“PETRE ANDREI” UNIVERSITY FROM IAȘI
The Faculty of Psychology, Education Science and Social Work

CONFERENCE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
Social Work in the Context of Accelerated Social Changes

Iaşi, 20-21 November 2025, 3rd Edition

IN MEMORIAM SOCIOLOGUL PETRE ANDREI

SCIENTIFIC COMMITEE

- Doru TOMPEA, University Professor, Ph.D., President of the Board of Directors, “Petre Andrei” University from Iasi, Romania
- Teodora-Liliana PRELIPCEAN, Associate Professor, Ph.D., Rector “Petre Andrei” University from Iași
- Sorin BOCANCEA, ViceRector, University Professor, Ph.D., “Petre Andrei” University from Iași
- Cristina Maria STOICA, University Professor, Ph.D., Dean of the Faculty of Psychology, Educational Sciences and Social Work, “Petre Andrei” University from Iasi, Romania
- Tudor PITULAC, University Professor, Ph.D., Faculty of Psychology, Educational Sciences and Social Work, “Petre Andrei” University from Iasi, Romania
- Univ. Prof. PhD. Victor Nicolăescu, The Faculty of Psychology, Education Science and Social Work, “Petre Andrei” University from Iasi
- Shoaib MOHAMMED, founder of CEO of CANASU, Bengaluru, India
- Yuliia ASIEIEVA, Doctor of Psychological Sciences (MD), Academician of the National Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine. Head of the Department of Language and Psychological and Pedagogical Training. Odessa National Economic University, Ukraine
- Mușata BOCOȘ, University Professor, Ph.D., Babeș-Bolyai University of Cluj-Napoca, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Cluj-Napoca, Romania
- Iulia RACU, Professor, Habilitated Doctor, "Ion Creangă" State Pedagogical University of Chișinău
- Olena PASKAL, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the State Institution «South-Ukrainian National Pedagogical University named after K. D. Ushynsky», Ukraine
- Constantin DUVAC, Academy of Economic Studies, Bucharest, Romania
- Gheorghița NISTOR, University Professor, Ph.D. habilitated, Faculty of Sociology and Social Work, University of Bucharest, Faculty of Sociology and Social Work, Romania
- Mihaela Alida TOMIȚĂ, University Professor, Ph.D., Faculty of Sociology and Psychology, West University of Timișoara, Romania
- Silvia BRICEAG, Associate Professor, Ph.D., Faculty of Educational Sciences, Psychology and Arts, “Alecu Russo” State University from Bălți, Republic of Moldova
- Anastasia OCERETNII, Associate Professor, Ph.D., Department of Sociology and Social Work, State University of Moldova
- Vadim MOLDOVAN, Professor, Social Work Department, York College, CUNY, USA

- Nina MIHALACHE, Associate Professor, Ph.D., "Alexandru Ioan Cuza" University, Iași, Romania
- Nicoleta NEAMȚU, Associate Professor, Ph.D., Babeș-Bolyai University from Cluj-Napoca, Romania
- Valentina OLĂRESCU, PhD prof univ, Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" Chișinău
- Lucia SAVCA, Associate Professor, Ph.D., Institute of Criminal Sciences and Applied Criminology, Chișinău
- Ciprian IFTIMOAEI, "Petre Andrei" University from Iasi, Iași County Directorate of Statistics
- Svetlana RUSNAC, Associate Professor, Ph.D., Dean of the Faculty of Social Sciences and Education, International Free University of Moldova, Republic of Moldova
- Aurelia GLAVAN, neurolog, dr. hab. în psihologie, prof. univ. Institutul de Medicină Urgentă din Chișinău
- Svetlana HARAZ, Ph.D., Department of Social Work, Social and Educational Sciences, International Free University of Moldova, Republic of Moldova
- Gabriela NEAGU, Senior scientific researcher, Ph.D., Research Institute for Quality of Life, Romanian Academy, Romania
- Georgiana CORCACI, Associate Professor, Ph.D., "Petre Andrei" University from Iasi, Romania
- Volodymyr PUNDIEV, Univ. Associate Professor., PhD. Odessa National Economic University, Ukraine
- Ana Maria LĂZĂRESCU, Lecturer, Ph.D., Faculty of Psychology, Educational Sciences and Social Work, "Petre Andrei" University from Iasi, Romania
- Marta Iuliana VICOL, Lecturer, Ph.D., Faculty of Psychology, Educational Sciences and Social Work, "Petre Andrei" University from Iasi, Romania
- Roxana NECULA, Associate Lecturer, Ph.D., "Al. I. Cuza" University from Iași, President of the National College of Social Workers from Romania - Iași Territorial Branch
- Petronela Polixenia NISTOR, Univ. Lect. PhD. Faculty of Orthodox Theology "Sântul Dumitru Stăniloae", "Alexandru Ioan Cuza" University, Iași

Autorii își asumă răspunderea pentru conținutul și aspectul lucrărilor !

Coordonator volum: Prof. univ. dr. Cristina Maria Stoica

ISSN 3008 – 6728 ISSN-L - 6728

CUPRINS

DIMENSIUNEA REZILIENȚEI ȘI A SPRIJINULUI SOCIAL ÎN RECUPERAREA POST-AVC PRIN TERAPIE OCUPAȚIONALĂ **Aurelia GLAVAN,** profesor universitar, neurolog, dr. hab. în psihologie, Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, https://orcid.org/0000-0002-2549-5367 **Maria DIȚA,** Conferențiar univ. dr., Catedra Asistență Socială, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, https://orcid.org/0000-0002-8951-4133	p.8
EVALUARE ȘI ASISTENȚĂ COMPLEXĂ ÎN DESPICĂTURI LABIO-MAXILO-PALATINE **Valentina OLĂRESCU**, doctor în psihologie, profesor universitar, Universitatea Pedagogică de Sta „Ion Creangă", Chișinău, RM, ORCID ID: 0000-0001-8019-8907 **Daniela CUCOȘ**, doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă", Chișinău, RM, ORCID ID: 0009-0001-7841-2422	p.16
STAREA DE BINE A PĂRINȚILOR COPIILOR CU CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE – CES **Iulia RACU,** Profesor universitar, doctor habilitat, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău **Alina ADĂSCĂLIȚĂ,** Magistru în psihologie	p.22
INTERVENȚIA TIMPURIE – PREMISĂ PENTRU DEZVOLTAREA COMUNICĂRII ȘI INCLUZIUNII COPIILOR CU ÎNTÂRZIERE ÎN DEZVOLTAREA LIMBAJULUI **Valentina OLĂRESCU,** profesor universitar, dr. Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău **Diana BALMUȘ,** student doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău	p.27
ELIBERAREA CONȘTIENTĂ A EMOȚIILOR: UN MODEL PSIHOLOGIC PENTRU ADAPTARE ȘI REZILIENȚĂ SOCIALĂ **Valentina OLĂRESCU,** Profesor univ. dr., Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă din Chișinău **Iulian ZONENSTAIN,**Doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă din Chișinău	p.32
VIOLENȚA LA LOCUL DE MUNCĂ CA FACTOR GENERATOR DE RISCURI PSIHOSOCIALE ÎN ACTIVITATEA SERVICIILOR DE AMBULANȚĂ **Cristina Maria STOICA,** prof. univ. dr., Universitatea „Petre Andrei" din Iași **Cornelia PRIOTEASA**, Psihosociolog **Narcisa Gianina CARANFIL,** lector univ. dr., Universitatea „Petre Andrei" din Iași **Daria CONSTANTIN**, psiholog **Marius Daniel HAJA,** psiholog	p.39
INCLUZIUNEA COPIILOR CU TULBURARE DIN SPECTRUL AUTIST ÎN ȘCOALĂ **Adriana CIOBANU,** Conferențiar univ. doctor în psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău	p.53
PROGRAME DE REABILITARE ȘI CONSILIERE PENTRU AGRESORII FAMILIALI: NECESITATE ȘI PROVOCĂRI INSTITUȚIONALE **Oxana ISAC,** conferențiar univ., dr. în sociologie, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău	p.58
STAREA DE BINE A CADRELOR DIDACTICE – FACTOR ESENȚIAL AL CALITĂȚII EDUCAȚIEI ÎN CONTEXTUL RITMULUI ACCELERAT AL SCHIMBĂRILOR **Viorelia LUNGU**, conferențiar univ. dr. hab., Universitatea Tehnică a Moldovei **Diana CALUȚCHI**, doctorandă, Universitatea de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, Republica Moldova	p.66
MODERN METHODOLOGICAL CHALLENGES IN MEASURING RESILIENCE AND TOLERANCE OF UNCERTAINTY IN THE SOCIAL SCIENCES	p.73

Liudmila ANȚIBOR, Conferențiar universitar, doctor habilitat în psihologie, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, ORCID: 0000-0003-0623-9234 **Irina BURCA,** Doctorant, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, ORCID: 0009-0001-1447-4763	
DEZVOLTAREA COMPETENȚELOR PARENTALE PRIN PROGRAME PSIHO-EDUCAȚIONALE: PREMISE PENTRU O ABORDARE PSIHOLOGICĂ INTEGRATIVĂ **Daniela CAZACU,** conferențiar universitar, doctor în psihologie, Universitatea de Stat Alecu Russo din Bălți **Vlada-Ionela CIOFU,** licențiată în psihologie	p.76
DIMENSIUNEA ȘI EVOLUȚIA SECTORULUI ECONOMIEI SOCIALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA **Tatiana GRIBINCEA**, conferențiar universitar, dr. USPEE „Constantin Stere", Chișinău, Republica Moldova, https://orcid.org/0000-0002-0460-3146	p.83
ROLUL ASISTENTULUI SOCIAL ÎN REZOLVAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ ÎN FAMILIE **Tatiana GRIBINCEA,** Doctor, conferențiar universitar, Universitatea de Stat „Alecu Russo" din Bălți, Republica Moldova, https://orcid.org/0000-0002-0460-3146	p.86
REZILIENȚA LA STRES A STUDENȚILOR DIN ANII DE FINALIZARE A STUDIILOR DE LICENȚĂ ȘI MASTERAT **Maria PLEȘCA,** Conferernțiar univ., dr. în psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, ORCID: 0000-0001-9567-372	p.92
DINAMICA RISCURILOR DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN ÎN RÂNDUL FEMEILOR ȘI FETELOR REFUGIATE DIN UCRAINA: RĂSPUNSURI INSTITUȚIONALE ȘI SERVICII DE SUPORT ÎN REPUBLICA MOLDOVA **Aliona ONOFREI,** conferențiar universitar, doctor, Departamentul Sociologie și Asistență Socială, Facultatea Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova	p.100
DIMENSIUNI PSIHOLOGICE ALE REZILIENȚEI EMOȚIONALE ȘI A ADAPTĂRII LA TINERI **Maria PLEȘCA,** conferențiar univ., dr. Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău ORCID: 0000-0001-9567-3723 **Cristina CEBAN,** doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, RCID: 0009-0006-7736-5173	p.106
RELAȚIA DINTRE STIMA DE SINE A PERSOANEI ȘI STILUL DE COMPORTAMENT ÎN CONFLICT, LA SOȚI **Maria PLEȘCA,** Conferențiar univ., dr. în psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, ORCID: 0000-0001-9567-3723 **Valentina OANȚA,** doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, ORCID: 0009-0009-0831-3179	p.112
NEVOILE FUNDAMENTALE DE RELAȚIONARE ALE COPIILOR DIN GENERAȚIA ALPHA **Maria POPESCU,** conferențiar universitar, doctor, Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă", Chișinău. Subprogramul: Strategii de asigurare a securității psihologice în sistemul educațional / Codul subprogramului: 040113, ORCID 0000-0002-5383-2121	p.120
CONSILIEREA PSIHOLOGICĂ A PACIENȚILOR CU BOLI CARDIACE **Luminița SECRIERU,** conferențiar universitar, doctor, Universitatea de Stat „Alecu Russo" din Bălți, Republica Moldova **Igor BRAȘOVEANU,** master în psihologie, psiholog, IMSP Spitalul Clinic Bălți, Republica Moldova	p.126
OPTIMIZAREA ADAPTĂRII UMANE: INTERVENȚII PSIHOLOGICE PENTRU O REZILIENȚĂ SUSTENABILĂ	p.130

Lucia BÎTCA, Doctor în psihologie socială, grad didactic superior, Chișinău, Republica Moldova, https://orcid.org/0000-0002-2801-4039	
JOCUL CA METODĂ RECREAȚIONALĂ ÎN ACTIVITATEA PSIHOLOGULUI ȘCOLAR **Ina TELIUCOV**, Clinical Psychologist, School Psychologist with Advanced Teaching Degree, Art Therapist, University Assistant, Moldova State University, ORCID: 0000-0003-0734-6752 **Liudmila ANTIBOR**, PhD in psychology, Moldova State University, ORCID: 0000-0003-0623-9234	p.135
PERCEPȚII DE GEN ASUPRA ÎMPĂRȚIRII SARCINILOR CASNICE ȘI DE ÎNGRIJIRE A COPILULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA **Inga CHISTRUGA-SÎNCHEVICI,** Lector universitar, doctor în sociologie, Facultatea Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Univeristatea de Stat din Moldova, **Valeria ARSENI,** Sudentă anul III, specialitatea Sociologie, Facultatea Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială,Univeristatea de Stat din Moldova	p.140
DETERMINANTELE REZILIENȚEI ÎN CONTEXTUL DIABETULUI PEDIATRIC: O ANALIZĂ A FACTORILOR DE RISC ȘI A FACTORILOR DE PROTECȚIE **Corina CUCUI,** PhD (c) - Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău	p.144
ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN DIALOG INTERDISCIPLINAR, RĂSPUNSURI LA VULNERABILITĂȚILE CONTEMPORANE **Tatiana FOCȘA,** Doctor în științe juridice, lector universitar Catedra Asistență Socială „Nicolae Sali” Universitatea Liberă Internațională din Moldova. **Rarancean ROMAN,** Preot, student anul III, specialitatea „Asistența socială” Universitatea Liberă Internațională din Moldova	p.151
DE LA MANIPULARE LA UMANISM: EXPRESII ALE EMPATIEI ÎN DINAMICA TRIADELOR DE PERSONALITATE **Svetlana HARAZ,** Doctor în psihologie socială, Universitatea Liberă Internațională din Moldova, **Ana TODOSEICIUC,** Studentă ciclul I Licență, Universitatea Liberă Internațională din Moldova	p.154
COMUNICAREA EMPATICĂ ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN **Svetlana HARAZ,** Lector univ. Doctor în psihologie socială, Universitatea Liberă Internațională din Moldova **Irina TALMACI,** Studentă ciclul I Licență, Universitatea Liberă Internațională din Moldova	p.160
PETRE ANDREI - VIZIUNI PENTRU O SOCIETATE SIGURĂ **Marius-Florin MIHĂILĂ,** Lector univ. dr., Chestor de poliție, Academia de Poliție „Alexandru Ioan Cuza”	p.156
COORDONATELE JURIDICE, PSIHOSOCIALE ȘI ETICE ALE ASISTENȚEI SOCIALE ÎN MEDIUL PENITENCIAR: O ANALIZĂ INTEGRATIVĂ A CADRULUI TEORETIC ȘI PRACTIC **Ecaterina POPA**, Lector univ.dr., Universitatea Internațională „Danubius” Galați, https://orcid.org/0000-0003-3096-0582 **Aura Brigitte POPA**, Studentă, Universitatea Internațională „Danubius” Galați	p.170
VOLUNTARIATUL SENIORILOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA: ÎNTRE TRADIȚIONALITATE ȘI MODERNITATE **Liliana SALCUȚAN,** Lector Departamentul Sociologie și Asistență socială, Universitatea de Stat din Moldova, ORCID: 0000-0002-6161-4407	p.183
CONSTRUCȚIA FUNCȚIONALĂ A MESAJULUI ÎN COMUNICAREA ȘI EDUCAȚIA CU PERSONALITATEA DE TIP BORDERLINE **Nadejda GOGU,** Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Universitatea Pedagogică „ Ion Creangă”, ORCID:0009-0007-7605-2893	p.191
PSIHOPATOLOGIA VIOLENȚEI ÎN FEMICID - VULNERABILITATEA CARE UCIDE **Daria CONSTANTIN,** Psiholog **Marius Daniel HAJA**, psiholog, Inspector principal, Șef Serviciu Asistență Psihosocială	p.197

IMAGINILE BENEFICIARILOR SERVICIILOR DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI CERINȚELE GDPR ÎN RELAȚIA CU DONATORII **Daniela SIMIONOVICI,** Vicepreședinte Asociația specialiștilor în confidențialitate și protecția datelor – ASCPD, Consultant GDPR, NIS, SCIM	p.204
SERVICIILE SOCIALE INTEGRATE – INSTRUMENT DE INCLUZIUNE ȘI DEZVOLTARE SOCIO-EMOȚIONALĂ PENTRU COPIII DIN CENTRELE DE PLASAMENT **Cristina COROBAN,** University assistant, Department of Sociology and Social Work, Moldova State University, Republic of Moldova, Chișinău, ORCID: 0000-0001-8040-0909	p.220
INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ: FACTOR FUNDAMENTAL ÎN COMUNICAREA PSIHOSOCIALĂ DIN MEDIILE INCLUZIVE EFICIENTE **Violeta Nicoleta SIMION,** Asistent universitar doctorand, Facultatea de Științe ale Educației, Universitatea Dunărea de Jos, Galați	p.228
COMPETENȚA SOCIO-EMOȚIONALĂ CA FACTOR DE ADAPTARE ȘI REZILIENȚĂ LA COPIII CU NEVOI EDUCAȚIONALE SPECIALE **Ramona BUDIHALĂ**, Doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău. Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă „Sf. Vasile”, Craiova, România	p.234
ROLUL REZILIENȚEI PSIHOSOCIALE ÎN CONSOLIDAREA CALITĂȚII SERVICIILOR SOCIALE **Rodica GHIMPU,** doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă, Chișinău, Republica Moldova, profesor, Școala Gimnazială Specială Constantin Pufan, Galați, România, https://ORSID- 0009-0005-1513-6669	p.237
LANGUAGE AND SELF-REGULATION: THE ROLE OF VERBALIZED SELF-TALK IN INCLUSIVE EDUCATION **Serghei IVANOV**, doctorand, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, Moldova	p.242
ADAPTAREA PSIHOSOCIALĂ ȘI FUNCȚIONALITATEA SOCIALĂ A TINERILOR CU DIABET ZAHARAT – O ANALIZĂ DE SINTEZĂ INTERDISCIPLINARĂ **Mircea Tudor MAIORESCU,** psiholog clinician, doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, RCID ID: 0009-0005-7034-6095	p.248
ANXIETATEA LA TINERII ADULȚI EMERGENȚI (18-25 ANI) **Ana Maria MOLOCEA,** Doctorandă Facultatea Ion Creangă Chișinău, https://orcid.org/0009-0006-0493-3918 Coordonator **Lucia SAVCA**, conferențiar univ. dr.	p.255
IMPACTUL NEURODIVERSITĂȚII ASUPRA ANXIETĂTII, SOMNULUI ȘI DIMINEȚILOR DIFICILE **Iulia NICOLAE,** Doctorand, grad I didactic, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău **Adrian GHEORGHE,** octor în Medicină Dentară, Cercetător Independent, Eastbourne, Marea Britanie	p.260
RELAȚIA DINTRE REGLAREA EMOȚIONALĂ ȘI COMPORTAMENTUL ALIMENTAR LA ADOLESCENȚI **Simona Elena SIMBOAN,** Doctorandă, Școala Doctorală Psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat “I.Creangă”, Chișinău, Moldova ORCHID: 0009-0006-3548-1651	p.262
COMUNICARE, SUPORT ȘI REZILIENȚĂ ÎN EDUCAȚIA INCLUZIVĂ: PERSPECTIVE SOCIOLOGICE CONTEMPORANE **Petronela Daniela FERARU,** PhD, profesor de sociologie și psihologie la Colegiul Național Iași, Liceul “Ion Neculce” Târgu Frumos, județul Iași	p.269
FEATURES OF PROFESSIONAL BURNOUT DEVELOPMENT AMONG SOCIAL SECTOR WORKERS UNDER CONDITIONS OF WAR **Yaroslava VASYLKEVYCH,** candidate of psychological sciences, Hryhorii Skovoroda University in	p.276

Pereiaslav, Ukraine **Oksana KIKINEZHDI,** doctor of psychological sciences, professor, Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University, Ukraine	
PREVENȚIA ÎN CONSUMUL DE DROGURI LA ADOLESCENȚI - ADICȚII ȘI HOBBYURI **Carmen MATEI,** asistent social principal dr., Asociația Libertatea de a Alege	p.282
PERSPECTIVE EUROPENE PRIVIND PROBLEMATICA CONSUMULUI DE DROGURI **Ramona CIOBANU,** Asistent universitar drd., Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" Iași, Facultatea de Teologie Romano-Catolică și Facultatea de Filosofie și Științe Social-Politice	p.285
DE LA MANIPULARE LA AFECTARE PERMANENTĂ: CE ÎNSEAMNĂ CU ADEVĂRAT ALIENAREA PARENTALĂ **Veaceslav BOTEA,** Doctorand, Universitatea de Stat din Moldova	p.291
THE USE OF THE CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE (COPM) AS A TOOL FOR ASSESSING DAILY LIVING AND SOCIAL ORIENTATION SKILLS IN SCHOOL – AGED CHILDREN WITH ASD **Maria GURCOVA,** doctorand, Universitatea de Stat din Moldova	p.295
ADOLESCENȚA VÂRSTĂ VULNERABILĂ ÎN FAȚA ADICȚIILOR DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE: O ABORDARE TEORETICĂ **Alin Ionuț Cornel MOISE,** Doctorand Școala Doctorală de Psihologie din cadrul Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, ORCID: 0009-0004-7948-9466	p.298
ROLUL SOCIAL AL BISERICII ÎN PREVENIREA TRAFICULUI DE PERSOANE **Liliana Elisabeta ORZA,** Doctorand domeniul Sociologie în cadrul Facultății de Filosofie și Științe Social-Politice, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" din Iași	p.309
SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF ORGANIZATIONAL LOYALTY AMONG INFORMATION TECHNOLOGY SPECIALISTS **Hanna RYK**, PhD Student of Psychology, Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav, Ukraine **Mykola RYK,** PhD in Philosophy, Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav, Ukraine	p.316
COMPETENȚA ÎN CONFLICT CA RESURSĂ PSIHOLOGICĂ CHEIE PENTRU PREVENIREA COMPORTAMENTULUI DEVIANT ÎN ADOLESCENȚĂ **Pavel SERAFIMCIUC,** doctorand Universitatea de Stat din Moldova https://orcid.org/0009-0009-0577-2708	p.323
ROLUL PARTENERIATELOR COMUNITARE ÎN SUSȚINEREA BUNĂSTĂRII COPIILOR AFECTAȚI DE MIGRAȚIA PĂRINȚILOR **Inga BACIU,** Psiholog, Instituția Publică Liceul Teoretic „Mihai Eminescu", Bălți, Republica Moldova	p.330
EVALUAREA ȘI ÎNȚELEGEREA DIZABILITĂȚII PRIN INSTRUMENTUL WHODAS 2.0, OMS - IMPLICAȚII PSIHOLOGICE ȘI SOCIALE ÎN CONTEXTUL REPUBLICII MOLDOVA **Dorina Coval-Goia**, master asistență socială; IMSP Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Chișinău, Republica Moldova **Ana Ganea**, master în psihologie clinică**;** IMSP Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Chișinău, Republica Moldova **Vasile Russu**, licențiat în asistență socială; IMSP Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Chișinău, Republica Moldova **Alexandru Voloc**, doctor; Organizația Mondială a Sănătății sediul Republica Moldova **Ecaterina Gîncotă**, doctor în științe medicale în reabilitare; IMSP Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Chișinău, Republica Moldova	p.335



DIMENSIUNEA REZILIENȚEI ȘI A SPRIJINULUI SOCIAL ÎN RECUPERAREA POST-AVC PRIN TERAPIE OCUPAȚIONALĂ

Aurelia GLAVAN
profesor universitar, neurolog, dr. hab. în psihologie, Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău
https://orcid.org/0000-0002-2549-5367
Maria DIȚA
Conferențiar univ. dr., Catedra Asistență Socială, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, https://orcid.org/0000-0002-8951-4133

Introducere

Societatea contemporană se distinge printr-o dinamică accentuată și printr-un ritm rapid al transformărilor sociale, economice și culturale, care modelează profund mecanismele de adaptare ale individului. În acest cadru, problematica sănătății și a recuperării funcționale dobândește o importanță deosebită, întrucât dizabilitățile, fie ele temporare sau permanente, reprezintă nu doar o provocare medicală, ci și una socială. Integrarea persoanelor cu tulburări ale funcționalității se află în centrul numeroaselor demersuri analitice, realizarea acestui obiectiv, având o semnificație profund umanistă [8]. Accidentul vascular cerebral (AVC) constituie una dintre principalele cauze de invaliditate la nivel global, având implicații profunde nu doar asupra funcționării fizice, ci și asupra echilibrului psihologic, identității personale și capacității de integrare socială a individului [8].

Procesul de recuperare și incluziune socială a persoanelor care au suferit un ictus cerebral nu reprezintă exclusiv o responsabilitate a sistemului medical, ci implică întreaga societate, printr-o rețea complexă de instituții și organizații menite să asigure continuitatea acestui demers [7; 9]. Reabilitarea psihosocială constituie un obiectiv activ, atât pentru persoana afectată și familia acesteia, cât și pentru profesioniștii din domeniul recuperării. Eficiența procesului de recuperare este strâns corelată cu rețelele sociale care se formează în jurul persoanei, cu nivelul de empatie și suportul social perceput din partea familiei și prietenilor, precum și cu gradul de expresivitate emoțională manifestat în mediul familial. Toți acești factori contribuie, într-o măsură semnificativă, la reintegrarea socială a persoanei și la restabilirea stării sale generale și psihologice de bine. Reeducarea și readaptarea la viața cotidiană a persoanelor cu deficite neurologice post-AVC presupun însușirea treptată a unui ansamblu de deprinderi - motrice, intelectuale, practice, de personalitate și profesionale - esențiale pentru reluarea unei vieți autonome și active [6; 8].

Procesul de recuperare post-AVC depășește simpla restabilire a funcțiilor pierdute, implicând redobândirea sensului personal al existenței, reconstruirea autonomiei și reînvățarea participării active la viața cotidiană [8]. În această dinamică complexă, *reziliența* – înțeleasă ca abilitatea de a face față adversității și de a transforma experiența traumatică într-o oportunitate de creștere – alături de *sprijinul social*, definit ca resursă emoțională și relațională provenită din partea familiei, profesioniștilor și comunității, constituie factori fundamentali ai procesului de reabilitare. La fel și *terapia ocupațională (TO)*, prin caracterul său holistic, oferă un cadru de intervenție integrativ, care îmbină dimensiunile

fizice, cognitive, emoționale și sociale ale recuperării, facilitând adaptarea treptată și rațională a persoanei la noile condiții de viață [4; 2; 10; 13].

Incluziunea socio-profesională a persoanelor care au suferit un accident vascular cerebral rămâne însă o sarcină complexă. În cazul în care, anterior instalării invalidității, individul desfășura o activitate predominant fizică, bazată pe mișcare și abilități manuale, reintegrarea în același domeniu devine posibilă doar în situații excepționale [19]. Contextul este ușor mai favorabil pentru activitățile intelectuale, cu condiția ca persoana să nu prezinte tulburări psihologice sau logopedice semnificative. Deși majoritatea persoanelor tinere cu deficite neurologice post-AVC reușesc să își redobândească autonomia de deplasare și capacitatea de autoservire, proporția celor care reușesc o reinserție socio-profesională completă rămâne, din păcate, redusă [2].

Terapia ocupațională reprezintă o metodă complexă, de natură sintetică și globală, considerată o ramură specială a kinetoterapiei, care vizează integrarea familială, socială și profesională a persoanelor cu nevoi speciale [1]. Această formă de terapie implică o activitate organizată și susținută psihic, după cum subliniază Tudor Sbenghe (1987) [15], personalitate medicală de excepție ce a adus contribuții inestimabile la dezvoltarea școlii românești de recuperare, medicină fizică și balneoclimatologie. Într-o perspectivă complementară, Alexandru Popescu (1993), autor din domeniul terapiei ocupaţionale și ergoterapiei, evidențiază că „în terapia ocupațională, ocuparea timpului liber are menirea de a trezi interesul bolnavului pentru diverse activități”, principiu care stă la baza unor metode precum *play-terapia, art-terapia, cult-terapia sau kinetoterapia.* Totodată, Popescu accentuează faptul că terapia ocupațională își fundamentează intervenția pe semnificația intrinsecă a muncii remunerate, esențială în procesul de reinserție profesională și socială a persoanei aflate în recuperare [12].

În Republica Moldova, la fel ca în alte state, terapia ocupațională a fost introdusă inițial în spitalele de psihiatrie și în diverse instituții de reabilitare socială – precum penitenciarele – având la început o orientare preponderent socială și economică [6]. Odată cu restructurarea sistemului de asistență socială și cu apariția organizațiilor neguvernamentale active în domeniul protecției sociale, au început să fie create centre specializate de integrare prin terapie ocupațională. În acest context, *TO* s-a afirmat ca metodă terapeutică de bază, utilizată pentru a sprijini procesul de reabilitare și reinserție socială a persoanelor cu dizabilități [3; 6].

Terapia ocupațională aplicată persoanelor cu dizabilități survenite în urma unui Accident Vascular Cerebral (AVC) constituie principalul domeniu de focalizare al prezentei cercetări. Serviciile de terapie ocupațională destinate persoanelor post-AVC pot cuprinde intervenții directe orientate spre modificarea proceselor biologice, fiziologice, psihologice sau neurologice afectate [6; 8]. De asemenea, intervenția poate include exersarea și dezvoltarea unor practici, obiceiuri, abilități sau comportamente noi, menite să faciliteze participarea activă a persoanei în contexte de viață relevante și semnificativ.

Cadrul teoretic

Reziliența este un concept central al științelor socio-umane contemporane, definită ca „abilitatea individului de a se adapta pozitiv în fața adversităților și de a transforma experiențele dificile în oportunități de creștere personală și funcțională” [1]. În literatura de specialitate, reziliența nu este privită doar ca o trăsătură individuală, ci ca un proces dinamic ce implică interacțiunea dintre resursele interne (emoționale, cognitive, motivaționale) și cele externe (sprijinul social, mediul familial, accesul la servicii specializate) [8; 14]. În contextul reabilitării post-AVC, reziliența contribuie la refacerea

sentimentului de competență, la reducerea anxietății și la consolidarea motivației pentru participarea activă în procesul terapeutic [5; 9; 16].

Complementar, *sprijinul social* este considerat unul dintre principalii factori de protecție în fața stresului și a dizabilității, sprijinul social reprezintă percepția individului că este iubit, valorizat și parte a unei rețele de relații mutuale de ajutor [7; 9]. În reabilitarea post-AVC, sprijinul social oferit de familie, prieteni și profesioniști joacă un rol determinant în stimularea rezilienței și a încrederii în propriile capacități, reducând sentimentul de izolare și favorizând reintegrarea socială [8]. Studiile recente arată că persoanele post-AVC care beneficiază de un nivel ridicat de sprijin social înregistrează progrese mai rapide în plan funcțional și emoțional [8].

În această ecuație complexă, *terapia ocupațională* (TO) se constituie ca o intervenție centrată pe individ, menită să restabilească echilibrul între nevoile personale și cerințele mediului. Ea promovează participarea activă în activități semnificative, stimulând astfel sentimentul de utilitate, control și identitate personală [1; 3; 13]. Modelul canadian al performanței ocupaționale (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement - CMOP-E) subliniază importanța interacțiunii dintre persoană, ocupație și mediu în procesul de recuperare [11]. Din această perspectivă, TO devine un spațiu de reconstrucție a rezilienței prin acțiune, prin experiență și prin redobândirea rolurilor sociale pierdute. Terapia ocupațională în cazul pacienților post - AVC este formă de tratament care folosește activități și metode specifice pentru a dezvolta, ameliora sau reface capacitatea de a desfășura activitățile necesare vieții individului, de a compensa disfuncții și de a diminua deficiențele fizice [1; 17; 19]. Scopul este primordial, cel bio-psiho-social - de promovare a sănătății și stării de bine și apoi cel economic-social, urmărindu-se efectul terapeutic prin muncă, prin activitate. În acest sens, terapia ocupațională stimulează încrederea în sine a persoanelor și dezvoltarea firească a personalității, organizează un program de mișcări dirijate în condiții de lucru, constată capacitățile și înclinațiile restante ale bolnavului, corelează recuperarea medicală cu cea profesională, realizează reinserţia cât mai rapid cu putință în viața socială, economică și profesională [1; 6; 14].

Literatura de specialitate definește terapia ocupațională (TO) ca o profesie orientată spre promovarea sănătății și a stării de bine prin intermediul ocupației, scopul principal al acesteia fiind acela de a facilita participarea persoanelor cu diverse grade de dizabilitate la activitățile vieții cotidiene [1; 3; 2; 12]. Terapia ocupațională face parte din domeniul științelor sănătății și se bazează pe concepția conform căreia activitatea cu scop contribuie la menținerea și îmbunătățirea sănătății și a stării de bine în toate dimensiunile vieții cotidiene (World Federation of Occupational Therapists, 2008). Integrarea conceptelor de *reziliență* și *sprijin social* în cadrul terapiei ocupaționale oferă o perspectivă holistică asupra procesului de recuperare post-AVC. În acest context, succesul reabilitării nu este definit exclusiv prin progresul funcțional, ci și prin capacitatea individului de a se adapta, de a se reconecta social și de a-și redobândi sensul existențial, în pofida limitărilor impuse de boală [8; 17; 19].

Din această perspectivă, studiul de față își propune să investigheze modul în care reziliența și sprijinul social contribuie la eficiența procesului de recuperare post-AVC, prin intermediul programelor de terapie ocupațională, având ca finalitate creșterea independenței funcționale, îmbunătățirea calității vieții și facilitarea incluziunii sociale.

Importanța studiului: Terapia ocupațională reprezintă, în contextul Republicii Moldova, un domeniu cu tradiție, dar totodată aflat într-un proces continuu de afirmare și consolidare. Deși numeroși specialiști aplică această formă de terapie, se ridică întrebarea privind practicarea ei în mod corect, în conformitate cu principii, metode și scheme terapeutice clar definite, elaborate pe baza unor evaluări riguroase și științifice [6; 7; 8]. Absența cercetărilor aplicative și a studiilor empirice în domeniu

generează o serie de întrebări esențiale: în ce măsură intervenția prin terapie ocupațională produce rezultate semnificative în cazul persoanelor cu dizabilități post-AVC? Care sunt mecanismele prin care această intervenție contribuie la recuperarea deficitelor funcționale? De ce este terapia ocupațională considerată benefică și eficientă în procesul de reabilitare? Și, nu în ultimul rând, cum poate fi conceput acest tip de intervenție terapeutică astfel încât să respecte rigorile metodologice și științifice ale cercetării contemporane?

Pornind de la *ipoteza* conform căreia implementarea unor metode specifice terapiei ocupaționale facilitează dobândirea și generalizarea achizițiilor în sfera comportamentelor cognitive, motrice și de autoservire, am conceput prezentul studiu pentru persoanele cu dizabilități post-AVC. *Scopul cercetării* a constat în aplicarea terapiei ocupaționale pentru pregătirea progresivă și rațională a persoanei post-AVC în realizarea activităților cotidiene cu un grad cât mai mare de independență, precum și în educarea familiei acesteia, astfel încât să înțeleagă modalitățile adecvate de sprijin și contribuție la reabilitarea și incluziunea socială a individului.

Obiectivul general al studiului a fost evaluarea eficienței programelor de intervenție prin terapie ocupațională și kinetoterapie destinate persoanelor cu dizabilități post-AVC, ca soluție pentru diminuarea deficiențelor manifestate în plan cognitiv, motric și de autoservire.

Obiectivele specifice ale cercetării au inclus: - Evaluarea clinică și psihologică a persoanelor post-AVC, precum și aprecierea gradului de dizabilitate și evaluarea terapeutic-ocupațională; - Elaborarea planurilor de intervenție specifice, axate pe învățarea de către participanți a deprinderilor motrice, cognitive și de autoservire; - Dezvoltarea nivelului de funcționare a fiecărei persoane prin achiziția de comportamente funcționale adaptative; - Evaluarea eficienței programelor de intervenție personalizate, prin aprecierea gradului de realizare a obiectivelor terapeutice stabilite.

Metodele de cercetare utilizate în cadrul studiului au inclus:

- *Analiza literaturii de specialitate* în domeniul terapiei ocupaționale și reabilitării post-AVC;
- *Studiul documentelor de lucru*, precum programe individuale de recuperare, scale de evaluare clinică, fișe de observație a pacienților și protocolul clinic „Reabilitarea medicală a bolnavului cu AVC” [7; 2];
- *Metode de evaluare clinică și psihologică*, pentru care a fost elaborată „Fișa de examinare a pacientului”, un instrument standard ce cuprinde informații precum confirmarea includerii pacientului în studiu, criteriile de includere și excludere, repartizarea aleatorie în grupul de cercetare, date personale (număr fișă de spitalizare, vârstă, sex), momentul inițierii tratamentului recuperator prin kinetoterapie și terapie ocupațională, localizarea AVC-ului, stilul de viață (sedentar/moderat activ/activ) și diagnosticul clinic;
- *Scale de evaluare clinică*, printre care: National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Scala Barthel, Postural Assessment Scale for Stroke (PASS), Scala Fugl-Meyer și scala funcției motorii (FMA A-D);
- *Observația pedagogică***,** pentru aprecierea progresului funcțional și comportamental al pacienților;
- *Metode instrumentale de diagnostic și tratament***,** utilizate pentru monitorizarea evoluției și eficienței programelor de recuperare.

Acest arsenal metodologic a permis o evaluare complexă și integrată a stării clinice, funcționale și psihosociale a persoanelor post-AVC, precum și aprecierea impactului intervențiilor prin terapie ocupațională și kinetoterapie.

Organizarea cercetării

Studiul a fost realizat pe un eșantion de 120 de persoane cu AVC, în perioada acută, subacută și sechelară, atât în regim de spitalizare, cât și ambulator. Pacienții au fost internați consecutiv în Secția

Boli Cerebro-Vasculare (BCV) a Institutului de Medicină Urgentă (IMU) din Chișinău, ulterior fiind intervievați și monitorizați în condiții de ambulator, la policlinicile din locul de reședință. Partea experimentală a studiului a fost organizată pe patru etape:

Tabelul 1. Etapele părții experimentale a studiului

Etapa I	*Stabilirea strategiei de reabilitare a pacienților cu AVC:* a inclus elaborarea fișei de examinare a pacientului, stabilirea algoritmului de diagnostic și planificarea tratamentului recuperator, în conformitate cu ipoteza de activitate, planul cercetării și metodele utilizate.
Etapa II	*Formarea programelor de recuperare:* pentru fiecare etapă a fost conceput un program specific de recuperare, planificându-se volumul cercetării și dimensiunea eșantionului.
Etapa III	*Realizarea experimentului:* a constat în implementarea efectivă a programelor de recuperare și efectuarea probelor de control, care au permis evidențierea diferitelor aspecte ale intervențiilor și progresului participanților.
Etapa IV	*Analiza și interpretarea rezultatelor:* rezultatele obținute au fost analizate statistic și prezentate ulterior sub formă de tabele și diagrame, în vederea evaluării eficienței intervențiilor și a obiectivelor terapeutice.

Criteriile de includere au vizat: persoane cu vârsta peste 18 ani; diagnostic confirmat de AVC prin tomografie computerizată (CT) sau rezonanță magnetică nucleară (RMN); scor NIHSS mai mic sau egal cu 18 puncte; consimțământul informat al pacientului sau, după caz, al familiei/reprezentantului legal pentru participarea la studiu.

Criteriile de excludere au fost: participarea la un alt studiu de cercetare; antecedente de intervenții neurochirurgicale; antecedente de traumatisme cranio-cerebrale severe; tulburări psihice grave; refuzul pacientului sau al reprezentantului legal de a participa la studiu.

Organizarea eșantionului: subiecții care au corespuns criteriilor de includere au fost repartizați aleatoriu în trei grupuri a câte 30 de persoane, fiecare grup beneficiind de un tratament diferențiat. Evaluarea stării neurologice, a independenței funcționale, a capacității de control postural, a recuperării motrice și a gradului de dizabilitate s-a realizat în mai multe momente: la 1, 5 și 10 zile, apoi la 1 lună, 3 luni, 6 luni și 12 luni de la incidentul vascular cerebral. În tabelul 2 prezentăm divizarea subiecților cu AVC pe subgrupuri prin intermediul scalei NIHSS.

Tabelul 2. Repartizarea subiecților pe subgrupuri

Divizarea pe grupuri	**Punctaj NIHSS**	**Nr. pacienți subgrup (M)**	**Nr. pacienți subgrup (E1)**
Subgrupul I	1-6	43	42
Subgrupul II	7-12	32	36
Subgrupul III	13-18	37	34

Pentru aprecierea progresului funcțional și comportamental al pacienților, precum și pentru monitorizarea evoluției și eficienței programelor de recuperare, au fost utilizate aceleași scale de evaluare clinică NIHSS, scala Barthel, scala PASS, scala funcţiei motorie, metoda observaţiei, metode instrumentale de diagnostic şi tratament, rezultatele fiind fixate în „Fișa de examinare a pacientului”. În tab. 3 se observă evoluţia parametrilor clinici până la şi după intervenţie la diferite etape.

Tabelul 3. Evoluția parametrilor clinici

Testele clinice	**Grupul**	**Etapele evaluării**								
		Ziua a 1-a			**Ziua a 5-a**			**Ziua a 10-a**		
		x±m	**t**	**P**	**x±m**	**t**	**P**	**x±m**	**t**	**P**
NIHSS	M	9,47 ± 0,32	0,47	>0,05	8,68 ± 0,28	0,73	>0,05	7,56 ± 0,24	2,31	<0,05
	El	9,27 ± 0,30			8,39 ± 0,28			6,78 ± 0,24		
Barthel	M	32,14 ± 0,65	0,28	>0,05	34,46 ± 0,65	2,25	<0,05	44,42 ± 0,65	2,99	<0,01
	El	32,37 ± 0,46			36,38 ± 0,56			47,37 ± 0,74		
PASS	M	10,84 ± 0,43	0,64	>0,05	14,96 ± 0,39	2,29	<0,05	20,52 ± 0,37	3,59	<0,001
	El	10,46 ± 0,43			16,22 ± 0,39			22,40 ± 0,37		
FMA A-D	M	14,77 ± 0,50	0,47	>0,05	16,19 ± 0,50	0,59	>0,05	21,33 ± 0,61	1,61	>0,05
	El	14,44 ± 0,50			16,62 ± 0,52			22,79 ± 0,67		
Rankin	M	4,61 ± 0,04	0,17	>0,05	4,07 ± 0,04	1,70	>0,05	3,21 ± 0,04	3,92	<0,001
	El	4,60 ± 0,04			3,98 ± 0,04			3,00 ± 0,04		

Diferenţele dintre rezultatele grupului de cercetare experimental (E 2), la care TO a fost asociată cu kinetoterapie şi a grupului de cerecetare experimental (E1), la care a fost utilizat acelaşi protocol de kinetoterapie, însă fără TO, evidenţiază rezultate substanţiale, demonstrând astfel că TO are efecte benefice la pacienţii cu deficienţe post AVC. Rezultate considerabile au fost obţinute şi la grupul de cercetare experimental (E1) în comparaţie cu grupul de cercetare martor (M), grupuri în care au fost aplicate protocoale diferite de kinetoterapie. Efectele terapeutice ale intervenției au fost determinate prin impactul rezultatelor obținute în grupele martor (M) cu rezultatele grupelor experiment (E), ce au evidenţiat o diferenţă statistică esenţială, care rezultă din micşorare perioadei de recuperare precum şi din creşterea independenţei funcţionale mai mari în grupele experiment comparativ cu grupele martor.

Comentarii și discuții

Studiul efectuat a confirmat ipoteza conform căreia implementarea unor metode specifice terapiei ocupaționale facilitează dobândirea și generalizarea achizițiilor în sfera comportamentelor cognitive, motrice și de autoservire la persoanele cu dizabilități post-AVC [4; 5; 9; 14; 19]. Pe baza datelor obținute din literatura de specialitate și a rezultatelor experimentului realizat, se pot formula următoarele observații:

1. *Complexitatea procesului de reabilitare.* Reabilitarea persoanelor post-AVC reprezintă un proces complex, care implică modificări de intensitate și amploare variabilă în diferite structuri funcționale ale organismului [8].
2. *Impactul terapiei ocupaționale*. Comparând rezultatele grupului experimental 2, în care TO a fost asociată cu kinetoterapia, cu grupul experimental 1, care a beneficiat doar de kinetoterapie, s-au observat efecte semnificative ale TO. Aceasta evidențiază rolul benefic al terapiei ocupaționale în recuperarea pacienților cu deficiențe post-AVC [14; 16; 19].
3. *Eficiența intervențiilor diferențiate*. Rezultate considerabile au fost obținute și în cadrul grupului experimental 1, comparativ cu grupul martor, unde au fost aplicate protocoale diferite de kinetoterapie. Aceasta arată că, deși kinetoterapia are un rol important, combinarea acesteia cu TO maximizează recuperarea funcțională [12; 15].
4. *Analiza efectelor terapeutice*. Efectele tratamentului au fost evaluate prin compararea rezultatelor grupurilor martor cu cele ale grupurilor experimentale. Analiza statistică a evidențiat diferențe semnificative, care se reflectă în reducerea perioadei de recuperare și în creșterea gradului de independență funcțională a pacienților din grupurile experimentale, comparativ cu grupurile martor.

Integrarea terapiei ocupaționale în programele de recuperare post-AVC contribuie semnificativ la accelerarea procesului de reabilitare și la creșterea autonomie funcționale a pacienților, confirmând eficiența și importanța acestei intervenții terapeutice. Intervențiile de kinetoterapie și terapie ocupațională evidențiază valoarea practică a programului de recuperare pentru persoanele post-AVC, ținând cont de faptul că eficacitatea obținerii rezultatelor tinde să scadă odată cu trecerea timpului de la debutul afecțiunii.

Concluzii

Procesul de recuperare post-AVC presupune mai mult decât restabilirea funcțiilor pierdute, implicând redobândirea sensului personal, reconstruirea autonomiei și reînvățarea participării active la viața cotidiană. Integrarea rezilienței și a sprijinului social în cadrul terapiei ocupaționale reprezintă un instrument esențial pentru reintegrarea și reconfigurarea identității persoanei afectate. Terapia ocupațională nu are doar o valoare psihologică - ea contribuie la recuperarea psihosomatică, sprijinind câștigarea autonomiei, dezvoltarea abilităților de autoservire și atingerea unui grad cât mai mare de independență în viața cotidiană. Contactul cu lumea exterioară – natura, plantele, animalele – constituie o etapă importantă în terapia persoanelor cu dizabilități post-AVC, favorizând progresul afectiv și psihomotric. Astfel, terapia ocupațională, prin abordarea sa holistică, integrează aspecte fizice, cognitive, emoționale și sociale, facilitând adaptarea treptată și rațională a persoanei la noile condiții de viață și consolidând factorii de succes ai reabilitării, precum reziliența și sprijinul social.

Bibliografie

1. *American Occupational Therapy Association.* Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke, 2023. citat [19.10.2025]. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3786226.
2. Andronache, L. M. *Elemente practice de terapie ocupațională la pacientul hemiplegic.* Editura Universitară „Carol Davila", 2017. 59 p. ISBN 9737089928, 9789737089922.
3. Dan, M. *Introducere în terapia ocupaţională*. Oradea: Editura Universităţii din Oradea, 2005, p. 7.
4. Duncan, P. W., Goldstein, L. B. Stroke recovery and rehabilitation. In: *New England Journal of Medicine*, 2017, pp.1157-1167. https://doi.org/10.1056/NEJMra1606405.
5. García-Pérez, P., Rodríguez-Martínez, M. C., et. all. Early occupational therapy intervention in the hospital discharge after stroke. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Nr.18(24), 2021, 12877. https://doi.org/10.3390/ijerph182412877.

