	0,003	+
5	Comunalitate (Cm)	-2,923	76	2	0,003	+
6	Sanatate (Wb)	-1,459	57,5	20,5	0,014	+
7	Toleranta (To)	-3,074	78	0	0,002	+

GC TEST RETEST WILCOXON

Tabelul 37 Chestionarul CERQ. Diferențe statistic ne semnificative testul Wilcoxon, grup control test – retest

I.	Chestionarul CERQ	Valoarea W	Suma rangurilor pozitive	Suma rangurilor negative	P	Diferențe statistice
1	Autoculpabilizare	0	22,50	22,50	1	-
2	Acceptare	0	33,00	33,00	1	-
3	Ruminare	-0,472	33,00	45,00	0,637	-
4	Refocalizare pozitivă	-0,491	38,50	27,50	0,623	-
5	Refocalizare pe planificare	-0,284	16,00	20,00	0,776	-
6	Reevaluare pozitivă	-0,179	21,00	24,00	0,858	-
7	Punerea în perspectivă	-1,073	45,00	21,00	0,283	-
8	Catastrofarea	-0,142	19,00	17,00	0,887	-
9	Culpabilizarea celorlalți	-0,567	14,00	22,00	0,571	-

Tabelul 38 Chestionarul SACS. Diferențe statistic ne semnificative, testul Wilcoxon, grup control test – retest

I.	Chestionarul SACS	Valoarea W	Suma rangurilor pozitive	Suma rangurilor negative	P	Diferențe statistice
1	Acțiune asertivă	-0,722	25,00	41,00	0,470	-
2	Relaționare socială	-1,530	16,00	50,00	0,126	-
3	Căutarea suportului	-0,411	23,50	31,50	0,681	-
4	Acțiune prudentă	-0,356	15,50	20,50	0,722	-
5	Acțiune instinctivă	-0,760	24,50	41,50	0,448	-
6	Evitare	-0,615	21,50	33,50	0,538	-
7	Acțiune indirectă	-0,359	31,00	24,00	0,720	-
8	Acțiune antisocială	-0,669	25,50	40,50	0,504	-
9	Agresivitate	0	33,00	33,00	1	-

Tabelul 39 Chestionarul ZKPQ. Diferențe statistice testul Wilcoxon, grup control test – retest

I.	Chestionarul ZKPQ	Valoarea W	Suma rangurilor pozitive	Suma rangurilor negative	P	Diferențe statistice
1	Sociabilitate	-0,762	48,50	29,50	0,446	-
2	Căutare impulsivă de senzații	-1,074	38,00	17,00	0,283	-
3	Activitate	-1,490	5,25	6,50	0,136	-
4	Neuroticism - anxietate	-1,980	11,00	55,00	0,58	-

5	Agresivitate – ostilitate	-0,622	21,50	33,50	0,534	-
6	Dezirabilitate socială	-0,187	21,00	24,00	0,852	-

Tabelul 40 CPI dimensiunea managementul de sine. Diferențe statistice testul Wilcoxon, grup control test – retest

I.	CPI dimensiunea managementul de sine	Valoarea W	Suma rangurilor pozitive	Suma rangurilor negative	P	Diferențe statistice
1	Responsabilitate (Re)	-0,760	41,50	24,50	0,447	-
2	Conformism social (So)	-0,154	29,00	26,00	0,878	-
3	Autocontrol (Sc)	-0,471	45,00	33,00	0,637	-
4	Impresie buna (Gi)	-0,134	34,50	31,50	0,894	-
5	Comunalitate (Cm)	-0,153	26,00	29,00	0,879	-
6	Sanatate (Wb)	-0,179	24,00	21,00	0,858	-
7	Toleranta (To)	-0,715	16,50	28,50	0,475	-

Anexa 5 Desfășurarea ședințelor programului formativ

Ședința număr 1: Deschiderea programului formativ

Obiective:

- Se urmărește formarea unei relații bazate pe încredere și siguranță conferită de prezența colegilor din grup și a psihologului coordonator;
- Se formează raporturile de grup interpersonale, consolidându-se co-crearea inconștientului relațional

Tehnica "jocul cu mingea" [Schweitzer, 2021]: participanții sunt invitați să se așeze într-un cerc al siguranței și unuia dintre ei i se va da o minge mica. Odată ce a primit mingea se va prezenta grupului cu privire la motivația de participare și intenția pentru finalizarea acestui program. Apoi, aruncă mingea altui participant astfel încât toți cei 12 participanți se prezintă cu privire la motivație și intenție.

Metoda construirii obiectivului personal (metodă combinată – psihosomatică, imagerie NLP și art-terapie): participanții sunt rugați să rămână așezați și să închidă ochii. În timp ce se concentrează pe respirație, își simt volumul corpului în camera, spațiul din jurul corpului în acea camera și își dau voie să conștientizeze faptul că se află în acum-și-aici, în momentul prezent în cadrul grupului de intervenție psihologică pentru coping. Participanții sunt rugați să conștientizeze motivul pentru care se află la grup și să își vizualizeze acum acest obiectiv (poate să apară sub forma unei culori, a unei persoane, o formă geometrică) și sunt rugați să interacționeze în imagerie cu ceea ce văd, astfel încât să observe în corp senzațiile / emoțiile care apar. Apoi sunt rugați să deschidă ochii, li se oferă culori și câte o coală A4 pe care desenează obiectivul la care s-au conectat în imagerie. În binom, împărtășesc celuilalt coleg descrierea obiectivului.

Metoda construirii obiectivului de grup (metodă combinată NLP, art-terapie): participanții sunt împărțiți în grupe de 4, apoi de 6 pentru identificarea unor elemente din obiectivul personal și aportul acestora la grup. Apoi este desenat pe un flip chart mare obiectivul general al grupului.

Ședința numărul 2: ***Care este stilul de coping care mă caracterizează?***

Obiective:

- Depășirea rezistențelor personale
- Identificarea mecanismelor de coping adoptate în trecut și în prezent

Metoda “*poveștii pe linia timpului*” (experiențială; NLP): Participanții sunt împărțiți în cartel de lucru și sunt rugați să aleagă dintr-un set de cartonașe minim 8 cartonașe care ilustrează diferite situații și mecanisme de coping utilizate în trecut, dar și în prezent și apoi să creeze o poveste pe linia timpului pe care să o împărtășească timp de 20 de minute/persoană în cartel.

Tehnica “*autobuzului*” (utilizarea metaforei psihologice în tehnica cognitiv comportamentală ACT): Participanții sunt rugați să se așeze în cercul mare, să închidă ochii și să își imagineze că sunt la volanul unui autobuz pe care îl conduc într-un oraș și pot face opriri în stații. La fiecare stație vizualizează metaforic cum din autobuz coboară un coping disfuncțional și urcă în locul lui un coping funcțional, care își ia locul în autobuz și continuă călătoria. Participanții sunt rugați să rămână atenți la senzațiile și emoțiile din corp atunci când călătoresc în autobuz cu copingul nou. La finalul ședinței toți participanții împărtășesc grupului conștientizările zilei respective.

Ședința numărul 3: ***Interviul de atașament al adultului*** [Brisch, K. H., 2012]

Obiectiv: explorarea relației dintre mecanismele de coping și stilul de atașament al adultului

Metoda: *chestionar* aplicat oral privind stilul de atașament al adultului. Participanții sunt așezați în binom, unul adresează oral întrebarea, iar celălalt răspunde oral, după care la finalul chestionarului schimbă direcția adresării întrebărilor (timp 1 oră / participant). La final participanții împărtășesc un feedback despre rezistențe / aspecte care au facilitat parcurgerea întrebărilor despre atașament.

Interviul de atașament al adultului

1. *Mi-ai putea descrie situația ta familială din timpul copilăriei? Unde ai locuit și cu cine, când erai copil? Unde te-ai născut? Ai schimbat locuința deseori? Ce anume lucrau ai tăi pentru a câștiga existența?*

2. *Poți să îmi descrii ce fel era relația ta cu părinții atunci când erai copil? Ar fi ideal dacă ai începe cu cele mai de timpurii amintiri.*

3. *Am să te rog să alegi cinci adjective (atribute) care să descrie relația cu mama ta, de când îți amintești tu. După ce se primește răspunsul, se continuă cu: Acum te voi ruga să îmi spui dacă există anumite amintiri sau incidente care îți vin în minte în legătură cu felul în care ai descris relația cu mama ta.*

4. *Acum te rog să alegi cinci adjective (atribute) care să descrie relația cu tatăl tău, de când îți amintești tu. După ce se primește răspunsul, se continuă cu: Acum te voi ruga să îmi spui*

dacă există anumite amintiri sau incidente care îți vin în minte în legătură cu felul în care ai descris relația cu tatăl tău.

5. Ai putea să-mi spui, te rog, față de care părinte te-ai simțit mai apropiat și de ce. Mă întreb de ce nu te-ai simțit la fel și față de celălalt părinte?

6. Când erai mic copil și erai supărat, ce făceai? Urmează întrebări de genul: Când erai supărat emoțional, ca și copil, ce făceai? Dacă erai rănit, îți poți aminti ce se întâmpla?

7. Care este prima amintire ce apare atunci când te gândești la momentul când ai fost separat de părinți? Urmată de: Cum ai reacționat la această despărțire? Dar părinții, cum au reacționat? Îți mai amintești și de alte separări?

8. Copil fiind, te-ai simțit vreodată respins de ai tăi? Câți ani aveai? Ce ai făcut? De ce crezi că părintele a făcut asta – crezi că a realizat că te-a respins?

9. Ai perceput vreodată părinții ca fiind amenințători – poate în glumă sau pentru a te disciplina?

10. Cum crezi că experiența cu părinții ți-au afectat personalitatea adultă? Urmată de: Există aspecte din experiențele timpurii care simți că te-au "tras înapoi" sau au afectat negativ dezvoltarea ta?

11. De ce crezi că părinții s-au comportat astfel în copilăria ta?

12. Au mai existat alți adulți importanți în viața ta de care te simțeai apropiat ca și copil?

13. Ai suferit vreo pierdere a unei figuri parentale sau persoane dragi, apropiate, în copilărie? Dacă este răspuns afirmativ se completează cu: Câți ani aveai și care au fost circumstanțele decesului?, Cum ai reacționat atunci?, A fost o pierdere neașteptată?, Ai participat la funeralii? Cum a fost asta pentru tine, a avut vreun efect asupra personalității tale ca adult?

14. În afară de experiențele descrise deja, au mai fost altele tulburătoare sau cu potențial traumatic?

15. Au fost multe schimbări în relația ta cu părinții odată ce perioada copilăriei a luat sfârșit?

16. Care este relația ta cu părinții acum, ca și adult?

17. Dacă ai avea în prezent un copil, ce fel de relație ai avea cu el?

18. Dacă ar fi să definești 3 dorințe pentru copilul tău 20 de ani mai târziu, care ar fi acestea? Adică ce fel de viitor ai dori pentru copilul tău?

19. Există ceva ce ai învățat din toate întrebările și răspunsurile date legat de experiențele din copilărie? Ce simți că ai fi putut câștiga din copilăria avută?

20. *Întrebările au fost centrate în special pe trecut, dar acum aş vrea să încheiem privind spre viitor. Ce speri că va învăţa copilul tău (cel pe care îţi imaginezi că o să-l ai) din faptul că te-a avut ca şi părinte?*

Şedinţa numărul 4: **Coping cognitiv**

Obiectiv: Construirea mentală a locului de siguranţă (safe place)

Metoda (cognitiv comportamentală): participanţii sunt aşezaţi în cerc şi sunt rugaţi să închidă ochii. Apoi sunt direcţionaţi să meargă mental într-un loc din realitate sau imaginar, unde experimentează sentimentul de siguranţă. Sunt ghidaţi să se conecteze vizual cu acel loc (ce vezi în jur?), auditiv (se aude ceva aici?), kinestezic (cum este temperatura din acest mediu?), olfactiv şi gustativ (există vreun gust, miros în acest loc?). După care sunt rugaţi să înceapă să exploreze mintal acest spaţiu şi să se plimbe prin el, observându-l şi interacţionând prin atingere cu mediul acesta de siguranţă. Participanţii sunt rugaţi să simtă puterea acestui spaţiu (sunt aici pentru tine, să te susţin), bună voinţa acestui spaţiu (acest spaţiu este fericit să te conţină) şi înţelepciunea acestui spaţiu (acest spaţiu te conectează la fiinţa ta, iar tu ştii deja ceea ce este mai bine pentru tine). Participanţii se conectează la senzaţiile din corp şi inspiră şi expiră siguranţă în tot corpul timp de 5 minute. Apoi deschid ochii şi rămân în tăcere.