6. Glavan, A. Incluziunea socio-profesională a persoanelor cu ictus cerebral suportat. În: *Materialele conferinţei ştiinţiice internaţionale „Evaluarea in sistemul educaţional: dezbateri actuale”*. Chişinău: IŞE, Tipogr. „Print Caro”, 2017. pp. 421-425.
7. Glavan, A. Perspective sociale ale persoanelor cu disabilităţi determinate de ictus cerebral. În: *Psihologie. Pedagogie specială. Asistenţă socială*, 2018, Nr. 1 (50), pp. 37-43.
8. Glavan, A. Reabilitarea psihosocială a persoanelor post accident vascular cerebral. Monografie. Chișinău: IȘE, 2020 (Tipogr. „Print-Caro”, 408 p. ISBN 978-9975-48-182-3.
9. Korpershoek, C., Vissers, L., Meijel, B. Social support and rehabilitation outcomes after stroke: A systematic review. In: *Disability and Rehabilitation*, 2020, Nr.42(24), pp.3432–3442. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1689987.
10. *Obiective generale în recuperarea după accidentul vascular cerebral (AVC): kinetoterapie, terapie ocupaţională, logoterapie.* citat [19.10.2025]. Disponibil: https://www.doc.ro/accident-vascular-cerebral.
11. Polatajko, H. J., Townsend, E. A. *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement: Theory and practice.* Ottawa, Canada: CAOT Publications ACE, 2018, volum 10 (3).
12. Popescu, AL. *Terapia ocupațională si ergoterapia.* Editura Cerma, 1993, 142p. ISBN 9739624413.
13. Popovici, D. V. (coord.) *Terapie ocupaţională pentru persoane cu deficienţe*. Constanţa: Editura Muntenia, 2005, 246 p. ISBN 9736920887, 9789736920882.
14. Rowland, T. J., Cooke, D. M., Gustafsson, L. A. Role of occupational therapy after stroke. In: *Annals of Indian Academy of Neurology*, 2018, nr.11 (Supplement 1), S99–S107. citat [11.11.2025]. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9204113/.
15. Sbenghe, T. *Kinetologie – profilactică, terapeutică și de recuperare*. București: Editura Medicală, 1987, 604 p.
16. Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M. et all. Occupational therapy for stroke patients: A systematic review. In: *Stroke*, Nr. 34(3), 2023, pp. 676-686. https://doi.org/10.1161/01.STR.0000057577.67728.
17. Terapia ocupaţională în Accidentul vascular cerebral. citat [10.11.2025]. https://www.postavc.ro/terapia-ocupationala-accidentul-vascular-cerebral/.
18. Trombly, C. A., Radomski, M. V. Occupational therapy for physical dysfunction. In: *(8th ed.). Philadelphia,* PA: Wolters Kluwer, 2019. ISBN 978-1-4511-2746-1.
19. Wolf, T. J., Chuh, A. Occupational therapy interventions for individuals with stroke: Evidence-based practice recommendations. In: *American Journal of Occupational Therapy*, 2021, Nr. 75(3), 7503347010. https://doi.org/10.5014/ajot.2021.048973 .

EVALUARE ȘI ASISTENȚĂ COMPLEXĂ ÎN DESPICĂTURI LABIO-MAXILO-PALATINE

COMPLEX EVALUATION AND CARE IN CLEAVES OF THE LABIO-MAXILLO-PALATE

Valentina OLĂRESCU,
doctor în psihologie, profesor universitar, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău, RM, ORCID ID: 0000-0001-8019-8907
Daniela CUCOȘ,
Doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău, RM
ORCID ID: 0009-0001-7841-2422

Rezumat

Despicături Labio-Maxilo-Palatine (DLMP) sunt cele mai frecvente malformații congenitale cranio-faciale și reprezintă cauza cea mai frecventă a tulburărilor rinolalice: modificarea patologică a deformării emiterii sunetelor și a timbrului vocii. În articol se prezintă importanța identificării metodelor de ameliorare a tulburărilor rinolalice la copiii cu Despicături Labio-Maxilo-Palatine, prin evaluarea formei tulburării de limbaj și implementarea unui program logopedic complex, orientat spre depășirea timpurie a tulburărilor de limbaj și consilierea părinților. A fost inaintat scopul de a evalua caracteristicile, formelor tulburărilor de limbaj la copiii cu Despicături Labio-Maxilo-Palatine și a elabora, implementa un program complex de intervenție logopedică în vederea ameliorării tulburării de limbaj la copiii cu Despicături Labio-Maxilo-Palatine. Obiectivele inainte ne-au ajutat să directionăm cercetarea spre indeplinirea scopului trasat. Metodele de cercetare aplicate părinților si copiilor ne-au furnizt informații cum mai bine sa ajustăm programul de intervenție. Programul complex de intervenție logopedică, vizează atât activitatea psiho-logopedică cu copiii cu Despicături Labio-Maxilo-Palatine cât și activitatea de consiliere a părinților acestora, se structurează în dependență de diagnoza etalată, nivelul de dezvoltare a subiectului cu Despicături Labio-Maxilo-Palatine. Impactul intervenției a confirmat ipoteza lansată.

Cuvinte-cheie: tulburări rinolalice, despicături labio-maxilo-palatine, program logopedic complex, ameliorare, consiliere, asistență complexă.

Abstract

Cleft Lip-Maxillo-Palatine (CLMP) are the most common congenital craniofacial malformations and represent the most common cause of rhinolalic disorders: pathological modification of the deformation of sound emission and voice timbre. The article presents the importance of identifying methods for improving rhinolalic disorders in children with Cleft Lip-Maxillo-Palatine, by assessing the form of the language disorder and implementing a complex speech therapy program, aimed at early overcoming of language disorders and counseling parents. The aim was to evaluate the characteristics, forms of language disorders in children with Cleft Lip-Maxillo-Palatine and to develop, implement a complex speech therapy intervention program in order to improve language disorders in children with Cleft Lip-Maxillo-Palatine. The above objectives helped us to direct the research towards achieving the set goal. The research methods applied to parents and children provided us with information on how to better adjust the intervention program. The complex speech therapy intervention program, which aims at both psycho-speech therapy with children with Cleft Lip-Maxillo-Palatine and counseling activity for their parents, is structured depending on the diagnosis presented, the level of development of the subject with Cleft Lip-Maxillo-Palatine. The impact of the intervention confirmed the hypothesis launched.

Keywords: rhinolalic disorders, cleft lip-maxillo-palatine, complex speech therapy program, improvement, counseling, complex assistance.

Introducere analitică despre despicături labio-maxilo-palatine

Despicăturile labio-maxilo-palatine sunt malformații congenitale caracterizate prin întreruperea continuității buzei superioare, a procesului alveolar superior, a palatului dur sau a vălului palatin. Despicăturile labiale ocupă locul doi ca frecvență, reprezentând 13% din totalul malformațiilor congenitale. Raportat la grupele rasiale, incidența cazurilor este de 1/800 – 1000 nou-născuți la rasa

albă, 1/2500 la rasa neagră, în timp ce rasa orientală cunoaște cele mai numeroase cazuri. Legat de întindere și localizarea despicăturii, aceasta este unilaterală în 70% din cazuri – partea stângă fiind mai afectată decât cea dreaptă; bilaterală în 20% și asocială cu despicătura palatină în 70% din cazuri. Este mai frecventă la sexul masculin decât la sexul feminin. Formele bilaterale-asimetrice reprezintă 9%. (Bucur A., 2009)

Despicăturile labiale și palatine afectează în mare parte aparatul fono-articulator. Acestea se asociază cu deformările de maxilar, plasarea incorectă a dinților, deformările hoanelor nazale; diminuarea mișcărilor mușchilor feței, a limbii, buzelor, vălului palatin și uvulei; slaba dezvoltare a musculaturii laringelui. (Olărescu V., 2008) Toate aceste urmări ale malformației congenitale, cât și sechelele post-operatorii, cauzează tulburarea de vorbire specifică copiilor cu despicături labio-maxilo-palatine (DLMP) sau numită și rinolalie, definită ca și o combinare a unei tulburări de pronunție: tulburare la nivelul fonetic-fonologic al limbajului, cu o tulburare de voce: nazalizare excesivă sau lipsa nazalizării. Simptomatologia rinolaliei, poate fi foarte diversă, cum ar fi: înlocuirea consoanelor explozive cu un zgomot glotic, apariția grimaselor faciale la rostirea fricativelor, pronunțarea mai voalată a vocalelor, apariția tulburărilor de ritm și fluență datorită consumului mare de aer, respirația mai alertă și altele. (Butta M., 2016)

Rinolalia deschisă este determinară de malformații, localizate la nivelul vălului palatin sau de insuficienta dezvoltare a acestuia, de atonia sau paralizia vălului palatin care, în funcție de profunzimea și intinderea lor, pot afecta în mod grav inteligibilitatea vorbirii.

Aceste cauze provoacă o rinolalie deschisă de tip organic, în timp ce rinolalia deschisă de tip funcțional este cauzată de incapacitatea sau mobilitatea redusă a vălului palatin și a mușchilor faringonazali, care nu reușesc să realizeze închiderea necesară între cavitatea bucală și cea nazală. De asemenea, rinolalia deschisă funcțională mai poate fi provocată și de imitarea vorbirii unor persoane rinolalice, mai cu seamă la copii, în perioada de însușire a vorbirii, de neexersarea vălului palatin și a mușchilor, ca urmare a unor deficiențe ce au fost înlăturate (de exemplu, înlăturarea chirurgicală a vegetațiilor adenoide, a polipilor etc). În cazuri mai rare, vorbirea rinolalică de tip funcțional poate fi determinată și de tulburări ale respirației, caracteristice bâlbâiților și tahilalicilor, dar manifestările sunt ușoare și apar, în cele mai multe cazuri, ca fenomene secundare. (Verza E., 2009)

Gutzman, Seeman, Hvatțev, Arnold sunt de părerea că tulburările rinolalice cauzate de despicăturile palatine ce poartă denumirea și de palatolalie este o dislalie mecanică în care predomină deficiențele în pronunțarea sunetelor. În această situație, vălul palatin nu-și poate îndeplini funcția de separare a cavității bucale de cea nazală și nici să închidă orificiul respectiv prin mișcări sincronice, ceea ce duce la schimbarea istmului velo-faringian (deschiderea prin care gura comunică cu faringele) și, prin aceata, rezonanța sunetului este afectată. Astfel, apare nazalizarea. Spre deosebire de dislalie, în rinolalia organică, tulburările de pronunție se extind atât asupra consoanelor, cât și asupra vocalelor. În felul acesta, au loc deformări, substituiri, omisiuni de sunete cu un mare grad de labilitate (instabilitate). Consoanele explozive, dar mai cu seamă cele surde, sunt înlocuite cu sunete nedeslușite, care iau naștere prin participarea glotei (orifiul al laringelui, aflat între cele două coarde vocale) sau mai exact printr-un „coup de glotte" (ocluziunea glotală). Mai puțin afectate sunt consoanele p și b, t și d, dar în multe situații b este înlocuit cu m, iar d este înlocuit cu n; t este omis. În palatolie, consoanele orale se pronunță cu un accent nazalizat sau pur și simplu sunt omise din vorbire. Frecvent, sunt omise și consoanele c – g, acestea fiind înclocuite cu alte sunete, cum ar fi t și d. Consoanele fricative sunt pronunțate cu un accentuat sulfu nazal (deperdiție, curgere nazală), ceea ce duce la afectarea profundă a sonorității fricative, prezența componentei nazale devenind supărătoare. Sunetele cele mai afectate, ca de altfel și în dislalie, sunt cele din grupa siflantelor, deoarece pronunțarea lor presupune o undă a suflului puternic prin cavitatea nazală. În cazul acesta, siflantele sunt omise, dând impresia că se "pierd" pe parcursul pronunției sau că sunt înlocuite cu un sunte „spart". În cazul rinolaliei închise, pe lângă tulburarea de pronunție este și deficiența de rezonanță nazală manifestată însă, prin lipsa rezonanței nazale provocată de suflul de aer care nu poate parcurge cavitatea nazală.

În rinolalia închisă de tip organic unda expiratorie este împiedicată total sau parțial să iasă pe cale nazală, din cauza unor deficiențe ale cavității faringo-nazale provocate de vegetațiile adenoide, polipi, deviații de sept nazal ș.a. În acest caz sunt afectate în primul rând, sunete nazale: m și n, care erau mai puțin tulburare în rinolalia deschisă. Sunetele nazale, fie că sunt omise, fie că sunt substituite cu b și d. După adenoidectomizare se diminuează sforăitul nazal, dar se poate menține nazalizarea sunetelor. Sforăitul nazal influnțează pronunția majorității sunetelor și în special a celor siflante.

Rinolalia închisă de tip funcțional apare în urma funcționării defectuase a mușchilor sau a vălului palatin, care nu pot deschide traiectul nazal în timpul pronunțării sunetelor nazale. Obișnuința și lipsa de exersare, ca și fenomenele de imitație și de lipsă a controlului auditiv, pot determina o vorbire cu caracter rinolalic.

Rinolalia mixtă include fenomenele caracteristice rinolalie deschise, cât și ale celei închise la același logopat. Aceasta se datorează prezenței anomaliilor de închidere a căilor nazale sau a obstrucției acestora. Natura cauzele ce provoacă rinolalia mixtă poate fi la fel, organică sau funcțională. Ea poate fi determinată de aceleași cauze ca și în celelalte două forme: despicături congenitale care se pot extinde asupra buzei, maxilarului și cavității nazale, de vegetațiile adenoide, de deviațiile de sept, de hipotonia velară funcțională etc. Există o mare labilitate în ceea ce privește sunetele afectate. Astfel, logopatul poate pronunța relativ bine, într-o situație și poate deforma, substitui sau inversa același sunet, într-o altă situație. Vocea logopaților cu această formă de rinolalie are caracteristici nazale, este lipsită de forță și dă impresia că se atenuează spre sfârșitul pronunțării cuvântului, deoarece scade intensitatea vocii, este numită de Hvatțev fonfăire și se întâlnește nu numai în rinolalia mixtă, dar și în cea închisă sau deschisă, indiferent că este de natură organică sau funcțională. (Verza E., 2009)

Aspecte aplicative ale cercetării

Problema științifică revendicată în cadrul cercetării realizate, constă în identificarea metodelor de ameliorare a tulburărilor de limbaj prin evaluarea formei tulburării de limbaj și elaborarea, implementarea unui program complex logopedic orientat spre depășirea timpurie a tulburărilor de limbaj și consilierea părinților.

Scopul urmărit este evaluarea caracteristicilor, formelor tulburărilor de limbaj la copiii cu DLMP și elaborarea, implementarea unui program complex de intervenție logopedică în vederea ameliorării tulburării de limbaj la copiii cu DLMP.

Obiectivele înaintate sunt:

- Studierea și selectarea metodelor de evaluare a limbajului;
- Prelucrarea și interpretarea rezultatelor experimentale;
- Elaborarea și implementarea programului complex de intervenție logopedică;
- Formularea concluziilor și recomandărilor.

Ipoteza: Tulburările rinolalice la baza căreia stau o serie de modificări congenitale ale aparatului vorbirii se vor ameliora, dacă de timpuriu, împreună cu echipa multidisciplinară va interveni și logopedul printr-un program complex, iar părinții vor fi consiliați în vederea stabilirii unui parteneriat constant și continuu cu logopedul.

Subiecți: 26 de copii preșcolari cu vârsta cuprinsă între 2 și 7 ani, cu malformații congenitale ale aparatului fonoarticulator și părinții acestora.

Metode aplicate:

1. Chestionar pentru părinți: Scop: culegerea informației despre copiii cu DLMP și părinții acestora.
2. Grila de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator. Scop: analiza structurală și funcțională a aparatului verbal.
3. Fișa de evaluare a pronunției sunetelor. Scop: evaluarea pronunției sunetelor.
4. Lista de cuvinte pentru evaluarea funcționalității velare. Scop: evaluarea evaluarea scurgerii de aer prin cavitatea nazală în timpul vorbirii.
5. Grila de evaluare a rezonanței nazale în vorbire. Scop: evaluarea perceperii nazalizării vorbirii.
6. Scala de evaluare a inteligibilității vorbirii. Scop: evaluarea nivelului inteligiblității vorbirii.
7. Fișa logopedică. Scop: consemnarea tuturor datelor obținute în urma evaluării.

8. Mini – chestionare: Activismul în comunicare; Implicarea părinților în depășirea tulburării de limbaj. Scop: evaluarea inițială și după implementarea programului a implicării părinților în depășirea tulburării de limbaj a copilului și a interesului copilului față de comunicare.

În figura 1 sunt prezentate, într-o formă schematică, principalele direcții ale diagnosticului logopedic la copiii cu DLMP. Deși se observă că, majoritatea copiilor cu malformație congenitală a aparatului verbal au afectată nu doar latura de articulare a sunetelor, dar și fonația. Aceasta se datorează incidenței mai mari a despicăturilor laterale sau bilaterale complete sau incomplete palatine în raport cu cele incomplete labiale.

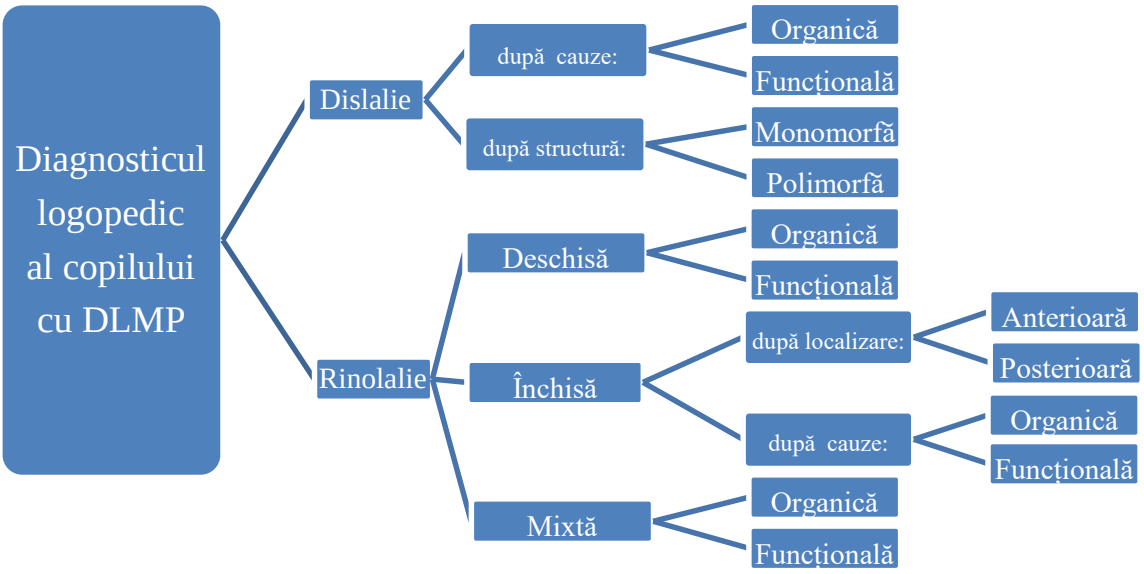


Figura 1. Diagnosticul logopedic al copilului cu DLMP

În urma experimentului de constatare, în care s-a studiat specificul dezvoltării limbajului la copiii cu malformații congenitale ale aparatului verbal în urma aplicării metodelor de diagnostic diferențial, s-au evidențiat relații dintre tulburarea de limbaj și forma despicăturii, momentul intervenției chirughicale (vezi Tab. 1).

Tabelul 1. Relația dintre nazalizarea vocii, inteligibilitatea vorbirii și momentul intervenției chirurgicale

	0 – 1 an	**Până la 2 ani**	**Până la 3 ani**	**Peste 4 ani**
0 - Nu apare nazalizarea	1 (hipo.)			
1 - Nazalizarea foarte ușoară, nu influențează inteligibilitatea vb.	2			
2 – Nazalizare moderată, evidentă la nivelul anumitor sunete	9			
3 – Nazalizare moderată, prezentă la nivelul tuturor vocalelor	4			
4 – Nazalizare severă, afectează vocalele și unele consoane	3	3	1	
5 – Nazalizarea afectează semnificativ toate sunetele limbii				3
Total	73%	11%	4%	11%

Astfel, în urma experimentului de constatare, s-au trasat următoarele concluzii privind particularitățile diagnosticului logopedic:

- majoritatea copiilor cu despicături complete, unilaterale sau bilaterale, vor fi diagnosticați cu rinolalie mixtă;
- copiii cu despicături incomplete palatine (posterioare), unde este afectat palatul moale, sau despicături submucoase, vor fi diagnosticați cu rinolalie deschisă;
- copiii cu despicături labiale sau despicături palatine (anterioare), unde este afectat palatul dur și cavaitatea nazală, vor fi diagnosticați cu rinolalie închisă;
- în vorbirea copiilor cu DLMP, cele mai afectate sunete sunt apico-dentale fricative, apoi cele labio-dentale și velare africate;
- cu cât mai devreme se va realiza labioplastia și/ sau palatoplastia, cu atât mai puțin afectată va fi vocea și inteligibilitatea vorbirii copiilor cu DLMP.

La cea de-a doua etapă a cercetării, în cadrul experimentului formativ, s-au selectat 18 copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 3 ani ce nu au fost implicați până la acel moment în terapie logopedică, dintre cei 26 de subiecți din prima etapă a experimentului. Jumătate dintre aceștia au făcut parte din grupul de control, iar cealaltă jumătate, timp de 3 luni au fost implicați în programul complex de intervenție logopedică.

Programul complex de intervenție a fost structurat pe 7 direcții prezentate în Fig.2. Pe lângă favorizarea activității corecte a organelor fono-articulatorii și impostarea sunetelor se va pune accent în mod deosebit pe activizarea palatului moale, direcționarea corectă a fluxului de aer vocal și dezvoltarea vocii concomitent cu expirarea aerului. (Peterson-Falzone S. J. 2006).

La baza terapiei este impactul complex asupra întregului aparat periferic verbal și în mod deosebit asupra activității vălului palatin. Desigur, luânduse în vedere și întreaga personalitate a copilului. O deosebită importanță în succesul terapiei o are implicarea părinților/ îngrijitorilor logopatului.

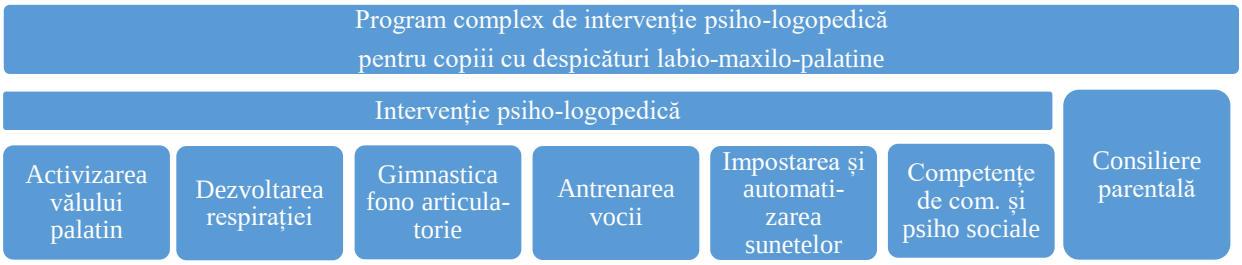


Figura2. Structura programului complex de intervenție

N. Toncescu a stabilit următoarele etape pentru corectarea rinolaliei: 1. etapa pregătitoare, în care se vor aplica metode și procedee de pregătire psihică și fizică a logopatului pentru activitatea logopedică; 2. a doua etapă constă în crearea unui tonus afectiv favorabil corectării rinolaliei; 3. la cea de-a treia etapă se fac o serie de exerciții logopedice, după principiul corectării dislaliei, pentru afectarea sunetelor afectate, ulterior consolidate în cuvinte; 4. în cea de-a patra etapă are loc exersarea sunetului corectat în propoziții și povestiri, în scopul automatizării și autocontrolului. (Păunescu C., Toncescu N. 1984)

În urma implementării programului complex de intervenție logopedică timp de 3 luni, aplicând repetat instrumentele de evaluare și comparând rezultatele subiecților din grupul experimental față de cei din grupul de control, s-au constatat o serie de rezultate:

- Îmbunătățirea articulării sunetelor: toți subiecții din grupul experimental au însușit emiterea unui sunet nou, dintre cei 8 subiecți din grupul de control doar un copil a reușit să emită un sunet nou fără a fi implicat în terapie logopedică (Fig. 3).

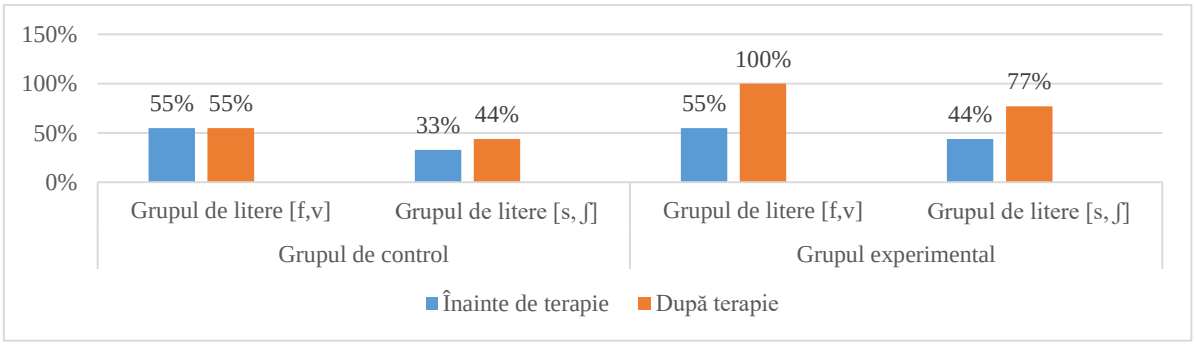


Figura 3. Rezultate la Pronunție, GE și GC, post-intervenție

- Dezvoltarea vocabularului (vezi Figura 4)i: în cadrul ședințelor s-a urmărit învățarea de către copii a cuvintelor ce reprezintă animale domestice și sălbatice. Răspunsurile corecte oferite de către subiecții din grupul experimental după cele 3 luni de terapie, în cadrul tehnicii: „Numește cuvintele", a fost de două ori mai mare față de răspunsurile corecte date la începutul terapiei.

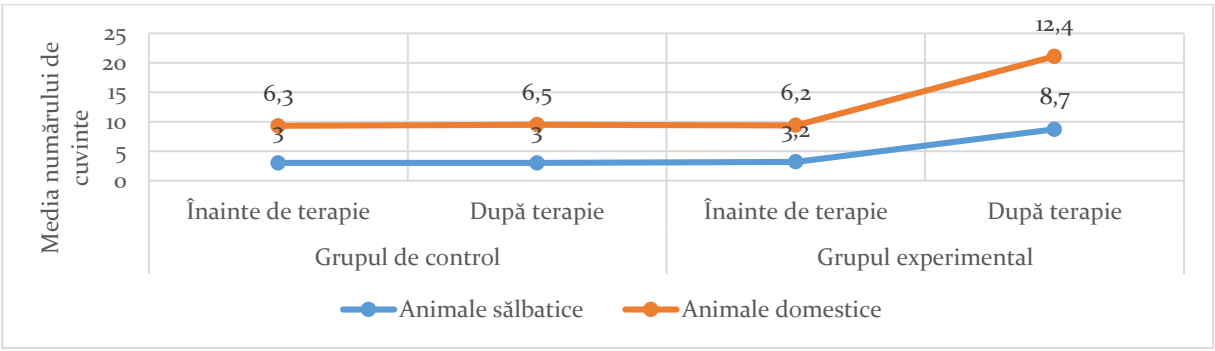


Figura4. Rezultate Vocabular, GE /GC, post-intervenție

- Implicarea părinților în depășirea tulburării de limbaj și activismul copiilor în comunicare (vezi Figura 5): cel mai important, după părerea noastră, rezultat obținut este schimbarea atitudinii părinților față de ameliorarea tulburărilor de limbaj la copii. În cadrul consilierii părinților s-au urmărit realizarea zilnică a 3 sarcini din partea părinților: să încurajeze copiii să-și verbalizarea cererile, nu doar să arate spre obiectul dorit; să creeze zilnic situații de comunicare, prin jocuri, analiza imaginilor, cărților sau a lucrurilor din jur în timpul plimbărilor ș.a.; și să organizeze zilnic cel puțin câte o activitate de dezvoltare a motricității fine. În urma celor 3 luni de terapie și implicit consiliere, toți părinții din grupul experimental au realizat aceste sarcini, iar ca urmare, a crescut și interesul copiilor din grupul experimental față de comunicare, dorința de a verbaliza ceea ce doresc să transmită, de a verbaliza și analiza ceea ce văd, de a comunica cu maturii sau semenii din jur.

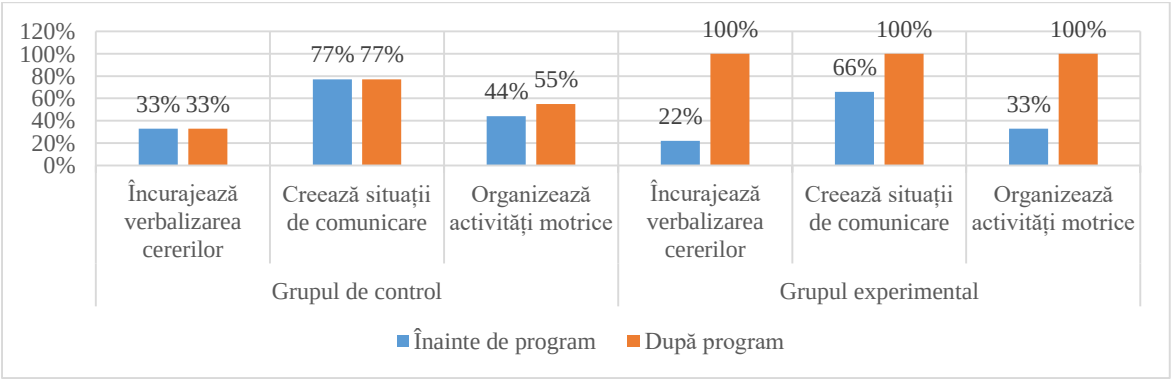


Figura 5. Implicarea părinților în activitățile cu copiii.

În urma cercetării realizate, venim cu următoarele concluzii și recomandări în terapia complexă logopedică a copiilor cu DLMP:

- Logopații cu DLMP vor fi diagnosticați cu rinolalie mixtă, deschisă sau închisă, iar în cele mai ușoare cazuri cu dilalie polimorfă.
- Eficiența influenței logopedice în activitatea cu copiii cu DLMP va fi determinată de o serie de factori: forma și gravitatea malformației congenitale, vârsta logopatului, starea somatică a copilului, particularitățile sale psihice, particularitățile sferei emoțional-volitive, influența mediului microsocial, momentul începerii terapiei logopedice și continuitatea acesteia, profesionalismul logopedului.
- Se recomandă începerea terapiei logopedice pre-operator, post-operator se va continua pe aceleași direcții de dezvoltare din cadrul tearpiei logopedice, cu o implicare mai conștientă din partea logopatului.
- Un rol deosebit de important, în deosebi în activitatea cu copiii sugari dar și de vârstă preșcolară, o are implicare părinților în activitatea terapeutică, de aceea consilierea acestora constituie o direcție importantă în terapia complexă a copiilor cu DLMP.
- Programul complex de intervenție logopedică, ce vizează atât activitatea psiho-logopedică cu copiii cu DLMP cât și activitatea de consiliere a părinților acestora, se va ajusta la diagnosticul și nivelul de dezvoltare a logopatului.

Bibliografie

Bucur, A.; Navarro Vila, C.; Lowry, J. și Acero, J. *Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială*. București: Q. MED Publishing, 2009. ISBN 9789738855380.

Butta, M. Terapia logopedică a rinolaliei deschise. *Revista Română de Terapia Tulburărilor de Limbaj și Comunicare*. 2016, ed. 2, pp.74-81. DOI: 10.26744/rrttlc.2016.2.2.07.

OLĂRESCU, V. *Perspectiva diagnosticului logopedic.* Chișinău: ELENA-V.I., 2008. ISBN 9789975974363

Păunescu, C.; Toncescu, N. *Tulburări de limbaj la copil*. București: ED. Medicală, 1984.

Peterson-Falzone, S.J.; Trost-Cardamone, J.E.; Karnell, M.P. și Hardin-Jones M.A. *The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech*. Missouri: Mosby INC., 2016. ISBN 9780323339346.

Verza, E. *Tratat de logopedie vol II*. București: ED. SEMNE. 2009. ISBN 9789736248184

STAREA DE BINE A PĂRINȚILOR COPIILOR CU CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE – CES

Iulia RACU

Profesor universitar, doctor habilitat, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău

Alina ADĂSCĂLIȚĂ

Magistru în psihologie

O temă actuală și captivantă a psihologiei contemporane este starea de bine. Cercetări relevante a acestui construct au fost întreprinse de M. Seligman, M. Argyle, C. Ryff, E. Diener, C. Dweck, S. Lyubomirsky și B. Fredrickson (M. Seligman, 2000, 2007, 2011, M. Argyle, 2015, E. Diener, 2008, S. Lyubomirsky, 2010, B. Fredrickson, 2019). Pe parcursul evoluției conceptului de „stare de bine" a fost abordat prin prisma a următoarelor accepțiuni: abordarea hedonică (bunăstarea presupune maximizarea plăcerii și minimizarea durerii) și cea eudaimonică (starea de bine este un rezultat al funcționării psihologice optimale, dezvoltarea potențialului propriu și trăirea unei vieți în concordanță cu propriile valori) (M. Seligman, 2000, 2007, M. Argyle, 2015, R. Ryan, E. Deci, 2000, E. Diener, 2008, S. Lyubomirsky, 2010, D. David, A. Sentagotai-Tatar, 2017).

În ultimii ani se atestă o extindere semnificativă a domeniilor în care starea de bine este investigată: psihologia dezvoltării, psihologia pozitivă, psihologia organizațională, managementul resurselor umane, psihologia clinică, educație, psihopedagogie, neuroștiințe, economie (M. Argyle, 2015, D. David, A. Sentagotai-Tatar, 2017). Pornind de la cele expuse pentru a înțelege modul de

funcționare a familiei cât și pentru dezvoltarea unor intervenții eficiente în domeniul psihologiei și educației speciale, am realizat demersul stării de bine la părinții copiilor cu CES.

Eșantionul a fost constituit din 80 de adulți, părinți ai copiilor cu CES între 21 și 48 de ani, din cadrul a două centre de dezvoltare destinate copiilor cu CES, din municipiul Chișinău. Starea de bine a fost investigată prin administrarea a următoarelor chestionare: Chestionarul OMS al celor 5 criterii de apreciere a stării de bine (WHO 5 ROMANIAN, versiunea 1998) și Chestionarul de evaluare a stării de bine Oxford de M. Argyle și P. Hills.

Inițial în scopul stabilirii nivelului de manifestare a stării de bine la părinții copiilor cu CES, am aplicat *Chestionarul OMS al celor 5 criterii de apreciere a stării de bine (WHO 5 ROMANIAN).* Vom înfățișa rezultatele obținute pentru starea de bine pe întregul în figura 1.

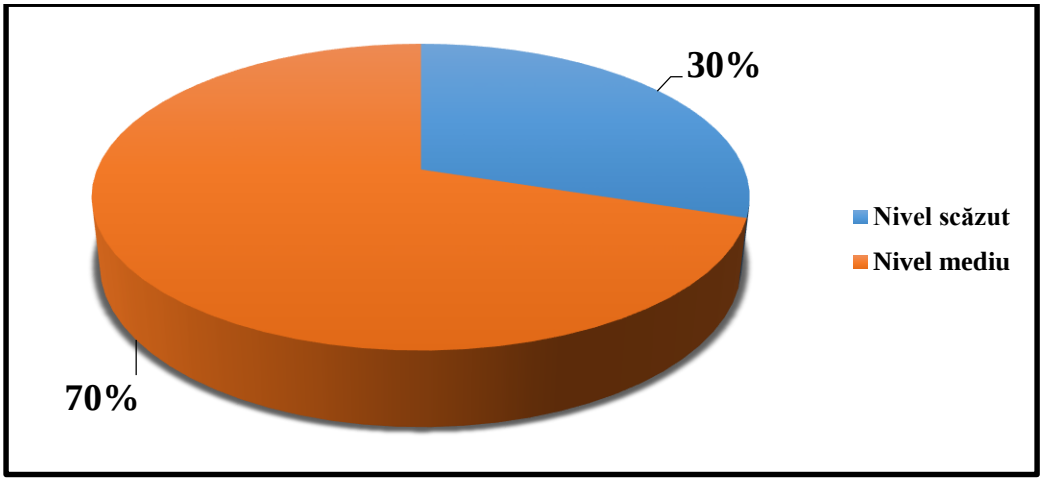


Figura 1. Distribuția datelor privind nivelurile stării de bine la părinții copiilor cu CES

Conform analizei distribuției grafice ilustrate în figura 1, identificăm următoarele aspecte: 30% din părinți dețin un nivel scăzut al stării de bine. Aceștia se caracterizează prin trăirea accentuată a sentimentului de singurătate, manifestări depresive și iritabilitate, generate de stresul cronic și suprasolicitarea continuă, epuizarea fizică și psihică, precum și de nivelul ridicat al solicitărilor asociate îngrijirii copilului cu CES și presiunilor exercitate de mediul înconjurător. În acest context, se remarcă și tensionarea relațiilor cu partenerul, familia și prietenii, fapt care contribuie la agravarea stării psihologice a individului.

70% dintre părinții copiilor cu CES prezintă un nivel mediu al stării de bine. Bunăstarea acestora poate fi considerată adecvată, fiind caracterizată de un echilibru fragil între dificultățile întâmpinate și resursele disponibile pentru gestionarea acestora. În acest context, părinții dezvoltă treptat abilități de gestionare a stresului prin apelarea la sprijin social constant, ceea ce contribuie la diminuarea anxietății și a frustrării. Totuși, nivelul mediu al stării de bine se asociază cu dificultăți moderate în comunicarea și colaborarea cu partenerul în procesul de îngrijire a copilului cu nevoi educaționale speciale, precum și cu apariția unor momente de tensiune relațională.

Lotul experimental al părinților copiilor cu CES este constituit din bărbați și femei, drept rezultat în continuare ne-am propus să exemplificăm nivelurile stării de bine la aceștia conform dimensiunii gen (figura 2).

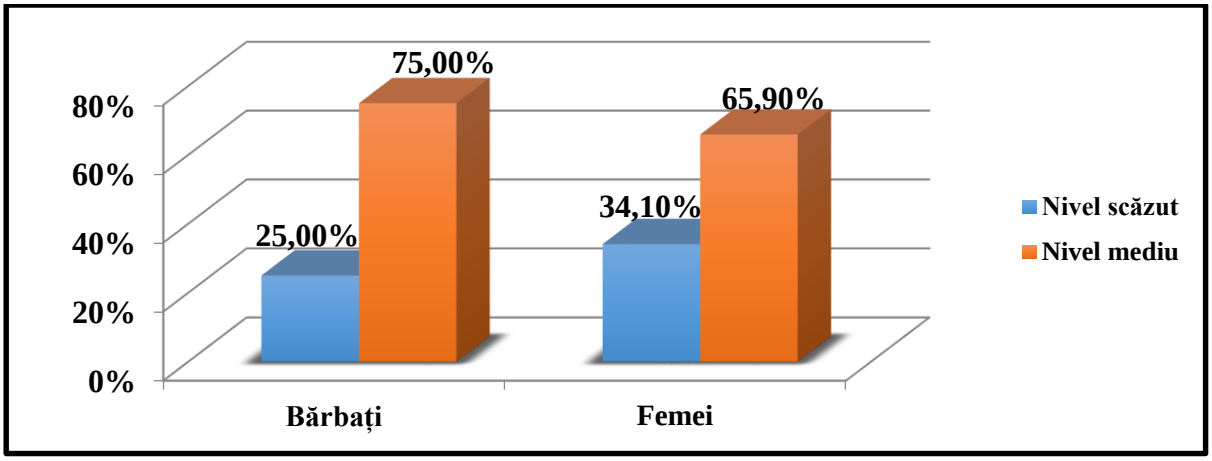


Figura 2. Distribuția datelor privind nivelurile stării de bine la părinții copiilor cu CES în funcție de gen

În ceea ce privește nivelul scăzut al stării de bine, frecvențele mai ridicate se înregistrează în rândul femeilor (34,10%), comparativ cu bărbații (25%). Acest aspect sugerează că o proporție mai mare de femei experimentează dificultăți în menținerea unei stări de bine optime, fiind posibil influențate de factorii emoționali și de responsabilitățile asociate îngrijirii copilului cu CES.

În ceea ce privește nivelul mediu al stării de bine, datele indică o frecvență mai mare în rândul bărbaților (75%) comparativ cu femeile (65,90%). Aceasta sugerează că majoritatea bărbaților se situează în zona de bunăstare moderată, caracterizată printr-un echilibru relativ stabil între provocările asociate îngrijirii copilului și resursele de adaptare disponibile. În contrast, femeile tind să fie mai polarizate la nivel scăzut, ceea ce poate reflecta vulnerabilitatea lor emoțională și încărcătura psihologică mai accentuată în contextul responsabilităților parentale.

Pentru a investiga mai detaliat starea de bine la părinții copiilor cu CES am aplicat *Chestionarul de evaluare a stării de bine Oxford, elaborat de M. Argyle și P. Hills.* Rezultatele pentru întregul eșantion le evidențiem în următoarea reprezentare grafică (figura 3).

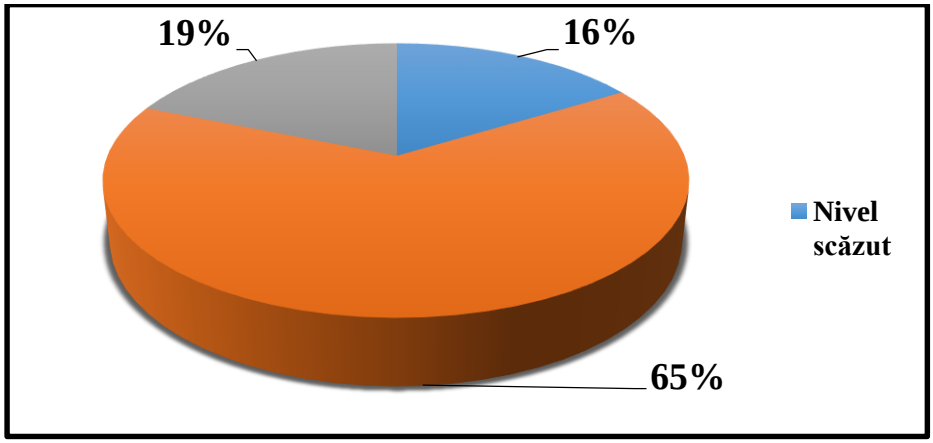


Figura 3. Distribuția datelor privind nivelurile stării de bine la părinții copiilor cu CES

Distribuția pe niveluri a stării de bine în cadrul întregului lot experimental, alcătuit din 80 de părinți ai copiilor cu CES, se prezintă după cum urmează: 16% dintre parinți (13 adulți) se încadrează în nivelul scăzut al stării de bine. Caracteristica definitorie a părinților copiilor cu CES care prezintă un nivel redus al stării de bine este reprezentată de sentimentul persistent de vinovăție asociat afecțiunii copilului. La nivel fizic și comportamental, acest nivel scăzut al bunăstării se manifestă prin instalarea

oboselii cronice, apariția tulburărilor de somn, diverse probleme de sănătate, tendința spre izolare socială și diminuarea performanței în activitățile cotidiene.

Un procent de 65% dintre părinți (n = 52) manifestă un nivel mediu al stării de bine. Aceștia se caracterizează printr-o oscilație între stări de stres și optimism, precum și prin coexistența unor trăiri afective ambivalente, precum vinovăția și responsabilitatea, pe de o parte, și mândria și iubirea, pe de altă parte. Din punct de vedere fizic și energetic, se remarcă episoade de oboseală ocazională și un nivel fluctuant al energiei. Deși preocupările legate de viitorul copilului sunt persistente, acestea nu devin copleșitoare, părinții apelând la diverse strategii de coping pentru gestionarea cogniților și emoțiilor negative.

Din totalul eșantionului investigat, 19% dintre părinți (n = 15) prezintă un nivel înalt al stării de bine. Aceștia se disting printr-un nivel echilibrat al sănătății generale, un grad ridicat de satisfacție față de viață și relații sociale de calitate. Din punct de vedere emoțional, manifestă o atitudine pozitivă și un nivel crescut de încredere în propriile resurse. Provocările educaționale asociate copilului sunt abordate într-o manieră orientată spre soluții și progres, iar sentimentul de vinovăție este înlocuit de trăiri afective pozitive, precum iubirea, mândria și motivația de a sprijini dezvoltarea continuă a copilului.

Pentru a pune în lumină faptul că rezultatele părinților copiilor cu CES pentru variabila starea de bine coincid pentru ambele teste (*Chestionarul OMS al celor 5 criterii de apreciere a stării de bine (WHO_5_ROMANIAN, versiunea 1998) și Chestionarul de evaluare a stării de bine Oxford de M. Argyle și P. Hills),* vom calcula coeficientul de corelație Pearson. Coeficientul de corelație și pragul de semnificație stabilite sunt reprezentate în tabelul 1.

Tabelul 1. Calculul coeficientului de corelație Pearson pentru starea de bine la părinții copiilor cu CES

Variabilele corelate	Coeficientul de corelație	Pragul de semnificație
Starea de bine / starea de bine	r= 0,2454	p ≤0,05

Analiza datelor prezentate în tabelul de mai sus evidențiază existența unei corelații semnificative statistic pentru variabila *starea de bine*, măsurată prin intermediul celor două teste aplicate (r = 0,2221, p ≤ 0,05). Valoarea coeficientului de corelație indică o relație pozitivă de intensitate scăzută, sugerând că, pe măsură ce nivelul unei dimensiuni a stării de bine la părinții copiilor cu CES crește, se observă o tendință similară de creștere și la nivelul celeilalte dimensiuni, și invers.

În continuare, vom prezenta distribuția rezultatelor pentru variabila starea de bine a părinților copiilor cu CES în funcție de gen, figura 4.

Analiza comparativă a frecvențelor evidențiază diferențe notabile între bărbați și femei la nivelul fiecărei categorii de bunăstare. Astfel, în cazul nivelului scăzut al stării de bine, se observă o frecvență semnificativ mai ridicată în rândul bărbaților (25%) comparativ cu femeile (6,80%), sugerând o vulnerabilitate mai accentuată a bărbaților la niveluri reduse ale bunăstării psihologice.

Pentru nivelul mediu al stării de bine, majoritatea femeilor se încadrează în această categorie (79,64%), procent considerabil mai mare decât cel înregistrat în rândul bărbaților (47,30%). Acest rezultat indică faptul că femeile tind să mențină un nivel moderat și relativ stabil al stării de bine, caracterizat printr-un echilibru între dificultățile întâmpinate și resursele de adaptare disponibile. În schimb, în ceea ce privește nivelul înalt al stării de bine, se conturează un model invers proporțional, bărbații înregistrând frecvențe mai ridicate (27,70%) comparativ cu femeile (13,56%). Acest aspect sugerează o polarizare mai accentuată a stării de bine în rândul bărbaților, care se distribuie mai

frecvent atât la niveluri scăzute, cât și la niveluri înalte, în timp ce femeile se concentrează predominant la nivelul mediu al bunăstării psihologice.

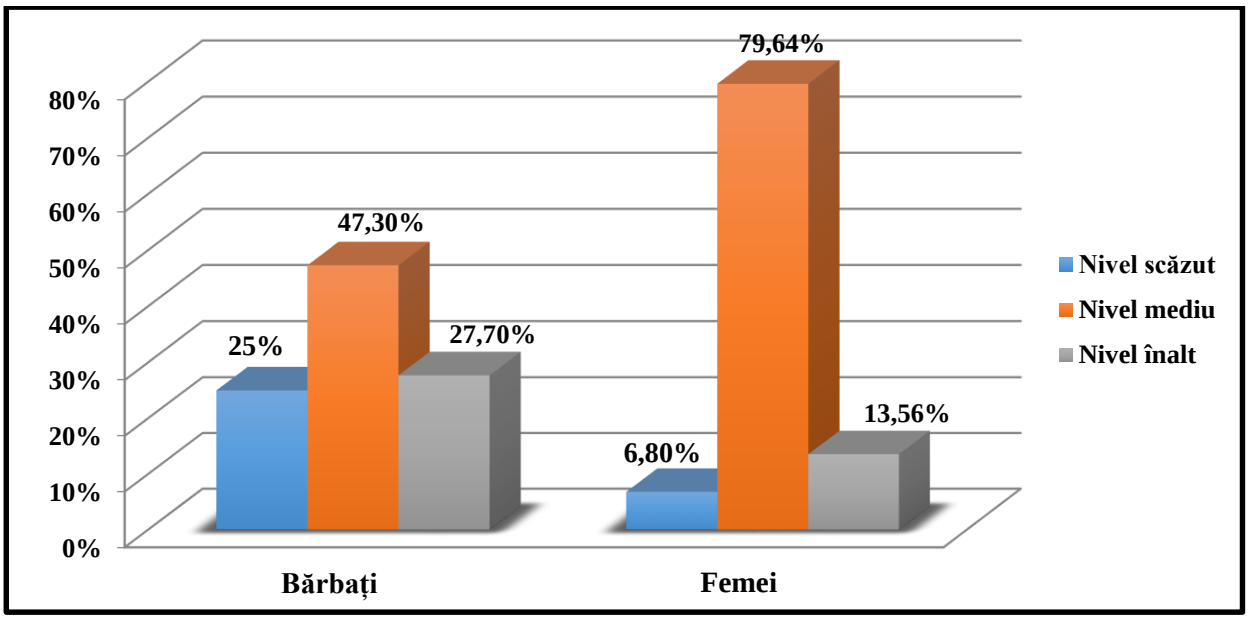


Figura 4. Distribuția datelor privind nivelurile stării de bine la părinții copiilor cu CES în funcție de gen

În concluzie cu rezultatele expuse vom formula următoarele constatări: cu îngrijorare consemnăm că un procent semnificativ de părinți (între 16% și 30%) se încadrează la nivel scăzut al stării de bine, fiind afectați de stres cronic, oboseală fizică și psihică, tulburări de somn, izolare socială și tensiune în relațiile familiale. Părinții cu nivel scăzut al stării de bine prezintă și sentimentul persistent de vinovăție asociat stării de sănătate și dezvoltării copiilor cu CES, ceea ce accentuează o vulnerabilitate psihologică.