Metoda (art terapie, experienţială): participanţilor li se oferă o coală A5, acuarele şi pensule şi sunt rugaţi să îşi picteze locul de siguranţă aşa cum l-au vizualizat. La final se reaşează în cerc şi în spaţiul din centrul cercului vin pe rând să îşi prezinte spaţiul de siguranţă şi îşi aşează tabloul pe jos în centru. La finalul şedinţei rezultă un puzzle uriaş alcătuit din 12 locuri de siguranţă.

Şedinţa numărul 5: **Coping cognitiv**

Obiectiv: identificarea credinţelor disfuncţionale /gândurilor disfuncţionale şi a copingului asociat acestora pe linia timpului

Metoda (NLP) “*linia timpului*”: psihologul roagă participanţii să deseneze pe caietul propriu o linie a timpului, pornind din momentul prezent, până la cel mai timpuriu moment pe care îl identifică în existenţa lor. Linia timpului este împărţită în intervale de vârstă: 0 – 5 ani, 6 – 10 ani, 11 – 15 ani şi tot aşa din 5 în 5 ani, până la vârsta biologică pe care o au în prezent. Pentru fiecare interval de vârstă trebuie să răspundă la întrebările:

Care sunt gândurile negative despre mine în acest interval de vârstă?

Care sunt gândurile pozitive despre mine în acest interval de vârstă?

Cum făceam față evenimentelor neplăcute din viața mea atunci? (coping funcțional și disfuncțional, dacă există)

Care sunt consecințele mecanismelor de coping la momentul prezent în viața mea?

Identifică 3 modalități noi, constructive de coping cognitiv și 3 comportamente noi pentru a le pune în aplicare și a te adapta eficient realității.

La final, fiecare participant are la dispoziție 5 – 8 minute pentru a împărtăși grupului ceea ce a conștientizat explorând copingul pe linia timpului și decizia asupra copingului din viitor.

Ședința numărul 6: **Coping cognitiv**

Obiectiv: restructurarea cognitivă a credințelor și a copingului asociat acestora

Metoda “scaunul gol” (cognitiv comportamentală, geștalt, psihodramă): participanții sunt împărțiți în binom și vor lucra pe rând. Sunt necesare 2 scaune care sunt așezate în 45° și la mică distanță unul față de celălalt. Pe un scaun se așează copingul și credința negativă, pe celălalt scaun copingul și credința pozitivă. Participantul asistent adresează următoarele întrebări oral celuilalt, care se va așeza alternativ de pe un scaun pe celălalt.

Ești partea din X care manifestă copingul... Cum te numești?

Când ai apărut prima dată în viața lui X?

Ce crezi despre X?

Care sunt nevoile tale?

Care este rolul tău în viața lui X?

Ce s-ar întâmpla dacă ai pleca din viața lui X?

Cum ar fi viața lui X pentru el, pentru mediul său și pentru ceilalți dacă ai rămâne / ai pleca?

La final participantul care a pendulat între cele 2 scaune pentru a răspunde la întrebări alternativ, se așează între cele 2 scaune și oferă un procent copingului funcțional / disfuncțional, precum ia și o decizie: “Din acest moment decid să....”

La final toți participanții revin din binom în cercul mare și oferă un feedback cu privire la experiența avută în ședința prezentă.

Ședința numărul 7: *Coping cognitiv*

Obiectiv: acceptarea prin toleranță a copingului

Tehnica (cognitiv comportamentală – ACT): participanților le sunt prezentate cartonașe pe care sunt scrise mecanismele de coping din chestionarele pe care le-au completat, SACS și CERQ. Fiecare participant va alege minim 3 mecanisme de coping de coping pozitive și 3 negative, după care în grup de 6 persoane va răspunde la următoarele întrebări:

- Care este imaginea de ansamblu a situației în care utilizați acest mecanism de coping?
- Situația în care utilizezi mecanismul de coping are defapt legătură cu...?
- Situația în care utilizezi mecanismul de coping se referă în general la...?
- Ce înseamnă defapt acest mecanism de coping pentru tine?
- Care este defapt intenția ta atunci când folosești acest mecanism de coping?
- Ce îți dorești cu adevărat este..?
- Ce îți propui să realizezi este...?
- Cum ar arăta această situație dacă ai privi-o peste 10 ani?
- Cum ar arăta această situație dacă ai privi-o din perspectiva unui observator?

Tehnica recadrării (NLP): participantul își alege un cartonaș cu mecanismul de coping pe care conștientizează că îl utilizează cel mai des și care îi produce disturbantă în momentul prezent și în binom, trece mecanismul de coping prin următoarele 5 recadrări:

- În loc să mă gândesc continuu pe “nu am / știu / pot” aleg să- mi centrez atenția pe ce “am, știu, pot face, pot învăța”
- În loc să fiu atent la “eșec de ex. (se numește mecanismul de coping)” aleg să-mi centrez atenția pe rezultat “feedback”
- În loc să întreb și să mă întreb “De ce?” aleg să-mi centrez atenția pe “cum?” acționez ca să rezolv situația?
- În loc să fac “presupuneri” aleg să-mi centrez atenția pe “curiozitate”
- În loc să caut “vinovatul” aleg să-mi centrez atenția pe rezultatul dorit.

Ședința numărul 8: *Coping emoțional*

Obiectiv ședință: abordarea prin compasiune a copingului

Tehnica abordarea prin compasiune (cognitiv comportamentală – *Compassion Focused Therapy* - adaptare după Paul Gilbert): participanților li se oferă coala albă A4 și pix și li se solicită să

deseneze 3 cercuri (starea de amenințare, resurse, starea de liniște), dându-le proporția pe care o au în viața lor la acest moment. Apoi sunt împărțiți în grupuri de câte două persoane și timp de o oră / persoană răspund și împărtășesc colegului răspunsul la următoarele puncte:

- Care sunt evenimentele din momentul prezent, situațiile și mecanismele de coping care aparțin fiecărui cerc în parte?
- Care sunt persoanele din viața ta pe care le-ai localiza în fiecare cerc în parte? În ce contexte sau condiții le-ai localiza într-un cerc mai degrabă decât în altul?
- Care sunt obiectivele, dorințele, valorile pe care le-ai așeza în fiecare cerc în parte?
- Care este relația între cele trei cercuri? Se potențează reciproc, se compensează, se autoreglează, se inhibă?
- Care sunt amintirile pe care le-ai plasa în fiecare cerc?
- A existat vreo perioadă în care dimensiunea și relația dintre aceste cercuri a fost diferită?
- În acest moment, ai avea nevoie ca proporția acestor cercuri să fie diferită?
- Ce îți dorești de aici încolo?
- Închide ochii și imaginează-ți un moment în viitor în care ai un zâmbet deschis pe chip, o expresie liniștită și relaxată. Unde ești, ce se întâmplă?

La final, participanții se adună în cerc în grupul mare și oferă feedback în legătură cu ceea ce doresc să împărtășească grupului ca și conștientizări din ședința prezentă.

Ședința numărul 9: *Coping emoțional*

Obiectiv ședință: dezvoltarea Sinelui plin de compasiune

Tehnica abordarea prin compasiune (cognitiv comportamentală – *Compassion Focused Therapy* - adaptare după Paul Gilbert): participanții sunt rugați să rămână așezați în cerc, să își găsească o poziție confortabilă și să se concentreze asupra respirației care devine din ce în ce mai liniștită și calmă. Apoi își imaginează că întruchiează o persoană plină de compasiune. Se gândesc la calitățile ideale pe care o persoană plină de compasiune le are: **înțelepciunea** care provine din propria experiență de viață, maturitatea care vine din conștientizarea încercărilor vieții. Își imaginează că inhalează această calitate cu fiecare inspirație sub forma unei culori... care este aceea? Îmaginează că inspiră această culoare, iar aceasta se răspândește în corp. Cu cât inspiră mai mult, cu atât culoarea este mai prezentă în corp. **Puterea** în termeni de curaj și putere interioară: se imaginează în siguranță, într-un mediu stabil. Își imaginează că inhalează această calitate cu fiecare inspirație sub forma unei culori... care este aceea? Îmaginează că inspiră această culoare, iar aceasta se răspândește în corp. Cu cât inspiră mai mult, cu atât culoarea este mai prezentă în

corp și se contopește cu înțelepciunea. **Bună – voința:** Își imaginează că inhalează această calitate cu fiecare inspirație sub forma unei culori... care este aceea? Îmaginează ca inspiră această culoare, iar aceasta se răspândește în corp. Cu cât inspiră mai mult, cu atât culoarea este mai prezentă în corp și se contopește cu celelalte două calități. Pe măsură ce inspiră aceste trei calități ale noului Sine plin de compasiune își imaginează că se expandează. Apoi își imaginează că se observă din afară, această nouă versiune care are toate aceste trei calități: înțelepciune, putere și bună voință. Se vede calm și înțelept, sensibil și tolerant, liniștit, blând și non judecativ, flexibil și dornic să ajute. Încearcă să construiască o expresie nouă a feței, aducând un zâmbet larg și acordând atenție senzațiilor de bine din corp. Își imaginează tonul vocii acestui Sine plin de compasiune și cuvintele hrănitoare pe care i le adresează. Își imaginează că are deja aceste calități, se ridică de pe scaun și își dau voie să meargă cu ochii închiși în sală pentru un minut.

Apoi grupul e împărțit în două (șase persoane) și împărtășesc ceea ce au simțit. Feedback în grupul mare la final (un cuvânt de închidere a ședinței).

Ședința numărul 10: ***Coping emoțional***

Obiectiv ședință: confruntarea empatică a copingului disfuncțional și dezvoltarea empatiei

Tehnică *confruntarea empatică* (scheme cognitive – adaptare Jeffrey Young): participanții sunt împărțiți în binom pentru jocul de rol, unul dintre ei fiind cel care își explorează mecanismul de coping, iar celălalt este interlocutor. Partenerii sunt așezați față în față.

Pasul 1: este identificat și denumit mecanismul de coping disfuncțional care generează probleme pentru persoana respectivă.

Pasul 2: interlocutorul folosește conceptualizarea cazului pentru a empatiza cu motivația probabilă care stă la baza mecanismului de coping. De exemplu:

- „Îmi dau seama că trebuie să fie un motiv pentru care ți s-a părut dificil să...”
- „Gândindu-te la simți multă anxietate și pare mai confortabil să eviți...”
- „Poate nu vezi care este rostul realizării (comportamentul dorit), nu vezi cum te-ar putea ajuta să progresezi...”

Pasul 3 – Clarificarea problemei

1. De aici lucrurile depind de materialul rezultat din discuții. De exemplu, problema poate apărea ca urmare a unui mecanism de coping evitant. În acest caz, empatizând cu dificultățile persoanei

pentru care își ia măsuri de coping, poate să re-evalueze valoarea pe care o are evitarea și să îi recunoască rolul în menținerea problemei.

2. Pe de altă parte, problema poate să fie relaționată cu scopurile persoanei pentru a participa la acest grup, în acest caz fiind nevoie ca acestea să fie revizuite. De exemplu, „M-am gândit că ar fi de ajutor să vedem ce este ceea ce aștepți de la grup. La începutul ai identificat următoarele scopuri: exemplu 1. Creșterea activităților sociale și munca la reducerea anxietății în situații sociale, 2. Învățarea identificării momentului când te simți furios și găsirea unor soluții constructive de exprimare a furiei, 3. Identificarea nevoilor în relația cu partenerul tău și exprimarea acestor nevoi în mod constructiv. Sunt aceste obiective încă importante pentru tine acum?”

Pasul 4 - Se lucrează spre o soluție agreată de ambele părți

Oricare ar fi mecanismul de coping și problemele pe care le generează trebuie găsită o soluție realizabilă în viitor și care să asigure progresul participării și îndeplinirea scopurilor la grup.

Ședința numărul 11: *Coping emoțional*

Obiectiv ședință: legătura coping – emoție – senzație.