Starea de bine a părinților copiilor cu CES se situează predominant la nivelul mediu (frecvențele oscilează între 65% și 70%), ceea ce indică o bunăstare moderată, caracterizată printr-un echilibru fragil între solicitările asociate îngrijirii copilului și resursele de adaptare disponibile. Acești părinți manifestă oscilații între stres și optimism, sentimente ambivalente (vinovăție versus mândrie și iubire) și o energie fluctuantă, însă reușesc să gestioneze eficient cognițiile negative prin strategii de coping.

Analiza rezultatelor pe criteriu gen evidențiază diferențe semnificative: femeile se concentrează preponderent la nivel mediu al stării de bine (79,64%), în timp ce bărbații manifestă o distribuție mai polarizată, cu frecvențe mai ridicate atât la nivel scăzut (25%), cât și la nivel înalt al stării de bine (27,70%). Datele înregistrate ne permit să punctăm că femeile prezintă o vulnerabilitate emoțională mai accentuată la nivel scăzut, dar un grad mai uniform de adaptare la nivel mediu, în timp ce bărbații experimentează fluctuații mai mari între stări de bunăstare și vulnerabilitate. Rezultate prezentate și descrise subliniază necesitatea dezvoltării și implementării unor intervenții psihologice și educaționale adăpate nevoilor părinților copiilor cu CES, axate pe consolidarea stării de bine, gestionarea stresului, dezvoltarea abilităților de coping, susținerea echilibrului emoțional și promovarea resurselor sociale și familiale.

Bibliografie

1. Argyle, M. *Psihologia fericirii*. București: Ideea Europeană. 2015. 472 p. ISBN 9786065946224.
2. David, D., Szentagotai-Tatar, A. *Tratat de psihologie pozitivă.* Iași: Polirom, 2017. 344 p. ISBN 978-973-46-6234-0.

3. Diener, E., BiswasS-Diener, R. *Happiness: unlocking the mysteries of psychological wealth.* US: Publisher Wiley-Blackwell. 2008. 304 p. ISBN 9781405146616.
4. Fredrickson, B. *Puterea emoțiilor pozitive.* București: Lumina. 2019. 256 p. ISBN 9786063336614.
5. Lyubomirsky, S. *Cum să fii fericit. O abordare științifică pentru a avea viață pe care ti-o dorești.* București: Amsta. 2010. 408 p. ISBN 9786069205761
6. Ryan, R. M., Decl, E. L. *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being.* American Psychologist, 2000, 55(1), 68–78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68.
7. Seligman, M. E. P. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press, 2011. ISBN 978-1-4391-9075-3. ISBN978-1-4391-9077-7
8. Seligman, M. *Fericirea autentică.* București: Humanitas, 2007. 354 p. ISBN: 978-973-50-1618-0.
9. Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. *Positive Psychology: An Introduction.* American Psychologist, 2000, 55(1), 5–14. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.5.
Notă: Articolul este elaborat în cadrul subproiectului „Mecanisme psihologice de promovare a stării de bine în sistemul educațional”, MPPSSE 040112.

INTERVENȚIA TIMPURIE – PREMISĂ PENTRU DEZVOLTAREA COMUNICĂRII ȘI INCLUZIUNII COPIILOR CU ÎNTÂRZIERE ÎN DEZVOLTAREA LIMBAJULUI

Valentina OLĂRESCU
profesor universitar, dr. Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău
Diana BALMUȘ
student doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Rezumat
Intervenția timpurie este o condiție esențială pentru dezvoltarea armonioasă și echilibrată a tuturor copiilor cu anumite dificultăți, dar mai ales celor cu cu întârziere în dezvoltarea limbajului. Identificarea și abordarea timpurie a dificultăților de comunicare ajută la prevenirea problemelor ulterioare de învățare, adaptare socială și integrare educațională. Suportul familiei și echipei multidisciplinare determină o evoluție semnificativă în dezvoltarea limbajului expresiv și receptiv, contribuind la formarea unei comunicări funcționale și la facilitarea incluziunii sociale a copiilor cu întârziere în dezvoltarea limbajului atât de necesare pentru adaptarea lor psihosocială.
Cuvinte cheie: intervenție timpurie, dezvoltarea limbajului, comunicare, educație incluzivă, dezvoltare psihosocială.

Introducere

Limbajul este una dintre bazele esențiale ale dezvoltării unui copil; prin el, copilul învață să comunice, să își organizeze gândurile, să se conecteze cu cei din jur și să își construiască treptat propria identitate. Așa cum arată Snowling și Hulme (2020), atunci când apar întârzieri în dezvoltarea limbajului, acestea pot influența în mod semnificativ parcursul copilului, ducând la dificultăți de învățare, comportamente problematice sau provocări în relațiile sociale. Intervențiile realizate încă de la primele semne ale întârzierii pot avea efecte de durată, deoarece oferă copilului sprijinul necesar pentru a-și dezvolta comunicarea într-un ritm cât mai adecvat și reduc riscul apariției unor probleme ulterioare. Privită dintr-o perspectivă preventivă, intervenția timpurie nu presupune doar corectarea unor dificultăți deja existente, ci și crearea unui mediu stimulativ, care să susțină în mod firesc dezvoltarea copilului. Pentru ca aceste intervenții să fie eficiente, este nevoie de o colaborare strânsă între specialiști - psihopedagogi, psihologi, logopezi - și, foarte important, de implicarea constantă și activă a părinților, care au un rol central în evoluția copilului.

Dezvoltarea limbajului. Dezvoltarea limbajului în ontogeneză

Dezvoltarea limbajului este un proces complex și de lungă durată, care este influențat de o varietate de factori precum biologici, cognitivi și sociali. Acest proces joacă un rol crucial în evoluția cognitivă și socială a individului, începând din primele luni de viață și continuând să se perfecționeze pe parcursul copilăriei și adolescenței. Studiile din acest domeniu au identificat diverse etape și factori care afectează dezvoltarea limbajului la copii, iar aceste perspective au fost extinse și îmbunătățite de-a lungul anilor, inclusiv după 2020, datorită avansărilor în domeniul neuroștiinței și tehnologiei digitale.

Potrivit lui Tomasello (2003), dezvoltarea limbajului are loc prin interacțiunea socială, care se bazează pe capacitatea de învățare a copilului și pe contextul social în care acesta se află. Clasificările tradiționale ale dezvoltării limbajului includ mai multe etape distincte:

- Stadiul prelingvistic (0-1 ani): În această etapă, copilul emite sunete, gângurește și manifestă lalațiunea, acestea fiind forme de pregătire pentru dezvoltarea limbajului. Aceste manifestări prelingvistice sunt esențiale pentru stimularea centrilor nervoși care sunt implicați în vorbire.
- Stadiul cuvintelor unice (1-2 ani): La începutul acestui stadiu, copiii încep să producă primele lor cuvinte (monosilabice, bisilabice), de obicei substantive sau verbe care au semnificație majoră pentru copil.
- Stadiul frazei simple (2-3 ani): În acest stadiu, copiii încep să combine două sau trei cuvinte pentru a exprima idei simple, formând astfel primele propoziții coerente.
- Stadiul frazei complexe (3-5 ani): În această etapă, copiii încep să folosească propoziții mai lungi și mai complexe, dezvoltându-și abilitatea de a folosi structuri gramaticale corecte. Se observă o extindere semnificativă a vocabularului și o mai bună organizare a discursului.

Vîgotski (1978) subliniază importanța limbajului ca instrument esențial de mediere socială, evidențiind că dezvoltarea acestuia este strâns legată de interacțiunile cu adulții și cu alți copii. În aceeași direcție, Bruner (1983) pune accent pe rolul rutinei zilnice și al jocului în acest proces, arătând cum copiii învață să folosească limbajul în contexte sociale și reale. Jean Piaget, pe de altă parte, consideră dezvoltarea limbajului ca parte integrantă a progresului cognitiv, susținând că limbajul evoluează în paralel cu stadiile cognitive ale copilului:

- Stadiul senzorio-motor (0-2 ani): Limbajul începe să se formeze în paralel cu abilitățile motorii și perceptuale.
- Stadiul preoperațional (2-7 ani): Copiii dezvoltă abilități simbolice și folosesc limbajul pentru a reprezenta obiecte și idei, deși gândirea lor este încă egocentrică.
- Stadiul operațiunilor concrete (7-11 ani): Limbajul devine un instrument esențial pentru rezolvarea problemelor concrete și înțelegerea relațiilor cauzale.
- Stadiul operațiunilor formale (12 ani și peste): Capacitatea de a gândi abstract se dezvoltă, permițând utilizarea limbajului pentru concepte complexe și ipotetice.

După anul 2020, cercetările în domeniul dezvoltării limbajului au adus noi perspective, în special prin integrarea tehnologiilor moderne și printr-o înțelegere mai profundă a factorilor neurobiologici și sociali.

Întârzierea în apariția și dezvoltarea limbajului

Dificultățile de limbaj reprezintă un domeniu vast și complex, care cuprind o varietate de probleme legate de achiziția și utilizarea limbajului, care de cele mai multe ori influențează diferite aspecte ale comunicării. Întârzierea în dezvoltarea limbajului se referă la situația în care progresul lingvistic al unui copil este mai lent decât standardele corespunzătoare vârstei sale. Această întârziere

poate fi observată prin diverse semne, cum ar fi faptul că un copil vorbește mai puțin decât cei de aceeași vârstă, are un vocabular mai limitat, întâmpină dificultăți în formarea propozițiilor sau are probleme în înțelegerea limbajului vorbit. În opinia lui Gherguț și Roșan, întârzierea limbajului poate afecta atât limbajul expresiv (vorbirea), cât și pe cel receptiv (înțelegerea), poate implica dificultăți de pronunție (criptogenetice/idiopatice) și poate influența limbajul pragmatic (2024). Pentru a asigura o intervenție adecvată și o înțelegere corectă a acestor dificultăți este esențial să facem distincția între 2 tipuri de tulburări, precum întârzierea în dezvoltarea limbajului și tulburarea de dezvoltare a limbajului (TDL).

Întârzierea în dezvoltarea limbajului se referă la un decalaj temporar în atingerea etapelor de dezvoltare lingvistică, fără a implica neapărat o problemă permanentă. Aceste întârzieri pot fi compensate în timp, în special prin intervenții timpurii și adecvate. De exemplu, un copil care începe să vorbească mai târziu decât este de așteptat, dar care își dezvoltă ulterior abilitățile lingvistice în mod normal, poate fi considerat că are o întârziere temporară în dezvoltarea limbajului. Aceasta nu sugerează o problemă pe termen lung și are de obicei un caracter tranzitoriu, existând posibilitatea unei recuperări complete cu sprijinul corespunzător.

Caracteristici principale ale întârzierii limbajului: 1. apariția tardivă a primelor cuvinte: un copil nu rostește primele cuvinte până la vârsta de aproximativ 12-18 luni; 2. vocabular redus: copilul are un număr mai mic de cuvinte în vocabular, comparativ cu semenii de aceeași vârstă; 3. dificultăți în combinarea cuvintelor: copilul poate avea dificultăți în formarea propozițiilor simple; 4. probleme de comprehensiune: copilul poate întâmpina dificultăți în înțelegerea unor instrucțiuni sau întrebări simple; 5. probleme de articulare a vorbirii: copilul poate prezenta dificultăți în pronunțarea clară a cuvintelor, ceea ce poate îngreuna înțelegerea acestuia de către ceilalți.

Etiologia nu este foarte bine cunoscută, fiind neprecizată în stadiul actual al cunoașterii științifice, însă cauze potențiale ale întârzierii limbajului pot fi: - deficiențe auditive: problemele auditive pot influența capacitatea copilului de a învăța și folosi limbajul; - tulburări de dezvoltare: afecțiuni precum tulburările din spectrul autist sau dizabilitățile intelectuale pot include întârzieri în limbaj ca parte din simptomatologia lor; - factori de mediu: lipsa stimulării sau a interacțiunilor corespunzătoare în mediu poate contribui la întârzierea dezvoltării limbajului; - factori neurologici: leziunile cerebrale sau alte afecțiuni neurologice pot afecta dezvoltarea limbajului.

Întârzierea în dezvoltarea limbajului se referă la o întârziere temporară în atingerea anumitor repere lingvistice, care este de obicei observată înainte de vârsta școlară. Se estimează că între 70-80% dintre copiii cu întârzieri lingvistice ușoare până la moderate reușesc să recupereze aceste întârzieri până la începutul școlii (ASHA, 2015). Această întârziere este considerată tranzitorie și nu indică neapărat o problemă pe termen lung. În contrast, Tulburarea de Dezvoltare a Limbajului (TDL) este o afecțiune cronică, caracterizată prin dificultăți semnificative și persistente în dezvoltarea limbajului, care continuă să existe chiar și după intervenții timpurii, care ulterior afectează reușita școlară și traseul educațional al copilului.

În România, terminologia folosită în logopedie nu face întotdeauna o distincție clară între întârzierea generală în dezvoltarea vorbirii (RL) și tulburarea specifică de limbaj (TSL), ceea ce poate genera confuzii. Tudorean (2023) subliniază că există încă neconcordanțe în utilizarea acestor termeni, iar adoptarea terminologiei internaționale este crucială pentru a facilita comunicarea între specialiști și a asigura o abordare uniformă în evaluarea și tratamentul tulburărilor de limbaj (TDL). La nivel internațional, terminologia referitoare la tulburările de limbaj variază semnificativ, existând diferențe notabile în etichetarea clinică a acestor afecțiuni. Un studiu realizat de Leonard (2020) a identificat nu

mai puțin de 36 de termeni diferiți utilizați în ultimele două secole pentru a descrie manifestări clinice similare. Aceste variații terminologice complică compararea studiilor și implementarea intervențiilor standardizate. În România, se recomandă adoptarea terminologiei propuse de CATALISE pentru a asigura o comunicare clară și coerentă între specialiști.

Proceduri și metode de diagnostic. Diagnosticul diferențial

Diagnosticarea întârzierii în dezvoltarea limbajului necesită o evaluare detaliată a copilului, având în vedere etapele normative ale dezvoltării lingvistice corespunzătoare vârstei sale cronologice. Întârzierile sunt adesea observate atunci când copiii nu pronunță primele cuvinte până la vârsta de doi ani, au un vocabular limitat (sub 50 de cuvinte) și nu reușesc să formeze propoziții simple. De asemenea, acești copii pot prezenta dificultăți gramaticale, cum ar fi utilizarea unui singur cuvânt pentru a exprima idei complexe și evitarea pronumelor și prepozițiilor. Frecvent, pot apărea erori fonetice, cum ar fi inversiunile și simplificările sunetelor. Întârzierea în dezvoltarea limbajului poate afecta atât exprimarea, cât și înțelegerea, sau poate apărea sub forma unei întârzieri mixte, fără a fi asociată cu alte deficite cognitive sau senzoriale.

Diagnosticarea acestei tulburări necesită o evaluare multidisciplinară, care include examinări audiologice, psihologice, neurologice și o evaluare logopedică detaliată. Anamneza are un rol crucial în procesul de diagnosticare, fiind esențial să se obțină informații complete despre istoricul dezvoltării limbajului copilului, inclusiv vârsta la care au apărut primele semne de comunicare verbală. Examinarea logopedică se axează pe identificarea abilităților psihomotorii, perceptiv-auditive și lingvistice ale copilului, corelate cu vârsta sa cronologică. Copiii cu întârziere în dezvoltarea limbajului constituie un grup eterogen, cu variații semnificative între indivizi în ceea ce privește gradul de afectare lingvistică.

Factorii prognostici includ severitatea inițială a deficitelor lingvistice și abilitățile nonverbale ale copilului. De asemenea, mediul familial și nivelul de stimulare lingvistică sunt factori importanți care influențează evoluția ulterioară. Studiile recente arată că o parte dintre copiii cu întârziere în dezvoltarea limbajului continuă să aibă dificultăți lingvistice în perioada școlară, având un risc crescut de a rămâne în urmă față de colegi, în absența intervențiilor logopedice adecvate (Norbury et al., 2021). Totuși, există cazuri în care copiii își recuperează spontan întârzierea lingvistică înainte de a începe școala, fără a beneficia de intervenții formale (Bishop & Snowling, 2020).

Importanța intervenției timpurii

Etapa crucială în dezvoltarea umană este reprezentată de copilăria timpurie, în care se se conturează repertorii comportamentale, se dobândesc abilități fundamentale și se dezvoltă personalitatea copilului pe multiple planuri (Roșan, 2015). În ultimele decenii, au apărut un număr tot mai mare de publicații științifice, s-au înființat organizații și asociații de specialitate, și s-au organizat conferințe dedicate dezvoltării timpurii, ceea ce reflectă faptul că acestei perioade i se acordă o atenție mai mare și se intensifică studiul ei. Această etapă a vârstei copilăriei mici se distinge printr-un ritm accelerat de dezvoltare somatică și psihică, dar și prin transformări spectaculoase și multiple achiziții. Ea are cel mai mare potențial de influențare a dezvoltării ulterioare, datorită plasticității ridicate a sistemului nervos.

Un impact semnificativ asupra traiectoriei dezvoltării este dat de capacitatea creierului de a se adapta rapid la experiențele de mediu. Totodată, plasticitatea neuronală fiind prezentă pe parcursul întregii vieți, aceasta atinge un maxim în primii ani, dovedind astfel eficiența sporită a intervențiilor timpurii. Intervenția timpurie este un pas esențial în sprijinirea dezvoltării optime a copiilor preșcolari care prezintă întârzieri în dezvoltarea limbajului. Vital este a se identifica și a corecta rapid tulburările

de limbaj, pentru a preveni dificultățile educaționale și sociale pe termen lung, oferind astfel un suport în dezvoltarea psihică și socială a celor mici. După cercetările realizate de National Institute for Literacy (2021), intervențiile timpurii au un rol important asupra dezvoltării limbajului, contribuind astfel la reducerea riscurilor asociate cu întârzierile în învățare. Studiul subliniază faptul că intervențiile efectuate în primii ani de viață pot maximiza considerabil abilitățile lingvistice ale copiilor și pot diminua riscurile de dificultăți educaționale viitoare.

Spre exemplu, cercetarea realizată de Weitzman și colaboratorii (2002) a demonstrat faptul că aproximativ 70-80% dintre copiii cu întârzieri de exprimare reușesc să recupereze aceste întârzieri cu ajutorul intervențiilor timpurii. La polul opus, aproximativ 20-30% nu reușesc să ajungă la nivelul colegilor lor fără un sprijin adecvat, scoțând în evidență importanța intervențiilor timpurii în acest proces. Într-un studiu realizat de Bishop et al. (2017) se evidențiază impactul intervențiilor timpurii asupra abilităților lingvistice, dar și asupra dezvoltării sociale și emoționale a copiilor. Aceste rezultatele sugerând faptul că intervențiile sunt esențiale pentru dezvoltarea holistică a copiilor, contribuind la îmbunătățirea abilităților sociale și emoționale. Intervenții care abordează în același timp aspectele cognitive și emoționale facilitează o adaptare socială pozitivă și o integrare eficientă în medii educaționale și sociale. Intervențiile personalizate sunt cruciale pentru asigurarea unei dezvoltări favorabile în primii ani de viață, fiind adaptate nevoilor individuale ale copiilor.

Abordările individualizate, adaptate nevoilor specifice ale fiecărui copil, sunt primordiale pentru maximizarea eficienței intervențiilor, fiind foarte importantă utilizarea unor metode care țin cont de contextul cultural și social al fiecărui copil pentru a asigura o intervenție eficientă. Un rol crucial în succesul intervențiilor timpurii îl joacă neuroplasticitatea creierului. Este cert că creierul copiilor preșcolari, datorită neuroplasticității, este extrem de receptiv la aceste intervenții. Plasticitatea le permite formarea de noi conexiuni neuronale și compensarea deficitelor existente, facilitând dezvoltarea abilităților lingvistice într-un mod mai eficient. Plasticitatea creierului la copii mici sprijină adaptarea și dezvoltarea abilităților de limbaj doar atunci când sunt aplicate intervenții adecvate. În felul acesta, intervențiile timpurii pot influența pozitiv dezvoltarea structurilor neuronale implicate în procesul lingvistic, evidențiind astfel importanța aplicării acestora într-un interval critic de timp.

Concluzii

Intervenția timpurie reprezintă un pilon esențial în susținerea copiilor care prezintă întârzieri în dezvoltarea limbajului, deoarece oferă cadrul necesar pentru a preveni agravarea dificultăților și pentru a facilita o evoluție armonioasă a comunicării. Datele din literatura de specialitate arată constant că, atunci când copilul primește sprijin adecvat încă din primii ani de viață, impactul pozitiv se reflectă nu doar în progresul lingvistic, ci și în dezvoltarea cognitivă, socială și emoțională. Un aspect fundamental este caracterul colaborativ al intervenției timpurii: eficiența sa depinde de cooperarea dintre specialiști și de implicarea activă a familiei, care asigură continuitatea și integrarea strategiilor în viața de zi cu zi a copilului. Totodată, abordările personalizate, adaptate nevoilor fiecărui copil, contribuie la crearea unui mediu de învățare sigur, stimulativ și accesibil.

În ansamblu, intervenția timpurie nu este doar o modalitate de corectare a unor dificultăți existente, ci o investiție în viitorul copilului, oferindu-i șansa de a comunica eficient, de a se integra social și de a-și valorifica potențialul. Printr-o acțiune promptă, coerentă și empatică, se pot crea premise solide pentru dezvoltarea unei comunicări funcționale și pentru incluziunea reală a copiilor cu întârzieri în dezvoltarea limbajului.

Bibliografie

1. Bishop, D. V. M., & Snowling, M. J. (2020). Developmental language disorder: Understanding the nature and implications. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61(10), 1161–1179.

2. Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2017). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Phase 2. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58(10), 1068–1080.
3. Bruner, J. S. (1983). Child's talk: Learning to use language. Oxford University Press.
4. Gherguț, A. (2023). Psihopedagogie specială: Fundamente teoretice și perspective practice (ediția a IV-a, revăzută și adăugită). Iași: Editura Polirom.
5. Gherguț, A., & Roșan, A. (2024). Terapii și intervenții psihopedagogice la persoane cu cerințe speciale. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
6. Leonard, L. B. (2018). Children with specific language impairment (2nd ed.). MIT Press.
7. Norbury, C. F., Gooch, D., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., & Pickles, A. (2018). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57(11), 1247–1257.
8. National Institute for Literacy. (2021). Early language intervention and literacy development: Annual report. Washington, DC: National Institute for Literacy.
9. Norbury, C. F., Gooch, D., & Pickles, A. (2021). Longitudinal studies of language delay: Prevalence, predictors, and outcomes. Child Development, 92(6), 1243–1255.
10. Roșan, A. (2015). Psihopedagogie specială: Modele de evaluare și intervenție. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
11. Snowling, M. J., Hulme, C., West, G., Lervåg, A., & Melby-Lervåg, M. (2020). Children's language skills can be improved: Lessons from psychological science for educational policy. Current Directions in Psychological Science, 29(4), 372–377.
12. Tomasello, M. (2003). Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition. Harvard University Press.
13. Tudorean, O.-C. (2023). Tulburarea de dezvoltare a limbajului. Perspective funcționale. Iași: Editura Institutul European.
14. Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Harvard University Press
15. Weitzman, E., & Greenberg, J. (2002). Learning language and loving it: A guide to promoting children's social, language, and literacy development in early childhood settings. Toronto: The Hanen Centre.

ELIBERAREA CONȘTIENTĂ A EMOȚIILOR: UN MODEL PSIHOLOGIC PENTRU ADAPTARE ȘI REZILIENȚĂ SOCIALĂ

Valentina OLĂRESCU
Profesor univ. dr., Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă din Chișinău
Iulian ZONENSTAIN
Doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă din Chișinău

Rezumat

În contextul schimbărilor sociale accelerate, caracterizate de incertitudine, presiune economică și valuri de informație, capacitatea indivizilor de a-și regla conștient stările afective devine critică pentru adaptare și reziliență. Această revizuire teoretică sintetizează literatura din psihologie, neuroștiințe și științe sociale pentru a propune un model integrativ – Eliberarea Conștientă a Emoțiilor (ECE) – descris prin șase etape interdependente (recunoaștere, acceptare, explorare, exprimare, integrare, reflecție). Modelul ECE se sprijină pe dovezi acumulate privind reglarea emoțiilor (Gross, 2015), flexibilitatea psihologică (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012), compasiunea de sine (Neff, 2003), mecanismele mindfulness (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Garland et al., 2015) și literatura rezilienței (Masten, 2014; Bonanno, 2004). Sunt discutate mecanismele posibile (decentrare,

acceptare, claritate emoțională, interocepție, sens), precum și limitele și condițiile de eficacitate (rolul suportului social, al contextului cultural și al ghidajului profesional). Articolul derivă implicații pentru practica psihologică, asistența socială și educația incluzivă, propunând recomandări de implementare în servicii comunitare și direcții pentru cercetări viitoare.
Cuvinte-cheie: eliberare conștientă a emoțiilor; reglare emoțională; flexibilitate psihologică; compasiune de sine; reziliență; adaptare psihosocială; sănătate mintală comunitară.

CONSCIOUS EMOTIONAL RELEASE: A PSYCHOLOGICAL MODEL FOR ADAPTATION AND SOCIAL RESILIENCE

Abstract

In the context of accelerated social changes, characterized by uncertainty, economic pressure, and information overload, individuals' capacity for conscious regulation of affective states becomes critical for adaptation and resilience. This theoretical review synthesizes literature from psychology, neuroscience, and social sciences to propose an integrative model - the Conscious Emotional Release (CER) - delineated through six interdependent stages (recognition, acceptance, exploration, expression, integration, reflection). The CER model is grounded in accumulated evidence on emotion regulation (Gross, 2015), psychological flexibility (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012), self-compassion (Neff, 2003), mindfulness mechanisms (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Garland et al., 2015), and resilience literature (Masten, 2014; Bonanno, 2004). The review discusses potential mechanisms (decentering, acceptance, emotional clarity, interoception, meaning), as well as limitations and efficacy conditions (the role of social support, cultural context, and professional guidance). The article derives implications for psychological practice, social assistance, and inclusive education, offering recommendations for implementation in community services and directions for future research.
Keywords: conscious emotional release; emotion regulation; psychological flexibility; self-compassion; resilience; psychosocial adaptation; community mental health.

Introducere

Schimbările sociale rapide intensifică expunerea populației la stresori multipli – de la precaritate economică și insecuritate culturală, la suprasolicitare informațională și rupturi relaționale. Literatura indică relația bidirecțională dintre stresul contextual și sănătatea mintală, în care strategiile de reglare emoțională joacă un rol central în prevenirea simptomelor de anxietate, depresie și epuizare (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). În acest cadru, este necesară o sinteză care să conecteze abordările experiențiale de eliberare a emoțiilor cu teoria și dovezile privind reziliența psihologică, precum și cu implementarea în servicii comunitare de sănătate mintală. Scopul acestui review este de a integra cunoștințele contemporane într-un model coerent – Eliberarea Conștientă a Emoțiilor (ECE) – și de a explora relevanța acestuia pentru adaptarea și reziliența individului în contextul social actual.

Întrebări de cercetare

1) Ce intervenții și cadre teoretice susțin „eliberarea conștientă a emoțiilor” ca formă experiențială de reglare? 2) Prin ce mecanisme (mediatori) produc aceste abordări efecte asupra simptomelor emoționale și stării de bine? 3) Ce moderatori (ex. suport social, ghidaj profesional, cultură) condiționează eficacitatea? 4) Cum poate fi integrat modelul ECE în servicii comunitare/educaționale, cu respectarea standardelor de implementare?

Cadru teoretic integrativ

Reglarea emoțiilor este definită ca procesele prin care indivizii influențează ce emoții au, când le au și cum le trăiesc și exprimă (Gross, 2015). Modelele contemporane disting între strategii

antecedent-focused și response-focused, iar dovezile meta-analitice arată că re-evaluarea cognitivă și acceptarea sunt asociate cu rezultate psihologice superioare față de suprimare (Aldao et al., 2010). Mindfulness-ul și intervențiile centrate pe acceptare cresc flexibilitatea psihologică – abilitatea de a contacta experiența internă, păstrând angajamentul valoric în comportament (Hayes et al., 2012; Hofmann et al., 2010). Concomitent, teoriile rezilienței evidențiază adaptarea dinamică la adversitate și rolul resurselor individuale și sociale (Masten, 2014; Bonanno, 2004; Southwick & Charney, 2012).

În modelul propus, „eliberarea conștientă a emoțiilor" este conceptualizată drept un proces experiențial în șase etape: recunoaștere (awareness/interocepție), acceptare (non-judecată), explorare (înțelegere narativă și cognitivă), exprimare (verbală, expresivă sau somatică), integrare (conectare socială, coerență narativă) și reflecție (metacogniție, învățare). Aceste etape sunt ancorate în fundamente teoretice robuste: neuroștiința conștiinței emoțiilor (Damasio, 2010), broaden-and-build pentru emoțiile pozitive (Fredrickson, 2004), auto-compasiune (Neff, 2003), scriere expresivă (Pennebaker & Chung, 2011) și mecanismele mindfulness (Garland et al., 2015).

"Modelul ECE se distinge de abordări recente precum Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET; Maroti et al., 2025), care pune accent pe expresia somatică a emoțiilor blocate pentru reducerea simptomelor somatice cronice. Spre deosebire de EAET, care se concentrează pe restructurarea narațiunilor traumatice prin conștientizare corporală, ECE integrează o buclă ciclică cu reflecție metacognitivă, promovând nu doar eliberare, ci și integrare socială susținută de resurse colective (Hobfoll et al., 2018). Această extindere dinamică aliniază ECE cu modelele procesuale de reglare emoțională actuale (Gross, 2015), oferind flexibilitate pentru contexte non-clinice, cum ar fi educația incluzivă. Dovezile emergente din revizuiri sistematice (ex. strategie de reglare în profesori; Springer, 2025) sugerează că integrarea decentrării în ECE poate amplifica efectele asupra bunăstării, reducând ruminația cu până la 25% în intervenții scurte."

Metoda Sedona – dezvoltată de Lester Levenson în anii 1970, această tehnică practică de eliberare emoțională implică o serie de întrebări simple („As putea permite acestei emoții să se afle in mine?"; „As putea (decide) să o eliberez?"), care ghidează indivizii spre o decizie conștientă de detașare de sentimentele nedorite, favorizând o stare de prezență non-judecătoare și reducerea automată a tensiunii interne. Metoda adaugă un element revoluționar prin accentul pe decizia voluntară de a elibera emoția – o alegere activă realizată după recunoașterea (vederea) și acceptarea (primirea) acesteia –, transformând rezistența pasivă într-o acțiune intenționată care amplifică etapele de explorare și exprimare din modelul ECE, promovând astfel o integrare emoțională mai profundă și adaptativă. Este importantă mențiunea ca „eliberarea" nu înseamnă evacuare cathartică necondiționată. Eficacitatea depinde de context, ghidaj și integrare. Meta-analizele asupra intervențiilor bazate pe mindfulness, acceptare și re-evaluare indică efecte mici spre medii asupra simptomelor afective dar robuste asupra calității vieții și autoreglării (Hofmann et al., 2010; Garland et al., 2015). În plus, suportul social și sentimentul de sens acționează drept moderatori și resurse care consolidează beneficiile (Hobfoll et al., 2018; Ryff, 2014).

Metodologie

Prezentul articol este o revizuire narativă a literaturii concepută pentru a integra cercetări relevante privind reglarea emoțiilor, mindfulness/acceptare, compasiune de sine, scriere expresivă, reziliență și sănătate mintală comunitară. Căutările au fost efectuate în Google Scholar, PubMed, PsycINFO și Scopus, pentru perioada 2000-2025, folosind combinații de termeni în limba engleză și română („emotional release", „experiential emotion regulation", „mindfulness mechanisms", „acceptance-based therapy", „self-compassion", „expressive writing", „resilience", „psychosocial

adaptation", „community mental health", „education inclusion"). Criteriile de includere: studii peer-reviewed (RCT, meta-analize, revizuiri), capitole din volume academice, rapoarte instituționale (OMS) – cu relevanță directă. Sunt excluse relatările anecdotice și sursele comerciale fără suport științific. Datele au fost sintetizate tematic, urmărind mecanismele (mediatori), factorii de context (moderatori) și implicațiile pentru practică. Procedura a urmat recomandări de raportare pentru revizuiri narative și a inclus triangularea concluziilor între mai multe familii de intervenții.

Analiza rezultatelor: Modelul ECE și dovezile convergente

1. Recunoaștere (conștientizare, interocepție)

Recunoașterea emoțiilor presupune contact direct cu senzațiile corporale și etichetarea afectelor. Neuroștiințele sugerează că maparea somatică a emoțiilor facilitează integrarea cortexului prefrontal cu structuri limbice, contribuind la reglare (Damasio, 2010). Practicile mindfulness cresc claritatea emoțională și reduc reactivitatea (Hofmann et al., 2010).

2. Acceptare (non-judecată, toleranță la disconfort). Acceptarea, înțeleasă ca disponibilitate de a simți fără evitare, este un element central în terapiile bazate pe acceptare și angajament (ACT). Flexibilitatea psihologică se asociază cu scăderea suferinței și creșterea funcționării valorice (Hayes et al., 2012).

3. Explorare (re-evaluare, sens, narațiune). Explorarea ghidată a semnificațiilor reduce fuziunea cognitivă și ruminația (Aldao et al., 2010). Re-evaluarea cognitivă și reconstrucția narativă pot transforma afectele dificile în învățare adaptativă. Scrierea expresivă are efecte consecvente asupra sănătății și funcționării (Pennebaker & Chung, 2011).

4. Exprimare (verbală, expresivă, somatică) si Eliberarea prin decizie. Exprimarea emoțiilor în contexte sigure – vorbit, artă, mișcare – sprijină coerența narativă și conexiunea socială. Intervențiile expresive și practicile de compasiune de sine reduc auto-critica și cresc bunăstarea (Neff, 2003; Neff & Germer, 2013).

5. Integrare (conectare socială, suport, coerență). Teoria conservării resurselor (Hobfoll) arată că resursele circulă în „caravane" – suportul social, sensul și auto-eficacitatea interacționează pentru a produce reziliență (Hobfoll et al., 2018). Integrarea emoțională prin relații suportive fortifică adaptarea (Southwick & Charney, 2012).

6. Reflecție (metacogniție, învățare, monitorizare). Reflecția facilitează învățarea pe termen lung, consolidând autoreglarea. Măsurarea progresului cu instrumente valide (ex. CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) permite feedback și ajustare.

Modelul ECE – un model conceptual circular cu șase etape: Recunoaștere → Acceptare → Explorare → Exprimare → Integrare → Reflecție → (feedback către Recunoaștere).

Mediatori propuși: decentrate (self-distancing), acceptare, claritate emoțională, interocepție, sens. Moderatori propuși: suport social, ghidaj profesional, context cultural, intensitatea practicii.

Tabelul 1 – Mediatori și moderatori propuși ai efectelor ECE

Componentă	Exemplu (definiție succintă)	Referințe-susținere (exemplu)
Mediator	Decentrare (self-distancing) – observarea experienței dintr-o perspectivă a sinelui-observator	Hayes et al., 2012; Garland et al., 2015
Mediator	Claritate emoțională – etichetare, diferențiere afectivă	Gross, 2015; Hofmann et al., 2010
Mediator	Compasiune de sine – atitudine caldă în fața dificultății	Neff, 2003; Neff & Germer, 2013
Moderator	Suport social – relații suportive, normativitate	Southwick & Charney, 2012; Hobfoll et al., 2018

Moderator	Context cultural – norme de exprimare, valori	Masten, 2014; Ryff, 2014
Moderator	Ghidaj profesional – structură și siguranță	Hofmann et al., 2010; Durlak & DuPre, 2008

Implicații pentru practică și implementare

Integrarea ECE în servicii comunitare necesită adaptare culturală, selecția strategiilor bazate pe dovezi și monitorizare a rezultatelor. Recomandări: (a) protocoale scurte (4–8 săptămâni) care combină mindfulness/acceptare, scriere expresivă și exerciții de compasiune; (b) training pentru profesioniști în mecanismele ECE; (c) includerea instrumentelor validate (ex. CD-RISC, PHQ-9, GAD-7); (d) asigurarea suportului social (grupuri, comunități de practică); (e) evaluarea fidelității implementării și a cost-eficienței (Durlak & DuPre, 2008).

Limitări și direcții viitoare

Această revizuire este narativă și nu realizează o sinteză cantitativă a efectelor. Literatura despre „eliberare emoțională" are eterogenitate mare, termeni suprapusi și standarde variabile de raportare. Sunt necesare: (1) studii randomizate pragmatice care să compare ECE cu TAU / psiho-educație; (2) modele de mediere longitudinală pentru a testa mecanismele propuse; (3) analize de implementare în servicii publice/școlare; (4) adaptări culturale și cercetări în contexte non-WEIRD.

Fundamente neuropsihologice ale eliberării emoționale

Înțelegerea procesului de eliberare conștientă a emoțiilor beneficiază de contribuțiile neuroștiințelor afective. Panksepp (1998) a identificat circuitele primare ale emoțiilor (PANIC/GRIEF, SEEKING, FEAR), sugerând că eliberarea controlată permite recalibrarea răspunsurilor limbice. LeDoux (2015) a subliniat interacțiunea dintre amigdala emoțională și cortexul prefrontal în reglarea fricii, iar Siegel (2012) a introdus conceptul de „integrare neuronală", unde conștiența și relațiile creează coerență corticală. Conform lui Cozolino (2014), relațiile interpersonale activează rețelele de siguranță, facilitând descărcarea emoțională în contexte terapeutice. Aceste date oferă un suport biologic solid pentru ECE, indicând că eliberarea emoțională nu este doar un act psihologic, ci și o reorganizare neurofiziologică.

Aplicarea modelului ECE în contexte educaționale și de asistență socială presupune formarea facilitatorilor în competențe emoționale și neuropsihologice. În școli, exercițiile de recunoaștere și exprimare ghidată pot reduce comportamentele disruptive și îmbunătăți climatul relațional (Jennings et al., 2019). În asistența socială, ECE poate fi integrat în consilierea pentru părinți, în programele de reintegrare a migranților sau în recuperarea post-traumatică. În sănătatea publică, tehnicile de conștientizare emoțională pot fi incluse în campanii de prevenție pentru reducerea stresului și promovarea stării de bine. Experiența internațională (WHO, 2022) arată că programele de alfabetizare emoțională și de reziliență colectivă pot scădea incidența tulburărilor psihice ușoare cu până la 20%.

Considerații etice și culturale în implementarea ECE

Implementarea ECE implică considerente etice esențiale. În contextul intercultural, expresia emoțională poate fi reglementată de norme sociale și religioase, astfel încât intervențiile trebuie adaptate sensibil la specificul comunităților. De exemplu, în culturi colectiviste, eliberarea individuală poate fi percepută ca ruptură de armonie, de aceea este necesar un cadru de siguranță și confidențialitate (Wendt, 2023). Etic, este importantă delimitarea între sprijin psihosocial și intervenție terapeutică, precum și formarea facilitatorilor pentru a evita re-traumatizarea participanților.

Organizațiile internaționale (WHO, 2022) recomandă includerea principiilor de „do no harm” și „cultural humility” în toate programele de sănătate emoțională comunitară.

Perspective viitoare și concluzii extinse

Pe termen lung, cercetările ar trebui să testeze experimental impactul modelului ECE asupra reglării emoționale și a indicatorilor fiziologici de stres (ex. HRV, cortizol). Este de asemenea relevantă dezvoltarea de aplicații digitale care să ghideze utilizatorii prin etapele ECE, oferind feedback adaptativ. Parteneriatele între universități, ONG-uri și servicii publice pot genera intervenții scalabile, cu costuri reduse și impact social semnificativ. În concluzie, ECE se profilează drept un cadru integrativ ce unește psihologia experiențială, neuroștiința și asistența socială, contribuind la consolidarea unei culturi a rezilienței și a bunăstării în societatea contemporană.

"În plus, literatura emergentă din 2025 subliniază necesitatea testării ECE în contexte digitale și hibride, unde intervențiile bazate pe app-uri pot monitoriza interocepția în timp real (ex. HRV via wearables; vezi review pe reglare emoțională, PositivePsychology.com, 2025). Un mediator cheie, claritatea emoțională, ar putea fi evaluat longitudinal prin modele de mediere care includ factori culturali non-WEIRD, evitând bias-urile occidentale (Wendt, 2014; actualizat cu revizuiri 2025 pe humility culturală). Direcții viitoare includ: (5) colaborări internaționale pentru adaptări ECE în culturi colectiviste, testând moderatori precum normele de exprimare prin studii transculturale; (6) integrarea cu tehnologii AI pentru feedback adaptativ în etapele de explorare și reflecție, cu evaluări de eficacitate în populații vulnerabile (ex. migranți, post-2025). Aceste extensii vor consolida ECE ca model rezilient, aliniat cu apelurile OMS pentru sănătate mintală digitală (WHO, 2025 update)."

Concluzii

"În consens cu principiile de „cultural humility” (Fisher-Borne et al., 2015), implementarea ECE trebuie să prioritizeze siguranța participanților, evitând re-traumatizarea prin ghidaj profesionist. Această abordare nu doar validează plauzibilitatea mecanismelor propuse, ci și promovează o cultură comunitară de reziliență, unde eliberarea emoțională devine un instrument accesibil pentru adaptarea la incertitudinile sociale persistente (ex. crize economice 2025). Cercetări viitoare vor testa aceste implicații empiric, asigurând transferabilitate globală." Eliberarea conștientă a emoțiilor, conceptualizată ca proces în șase etape, oferă un cadru integrativ și aplicabil pentru susținerea adaptării și rezilienței în dinamica socială contemporană. Convergența probelor din reglarea emoțiilor, mindfulness/acceptare, auto-compasiune și scriere expresivă susține plauzibilitatea mecanismelor propuse. Implementarea responsabilă, cu suport social și ghidaj profesional, are potențialul de a îmbunătăți sănătatea mintală individuală și comunitară.

Bibliografie

1. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 30(2), 217–237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004
2. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 59(1), 20–28. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20
3. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
4. Cozolino, L. (2014). The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain (2nd ed.). Norton. https://wwnorton.com/books/9780393706550
5. Damasio, A. (2010). Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain. Pantheon. https://www.penguinrandomhouse.com/books/39806/self-comes-to-mind-by-antonio-damasio/

6. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin, 125(2), 276–302. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276
7. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. American Journal of Community Psychology, 41, 327–350. https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0
8. Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. Philosophical Transactions of the Royal Society B, 359(1449), 1367–1377. https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512
9. Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. Psychological Inquiry, 26(4), 293–314. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294
10. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychological Inquiry, 26(1), 1–26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781
11. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (2nd ed.). Guilford Press. https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl-Wilson/9781462528943
12. Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 5, 103–128. https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640
13. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(2), 169–183. https://doi.org/10.1037/a0018555
14. Jennings, P. A., Frank, J. L., Snowberg, K. E., Coccia, M. A., & Greenberg, M. T. (2013). Improving classroom learning environments by cultivating awareness and resilience in education (CARE): Results of a randomized controlled trial. School Psychology Quarterly, 28(4), 374–390. https://doi.org/10.1037/spq0000035
15. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016
16. Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. Cognition and Emotion, 23(1), 4–41. https://doi.org/10.1080/02699930802619031
17. LeDoux, J. (2015). Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety. Viking. https://www.penguinrandomhouse.com/books/311043/anxious-by-joseph-ledoux/
18. Masten, A. S. (2014). Ordinary Magic: Resilience in Development. Guilford Press. https://www.guilford.com/books/Ordinary-Magic/Ann-S-Masten/9781462517169
19. Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity, 2(2), 85–101. https://doi.org/10.1080/15298860309032
20. Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program. Journal of Clinical Psychology, 69(1), 28–44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923
21. Panksepp, J. (1998). Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions. Oxford University Press. https://global.oup.com/academic/product/affective-neuroscience-9780195178050
22. Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2011). Expressive writing: Connections to physical and mental health. In H. S. Friedman (Ed.), The Oxford Handbook of Health Psychology (pp. 417–437). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0018
23. Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and Psychosomatics, 83(1), 10–28. https://doi.org/10.1159/000353263
24. Siegel, D. J. (2012). The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are (2nd ed.). Guilford Press. https://www.guilford.com/books /The-Developing-Mind/Daniel-J- Siegel/ 9781462520671

25. Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781139013857
26. World Health Organization. (2022). Mental health: Strengthening our response. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
27. Maroti, D., et al. (2025). To feel is to heal: Introduction to Emotional Awareness and Expression Therapy. Journal of Psychosomatic Research, 170, 111–125. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.111325
28. Springer, K., et al. (2025). A systematic review of strategies, contexts and outcomes of emotion regulation in teachers. Discover Psychology, 5(1), 1–18. https://doi.org/10.1007/s44202-025-00417-5"
29. "Fisher-Borne, M., et al. (2015). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. Action Research, 13(3), 211–226. https://doi.org/10.1177/1476750314532170"

VIOLENȚA LA LOCUL DE MUNCĂ CA FACTOR GENERATOR DE RISCURI PSIHOSOCIALE ÎN ACTIVITATEA SERVICIILOR DE AMBULANȚĂ

Cristina Maria STOICA, prof. univ. dr., Universitatea „Petre Andrei" din Iași
Cornelia PRIOTEASA, Psihosociolog
Narcisa Gianina CARANFIL, lector univ. dr., Universitatea „Petre Andrei" din Iași
Daria CONSTANTIN, psiholog
Marius Daniel HAJA, psiholog

Introducere

Violența la locul de muncă reprezintă una dintre cele mai severe surse de riscuri psihosociale în sectorul sănătății, afectând personalul implicat în serviciile de urgență medicală. Lucrătorii din Serviciile de Ambulanță sunt expuși frecvent la agresiuni verbale, amenințări, hărțuire și violență fizică**,** provenite din partea pacienților, aparținătorilor sau a altor persoane aflate la locul intervenției. Aceste forme de violență apar adesea în contexte caracterizate de stres extrem, consum de alcool sau substanțe psihoactive, tulburări psihice ori situații de criză socială.

La nivel european, datele publicate de EU-OSHA și Eurofound indică faptul că sectorul sănătății se situează constant printre domeniile cu cea mai mare prevalență a violenței legate de muncă, personalul raportând niveluri semnificativ mai ridicate comparativ cu media altor sectoare. Expunerea repetată la violență este asociată cu stres ocupațional cronic, anxietate, depresie, epuizare emoțională, tulburări de stres post-traumatic (PTSD) și intenții crescute de părăsire a profesiei. Standardul internațional ISO 45003 recunoaște violența și hărțuirea la locul de muncă drept factori organizaționali majori de risc psihosocial, subliniind necesitatea integrării acestora în sistemele de management al sănătății și securității în muncă. În contextul activității din serviciile de Ambulanță, gestionarea riscurilor psihosociale generate de violență necesită o abordare sistemică, preventivă și susținută, care să combine măsuri organizaționale, suport psihologic și implicare instituțională. Scopul prezentului articol este de a analiza violența la locul de muncă ca determinant al riscurilor psihosociale în activitatea din Serviciile de Ambulanță și de a propune un plan de măsuri conform ISO 45003, fundamentat pe evidențe europene și adaptat specificului muncii de urgență medicală.

Metodologie

Studiul utilizează o abordare calitativ-descriptivă, bazată pe analiza documentară a cadrului normativ, a standardelor internaționale și a literaturii relevante privind violența la locul de muncă și riscurile psihosociale în sectorul sănătății. Au fost analizate: prevederile și ghidurile din ISO 45003 referitoare la violență, hărțuire și sănătate psihologică; rapoarte și studii publicate de EU-OSHA, Eurofound și alte organisme europene privind prevalența violenței în serviciile de urgență; date statistice europene privind efectele violenței asupra sănătății mintale, absenteismului și retenției personalului medical. Pe baza sintezei acestor surse, au fost identificate principalele tipuri de violență întâlnite în activitatea din Ambulanță și mecanismele prin care acestea generează riscuri psihosociale. Ulterior, a fost elaborat un plan de măsuri preventive și de management, aliniat cu ISO 45003, care vizează prevenirea violenței și reducerea expunerii; sprijinul psihologic post-incident; implicarea lucrătorilor și a conducerii în gestionarea riscurilor; dezvoltarea unei culturi organizaționale de toleranță zero față de violență.

Personalul de ambulanță ocupă unul dintre cele mai stresante locuri de muncă, cu scoruri sub medie la sănătatea fizică, bunăstarea psihologică și satisfacția profesională. Nivelul ridicat de stres este și rezultatul muncii emoționale intense, experimentate de personalul de ambulanță pentru menținerea calmului în situații

periculoase și volatile. Studiul lui Butoi T., et al. (2025) a arătat că bărbații din serviciile de sănătate de urgență experimentează burnout mai mult decât femeile. https://www.ipsos.com/ro-ro/studiul-ipsos-health-monitor-2025-romania-fata-unui-sistem-de-sanatate-suprasolicitat. Studiile arată că multe incidente nu sunt raportate oficial, deoarece personalul medical poate considera că astfel de situații sunt *„parte din activitatea de zi cu zi”.* Acest lucru înseamnă că datele oficiale subestimează realitatea cu care se confruntă angajații din urgență.