Tehnică activarea experienței reparatoare (EMDR și psihosomatică, adaptare după E. Schwartz, 2023): participanții rămân în cerc cu ochii închiși și sunt ghidați de psiholog. Sunt ghidați să își conștientizeze corpul în acel moment și să se “împământeze” sprijinind toata talpa de sol, iar coloana rămâne dreaptă. Apoi psihologul îi ghidează prin următorii pași:

Pasul 1: Conștientizează resursele din corp din acel moment (ex. liniște, relaxare, bucurie, etc).

Pasul 2: Reactualizează o situație problematică recentă pentru ei (de ex: un conflict). Se conectează la situație ca și cum lucrurile se desfășoară în momentul prezent – ce văd, ce aud, ce simt în corp, gust, miros. Corpul reține amintirea lucrurilor petrecute astfel încât sunt ghidați către a simți senzațiile din corp și a rămâne pentru câteva minute în liniște în aceste senzații, respirând ușor.

Pasul 3: Se găsește experiența reparatoare – ce ar fi vrut corpul să se întâmple în acel moment? Persoana vizualizează și se conectează prin simțuri (văz, miros, auz, kinestezic) la experiența reparatoare și dă voie corpului să simtă noile senzații.

Pasul 4: Toți participanții se întind pe jos pe salteluțe și rămân acolo timp de 15 minute în liniște, cu ochii închiși pentru a integra noua experiență corporală.

Apoi psihologul reface cercul de participanți și fiecare dintre ei împărtășește noua experiență reparatoare a corpului.

Ședința numărul 12: ***Coping comportamental***

Obiectiv ședință: conștientizarea copingului comportamental disfuncțional.

Tehnica SCORE (NLP): participanții sunt împărțiți în 2 grupuri de câte 6 participanți și li se oferă un flip chart împărțit în 5 cadrane. Utilizând cartonașe metaforice cu imagini și cuvinte cheie, sunt rugați ca fiecare dintre ei să își aleagă un mecanism de coping comportamental și să discute în grup conform celor 5 categorii: situație – cauze – obiective – resurse – efecte. Discutând în grup participanții își largesc harta mentală cu alte puncte de vedere ale celorlalți participanți și dezvoltă siguranța psihologică, acceptarea și incluziunea.

La final se revine în grupul mare și se oferă feedback cu privire la această experiență.

Ședința numărul 13: ***Coping comportamental***

Obiectiv: dezvoltarea asertivității pentru diminuarea copingului disfuncțional.

Tehnică trainingul asertivității (cognitiv comportamentală): participanții rămân cu ochii închiși în cerc și sunt ghidați de psiholog.

Pasul 1: Gândește-te la o situație relațională critică și la comportamentul tău din acea situație.

Pasul 2: Identifică răspunsurile lipsite de asertivitate din această situație (comportamente, emoții, gânduri) pe care ai dori să le modifice. Găsește mecanismul de coping prezent, care este disfuncțional și ai dori să îl modifice.

Pasul 3: Ce anume obții prin aceste mecanisme comportamentale actuale? Ce anume nu obții?

Pasul 4: Ce comportament alternativ și ce mecanisme de coping alternative ar permite să îți atingi mai bine obiectivele sau să existe un echilibru între obiectivele tale?

Pasul 5: Ce gânduri, convingeri personale ar susține / ajuta noile comportamente personale?

Pasul 6: Găsește o nouă situație de interacțiune/ relaționare în care implementezi aceste gânduri / comportamente / emoții asertive și observă cum se modifică acum situația.

Apoi participanții deschid ochii și sunt împărțiți în grupe de 4 persoane, unde împărtășesc conștientizările avute. La final oferă feedback de grup.

Ședința numărul 14: **Coping comportamental**

Obiectiv ședință: dezvoltarea copingului din adultului sănătos

Tehnica restructurării cognitive (cognitiv comportamentală): participanții sunt împărțiți în binom și li se oferă câte o coală A4 și pix. Impart foaia în două părți: partea din stânga coping disfuncțional (gânduri, emoții, comportamente), partea din dreapta copingul funcțional al adultului sănătos. Apoi li se oferă un scaun gol. Interlocutorul preia schema colegului care își lucrează copingul și îl direcționează în stânga scaunului (coping disfuncțional) sau în dreapta scaunului (coping funcțional) citind de pe schemă, iar participantul repetă după interlocutor și este atent la senzațiile din corp. Apoi participantul e direcționat în stânga - dreapta scaunului și lăsat să vorbească liber din acea parte. La final (după aproximativ 30 de minute de pendulare între cele două părți), participantul este invitat la mijloc, în spatele scaunului pentru a da un procentaj celor două părți (mecanisme de coping funcțional vs. disfuncțional)Ex: *Acum că am lucrat ambele forme ale copingului (funcțional și disfuncțional pentru tine) , te rog sa oferi un procentaj acestor 2 părți – exemplu : 60% - 40% etc. Cum apreciezi copingul acum?*

Apoi schimbă rolurile. La final oferă feedback de grup.

Ședința numărul 15: **Coping comportamental**

Obiectivul ședinței: coping și lucrul cu corpul

Tehnici psihosomatice:

Tehnica algei – participanții își aleg un partener de lucru. Pe fundal rulează muzică instrumentală. Primului participant i se solicită să închidă ochii și să își imagineze că este o algă în mijlocul oceanului și să lase corpul cât mai flexibil la atingerea curentului marin (rol care este jucat de cel de-al doilea participant). Participanții se ating în zonele permise social: brațe, umeri, spate, abdomen, gambe. Atenția rămâne pe senzațiile din corp și la mișcările libere pe care le produce în contact cu palma celuilalt. Timp de lucru 10 minute de persoană, după care se schimbă direcția (celălalt partener devine algă).

Tehnica zidului – participanții sunt împărțiți în 2 grupe de câte 6 persoane. Pe rând fiecare participant este scos afară din cerc, iar cei 5 care rămân desemnează o “ușă de intrare” în cerc printr-un participant. Participantul din afara cercului revine și trebuie să abordeze fiecare participant component al cercului verbal, comportamental, atitudinal pentru a ghici “ușa de intrare”. Atenția rămâne pe senzațiile din corp, iar la final fiecare participant împărtășește grupului mecanismele de coping pe care realizează că le-a folosit pentru soluționarea problemei.

Tehnica cercului – participanții sunt împărțiți în grupe de câte 6 persoane, de data aceasta fiecare dintre ei rămânând în mijlocul cercului. De aici trebuie să găsească metode și strategii de coping pentru a ieși afară din cerc. Se observă modalitatea la care recurge participantul și senzațiile din corp, acestea fiind împărtășite la finalul ședinței.

Ședința numărul 16: **Construirea rezilienței**

Obiectivul ședinței: dezvoltarea capacității de autoreglaj emotional

Tehnica coerența inimă – creier (Institutul Heart Math de neuroștiință):

Participanții rămân cu ochii închiși în grupul mare și urmează ghidajul psihologului:

PRIMUL PAS, observă ceea ce simți. Ce modele (pattern-uri) emoționale și atitudini ai experimentat astăzi? Poate că te-ai simțit puțin frustrat sau poate anxios. Sau poate puțin dezamăgit. Pentru început, trebuie să recunoști sentimentul sau starea pe care vrei să o schimbi!

Ce ai prefera să simți în schimbul acestora? Atunci alege o emoție cu care ai prefera să le înlocuiești.

PASUL 2, acum vă voi da câteva exemple: Poate dacă te-ai simțit stresat, ai prefera să te simți calm. Dacă te-ai simțit supraîncărcat, ai prefera să înlocuiești cu un sentiment de liniște. Sau dacă simți că judeci prea mult, cum ar fi să înlocuiești asta cu compasiune? Poți acum să alegi o atitudine, o stare pozitivă cu care să o înlocuiești pe cea cu care te identificai și să simți cum este să fi deschis la noua atitudine identificată pe baza propriei tale intuiții.

PASUL 3. Mai departe, mută-ți atenția în zona inimii. Imaginează-ți cum respirația ta curge prin inima și zona pieptului, respirând din ce în ce mai ușor/încet și mai adânc decât o faci în mod obișnuit. Găsește un ritm ușor care să îți fie confortabil.

PASUL 4. În timp ce continui să respiri concentrat în zona inimii tale, inspiră adânc, amplificând starea noii tale emoții. Menții atenția pe respirație până ce vei începe să simți schimbarea.

PASUL 5. Acum exersează menținerea noilor tale atitudini și percepe această nouă stare în timp ce îți continui interacțiunile de zi cu zi.

Tehnica Mindfulness de golire a minții (adaptare după dr. Benson, 2011): participanții rămân cu ochii închiși în cercul mare și își observă gândurile cum trec prin fața ochilor lor, le lasă pur și simplu să ruleze timp de 3 – 4 minute. Apoi încearcă să încetinească viteza de rulare a gândurilor în minte pentru încă 3 – 4 minute. Apoi trec dincolo de aceste gânduri și rămân în golul minții

pentru 10 minute. După cele 10 minute de liniște în golul minții sunt invitați de psiholog ca ușor ușor să înceapă să conștientizeze poziția corpului pe scaun și să revină în momentul prezent deschizând ochii atunci când sunt pregătiți.

După fiecare tehnică de autoreglaj emoțional participanții sunt invitați să ofere feedback colegilor în grupul mare. La finalul ședinței participanții își strâng mâna pentru ridicarea nivelului de siguranță interpersonală.

Ședința numărul 17: **Construirea rezilienței**

Obiectivul ședinței: dezvoltarea capacității de autoreglaj emoțional

Tehnica *autocompasiunii* (cognitiv comportamentală, adaptare după N. Petrocchi, 2023): participanții sunt împărțiți în binoame și povestesc o situație din cercul de amenințare din cadrul ședinței nr 8. Înțeleg mecanismul de coping utilizat și apoi construiește un gând nou pozitiv pentru acea situație. Ambii participanți din binom stau față în față și își oglindesc postura: pun palma dreaptă pe umărul stâng și palma stângă pe umărul drept și își mângâie de sus în jos brațul, repetând împreună: “În aici și acum sunt în siguranță și îmi dau voie să (se enunță gândul pozitiv)”.

Tehnica *dezvoltării sinelui plin de compasiune* (cognitiv comportamentală, adaptare după N. Petrocchi, 2023): participanții sunt împărțiți în binom și pe rând explorează:

Criticul interior:

- Care sunt cele mai mari frici ale lui?
- Cum apare?
- Ce îmi spune?
- Cum se simt aceste lucruri în interiorul meu?
- Ce cred și simt acum despre mine?

Sinele plin de compasiune:

- Ce își dorește pentru mine?
- Cum apare?
- Ce îmi spune?
- Cum se simt aceste lucruri în interiorul meu?
- Ce cred și simt acum despre mine?

La finalul ședinței se oferă feedback de grup.

Ședința numărul 18: Dezvoltarea **Sinelui nou**

Obiectiv ședință: dezvoltarea mecanismelor de coping noi, funcționale

Tehnică filmul minții (adaptare și compilare Joe Dispenza și Nicola Petrocchi):

Închideți ochii și respirați adânc de trei ori. Lasă-ți mintea să fie vizitată acum de o imagine cu tine din viitor în care ai ajuns la nivelul de dezvoltare, mulțumire și blândețe pe care ți-l doreai. Aici ești iubitor cu tine și cu cei semnificativi pentru tine, te poți baza pe ceilalți, îți atingi obiectivele cu ușurință. Ai curaj, putere, seninătatea de a accepta lucrurile care pot fi doar acceptate. Îmaginează-ți că simți acum împlinire, înțelepciune și conexiune cu ceilalți. Sinele tău din viitor este plin de blândețe, putere, înțelepciune în relație cu viața, cu ceilalți și cu propria persoană. Lasă mintea ta să creeze acum acest film al viitorului în care te vezi pe tine, varianta cea mai bună a ta, în diferite astfel de ipostaze noi, valorizante pentru tine și observă ce consecințe apar pentru tine și pentru cei din jurul tău. Iar când ajungi la finalul filmului, inspiri și expiri adânc și poți deschide ochii.

La finalul ședinței se oferă feedback în grupul mare referitor la filmul minții și consecințele noi și se conștientizează noi modalități de gândire și comportament.

Ședința numărul 19: Lucrul cu “**Sinele viitor**”

Obiectiv ședință: dezvoltarea copingului funcțional

Tehnică activarea sistemului nervos parasimpatic prin acțiunea asupra nervului vag – tapping (prescurtare și adaptare a ancorării de resurse EMDR, F. Shapiro):

Participanții sunt așezați în cerc și sunt ghidați doar de psiholog.