Literatura prezină violența ocupațională ca fiind în principal inițiată de pacient (Drew), iar comportamentul personalului poate escalada confruntările violente cu pacienții. Drew descrie violența ca fiind produsul unei interacțiuni dinamice între personalul medical și pacient, determinată de contextul îngrijirii. Problemele pot să apară în cazul unui pacient al cărui proces cognitiv este afectat de durere, stres, intoxicație sau psihoză, ceea ce duce la o degradare a relației personal-pacient. Alternativ, oboseala, stresul personalului pot escalada confruntarea și crește riscul de violență. Capacitatea personalului de a interacționa cu pacientul și reacția pacientului la această interacțiune poate influența gestionarea situației. Îngrijirea echitabilă și centrată pe pacient poate avea loc doar atunci când atât paramedicul, cât și pacientul sunt în siguranță. Drew subliniază necesitatea dezvoltării competențelor profesionale pentru a reduce proactiv riscul de violență prin îmbunătățirea conștientizării situaționale, a comunicării și a abilităților interpersonale, însă, imprevizibilitatea muncii poate face aproape imposibilă prevenirea completă a comportamentului violent și agresiv al pacienților sau aparținătorilor. Agresiunea are consecințe severe pentru individ (Karaeminogullari et al., 2018), afectează familia victimei, colegii, absența de la locul de muncă prin concedii, capacitatea de a îndeplini sarcinile și reziliența (Maguire, 2018).

Factorii de *stres operațional* au impact asupra distresului psihologic în rândul personalului de ambulanță (Donnelly et al. (2016). *Pentru individ,* suferința și umilința rezultate din violență conduc, de obicei, la lipsa motivației, pierderea încrederii și scăderea stimei de sine, iar dacă situația persistă, sunt adesea observate consecințe precum îmbolnăviri fizice, tulburări psihologice sau consumul de tutun, alcool și droguri. *Stresul ocupațional și expunerea repetată la situații traumatizante a* lucrătorilor, le poate afecta sănătatea mentală, incluzând simptome de PTSD, depresie și anxietate. Efectele fizice ale expunerii continue la stres ocupațional se manifestă prin simptome predominant somatice, precum: dureri de cap, tulburări gastrointestinale, perturbarea somnului, oboseală, cu efecte asociate asupra performanței la muncă. Natura alertă a muncii și cerințele psihologice nu permit odihnă fizică adecvată sau procesarea incidentelor, ceea ce generează un echilibru fragil între viața profesională și personală și recuperare. Probleme majore fizice pot includ dureri de spate, asociate cu greutatea pacienților și manipularea manuală în medii dificile. Expunerea la stres poate crește sau scădea nivelul cortizolului, indicând tensiune asupra sistemului endocrin. Personalul poate suporta durere emoțională generată de munca lor, cu sentimente asociate de neputință în timpul și după evenimente extreme sau sentimente de *detașare emoțională și cognitivă* față de pacienți și familiile acestora, în timpul evenimentelor de rutină.

Dacă boala psihologică sau fizică devine evidentă, aceasta forțează o schimbare în percepția de sine și subliniază nevoia de echilibru între starea de sănătate și boală. Dacă rănirea este severă, natura pozitivă și protectivă a implicării active în muncă este afectată, generând frustrare, furie și sentiment de inutilitate. Emoțional și psihosocial, lucrătorii de urgență sunt afectați de munca în ture lungi și neregulate, inclusiv ture de noapte; lipsa timpului pentru refacere; presiunea timpului și a deciziilor critice rapide; cerințele cognitive ridicate și necesitatea de vigilență permanentă; modul în care este organizată munca, factorii care influențează locul de muncă, abilitățile și calitățile managerilor care coordonează munca, personalitatea și experiența supraveghetorilor direcți.Turele lungi și schimbările frecvente afectează somnul și pot contribui la *oboseală, burnout și tulburări de sănătate mentală*.

Studiile au arătat că lucrătorii din serviciile de ambulanță sunt expuși riscului de epuizare prin compasiune, oboseală cronică/insomnie, probleme familiale, creșterea consumului de droguri, alcool și țigări și dependență (Donnelly, 2012), risc crescut de a părăsi profesia și chiar *suicid*. Comportamentele pacienților sunt esențiale pentru explicarea violenței la locul de muncă, iar pacienții cu afecțiuni psihologice prezintă un risc crescut de agresiune (Pourshaikhian et al., 2016). Întârzierile în răspunsul de urgență predispun pacienții la comportament agresiv.

În situațiile în care există violență în comunitate, personalul trebuie să încerce să separe aceste persoane, în timp ce încearcă să le și îngrijească și de aceea, apar multe agresiuni asupra personalului. În zonele cu risc ridicat de apariție a violențelor, poliția trebuie să fie prezentă odată cu intervenția personalului. După ce pacientul este tratat și mutat în ambulanță, violența poate continua în acest spațiu închis, sporind riscul de accidentare, deoarece se intră într-un mediu necontrolat, care poate fi periculos. Pacienții cu afecțiuni psihiatrice odată ajunși în ambulanță, deși inițial pot părea în regulă, pot deveni agresivi, ceea ce subliniază imprevizibilitatea comportamentului pacientului și importanța sprijinului poliției. Personalul nu poate controla direct situația sau

individul și trebuie să ceară sprijin sistemului organizațional. Capacitatea lor de a se proteja este limitată, deoarece nu sunt echipați precum alte servicii de urgență, cum ar fi poliția: spray cu capsaicină, armă sau baston.

Personalul cu experiență mai îndelungată poate dezvolta o conștientizare a pericolului, chiar înainte ca un act de violență să aibă loc și astfel se pot proteja pe ei înșiși și pe colegi. 90% din această muncă constă de fapt în a vorbi cu oamenii și a-i analiza. Unii își dezvoltă un profil despre cum vor reacționa și cum trebuie să se comporte. În ciuda acestei intuiții, deși există uneori un sentiment inexplicabil de pericol, există și factori situaționali mai tangibili, precum anumite localități unde riscul de violență și agresiune este cunoscut. Vârsta și experiența pot asigura abilități importante pentru a detecta semnalele subtile că un pacient sau chiar situația în sine pot deveni periculoase și, ca răspuns, implementează strategii preventive pentru a evita violența, contactarea poliției sau aplicarea tehnicilor de de-escaladare.

În cazul în care violența atinge nivelul de criminalitate, se impune toleranță zero față de comportamentele intenționate de a răni personalul din domeniul sănătății. Unele țări aplică o legislație care descurajează și răspunde la agresiunile criminale împotriva lucrătorilor de urgență. În *Regatul Unit,* legislația definește explicit infracțiunea de atac asupra lucrătorilor aflați în exercitarea atribuțiilor și prevede pedepse mai dure decât pentru un atac obișnuit - până la 12 luni de închisoare sau mai mult pentru cazuri grave, iar atacurile asupra lucrătorilor de urgență sunt considerate factor agravant în alte infracțiuni. O infracțiune de omor din culpă este considerată agravată dacă victima este un lucrător de urgență (art. 67 alin. (3) lit. (c) din Legea privind condamnarea (Sentencing Act 2020). Instanța trebuie să impună o pedeapsă cu detenție pe viață (art. 324 din Sentencing Act 2020) pentru omorul din culpă prin faptă ilegală asupra unui lucrător de urgență, în conformitate cu art. 258A, art. 274A sau art. 285A din Sentencing Act 2020. A fost actualizat ghidul privind urmărirea penală, la 01 mai 2025, pentru agresiuni împotriva lucrătorilor de urgență de către serviciul de urmărire penală al Coroanei (Crown Prosecution Service – CPS), ghid destinat procurorilor, pentru a-i încuraja să ia în considerare întregul spectru de infracțiuni, atunci când formulează acuzații în cazurile de agresiune împotriva lucrătorilor de urgență. Infracțiunea Assaulting an Emergency Worker - AEW a fost introdusă prin Legea din 2018 privind agresiunile împotriva lucrătorilor de urgență și poate fi judecată atât de instanțele de magistrați, cât și de Curtea Coroanei.

Kazahstan a adoptat amendamente importante care generează răspunderea penală specifică pentru violența și amenințările la adresa lucrătorilor medicali**,** inclusiv medici, paramedici și șoferi de ambulanță, cu sancțiuni pentru amenințări, vătămări fără risc care să pună viața în pericol și vătămări ce pun în pericol viața sau sănătatea. Pedeapsa poate ajunge între 5-12 ani de închisoare în funcție de gravitatea faptei și circumstanțe agravante. Camera inferioară a parlamentului *Kazahstanului* a aprobat amendamente la Codul penal și Codul de procedură penală**,** care să înăsprească pedepsele pentru violența și amenințările îndreptate împotriva personalului medical, în timpul exercitării atribuțiilor. Legislația introduce un nou articol care stabilește o răspundere penală specifică pentru faptele care pun în pericol viața, sănătatea și siguranța lucrătorilor medicali.

Pentru amenințări cu violența, sancțiunile includ: amendă între 200 și 500 de indici de calcul lunar (MCI- 7,66 dolari SUA); muncă corecțională; muncă în folosul comunității de până la 300 de ore; sau restrângerea ori privarea de libertate pentru o perioadă de până la 2 ani. Dacă amenințările sunt comise în circumstanțe agravante, pedeapsa crește la 2–3 ani de restrângere a libertății sau închisoare**.** Cele mai grave infracțiuni, respectiv actele de violență care pun în pericol viața sau sănătatea, sunt sancționate cu pedepse privative de libertate între 5 și 10 ani. În prezența factorilor agravanți, durata pedepsei crește la 7-12 ani de închisoare. În paralel cu modificările legislative în Astana și Almaty, un proiect pilot a dotat 10 echipaje de ambulanță cu ecusoane video inteligente, iar Ministerul Sănătății raportează că aceste dispozitive au contribuit la reducerea conflictelor cu pacienții cu 90%**.**

Gibraltar a elaborat o lege privind agresiunile asupra lucrătorilor de urgență, cu pedeapsă de până la 12 luni de închisoare sau 2 ani în instanță superioară**.** Legea privind infracțiunile din 2011 (Crimes Act 2011) introduce următorul articol: „Agresiunea asupra unui lucrător de urgență (179.(1) O persoană săvârșește o infracțiune, dacă săvârșește o infracțiune în temeiul articolului 175, împotriva unui lucrător de urgență care acționează în exercitarea atribuțiilor. (2) Această persoană este pasibilă: (a) în cazul condamnării sumare, de închisoare pentru o perioadă de cel mult 12 luni, sau de o amendă de nivelul 5, ori de ambele; (b) în cazul condamnării pe baza actului de acuzare, de închisoare pentru o perioadă de cel mult 2 ani, sau de amendă, ori de ambele. Proiectul de lege care modifică Legea privind infracțiunile din 2011 are scopul de a *îmbunătăți protecția lucrătorilor de urgență*, prin crearea unei forme agravante a unei infracțiuni existente și prin oferirea unui temei legal expres pentru tratarea

anumitor infracțiuni comise împotriva lucrătorilor de urgență ca *circumstanțe agravante* la stabilirea severității pedepsei.

Guvernul *irlandez* a convenit asupra unor amendamente legislative pentru a mări pedepsele pentru agresiunile care cauzează vătămări lucrătorilor din Garda (poliție) și alte servicii de urgență (personal medical, pompieri, ambulanță). Aceasta include creșterea pedepsei maxime, în anumite cazuri de la 7 la 12 ani. Guvernul a aprobat în 23 mai 2023 o propunere prin care ministrul justiției, modifică legislația pentru a majora pedepsele aplicabile agresiunilor care cauzează vătămări lucrătorilor din serviciile de urgență (*Criminal Justice (Miscellaneous Provisions) Bill*). Agresiunile asupra lucrătorilor de urgență pot avea efecte grave asupra victimei directe, care uneori rămâne cu leziuni ce îi schimbă viața și cariera, dar, pot avea efecte și asupra siguranței publice. Legislație se aplică oricărei agresiuni - orice folosire ilegală a forței sau amenințare cu forța, directă sau indirectă.

În *Australia de Sud,* Codul penal prevede că atacurile împotriva unui lucrător de urgență care își execută atribuțiile, sunt considerate fapte agravante și pot afecta durata pedepsei impuse de instanță. Legea urmărește să asigure faptul că lucrătorii din serviciile de urgență beneficiază de protecție atunci când își îndeplinesc atribuțiile. Instanțele consideră infracțiunile comise ca fiind deosebit de grave, iar o persoană condamnată pentru săvârșirea unei astfel de infracțiuni va primi pedeapsă cu *închisoarea.* În temeiul secțiunii 5AA(1)(c) din Criminal Law Consolidation Act 1935 (Australia de Sud), infracțiunile sunt considerate agravate dacă făptuitorul le-a comis împotriva unei victime angajate într-o ocupație sau activitate profesională desemnată, fie cu plată, fie pe bază de voluntariat, cum ar fi personalul spitalicesc sau lucrători din serviciile de urgență, în conformitate cu secțiunea 5AA(1)(ka) **și** Regulamentul 4 din Criminal Law Consolidation (General) Regulations 2021 (SA).

Reglementările legislative din România impun acțiuni pentru a preveni violența la locul de muncă, precum: *evaluarea riscurilor* - angajatorii sunt obligați să efectueze evaluări periodice ale riscurilor pentru a identifica potențialele surse de violență și pentru a dezvolta strategii de prevenire; *politici și proceduri* privind prevenirea violenței, raportarea incidentelor și protecția angajaților; *formarea și conștientizarea* prin instruirea angajaților cu privire la recunoașterea și prevenirea violenței, și conștientizarea consecințelor comportamentelor violente; asigurarea de *suport* angajaților afectați de violența la locul de muncă și luarea de măsuri de intervenție imediată în caz de incidente violente. Guvernul României a modificat, la inițiativa Ministerului Muncii, Familiei, Tineretului şi Solidarităţii Sociale, trei acte normative prin care introduce obligaţii pentru angajatori, menite să prevină şi să combată violenţa şi hărţuirea la locul de muncă. Acestea adaptează legislaţia naţională la prevederile Convenţiei Organizaţiei Internaţionale a Muncii nr. 190/2019 privind eliminarea violenţei şi hărţuirii la muncă, ratificată de România prin Legea nr. 69/2024 pentru ratificarea Convenției nr. 190/2019 privind eliminarea violenței și a hărțuirii în lumea muncii, adoptată la cea de-a 108-a sesiune a Conferinței Internaționale a Muncii a Organizației Internaționale a Muncii, la Geneva la 21 iunie 2019.

Actul normativ, care modifică şi completează Legea securităţii şi sănătăţii în muncă nr. 319/2006, prevede că angajatorii au la dispoziţie 90 de zile de la publicarea în MO a noului act normativ pentru a implementa noile dispoziţii, respectiv: includerea în reglementările interne a regulilor privind prevenirea violenţei şi hărţuirii, dar şi a riscurilor psihosociale asociate acestora; identificarea şi evaluarea riscurilor împreună cu sindicatele sau reprezentanţii salariaţilor; informarea şi instruirea adecvată a lucrătorilor cu privire la pericolele şi riscurile identificate de producere a violenţei şi hărţuirii şi la măsurile de prevenţie şi protecţie asociate; adoptarea unor politici interne care să cuprindă un mecanism confidenţial de raportare. Printre *riscurile psihosociale specifice activității desfășurate în serviciile de Ambulanță,* am identificat următoarele:

Cerințele emoționale se referă la efortul lucrătorilor pentru a-și regla emoțiile, inclusiv ascunderea propriilor sentimente la locul de muncă. Aceste cerințe includ gestionarea durerii și anxietății pacienților, confruntarea cu presiunea aparținătorilor pacienților și întâlnirea cu boli severe sau terminale, situații de urgență sau alte evenimente traumatice, gestionarea pacienților dificili (EU-OSHA, 2022a). *Cerințele cognitive* se referă la aspectele locului de muncă care necesită efort de procesare a informațiilor, respectiv utilizarea tehnologiilor noi în sănătate (EU-OSHA, 2014b) și sarcini complexe care necesită concentrare maximă (luarea deciziilor sub presiune de timp). În departamentele de urgență, personalul poate experimenta teama de a comite malpraxis și consecințele legale posibile.

Hărțuirea și intimidarea - lucrătorii se află în pericol de a fi expuși la hărțuire din partea terților (pacienți, membri ai familiei pacienților sau alți martori), declanșate de frustrări, anxietate, durere, factori psihiatrici ai pacienților sau ai membrilor familiei, și de percepția unei lipse de atenție sau dedicare (EU-OSHA, 2014b; Eurofound, 2015). Aceste riscuri pot să apară în situațiile în care lucrătorii își desfășoară activitatea singuri, oferă sau refuză activități de îngrijire, exercită autoritate și lucrează cu persoane aflate sub stres, instabile emoțional sau mental, sau sub influența substanțelor psihoactive.

Resursele organizaționale care pot ajuta lucrătorii să facă față cerințelor ridicate sunt, în general, insuficiente (EU-OSHA, 2014b). În sondajul OSH Pulse, respondenții din sector au raportat mai frecvent comunicarea sau cooperarea deficitară în cadrul organizației (32,5% comparativ cu 26,5% pentru toate sectoarele) (EU-OSHA, 2022b). Unele grupuri de personal experimentează un nivel scăzut de recunoaștere și recompense pentru munca lor (ETUI, 2022). Deficitul de personal poate crește riscul de violență din partea pacienților și aparținătorilor.

Prevenirea secundară a riscurilor se concentrează pe identificarea persoanelor care au nevoie de sprijin suplimentar și instrumente pentru a gestiona efectele riscurilor psihosociale sau pentru a face față stresului. Măsurile pot viza creșterea abilităților pentru reducerea riscurilor existente sau dezvoltarea capacității de a diminua efectele negative asupra sănătății mintale. Creșterea abilităților angajaților poate fi realizată prin programe de instruire privind managementul timpului, gestionarea conflictelor și răspunsul la violență, hărțuire și bullying, instruire pentru reziliență, antrenamente de auto-feed-back, suport de grup între colegi și intervenții bazate pe mindfulness. *Prevenirea terțiară a riscurilor.* Dacă lucrătorii au fost deja afectați de riscurile psihosociale și experimentează deja probleme de sănătate mintală, aceștia trebuie să primească sprijin pentru a gestiona consecințele expunerii la stres sau pentru a-și controla simptomele. Prevenția terțiară urmărește limitarea consecințelor negative ale riscurilor psihosociale și include consiliere sau terapie, programe de reintegrare sau de reabilitare pentru cei aflați în concediu de boală, pentru a facilita reintegrarea, sau tratamente pentru PTSD.

Lucrătorii din urgență sunt frecvent supuși *provocărilor mentale și cognitive,* respectiv: concentrarea și atenția, respectiv dificultatea de a rămâne concentrat pe misiune; suprasolicitarea mentală și oboseala cognitive în misiunile șocante sau stresante care afectează gestionarea misiunilor ulterioare, la care se poate adăuga experiența de muncă limitată a paramedicilor noi și mai puțin experimentați, care resimt mai mult stres și anxietate legată de competența lor percepută, se pot simți copleșiți de experiența colegului lor și ezită să ceară ajutor. Un angajat *motivat* gestionează sarcinile cu mai multă atenție și determinare; motivația scăzută poate duce la erori. Frustrarea, generată de numeroase misiuni, modificări frecvente ale procedurilor sau sarcini „non-urgente" generează atitudini negative și afectează calitatea muncii. Impactul agresiunii și violenței comise de pacienți (rudele/prietenii acestora) asupra locului de muncă al personalului, pot să ducă la decizii privind schimbarea locului de muncă sau să renunțe la acesta (Duan et al., 2019; Kowalenko et al., 2005; Magnavita et al., 2012), alții își doresc să treacă într-un alt departament; scăderea satisfacției profesionale **(**Granek et al., 2019) și a interesului față de meseria lor (Oztok et al., 2018), afectarea negativă a performanței profesionale și a calității muncii (Mirza et al., 2012). Nevoile fiziologice, precum foamea, oboseala sau lipsa pauzelor afectează claritatea gândirii și deciziile clinice. Frica de greșeli, teama pentru propria siguranță sau incertitudinea față de competențele proprii pot conduce la decizii eronate sau omiterea unor acțiuni esențiale.

Trebuie adăugați și *factorii legați de caracteristicile personale,* precum: *vârsta*, deoarece personalul mai tânăr tinde să caute soluții rapide și să vadă situațiile ca „alb-negru"; cei mai în vârstă recunosc multiple opțiuni și riscuri; *genul*: diferențele fizice și cognitive între bărbați și femei influențează abordarea misiunilor; *vitalitatea*: oboseala reduce atenția, motivația și capacitatea de evaluare; *echilibrul între sănătatea fizică și mentală*: extenuarea și burnout-ul afectează respectarea protocoalelor și calitatea muncii; recuperarea adecvată după ture lungi este esențială.

Organizația Internațională a Muncii (OIM/ILO) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recunosc ca factori psihosociali ai muncii personalului din urgențe: cerințele excesive și presiunea timpului - ca factor de risc pentru sănătate mentală (ILO-Guidelines on psychosocial risk management)*;* lipsa controlului decisional - ca risc psihosocial major; suport social și managerial inadecvat - factor de vulnerabilitate; raportul efort-recompensă dezechilibrată - un indicator al riscului psihosocial. Acești factori sunt frecvent integrați în procesul de management al riscurilor ocupaționale din UE sau în standarde precum ISO 45003 - Managementul riscurilor psihosociale în SSM. *(OIM/ILO ISO 45003)*

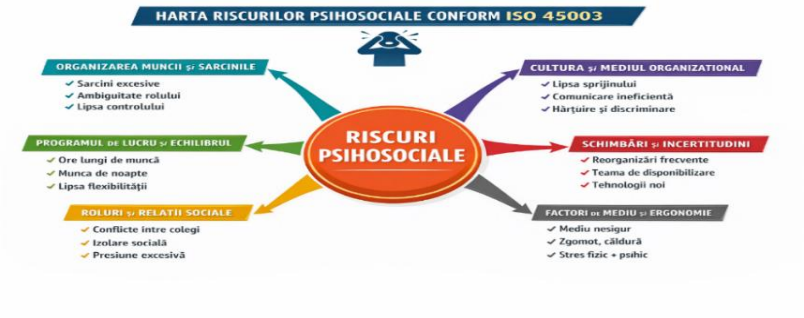


Figura nr. 1 Riscuri psihosociale pentru personalul din Ambulanță, conform ISO 45003

Tabel nr. 1 Categoriile de risc și impactul potential asupra angajatului

Categorie de risc	Exemple	Impact potențial asupra lucrătorului
Organizarea muncii și sarcinile	- Supraîncărcare de muncă (mai multe intervenții simultane) - Decizii critice sub presiune - Ambiguitatea rolului în echipaj - Lipsa controlului asupra resurselor	Stres cronic, anxietate, epuizare profesională, burnout
Programul de lucru și echilibrul muncă-viață	- Ore lungi și ture prelungite - Munca de noapte și schimburi neregulate - Dificultăți în echilibrarea vieții personale și profesionale	Oboseală, tulburări de somn, afectarea relațiilor personale
Cultura și mediul organizațional	- Sprijin managerial limitat - Comunicare deficitară între echipaje și dispecerat - Lipsa recunoașterii eforturilor - Presiune constantă sau așteptări nerealiste	Frustrare, demotivare, anxietate, scăderea satisfacției la muncă
Rolul și relațiile sociale	- Conflict în echipaj - Izolare emoțională privind cazurile traumatizante - Presiune de performanță („trebuie să salvăm pacientul cu orice preț”)	Tensiune interpersonală, stres, burnout, izolare socială
Schimbări și incertitudini	- Reorganizări sau schimbări de proceduri frecvente - Incertitudine privind resursele și echipamentele - Adaptarea rapidă la situații neprevăzute	Anxietate, frustrare, scăderea încrederii în organizație
Factori de mediu și ergonomici	- Expunere la risc fizic (accidente rutiere, contaminare biologică) - Mediu de lucru inconfortabil (mașină supraaglomerată, stații improvizate) - Combinarea stresului fizic și psihic	Epuizare fizică și psihică, risc de accidente, afectarea sănătății mintale

Factorii legați de muncă, precum orele de lucru, programul și volumul de muncă pot constitui factori de risc pentru declanșarea agresiunii și violenței de către pacienți, rudele/prietenii acestora. În ceea ce privește orele în care violența și agresiunile pacienților apar frecvent, în special atacurile verbale, apar frecvent în departamentele de urgență, seara sau noaptea. *Burnout-ul profesional* (epuizarea emoțională, depersonalizarea și realizările reduse) (Gascon et al., 2013) este raportat adesea. Violența pacienților poate cauza anxietate (Bernaldo-De-Quiros et al., 2015); furia poate să apară în urma actelor agresive ale pacienților (rudelor/prietenilor acestora) (Catanesi et al., 2010). PTSD (tulburare de stres post-traumatic) include simptome precum intruziune, hiperactivare, coșmaruri, amintiri negative și evitarea discuțiilor despre anumite situații (Lafta & Pandya, 2006). Personalul poate resimți: neliniște, frustrare, nevoie de ajutor, oboseală, umilință, suferință (Magnavita et al., 2012), îngrijorare, dezamăgire, pierderea încrederii în sine și a autoeficacității, sentiment de înfrângere, stimă de sine scăzută, iritare și tristețe (Anand et al., 2016).

Din perspectiva prevenției, educația și instruirea personalului reprezintă metoda pentru reducerea agresiunii și violenței, în special instruirea în prevenirea violenței sau tehnici de de-escalare, managementul conflictelor, gestionarea incidentelor violente sau a pacienților agresivi (Coverdale et al., 2001), abilități de comunicare și autoapărare (Abualrub & Khawaldeh, 2013).

Gestionarea riscurilor psihosociale este esențială pentru crearea unui loc de muncă care sprijină sănătatea psihică, fiind o cerință legală în conformitate cu Directiva-cadru 89/391/CEE care solicită evaluarea și gestionarea riscurilor la locul de muncă. Prevenirea riscurilor psihosociale impune analiza modului de organizare a muncii și a interacțiunii. Un mediu bine structurat poate stimula sănătatea psihică, în schimb, un mediu gestionat necorespunzător poate duce la stres. Procesul include: identificarea riscurilor psihosociale; eliminarea riscurilor sau, dacă acest lucru nu este posibil, atenuarea acestora prin măsuri organizatorice și tehnice; și consolidarea capacității lucrătorilor de a gestiona riscurile care nu pot fi eliminate sau abordate prin schimbări organizaționale. Gestionarea riscurilor necesită politici și roluri clare, precum și implicarea lucrătorilor.

Sprijinirea lucrătorilor. Dacă sănătatea psihică a unui lucrător este afectată de stresul profesional sau de riscurile psihosociale, angajatorii trebuie să ofere sprijin și să pună în aplicare măsuri corective imediat după identificarea problemei. Lucrătorii se pot confrunta cu probleme de sănătate psihică sau dificultăți personale, precum probleme familiale sau suferință, ceea ce le poate afecta performanța, iar sarcinile pot deveni copleșitoare. În astfel de cazuri, se recomandă activități de consiliere, asigurând astfel sănătatea și securitatea angajaților, crearea unei culturi pozitive la locul de muncă, stimulând implicarea, reducerea fluctuației și îmbunătățind productivitatea. În continuare sunt sintetizate principalele categorii de factori care pot genera riscuri psihosociale, cu exemple și strategii de prevenție.

Tabel nr. 2 Factori care pot genera riscuri psihosociale, cu exemple și strategii de prevenție.

Factori generatori de riscuri psihosociale	**Exemple**	**Impact potențial**	**Strategii de prevenție**
Organizarea muncii și sarcinile	- Supraîncărcare de muncă (mai multe intervenții simultane) - Decizii critice sub presiune - Ambiguitatea rolului în echipaj - Lipsa controlului asupra resurselor	Stres cronic, anxietate, burnout	- Prioritizarea intervențiilor și alocarea clară a rolurilor - Protocol clar pentru luarea deciziilor sub presiune - Rotirea sarcinilor pentru a evita suprasolicitarea - Feed-back regulat din partea managementului
Programul de lucru și echilibrul muncă-viață	- Ore lungi și ture prelungite - Munca de noapte și schimburi neregulate - Dificultăți în echilibrarea vieții personale și profesionale	Oboseală, tulburări de somn, afectarea relațiilor personale	- Programare echitabilă a turelor și respectarea perioadelor de odihnă - Posibilitatea de schimb de ture între colegi - Sprijin pentru gestionarea vieții personale (consiliere, zile libere flexibile)

Factori generatori de riscuri psihosociale	Exemple	Impact potențial	Strategii de prevenție
Cultura și mediul organizațional	- Sprijin managerial limitat - Comunicare deficitară între echipaje și dispecerat - Lipsa recunoașterii eforturilor - Presiune constantă sau așteptări nerealiste	Frustrare, demotivare, anxietate, scăderea satisfacției la muncă	- Întâlniri periodice de feedback între echipaje și conducere - Recunoașterea publică și privată a meritelor - Promovarea unei culturi deschise, fără judecată - Training pentru lideri și comunicare eficientă
Rolul și relațiile sociale	- Conflict în echipaj - Izolare emoțională privind cazurile traumatizante - Presiune de performanță	Tensiune interpersonală, stres, burnout, izolare socială	- Team-building și exerciții de comunicare - Supervizare și consiliere psihologică regulată - Discuții post-intervenție (debriefing) pentru cazuri traumatizante - Promovarea sprijinului reciproc între colegi
Schimbări și incertitudini	- Reorganizări sau schimbări de proceduri frecvente - Incertitudine privind resursele și echipamentele - Adaptarea rapidă la situații neprevăzute	Anxietate, frustrare, scăderea încrederii în organizație	- Informarea anticipată despre schimbări - Training pentru noile proceduri și echipamente - Implicarea echipajelor în procesul decizional
Factori de mediu și ergonomici	- Expunere la risc fizic (accidente rutiere, contaminare biologică) - Mediu de lucru incomod (mașină supraaglomerată, stații improvizate) - Combinarea stresului fizic și psihic	Epuizare fizică și psihică, risc de accidente, afectarea sănătății mintale	- Echipamente de protecție adecvate și instruire în utilizarea lor - Optimizarea spațiului și ergonomiei în ambulanță - Pauze regulate și rotația sarcinilor fizic solicitante - Acces la suport psihologic post-intervenție

Serviciile de urgență pot facilita programe de sprijin, prin care angajații primesc *instruire în sănătatea mintală* și *consiliere și sprijin* colegilor expuși la traume (Scully, 2011). În activitățile cu expunere ridicată la traume, precum munca în ambulanță, accesul gratuit la psiholog este o soluție eficientă (Kellner, Townsend, Loudoun, & Wilkinson, 2019b). Instruirea reprezintă o componentă fundamentală pentru prevenirea și diminuarea efectelor violenței. Abilitățile de de-escaladare, percepția amenințării și instruirea defensive este recomandată (LACLS, 2017). Instruirea în reziliență (tehnici de gestionare a stresului, terapie cognitiv-comportamentală) ajută la gestionarea și diminuarea efectelor negative ale expunerii la evenimente traumatice, precum agresiunea la locul de muncă (Anderson, Vaughan, & Mills, 2017). După evenimente traumatice, debriefing-ul pentru abordarea stresului critic, prin discuții facilitate, imediat după un eveniment, examinarea faptelor, a observațiilor și răspunsurilor emoționale personale, este necesar în ocupațiile cu risc ridicat (Mitchell & Everly, 1995).

Debriefing-ul are și scopul de a oferi angajaților informații privind procesul de gândire și emoții, de a identifica și răspunde nevoilor de suport suplimentar și de a facilita reabilitarea pozitivă (Mitchell & Everly, 1995). Însă, organizarea sesiunilor de *debriefing* este dificilă, în special din cauza creșterii volumului de muncă, fiind foarte dificil să aduni toți actorii cheie în același loc, în același timp. Debriefing-ul poate include și împărtășirea experiențelor personale cu colegii, pentru a diminua impactul violenței; sprijinirea persoanelor afectate de violența la locul de muncă în înțelegerea și acceptarea a ceea ce s-a întâmplat; oferirea de sprijin; ajutarea persoanelor să se concentreze asupra faptelor și pe furnizarea de informații; explicarea tipurilor de sprijin de care angajații simt că au nevoie.

Îmbunătățirea securității pentru prevenirea agresiunii și violenței, include și creșterea prezenței personalului de pază (Behnam et al., 2011) și prezența camerelor (Verma et al., 2019). *Introducerea unui sistem de raportare a violenței* și *evaluarea riscului pacienților* (istoricul comportamentului agresiv) pot fi metode eficiente de prevenție. Strategiile de prevenție trebuie să se concentreze pe *locațiile, momentele și grupurile predispuse la violență,* pe identificarea *declanșatoarele principale ale agresiunii* pentru a înțelege mecanismele dintre factorii de risc și strategiile de prevenție; trebuie să ia în considerare interacțiunea dintre diferitele niveluri de factori de risc.

Comunicarea cu un supervisor/consilier după un incident traumatic este importantă pentru procesarea emoțională, identificarea acțiunilor necesare, cum ar fi accesul la asistență psihologică (Kellner et al., 2019b). Consilierea specializată trebuie oferită direct de o instituție de sănătate, ca parte a serviciului de sănătate ocupațională sau a serviciului propriu de psihologie, sau, dacă acestea nu sunt disponibile, prin trimitere către servicii externe de specialitate.

Asigurarea personalului: prezența adecvată a personalului, atât din punct de vedere numeric, cât și al calificării, trebuie asigurată, în special: în perioadele de vârf, în timpul transferurilor de pacienți, al intervențiilor de urgență pe timp de noapte, pentru pacienții cu antecedente de comportament violent. Personalul disponibil trebuie utilizat efficient, prin: organizarea rotației personalului; stabilirea modului în care personalul se deplasează între diferite zone de lucru; organizarea programelor de lucru astfel încât personalul să beneficieze de sprijin în cazul unor situații violente; repartizarea sarcinilor astfel încât lucrătorii aflați în situații periculoase să nu lucreze singuri.

Pentru lucrătorii expuși unui risc special - trebuie să li se furnizeze informații privind riscurile implicate în situații specifice, precum și canale eficiente de comunicare: furnizarea de protocoale pentru informarea personalului atunci când un coleg este plecat de la bază, unde s-a deplasat și ora aproximativă sau estimată de întoarcere; proceduri pentru reacția în cazul nerespectării protocoalelor; coduri de urgență care să permită personalului să solicite ajutor fără a fi necesară explicarea situației și, implicit, fără a alerta agresorul; informații privind posibilele riscuri implicate în contacte viitoare și locația acestora; legături cu poliția locală pentru a obține informații actualizate despre zonele problematice sau pacienții cunoscuți ca fiind violenți; de s*isteme de alarmă,* acolo unde riscul este evident sau poate fi anticipat, pentru a alerta sau a notifica alți colegi în cazul apariției unei probleme și *camere de supraveghere* instalate în zonele potențial periculoase; utilizarea sistemelor silențioase pentru a evita reacția agresorului, un sistem de răspuns fiabil atunci când este declanșată o alarmă.

Formarea reprezintă o practică esențială pentru a ajuta angajații să gestioneze situațiile violente și efectele acestora (LACLS, 2017): limbaj potrivit, asertivitate, dar nu agresivitate; cursuri despre gestionarea rezilienței și a bunăstării psihologice. *Instruirea* pentru gestionarea violenței la locul de muncă trebuie să aibă la bază politici organizaționale și ar trebui să includă: orientare privind mediul de lucru, politicile de management și procedurile de soluționare a plângerilor; informații despre diferitele tipuri de violență la locul de muncă, fizică și psihologică, și tehnici de reducere a riscurilor; creșterea capacității de a identifica situații potențial violente; abilități interpersonale și de comunicare pentru a preveni și detensiona situațiile potențiale de violență; dezvoltarea asertivității, capacitatea de autoapărare, conform evaluării riscurilor.

Pregătirea mentală a angajaților și prioritizarea siguranței personale pentru situațiile potențial amenințătoare și violente, pe parcursul deplasării către incident, este importantă pentru gestionarea stresului, evitarea riscurilor inutile și valorificarea experienței. Prin evaluarea riscurilor situației, aceștia cântăresc propria siguranță în raport cu pacientul.

Instruirea specifică și recurentă pentru dobândirea unor tehnici de dezamorsare a conflictelor și instruire în autoapărare. O singură sesiune de instruire pe an, nu poate avea același efect ca instruirile frecvente și țintite, în situații amenințătoare și violente, recomandat, alături de poliție și pompieri.

Instruirea în *tehnici de dezamorsare a conflictelor, autoapărare,* tehnici fizice și echipament adecvat, respectiv capacitatea de a se comporta corespunzător pentru a crea un mediu cât mai sigur și *coping,* sunt necesare pentru a fi mai bine pregătiți în fața amenințărilor și violenței. *Încrederea în propria instruire și cunoștințele anterioare* îi pot ajuta pe angajați să se simtă mai puțin vulnerabili sau victimizați. Rahmani descrie că personalul ambulanței consideră că un factor critic care afectează apariția violenței este capacitatea lor de a trata pacienții și aparținătorii într-un mod care reduce agresiunea. Cochrane a arătat că, deși instruirea poate crește cunoștințele personale și atitudinile pozitive, nu reduce efectiv apariția agresiunii la locul de muncă împotriva personalului medical.

Sistemele de raportare și înregistrare a violenței fizice și psihologice, a incidentelor minore sau potențiale în care nu a rezultat niciun prejudiciu real, sunt necesare, pentru identificarea locurilor și activităților de muncă în care sunt prezente actele de violență. Stabilirea de *proceduri pentru înregistrarea tuturor cazurilor*

de violență la locul de muncă, revizuirea periodică a rapoartelor de incidente, pot constitui indicatori pentru îmbunătățirea măsurilor de siguranță la locul de muncă. Toți angajații trebuie să știe cum și unde să raporteze incidentele, fără teama de represalii sau critici, trebuie încurajați să raporteze condițiile sau situațiile în care sunt expuși unui risc de violență la locul de muncă și să formuleze propuneri pentru reducerea riscului de violență sau îmbunătățirea condițiilor de muncă.

Sprijin imediat și de durată, din partea managementului instituției, tuturor celor afectați de violența la locul de muncă, sub forma gestionării consecințelor imediate ale violenței; minimizarea impactului violenței la locul de muncă, prin oferirea de informații sau sfaturi privind acordarea concediilor, costurilor și aspectelor legale; oferirea de informații și sprijin familiilor persoanelor afectate; inițierea unor anchete internă în timp util; urmărirea cazurilor pe întreaga perioadă necesară. *Planurile de management* sunt necesare pentru gestionarea situațiilor de violență și sprijinirea celor afectați în depășirea efectelor ulterioare traumatizante ale unui incident sau comportament violent, și prevenirea dezvoltării ulterioare a unor probleme psihologice grave.

Reprezentare și asistență juridică. Sindicatele, organizațiile profesionale poate oferi: asistență și sprijin; consultarea surselor de asistență juridică privind opțiunile disponibile; participarea la întâlniri, anchete și audieri; accesul reprezentanților de sindicat la instruirile privind violența la locul de muncă.

Absența sau nivelurile reduse de sprijin social perceput pot fi asociate cu o calitate mai scăzută a somnului, cu reticența de a dezvălui experiențe traumatice, cu dureri de cap, probleme gastrice și tulburări de somn la personalul de ambulanță de sex masculin, respectiv cu dureri de cap la personalul de sex feminin (Aasa et al., 2005). Personalul de ambulanță care se simte mai puțin susținut la locul de muncă poate crește consumul de alcool sau pot solicita un număr mai mare de zile de concediu medical. Nivelurile reduse de sprijin perceput la locul de muncă pot afecta bunăstarea psihologică, întrucât lipsa sprijinului colegilor poate prezice un distres psihologic, iar lipsa sprijinului din partea superiorilor poate fi sursa epuizării emoționale și poate duce la scăderea satisfacției profesionale (Sterud et al., 2011).

Pentru personalul de ambulanță care lucrează într-un mediu extrem de suportiv, sprijinul superiorilor poate reduce conflictul viață profesională-viață personală și poate diminua efectele negative ale muncii în ture asupra sănătății. Când personalul medical se confruntă cu violență verbală, sprijinul superiorilor poate reprezenta un moderator semnificativ al tensiunii psihologice.

Suportul colegial și stabilirea regulii ca fiecare incident de violență ocupațională să fie notificat în sistemul de suport colegial, cu scopul de a interveni imediat după expunerea la un eveniment, înainte ca mecanismele maladaptive de coping să devină stabilite (Scully, 2011) și să crească incidența problemelor de sănătate mentală după agresiune sunt esențiale. Sprijin profesional formal între colegi (peer support workers) poate fi oferit de membri ai personalului de ambulanță care pot beneficia de formare specifică de sprijin, disponibili pentru a oferi sprijin, rolul lor incluzând consilierea. Principala barieră în căutarea sprijinului la locul de muncă ar putea fi confidențialitatea (Alexander & Klein, 2001), deoarece s-ar putea considera că acest lucru ar putea afecta perspectivele de carieră, iar angajații ar putea fi percepuți ca fiind incapabili să facă față stresului Unele studii au investigat influența caracteristicilor personale asupra căutării sprijinului. Halpern et al. (2012) au constatat că paramedicii clasificați ca având un stil de atașament evitant-temător erau puțin predispuși să caute ajutor atunci când erau în suferință. Paramedicii care au prezentat simptome de stres postraumatic severe, erau reticenți în a solicita ajutor din cauza atitudinilor disfuncționale legate de povestirea evenimentelor traumatice. Persoanele care prezintă trăsătura de extraversie sunt mai predispuse să caute sprijin social și să răspundă favorabil la acesta.

Sursele de sprijin din afara muncii, precum familia, prietenii și partenerii de viață, ar putea fi o strategie de coping accesibilă personalului de ambulanță. Soții/soțiile sunt considerați mediatori principali ai distresului psihologic, iar sprijinul lor este considerat esențial pentru reducerea impactului muncii extrem de stresante.

Un alt factor de risc pentru distresul psihologic în rândul personalului de ambulanță este *genul*. Femeile sunt raportate ca experimentând mai mult stres decât bărbații. Femeile au o prevalență pe parcursul vieții mai mare atât pentru sindromul de stress posttraumatic, pentru depresie, cu risc crescut de a dezvolta distres psihologic comparativ cu bărbații din populația generală. O posibilă explicație pentru constatarea că bărbații experimentează niveluri mai ridicate de distres psihologic atunci când stresorii operaționali sunt mari, este că, la aceste niveluri ridicate de stres operațional, femeile pot utiliza mai multe strategii de coping, accesând sprijinului social (Turner, 1994).

Cooperarea dintre cadrele medicale ale ambulanței și poliție este obligatorie pentru furnizarea îngrijirilor medicale de urgență în situații amenințătoare și violente. Percepția situațiilor amenințătoare variază în funcție de persoane și experiențele anterioare. Fiind expuși la amenințări și violență din partea pacienților, angajații pot avea reacții diferite, de frică, anxietate sau alterarea deciziilor. Polițiștii cu experiență pot percepe

situațiile potențial amenințătoare diferit, ceea ce poate duce la evaluări diferite ale riscului, în sensul că poliția poate considera că intervenția lor nu este necesară, în timp ce angajații ambulața doresc întăriri pentru a putea acorda îngrijire pacientului. În unele cazuri, ambulanțierii decid să intre în situații riscante fără sprijinul poliției, pentru salvarea vieții pacientului, ceea ce presupune asumarea riscurilor și expunerea la potențiale amenințări și violență în timp ce acordă îngrijiri pacientului. Expunerea la riscuri mari, fără sprijinul poliției, poate conduce la stres și frustrare când trebuie să aleagă între a-și face datoria sau a rămâne în siguranță. Poliția are un rol esențial în rezolvarea sarcinilor la fața locului, în crearea unui mediu sigur și calm prin securizarea locului și gestionarea comportamentului amenințător și violent, permițându-le lucrătorilor de la ambulanță să se concentreze pe îngrijirea pacientului. Uneori însă, însăși răspunsul poliției poate provoca agresivitate, iar pacienții pot deveni agresivi doar din cauza prezenței acestora.

Impactul experienței anterioare. Expunerea anterioară la amenințări și violență poate crește sentimentul de încrederea de sine și de facilitare a muncii, de orientare spre soluții și creșterea capacității de a face față diferitelor tipuri de persoane în situații imprevizibile. Un focus clar, muncă sistematică și determinare creează condiții mai bune pentru gestionarea stresului.

Lucrul în echipă este vital în situații complexe, pentru asigurarea siguranței colegului pentru a acorda îngrijiri pacientului. O *comunicare clară* este esențială pentru situațiile cu risc de amenințare și violență. Ambulanțierul poate influența semnificativ evoluția situației, printr-o atitudine care calmează sau agită pacientul. Dar, într-o situație de amenințare, o abordare mai puțin emoțională, dar autoritară poate fi mai eficientă.

În cele ce urmează, vom prezenta un *Plan de măsuri,* elaborat în conformitate cu ISO 45003 și care reflectă specificul activității din Serviciul de Ambulanță, caracterizat prin solicitări ridicate, expunere la evenimente critice și program de lucru atipic. Implementarea măsurilor propuse contribuie la protejarea sănătății psihologice a personalului și la creșterea calității serviciilor de urgență.

Tabel nr.3 Plan de măsuri pentru prevenirea și gestionarea riscurilor psihosociale în activitatea din Serviciul de Ambulanță (conform ISO 45003)

Risc psihosocial	**Evidențe statistice / studii europene**	**Măsuri recomandate (ISO 45003)**	**Impact așteptat asupra sănătății ocupaționale**
Volum ridicat de muncă și presiunea timpului	Studiile europene indică faptul că sectorul sănătății prezintă unele dintre cele mai ridicate niveluri de intensitate a muncii, fiind asociate cu stres, burnout și epuizare emoțională (EU-OSHA, Eurofound).	Evaluarea încărcării pe echipaje; prioritizarea intervențiilor; limitarea orelor suplimentare excesive; redistribuirea resurselor în perioadele de vârf.	Reducerea stresului ocupațional, prevenirea burnout-ului și a erorilor profesionale.
Program de lucru prelungit și neregulat	Munca în schimburi și de noapte este semnificativ mai frecventă în serviciile de urgență, fiind asociată cu tulburări de somn, oboseală cronică și depresie.	Planificarea echitabilă a turelor; respectarea timpilor minimi de odihnă; monitorizarea efectelor muncii de noapte.	Îmbunătățirea sănătății psihice și a capacității de recuperare.
Dezechilibru muncă–viață personală	Dezechilibrul viață profesională-viață personală este corelat, la nivel european, cu stare de sănătate precară și scăderea bunăstării psihologice, în special în ocupațiile de urgență.	Limitarea solicitărilor extra-program; sprijin organizațional pentru situații personale; promovarea culturii echilibrului.	Creșterea satisfacției profesionale și reducerea stresului cronic.
Expunere la solicitări emoționale și evenimente traumatizante	Lucrătorii din serviciile de urgență prezintă un risc crescut de stres post-traumatic și epuizare emoțională, conform rapoartelor UE privind sănătatea ocupațională.	Debriefing post-intervenție; grupuri de suport între colegi; acces la consiliere psihologică.	Reducerea impactului traumelor și prevenirea tulburărilor psihice.
Dezechilibru efort-recompensă	Dezechilibrul efort-recompensă este un predictor important al insatisfacției profesionale și burnout-ului în sectorul sănătății.	Recunoașterea efortului profesional; transparență salarială; stabilitate a veniturilor.	Creșterea motivației și retenției personalului.

Autonomie redusă	La nivelul UE, aproximativ 57% dintre lucrătorii din sectorul sănătății și îngrijirii raportează autonomie scăzută în muncă.	Creșterea autonomiei echipajelor; implicarea în deciziile organizaționale.	Reducerea stresului ocupațional și îmbunătățirea sănătății mintale.
Participare organizațională limitată	Participarea redusă la luarea deciziilor este asociată cu niveluri mai scăzute de bunăstare psihologică.	Consultări periodice; implicarea reprezentanților angajaților.	Creșterea sentimentului de control și coeziune organizațională.
Deficit de personal	Deficitul de personal este identificat la nivel european ca factor structural major de risc în sănătate și servicii de urgență.	Analiza necesarului de personal; politici de recrutare și retenție; finanțare adecvată.	Reducerea supraîncărcării și îmbunătățirea siguranței muncii.
Digitalizare și tehnologii	Aproximativ 39% dintre lucrătorii din sectorul sănătății din UE raportează creșterea volumului de muncă din cauza utilizării tehnologiilor digitale.	Instruire adecvată; evaluarea impactului tehnologic; optimizarea procedurilor digitale.	Reducerea stresului tehnologic și a suprasolicitării administrative.
Lipsa informării privind riscurile psihosociale	Nivelul scăzut de conștientizare a riscurilor psihosociale este asociat cu raportare redusă și intervenții tardive.e	Programe de instruire privind riscurilor psihosociale; campanii de informare internă.	Prevenire timpurie și cultură organizațională deschisă.
Abordare reactivă a riscurilor psihosociale	Studiile UE subliniază eficiența scăzută a intervențiilor punctuale, comparativ cu abordările sistemice.	Monitorizare continuă; revizuirea periodică a politicilor.	Management proactiv și adaptabil al riscurilor.
Lipsa perspectivei pe termen lung	Intervențiile pe termen scurt au impact limitat asupra culturii organizaționale.	Integrarea riscurilor psihosociale în strategia instituțională; implicarea conducerii.	Schimbare culturală și sustenabilitate.

Discuții

Analiza literaturii și a cadrului normativ evidențiază faptul că violența la locul de muncă reprezintă un factor determinant major al riscurilor psihosociale în activitatea Serviciilor de Ambulanță. Rezultatele sintetizate confirmă datele europene și internaționale care indică personalul din urgența medicală ca fiind printre cele mai expuse categorii profesionale la agresiuni verbale, amenințări și violență fizică. Această expunere este amplificată de specificul activității: intervenții în medii necontrolate, contact direct cu persoane aflate în stare de criză, consum de alcool sau substanțe psihoactive, tulburări psihice și presiunea deciziilor rapide. Datele analizate susțin ipoteza conform căreia violența ocupațională nu este un fenomen izolat, ci rezultatul unei interacțiuni dinamice între factori individuali, situaționali și organizaționali.

Conform literaturii, comportamentul pacientului, contextul intervenției și starea psihofizică a personalului contribuie simultan la escaladarea situațiilor violente. Acest aspect confirmă perspectiva interacțională descrisă de Drew, potrivit căreia violența apare ca produs al relației personal-pacient, influențată de factori cognitivi, emoționali și de mediu. Studiile analizate indică o prevalență crescută a burnout-ului, anxietății, depresiei, tulburării de stres post-traumatic și oboselii cronice, cu efecte negative atât asupra individului, cât și asupra organizației. Aceste constatări sunt concordante cu modelele teoretice ale stresului ocupațional, în special cu modelul cerințe-resurse și cu dezechilibrul efort-recompensă, evidențiind rolul resurselor organizaționale insuficiente și al suportului managerial limitat. Un element important discutat în literatura de specialitate este subraportarea incidentelor de violență, fenomen frecvent întâlnit în serviciile de urgență. Normalizarea agresiunii ca „parte a meseriei” contribuie la subestimarea dimensiunii reale a problemei și reduce eficiența intervențiilor organizaționale. Lipsa raportării afectează capacitatea instituțiilor de a dezvolta politici bazate pe date reale și de a implementa măsuri preventive adecvate. Rezultatele evidențiază rolul important al experienței profesionale în dezvoltarea conștientizării situaționale și a abilităților de anticipare a riscului. Deși experiența poate contribui la reducerea vulnerabilității, aceasta nu elimină riscul de expunere la violență, subliniind necesitatea unor măsuri structurale și instituționale, nu doar individuale.

Analiza comparativă a cadrului legislativ relevă o tendință de creștere a gradului și a măsurilor de protecție legală a lucrătorilor de urgență, prin incriminarea explicită a agresiunilor și aplicarea unor sancțiuni

agravante. Aceste măsuri legislative, corelate cu intervenții organizaționale și programe de prevenție, pot să aibă un efect disuasiv și să contribuie la reducerea incidentelor violente, așa cum demonstrează exemplele din Regatul Unit, Kazahstan sau Australia de Sud. În concordanță cu standardul ISO 45003, rezultatele susțin necesitatea unei abordări integrate a riscurilor psihosociale, care să includă prevenția primară (organizarea muncii, politici de toleranță zero), prevenția secundară (formare, dezvoltarea competențelor de de-escaladare și reziliență) și prevenția terțiară (sprijin psihologic, consiliere, reintegrare profesională). Fără o astfel de abordare sistemică, intervențiile izolate riscă să fie insuficiente pentru a reduce impactul violenței asupra sănătății personalului.

Concluzii

Violența la locul de muncă constituie un factor central în generarea riscurilor psihosociale în activitatea Serviciilor de Ambulanță, având consecințe semnificative asupra sănătății mintale, bunăstării și performanței profesionale a personalului. Dovezile analizate arată că expunerea repetată la agresiuni și incidente critice, contribuie la apariția stresului ocupațional cronic, a burnout-ului, a tulburărilor de sănătate mintală și la creșterea intenției de părăsire a profesiei. Rezultatele subliniază faptul că violența nu poate fi abordată exclusiv ca o problemă individuală, ci trebuie înțeleasă ca un risc organizațional și sistemic, influențat de modul de organizare a muncii, resursele disponibile, cultura organizațională și cadrul legislativ. Implementarea standardului ISO 45003 oferă un cadru coerent pentru integrarea managementului riscurilor psihosociale în sistemele de sănătate și securitate în muncă, adaptat specificului activității din ambulanță.

Se impune dezvoltarea unor politici instituționale clare de toleranță zero față de violență, consolidarea sistemelor de raportare și sprijin post-incident, formarea continuă a personalului în domeniul comunicării și de-escaladării conflictelor, precum și asigurarea accesului la servicii de suport psihologic specializat. În paralel, cooperarea interinstituțională, în special cu structurile de ordine publică, reprezintă o condiție necesară pentru protejarea personalului în intervențiile cu risc crescut. În concluzie, gestionarea eficientă a violenței și a riscurilor psihosociale în serviciile de ambulanță necesită o abordare integrată, multidimensională și susținută la nivel organizațional și legislativ. Investiția în sănătatea psihică a personalului de urgență nu este doar o obligație legală și etică, ci și o condiție esențială pentru asigurarea calității și siguranței serviciilor medicale de urgență.

Bibliografie

1. Aasa, U., Brulin, C., Ängquist, K., & Barnekow-Bergkvist, M. (2005). Work-related psychosocial factors worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19(3), 251–58. https://doi.org.10.1111/j.1471-6712.2005.00333.x
2. Abualrub, R., & Khawaldeh, A. (2013). Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. Journal of Clinical Nursing, 23 (13–14), 1937–1947. https://doi.org/ 10.1111/jocn.12473
3. Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents. The British Journal of Psychiatry, 127(1), 76–81. https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.76
4. Anand, T., Grover, S., Kumar, R., & Kumar, M. (2016). Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. The National Medical Journal of India, 29(6), 344–348
5. Anderson, G. S., Vaughan, A. D., & Mills, S. 2017. Building personal resilience in paramedic students. Journal of Community Safety and Well-Being, 2(2): 51-54
6. Behnam, M., Tillotson, R. D., Davis, S. M., & Hobbs, G. R. (2011). Violence in the emergency department: A national survey of emergency medicine residents and attending physicians. Journal of Emergency Medicine, 40(5), 565–579. https://doi. org/10.1016/j.jemermed
7. Behnke, A., Rojas, R., Karabatsiakis, A., Kolassa, I. (2020). Childhood maltreatment compromises resilience against occupational trauma exposure: A retrospective study among emergency medical service personnel. Child Abuse & Neglect, 99, 104-108. https://doi.org /10.1016/j.chiabu.2019.104248
8. Bernaldo-De-Quiros, M., Piccini, A., Gomez, M., & Cerdeira, J. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. International Journal of Nursing Studies, 52(1), 260–270. https://doi.org/10.1016/j. ijnurstu.2014.05.011.
9. Catanesi, R., Carabellese, F., Candelli, C., Valerio, A., & Martinelli, D. (2010). Violent patients: What Italian psychiatrists feel and how this could change their patient care. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 54(3), 441–447. https://doi.org/10.1177/0306624X09334987
10. Coverdale, J., Gale, C., Weeks, S., & Turbott, S. (2001). A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. Medical Education, 35(2), 154–159. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2001.00767.x

11. Drew P, et al. Paramedic occupational violence mitigation: a comprehensive systematic review of emergency service worker prevention strategies and experiences for use in prehospital care. Occup Environ Med. 2021; 78:841–8. 10.1136/oemed-2020-107037
12. Duan, X., Ni, X., Shi, L., Zhang, L., Ye, Y., Mu, H., Li, Z., Liu, X., Fan, L., & Wang, Y. (2019). The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: The mediating role of social support. Health and Quality of Life Outcomes, 17(1), 93–103. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1164-3
13. Halpern, J.; Maunder, R.; Schwartz, B.; Gurevich, M. Attachment Insecurity, Responses to Critical Incident Distress, and Current Emotional Symptoms in Ambulance Workers. Stress Health 2011, 28, 51–60
14. Hamdan, M., & Abu Hamra, A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: A cross-sectional study. Human Resources for Health, 13(1), 28–37. https://doi.org/10.1186/s12960-015-0018-2
15. Karaeminogullari, A., Erdogan, B., & Bauer, T. N. 2018. Biting the hand that heals: mistreatment by patients and the well-being of healthcare workers. Personnel Review, 47(2): 572-591
16. Kellner, A. K., Townsend, K., Loudoun, R., & Wilkinson, A. 2019b. Barriers to frontline manager support for high-trauma workers. Personnel Review, 48(1394-1409)
17. Kumar, N. S., Munta, K., Kumar, J. R., & Rao, S. M. (2019). A survey on workplace violence experienced by critical care physicians. Indian Journal of Critical Care Medicine, 23(7), 295–301. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23202
18. Lawn, S.; Roberts, L.; Willis, E.; Couzner, L.; Mohammadi, L.; Goble, E. The effects of emergency medical service work on the psychological, physical, and social well-being of ambulance personnel: A systematic review of qualitative research. BMC Psychiatry 2020, 20, 348–364
19. Lepping, P., Lanka, S., Turner, J., Stanaway, S., & Krishna, M. (2013). Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical wards. Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 13(6), 543–546. https://doi.org/10.7861 /clinmedicine.13-6-543
20. Gascon, S., Leiter, M. P., Andres, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., Martinez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. Journal of Clinical Nursing, 22(21 22), 3120–3129. https:// doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012. 04255.
21. Granek, L., Ben-David, M., Bar-Sela, G., Shapira, S., & Ariad, S. (2019). "Please do not act violently towards the staff": Expressions and causes of anger, violence, and aggression in Israeli cancer patients and their families from the perspective of oncologists. Transcultural Psychiatry, 56(5), 1011–1035. https://doi.org/10.1177/ 1363461518786162
22. Hamdan, M., & Abu Hamra, A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: A cross-sectional study. Human Resources for Health, 13(1), 28–37. https://doi.org/10.1186/s12960-015-0018-2
23. Lafta, M., & Pandya, A. (2006). Verbal and physical aggression against resident physicians in two general hospitals in Baghdad. Journal of Muslim Mental Health, 1 (2), 137–144. https://doi.org/10.1080 /15564900600980673
24. Maguire BJ, O'Meara P, O'Neill BJ, Brightwell R. Violence against emergency medical services personnel: a systematic review of the literature. Am J Ind Med. 2018;61(2):167–80. 10.1002/ajim.22797
25. Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: A repeated cross-sectional study. BMC Health Services Research, 12, 108. https://doi.org/10.1186/ 1472-6963-12-108
26. Mausz J, Piquette D, Bradford R, Johnston M, Batt AM, Donnelly EA. Hazard Flagging as a risk mitigation strategy for violence against Emergency Medical Services. Healthcare. 2024;12(9):909. 10.3390/healthcare12090909
27. Mitchell, J. T., & Everly, G. S. 1995. Critical incident stress debriefing (CISD) and the and Coping: 267-280, Boston, MA: Springer. prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In G. S. Everly, & J. M. Lating (Eds.), Psychotraumatology: The Springer Series on Stress Patterson
28. Mirza, N., Amjad, A., Bhatti, A., Mirza, F., Shaikh, K., Kiani, J., Yusuf, M., Khan, M., Nazir, M., Assad, Q., Humayun, A., Kiani, I., Amjad, S., & Imam, S. (2012). Violence and abuse faced by junior physicians in the emergency department from patients and their caretakers: A nationwide study from Pakistan. Journal of Emergency Medicine, 42(6), 727–733. https://doi.org/10.1016 /j.jemermed.2011.01.029
29. Nevo, T., Peleg, R., Kaplan, D., & Freud, T. (2019). Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: A comparison between hospital and community doctors. BMC Health Services Research, 19(1), 888–895. https://doi.org/10.1186/ s12913-019-4700-2

30. Oztok, B., Icme, F., Sahin, K. H., Pamukcu, G., Sener, A., & Kurtoglu, G. (2018). Evaluation of violence against emergency physicians in Turkey. Eurasian Journal of Emergency Medicine, 17(4), 182–186. https://doi.org/10.5152/eajem.2018.20982
31. Pourshaikhian, M., Abolghasem Gorji, H., Aryankhesal, A., Khorasani-Zavareh, D., & Barati, A. 2016. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. Archives of Trauma Research, 5(1)
32. Scully, P. J. 2011. Taking care of staff: A comprehensive model of support for paramedics and emergency medical dispatchers. Traumatology, 17(4): 35-42
33. Sterud, T.; Hem, E.; Ekeberg, O.; Lau, B. Occupational stressors and its organizational and individual correlates: A nationwide study of Norwegian ambulance personnel. BMC Emerg. Med. 2008, 8, 16
34. Sun, T., Gao, L., Li, F., Shi, Y., Xie, F., Wang, J., Zhang, S., Liu, W., Duan, X., Li, L., & Fan, L. (2017). Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: A large cross-sectional study. BMJ Open, 7(12), Article e017182. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017182
35. Verma, R., Bhalla, K., Dhaka, R., Agrawal, G., Dhankar, M., Singh, A., & Kumar, G. (2019) Violence against doctor is a threat in India: A study in a tertiary care institution. Indian Journal of Public Health Research and Development, 10(8), 472–477. https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.01928.4
36. Viitasara, E., Sverke, M., & Menckel, E. 2003. Multiple risk factors for violence to seven Emergency Services, 6(2): 134-146. of Psychology, 35(1): 461-518
37. Volz, N. B., Fringer, R., Walters, B., & Kowalenko, T. (2017). Prevalence of horizontal violence among emergency attending physicians, residents, and physician assistants. Western Journal of Emergency Medicine, 18(2), 213. https://doi.org/10.5811/ westjem.2016.10.31385
38. *** Legea nr. 69/2024 https://legislatie.just.ro
39. *** Legea securităţii şi sănătăţii în muncă nr. 319/2006 https://legislatie.just.ro

INCLUZIUNEA COPIILOR CU TULBURARE DIN SPECTRUL AUTIST ÎN ȘCOALĂ

Adriana CIOBANU, Conferențiar univ. doctor în psihologie,
Universitatea Pedagogică de Stat ,,Ion Creangă" din Chișinău

Incluziunea școlară reprezintă procesul de includere în școlile de masă sau în clasele obișnuite, la activitățile educative formale și non formale, a copiilor considerați ca având cerințe educative speciale. Dacă percepem școala ca principala instanță de socializare a copilului, integrarea școlară reprezintă o particularizare a procesului de integrare socială a acestei categorii de copii, proces care are o importanță fundamentală în facilitarea integrării ulterioare în viața comunitară prin formarea unor conduite și atitudini, a unor aptitudini și capacități favorabile acestui proces [5, p. 323].

Conceptul incluziunii își are originile în *Declarația Universală a Drepturilor Omului* (ONU, 1948) [10], care recunoaște că toate ființele umane se nasc libere şi egale în demnitate şi drepturi. Această declarație induce ideea că incluziunea este acceptarea tuturor oamenilor, independent de diferențele dintre ei. Este vorba despre aprecierea persoanelor pentru ceea ce sunt și competențele lor, mai degrabă decât despre felul în care merg, vorbesc sau se comportă. Incluziunea permite oamenilor să valorifice diferențele dintre ei, prin aprecierea că fiecare persoană este unică în felul său [7, p.13].

Participarea şcolară înseamnă învăţarea alături de ceilalţi copii şi colaborarea cu ei, prin împărtăşirea experienţelor de învăţare. Ea presupune implicarea activă în învăţare şi dreptul la opinie în ceea ce priveşte modul în care educaţia este trăită de către individ. Mai mult, participarea înseamnă recunoaşterea, acceptarea şi valorizarea ca personalitate [2, p.6].

Educaţia integrată se referă în esenţă la integrarea în structurile învăţământului de masă a copiilor cu cerinţe speciale în educaţie (copiii cu deficienţe senzoriale, fizice, intelectuale sau de limbaj, defavorizaţi socio-economic şi cultural, copii din centrele de asistenţă şi ocrotire, copii cu uşoare tulburări psiho-afective şi comportamentale, copii infectaţi cu virusul HIV etc.) pentru a oferi un climat

favorabil dezvoltării armonioase şi cât mai echilibrate a personalităţii acestora (Ungureanu D., 2000, VrasmasT., 2001, Ghergut A., 2006) [11].

Racu A., Danii A., D.V.Popovici (2007) abordează conceptul de educaţie incluzivă care are la bază principiul dreptului egal la educaţie pentru toţi copiii, indiferent de mediul social sau cultural din care provin, religie, etnie, limbă vorbită sau condiţiile economice în care trăiesc. În literatura psihopedagogică se întâlnesc frecvent mai mulţi termeni care, în funcţie de modul de abordare al problematicii persoanelor cu cerinţe speciale, pot clarifica o serie de delimitări semantice utile în înţelegerea corectă şi nuanţată a fenomenelor avute în vedere [13].

Comisia Europeană subliniază că incluziunea timpurie este semnificativă pentru grupurile dezavantajate, întrucât generează randamente mari pe întreg parcursul ciclului de învățare (învățare pe parcursul întregii vieți). De asemenea, se accentuează faptul că abordarea problemelor ce țin de dezvoltarea copiilor și a celor care rezultă din mediul în care cresc și se educă copiii este un mijloc important pentru a preveni sau a diminua impactul sărăciei și excluderii sociale. Astfel, extinderea/asigurarea accesului la educația incluzivă timpurie contribuie, cu certitudine, la combaterea discriminării și segregării și acordării tuturor copiilor a oportunităților egale de a fi înrolați ulterior într-o școală generală [6, p.7].

Programul de dezvoltare a educaţiei incluzive în Republica Moldova, se caracterizează prin obiectivele generale: • promovarea educaţiei incluzive drept prioritate educaţională în vederea evitării excluderii şi /sau marginalizării copiilor, tinerilor şi adulţilor; • dezvoltarea cadrului normativ şi didactico-metodic pentru promovarea şi asigurarea implementării educaţiei incluzive; • formarea unui mediu educaţional prietenos, accesibil, capabil să răspundă aşteptărilor şi cerinţelor speciale ale beneficiarilor; • formarea unei culturi şi a unei societăţi incluzive.

O situație mai specială este generată de incluziunea elevilor cu tulburări din spectrul autist. Tulburările din spectrul autist reprezintă o categorie generică folosită pentru a descrie persoanele care au o serie comună de dificultăți care afectează comunicarea, relațiile și imaginația. Un diagnostic de autism va fi pus numai dacă există dovezi clare ale unei dificultăți mai mici sau mai mari într-unul din cele trei sectoare.

Mai mulți cercetători din România și Republica Moldova, A.Gherguț [5], N.Bucun, S.Vrabie [1], E.Verza, D.V.Popovici [13], V.Hîncu, C.Mureșan [8], etc., dar și din cadrul internațional: J.S.Bruner, C. Feldman, [3], M.C. Coleman, [4], L. Wing, T.Peeters [9], au indicat faptul că tulburarea din spectrul autist are o serie de efecte negative asupra integrării sociale a copilului, provocând probleme de adaptare socială și școlară, de ordin cognitiv, afectiv și comportamental, de comunicare și interacțiune cu mediul. Cu toate acestea, numeroasele definiții converg spre o concluzie pe cât de simplă, pe atât de cuprinzătoare - Copiii sunt diferiți și incluziunea pentru fiecare copil înseamnă ceva diferit. Raportată la copiii mici, și nu doar, incluziunea are, mai degrabă, o focalizare operațională, decât una conceptuală, fiind un proces permanent, în care familiile și instituțiile de educație timpurie lucrează continuu pentru a răspunde necesităților speciale de dezvoltare ale copiilor, aceasta însemnând, în multe cazuri, eliminarea barierelor în calea participării la educație. La fel, incluziunea este privită ca o experiență holistică, în care este încurajată eterogenitatea [6, p.8].

După A. Gherguț (2013) din punct de vedere al procesului de învățare, elevul cu tulburări din spectrul autist nu va reacționa ca și ceilalți elevi (nu va căuta să intre în contact sau să ia parte la activități, așa cum fac majoritatea elevilor), va deveni anxios cînd nu se respect rutina (rutina și abordările organizate ale procesului de învățare sunt caracteristice pentru un astfel de elev); chiar dacă este dificil de perceput cît de mult înțelege elevul, se recomandă activități care să reducă anxietatea, să

aibă sprijin în comunicare, sarcini care să include o anumită rutină și organizare a secvențelor, calm și consecință din partea educatorului, precum și spontanietate, imaginație și creativitate pentru a fi în măsură să valorifice rapid, în context instructive-educative variate, elementele sau stimuli uneori bizari de care este atras copilul autist [5, p. 339].

N.Bucun, S.Vrabie (2017) remarcă o tulburare din spectrul autist este o dizabilitate de dezvoltare complexă, care afectează modul în care o persoană comunică şi relaţionează cu cei din jur. Termenul de spectru autist este folosit adeseori, deoarece tulburarea variază de la o persoană la alta; unii oameni pot avea şi dizabilităţi de învăţare asociate, în timp ce alţii sunt mult mai înzestraţi, având o inteligenţă medie sau peste medie. Toţi copiii cu această tulburare au dificultăţi de interacţiune socială, de comunicare socială şi de imaginaţie [1, p. 67].

Deși de-a lungul timpului au fost realizate multiple cercetări ale etiologiei, diagnosticului, specificului de dezvoltare, terapiei copilului cu tulburare de spectru autist, rămîne mai puțin cercetată și nesoluționată problema integrării acestei categorii de copii cu dizabilități în școala incluzivă. Scopul integrării educaţionale în cazul unui copil autist nu este de a ajunge la performanţe foarte mari, ci de a-l dezvolta multilateral astfel ca, ajungând la maturitate să poată trăi şi munci împreună cu semenii săi. El poate fi orientat spre unele activităţi manuale, demonstrand pricepere şi talent, de exemplu: brodatul, cusutul, olăritul, tamplăria etc. Întrucat există o mare diversitate de diferenţe individuale la copiii cu autism, nu se poate vorbi de o singură strategie educaţională. Este important ca activitățile instructive educative să se desfășoare conform unui program bine structurat, în funcție de comportamentele emergente ale copilului cu autism. Toate aceste intervenții trebuie să se concretizeze, în funcție de mai multe calități fizice și psihice ale copilului cu autism [15].

Tulburările din spectrul autismului sunt asociate cu o afectare sistemică specifică dezvoltarea psihică a copilului, manifestată în formarea afectiv-volitivă a acestuia domenii în dezvoltarea cognitivă și personală, comune tuturor tulburărilor. Există trei semne ale spectrului autismului - „triada autistă” a simptomelor: dificultăți în comunicare și socializare, incapacitate de a stabili emoțional comunicații, tulburări de dezvoltare a vorbirii. Conform celei de-a zecea revizuiri a Clasificării Internaționale a Bolilor. Tulburările din spectrul autismului sunt o tulburare psihologică comună dezvoltare (F-84) - un grup de tulburări caracterizate prin abateri calitative în interacțiuni sociale și indicatori ai sociabilității, precum și limitate, set stereotip, repetitiv de interese și acțiuni (acestea calitative abaterile sunt o caracteristică comună a activității individului în toate situații).

Elevii cu autism rămân a fi categoria cea mai discriminată la nivel de percepţie a societăţii în Republica Moldova. Chiar şi în rândul cadrelor didactice ce lucrează cu această categorie de copii/elevi persistă stereotipurile vis-à-vis de copiii/elevii cu autism, ale căror componente centrale le constituie tulburările din sfera cognitivă şi socială [1, p. 75].

Elevii cu tulburări din spectrul autist sunt un grup eterogen. Multe persoane sunt diagnosticate cu retard mintal. Cu toate acestea, tulburări spectrul autismului se regasesc si la copiii a caror dezvoltare intelectuala este evaluat ca normal sau ridicat, dar dotarea selectivă se manifestă în anumite zone. Pentru copiii cu tulburare din spectrul autist trebuie să creeze condiții educaționale speciale, inclusiv sprijinul și însoțirea în formare și educație, dar suma asistenței poate varia semnificativ în funcție de severitatea simptomelor tulburărilor dezvoltarea individuală a copilului. Cerințele din ce în ce mai mari asupra calității serviciilor oferite copiilor cu tulburările din spectrul autismului pun o responsabilitate specială asupra lucrători pedagogi. Unul dintre documentele cheie care definesc cerințele pentru profesionalismul profesorului este standardul profesional al profesorului. Implementarea educaţiei elevilor cu tulburare din spectrul autist impune cerinţe speciale ale procesului de pregătire a

profesorilor din instituțiile de învăţământ general, cu un nivel de cunoștințe de bază și componentă specială [14].

Atunci când şcoala nu reuşeşte să îi ofere copilului cu autism un optim educaţional şi afectiv, de cele mai multe ori, integrarea devine dificilă prin apariţia sau amplificarea comportamentelor nedorite. În concluzie, suntem convinşi că un copil cu autism îşi doreşte să meargă la şcoală, dar la o şcoală care să nu îi adâncească şi mai mult distanţa faţă de normalitate, la o şcoală în care să nu se simtă agresat de diversitatea stimulilor, la o şcoală care să-şi adapteze programul în funcţie de nevoile lui fizice şi psihice, la o şcoală în care programul să fie bine structurat şi puternic individualizat, la o şcoală care să-i ofere posibilitatea de recuperare în toate ariile de dezvoltare şi în care perspectiva psihologică, pedagogică, sociologică şi medicală să se susţină şi să se întrepătrundă. Practica şi noile politici educaţionale au demonstrat că discriminarea pozitivă poate aduce succese pentru că ea presupune dreptul la diferenţă şi la specificitate într-un cadru şcolar nediscriminativ. De aceea, putem spune că profesioniştii implicaţi împreună cu părinţii ar trebui să susţină înfiinţarea unor astfel de structuri de la clasele primare până la clasele gimnaziale şi mai departe [12].

Succesul educației incluzive pentru copiii cu tulburări din spectrul autist depinde în primul rând de competența cadrelor didactice în acest domeniu, de capacitatea și dorința acestora de a înțelege și ține cont de nevoile educaționale specifice ale unor astfel de elevi în activitățile lor. Pentru a asigura includerea deplină a copiilor cu tulburări din spectrul autist, este necesar să se studieze opinia profesorilor despre aceasta și să se identifice factorii care contribuie sau împiedică formarea pregătirii pentru a lucra cu această categorie de elevi [16].

Prima și cea mai dificilă sarcină a unui profesor care lucrează într-o astfel de clasă este să stabilească contactul cu un copil autist. Contactul emoțional cu un copil autist este garantat a fi stabilit cu condiția să se țină cont de parametrii de organizare a comunicării de care dispune: distanță, durată, ritm, intensitate și formă, modalitate senzorială și tactilă. Primele contacte stabile iau naștere pe baza adunării profesorului cu impresiile și senzațiile plăcute care ocupă copilul, împărtășindu-i și întărindu-i plăcerea obișnuită, reacția emoțională. La un copil cu tulburări din spectrul autist, dezvoltarea mentală nu este doar afectată, este distorsionată, iar dezvoltarea relațiilor reale cu ceilalți este înlocuită de autostimularea stereotipă. Înțelegerea dvs. corectă a specificului problemelor unui astfel de copil vă va ajuta să construiți strategia potrivită pentru normalizarea dezvoltării sale afective, de exemplu. implicarea copilului în dezvoltarea unor relații reale active cu mediul imediat și, în primul rând, cu tine. Una dintre tehnicile eficiente și indispensabile va fi includerea unui joc în lecție (dezvoltare, predare, creație, crearea unei situații de joc). Mai exact, includerea ta în activitatea de joc care îl pasionează copilul în lecție.

În acest caz, componenta de bază înseamnă pregătire pedagogică profesională (disponibilitatea subiectului, cunoștințe, abilități și abilități psihopedagogice și metodologice) și sub special - cunoștințe și abilități psihologice și pedagogice, cum ar fi [6]: - cunoașterea tiparelor și caracteristicilor psihologice ale vârstei și dezvoltarea personală a copiilor cu tulburări din spectrul autist; - cunoașterea esenței educației incluzive, a diferențelor acesteia față de traditional forme de educație; - cunoaşterea metodelor de proiectare psihologică şi didactică a învăţământului proces atât în organizarea învăţământului integrat pentru elevii cu tulburări din spectrul autist, cât şi când predau împreună copiii cu autism și elevii normotipici; - capacitatea de a implementa diverse metode de interacţiune pedagogică între toate disciplinele mediului educaţional.

Pentru a-l face pe copil să vadă, să asculte, este necesar să-l faci atractiv pentru el. Atmosfera emoțională a unui joc comun te va uni pe tine și pe copil, îți va permite să-l implici în experiențe

comune, în care nevoia de comunicare necesară ambelor părți se va dezvolta și se va consolida. Jocul va crea un fel de efect tonic, care va oferi copilului posibilitatea de a suporta mai ușor disconfortul pe care copiii cu tulburări din spectrul autist îl experimentează aproape constant, să aducă noutate și varietate impresiilor sale repetitive obișnuite, să trezească interesul pentru activități noi și să îmbunătățească fondul emoțional general [11].

Este deosebit de important ca procesul educațional să corespundă capacităților și nevoilor de dezvoltare ale copilului, astfel încât copilul să-și dezvolte potențialul cât mai aproape de dezvoltarea normală și să devină o persoană relativ autonomă și integrată din punct de vedere social și profesional atunci când va ajunge la vârsta adultă. Prin urmare, oferind autismului un spațiu mai mare în curriculum-ul școlar poate să îmbunătățească abilitățile de gândire în perspectivă și să stimuleze potențialul creativ al tuturor copiilor din clasa incluzivă [15].

În orice şcoală se pot crea condiţii educaţionale speciale. Profesorii ar trebui să fie conștienți de ce nevoi pot avea copiii cu autism și de cum să lucreze cu ei. Pentru a face acest lucru, educatorii pot urma cursuri de lucru cu copiii cu tulburări din spectrul autist - acest lucru le va oferi posibilitatea de a preda copiii cu dificultăți minore, de exemplu, elevii care au probleme de atenție sau stereotipuri care nu interferează cu procesul de învățare. Și pentru ca școala să accepte orice copii cu tulburări din spectrul autist, inclusiv cei cu comportament problematic sau cei care nu vorbesc, „Clasa de resurse” este considerată cel mai eficient model [17].

Deși de-a lungul timpului au fost realizate multiple cercetări ale etiologiei, diagnosticului, specificului de dezvoltare, terapiei copilului cu tulburare de spectru autist, rămîne mai puțin cercetată și nesoluționată problema integrării acestei categorii de copii cu dizabilități în școala incluzivă.

Bibliografie

1. Bucun, N., Vrabie, S. Atitudinea cadrelor didactice faţă de incluziunea elevilor cu autism în şcoală. Univers pedagogic NR. 4 (56) 2017. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Atitudinea%20cadrelor%20didactice%20fata%20de%20incluziunea%20elevilor%20cu%20autism%20in%20scoala.pdf
2. Booth Tony Mel Ainscow Indexul incluziunii şcolare Promovarea educării şi a participării tuturor copiilor la învăţământul de masă. https://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20Romanian.pdf
3. Bruner, J.S., Feldman, C. Theories of mind and the problem of autism. Oxford, 1993.
4. Coleman, M., Gillberg, C. Biologie des syndromes d'autisme. Paris: Ed. Maloine. 1986, ISBN 2-224-01193-8
5. Gherguț, A. *Sinteze de psihopedagogie specială. Ghid pentru concursuri și examene de obținere a gradelor didactice*. Ediția a III. Ed.: Polirom, 2013. 512 p. ISBN 978-973-46-3386-9.
6. *Educație incluzivă timpurie: Ghid metodologic*/Vasian Tatiana, Bulat Galina, Eftodi Agnesa [et al.]; coordonare generală: Gînu Domnica; Ministerul Educației, Culturii și Cercetării al Republicii Moldova, Lumos Foundation Moldova. Chișinău: S. n., 2020 (Tipogr. „Print-Caro”). 224 p. ISBN 978-9975-56-814-2.
7. *Educația incluzivă. Suport de curs pentru formarea continuă a cadrelor didactice*. Volumul I. Chișinău: Lyceum, 2016 (F.E.-P. „Tipografia Centrală”). ISBN 978-9975-3104-9-9.
8. Mureșan, C. *Autismul infantil. Structuri psihopatologice și terapie complexă*. Ed. Presa, 2007. ISBN 978-973-610-622-4.
9. Peeters, T. Autismul. Teorie și intervenție educațională. Iași: Polirom. 2009. ISBN: 978- 973-46-1555-1
10. *Politici educaţionale pentru elevii de risc şi cei cu dizabilităţi din ţările Europei de Sud-Est, Bucureşti, 2007*
11. *Actualități în evaluarea și conduita copilului cu tulburări de dezvoltare*. Sub red. I. Puiu, Ch: S.n., 2009 (Tipogr. „Prag-3” SRL) -256 p. ISBN 978-9975-77-102-3.
12. Puiu, I. *Tulburarea de spectru autist*. Chişinău: 2014, 64 p. ISBN 978-9975-77- 215-0. 1729-8687
13. Racu A., Danii A., Popovici, D.V. *Intervenția psihopedagogică în școala incluzivă.* Ch: Univers Pedagogic, 2007. (F.E. -P. „Tpografia Centrală”). - 232 p. ISBN 978-9975-48-037-6.

14. Vrabie, S. *Incluziunea educațională a copiilor cu autism în școală*. În materialele Conferinței științifice internaționale cu genericul „Perspectivele și Problemele Integrării în Spațiul European al Cercetării și Educației”, 7 iunie, Cahul 2016, 580 p. ISBN 978-9975-914-90-1. 978-9975-88-011-4.
15. https://evolution-center.ro/incluziunea-copiilor-cu-autism-in-scoala-de-masa/
16. https://cyberleninka.ru/article/n/attityudy-pedagogov-v-otnoshenii-inklyuzivnogo-obrazovaniya-detey-s-ras-obzor-otechestvennyh-i-zarubezhnyh-issledovaniy
17. https://meduza.io/cards/mozhet-li-rebenok-s-rasstroystvom-autisticheskogo-spektra-uchitsya-v-obychnoy-shkole-i-chto-dlya-etogo-nuzhno

PROGRAME DE REABILITARE ȘI CONSILIERE PENTRU AGRESORII FAMILIALI: NECESITATE ȘI PROVOCĂRI INSTITUȚIONALE

Oxana ISAC
conferențiar univ., dr. în sociologie, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău

Rezumat

În Republica Moldova protecția socială a familiei și copilului implică nu doar asistența victimelor violenței în familie, ci și intervenții asupra agresorilor, prin programe de reabilitare și consiliere menite să reducă riscul recidivei și să prevină deteriorarea relațiilor familiale. În perspectiva protecției sociale, reabilitarea agresorilor este esențială pentru asigurarea unui mediu familial sigur și pentru prevenirea efectelor negative asupra copiilor și femeilor. Consolidarea programelor necesită coordonare intersectorială, monitorizare a rezultatelor, instruirea specialiștilor și integrarea intervențiilor în sistemul național de protecție socială, astfel încât să se asigure atât siguranța victimelor, cât și reinserția responsabilă a agresorilor în familie și societate.

Cuvinte cheie: agresor familial, violență în familie, consiliere, reabilitare psihosocială, programe de intervenție, colaborare intersectorială, protecție socială a familiei și copilului

Violența domestică reprezintă una dintre cele mai persistente și complexe probleme sociale contemporane cu efecte devastatoare asupra victimelor, familiilor și comunităților din care fac parte. Deși intervențiile instituționale s-au concentrat în mod tradițional pe protecția victimelor, a devenit tot mai evidentă necesitatea abordării comportamentului agresorilor prin programe specializate de reabilitare și consiliere. Aceste programe se situează la intersecția dintre o necesitate socială stringentă și multiple provocări instituționale, culturale și legislative.

Programele de reabilitare pentru agresorii familiali urmăresc reducerea recidivei și prevenirea reapariției comportamentelor violente. Simplul caracter punitiv al sancțiunilor penale s-a dovedit insuficient în lipsa unor intervenții psihosociale care trebuie să abordeze cauzele profunde ale violenței: deficitul de autocontrol, modelele disfuncționale de relaționare, consumul de alcool sau droguri, traumele din copilărie și normele culturale care tolerează dominarea și agresivitatea.

Din perspectivă socială, astfel de programe contribuie la creșterea siguranței victimelor pe termen lung, reduc presiunea asupra sistemului judiciar și de asistență socială și promovează responsabilizarea agresorilor. Reabilitarea nu presupune minimizarea faptei, ci asumarea acesteia și dezvoltarea unor comportamente alternative non-violente. Intervenția asupra agresorilor, prin servicii specializate de consiliere, reeducare și responsabilizare, constituie o componentă indispensabilă a unui răspuns sistemic și integrat al sistemului de protecție socială. În acest context, Republica Moldova a dezvoltat un cadru normativ care recunoaște importanța programelor destinate agresorilor familiali, în conformitate cu obligațiile internaționale asumate, inclusiv cele derivate din Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul).

Cadrul juridic național în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie este fundamentat pe Legea nr. 45/2007 privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și violenței în familie, care stabilește principiile generale, mecanismele de intervenție și responsabilitățile instituțiilor publice. Legea prevede explicit posibilitatea creării centrelor și serviciilor de asistență și consiliere pentru agresorii familiali, recunoscând necesitatea unor intervenții orientate spre schimbarea comportamentului violent. Aceste servicii pot include activități de informare, consiliere psihologică individuală și de grup, consiliere juridică, precum și facilitarea accesului agresorilor la servicii sociale și medicale, în vederea reducerii riscului de recidivă.

Reglementarea detaliată a acestor servicii este realizată prin Hotărârea Guvernului nr. 496/2014, care stabilește cadrul de organizare și funcționare a Centrelor de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali ca instituții specializate. Actul normativ definește obiectivele centrelor, categoriile de beneficiari, principiile de intervenție, precum și rolul acestora în cooperarea interinstituțională cu organele de drept, instanțele judecătorești și serviciile de asistență socială. Astfel, intervenția asupra agresorilor este concepută ca parte integrantă a unui sistem complex de prevenire a violenței în familie.

Începând cu anul 2025, cadrul normativ se află într-un proces de revizuire și consolidare, fiind discutate propuneri legislative care vizează extinderea aplicabilității ordinelor de protecție și intensificarea măsurilor de protecție a victimelor, concomitent cu responsabilizarea sporită a agresorilor. Aceste inițiative legislative sunt parte a procesului de aliniere a legislației naționale la standardele Convenției de la Istanbul, care impune statelor semnatare obligația de a dezvolta programe eficiente de tratament pentru agresori, orientate spre prevenirea violenței și protejarea victimelor. În ansamblu, cadrul legal din Republica Moldova reflectă o orientare progresivă către o abordare integrată a violenței în familie, în care intervenția asupra agresorilor nu substituie protecția victimelor, ci o completează, contribuind la prevenirea recurenței comportamentelor violente și la consolidarea siguranței sociale.

Programele destinate agresorilor familiali includ, de regulă, consiliere psihologică individuală, terapie de grup, intervenții cognitiv-comportamentale și sesiuni de educație privind egalitatea de gen și gestionarea conflictelor. Unele sunt impuse prin hotărâri judecătorești, altele sunt voluntare, însă eficiența lor depinde în mare măsură de motivația participantului și de calitatea intervenției profesionale. Modelele integrate, care presupun cooperarea dintre instanțe, servicii de probațiune, psihologi și servicii sociale, sunt considerate cele mai eficiente, întrucât permit monitorizarea comportamentului agresorului și corelarea intervenției cu măsuri de protecție pentru victimă.

Centrele de asistență și consiliere pentru agresorii familiali reprezintă servicii specializate de intervenție, orientate spre abordarea comportamentului violent al persoanelor care au comis acte de violență în familie. Aceste structuri sunt concepute ca instrumente de prevenire secundară și terțiară, având ca obiectiv principal reducerea riscului de recidivă și promovarea unor modele comportamentale non-violente. Spre deosebire de instituțiile cu caracter coercitiv sau de detenție, centrele nu asigură plasament sau reținere, ci funcționează pe baza unor programe de intervenție psihosocială și educativă, desfășurate într-un cadru controlat și monitorizat.

Intervențiile realizate în cadrul acestor centre sunt multidisciplinare și includ consiliere psihologică individuală și de grup, asistență socială și consiliere juridică. Componenta psihologică vizează identificarea factorilor personali, relaționali și sociali care contribuie la manifestarea comportamentului violent, precum și dezvoltarea abilităților de autocontrol, gestionare a emoțiilor și asumare a responsabilității pentru faptele comise. Consilierea de grup facilitează confruntarea

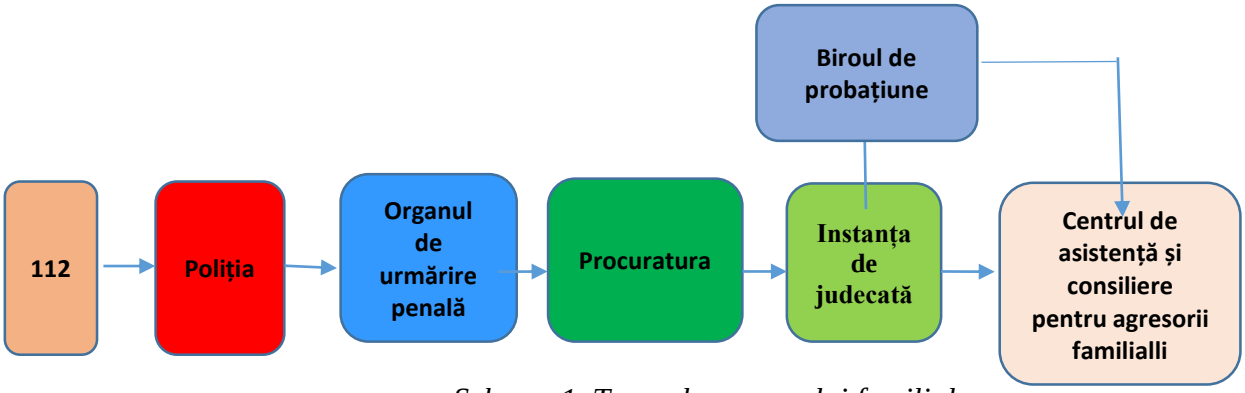
constructivă a atitudinilor violente, încurajează reflecția critică și stimulează schimbul de experiențe între participanți, sub supravegherea specialiștilor.

Asistența socială are rolul de a sprijini reintegrarea agresorilor în comunitate și de a reduce factorii de risc asociați violenței, cum ar fi marginalizarea socială, dificultățile economice sau lipsa suportului familial. Totodată, consilierea juridică contribuie la informarea beneficiarilor cu privire la cadrul legal aplicabil, drepturile și obligațiile lor, precum și consecințele juridice ale comportamentului violent, consolidând astfel procesul de responsabilizare.

Prin abordarea integrată a dimensiunilor psihologice, sociale și juridice ale violenței în familie, centrele de asistență și consiliere pentru agresorii familiali nu substituie măsurile de protecție destinate victimelor, ci le completează. Eficiența acestor servicii rezidă în capacitatea lor de a interveni asupra cauzelor profunde ale violenței, contribuind la diminuarea repetării comportamentelor abuzive și la consolidarea unui climat familial și social mai sigur.

Un exemplu concret este Centrul de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali din or. Drochia, înființat ca unitate publică specializată având drept scop asistența și consilierea agresorilor familiali pentru a nu admite repetarea actelor de violență și pentru schimbarea comportamentului violent al acestora. Centrul oferă servicii în regim de zi, gratis. Agresorii se prezintă pe o perioadă de la 4 până la 6 luni, săptămînal la 2 ședințe, în cadrul cărora beneficiază de sesiuni individuale și de grup orientate spre schimbarea comportamentului și reintegrarea lor socială, fiind asistate de specialiștii, precum psiholog, asistent social și jurist.

Agresorii familiali pot fi referiți la serviciile de reabilitare a Centrului prin diferite căi: obligarea prin decizia instanței de judecată, referirea de către polițiștii de sector, membrii echipei multidisciplinare din comunitate sau adresarea benevolă a agresorului familial. Traseul agresorului familial până la încadrarea lui în program schematic este prezentată în schema 1.



Schema 1. Traseul agresorului familial

Această schemă ilustrează traseul instituțional parcurs de agresorul familial, de la momentul sesizării faptei de violență până la includerea acestuia într-un program de asistență și consiliere specializată. Modelul schematic reflectă succesiunea etapelor procedurale și interacțiunea dintre principalele instituții implicate în prevenirea și combaterea violenței în familie, evidențiind caracterul intersectorial al intervenției. Traseul debutează cu sesizarea cazului de violență în familie, realizată prin apelul la Serviciul unic de urgență 112, care constituie punctul de intrare în sistemul de intervenție. Ulterior, cazul este preluat de Poliție, instituția responsabilă de intervenția imediată, evaluarea riscului și aplicarea măsurilor de protecție urgente, inclusiv documentarea faptei și, după caz, inițierea procedurilor contravenționale sau penale.

În continuare, dosarul este transmis către organul de urmărire penală, care are rolul de a investiga circumstanțele faptei, de a colecta probe și de a stabili încadrarea juridică a comportamentului violent. Această etapă este esențială pentru delimitarea răspunderii agresorului și pentru fundamentarea deciziei ulterioare a procuraturii, care exercită controlul asupra urmăririi penale și decide trimiterea cauzei în judecată sau aplicarea altor măsuri legale prevăzute de legislație. Instanța de judecată reprezintă veriga centrală a traseului decizional, având competența de a pronunța hotărâri privind sancționarea agresorului și, totodată, de a dispune măsuri cu caracter corectiv sau preventiv. În acest context, instanța poate recomanda sau dispune includerea agresorului în programe de consiliere și reabilitare, ca parte a răspunsului judiciar orientat nu doar spre pedepsire, ci și spre prevenirea recidivei.

Un rol distinct îl are Biroul de probațiune, care intervine în etapa de executare și monitorizare a măsurilor dispuse de instanță. Probațiunea asigură supravegherea respectării obligațiilor impuse agresorului, inclusiv participarea la programele de asistență și consiliere, și facilitează cooperarea dintre sistemul de justiție și serviciile sociale specializate. Finalitatea traseului prezentat în schemă este încadrarea agresorului familial în cadrul Centrului de asistență și consiliere pentru agresorii familiali, unde acesta beneficiază de programe structurate de intervenție psihologică, socială și educativă. Această etapă reflectă orientarea politicilor publice către o abordare integrată, în care măsurile punitive sunt completate de intervenții de schimbare comportamentală, menite să reducă riscul de repetare a violenței.

Analiza schemei relevă faptul că traseul agresorului familial nu este unul linear exclusiv punitiv, ci unul complex, care implică cooperarea între instituțiile de ordine publică, justiție și asistență socială. Integrarea agresorului în programe specializate constituie o verigă esențială a acestui traseu, contribuind la responsabilizarea acestuia și la consolidarea mecanismelor de prevenire a violenței în familie. În fiecare an zeci de agresori beneficiază de programe terapeutice în cadrul Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali din or. Drochia. Dinamica creșterii numărului de beneficiari al Centrului este prezentată în diagrama 1.

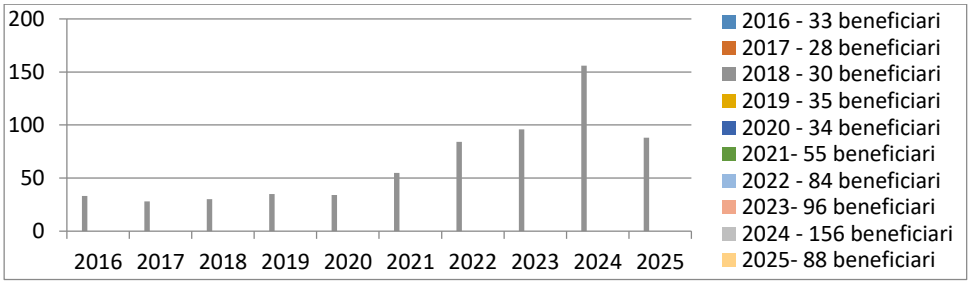


Diagrama 1. Numărul beneficiarilor implicați în program în perioada 2016 – 2025

Diagrama ilustrează evoluția numărului de beneficiari implicați în programele de asistență și consiliere pentru agresorii familiali pe parcursul perioadei 2016–2025, evidențiind dinamica participării la aceste servicii specializate în Republica Moldova. Analiza datelor prezentate relevă atât etape de stagnare relativă, cât și perioade de creștere semnificativă, reflectând evoluția cadrului instituțional și a politicilor publice în domeniul prevenirii violenței în familie. În intervalul anilor 2016–2020, numărul beneficiarilor se menține la un nivel relativ constant, oscilând între 28 și 35 de persoane anual. Această stabilitate sugerează o capacitate limitată a serviciilor existente, dar și un nivel redus de direcționare a agresorilor către programele de intervenție, posibil determinat de numărul insuficient de centre funcționale, de lipsa obligativității participării sau de gradul scăzut de conștientizare a rolului acestor programe în rândul actorilor din sistemul de justiție și asistență socială.

Începând cu anul 2021, se observă o creștere semnificativă a numărului de beneficiari, de la 55 de persoane, tendință care se accentuează în anii următori. Anul 2022 marchează o majorare considerabilă, cu 84 de beneficiari, urmată de o creștere continuă în 2023 (96 beneficiari). Această evoluție poate fi corelată cu consolidarea cadrului normativ, extinderea cooperării interinstituționale și promovarea programelor de consiliere pentru agresori ca măsuri complementare sancțiunilor legale. n vârf al participării este atins în anul 2024, când numărul beneficiarilor ajunge la 156, reprezentând cea mai ridicată valoare din perioada analizată. Această creștere poate indica atât extinderea capacității centrelor de asistență și consiliere, cât și intensificarea direcționării agresorilor către programe, inclusiv prin intermediul instanțelor de judecată și al serviciilor de probațiune. Totodată, acest nivel ridicat de participare poate reflecta o schimbare de paradigmă în abordarea violenței în familie, cu accent sporit pe intervenții corective și preventive. În anul 2025 se constată o ușoară scădere a numărului de beneficiari, până la 88 de persoane. Această diminuare nu anulează tendința generală de creștere, ci poate fi explicată prin anumite ajustări instituționale și, în special, faptul că un număr de agresori au beneficiat de suport din partea altor echipe formate în acest scop.