Pasul 1: Sunt rugați să își aleagă un mecanism de coping funcțional pe care își doresc să îl dezvolte mai mult – de ex. asertivitatea

Pasul 2: Identifică o credință pozitivă despre ei în relație cu acest coping: Ce ți-ar plăcea să gândești despre tine dacă ai fi de exemplu, asertiv? Răspuns exemplu: Sunt capabil să stabilesc limite sănătoase în relație cu ceilalți.

Pasul 3: Se oferă o notă de adevăr între 1 și 7 acestui gând nou. Ex: Când te gândești că ești capabil să stabilești limite sănătoase, ce notă de adevăr *simți* să oferi acum acestui gând, știind că 1

înseamnă total neadevărat iar 7 total adevărat acum? Răspuns exemplu: 3. (fiecare participant oferă o notă proprie gândului său, pe acestea le notează pe o foaie proprie)

Pasul 4: așezăm palma stângă mai jos de umărul drept, iar palma dreaptă mai jos de umărul stâng și alternativ exercităm bătăi la nivelul acesta al pieptului, precum mișcarea aripilor unui fluture, activând astfel mecanic asupra nervului vag. După 2 – 3 minute de bătăi continue, psihologul oprește manevra și întreabă: Ce notă simți să dai acum noului tău gând ? Fiecare notează pe hârtie nota de adevăr la care ajunge, care trebuie să crească treptat către 7. În momentul în care se ajunge la 7, persoana se oprește și rămâne cu ochii închiși să își integreze senzorial experiența, până când finalizează ultimul participant.

La final, feedback de grup.

Ședința 20: Concluzii și închiderea programului formativ

Se oferă un scaun al vorbitorului în fața grupului lângă psiholog. Fiecare participant va ocupa pe rând acest scaun și își va împărtăși recunoștința pentru experiența comună din cele 10 luni de lucru în grup, precum și realizările proprii privind schimbările și deciziile luate urmare a acestei experiențe.

Apoi participanții sunt așezați în 2 cercuri de 6 persoane : unul exterior și unul interior, iar cercul interior stă cu fața către cercul exterior. Participanții se țin de mâini și se privesc în ochi fără să își adreseze cuvinte. La final se îmbrățișează și își mulțumesc.

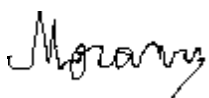
În ultima oră de grup, psihologul împarte chestionarele de coping și personalitate, pe care participanții din grupul experimental le completează la finalul programului formativ.

Final de program.

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata Mocanu Maria Nicoleta, declar pe propria răspundere 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.

Mocanu Maria Nicoleta

Semnătura 

Data 24.12.2024

CV-UL AUTORULUI



Curriculum vitae Europass

Informații personale

Nume / Prenume	MOCANU Maria-Nicoleta
Adresă(e)	Constanța
Telefon(oane)	Mobil: 0723461177
Fax(uri)	-
E-mail(uri)	paris_maria_nicoleta@yahoo.com
Naționalitate(-tăți)	Română
Data nașterii	05.12.1984
Sex	Feminin
Domeniul ocupational	PSIHOLOG / PSIHOTERAPEUT
Experiența profesională	01 noiembrie 2008 – prezent – Psiholog principal Curtea de Apel Constanța (psiholog principal psihologia muncii și organizațională) 2018 – prezent – Școala Națională de Grefieri, București, formator disciplina Abilități non juridice (dezvoltare personală) 2021 – prezent – Mocanu Maria Nicoleta Cabinet individual psihologie (psihoterapeut integrativ practicant autonom)

Formări și specializări naționale și internaționale în domeniul psihoterapiei	2019 – 2021 – formare de baza in psihoterapie integrativa (Asociatia Romana de Psihoterapie Integrativa) octombrie 2020 – aprilie 2021 – formare NLP practicioner aprilie 2021 – octombrie 2022 – formare NLP master 2021 – prezent – formari internationale (SUA, Italia, UK) si specializari psihoterapie cognitiv comportamentala si EMDR
Perioada	2021 – 2025 – doctorand Școala Doctorală de Psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă Chișinău, Republica Moldova (teza <i>Impactul mecanismelor de coping asupra profilului de personalitate de la vârsta adultă</i> , conducător științific prof.univ.dr.hab. RACU Igor)
Perioada	Feb. – Iulie 2007 – Bursieră ERASMUS Facultatea de Psihologie din cadrul Universite de Bretagne Occidentale, Brest, Franța
Calificarea / diploma obținută	Attestation d’assidue (Departament de Psychologie), Releve des notes ERASMUS
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Diverse, discipline din toti cei trei ani de învățământ
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	<u>Universite de Bretagne Occidentale, Brest, Franța</u>
Conferințe internaționale pe parcursul bursei	Martie 2007 – Les Mercredis de la Psychologie – Souffrances psychiques aujourd’hui, Brest, Franța --Proximate, familiarite. Les sociologues et leurs terrains, Brest, Franța Aprilie 2007 – Depression de la personne age, Brest, Franța Mai 2007 -- Regard croises sur l’autisme, Quimper, Franța

Perioada	Oct 2004-Iunie 2008 Facultatea de Psihologie și Științele Educației, șef de promoție media 9,92									
Diploma obținută	Diplomă de Licență, specializarea Psihologie – media 10 Diplomă de merit Premiul I anul II –media 9,80 Diplomă de merit Premiul I anul III- media 9,88 Diplomă de excelență Premiul I anul IV- media 10									
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Universitatea Ovidius, Constanta									
Perioada	2010-2012 Masterat Psihodiagnosticul complex al personalitatii, Univ. Ovidius Constanta									
Diploma obținută	Diplomă de Master in psihologie									
Diplome de limbi străine	Mai 2005 – DALF (Diplome Approfondi de Langue Francaise) Feb 2004 – Diplome de Langue, Mention Bien Iunie 2003- CAMBRIDGE ADVANCED									
Aptitudini și competențe personale										
Limba(i) maternă(e)	Română									
Limba(i) străină(e) cunoscută(e)										
Autoevaluare										
Nivel european (*)										
Limba engleză	Înțelegere				Vorbire				Scriere	
	Ascultare		Citire		Participare la conversație		Discurs oral		Exprimare scrisă	
		f.b.		f.b.		f.b.		f.b.		f.b.
Limba franceză		f.b.		f.b.		f.b.		f.b.		f.b.

(*) Nivelul Cadrului European Comun de Referință Pentru Limbi Străine

(*) Nivelul Cadrului European Comun de Referință Pentru Limbi Străine

Competențe și abilități sociale	Sensibilitate interpersonală, inteligență emoțională, capacitate de adaptare, lucru în echipă
Competențe și aptitudini organizatorice	Gândire strategică și capacitatea de a rezolva probleme sub stress
Competențe și aptitudini de utilizare a calculatorului	Word, Powerpoint, SPSS
Alte competențe și aptitudini	Perseverență, orientare către calitate, capacitate de planificare și de utilizare eficientă a timpului, motivare personală

Publicații în cadrul tezei de doctorat:

Lucrări indexate *ISI (Scopus, Copernicus, Web of Science)* în reviste de specialitate cu factor de impact:

MOCANU, M.N. The effect of meditation and psychotherapy in changing the personality traits of the adults. *Revista de cercetare și intervenție socială*. 2025, nr , pp. ISSN . DOI: (IF 0,3)

MOCANU, M.N. An integrative research study on changing coping mechanisms and personality traits for adults. *Cunoașterea științifică*. 2025, nr 1(4), pp. 19 – 43. ISSN 2821 – 8086, ISSN – L 2821 – 8086. DOI: 10.58679/CS96443 <https://www.cunoasterea.ro/an-integrative-research-study-on-changing-coping-mechanisms-and-personality-traits-for-adults/>

Lucrări în cadrul *revistelor științifice de specialitate*:

MOCANU, M.N. Rolul mecanismelor de coping și al coerenței inimă creier în gestionarea stresului profesional al judecătorului. *Revista Română de Jurisprudență*. 2022, nr. 2, pp 688 – 695. ISSN 1844 – 6450.

RACU, I., **MOCANU, M.N.** Cercetarea experimentală a mecanismelor de coping la vârsta adultă. *Univers Pedagogic*. 2023, nr 4(80), pp 5-11. ISSN 1811-5470. DOI:10.52387/1811-5470.2023.4.01

RACU, I. & **MOCANU, M.N.** Mecanisme de coping – predictor ai dezirabilității răspunsurilor în cadrul examinării psihologice. *Psihologie Revista Științifico – Practică*. 2023, nr 42(1), pp 96 -104. ISSN E 2537-6276, ISSN P 1857-2502.

MOCANU, M.N.; LEUȚANU, G. & TÎRLEA, G. Starea de bine organizațională în context pandemic, de la coping la adaptare. *Revista de psihologie militară*. 2023, nr 2, pp. 47 – 55. ISSN 2784 – 2649.

RACU, I. & **MOCANU, M.N.** A formative approach on changing coping mechanisms and personality traits for adults. *Romanian Journal of Psychological Studies*. 2024, nr 1, pp 48 -55. ISSN 2559-1649, ISSN–L 2559-1649.

MOCANU, M.N. The Relationship between Emotional Self-Control and Coping Mechanisms - Applications of Neuroscience in Education. *Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics*. 2024, nr 28(1), pp. 17-26. ISSN 2392-7127. DOI:10.29081/JIPED.2024.28.1.02

Articole în lucrările **conferințelor** și altor manifestări științifice:

MOCANU, M.N. Neurobiologia alianței terapeutice și integrarea mecanismelor de coping în relația sinelui cu ceilalți. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice : Analele științifice ale doctoranzilor*. 2022, vol 20, pp. 229 – 234. ISSN 1857-0267. ISBN 978-9975-46-420-8.

MOCANU, M.N. Mecanismele de coping în context adaptiv și dezadaptiv neuroștiințific. În: *Competențe adaptative și dezadaptative. Lucrări conferința APAR Ediția XVII*. Brașov: Ed APAR. 2022, pp 216 – 232. ISBN 978 606 9547007.

RACU, I. & MOCANU, M.N. Obiective și strategii în studiul dezvoltării mecanismelor de coping. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și ale modernizării învățământului. Volumul conferinței naționale cu participare internațională*. 2022, seria XXIV vol I, pp 62 – 68. ISBN 978-9975-46-652-3.

MOCANU, M.N. Coping și epigenetică – de la adaptare la transformare. În: *Tulburări neurocognitive. Volumul conferinței internaționale APAR. Brașov*. 2023, pp 205 – 216. ISBN 978 – 606 – 95470 – 3- 8.

RACU, I. & MOCANU, M.N. Legătura copingului cu factorii de personalitate Big Five. În: *Volumul Conferinței Științifice Internaționale Știință și Educație: Noi abordări și perspective* . 2023, seria XXV vol nr 1, pp 72 - 78. ISBN 978-9975-46-774-2.

MOCANU, M.N. Evoluția copingului la vârsta adultă. În: „*Perspectivelor și Problemele Integrării în Spațiul European al Cercetării și Educației*”. 2023, Volumul X, partea 2, pp 169 -176. ISSN 2587-3563, E-ISSN 2587-3571.

MOCANU, M.N. Mecanismele de coping ale copilului interior. În: *Volumul Conferinței Științifice a doctoranzilor. Conferința Științifică Anuală a doctoranzilor cu participare internațională "Probleme actuale ale științelor umanistice"*. 2023, nr 1 pp 242 -246. ISBN 978-9975-46-849-7.

Publicație **rezumat** în volumul conferinței și e-poster:

MOCANU, M.N. Tratatamentul psihoterapeutic prin compasiune al copingului psihologic și al tipului de atașament. În: *Zilele Psihiatriei Socola, volum rezumate*. Iași: Ed Etna, 2022. pp 63. ISBN 978-973-1985-83-1.

MOCANU, M.N. The relationship of emotional self-control with coping mechanisms (Relația copingului cu autocontrolul emoțional). În: *Volumul de rezumate al Conferinței Internaționale a Doctoranzilor, Post doctoranzilor și tinerilor Cercetători în Științe Socio – Umane*. 2023, pp. 67. ISBN online: 978-606-714-779-7 , ISBN print: 978-606-714-780-3.

COD ORCID: 0000-0003-0235-3646