În ansamblu, analiza diagramei indică o tendință ascendentă clară a numărului de agresori familiali implicați în programe de consiliere, în special după anul 2021. Această evoluție sugerează o recunoaștere tot mai accentuată a rolului intervențiilor specializate asupra agresorilor în prevenirea recidivei violenței în familie și în consolidarea unui răspuns sistemic, orientat nu doar spre sancționare, ci și spre schimbare comportamentală.

În diagrama 2 este prezentată distribuția beneficiarilor programelor de asistență și consiliere pentru agresorii familiali din Centrul în cauză în funcție de criteriul de gen, pentru perioada 2016–2025. Datele evidențiază o disproporție majoră între sexe, cu o predominanță semnificativă a bărbaților în rândul beneficiarilor acestor programe.

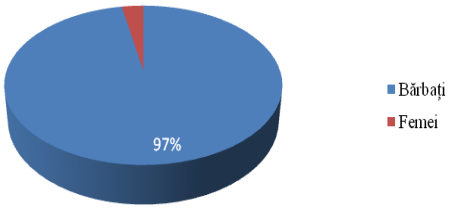


Diagrama 2. Clasificarea beneficiarilor după criteriul de gen (2016–2025)

Conform diagramei, 97% dintre beneficiari sunt bărbați, în timp ce doar 3% sunt femei. Această distribuție reflectă realitățile constatate și în alte studii naționale și internaționale privind violența în familie, care indică faptul că bărbații reprezintă majoritatea agresorilor în cazurile raportate și investigate de autorități. Totodată, datele pot fi interpretate ca un rezultat al mecanismelor instituționale de identificare și direcționare a agresorilor către programele de consiliere, care sunt, în principal, activate în urma intervenției organelor de drept și a deciziilor instanțelor de judecată.

Prezența unui procent redus de femei beneficiare nu exclude existența violenței exercitate de persoane de sex feminin, ci poate indica o subraportare a acestor cazuri, o abordare instituțională diferită sau lipsa unor programe adaptate specificului de gen. În același timp, această realitate ridică problema necesității dezvoltării unor intervenții diferențiate, care să țină cont de particularitățile comportamentale și contextuale ale agresorilor, indiferent de gen.

Din perspectivă analitică, datele din diagrama analizată subliniază caracterul puternic genderizat al fenomenului violenței în familie, ceea ce justifică orientarea predominantă a programelor de intervenție către bărbați, fără a exclude însă principiul egalității de acces la servicii. Aceste constatări sunt în concordanță cu prevederile Convenției de la Istanbul, care recunoaște violența în familie ca o formă de violență bazată pe gen și recomandă dezvoltarea programelor de intervenție pentru agresori ca parte integrantă a strategiilor de prevenire. Datele prezentate în Diagrama 3 evidențiază distribuția beneficiarilor Centrului din or.Drochia în funcție de mediul de proveniență. Astfel, se observă că majoritatea beneficiarilor provin din mediul rural, reprezentând 72% din total, în timp ce doar 28% sunt din mediul urban.

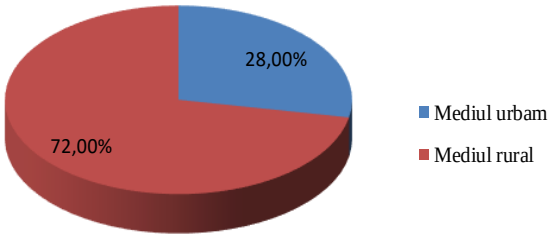


Diagrama 3. Clasificarea beneficiarilor după mediul de proveniență

Această diferență semnificativă indică o prevalență mai ridicată a cazurilor din mediul rural sau, alternativ, o adresabilitate mai mare a persoanelor din aceste zone către serviciile centrului. Situația poate fi explicată prin factori precum nivelul mai scăzut de informare, accesul limitat la servicii specializate, condițiile socio-economice mai dificile sau persistența unor modele tradiționale de comportament în mediul rural.În mediul urban, procentul mai redus al beneficiarilor poate sugera existența unor mecanisme alternative de sprijin, un acces mai bun la informație și servicii sau o tendință mai mare de soluționare a conflictelor prin alte forme de intervenție. Prin urmare, datele subliniază necesitatea dezvoltării și consolidării programelor de prevenire și intervenție în mediul rural, adaptate specificului comunităților locale.

Datele prezentate în Diagrama 4 reflectă distribuția beneficiarilor Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali în funcție de criteriul de vârstă. Astfel, se constată că ponderea cea mai mare o reprezintă beneficiarii cu vârste cuprinse între 40 și 60 de ani, care însumează 55% din total. Urmează categoria de vârstă 20–40 de ani, cu un procent de 30%, iar beneficiarii cu vârsta de peste 60 de ani reprezintă 15%.

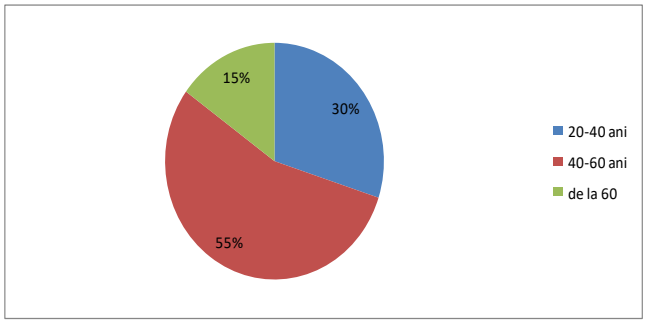


Diagrama 4. Clasificarea beneficiarilor după criteriul de vârstă

Această structură indică faptul că majoritatea beneficiarilor se află în perioada maturității active, etapă caracterizată de responsabilități familiale și profesionale crescute, care pot genera tensiuni și conflicte în cadrul relațiilor de familie. Procentul semnificativ al persoanelor din intervalul 20–40 de ani sugerează implicarea timpurie a adulților în situații de conflict familial, ceea ce evidențiază necesitatea intervențiilor preventive și a programelor de consiliere orientate spre dezvoltarea abilităților de gestionare a emoțiilor și a conflictelor. Ponderea mai redusă a beneficiarilor cu vârsta de peste 60 de ani poate fi explicată printr-o adresabilitate mai scăzută a acestei categorii către serviciile de consiliere, fie din cauza stigmatizării, fie din cauza percepției că schimbarea comportamentală este dificil de realizat la vârste înaintate. În ansamblu, datele subliniază importanța adaptării serviciilor centrului în funcție de particularitățile fiecărei grupe de vârstă.

Un alt aspect important ține de eficiența programelor desfășurate în cadrul Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali care reprezintă un element esențial în prevenirea și reducerea violenței în familie, precum și în promovarea unor relații bazate pe respect și responsabilitate. Evaluarea eficienței acestor programe se realizează prin analiza datelor privind gradul de implicare în activitățile de consiliere și impactul intervențiilor asupra comportamentului acestora. Rezultatele obținute evidențiază rolul important al centrului în reducerea riscului de recidivă, creșterea nivelului de conștientizare a consecințelor violenței și îmbunătățirea relațiilor familiale. Astfel, programele Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali constituie un instrument fundamental în strategiile de intervenție și prevenire a violenței domestice, contribuind la consolidarea siguranței și stabilității în comunitate. Totodată, lipsa unor criterii uniforme de evaluare a progresului, duratei interventionale sau monitorizării agresorilor afectează eficiența programelor. În acest context, vom prezenta opiniile experților din domeniu.

Directoarea Centrului de Asistență și Protecție a Victimelor și potențialelor Victime ale Traficului de Ființe Umane din Moldova. Doamna Rodica Moraru explică: „Programul cu care lucrăm este unul educațional. Noi discutăm cu agresorii despre faptul că este posibil să facă schimbare în comportament, în mesajul verbal și non-verbal doar cu o singură condiție: să vrea! Și îi învățăm cum să-și schimbe mesajele din violente în non-violente; comportamentul din violent în non-violent; abordarea din violentă în non-violentă. Îi punem în diferite situații ca ei împreună cu noi să modeleze niște comportamente non-violente în sala de clasă, pe care în continuare el să le poată utiliza. Sigur că asta nu ne oferă nicio garanție că atunci când va ajunge din nou într-o situație de furie nu va fi tentat să aplice iarăși violența. Nu dăm garanție că agresorul nu o va aplica din nou. Dar cel puțin încercăm să-l învățăm cum se poate rezolva totul fără violență. E vorba de schimbare de mentalitate, de mod de viață. Noi suntem cei care plantăm un grăuncior și deja rămâne la discreția lor să ude grăunciorul, să-l asigure cu raze de soare ca să-i de-a posibilitate grăuntelui să crească”.

În opinia președintelui Centrului Național de Formare, Asistență, Consiliere și Educație din Republica Moldova (CNFACEM), domnului Alexandru Donos, cel mai greu se lucrează cu beneficiarii cu traume din copilărie. El menționează, că deseori agresorii au fost victime ale violenței în familie în copilărie. „Nici unul dintre ei (agresori) nu provine din familie în care totul a fost perfect și el are predispunere de a deveni agresor”, observă expertul Alexandru Donos. În privința faptului dacă agresorii conștientizează sau nu că au o problemă, expertul a menționat că o bună parte dintre ei conștientizează: ”Noi am avut bărbați care au avut puterea interioară să recunoască și să spună că, este vina lui în cele întîmplate, dar nu știe ce să facă și roagă să-l ajutăm. Cu ei e mult mai ușor de lucrat. Dar, există o categorie de agresori care nici măcar la finele programului nu sunt gata să colaboreze cu

specialiștii. Ei cred că noi nu vrem să-i înțelegem și apărăm victima. La una dintre teme ei pot recunoaște că da, au făcut o greșeală, însă la altă temă pot insista că el a avut dreptate, iar femeia-nu".

Statisticile demonstrează că numărul agresorilor familiali este mai mare decât al celor care frecventează programele de reabilitare. Acest lucru explică juristul Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali din or. Drochia, domnul Andrei Odajiu: „..ordinul de restricție de urgență, aplicat de polițist la fața locului, nu-l obligă pe agresor să parcurgă un curs pentru diminuarea nivelului de agresivitate. El intră în statistică drept agresor, dar nu este obligat să vină la curs. Polițistul poate recomanda aceste cursuri, dar agresorul are dreptul să le refuze. Agresorul este obligat să le urmeze atunci când are emisă o decizie a instanței de judecată. Ordonanța de protecție presupune obligarea agresorului de a frecventa cursul, ordinul de restricție de urgență însă nu presupune așa ceva". Privind agresorii familiali care vin benevol la cursul de consiliere, opinia expertului este următoare: „…eficiența celor care vin benevol la cursul de consiliere este destul de scăzută, deoarece agresorii nu fregventează programul până la sfârșit. La agresori apar motive, precum lipsa de timp, plecarea peste hotare, serviciul etc. La noi urmează de la început până la sfârșit programul cei care sunt referiți de instanța de judecată".

Fenomenul violenței în familie poate fi abordat complementar și integru la nivel național doar prin extinderea unor asemenea servicii pe întreg teritoriul țării, crearea unui mecanism de referire a subiectului violenței către programele specializate de asistență și consiliere psihologică, care pot fi derulate de către consilierii de probațiune sau de instituțiile specializate, cum ar fi serviciile pentru agresori dezvoltate la Drochia.

În practică, există un șir de provocări instituționale în implementarea acestor programe. Una dintre principalele provocări este insuficiența resurselor financiare și umane specializate. La nivel regional programele sunt insuficiente sau inexistente, ceea ce limitează accesul pentru persoanele din localități rurale sau care locuiesc departe de Centre. Programelor le lipsește personal specializat în psihoterapie și intervenții comportamentale, iar formarea profesională a specialiștilor rămâne insuficientă. În mare parte programele nu sunt adaptate pentru diverse categorii de agresori (de ex. tineri, femei, persoane cu dependențe etc.). De asemenea, există probleme de coordonare instituțională între sistemul judiciar, serviciile sociale și sectorul ONG, ceea ce afectează continuitatea și eficiența intervențiilor. Reticența agresorilor de a participa activ, precum și atitudinile sociale care minimizează violența domestică, constituie obstacole suplimentare. Nu în ultimul rând, apare dilema etică și socială privind alocarea resurselor pentru agresori, în contextul în care victimele au încă nevoie de sprijin extins. Această tensiune evidențiază necesitatea unei abordări echilibrate, care să nu opună cele două categorii, ci să le integreze într-o strategie coerentă de prevenție.

În concluzie, programele de reabilitare și consiliere pentru agresorii familiali nu reprezintă un lux instituțional, ci o componentă esențială a unei politici eficiente de combatere a violenței domestice. Deși implementarea lor este marcată de numeroase provocări, beneficiile pe termen lung – reducerea recidivei, protejarea victimelor și schimbarea normelor sociale – justifică investiția. Consolidarea cadrului legislativ, creșterea resurselor și cooperarea interinstituțională sunt pași necesari pentru transformarea acestor programe din inițiative punctuale în mecanisme funcționale de intervenție socială.

Bibliografie

1. Buzducea, Doru (coord.) *Asistența socială a grupurilor de risc.* Iași: Editura Polirom, 2010**.** ISBN**:** 978-973-46-0277-3

2. Turliuc, Maria Nicoleta & Tobolcea, Iolanda (coord.) *Violența în familie: între stigmatizare, acceptare socială și intervenție terapeutică.* Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza", 2008**.** ISBN: 978-973-703-357-4
3. Legea nr. 45 din 1 martie 2007 privind prevenirea și combaterea violenței în familie. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=150772&lang=ro#
4. Hotărârea Guvernului nr. 496 din 30 aprilie 2014 privind aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a Centrelor de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=152429&lang=ro#

STAREA DE BINE A CADRELOR DIDACTICE – FACTOR ESENȚIAL AL CALITĂȚII EDUCAȚIEI ÎN CONTEXTUL RITMULUI ACCELERAT AL SCHIMBĂRILOR

Viorelia LUNGU
conferențiar univ. dr. hab., Universitatea Tehnică a Moldovei
Diana CALUȚCHI
doctorandă, Universitatea de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Starea de bine a cadrelor didactice reprezintă un determinant esențial al calității educației, mai ales în condițiile transformărilor sociale, culturale și tehnologice rapide. Analiza teoretică realizată, fundamentată pe modele contemporane precum PERMA și distincția dintre bunăstarea hedonică și eudaimonică, evidențiază rolul factorilor individuali, organizaționali și sociali în modelarea echilibrului emoțional și profesional al cadrelor didactice. În context, se evidențiază modul în care diferitele modele de construcție socială - de la statul asistențial, la statul minimal - influențează bunăstarea profesională a pedagogilor. Evaluarea stării de bine a cadrelor didactice, realizată prin aplicarea chestionarului TSWQ, a indicat un nivel scăzut al acesteia, confirmând îngrijorările existente și evidențiind faptul că bunăstarea profesorilor reprezintă un indicator strategic al performanței educaționale și un element esențial pentru dezvoltarea unei societăți reziliente și sustenabile. În acest context, sunt formulate recomandări practice la nivel individual, instituțional, comunitar și sistemic, orientate spre prevenirea burnout-ului și consolidarea rezilienței profesorilor.

Cuvinte-cheie: Starea de bine a cadrelor didactice, calitatea educației, motivație profesională, performanța elevilor, echilibru emoțional, burnout, intervenții instituționale.

Abstract

Teachers' well-being is a key determinant of education quality, especially in the context of rapid social, cultural, and technological transformations. The theoretical analysis conducted-grounded in contemporary frameworks such as the PERMA model and the distinction between hedonic and eudaimonic well-being-highlights the role of individual, organizational, and social factors in shaping teachers' emotional and professional balance. In this regard, the influence of different models of social structuring-from the welfare state to the minimal state-on teachers' professional well-being becomes evident.

The assessment of teachers' well-being, carried out using the TSWQ questionnaire, indicated a low level of overall well-being, confirming existing concerns and demonstrating that teachers' well-being is a strategic indicator of educational performance and an essential element for building a resilient and sustainable society. In this context, practical recommendations are formulated at the individual, institutional, community, and systemic levels, aimed at preventing burnout and strengthening teachers' resilience.

Keywords: Teacher well-being, quality of education, professional motivation, student performance, emotional balance, burnout, institutional interventions.

Actualitatea temei rezidă în faptul că educația contemporană se află într-un proces continuu de transformare, determinat de ritmul accelerat al schimbărilor sociale, culturale, economice și tehnologice. În contextul unei societăți globalizate și profund digitalizate, sistemele educaționale sunt chemate să răspundă unor cerințe tot mai complexe, orientate spre formarea competențelor necesare învățării pe tot parcursul vieții, integrarea tehnologiilor digitale în procesul instructiv-educativ, precum și asigurarea incluziunii și echității educaționale (UNESCO, 2021).

Realitățile sistemului educațional actual evidențiază o creștere alarmantă a nivelului de stres profesional. Presiunea adaptării la digitalizare, intensificarea sarcinilor birocratice, instabilitatea normativă, lipsa recunoașterii sociale și salariale, precum și dezechilibrul dintre viața profesională și cea personală generează fenomene de burnout (Maslach & Leiter, 2016) și scădere a motivației profesionale. De exemplu, studiile realizate de Education Support (2023) și Eurofound (2022) în Marea Britanie arată că peste 70% dintre profesori declară niveluri ridicate de stres, iar 59% se gândesc să părăsească profesia din cauza epuizării. Rezultate similare au fost raportate în Europa Centrală și de Est, indicând că bunăstarea profesorilor este o provocare comună în contextul globalizării și digitalizării accelerate. În acest context, rolul cadrului didactic s-a extins semnificativ: profesorul nu mai este doar un transmițător de cunoștințe, ci un facilitator al proceselor de învățare, un mentor al dezvoltării personale și un promotor al echilibrului emoțional și al relațiilor pozitive în mediul școlar **(**Hargreaves & Fullan**,** 2012). Totodată, profesorul devine un model de adaptabilitate, empatie și reziliență într-un sistem supus permanent reformelor și presiunilor de performanță.

Profesorii echilibrați, motivați și sprijiniți emoțional reușesc să construiască medii de învățare pozitive, caracterizate prin încredere, respect reciproc și implicare activă a elevilor. Studiile lui Jennings și Greenberg (2009) arată că bunăstarea emoțională a profesorilor are un impact direct asupra climatului clasei, influențând comportamentul, motivația și performanțele elevilor (Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009)). Cu alte cuvinte, calitatea relațiilor dintre profesor și elev reflectă starea internă de echilibru și satisfacție a cadrului didactic. Prin urmare, analiza stării de bine a cadrelor didactice nu mai reprezintă un demers opțional, ci o necesitate strategică, cu implicații directe asupra calității educației, retenției profesionale și sustenabilității sistemului educațional. Așa cum subliniază OECD (2021),„investiția în bunăstarea profesorilor este o investiție în viitorul educației și al societății".

În acest sens ne-am propus *scopul* de a examina și evidenția relația dintre starea de bine a cadrelor didactice și calitatea procesului educațional, prin prisma transformărilor profunde generate de ritmul accelerat al schimbărilor sociale, culturale și tehnologice.

Pornind de la scopul formulat, cercetarea urmărește realizarea următoarelor *obiective specifice:*

1. Analizarea fundamentelor teoretice a relației dintre starea de bine a cadrelor didactice și calitatea actului educațional în contextul transformărilor sociale, culturale și tehnologice accelerate.
2. Identificarea factorilor individuali, organizaționali și sociali care influențează bunăstarea profesională a profesorilor și predispoziția la epuizare emoțională (burnout).
3. Determinarea nivelului de stare de bine a cadrelor didactice.
4. Elaborarea unor recomandări și bune practici la nivel personal, instituțional și de sistem pentru prevenirea burnout-ului și consolidarea stării de bine a cadrelor didactice.

1. Fundament teoretic al conceptului de stare de bine

Conceptul de well-being (stare de bine) a cunoscut, de-a lungul timpului, o evoluție semnificativă, trecând de la o abordare predominant psihologică, centrată pe emoții și satisfacția

personală, spre o viziune holistică, care integrează nu numai dimensiunea psihologică, dar și cea socială și pedagogică (Diener, 2000; Dodge, Daly, Huyton & Sanders, 2012). Tabelul de mai jos evidențiază interdependența dintre diferitele dimensiuni care contribuie la conceptualizarea „stării de bine".

Tabelul 1. Abordări teoretice ale conceptului starea de bine

Domeniu	**Autor**	**Anul lucrării/contribuție**	**Definiția stării de bine**
Social	Amartya Sen	Capability and well-being. (1993)	Starea de bine reprezintă capacitatea persoanei de a-și realiza funcțiile esențiale și de a avea libertăți reale pentru a trăi viața pe care o consideră valoroasă.
Pedagogic	Nel Noddings	Ethics of Care. (2003)	Starea de bine este un construct educațional centrat pe relațiile de grijă, dezvoltarea armonioasă și crearea unui mediu care susține fericirea, sensul și împlinirea elevului.
Psihologic	Carol Ryff	Modelul Bunăstării Psihologice. (2017)	Starea de bine este definită prin funcționare psihologică pozitivă, incluzând autonomie, relații pozitive, scop în viață, dezvoltare personală, stăpânirea mediului și acceptare de sine.

Analiza celor trei perspective prezentate în Tabelul 1, evidențiază caracterul multidimensional al conceptului de stare de bine, care depășește limitele unei singure discipline. Dacă în domeniul social, Sen (2003) accentuează libertățile și condițiile care permit individului să ducă o viață valoroasă, atunci, în domeniul educațional, Noddings (2003) subliniază rolul relațiilor de grijă și al mediului suportiv în formarea bunăstării. Iar din punct de vedere psihologic, modelul lui Ryff (2017) evidențiază funcționarea optimă a persoanei, bazată pe autonomie, sens și relații positive. În ansamblu, aceste concepte demonstrează că *starea de bine* este un construct complex, influențat simultan de factori sociali, educaționali și psihologici, ceea ce justifică adoptarea unei abordări interdisciplinare în analiza și dezvoltarea acestui domeniu.

Potrivit lui M. Seligman (2011), unul dintre fondatorii psihologiei pozitive, starea de bine este un construct multidimensional, definit prin cinci piloni fundamentali reuniți în modelul PERMA: „P (Positive Emotions) - emoțiile pozitive precum bucuria, recunoștința și speranța, care contribuie la satisfacția de viață; E (Engagement)-implicarea totală și starea de flux în activitățile semnificative; R (Relationships) - relațiile interpersonale autentice și sprijinul social; M (Meaning) - sentimentul de sens, scop și contribuție la ceva mai mare decât sinele; A (Accomplishment) - realizările și sentimentul de competență personală" (Seligman, 2011). Aplicat în mediul educațional, modelul PERMA demonstrează că profesorii care manifestă emoții pozitive, se simt implicați, au relații colegiale de sprijin și percep sens în activitatea lor ating niveluri mai ridicate de satisfacție profesională și contribuie la un climat educațional pozitiv (Butler & Kern, 2016; Green, 2019; Seligman, 2011).

O contribuție teoretică majoră în înțelegerea stării de bine este oferită de Ryan și Deci (2001, 2017), autori ai Teoriei Autodeterminării (Self-Determination Theory), care diferențiază între „bunăstarea hedonică - orientată spre plăcere, satisfacție imediată și reducerea disconfortului - și bunăstarea eudaimonică, axată pe sens, dezvoltare personală și actualizarea potențialului uman". Această distincție devine relevantă și în analiza modelelor de construcție socială, deoarece atât statul asistențial, cât și statul minimal promovează, în mod direct sau indirect, tipuri diferite de condiții care

pot susține sau limita aceste două forme ale bunăstării. În contextul acestei teorii, se remarcă faptul că în profesia didactică, predomină dimensiunea eudaimonică a stării de bine, deoarece activitatea pedagogică este strâns legată de sensul moral și social al profesiei, de dorința de a contribui la dezvoltarea altora și de satisfacția derivată din succesul elevilor (Deci & Ryan, 2008). În același context, mai târziu, cercetătorul S. Roffey (2012) a menționat că „profesorii care își percep activitatea ca având un scop semnificativ prezintă o reziliență sporită și un nivel mai scăzut de epuizare emoțională", fapt ce confirmă teoria autodeterminării a lui Deci și Roffey, atunci când susține centrarea pe sens și realizare profesioanlă sau personală. În context educațional, această perspectivă complexă presupune nu doar absența stresului sau a disconfortului emoțional, ci și prezența sentimentului de sens, a echilibrului interior și a unei funcționări optime la nivel personal și profesional (Deci & Ryan, 2008).

Cercetările contemporane (Day & Gu, 2010; Hargreaves & Fullan, 2012; OECD, 2023) confirmă că starea de bine a profesorilor este un fenomen complex și influențat de o rețea de factori interdependenți:

- Factori individuali - caracteristici personale precum reziliența, autoreglarea emoțională, autoeficacitatea profesională și stima de sine influențează semnificativ modul în care profesorii percep și gestionează stresul cotidian.
- Factori organizaționali - climatul școlar, sprijinul managerial, relațiile colegiale și gradul de autonomie profesională joacă un rol decisiv în menținerea satisfacției profesionale.
- Factori sociali și contextuali - statutul profesiei, politicile educaționale, percepția socială a rolului profesorului și sprijinul comunității influențează în mod direct sentimentul de valorizare și motivația intrinsecă (OECD, 2021).

În societățile în care profesia didactică este recunoscută ca esențială pentru progresul social, nivelul de bunăstare profesională este semnificativ mai ridicat. Investiția în bunăstarea profesorilor înseamnă, astfel, „investiție în dezvoltarea unei educații de calitate și a unei societăți reziliente. Profesorii echilibrați, valorizați și sprijiniți sunt garanția calității procesului educațional, în care elevul și cadrele didactice sunt considerate resurse umane fundamentale, nu doar instrumente de performanță" (Beames, Spanos, Roberts etc., 2023).

Fundamentul teoretic al conceptului de stare de bine a cadrelor didactice relevă o interdependență puternică între dimensiuni, demonstrând că o educație de calitate presupune profesori echilibrați emoțional, susținuți profesional și valorizați social. În raport cu modelele de construcție socială, starea de bine a cadrelor didactice se află la intersecția dintre logica statului asistențial - care oferă protecție, resurse și recunoaștere profesională - și cea a statului minimal, care privilegiază autonomia, responsabilitatea individuală și autoreglarea. Astfel, bunăstarea profesorilor devine nu doar o dimensiune psihologică, dar și un indicator al modului în care societatea își configurează politicile educaționale, nivelul de sprijin instituțional și statutul profesiei didactice.

2. Metodologia cercetării

Caracterul teoretico-analitic și descriptiv, este o îmbinare metodică utilizată în cercetare, orientată spre înțelegerea profundă a conceptului de stare de bine a cadrelor didactice și a relației acestuia cu calitatea procesului educațional. Pentru realizarea obiectivelor propuse, cercetarea s-a bazat pe o abordare combinată, care a inclus metode teoretice, practice și statistice (Lungu, & Crețu, 2025), asigurând o înțelegere complexă a relației dintre starea de bine a cadrelor didactice și calitatea actului educațional. Au fost analizate și sintetizate informații din literatura de specialitate privind starea de bine a profesorilor, factorii care influențează bunăstarea profesională, precum și impactul politicilor publice și al resurselor instituționale asupra motivației și rezilienței cadrelor didactice. De asemenea, a fost realizat un studiu empiric prin aplicarea unui chestionar structurat, care a vizat evaluarea stării de

bine a cadrelor didactice, a nivelului de stres și epuizare emoțională, precum și a percepției asupra sprijinului instituțional și comunitar. Chestionarul TSWQ (Teacher Subjective Well-Being Questionnaire) a fost aplicat unui eșantion reprezentativ de 118 profesori din diferite unități școlare, pentru a identifica factorii determinanți ai bunăstării și provocările întâlnite în mediul educational (Vezi tabelul 2).

3. Analiza și interpretarea rezultatelor cercetării

În scopul realizării obectivelor menționate mai sus, ne-am orientat spre o serie de determinanți care influențează bunăstarea profesorilor, având efecte cu caracter dual:

- *Digitalizarea* poate provoca stres și suprasolicitare, dar cu formare continuă și sprijin instituțional, tehnologia devine o resursă utilă, eficientizând pregătirea și sporind satisfacția profesională a profesorilor.
- *Reformele curriculare frecvente* pot diminua sentimentul de control profesional și pot accentua incertitudinea, dar sprijinul adecvat transformă schimbările în oportunități de dezvoltare și previne burnout-ul.
- *Lipsa echilibrului dintre viața profesională și cea personală* poate genera stres cronic, epuizare și dorința de a părăsi profesia, însă prin implementarea politicilor flexibile și a programelor de sprijin psihologic instituțional, cadrele didactice își pot menține sănătatea mintală, bunăstarea și implicarea în activitate.
- *Reziliența și adaptabilitatea profesională* pot fi afectate de presiuni și schimbări constante, dar în medii colaborative, cu leadership eficient și sprijin colegial, profesorii își dezvoltă capacitatea de a face față provocărilor și își mențin motivația și implicarea profesională.
- *Lipsa recunoașterii sociale și a valorizării profesiei* poate diminua satisfacția și identitatea profesională, dar prin aprecierea publică, feedback constructiv și politici de valorizare a muncii profesorilor, activitatea didactică capătă sens și legitimitate, sporind bunăstarea personală și performanța educațională. Astfel, bunăstarea profesională derivă din echilibrul dintre cerințele activității didactice și resursele disponibile la nivel individual, organizațional și social. Factori precum reziliența, autoreglarea emoțională, sprijinul managerial și recunoașterea socială reduc riscul de burnout și sporesc satisfacția profesională a profesorilor.

Studiile realizate indică faptul că starea de bine a profesorilor are un impact direct asupra climatului școlar, motivației elevilor și eficienței procesului de învățare. Profesorii care se simt apreciați, sprijiniți și implicați adoptă o atitudine pozitivă, transmit energie emoțională elevilor, consolidează relațiile bazate pe încredere și stimulează motivația intrinsecă pentru învățare.

În scopul determinării nivelului stării de bine, a fost aplicat chestionarul TSWQ la 118 cadre didactice din învățământul general. Datele colectate au fost analizate atât calitativ, cât și cantitativ, prin intermediul unor tehnici statistice descriptive și comparative, pentru a evidenția corelațiile dintre variabilele studiate, rezultate prezentate în Tabelul 2.

Tabelul 2. Chestionarul TSWQ (Teacher Subjective Well-Being Questionnaire)

Dimensiune	**Indicatori**	**Scor mediu**	**Interpretare**
Satisfacția profesională	Volumul de muncă, adaptarea la schimbări	1,5	Nivel scăzut. Mulți profesori resimt scăderea motivației din cauza ritmului accelerat al schimbărilor, digitalizării excesive, reformelor educaționale și devalorizării profesiei

Starea de bine general	Echilibru emoțional, nivelul de stres, energie, optimism	1,7	Nivel scăzut. Predomină oboseala și stresul persistent, crește riscul de epuizare emoțională în perioade de suprasolicitare
Relații interpersonale	Colaborare, sprijin social, interacțiuni pozitive	2,7	Nivel moderat. Relațiile între colegi sunt apreciate pozitiv; însă relații cu copii sunt la un nivel mai scăzut
Reziliența și sprijin organizațional	Sprijin managerial, climat organizațional	1,9	Nivel scăzut. Percepția generală este de lipsă a încurajării și recunoașterii, suportul managerial este perceput ca insuficient
Echilibrul muncă–viață personal	Gestionarea timpului, încărcare, stress	1,1	Dimensiune critic afectată; majoritatea se confruntă cu suprasolicitare și raportează dificultăți în menținerea echilibrului

Din Tabelul 2 se observă că rezultatele chestionarului indică un nivel general redus al stării de bine. Satisfacția profesională se situează la un nivel scăzut. În acest context, cadrele didactice resimțind scăderea motivației pe fondul ritmului accelerat al schimbărilor, digitalizării excesive și percepției de devalorizare a profesiei. Se observă că și echilibrul emotional este afectat, predomină oboseala și stresul persistent, ceea ce crește riscul de epuizare emoțională și profesională. Un aspect notabil este că profesorii mențin relații relativ bune cu elevii și colegii, dar acestea nu reușesc să compenseze excesul de sarcini și presiunea birocratică. Echilibrul între muncă și viața personală este critic afectat, cadrelele didactice se confruntâ cu suprasolicitare și dificultăți în gestionarea timpului.

Concluzii și recomandări

Profesorii echilibrați emoțional contribuie semnificativ la calitatea educației, la coeziunea comunității școlare și la implementarea metodelor inovative de predare. În contextul modelelor de construcție socială, între statul asistențial și statul minimal, promovarea stării de bine a cadrelor didactice trebuie să fie un obiectiv explicit al politicilor educaționale, completând formarea profesională și evaluarea calității actului didactic. Astfel, contextul schimbărilor rapide accentuează importanța stării de bine a cadrelor didactice. Promovarea acesteia contribuie la retenția cadrelor didactice, la calitatea procesului educațional, la creșterea performanțelor elevilor și la consolidarea unei societăți reziliente, capabile să se adapteze dinamicii sociale și culturale contemporane. Menținerea și consolidarea bunăstării profesorilor trebuie să fie un obiectiv explicit al politicilor educaționale și al practicilor instituționale, integrând dimensiunile emoționale, sociale și profesionale ale activității didactice.

În acest context propunem următoarele recomandări:

- La nivel individual: dezvoltarea competențelor de autoreglare emoțională, gestionarea stresului și cultivarea rezilienței; menținerea echilibrului între viața personală și cea profesională.
- La nivel instituțional: crearea unui climat organizațional participativ și empatic, oferirea de sprijin psihologic și activități de team-building.
- La nivel de sistem: elaborarea unei strategii naționale pentru bunăstarea profesorilor, integrarea indicatorilor de well-being în evaluările școlare și finanțarea programelor de formare continuă.
- La nivel comunitar: consolidarea parteneriatului școală-familie-comunitate și promovarea imaginii pozitive a profesorului.

Bibliografie

1. Beames, J. R., Spanos, S., Roberts, A., McGillivray, L., LI, S., Newby, J. M., O'Dea, B., & Werner-Seidler, A. (2023). *Intervention Programs Targeting the Mental Health, Professional Burnout, and/or Wellbeing of School Teachers: Systematic Review and Meta-Analyses.* Educational Psychology Review. https://link.springer.com/article/10.1007/s10648-023-09720-w
2. Butler, J., & Kern, M. L. (2016). *The PERMA-Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing.* International Journal of Wellbeing, 6(3), 1–48.
3. Day, C., & Gu, Q. (2010). *The New Lives of Teachers.* Routledge.
4. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). *Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains.* Canadian Psychology, 49(1), 14–23. https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents /2008_DeciRyan_CanPsy_Eng.pdf
5. Diener, E. (2000). *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index.* American Psychologist, 55(1), 34–43.
6. Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). *The challenge of defining wellbeing.* International Journal of Wellbeing, 2(3), 222–235.
7. EDUCATION SUPPORT. (2023). *Teacher Wellbeing Index 2023.* London.
8. EUROFOUND. (2022). *Working conditions in education sector in Europe.* Dublin: Eurofound.
9. Green, S. (2019). *Positive education and teacher wellbeing.* Oxford Review of Education, 45(2), 169–185.
10. Hargreaves, A., & Fullan, M. (2012). *Professional Capital: Transforming Teaching in Every School.* Teachers College Press. file:///C:/Users/User/Downloads/6e91cef96 c60d77566f997672cd14d9a.pdf
11. Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). *The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes.* Review of Educational Research, 79(1), 491–525.
12. Lungu, V., & Crețu, L. (2025). *The relationship between moral freedom and responsibility in adolescents*, p. 601. https://www.researchgate.net/publication/394085194
13. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: A multidimensional perspective.* În C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health.* Wiley.
14. Noddings, N. „Ethics of Care". (2003)
15. OECD. (2021). *Teachers' Well-being: A Framework for Action.* Paris: OECD Publishing.
16. OECD. (2023). *TALIS 2023 Results (Volume I): Teachers and Leaders in Schools.* Paris: OECD Publishing.
17. Roffey, S. (2012). *Pupil wellbeing – Teacher wellbeing: Two sides of the same coin?* Educational & Child Psychology, 29(4), 8–17. https://www.researchgate.net/publication/285631404
18. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being.* Annual Review of Psychology, 52, 141–166. https://www.researchgate.net/ publication/12181660
19. Ryan, R. M., & Deci, E. L. **(**2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness.* Guilford Press.
20. Ryff, C. D. (2017). *Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions.* International Review of Economics, 64, 159–178. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5645055/
21. Rusnac, S. (f.a.). *Condiții profesionale pentru realizarea stării de bine psihologic: abordare teoretico-conceptuală și experimentală.* https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/89-106_0.pdf
22. Seligman, M. E. P**.** (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being.* Free Press.
23. Sen, A. „Happiness and Education" (2003)
24. UNESCO. (2021). *Reimagining Our Futures Together: A New Social Contract for Education.* Paris: UNESCO.

MODERN METHODOLOGICAL CHALLENGES IN MEASURING RESILIENCE AND TOLERANCE OF UNCERTAINTY IN THE SOCIAL SCIENCES

Liudmila ANȚIBOR, Conferențiar universitar, doctor habilitat în psihologie
Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, ORCID: 0000-0003-0623-9234
Irina BURCA, Doctorant,
Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, ORCID: 0009-0001-1447-4763

Rezumat

În contextul transformărilor globale accelerate și al creșterii incertitudinii sociale, studiul capacităților de adaptare ale individului devine esențial în științele sociale. Articolul analizează două constructe psihologice centrale - reziliența și toleranța la incertitudine - punând accent pe dificultățile metodologice asociate măsurării lor. Ambiguitatea conceptuală, diversitatea modelelor teoretice și limitele instrumentelor de autoevaluare afectează validitatea și comparabilitatea rezultatelor. Probleme suplimentare apar în procesul de validare interculturală, unde diferențele de valori și norme pot altera structura inițială a scalelor. Articolul subliniază necesitatea unor metodologii integrate, care combină date cantitative și calitative, includ indicatori comportamentali și biopsihologici și iau în considerare nivelurile individuale, interpersonale și socioculturale. Astfel de abordări permit o înțelegere mai cuprinzătoare și mai precisă a modului în care indivizii își mențin stabilitatea adaptativă în condiții de incertitudine.

Cuvinte cheie: reziliență; toleranță la incertitudine; provocări legate de măsurare; evaluare psihologică; probleme metodologice; validare interculturală; limite ale autoevaluării; indicatori comportamentali; markeri biofiziologici; modele de cercetare integrativă.

Summary

In the context of accelerated global transformations and increasing social uncertainty, the study of the adaptive capacities of the individual is becoming essential in the social sciences. The article analyzes two central psychological constructs - resilience and tolerance to uncertainty - emphasizing the methodological difficulties associated with their measurement. Conceptual ambiguity, the diversity of theoretical models, and the limitations of self-assessment instruments affect the validity and comparability of results. Additional problems arise in the process of cross-cultural validation, where differences in values and norms can alter the initial structure of the scales. The article emphasizes the need for integrated methodologies, which combine quantitative and qualitative data, include behavioral and biopsychological indicators, and take into account the individual, interpersonal, and sociocultural levels. Such approaches allow for a more comprehensive and precise understanding of how individuals maintain their adaptive stability under conditions of uncertainty.

Key words: resilience; tolerance of uncertainty; measurement challenges; psychological assessment; methodological issues; cross-cultural validation; self-report limitations; behavioral indicators; biophysiological markers; integrative research models.

In the context of rapid global transformations, the social sciences face an increasing need to investigate how individuals adapt to uncertainty and stress. Two psychological constructs -resilience and tolerance of uncertainty - are central to this discussion. However, empirical studies of these phenomena encounter numerous methodological challenges, primarily related to conceptual ambiguity and limitations in existing diagnostic tools. This article reviews the main methodological approaches to measuring resilience and tolerance of uncertainty, examines their advantages and drawbacks, and outlines potential directions for developing integrative research models.

The contemporary social environment is characterized by a high level of turbulence: dynamic economic changes, digitalization, social conflicts, and unpredictable global events create a new landscape of risks. In such conditions, researchers are increasingly interested in how individuals maintain psychological stability and the ability to act and adapt. (Rylskaya E.A., 57) Resilience and tolerance of uncertainty have thus become key constructs that reflect a person's adaptive potential. Despite their wide application in psychology, education, management, and social sciences, the measurement of these constructs remains methodologically problematic, largely due to conflicting definitions, limited measurement tools, and challenges associated with cross-cultural validation.

Conceptual complexity appears already at the definitional level. In academic literature, resilience is variably described as a personal resource, a behavioral strategy, an outcome of successful adaptation, or a dynamic system of interaction with the environment. Such diversity leads to inconsistent measurement criteria, difficulties in operationalizing the construct, and methodological discrepancies across studies. (Masten, A. S., 231) Similar challenges are observed in the study of tolerance of uncertainty: some scholars view it as a stable personality trait, while others consider it a context-dependent state. These differences result in heterogeneous tools—ranging from cognitive scales to anxiety-related measures - and complicate the differentiation between tolerance of uncertainty and related concepts such as stress resistance.

Limitations of existing measurement tools further complicate the field. The most widely used resilience instruments, such as the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), demonstrate strong internal consistency but show cultural variability and an ambiguous factor structure. The General Self-Efficacy Scale, often used as an indirect indicator of resilience, has limited validity because self-efficacy does not fully correspond to adaptive resilience. (Carleton, R. N.,12) For tolerance of uncertainty, instruments such as the Intolerance of Uncertainty Scale primarily capture cognitive aspects and insufficiently reflect emotional or behavioral components, with a risk of overlapping with anxiety measures. (Ungar, M., 223)

A common issue among all these methods is their reliance on self-report, which introduces several systematic limitations: socially desirable responses, limited reflective capacity among respondents, and discrepancies between subjective evaluations and actual behavior. These challenges become especially salient during cross-cultural adaptation. Tools created in Western contexts often display significant differences when applied in other cultural settings due to distinct norms, value orientations, and notions of control or collectivism. Preserving factor equivalence in such cases requires multi-stage adaptation and extensive validation efforts. (Buhr, K., Dugas, M. J., 936)

These methodological difficulties highlight the importance of integrative approaches that combine quantitative and qualitative methods. While quantitative methods ensure statistical reliability, qualitative approaches - such as interviews, narrative analysis, and case studies—help uncover individual adaptation mechanisms. Incorporating behavioral indicators, such as performance in decision-making tasks, and biophysiological markers, including heart rate variability or physiological stress responses, reduces reliance on self-reports and enables a more comprehensive assessment of adaptation. (Masten, A. S., 231)

A promising direction is the development of multilevel models that consider individual characteristics, interpersonal relationships, and broader sociocultural contexts simultaneously. Such models more accurately reflect the dynamic nature of resilience and tolerance of uncertainty and offer a deeper understanding of adaptive processes.

In conclusion, the measurement of resilience and tolerance of uncertainty remains a complex methodological challenge. Despite the availability of established scales and theoretical frameworks, issues of conceptual ambiguity, limited tools, and cross-cultural validation persist. Integrating qualitative and quantitative methods, incorporating behavioral and biophysiological indicators, and constructing multilevel models represent the most promising approaches for achieving a more comprehensive and reliable understanding of human adaptation in conditions of uncertainty.

Bibliography

1. Bonanno, G. A., Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 2004, p. 20–28.
2. Buhr, K., Dugas, M. J., The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version., Behaviour Research and Therapy, 2002, p. 931–945.
3. Connor, K. M., Davidson, J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 2003, p. 76–82.
4. International Journal of Behavioral Medicine, 2008, p. 194–200.
5. Maddi S.R. On hardiness and other pathways to resilience // American Psychologist. 2005.
6. Masten, A. S. Ordinary Magic: Resilience Processes in Development., American Psychologist, 2001, p. 227–238.
7. Rylskaya E.A. Abordări științifice ale studiului viabilității umane în psihologia străină // Teoria și practica dezvoltării sociale. 2014. Nr. 8. p. 57.
8. Smith, B. W., et al. The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back.
9. Ungar, M. Resilience across cultures. British Journal of Social Work, 2008, p. 218–235.
10. Werner E., Smith R. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca. NY: Cornell University Press. 1992. 280 p.

DEZVOLTAREA COMPETENȚELOR PARENTALE PRIN PROGRAME PSIHO-EDUCAȚIONALE: PREMISE PENTRU O ABORDARE PSIHOLOGICĂ INTEGRATIVĂ

Daniela CAZACU
conferențiar universitar, doctor în psihologie, Universitatea de Stat Alecu Russo din Bălți
Vlada-Ionela CIOFU, licențiată în psihologie

Rezumat

Cercetarea explorează dezvoltarea competențelor parentale prin programe psiho-educaționale, abordând educația parentală dintr-o perspectivă psihologică integrativă. Studiul examinează modul în care provocările societății contemporane, inclusiv ritmul accelerat al vieții și influența tehnologiei, influențează capacitatea părinților de a răspunde adecvat nevoilor copiilor lor. În cadrul cercetării, părinții au fost evaluați în ceea ce privește competențele lor generale, dimensiunile afective, disciplinare, de organizare a timpului și de gestionare a situațiilor de criză. Rezultatele indică faptul că părinții manifestă niveluri variabile de competență, evidențiind nevoia de sprijin în adoptarea strategiilor educaționale eficiente, comunicării constructive și creării unui mediu familial echilibrat. În paralel, evaluarea percepției copiilor asupra relației cu părinții relevă impactul stilului parental asupra calității interacțiunii și dezvoltării armonioase a acestora. Studiul subliniază importanța programelor psiho-educaționale ca instrumente esențiale pentru dezvoltarea competențelor parentale, promovarea relațiilor sănătoase părinte–copil și susținerea unei educații echilibrate în contextul provocărilor contemporane.

Cuvinte cheie: competențe parentale, educație parentală, programe psiho-educaționale, stiluri parentale, relație părinte–copil, dezvoltare copil, parenting echilibrat.

Summary: This study investigates the development of parental competencies through psycho-educational programs, adopting an integrative psychological approach to parenting. It examines how contemporary societal challenges, including the accelerated pace of life and technological influences, affect parents' ability to respond effectively to their children's needs. Parents were assessed in terms of overall competencies, including affective support, discipline, time management, and crisis management. Findings highlight that parents demonstrate varying levels of competency, indicating a need for support in adopting effective educational strategies, constructive communication, and creating a balanced family environment. Additionally, children's perceptions of their relationships with parents reveal the impact of parenting styles on the quality of interactions and the child's harmonious development. The study emphasizes the importance of psycho-educational programs as essential tools for fostering parental competencies, promoting healthy parent–child relationships, and supporting balanced parenting in the context of contemporary challenges.

Key-words: parental competencies, parental education, psycho-educational programs, parenting styles, parent–child relationship, child development, balanced parenting.

În contextul societății contemporane, marcată de transformări accelerate la nivel social, cultural și tehnologic, se impune tot mai frecvent întrebarea dacă toți membrii acesteia reușesc să țină pasul cu noile realități. În mod particular, se poate observa existența unor părinți care, din diverse motive, nu reușesc sau nu manifestă disponibilitatea de a-și adapta competențele parentale la cerințele actuale ale dezvoltării copilului.

Deși ar fi dezirabil să presupunem că majoritatea părinților, conștienți de schimbările survenite în societate, și-au dezvoltat abilitățile necesare pentru a răspunde adecvat nevoilor copiilor lor, realitatea evidențiază persistența unor dificultăți semnificative în acest sens. Aceste dificultăți generează, în timp, un decalaj între generații, decalaj care se manifestă cu precădere în mediul familial și care afectează calitatea relației părinte–copil. În acest context, considerăm că tema valorificată în cercetarea de față este una de actualitate majoră, întrucât educația parentală necesită o abordare modernă, adaptată cerințelor societății contemporane. O asemenea abordare presupune accentuarea importanței formării și dezvoltării competențelor parentale ca fundament al îmbunătățirii relațiilor intrafamiliale și al susținerii dezvoltării armonioase a copilului.

Formarea și dezvoltarea competențelor parentale reprezintă un subiect de larg interes în mediul academic, cercetările recente subliniind rolul esențial al educației parentale în asigurarea unei dezvoltări sănătoase și echilibrate a copiilor. Studiile de specialitate arată că un parenting de calitate contribuie la dezvoltarea empatiei, onestității, încrederii în sine, autocontrolului, cooperării și amabilității, precum și la stimularea curiozității intelectuale, a motivației și a dorinței de realizare personală. Totodată, educația parentală eficientă joacă un rol preventiv important, protejând copiii de riscul apariției anxietății, depresiei, tulburărilor de alimentație și comportamentului antisocial (L.Steinberg).

În aceeași ordine de idei, educația parentală constituie o prioritate strategică pentru Republica Moldova, fapt confirmat prin elaborarea și promovarea, în ultimii ani, a unor politici educaționale și sociale relevante. Cu toate acestea, în pofida importanței evidente a competențelor parentale, cercetările existente semnalează limite semnificative în ceea ce privește identificarea și aplicarea metodelor eficiente de intervenție (V.Ceban, 2019). Din acest motiv, se impune extinderea cunoștințelor în domeniu prin inițierea unor cercetări care să ofere nu doar repere teoretice, ci și aplicații practice adresate părinților. Pe termen lung, investiția în educația parentală contribuie nu doar la îmbunătățirea relațiilor familiale, ci și la reducerea problemelor sociale și la creșterea calității vieții. În acest sens,

devine esențială dezvoltarea și implementarea unor programe eficiente care să sprijine părinții în exercitarea rolului lor educativ.

Analiza literaturii de specialitate relevă faptul că nu există o opinie unanim acceptată în ceea ce privește definirea și abordarea competențelor parentale. Astfel, N. Kormushina definește competența parentală ca fiind capacitatea părintelui de a crea condiții de siguranță pentru copil, oferindu-i suportul necesar în procesul de dezvoltare (L. Nacai, 2022) M. Mishina consideră că aceasta se referă la posedarea de către părinți a cunoștințelor și experiențelor necesare pentru educarea copiilor. E. Rudenskii subliniază dimensiunea organizatorică și educațională a competenței parentale, definind-o drept capacitatea părinților de a organiza activitatea familială și social-educativă în vederea formării deprinderilor, abilităților și inteligenței sociale a copilului (Apud L. Nacai 2022).

Sintetizând aceste perspective, aderăm la definiția formulată de S.-M. Glăveanu (S.-M. Glăveanu, 2011) potrivit căreia competențele parentale reprezintă un sistem integrat de cunoștințe, priceperi, capacități și deprinderi, susținute de trăsături de personalitate specifice, care permit părintelui să-și îndeplinească eficient responsabilitățile parentale, să prevină și să gestioneze situațiile de criză și să susțină dezvoltarea optimă a copilului. Autoarea evidențiază o serie de factori determinanți ai parentalității: factorul cognitiv, factorul de disciplinare, managementul timpului, suportul afectiv și managementul crizelor, fiecare reflectând dimensiuni esențiale ale funcționării parentale (S.-M. Glăveanu, 2011 p. 88)

Pornind de la esența competențelor parentale și de la factorii care influențează parentalitatea, pot fi formulate o serie de recomandări adresate părinților, menite să sprijine crearea unui climat familial armonios și funcțional. Acestea includ stabilirea unor reguli clare, utilizarea comunicării nonviolente, crearea de rutine zilnice, gestionarea adecvată a stresului, oferirea de modele comportamentale pozitive, promovarea încrederii și empatiei, precum și validarea emoțiilor copilului. În acest context, apare în mod firesc întrebarea privind accesul părinților la resursele necesare pentru implementarea acestor recomandări, precum și rolul psihologilor în sprijinirea părinților pentru a deveni parteneri activi în dezvoltarea copiilor lor. Răspunsurile la aceste întrebări se conturează prin explorarea conceptului de educație parentală.

În accepțiunea lui S. Carter, educația parentală desemnează, în sens larg, ansamblul programelor, serviciilor și resurselor destinate sprijinirii părinților și îngrijitorilor în creșterea copiilor. În sens restrâns, aceasta vizează programe orientate spre dezvoltarea competențelor parentale, înțelegerea dezvoltării copilului, reducerea stresului parental și utilizarea unor strategii alternative de gestionare a situațiilor dificile (V. Ceban, 2019). O perspectivă complementară este oferită de E. Vrășmaș, care definește educația parentală ca un set de acțiuni orientate spre exersarea funcției educative și dezvoltarea unor practici eficiente de comunicare și interacțiune familială (E. Vrășmaș, 2008 p. 55)

Psihanalistul D. Houzel propune o abordare multidimensională a educației parentale, evidențiind dimensiunea responsabilității parentale, dimensiunea experienței parentale și dimensiunea practicilor parentale (I. Mitrofan, 1997). Prin urmare, cercetarea strategiilor psihologice de formare a competențelor parentale contribuie semnificativ la înțelegerea provocărilor actuale ale parentalității și oferă repere valoroase pentru dezvoltarea unor intervenții psiho-educaționale eficiente.

Problema cercetării vizează identificarea deficiențelor în practicile parentale și elaborarea unor strategii eficiente pentru optimizarea competențelor parentale. Obiectul cercetării îl constituie strategiile psihologice de formare a competențelor parentale iar scopul cercetării constă în investigarea factorilor și strategiilor care influențează dezvoltarea competențelor parentale.

În concordanță cu scopul cercetării, au fost formulate un set de obiective care susțin necesitatea unei abordări moderne și integrative a educației parentale. Astfel, obiectivele cercetării vizează: (1) studierea literaturii de specialitate în vederea delimitării bazelor teoretice ale problemei investigate; (2) selectarea eșantionului de cercetare și aplicarea instrumentelor de măsură; (3) evaluarea nivelului inițial al competențelor parentale și identificarea nevoii de formare a părinților; (4) formularea concluziilor cercetării.

Ipoteza formulată pornește de la premisele teoretice și empirice existente în domeniu. În acest sens, presupunem că provocările contemporane, precum ritmul accelerat al vieții cotidiene și influența tot mai accentuată a tehnologiei, afectează negativ dezvoltarea competențelor parentale, având un impact direct asupra calității relației părinte–copil.

Din punct de vedere metodologic, cercetarea a combinat metode teoretice și empirice. Metodele teoretice utilizate au inclus documentarea științifică, analiza și sinteza informațiilor, precum și generalizarea datelor obținute. Pentru colectarea materialului empiric au fost utilizate Chestionarul de investigare a competențelor parentale (C.C.P.) elaborat de Simona-Maria Glăveanu și Chestionarul P.A.Q. (Parental Authority Questionnaire) elaborat de J. R. Buri (J.R. Buri, S.-M. Glăveanu).

Baza experimentală a cercetării a fost constituită dintr-un eșantion format din 28 de părinți cu vârste cuprinse între 32 și 45 de ani, ai elevilor clasei a VI-a „D” de la Liceul Teoretic „B. P. Hasdeu” din municipiul Bălți, precum și din 30 de elevi cu vârste cuprinse între 12 și 13 ani, aparținând aceleiași clase. Structura eșantionului a permis investigarea relației dintre competențele parentale și particularitățile dezvoltării copilului, precum și evaluarea impactului intervenției psiho-educaționale propuse.

În vederea realizării demersului experimental, eșantionul de cercetare a fost supus unui proces de stratificare în funcție de mai multe criterii relevante pentru analiza competențelor parentale. Astfel, părinții au fost clasificați în raport cu tipul de familie, numărul de copii, gradul de prezență parentală în viața copilului, vârsta părinților și nivelul de vulnerabilitate familială.

După criteriul numărului de părinți în familie, eșantionul include 7 familii monoparentale și 23 de familii biparentale. Din perspectiva numărului de copii, au fost identificate 6 familii cu un singur copil și 24 de familii cu doi sau mai mulți copii. În funcție de gradul de prezență parentală, 8 familii se caracterizează prin absența unuia sau ambilor părinți ca urmare a migrației pentru muncă, iar 22 de familii au ambii părinți prezenți în viața copilului.

În ceea ce privește vârsta părinților, majoritatea acestora (23 de familii) se încadrează în intervalul de vârstă 30–40 de ani, în timp ce în 7 familii părinții au depășit vârsta de 40 de ani. Din perspectiva vulnerabilității familiale, eșantionul include un număr redus de familii în care se educă copii cu dizabilități (1 familie) și familii provenite din medii social-vulnerabile (1 familie), majoritatea fiind reprezentate de familii stabile, nonvulnerabile (28 de familii).

Analiza structurii eșantionului evidențiază o diversitate semnificativă de contexte familiale, ceea ce permite surprinderea unor perspective multiple asupra practicilor educaționale parentale. Prezența atât a familiilor monoparentale, cât și a celor biparentale, a părinților cu vârste diferite, precum și a familiilor afectate de migrația parentală oferă premisele unei evaluări nuanțate a competențelor parentale. De asemenea, variația în ceea ce privește numărul de copii și existența unor situații de vulnerabilitate familială permit analiza impactului intervențiilor psiho-educaționale în raport cu circumstanțele specifice de viață ale părinților și copiilor incluși în studiu.

Pentru colectarea datelor empirice au fost utilizate instrumente psihometrice validate, relevante pentru evaluarea competențelor parentale și a stilurilor parentale. Astfel, în cadrul cercetării au fost

aplicate următoarele instrumente: *Chestionarul de investigare a competențelor parentale (C.C.P.),* elaborat de Simona-Maria Glăveanu (S.-M. Glăveanu) *Chestionarul P.A.Q. (Parental Authority Questionnaire),* elaborat de J. R. Buri (J.-R. Buri). Chestionarul de investigare a competențelor parentale (C.C.P.) este organizat în cinci dimensiuni fundamentale ale competenței parentale, după cum urmează: *Cunoaștere (*17 itemi), *Suport afectiv și managementul stresului* (17 itemi), *Disciplinare* (19 itemi), *Managementul timpului* (14 itemi), *Managementul situațiilor de criză* (14 itemi) (S.-M. Glăveanu, 2012) Repartizarea itemilor pe dimensiuni este prezentată în Tabelul 1.

Tabelul 1: Repartizarea itemilor pe dimensiuni

Dimensiunile C.C.P.	***Itemi***
Cunoaştere	1, - 4, - 6, - 15, - 37, 38, 39, 49, - 50, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81
Suport afectiv şi managementul stresului	9, - 10, 20, - 22, 32, - 43, - 44, - 47, 53, 54, 55, - 56, 60, - 61, -62, -63, -73
Disciplinare	2, - 3, - 5, 7, 8, 13, - 14, - 16, - 17, - 18, - 21, 23, 24, 26, 27, 28, - 42, - 45, - 46
Managementul timpului	- 11, 33, 34, 35, 36, 40, - 64, - 65, - 66, - 68, 69, 70, 71, 72
Managementul situaţiilor de criză	12, - 19, 25, 29, - 30, - 31, - 41, 48, 51, 52, - 57, 58, - 59, - 67

Scorarea chestionarului se realizează atât la nivel global, cât și pe fiecare dimensiune în parte, prin însumarea valorilor corespunzătoare răspunsurilor acordate pe scala Likert. Pentru anumiți itemi, indicați cu semnul „–”, scorarea este inversată, astfel încât răspunsul „întotdeauna” este cotat cu 1 punct, iar răspunsul „niciodată” cu 5 puncte.

În funcție de scorul global obținut, nivelul competenței parentale este clasificat în trei categorii: redus, mediu și ridicat, conform etalonului prezentat în Tabelul 2.

Tabelul 2: Etalonul C.C.P

Scorul global	***Nivelul competenţei parentale***
81-188	***Redus***
189-296	***Mediu***
297-405	***Ridicat***

Pentru evaluarea stilurilor parentale din perspectiva copiilor a fost utilizat *Chestionarul P.A.Q. (Parental Authority Questionnaire),* adaptat de Simona-Maria Glăveanu (J.-R. Buri, S.-M. Glăveanu, 2012) pe baza instrumentului elaborat de John R. Buri (1991), fundamentat teoretic pe tipologia stilurilor parentale propusă de Diana Baumrind (1971). Instrumentul este conceput pentru a analiza relația părinte–copil și modul în care copiii percep exercitarea autorității parentale.

Chestionarul cuprinde 30 de itemi, distribuiți în trei dimensiuni corespunzătoare principalelor stiluri parentale: *Stilul permisiv, Stilul autoritar, Stilul democratic (autoritativ).* Scorul pentru fiecare stil parental se obține prin însumarea punctajelor aferente itemilor corespunzători fiecărei dimensiuni, iar stilul parental dominant este determinat prin compararea celor trei scoruri finale.

Pentru verificarea *ipotezei cercetării*, conform căreia provocările contemporane, precum ritmul accelerat al vieții și influența tehnologiei, afectează negativ dezvoltarea competențelor parentale, a fost analizat nivelul inițial al competențelor parentale în rândul părinților incluși în eșantion. Rezultatele obținute în etapa de constatare sunt prezentate în Tabelul 3.

Tabelul 3: Distribuirea rezultatelor privind nivelul de competență parentală

Nivelul de competență parentală	Nr. de părinți	Procentajul
Nivel ridicat de competență parentală	2	7,14%
Nivel mediu de competență parentală	7	25,00%
Nivel redus de competență parentală	19	67,85%

Analiza distribuției de frecvență indică următoarele niveluri ale competenței parentale în rândul părinților investigați:

- *Nivel ridicat de competență parentală* – 7,14% (2 părinți din 28). Acești părinți utilizează în mod constant strategii educaționale eficiente și constructive, manifestă deschidere față de informare și colaborare cu specialiști și promovează un climat familial bazat pe respect reciproc, încredere și echilibru între autoritate și afecțiune. Ei stabilesc limite clare, oferind concomitent suport emoțional și încurajare, și demonstrează flexibilitate și adaptabilitate în raport cu nevoile copilului.
- *Nivel mediu de competență parentală* – 25% (7 părinți din 28). Acești părinți dispun de cunoștințe parțiale privind particularitățile de vârstă și individuale ale copiilor, însă aplicarea acestora în practică este inconsistentă. Educația copilului este frecvent ghidată de modele interiorizate din familia de origine, caracterizate prin reguli rigide și o poziție ierarhică superioară a părintelui față de copil.
- *Nivel redus de competență parentală* – 67,85% (19 părinți din 28). Acești părinți manifestă o gândire stereotipică privind educația copilului, aplică frecvent metode autoritare și manifestă un nivel scăzut de implicare în viața școlară și extrașcolară a copilului. Comunicarea părinte–copil este deficitară, iar relația educațională este adesea tensionată, fiind utilizate strategii punitive cu impact negativ asupra dezvoltării copilului. Pentru o înțelegere aprofundată a structurii competenței parentale, analiza a fost extinsă la nivelul fiecărei dimensiuni evaluate de Inventarul C.C.P. Rezultatele sunt sintetizate în Tabelul 4.

Tabelul 4: Distribuirea rezultatelor privind nivelul de competență parentală, după chestionarul C.C.P. de Simona-Maria Glăveanu, pe grupuri de items

Nr.	***Dimensiuni***	***Nivel de competență parentală***					
		Redus		***Mediu***		***Ridicat***	
		Nr. de subiecți	***%***	***Nr. de subiecți***	***%***	***Nr. de subiecți***	***%***
1	Cunoaștere	15	53,57	11	39,28	2	7,14
2	Suport afectiv	13	46,42	12	42,85	3	10,71
3	Disciplinare	20	71,42	6	21,42	2	7,14
4	Managementul timpului	23	82,14	3	10,71	2	7,14
5	Managementul crizelor	24	85,71	3	10,71	1	3,57
	MEDIA	**19**	**67,85**	**7**	**25**	**2**	**7,14**

Analiza datelor evidențiază o distribuție inegală a competenței parentale pe cele cinci dimensiuni investigate. Cele mai pronunțate dificultăți sunt identificate la nivelul *managementului situațiilor de criză, managementului timpului și disciplinării,* unde se înregistrează cele mai mari procente de părinți

cu nivel redus de competență. Aceste deficiențe afectează semnificativ calitatea relației părinte–copil, eficiența strategiilor educaționale aplicate și modul în care părinții sunt percepuți de către copii.

Rezultatele obținute susțin necesitatea implementării unor programe de educație parentală orientate spre dezvoltarea competențelor practice, adaptate nevoilor reale ale familiilor și contextului socio-cultural actual. Pentru a analiza relația dintre nivelul competenței parentale și percepția copiilor asupra relației cu părinții, au fost interpretate rezultatele obținute prin aplicarea Chestionarului P.A.Q. copiilor. Datele sunt prezentate în Tabelul 5.

Tabelul 5: Distribuția rezultatelor privind stilul parental, după Chestionarul pentru copii P.A.Q.

Stilul parental	Nr. de copii	Procentajul
Stil parental permisiv	1	3,33%
Stil parental autoritar	27	90,00%
Stil parental democratic	2	6,66%

Generalizarea rezultatelor indică faptul că: - *90% dintre copii (27 din 30)* percep stilul parental ca fiind autoritar, caracterizat prin reguli stricte, control ridicat și deschidere redusă către negociere; - *6,66% dintre copii (2 din 30)* percep stilul parental ca fiind democratic, evidențiind existența dialogului și a flexibilității în relația cu părinții; - *3,33% dintre copii (1 din 30)* identifică un stil parental permisiv, caracterizat prin toleranță crescută și reguli limitate.

În sinteză, rezultatele cercetării confirmă rolul central al competențelor parentale în structurarea comportamentelor educaționale și în dinamica relației dintre părinți și copii. Limitările identificate în exercitarea rolului parental se traduc prin practici educative predominant directive, cu accent pe conformare și control, în detrimentul dialogului și al flexibilității relaționale. Astfel de abordări pot constitui factori restrictivi pentru dezvoltarea autonomiei copilului, a abilităților socio-emoționale și pentru menținerea unui climat familial favorabil dezvoltării armonioase.

Analiza comparativă a perspectivelor parentale și ale copiilor evidențiază necesitatea conceptualizării educației parentale ca un proces dinamic, aflat într-o continuă adaptare la schimbările sociale și culturale actuale. Rezultatele sugerează importanța calibrării demersurilor de sprijin parental în funcție de dificultățile reale ale părinților, cu accent pe dezvoltarea competențelor de comunicare, autoreglare emoțională, stabilire a limitelor și gestionare eficientă a resurselor temporale. În acest context, datele obținute susțin valoarea științifică a cercetării și oferă repere relevante pentru fundamentarea unor intervenții orientate spre optimizarea funcționării familiale. Practicile educaționale rigide identificate pot fi interpretate ca reacții insuficient adaptative la presiunile cotidiene, generate de suprasolicitare, stres și dificultăți în echilibrarea responsabilităților familiale și profesionale.

Mai mult, decalajul dintre așteptările și nevoile copiilor și capacitatea părinților de a răspunde empatic și flexibil favorizează apariția tensiunilor relaționale și a unei percepții negative asupra autorității parentale. Predominanța stilului autoritar reflectă, astfel, nu doar opțiuni educaționale internalizate, ci și lipsa unor resurse parentale funcționale de gestionare a conflictelor și a situațiilor critice. Prin urmare, cercetarea subliniază importanța evaluării competențelor parentale ca demers preventiv și formativ, oferind un suport empiric solid pentru dezvoltarea unor strategii psiho-educaționale adaptate realităților contemporane. Studiul contribuie la consolidarea cadrului teoretic și aplicativ al educației parentale și conturează direcții relevante pentru cercetări ulterioare și intervenții eficiente în sprijinul familiei.

În acest context, rezultatele cercetării susțin oportunitatea elaborării și implementării unor programe psiho-educaționale destinate părinților, concepute ca intervenții structurate, preventive și formative. Un astfel de program ar trebui să fie fundamentat pe nevoile reale identificate în rândul părinților și să vizeze dezvoltarea competențelor parentale esențiale, cu accent pe comunicarea eficientă, disciplinarea pozitivă, managementul emoțiilor, gestionarea situațiilor de criză și organizarea echilibrată a timpului familial.

Se recomandă ca programele de educație parentală să adopte o abordare integrativă, combinând componentele cognitive, emoționale și comportamentale ale parentalității, precum și metode interactive, centrate pe experiența directă a participanților (exerciții practice, studii de caz, jocuri de rol și reflecție ghidată). De asemenea, implicarea activă a părinților în procesul de formare poate contribui la conștientizarea propriilor practici educative și la facilitarea transferului competențelor dobândite în viața de zi cu zi. Totodată, se recomandă adaptarea conținuturilor programelor psiho-educaționale la particularitățile socio-culturale și familiale ale beneficiarilor, precum și la specificul etapelor de dezvoltare ale copilului. Integrarea evaluării inițiale și finale a competențelor parentale ar permite monitorizarea progresului și optimizarea intervențiilor, asigurând astfel eficiența și sustenabilitatea demersului formativ.

Prin urmare, dezvoltarea și promovarea unor programe psiho-educaționale validate științific reprezintă o direcție prioritară de acțiune pentru sprijinirea părinților, prevenirea dificultăților relaționale și educaționale și consolidarea unui climat familial sănătos, adaptat provocărilor societății contemporane.

Bibliografie

1. Buri, John R. *Parental Authority Questionnaire (PAQ)* [Chestionar]. https://scales.arabpsychology.com/s/parental-authority-questionnaire-paq/ (accesat în 22.10.2025).
2. Ceban, Veronica. „Tendințe integrative în educația parentală din perspectiva valorificării teoriilor învățării și consilierii adulților”, *Studia Universitatis Moldaviae: Științe ale Educației*, Nr. 5, 2019, pp. 158–162, ISSN 1857-2103
3. Glăveanu, Simona-Maria. “Modele parentale relevate în tablouri familiale-abordare nanometică”, *Revista de psihologie*, vol. 57, nr. 1, 2011, pp. 86–98. ISSN 0034-8759
4. Glăveanu, Simona-Maria. “Rezistența la stres-resursă a competenței parentale”, *Revista de psihologie*, vol. 58, nr. 1, 2012, pp. 45–56, ISSN 0034-8759
5. Glăveanu, Simona-Maria. *Chestionarul de investigare a competențelor parentale (CCP)*. https://ru.scribd.com/document/521540118/CCP-glaveanu-txt-1 (accesat în 22.10.2025).
6. Mitrofan, Iolanda. *Psihoterapia experiențială*. București: Infomedica, ediția a II-a, 1999, 360 p. ISBN 973-9394-20-5.
7. Nacai, Lilia. *Competența de comunicare nonviolentă - resursă a competenței parentale*. În: *Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*, 2022, pp. 74-78. ISBN 978-9975-50-295-5
8. Steinberg, Laurence. “Cele zece principii de bază ale unei educații parentale de calitate”, *parenting.anidescoala.ro* (accesat în 29.10.2025) https://parenting.anidescoala.ro/comunicare /10-principii -pentru-o-educatie-parentala-de-calitate/.
9. Vrașmaș, Ecaterina. *Intervenția socio-educațională ca sprijin pentru părinți*. București: Aramis-Print, 2008. 256 p. ISBN 978-973-679-531-2.

DIMENSIUNEA ȘI EVOLUȚIA SECTORULUI ECONOMIEI SOCIALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Tatiana GRIBINCEA
conferențiar universitar, dr. USPEE „Constantin Stere”, Chișinău, Republica Moldova
https://orcid.org/0000-0002-0460-3146

Rezumat

Economia socială este definită ca un sector economic distinct, care îmbină mecanismele de piață cu obiectivele sociale, plasând omul și comunitatea în centrul activității economice. În cadrul său, întreprinderile sociale reprezintă forme inovatoare de afaceri care reinvestesc profitul în misiunea socială, contribuind la reducerea sărăciei, ocuparea persoanelor defavorizate și dezvoltarea comunităților locale. În Republica Moldova, dezvoltarea antreprenoriatului social a devenit o prioritate în ultimii ani, în special în contextul nevoii de incluziune socială și de creare a unor mecanisme inovatoare de combatere a excluziunii și sărăciei Prin urmare, autoritățile publice au început să elaboreze un cadru legislativ și instituțional care să reglementeze și să sprijine funcționarea întreprinderilor sociale. Acest cadru urmărește nu doar recunoașterea legală a acestor entități, ci și stimularea implicării mediului de afaceri și a organizațiilor societății civile în activități cu impact social.

Antreprenoriatul social reprezintă un concept inovator aflat la intersecția dintre sectorul economic și cel social, având ca obiectiv principal generarea unui impact pozitiv asupra comunității. În ultimele două decenii, Republica Moldova a traversat un proces complex de tranziție economică și socială, marcat de reforme structurale, migrație accentuată și inegalități persistente între mediul urban și rural. În acest context, *economia socială* a devenit o dimensiune tot mai relevantă a politicilor publice orientate spre coeziune socială, incluziune economică și dezvoltare durabilă. Analiza tipurilor de antreprenoriat social și a cadrului legislativ din Republica Moldova este esențială pentru înțelegerea mecanismelor prin care acest sector poate contribui la dezvoltarea socio-economică durabilă.

Cuvinte-cheie: asistența sociala, documentația electronica, digitalizarea sitemului, servicii sociale, registre electronice, management a proceselor.

Abstract

At the end of 2023, the “Restart” social assistance system reform was launched, which provides for the streamlining of social policies promoted by the Ministry of Labor and Social Protection and implemented by the National Social Assistance Agency and territorial social assistance structures. The “Restart” social assistance system reform, which aims to ensure more equitable access of the vulnerable population to social benefits and services and to increase the quality of the services provided. To achieve these results, a series of complex actions are planned, which will be implemented over three years. The reform aims to ensure decent living conditions in all centers where vulnerable people are received, regardless of whether they are the elderly, children or people with disabilities, as well as to improve the legislative framework regulating the social assistance system. Many of the procedures have been simplified, the stages have been debureaucratized and the effective field control function of social inspectors has been strengthened. The entire social assistance system will be digitized and registers with all beneficiaries and providers will be established so that data is available in real time. The information in the electronic documentation will be able to be compared operatively with the situation on the ground during controls: the number of beneficiaries, their origin, the conditions for which social assistance was granted, etc.

Keywords: social assistance, electronic documentation, system digitization, social services, electronic registers, process management.

Introducere

În ultimele două decenii, Republica Moldova a traversat un proces complex de tranziție economică și socială, marcat de reforme structurale, migrație accentuată și inegalități persistente între mediul urban și rural. În acest context, *economia socială* a devenit o dimensiune tot mai relevantă a politicilor publice orientate spre coeziune socială, incluziune economică și dezvoltare durabilă. Economia socială este definită ca un sector economic distinct, care îmbină *mecanismele de piață* cu *obiectivele sociale,* plasând omul și comunitatea în centrul activității economice. În cadrul său, *întreprinderile sociale* reprezintă forme inovatoare de afaceri care reinvestesc profitul în misiunea socială, contribuind la reducerea sărăciei, ocuparea persoanelor defavorizate și dezvoltarea comunităților locale.

Provocările sistemului de asistență socială

Resurse insuficiente și gestionare ineficientă: Deși cheltuielile pentru protecția socială reprezintă aproximativ 39% din Bugetul Public Național, acestea au fost dedicate în principal compensațiilor pentru energie, fără să conducă la o îmbunătățire reală a serviciilor sociale [7] *Disparități teritoriale majore:* Accesul la servicii sociale de bază este inegal distribuit, în special între unitățile administrativ-teritoriale, ceea ce afectează copiii, persoanele cu dizabilități și persoanele vârstnice. *Lipsa unui sistem informațional integrat:* Fragmentarea bazelor de date și absența instrumentelor digitale îngreunează monitorizarea beneficiarilor și adoptarea deciziilor strategice *Capacități administrative limitate:* Autoritățile publice locale întâmpină dificultăți în planificarea serviciilor sociale, alinierea strategiilor locale la politicile naționale și utilizarea eficientă a resurselor. Digitalizarea este o componentă importantă pentru care avem nevoie de suportul donatorilor, inclusiv pentru formarea competențelor digitale. Sprijinul partenerilor este necesar și în dezvoltarea programelor de instruire inițială și continuă a asistenților sociali, care, de asemenea, reprezintă un obiectiv strategic al reformei. Este de menționat că pe fundalul crizelor pe care țara noastră le parcurge, în ultimii ani ponderea cheltuielilor pentru protecție socială a crescut în structura Bugetului Public Național de la aproximativ 36% în 2021 la aproximativ 39% în 2023, această creștere s-a datorat exclusiv compensațiilor pentru creșterea prețurilor la energie, asigurate din Fondul de Reducere a Vulnerabilității Energetice, care pe viitor vor fi eliminate [7].

În pofida faptului că asistența socială reprezintă un domeniu prioritar de intervenție al statului, sistemul de asistență socială traversează o perioadă de stagnare și lipsă de viziune. Dispunând de resurse limitate, guvernanța sistemului asistenței sociale trebuie îmbunătățită pentru a spori accesul populației la prestații și servicii sociale de calitate și repartizarea acestora corect si direcționat oamenilor vulnerabili [2]. Trebuie să menționăm că rata sărăciei absolute în Republica Moldova este în continuă creștere și a ajuns la nivel de 24,5%, din care doar 2,8% din populație beneficiază de ajutor social și doar 11,7% de ajutor pentru perioada rece a anului. Mai mult ca atât, se păstrează discrepanțele între unitățile administrativ-teritoriale.

Sistemul național de asistență socială se confruntă cu numeroase provocări ce afectează accesul cetățenilor la serviciile și ajutoarele sociale. Printre acestea, identificarea eficientă a persoanelor eligibile pentru beneficii sociale reprezintă o problemă fundamentală. Autoritățile locale, deși implicate în această misiune, se confruntă cu resurse limitate și capacitate redusă de a satisface nevoile comunității [6]. Suprapunerea atribuțiilor și confuzia în interpretarea cadrului legal reprezintă alte aspecte ce complică funcționarea sistemului de asistență socială. În contextul procesului de descentralizare, delimitarea clară a competențelor între diferitele niveluri de autoritate publică devine esențială pentru evitarea întârzierilor și a neînțelegerilor.

Pe lângă acestea, gestionarea limitată a resurselor financiare și lipsa unei strategii coerente în dezvoltarea resurselor umane din sectorul asistenței sociale agravează situația. Este evidentă necesitatea unei abordări integrate și orientate către soluții sustenabile pentru a asigura un acces adecvat al populației la serviciile sociale esențiale. Lipsa unui sistem integrat de management al informațiilor, care să faciliteze colectarea, stocarea și utilizarea eficientă a datelor relevante în domeniul asistenței sociale. Astfel, elementele de bază ale reformei asistenței sociale "Restart" se poate de sistematizat la următoarele acțiuni de bază:

1. Crearea un sistem de asistență socială deconcentrat prin intermediul agențiilor teritoriale de asistență socială. În această nouă structură, responsabilitățile în domeniul asistenței sociale vor fi atribuite agențiilor teritoriale de asistență socială ATAS, formate din 9 unități, care vor formula politici în domeniu și vor monitoriza implementarea acestora, împreună cu direcțiile raionale/municipale, responsabile de punerea în aplicare a politicilor naționale în domeniul asistenței sociale și de dezvoltarea serviciilor sociale comunitare și specializate. Prin urmare, autoritățile publice locale de nivel II vor putea contracta servicii sociale de la ATAS și Agenția Națională de Asigurări Sociale, în timp ce autoritățile publice locale de nivel I vor continua să dezvolte servicii sociale primare și specializate;

2. Îmbunătățirea mecanismelor de finanțare a asistenței sociale și redefinirea rolului fondurilor sociale, optimizarea alocării resurselor financiare și redefinirea modului în care acestea sunt utilizate, pentru sprijinul comunităților vulnerabile; 3. Revizuirea clasificării serviciilor sociale pentru a asigura o structură mai coerentă și eficientă, adaptată nevoilor actuale ale beneficiarilor; 4. Reformatarea managementului calității serviciilor prestate si implementarea practicilor internaționale de management a proceselor pentru a asigura furnizarea unor servicii sociale de înaltă calitate, elaborarea si aprobarea standardelor de calitate a serviciilor sociale; 5. Majorarea claselor de salarizare și instaurarea unui cadru de management al performanței, măsuri ce vizează stimularea și evaluarea adecvată a angajaților în vederea îmbunătățirii serviciilor oferite; 6. Digitalizarea sistemului de asistență social si implementarea tehnologiilor informatice și a soluțiilor digitale pentru optimizarea și eficientizarea proceselor din cadrul acestui sistem.

În esență, primele rezultate ale reformei menționate a fost decapitarea conducătorilor structurilor teritoriale de asistență socială, reorganizarea acestora a provocat crize de lucrători la nivelul autorităților publice locale și subfinanțarea acestora. Este de notat că peste 80% din foștii conducători ai structurilor teritoriale de asistență socială nu se regăsesc în acest sistem. Pe de altă parte, se observă încărcarea cu cheltuieli a autorităților publice locale, in special mun. Chișinău și UTA Gagauzia fără acoperire financiară suficientă din contul bugetelor de stat. Problema de bază fiind efectul in lanț care provoacă această reformă va condiționa paralizarea întregului sistem de asistență socială și pierderea oamenilor calificați din domeniu. Este paradoxal că abordări similare de reformare a structurilor desconcentrate in teritoriu au fost și in alte domenii: sănătatea publică, agricultură, învățământ etc., care de asemenea înregistrează eșecuri datorită faptului că interesele politice ale guvernării prevalează asupra intereselor și așteptărilor economice și sociale ale populației și a fiecărui cetățean în parte.

Impactul digitalizării asupra beneficiarilor

Pentru cetățeni: simplificarea accesului la ajutoare sociale și reducerea timpului de procesare a cererilor. Oferirea posibilității de a accesa informații și servicii prin intermediul platformelor digitale. *Pentru autorități*: Optimizarea utilizării resurselor financiare și umane. Îmbunătățirea monitorizării și evaluării impactului serviciilor sociale.

Provocările implementării - Accesul la tehnologie: În zonele rurale și defavorizate, infrastructura digitală este limitată, iar populația poate avea dificultăți în utilizarea platformelor online. Protecția datelor, este esențială asigurarea confidențialității informațiilor beneficiarilor în cadrul noilor sisteme digitale. *Rezistența la schimbare:* Implementarea reformei necesită instruirea personalului și ajustarea proceselor existente.

Concluzie

Reforma RESTART marchează o schimbare profundă în modul în care Republica Moldova oferă sprijin social populației vulnerabile. Prin digitalizare, descentralizare și consolidarea serviciilor comunitare, această inițiativă are potențialul de a transforma sistemul de asistență socială într-un model de eficiență și echitate. Cu sprijinul partenerilor de dezvoltare și un angajament ferm din partea autorităților, RESTART poate deveni un exemplu de bune practici pentru regiune. modernizarea Sistemului Informațional Automatizat Asistență Socială. Dezvoltarea unei platforme unice de acces la ajutoare sociale și compensații pentru cetățeni ajutor.gov.md, în baza bunelor practici înregistrate în implementarea platformei compensatii.gov.md; implementarea unui registru unic al beneficiarilor de asistență socială.

Bibliografie

1. Afanasiu, A. Asistenţa socială în contextul transformărilor din Republica Moldova. Chişinău: Editura Cu drag SRL, 2008. 440 p.
2. Armasu, C. Asistenţa socială. Studii şi Aplicaţii. Iaşi: Polirom, 2008. 224 p.
3. Bulgaru, M. Asistenţa Socială: fundamente teoretice şi practice. Chişinău: CEP USM, 2009. 495 p.
4. Bulgaru, M. Aspecte teoretice şi practice ale asistenţei sociale. Chişinău: CEP USM, 2003, 400 p.
5. Bulgaru, M. Metode şi tehnici în asistenţa socială. Chişinău: USM, 2002. 432 p.
6. Bulgaru, M.; Dilion M. Asistenţa socială în perioada de tranzaţie: probleme şi modalităţi de soluţionare. Chişinău: CEP USM, 2000. 134 p.
7.https://social.gov.md/wp-content/uploads/2023/05/Reforma-sistemului-de-asistenta-sociala

ROLUL ASISTENTULUI SOCIAL ÎN REZOLVAREA CAZURILOR DE VIOLENŢĂ ÎN FAMILIE

Tatiana GRIBINCEA
Doctor, conferențiar universitar, Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți,
Republica Moldova, https://orcid.org/0000-0002-0460-3146

Rezumat

Articolul este dedicat studierii fenomenului violenței domestice. Despre violenţa domestică se spune că apare doar în mediile defavorizate social şi material, că este cauzată de stresul vieţii cotidiene şi de lipsa mijloacelor necesare pentru un trai decent sau că este exercitată doar de indivizi cu probleme psihice sau dependenţi de alcool şi droguri. În general, o femeie (sau, după caz, un bărbat) este considerată victimă a violenţei în familie doar dacă este vorba de agresiune fizică. Violenţa domestică nu poate fi acceptată şi justificată. Agresiunile de orice tip sunt alegeri şi acţiuni care se desfăşoară ciclic, episodul de violenţă survenind după ce agresorul epuizează toate argumentele prin care îşi ţine sub control victima.

Indiferent de situaţie, oricine trebuie să ştie că are dreptul de a trăi în siguranţă şi pace în propria casa, dar şi pe stradă, că nici o agresiune nu este justificabilă şi că vina aparţine în totalitate celui care agresează. Orice om are dreptul de a refuza, de a se răzgândi, de a spune ce gândeşte, de a se comporta natural, fără teama de a fi pedepsit sau abuzat . Deşi violenţa în familie e un fenomen care a însoţit din totdeauna construirea şi dinamica familiei, intrarea ei în atenţia ştiinţelor juridice şi sociale este de dată

recentă. Doar în ultimii 20 de ani, ştiinţele sociale şi reglementările legale internaţionale fac referinţă la violenţă în familie, structură exhaustivă a activităţii de prevenire şi combatere a violenţei în familie, fiind desemnate instituţiile la nivel central şi local, abilitate cu funcţii în domeniul acestei activităţi, precum şi cadrul lor de competenţe. Legea privind prevenirea şi combaterea violenţei în familie expune clar definiţia violenţei în familie, nominalizând şi descriind tipurile şi formele ei de manifestare, ţinând cont de particularităţile ei în ţara noastră.
Cuvinte cheie: agresor,combatere, prevenire, victima, violența.

THE ROLE OF THE SOCIAL WORKER IN RESOLVING CASES OF DOMESTIC VIOLENCE

The article is dedicated to the study of the phenomenon of domestic violence. It is often said that domestic violence occurs only in socially and materially disadvantaged environments, that it is caused by the stress of everyday life and the lack of means necessary for a decent standard of living, or that it is carried out only by individuals with psychological problems or those addicted to alcohol and drugs. In general, a woman (or, as the case may be, a man) is considered a victim of domestic violence only if physical aggression is involved. Domestic violence cannot be accepted or justified. Acts of aggression of any kind are choices and actions that occur cyclically, with the episode of violence taking place after the aggressor exhausts all the arguments through which they maintain control over the victim.

Regardless of the situation, everyone must know that they have the right to live safely and peacefully in their own home, as well as on the street, that no aggression is justifiable, and that the blame lies entirely with the aggressor. Everyone has the right to refuse, to change their mind, to express what they think, to behave naturally, without fear of being punished or abused. Although domestic violence is a phenomenon that has always accompanied the construction and dynamics of the family, its attention by legal and social sciences is relatively recent. Only in the last 20 years have the social sciences and international legal regulations referred to domestic violence, providing a comprehensive structure for the activity of preventing and combating domestic violence, designating the institutions at both central and local levels, empowered with functions in this field, as well as their framework of competencies. The law on the prevention and combating of domestic violence clearly sets out the definition of domestic violence, naming and describing its types and forms of manifestation, taking into account its particularities in our country.
Keywords: aggressor, combating, prevention, victim, violence.

Introducere

Despre violenţa în familie se spune că apare doar în mediile defavorizate social şi material, că este cauzată de stresul vieţii cotidiene şi de lipsa mijloacelor necesare pentru un trai decent sau că este exercitată doar de indivizi cu probleme psihice sau dependenţi de alcool şi droguri. În general, o femeie (sau, după caz, un bărbat) este considerată victimă a violenţei în familie doar dacă este vorba de agresiune fizică [2, p. 102]. Realitatea este că violenţa în familie nu poate fi acceptată şi justificată. Agresiunile de orice tip sunt alegeri şi acţiuni care se desfăşoară ciclic, episodul de violenţă survenind după ce agresorul epuizează toate argumentele prin care îşi ţine sub control victima.

Indiferent de situaţie, oricine trebuie să ştie că are dreptul de a trăi în siguranţă şi pace în propria casa, dar şi pe stradă, că nici o agresiune nu este justificabilă şi că vina aparţine în totalitate celui care agresează. Orice om are dreptul de a refuza, de a se răzgândi, de a spune ce gândeşte, de a se comporta natural, fără teama de a fi pedepsit sau abuzat şi, la fel de important, de a împărtăşi experienţele sale pentru a se proteja pe sine şi de a nu rămâne în cercul vicios pentru a-şi proteja agresorul [3, p. 32].

Violenţa în familie e un fenomen care a însoţit din totdeauna construirea şi dinamica familiei

Legea privind prevenirea şi combaterea violenţei în familie expune clar definiţia violenţei în familie, nominalizând şi descriind tipurile şi formele ei de manifestare, ţinând cont de particularităţile ei în ţara noastră. Legea privind prevenirea şi combaterea violenţei în familie elucidează faptul că violenţa în familie este antilegală, defineşte momentele de sancţionare a abuzatorilor şi procedurile de reabilitare pentru agresori şi victime. Un element cheie al acestei legi reprezintă introducerea noţiunii de „ordonanţă de protecţie", un mecanism juridic comun pentru multe ţări în scopul protecţiei persoanelor ameninţate cu violenţă în familie. Legea privind prevenirea şi combaterea violenţei în familie elucidează faptul că violenţa în familie este antilegală, defineşte momentele de sancţionare a abuzatorilor şi procedurile de reabilitare pentru agresori şi victime. Un element cheie al acestei legi reprezintă introducerea noţiunii de „ordonanţă de protecţie", un mecanism juridic comun pentru multe ţări în scopul protecţiei persoanelor ameninţate cu violenţă în familie.

În timp ce legislaţia este o resursă importantă pentru protecţia membrilor familiei de violenţă, pentru a atinge efectul său preconizat este foarte necesară existenţa şi unui nivel înalt de sensibilizare a opiniei publice privind statutul legii şi aplicarea acesteia în vederea prevenirii şi pedepsirii abuzatorilor. În acest scop este nevoie de o concepţie adecvată a organizării activităţii de prevenire şi combatere a violenţei în familie, iar reieşind din prevederile legii, de constituirea echipelor multidisciplinare care ar putea asigura circuitul eficient al victimei şi abuzatorului în cadrul serviciilor destinate reabilitării şi susţinerii de diversă natură, ar acorda servicii calitative profesionalizate, ar constitui condiţiile pentru afirmarea unui sistem eficient de înregistrare, referire şi raportare a cazurilor, în final soluţionând prin mijloace legale cazul, moment important pentru profilaxia fenomenului.

Concepţia cu referinţă la echipa multidisciplinară va permite nu doar rezolvarea cazurilor de violenţă în familie, dar şi unirea eforturilor tuturor specialiştilor în prevenirea acestui fenomen, prin interesul specialiştilor şi crearea opiniei publice despre inadmisibilitatea şi reacţia publică şi primată de intoleranţă, schimbând reprezentarea socială cu referinţă la comportamentul abuzatorului şi al victimei. Activitatea echipelor multidisciplinare poate contribui la schimbarea mentalităţii de victimă, consolidarea demnităţii victimei şi susţinerii ei în efortul de a spune "nu" violenţei.

Scopul cercetării

De a studia impactul ehipei multidisciplinare asupra rezolvării cazului de violenţă domestică. Aici urmărim scopul de a demonstra că violenţa domestică e o problemă socială şi victimele acestei violenţe au nevoie de ajutor din partea echipei multidisciplinară De a studia rolul asistentului social în rezolvarea cazului de violenţă domestică.

Vom defini echipa multidisciplinară în cazurile de violenţă în familie grupul constituit din specialişti desemnaţi de autorităţile şi instituţiile locale abilitate prin lege cu funcţii de prevenire şi combatere a violenţei în familie, cu menirea analizei, managementului, monitorizării şi intervenţiei în cazurile concrete de violenţă în familie. În conformitate cu prevederile Legii cu privire la prevenirea şi combaterea violenţei în familie această echipă întruneşte reprezentanţi ai poliţiei, justiţiei, asistenţei sociale, secţiilor de asistenţă socială şi protecţie a familiei, direcţiilor învăţământ, tineret şi sport, medicinii, organizaţiilor neguvernamentale, centrelor/serviciilor de reabilitare a victimei şi agresorului violenţei în familie, alţii în funcţie de oportunitatea intervenţiei [12, p. 74].

Unul dintre momentele importante, care se asigură prin implicarea echipei multidisciplinare în asistenţa cazurilor de violenţă în familie, se referă la instituirea principiilor unice de activitate. În conformitate cu opiniile autorilor implicaţi în cercetarea şi tratarea aplicată a activităţii echipelor multidisciplinare în domeniul violenţei în familie aceste principii se referă la: oferirea unui spaţiu securizant victimei, care să-i afirme sentimentul de siguranţă şi de protejare de atacurile de orice natură

din partea agresorului; asigurarea confidenţialităţii prin efectuarea oricărei activităţi doar cu acordul victimei; evaluarea riscurilor în scop de evitare pe cât posibil a acestora; tratarea problemei cu seriozitate, ţinându-se cont de modul cum aceasta este percepută de către victimă; manifestarea empatiei şi înţelegerii faţă de situaţia şi problemele victimei;responsabilitatea agresorului de actele comise în raport cu victima şi de repercusiunile pe care acestea le au asupra altor persoane din mediul familial; colaborarea profesioniştilor la nivel de echipă şi cu alte structuri implicate în funcţie de specificul fiecărui caz [3, p.76].

Rolul şi funcţiile asistenţei sociale în echipa multidisciplinară

În conformitate cu Legea asistenţei sociale nr. 547 din 25.12.2003, asistenţă socială se prezintă ca o componentă a sistemului naţional de protecţie socială, în cadrul căruia statul şi societatea civilă se angajează să prevină, să limiteze sau să înlăture efectele temporare sau permanente ale unor evenimente considerate drept riscuri sociale, care pot genera marginalizarea ori excluderea socială a persoanelor şi a familiilor aflate în dificultate [4 p. 8]. Asistenţa socială oferă celor în nevoie posibilităţi de cunoaştere şi de acces la servicii specializate de protecţie socială, îi orientează către înţelegerea şi utilizarea cadrului legislativ de protecţie socială, mobilizează comunitatea, persoanele şi grupurile în dificultate de a influenţa activ politicile sociale. Ea furnizează celor în nevoie ajutor financiar, material, moral, psihoterapie, consiliere [1, p.16].

Asistenţa socială a fenomenului violenţei în familie include două componente esenţiale: serviciile acordate victimei şi programele de recuperare a agresorului. În primul caz este vorba de un ansamblu de instituţii, programe, măsuri, activităţi profesionalizate de protejare şi reabilitare a victimelor violenţei în familie. În cadrul acestora numărăm:

serviciile de reabilitare - instituţii medicale, centre de reabilitare, servicii psihologice şi psihoterapeutice, echipe multidisciplinare de intervenţie etc., care vizează sănătatea fizică şi mentală a persoanei supuse victimizării, sporirea capacităţii de adaptare a acesteia şi a celorlalţi membri ai familiei afectaţi de violenţă, asigurarea protecţiei lor; servicii de suport, care asigură sprijin pe termen lung victimei, asistând-o în procesul de reabilitare şi asigurându-i menţinerea capacităţii de autoprotejare; serviciile de prevenire a violenţei repetate, ocupate de schimbarea mentalităţii, educaţie civică, formarea abilităţilor pentru o viaţă de familie armonioasă.

Întrebarea Nr.1: Problemele cu care vă confruntaţi în acordarea serviciilor femeilor victime ale violenţei domestice?

De cele mai multe ori specialiştii în acordarea serviciilor femeilor victime ale violenţei domestice se confruntă cu preobleme din partea statului, deoarece pentru a putea sa ajute o victimă domestice este nevoi şi de suport din partea statului. Din păcate statul nu se implică pe deplin în acordarea de ajutor pentru toate persoanele victime ale violenţei domestice.

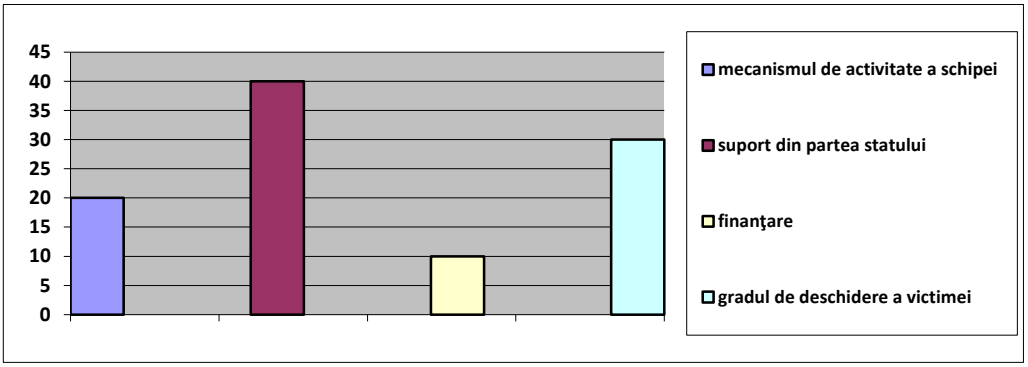


Figura 1. Dificultăţile specialiştilor în asistenţa victimelor

O altă problemă ar fi ca unele din organizaţie care prestează servicii de reabilitare a persoanelor victime ale violenţii în familie nu sunt finanţate nici de stat, nici de alte organizaţii, de exemplu Refugiul " Casa Mărioarei" a fost finanţat de Suedia, centrul putea sa ofere servicii sociale, servicii psihologice, servicii juridice, servicii medicale şi cazare a beneficiarelor cu copii lor pe un termen de o lună, termenul putea fi prelungit în dependenţă de caz. Însă la moment Suedia nu a mai prelungit contractul şi centru a fost nevoit sa caute alte finanţe din partea altor organizaţii şi acum oferă servicii doar la zi. O problemă importantă este că foarte multe din victime violenţei în familie nu doresc să coordoneze cu echipa pe deplin din frica că de problema ei va cunoaşte toată lumea, şi de multe ori femeile victime ale violenţii nici nu se adresează după ajutor in cadrul anumitor organizaţii.
Întrebarea Nr.2: Care sunt lacunele în sistemul de protecţie a victimelor violenţei domestice?

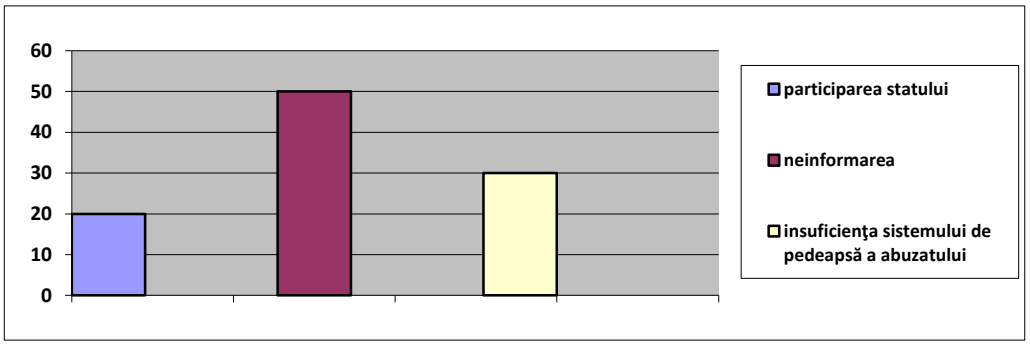


Figura 2. Lacunele sistemului de protecţie a victimelor

O lacună foarte importantă în sistemul de protecţie a victimelor violenţei domestice este neinformarea (50%). Foarte multe femei nu cunosc de centre, organizaţii care oferă anumite servicii de reabilitare atît pentru ele cît şi pentru copii lor. Lipsa de informare duce de cele mai multe ori la grave probleme, care nu pot fi uşor de rezolvat. O altă lacună ar fi că statul(20%) nu participă la informarea tuturor perosanelor din societate despre acele organizaţii sau centre care oferă servicii de reabilitare pentru ele, nu aduc la cunoştinţă despre drepturile care le au şi ce pedeapsă poate avea agresorul în cazul dacă acesta a agresato fizic, sexual, psihologic etc.
Întrebarea Nr.3: Care sunt specialştii de ajutorul cărora au nevoie victimele în soluţionarea cazului de violenţa în familie?

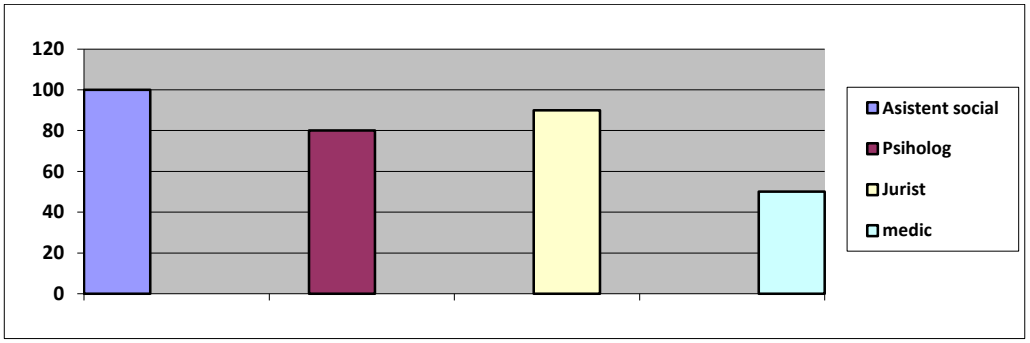


Figura 3. Serviciile solicitate de victimele VF

Din datele obţinute putem spune că victimile în soluţionarea cazurilor de violenţă în familie au nevoie de ajutorul tuturor specialiştilor care fac parte din echipa multidisciplinară. Doar cu ajutorul acestor specialişti (asistent social(100%), psiholog(80), jurist(95), medic(50)), ele pot să-şi rezolve problemele cu care se confruntă şi să aibă încredere în propriile puteri.

Violenţa domestică se află la originea celor mai deficile probleme sociale ale comunităţilor. Pare de necrezut faptul că atenţia publică şi a specialiştilor pentru această maladie socială datează de puţin timp. Procedînd la o sinteză a tuturor celor expuse la tema violenţei în familie, este necesar să precizăm că în prevenirea şi combaterea fenomenului de violenţă domestică se întreprind un şir de măsuri, cum ar fi: - servicii pentru toţi subiecţii violenţii în familie; - activităţi de sensibilizare a publcului larg, în special a tinerei generaţii despre comportamentul non - violent; - programe de instruire specializate pentru diferite grupuri profesionale.

În general, vorbind de prevenirea şi combaterea violenţii domestice în Republica Moldova, suntem nevoiţi a recunoaşte că există mai multe lacune. Cele mai multe ţin de lipsa unui cadru legislativ adecvat sau întîrziat. Adesea acţiunile pe care le întreprind specialiştii în situaţiile referitoare la violenţa domestică se datorează propriilor decizii, cunoştinţe, relaţii şi nu se încadrează în careva instrucţiuni su regulamente, ce ar stipula/ recomanda care ar trebuie să fie acţiunile şi cum să se procedeze într-un caz sau altul. Lipsa acestor instrumente, precum şi cadrul legislativ incomplet îl face adesea pe specialişti să se ghideze de steriotipuri general existente în societate, cum ar fi că femeia prin însuşi comportamentul său generează violenţa, agresivitatea bărbatului. În sfârşit, sunt cu desăvârşire lipsă serviciile destinate agresorului ca unul din principalii subiecţi ai fenomenului. Activităţi orientate către agresor nu desfăşoară practic nici societatea civilă, nici structurile administraţiei de stat, poate cu excepţia unor măsuri absolut ineficiente şi demult perimate.

Concluzii

Mai lasă încă mult de dorit, conţinutul/calitatea programelor de instruire a cadrelor. Ar fi cazul ca, la nivel centralizat, să se instituie nişte cicluri de instruire pentru diferite grupuri profesionale (lucrători sociali, medici, poliţişti, judecători), care să vizeze anume ajutorul victimelor violenţii în familie (acordat atît femeilor, cît şi copiilor) şi – de ce nu?! – care vizează şi agresorul, aşa încît specialiştii să cunoască unde şi cum ar putea să refere aceşti beneficiari pentru asistenţă.

De menţionat, că există mai multe modele, unele replicate de peste hotare, care au fost şi mai sunt utilizate (bunăoară, modelul DULUZ, care presupune instruirea şi abordarea multidisciplinară a problemei violenţei în familie, implicarea mai multor specialişti- poliţişti, medici, lucrători sociali- sau module pentru poliţişti separat). Dar ele au un caracter general, mai mult de sensibilizare a problemei violenţii în familie, bazate pe metede reactive (definiţii, cauze, profilul victimei, profilul abuzatorului etc.), şi mai puţin programe de instruire specializate, utilizîndu-se metodele proactive de identificare a victimelor violenţii în familie, intervievarea, lucru cu agresorul.

Recomandări pentru victimele violenţei în familie

Victimele violenţei în familie ce au suferit o *agresiune fizică* trebuie să ştie că:

Dacă au fost victime ale unei agresiuni fizice, atunci trebuie mai întâi să meargă la spital pentru a-şi îngriji de urgenţă starea de sănătate probabil alterată de bătaia primită. După aceasta să solicite consultul medico-legal, în caz contrar îşi pot pune în pericol viaţa, vătămările suferite putând evolua neaşteptat şi rapid, uneori grav. Consultul medico-legal se face întotdeauna retroactiv şi este valabil legal astfel încât victima nu trebuie să fie în cursă cu medicina legala, ci cu propria stare de sănătate.

Să nu uite să ceară din spital acte medicale care să dovedească că aţi fost examinat/ă (pe foi cu antet original, datate, cu ştampila instituţiei şi parafa medicului), precum şi rezultatele de la orice alt tip de investigaţie (radiografie, ecografie, etc.), în cazul în care aţi fost supus/ă la astfel de examinări. Dacă trebuie să se interneze, să dea curs recomandării medicilor şi sub nici o formă să nu plece din spital împotriva indicaţiei medicale (îşi risca viaţa, numeroase lovituri putându-se complica ulterior). După ieşirea din spital poate să îşi caute dreptatea, şi nu înainte!

Victima ar trebui să aibă şi un avocat care sa o consilieze. Nu trebuie să încerce să rezolve singură/singur cele întâmplate. Legea îi dă dreptul să solicite sa vină singur/ă spre a fi examinat/consultat/ă medico-legal, dar în cazul agresiunilor sexuale este de dorit ca victima să anunţe poliţia de la început. Legea pedepseşte sever agresiunea sexuală, atât în afara familiei, cât şi în familie. Oricum medicul legist, daca va constata că a fost victima unui viol/perversiuni sexuale, etc., este obligat să anunţe la rândul său poliţia, dar în acest fel se pierde mult timp preţios.

Bibliografie

1. Bicu, A. *Dreptul la informare şi contracararea violenţei faţă de femei.* Bucureşti: Prohuman, 2004, 310 p.
2. Bodrug-Lungu, V. *Privire generală asupra violenţei domestice prin prisma gender* //Practici pozitive de elaborare şi promovare a legislaţiei în violenţa domestică. Materialele Conferinţei Regionale. Tîrgu-Jiu: USM, 2007, 94-120 p.
3. Rusnac, S.; Zmuncilă, L. *Ghid de intervenţie în cazurile de violenţă în familie. Pentru echipele multudisciplinare*. Institutul de Formare şi Cercetare Socială, Tîrgu-Jiu: ULIM, 2009, p. 125.
4. Văduva, G. *Analiza şi prevenirea violenţelor în familie – Îndrumar pentru poliţişti.* Bucureşti: Ed. Ministerului de Interne, 2002, 56p.
5. Zamfir, E. *Violenţa împotriva femeii*. Revistă de asistenţă socială. Nr. 1-2, 2005. pp. 7-25.

REZILIENȚA LA STRES A STUDENȚILOR DIN ANII DE FINALIZARE A STUDIILOR DE LICENȚĂ ȘI MASTERAT

Maria PLEȘCA

Conferernțiar univ., dr. în psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0001-9567-3723

Introducere

În societatea contemporană, cerințele impuse studenților și absolvenților de instituții de învățământ superior cresc de la an la an. Dorința de a nu greși în alegerea profesiei, de a determina viitoarele perspective de carieră și necesitatea de a corespunde așteptărilor celor din jur contribuie la creșterea nivelului de anxietate al absolvenților din învățământul superior și, implicit, la scăderea rezilienței lor la stres. În ultimii ani, tema stresului și a rezistenței la acesta devine una dintre temele cheie în cercetările specialiștilor din diverse domenii de cunoaștere. R. Lazarus și S. Folkman au elaborat conceptul de evaluare cognitivă a stresului și a strategiilor de coping, care este utilizat pe scară largă pentru analiza reacțiilor studenților la situațiile stresante [1].

Studierea rezilienței la stres în rândul studenților din anii terminali este deosebit de importantă, deoarece tocmai în această perioadă are loc tranziția de la activitatea de învățare la cea profesională, fapt însoțit de schimbări semnificative în modul de viață și care necesită o adaptabilitate ridicată din partea absolvenților. Un nivel ridicat de stres în această perioadă poate duce la dezvoltarea stărilor de anxietate și depresie, la scăderea motivației pentru învățare și căutarea unui loc de muncă, precum și la formarea unei atitudini negative față de viitoarea activitate profesională [9].

În contextul schimbărilor socio-economice moderne și al concurenței tot mai mari pe piața muncii, dezvoltarea rezilienței la stres la studenții din anii terminali capătă o importanță deosebită. Capacitatea de a face față eficient stresului le permite absolvenților să se adapteze cu succes la noile condiții, să manifeste inițiativă și creativitate în rezolvarea sarcinilor profesionale, precum și să își mențină bunăstarea psihologică în condiții de incertitudine [7].

Actualitatea cercetării rezilienței la stres la studenții din anii terminali de licență și masterat este condiționată de o serie de factori, legați de sarcinile academice intense, necesitatea pregătirii pentru evaluarea finală și incertitudinea privind viitoarea angajare. În această etapă, studenții se confruntă cu

un impact stresant sporit, care poate afecta negativ starea lor psihologică, sănătatea fizică și rezultatele învățării [8].

Reziliența la stres, definită ca fiind capacitatea de a se adapta eficient la situațiile stresante și de a se recupera după acestea, devine un factor cheie care determină succesul finalizării studiilor și adaptarea profesională ulterioară a absolvenților. Totodată, diferențele dintre studenții de la licență și cei de la masterat în indicatorii rezilienței la stres pot indica motive specifice ale stresului, legate de educație și dezvoltarea profesională [7]. Cercetarea va permite identificarea acestor diferențe și va contribui la elaborarea strategiilor de sprijin psihologic pentru studenți.

Mai mult, reziliența la stres este strâns legată de rezistența psihică (hardiness) (R. Lazarus, S. Folkman) [1], toleranța la incertitudine (B. Cyrulnik, B.) [4] și anxietate (J. Bowlby) [3]. O rezistență psihică scăzută poate reduce capacitatea de a face față stresului și de a se recupera după situații dificile, fapt confirmat de cercetările lui R. Lazarus și S. Folkman, care au studiat mecanismele de *coping* cu stresul. O toleranță scăzută la incertitudine poate amplifica anxietatea în circumstanțe imprevizibile, sporind vulnerabilitatea la stres, așa cum a remarcat în lucrarea sa J. Benedek, J., care a investigat influența incertitudinii asupra luării deciziilor [2]. La rândul său, un nivel ridicat de anxietate poate duce la o reacție excesivă la factorii stresanți și poate îngreuna adaptarea la aceștia, ceea ce s-a reflectat și în lucrările lui J. Bowlby, care a studiat influența anxietății asupra comportamentului uman [3]. Studierea interdependenței dintre reziliența la stres și aceste caracteristici personale va permite o înțelegere mai profundă a mecanismelor de adaptare la stres la studenții de diferite niveluri de studiu și elaborarea unor programe de sprijin psihologic mai eficiente, așa cum a menționat în cercetările sale D. Goleman, dedicate dezvoltării inteligenței emoționale și rezilienței la stres [5].

Metodologia cercetării

Scopul cercetării este de a determina reziliența la stres a studenților absolvenți (ciclurile de licență și masterat) și de a investiga asocierea acesteia cu vitalitatea, toleranța la incertitudine și anxietatea. *Obiective specific: 1.*Evaluarea empirică a rezilienței la stres și a relației sale cu vitalitatea, toleranța la incertitudine și anxietatea în rândul studenților absolvenți. 2.Analiza comparativă a datelor obținute între grupurile de studenți de la licență și masterat.

Ipoteza: există diferențe statistic semnificative la reziliența la stres și a vitalității, toleranței la incertitudine și anxietate între grupurile de studenți de la licență și masterat; studenții de la masterat vor prezinta o reziliență la stres mai mare comparativ cu studenții de la licență.

Metode și instrumente de cercetare: Chestionarul de toleranță–intoleranță la incertitudine al (T. V. Kornilova); Testul de Vitalitate **(**Maddi); Chestionarul STAI (Ch. D. Spielberger, L. Khanin); Testul de autoevaluare a rezistenței la stres (S. Cohen – H. Williamson).

Pentru verificarea datelor empirice în vederea corespunderii parametrilor distribuției normale a fost utilizat Criteriul Kolmogorov–Smirnov. Deoarece distribuția pe o serie de scale diferă de cea normală, au fost folosite metode de cercetare neparametrice: pentru analiza de corelație coeficientul de corelație a rangurilor Spearman, pentru analiza comparativă criteriul U Mann–Whitney, precum și criteriul φ* (phi) – transformarea unghiulară Fisher. În eșantion au fost incluși 81 de studenți absolvenți de la ciclul de licență și masterat, dintre care 32 de studenți ce absolvesc ciclul licență (17 bărbați, 15 femei) și 49 de studenți de la masterat, anul II de studiu (18 bărbați, 31 de femei).

Prelucrarea și interpretarea rezultatelor

Prin aplicarea Testului „Autoevaluarea rezistenței la stres” (Cohen-Williamson) au fost determinați indicatorii rezistență la stres la studenții absolvenți de la ciclul de licență și masterat. Rezultatele evaluării sunt prezentate sub forma distribuției procentuale pe trei categorii: „bun”,

„satisfăcător” și „slab”. Majoritatea studenților absolvenți de la ciclul de licență (56%) își evaluează rezistența la stres ca fiind satisfăcătoare. Totuși, o parte semnificativă (31%) prezintă valori scăzute ale rezistenței la stres, ceea ce indică o potențială vulnerabilitate la stres și necesitatea elaborării unor măsuri de creștere a resurselor de adaptare. Doar 13% dintre studenții de la licență au o rezistență la stres bună. Studenții de la masterat, spre deosebire de cele de la licență, își evaluează rezistența la stres ca fiind semnificativ mai mare. Aproape jumătate dintre respondenți (47%) au evaluat-o ca fiind bună, iar 45% o consideră satisfăcătoare. Doar 8% dintre masteranzi consideră rezistența lor la stres slabă și foarte slabă. Evaluarea „excelent” nu a fost identificată în timpul analizei datelor.

Astfel, studenții masteranzi demonstrează o rezistență la stres semnificativ mai mare în comparație cu studenții de la licență. În special, ponderea studenților cu un nivel „bun” de rezistență la stres în grupul masteranzilor este semnificativ mai mare (47% față de 13%), iar ponderea studenților cu un nivel „slab” este semnificativ mai mică (8% față de 31%), decât în grupul studenților de la licență. Compararea rezultatelor celor două grupuri de studenți, utilizând transformarea unghiulară Fisher φ*, a permis identificarea unor diferențe semnificative statistic în rezistența la stres. Ponderea studenților de la masterat care își evaluează rezistența la stres ca fiind bună este mai mare decât ponderea studenților de la licență cu o evaluare similară: $\varphi^* = -3.25$, $p < 0.01$. Categoria „Satisfăcător”: $\varphi^* = 1.01$. Diferența dintre ponderi nu este semnificativă statistic. Ponderea studenților de la licență care își evaluează rezistența la stres ca fiind slabă este mai mare decât ponderea studenților de la masterat cu o evaluare similară: $\varphi^* = 2.72$, $p < 0.01$. Rezultatele indică diferențe semnificative statistic în evaluarea rezistenței la stres între absolvenții de licență și masterat. Masteranzii demonstrează o evaluare mai înaltă a rezistenței lor la stres (mai frecvent „bună” și mai rar „slabă”), în comparație cu studenții de la licență.

Rezultatele obținute prin chestionarul de toleranță–intoleranță la incertitudine (T. V. Kornilova) au fost analizate pe indicatorii de toleranță la incertitudine (TI), intoleranță la incertitudine (ITI) și intoleranță interpersonală la incertitudine (IITI) la studenții de la licență și masterat. Printre studenții de la licență predomină respondenții cu valori medii ale TI (68,8%). Ponderea studenților cu valori mari ale TI este de 18,8%, iar cu valori scăzute – de 12,5%. Datele indică faptul că majoritatea studenților absolvenți de la ciclul de licență demonstrează o capacitate moderată de a se adapta la situații noi și imprevizibile. Un procent mic de studenți posedă o toleranță pronunțată la incertitudine, ceea ce poate indica o predispoziție mai mare la risc și la acceptarea schimbărilor.

La masteranzi, se observă un procent mai mare de studenți cu valori mari ale TI (38,8%) în comparație cu studenții de la licență. Studenții cu valori medii ale TI constituie 55,1%, iar cu valori scăzute – 6,1%; adică, studenți cu valori medii și scăzute sunt mai puțini printre ei decât printre studenții de la licență. Datele obținute atestă faptul că studenții absolvenți de la masterat, într-o măsură mai mare decât cei de la licență, posedă capacitatea de a funcționa eficient în condiții de incertitudine. Acest lucru poate fi legat de o vârstă mai matură, de experiența de studiu și de activitatea profesională, care contribuie la dezvoltarea strategiilor adaptative. Compararea datelor pentru studenții absolvenți de la licență și studenții absolvenți de la masterat relevă o tendință de creștere a TI la studenții de la masterat. Acest lucru poate fi determinat de acumularea experienței în rezolvarea problemelor complexe, de dezvoltarea abilităților analitice și de formarea încrederii în propriile forțe.

La studenții absolvenți de la licență, pe scala Intoleranța la Incertitudine, predomină valorile medii (59,2%), iar la ceilalți studenți – valori mari (40,8%). Nu au fost identificați studenți cu valori scăzute ale Intoleranța la Incertitudine. Pe scala IITI (Intoleranța Interpersonală la Incertitudine), pentru majoritatea studenților de la licență sunt caracteristice valorile mari (56,3%), valorile medii – pentru 34,4%, valorile scăzute – pentru 9,4%. Valorile mari ale ITI și IITI indică o nevoie pronunțată de

predictibilitate și control la studenții absolvenți de la licență. Respingerea incertitudinii se manifestă deosebit de acut în relațiile interpersonale, ceea ce poate indica dificultăți în adaptarea la noi grupuri sociale și neîncredere în comunicare. Distribuția ITI la studenții absolvenți de la masterat este următoarea: indicatorul mare – 40,8%, mediu – 59,2%, scăzut – 0%. În ceea ce privește factorul IITI, ponderea studenților cu indicator mare este mai mică decât pentru factorul ITI (22,4%), în timp ce aproape un sfert dintre studenți (24,5%) au înregistrat valori scăzute la acest factor. Pentru majoritatea masteranzilor sunt caracteristice valorile medii (53,1%).

Astfel, la ITI, studenții de la licență și masterat au arătat rezultate practic identice. Totuși, în ceea ce privește IITI, la masterat se observă o reducere semnificativă a ponderii studenților cu nivel mare și o creștere a ponderii studenților cu nivel scăzut în comparație cu licența. Acest lucru poate indica faptul că, odată cu vârsta și experiența de studiu, studenții devin mai toleranți la incertitudinea din relațiile interpersonale, posedă abilități de comunicare mai dezvoltate și demonstrează capacitatea de a forma relații interpersonale mature.

Analiza comparativă a ponderilor procentuale ale studenților de la licență și masterat cu nivel mare de TI, efectuată folosind transformarea unghiulară Fisher φ*, a relevat diferențe semnificative între ponderile studenților din cele două grupuri ($\varphi^* = 1.99$, $p \leq 0,05 = 1.64$). Ponderea masteranzilor cu nivel mare de TI este semnificativ mai mare decât ponderea studenților de la licență cu nivel mare de TI. O situație diferită se observă la nivelul scăzut al TI. În categoria „nivel scăzut de TI", diferențe semnificative statistic între ponderile studenților din cele două grupuri au fost obținute după cum urmează: ponderea studenților cu nivel scăzut de TI este semnificativ mai mare printre studenții de la licență ($\varphi^* = 2,5$ la $p \leq 0,01 = 2,31$), decât printre masteranzi.

Prin aplicarea Testului de vitalitate (S. Maddi) [6] au fost analizate trei componente: implicarea (angajamentul), controlul și acceptarea riscului, precum și scorul total al voinței de viață. Date obținute pe eșantionul de studenți de la ciclul de licență demonstrează următoarea distribuție:

Implicarea (Angajamentul): Cea mai mare parte a eșantionului (65,6%) demonstrează un grad de implicare sub normă, ceea ce indică o tendință spre înstrăinare, scăderea interesului pentru activitate și a convingerii de a putea influența evenimentele. Implicarea în limitele valorilor normative se observă la 28,1% dintre respondenți, în timp ce scoruri peste valorile normative, care indică un interes ridicat și o poziție de viață activă, au fost înregistrate doar la 6,3% dintre studenți.

Controlul: Similar cu implicarea, printre studenții de la licență predomină respondenții cu indicatori scăzuți ai controlului (62,5%), care reflectă convingerea propriei inabilități de a influența rezultatele evenimentelor și o înclinație spre sentimentul de neajutorare. Indicatori în limitele valorilor normative demonstrează 31,3% dintre studenți, iar indicatori mari, care atestă încrederea în forțele proprii și capacitatea de a gestiona situația, – doar 6,3%.

Acceptarea riscului: În această componentă se observă o imagine diferită: majoritatea studenților (68,8%) demonstrează indicatori ai acceptării riscului în limitele valorilor normative, ceea ce se caracterizează printr-o evaluare adecvată a situației și o pregătire pentru acțiuni chibzuite în condiții de incertitudine. Valori mari, care reflectă aspirația spre noi oportunități și disponibilitatea pentru experimente, se observă la 25% dintre respondenți. Doar o mică parte (6,3%) demonstrează indicatori scăzuți ai acceptării riscului, ceea ce poate indica o prudență excesivă și evitarea situațiilor riscante.

Vitalitate: Scorul total al vitalității la jumătate dintre studenții de la licență (50%) se încadrează în limitele valorilor normative. Totuși, o parte semnificativă a eșantionului (43,8%) demonstrează o voință de viață sub normă, ceea ce poate indica o vulnerabilitate crescută la factorii de stres și dificultăți în adaptarea la noi condiții. Un indicator mare al voinței de viață, care reflectă

capacitatea de a face față eficient dificultăților și de a menține o atitudine pozitivă, a fost înregistrat doar la 6,3% dintre studenți.

Date obținute pe eșantionul de studenți de la masterat arată următoarea distribuție a studenților absolvenți de la masterat în funcție de gradul de manifestare a componentelor vitalității:

Implicarea: Spre deosebire de licență, printre masteranzi se observă mai mulți respondenți cu indicatori ai implicării peste valorile normative (24,5%). În limitele normei, acest indicator a fost înregistrat la 46,9%. Ponderea studenților cu indicator scăzut al implicării printre masteranzi este semnificativ mai mică (28,6%) decât la studenții de la licență.

Controlul: O tendință similară se observă și în componenta „control". Ponderea studenților cu indicator mare al controlului (28,6%) este semnificativ mai mare decât la studenții de la licență. În limitele normei, acest indicator este demonstrat de 51% dintre masteranzi. Un indicator scăzut al controlului a fost identificat la 20,4% dintre respondenți. Acceptarea riscului: Majoritatea masteranzilor demonstrează indicatori mari (44,9%) și normali (49%) ai acceptării riscului. Doar o mică parte (6,1%) prezintă valori scăzute la componenta acceptării riscului.

Rezultate privind Vitalitatea: scorul general al vitalității este semnificativ mai mare în rândul masteranzilor comparativ cu studenții de la licență. Masteranzii prezintă, în general, un număr semnificativ mai mare de respondenți cu indicatori înalți ai vitalității. Ponderea masteranzilor cu indicatori sub valorile normative (22,4%) este considerabil mai mică decât la studenții de la licență. 32,7% dintre studenți demonstrează valori mari ale scorului total al vitalității, iar 44,9% se încadrează în limitele normative. Diferențele se manifestă în distribuția procentuală a componentelor individuale (Implicare, Control, Acceptare a Riscului).

Vitalitatea superioară a masteranzilor se traduce printr-o implicare mai mare, un sentiment mai puternic de control asupra situației și o disponibilitate crescută de a accepta riscul. În consecință, ponderea masteranzilor cu scoruri scăzute la Implicare, Control și scorul total al vitalității este semnificativ mai redusă. Conform datelor obținute, printre studenții de la masterat, procentul celor care au valori mari pe scalele „Implicare", „Control" și „Vitalitate" este mai mare decât printre studenții de la licență. În grupul studenților de la licență, procentul studenților cu indicatori scăzuți și medii pe aceste scale este mai mare.

Semnificația statistică a diferențelor este confirmată prin intermediul criteriului φ* – transformarea unghiulară Fisher. Pe scala „Implicare", la $p \leq 0,05 = 1,96$, s-a obținut φ* = 0,0038. Pe scala „Control", la $p \leq 0,05 = 1,96$, s-a obținut phi = 0,0004. Pe scala „Vitalitate", la $p \leq 0,05 = 1,96$, s-a obținut φ*= 0,0013. Pe scala „Acceptarea riscului" nu au fost identificate diferențe semnificative statistic între grupuri ($p^* = 0,155$ la $p \leq 0,05 = 1,96$). Astfel, aplicarea criteriul phi – transformarea unghiulară Fisher a arătat prezența unor diferențe semnificative statistic între ponderile studenților cu valori mari pe scalele „Implicare", „Control" și „Vitalitate": ponderea acestor studenți este semnificativ mai mare în grupul masteranzilor în comparație cu grupul studenților de la licență.

După rezultatele obținute prin utilizarea chestionarului STAI de autoevaluare a anxietății personale și situaționale. Pe baza datelor, se poate constata următoarele cu privire la studenții de la licență: Anxietatea personală: Mai mult de jumătate dintre studenții absolvenți de la licență (53,1%) demonstrează un nivel ridicat de anxietate personală. Un nivel moderat de anxietate a fost identificat la 34,4% dintre respondenți, iar unul scăzut – doar la 12,5%. Acest fapt atestă predominanța, în acest grup de studenți, a unei înclinații de a experimenta anxietate în diverse situații de viață, ceea ce poate fi legat de schimbările viitoare în activitatea profesională și de incertitudinea viitorului.

Anxietatea situațională: Nivelul ridicat de anxietate situațională domină, de asemenea, în eșantion, constituind 46,9%. Un nivel moderat de anxietate situațională se observă la 40,6% dintre respondenți, iar unul scăzut – la 12,5%. Acest lucru indică faptul că o parte semnificativă a studenților experimentează anxietate în situații concrete, inclusiv cele legate de finalizarea studiilor și necesitatea de adaptare la noi condiții. Rezultatele diagnosticului la studenții absolvenți de la licență atestă predominanța printre respondenților cu un nivel ridicat de anxietate, atât personală, cât și situațională.

Analiza datelor demonstrează următoarea imagine la masteranzi: Anxietatea personală: În grupul studenților absolvenți de la masterat se observă o distribuție mai uniformă a respondenților cu diferite niveluri de anxietate personală. Nivelul ridicat a fost identificat la 32,7%, cel moderat – la 34,7%, iar cel scăzut – tot la 32,7%. Acest lucru sugerează că acest grup de studenți este mai puțin supus anxietății generale decât studenții de la licență. Anxietatea situațională: În ceea ce privește anxietatea situațională, se observă, de asemenea, o tendință de scădere a nivelului ridicat. Nivelul ridicat de anxietate situațională a fost identificat la 26,5% dintre respondenți, cel moderat – la 32,7%, iar cel scăzut – la 40,8%. Acest lucru indică faptul că studenții masteranzi sunt mai puțin supuși anxietății în situații concrete, în special cele legate de finalizarea studiilor, în comparație cu studenții de la licență.

Rezultatele diagnosticului la studenții absolvenți de la masterat arată că printre ei există mai multe persoane cu nivel scăzut de anxietate, atât personală, cât și situațională, în comparație cu studenții de la licență. Acest lucru poate fi legat de un nivel mai înalt de maturitate, de experiența de studiu și de activitatea profesională, precum și de o înțelegere mai clară a perspectivelor ulterioare. Pentru determinarea semnificației statistice a diferențelor dintre grupurile de studenți de la licență și masterat în proporția procentuală a nivelului ridicat de anxietate a fost utilizat criteriul φ* – transformarea unghiulară Fisher. La nivelul de semnificație $p \leq 0.05$, valoarea critică este 1.64, iar la $p \leq 0.01$ – 2.31. În ambele cazuri, valorile obținute φ*nu depășesc valoarea critică 1.64.

Nu au fost constatate diferențe semnificative statistic în ceea ce privește anxietatea personală și situațională între studenții de la licență și masterat. Deși analiza descriptivă a indicat niveluri mai înalte de anxietate la studenții de la licență, aplicarea criteriului statistic (φ*– transformarea unghiulară Fisher) a confirmat că aceste diferențe nu sunt semnificative. Pentru a verifica ipoteza conform căreia reziliența la stres la studenții de la masterat este mai mare decât la studenții de la licență, a fost utilizat Criteriul U Mann-Whitney. Datele sunt prezentate în Tabelul 1.

Tabelul 1. Rezultatele analizei comparative a rezistenței la stres a studenților de la ciclul de licență și masterat

Scala	U_{cr}		*Unități medii*		U_{emp}
	p≤0.01	*p≤0.05*	licența	masterat	
Reziliența la Stres	542	613	20,8	15,4	***391,5***

*** Diferențe semnificative statistic la* p≤ 0,01

Deoarece valoarea empirică a criteriului Mann-Whitney (U= 391,5) este mai mică decât valoarea critică la p≤0.01, U = 542), se confirmă existența unor diferențe semnificative statistic la acest nivel de semnificație, indicând că rezistența la stres este semnificativ mai mare la masteranzi (unde media rangurilor este 15,4, mai mică decât 20,8 la licență). Rezultatele analizei comparative indică faptul că reziliența la stres la studenții de la masterat este semnificativ mai mare decât la studenții de la licență. Astfel, ipoteza a fost confirmată.

Analiza datelor prezentate în tabelul 2 indică la scalele următoare: *Toleranța la incertitudine*: La studenții de la masterat, valoarea medie a toleranței la incertitudine (57,1) este mai mare decât cea

a studenților de la licență (49,8), iar diferențele sunt semnificative statistic (Uemp = 489,5**, p≤0.01). *Intoleranța la incertitudine*: Nu au fost identificate diferențe semnificative între studenții de la licență și cei de la masterat. *Intoleranța interpersonală la incertitudine*: Deși nu au fost identificate diferențe semnificative inițiale între grupuri, o analiză detaliată a relevat o diferență semnificativă statistic pe dimensiunea intoleranței interpersonale la incertitudine (Uemp= 440,5**, p≤0.01). Masteranzii înregistrează o valoare medie a intoleranței interpersonale la incertitudine semnificativ mai mică (Media = 31,7) comparativ cu studenții de la licență (Media = 39,2).

Tabelul 2.Rezultatele analizei comparative a toleranței la incertitudine la studenții de la licență și masterat (pentru toate scalele)

Scala	U_{cr}		*Valori medii*		U_{emp}
	p≤0.01	*p≤0.05*	licență	masterat	
Toleranță la incertitudine	542	613	49,8	57,1	***489,5****
Intoleranță la incertitudine	542	613	62,9	63	*774,5*
Intoleranță interpersonală la incertitudine	542	613	39,2	31,7	***440,5****

***** diferențe semnificative statistic la *p≤0.05;* ****** diferențe semnificative statistic între indicatori la *p≤0.01*

Rezultatele sugerează că studenții de la masterat demonstrează o toleranță la incertitudine mai ridicată și o intoleranță interpersonală la incertitudine mai scăzută decât studenții de la licență. Această constatare se aliniază cu rezistența lor superioară la stres (observată în contextul general al cercetării). În continuare, a fost efectuată o analiză comparativă a indicatorilor de reziliență (vitalitate) ai studenților de la licență și masterat, utilizând criteriul U-Mann–Whitney. Datele sunt prezentate în Tabelul 3.

Tabelul 3.Rezultatele analizei comparative a rezilienței (vitalității) la studenții de la licență și masterat (pentru toate scalele)

Scala	U_{cr}		*Valori medii*		U_{emp}
	p≤0.01	*p≤0.05*	licență	masterat	
Implicare	542	613	28,3	36,5	***391,5****
Control	542	613	23,7	30	***503,5****
Acceptarea riscului	542	613	15,5	18,5	*583*
Reziliență/vitalitate	542	613	67,4	85	***486,5****

***** diferențe semnificative statistic la *p≤0.05;* ****** diferențe semnificative statistic între indicatori la *p≤0.01*

Analiza indicatorilor de Reziliență (vitalitate), care măsoară capacitatea individului de a percepe evenimentele stresante ca fiind controlabile, provocatoare și interesante, arată că masteranzii posedă un nucleu psihologic mai puternic. *Reziliență globală:* studenții de la masterat prezintă scoruri semnificativ mai mari la indicatorul total de reziliență, comparativ cu cei de la licență (p≤0.01). *Implicarea:* masteranzii au scoruri mai mari. Aceasta indică faptul că ei se simt mai implicați și mai valoroși în activitatea lor, găsind sens în ceea ce fac și fiind mai puțin predispuși la alienare. La scala *Control* masteranzii au scoruri mai mari. Aceasta sugerează o convingere mai puternică în capacitatea lor de a influența rezultatele evenimentelor stresante, percepând dificultățile ca fiind gestionabile.

La scala *Asumarea Riscului* nu au fost depistate diferențe semnificative statistic. Ambele grupuri par să fie similare în modul în care percep provocările sau oportunitățile de schimbare. Rezultatele arată că gradul de masterat este asociat cu o reziliență psihologică semnificativ mai mare, datorată în principal sentimentului sporit de implicare și control asupra propriei vieți și a mediului academic. De asemenea, a fost efectuată o analiză comparativă a nivelului de anxietate la studenții de la licență și masterat, utilizând criteriul U-Mann–Whitney. Datele sunt prezentate în Tabelul 4.

Tabelul 4.Rezultatele analizei comparative a nivelului de anxietate la studenții de la licență și masterat (pentru toate scalele)

Scala	U_{cr}		*Valori medii*		U_{emp}
	p≤0.01	*p≤0.05*	licență	masterat	
Anxietatea ca trăsătură	542	613	47,1	39,4	***491,5****
Anxietatea ca stare	542	613	45,1	37,3	***478,5****

***** diferențe semnificative statistic la *p≤0.05;* ****** diferențe semnificative statistic între indicatori la *p≤0.01*

Rezultatele analizei comparative arată că anxietatea trăsătură (personală) și anxietatea stare (situațională) la studenții de la masterat sunt semnificativ mai scăzute decât la studenții de la licență (*p≤0.01*). Deoarece rezistența la stres este mai mare la masteranzi decât la licență, rezultă că rezistența mai mare la stres specifică studenților de la masterat este asociată cu indicatori mai scăzuți ai anxietății. Analiza demonstrează următoarele: studenții de la masterat, având o rezistență la stres mai ridicată, prezintă o toleranță la incertitudine semnificativ statistic mai mare și o intoleranță interpersonală la incertitudine semnificativ mai mică decât studenții de la licență. Având o rezistență la stres mai ridicată ei, prezintă indicatori semnificativ statistic mai mari ai implicării, controlului și ai rezilienței generale decât studenții de la licență. Studenții de la masterat, având o rezistență la stres mai ridicată, prezintă indicatori semnificativ statistic mai scăzuți ai anxietății trăsătură și anxietății stare decât studenții de la licență.

Concluzii și discuții

În cadrul acestui studiu, scopul a fost de a determina reziliența la stres a studenților absolvenți de licență și masterat și de a identifica legătura acesteia cu indicatorii de reziliență, toleranță la incertitudine și anxietate. Analiza teoretică a literaturii științifice a permis formularea bazelor conceptuale pentru studierea rezilienței la stres. Reziliența la stres este privită ca o caracteristică integrală a personalității, care asigură capacitatea de a face față eficient situațiilor stresante, de a menține sănătatea psihică și fizică, precum și productivitatea activității.

Cercetarea empirică efectuată a confirmat ipoteza principală privind existența unei legături între rezistența la stres și trăsăturile de personalitate ale studenților. Rezultatele studiului au arătat că, cu cât reziliența la stres este mai mare, cu atât indicatorii de reziliență și toleranță la incertitudine sunt mai mari și nivelul de anxietate este mai scăzut.

Analiza comparativă a diferențelor dintre studenții de la licență și masterat a relevat următoarele constatări semnificative statistic:

- Studenții de la masterat prezintă o reziliență la stres semnificativ mai mare decât studenții de la licență.
- Masteranzii înregistrează indicatori semnificativ mai mari pentru componentele vitale: Implicare, Control și Reziliență generală (Voința de viață).
- Studenții de la masterat demonstrează o toleranță la incertitudine mai ridicată și o intoleranță interpersonală la incertitudine mai scăzut.
- Masteranzii au scoruri semnificativ mai mici la anxietatea personală (trăsătură) și anxietatea situațională (stare).

Bibliografie

1. Lazarus, R., Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. 445 p. ISBN 9780826141901.
2. Benedek, J. *Reziliența: Calea către echilibrul interior în fața adversităților*. București: Editura Trei, 2023. 272 p. ISBN 9786064015694.
3. Bowlby, J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books, 1988. 195 p. ISBN 9780465075988.

4. Cyrulnik, B. *Minunatele Nevolii: Despre reziliență, tristețe și renașterea sinelui*. București: Editura Trei, 2018. 320 p. ISBN 9786067969792.
5. Goleman, D. *Inteligența Emoțională*. București: Curtea Veche Publishing, 2018. 416 p. ISBN 9786064402370.
6. Madi, A. *Reziliența la stres și adaptarea psihologică*. Iași: Editura Polirom, 2021. 240 p. ISBN 9789734685321.
7. Pleșca, M. *The relationship between dysfunctional mental schemas and psychological resilience in students*. In: Journal of Romanian Literary Studies (JRLS), 2025, nr. 40, p. 997-1007. ISSN 2248-3004. https://asociatia-alpha.ro/jrls/40-2025-Jrls.pdf
8. Pleșca, M. *Academic stress in students and their adaptation to university lif*e. In: Journal of Romanian Literary Studies (JRLS), 2023, nr.35 p. 122-131. ISSN 2248-3004. http://asociatia-alpha.ro/jrls/35-2023-Jrls-a.pdf
9. Seary, E., Gabbard, G.O. *The Resilient Clinician*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing, 2022. 248 p. ISBN 9781615373809.

DINAMICA RISCURILOR DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN ÎN RÂNDUL FEMEILOR ȘI FETELOR REFUGIATE DIN UCRAINA: RĂSPUNSURI INSTITUȚIONALE ȘI SERVICII DE SUPORT ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Aliona ONOFREI
conferențiar universitar, doctor, Departamentul Sociologie și Asistență Socială, Facultatea Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova

Abstract

The conflict in Ukraine has triggered the largest population displacement in Europe in recent decades, placing the Republic of Moldova under unprecedented pressure on its national social protection system. Women and children, who make up the majority of refugees, face heightened vulnerabilities stemming from socio-economic instability, family separation, uncertain legal status, and increased exposure to gender-based violence. This article examines the main risks affecting refugee women and girls from Ukraine, as well as Moldovan institutional and community efforts aimed at strengthening protection mechanisms.

Keywords: refugees, gender-based violence, vulnerability, social protection, response capacity, intersectoral coordination.

1. Introducere

Conflictul armat din Ucraina a declanșat una dintre cele mai ample crize umanitare din Europa de Est după al Doilea Război Mondial, generând un flux masiv și prelungit de persoane strămutate către statele vecine. Republica Moldova, prin proximitatea geografică și deschiderea frontierelor, a devenit nu doar o țară de tranzit, ci și un important spațiu de refugiu pentru persoanele care caută protecție. Ponderea ridicată a femeilor și copiilor în rândul refugiaților ucraineni configurează un profil particular de vulnerabilitate, cu implicații directe asupra riscurilor de violență bazată pe gen și asupra modului în care trebuie concepute și implementate măsurile de răspuns.

Conform datelor operaționale ale Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR), de la începutul invaziei, Republica Moldova a înregistrat peste 1.252.900 de treceri ale frontierei dinspre Ucraina. Deși cifrele variază, la sfârșitul lunii octombrie 2025, aproximativ 135 516 de refugiați ucraineni au ales să rămână în țară, reprezentând circa 4% din populația totală a Moldovei: cel mai mare raport la populația gazdă din cadrul Răspunsului Regional pentru Ucraina. Dintre aceștia, majoritatea covârșitoare, 63% sunt femei și fete. Acest tablou complex este dublat de un context socio-economic fragil, marcat de inegalități preexistente, resurse instituționale limitate și un sistem de protecție socială aflat în plin proces de ajustare la standardele europene. [6]

În același timp, Republica Moldova a fost nevoită să-și adapteze rapid și într-o manieră fără precedent arhitectura instituțională de protecție: să interpreteze și să aplice instrumente juridice noi (precum mecanismele de protecție temporară), să extindă capacitățile de răspuns în domeniul asistenței sociale și să colaboreze strâns cu organizațiile societății civile și cu agențiile umanitare internaționale. Rezultatul este un sistem de intervenție care combină elemente de continuitate (cadrul normativ și mecanisme de coordonare preexistente în domeniul violenței în familie și al protecției copilului) cu inovații instituționale generate de presiunea crizei.

Prezentul articol își propune să analizeze, dintr-o perspectivă integrată, dinamica riscurilor de violență bazată pe gen în rândul femeilor și fetelor refugiate din Ucraina, în intersecție cu răspunsurile instituționale și cu serviciile de sprijin dezvoltate în Republica Moldova. Demersul urmărește să surprindă nu doar manifestările imediate ale violenței, ci și mecanismele structurale care îi alimentează persistența: excluderea parțială a refugiaților de la măsurile de integrare, accesul limitat la piața muncii și la locuințe sigure, fragilitățile sistemului de sănătate și de protecție socială, precum și deficitul de informare cu privire la serviciile specializate de prevenire și răspuns la violența bazată pe gen. Totodată, articolul își propune să evidențieze rolul critic al organizațiilor neguvernamentale, al inițiativelor comunitare și al liderelor refugiate în configurarea unor răspunsuri mai sensibile la dimensiunea de gen și la experiențele concrete ale femeilor și fetelor strămutate.

2. Metode de cercetare aplicate

Studiul de față adoptă o strategie de cercetare calitativă, combinând analiza documentară cu interviuri semistructurate aprofundate. Această abordare permite o înțelegere nuanțată (descriptiv-analitică și interpretativă) a proceselor sociale și instituționale care influențează riscurile de violență bazată pe gen. A fost realizată o analiză documentară, orientată spre cartografierea surselor normative, științifice și instituționale relevante. Au fost analizate cadrul normativ național (Legea 270/2008 privind azilul, Legea nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie, Hotărârea Guvernului nr. 21/2023 privind acordarea protecției temporare persoanelor strămutate din Ucraina, etc.), instrumente internaționale și rapoarte ale agențiilor Organizației Națiunilor Unite, care oferă indicatori de risc.

De asemenea, a fost realizat un studiu calitativ, fiind utilizată eșantionarea intenționată pentru a selecta participante cu experiențe relevante pentru obiectivele cercetării. Deși metoda nu permite generalizare statistică, aceasta facilitează generalizarea analitică prin identificarea tiparelor recurente și a mecanismelor sociale care produc vulnerabilitate. Au fost realizate 11 interviuri semistructurate aprofundate cu femei refugiate din Ucraina (inclusiv lidere comunitare), respectând cu strictețe principiile etice de confidențialitate și siguranță a participantelor. Criteriile de selecție au asigurat diversitatea în funcție de: statutul juridic (beneficiară a protecției temporare, solicitantă de azil etc.), vârstă, statut familial și gradul de implicare comunitară. Colectarea datelor s-a desfășurat pe o perioadă de o lună (15 septembrie-15 octombrie 2025), acoperind o arie geografică extinsă (participante domiciliate în 11 raioane distincte, pentru a surprinde experiențe variate din mediul urban și rural). Prelucrarea datelor s-a realizat prin analiză tematică, iar interpretarea rezultatelor a fost fundamentată pe o abordare intersecțională. Aceasta a evidențiat modul în care convergența dintre gen, vârstă, etnie, dizabilitate și statutul socio-juridic converg în configurarea vulnerabilităților.

3. Profilul refugiatelor și vulnerabilități intersecționale

O primă constatare esențială a cercetării privește *eterogenitatea populației refugiate*. Deși sintagma „femei și fete refugiate” pare să trimită la un grup relativ omogen, datele statistice și cele rezultate din studiul calitativ demonstrează că este vorba, în realitate, de o pluralitate de experiențe,

marcate de intersecția dintre gen și alte dimensiuni ale identității și statutului social (vârstă, etnie, dizabilitate, orientare sexuală, statut socio-economic etc.).

Printre cele mai vulnerabile grupuri identificate se numără *mamele singure*, care sunt adesea responsabile de întreținerea întregii gospodării, de îngrijirea copiilor și, în unele cazuri, a persoanelor vârstnice și/sau cu dizabilități. Aceste femei se confruntă cu dificultăți majore în accesarea unei locuințe sigure și stabile, având în vedere că doar o mică parte din totalul refugiaților rămân în Centrele de Cazare pentru Refugiați [3]. Dependența economică, combinată cu lipsa rețelei extinse de sprijin familial, amplifică sentimentul de izolare și crește vulnerabilitatea la șantaj sau la exploatare din partea proprietarilor de locuințe privați, în special în contextul reducerii asistenței umanitare directe.

Reconcilierea responsabilităților de îngrijire cu activitatea profesională este obstrucționată de disponibilitatea limitată a serviciilor de îngrijire a copiilor. Una dintre participante, mamă singură a doi copii, a descris acest cerc vicios: *„Când nu ai grădiniță sau școală cu program prelungit, nu ai cum să lucrezi. Sprijinul financiar s-a terminat, dar responsabilitatea de a hrăni copiii a rămas. Mă simt prinsă într-o capcană: fără bani, nu am unde locui, iar teama de a ajunge în stradă mă face să accept orice condiție de muncă."* (I_REF_04).

Femeile și fetele de etnie romă, atât din rândul refugiaților, cât și din comunitățile gazdă, se confruntă cu un cumul de dezavantaje, unde discriminarea structurală se intersectează cu stereotipurile negative și cu rasismul. Această intersecție conduce la un acces limitat la educație, servicii medicale și oportunități de angajare decente. Riscurile de violență bazată pe gen sunt sporite, făcând ca victimizarea să fie adesea invizibilă sau normalizată la nivel comunitar. Liderele comunitare intervievate au confirmat că, în cazul femeilor rome, barierele sunt multiple (statut de refugiat, gen și etnie), acestea fiind adesea primele excluse din schemele informale de ajutor și având un risc sporit de exploatare prin muncă (LR_03, LR_07).

O altă categorie vulnerabilă o constituie *persoanele refugiate cu dizabilități* și femeile care îngrijesc membri ai familiei cu dizabilități. Acestea se confruntă cu bariere fizice și informaționale în accesarea serviciilor, cu o infrastructură adesea inaccesibilă și cu lipsa serviciilor de suport specializat. Conform studiilor analizate, dependența de alți membri ai familiei crește riscul de abuz, inclusiv de violență psihologică și economică [2].

Refugiații în vârstă – în special femeile, care pot avea nevoi de sănătate cronică – se confruntă adesea cu izolare socială și mobilitate redusă. În situațiile în care sunt găzduiți în locuințe private fără rețele proprii de sprijin, dependența de gazde poate genera situații de abuz și neglijare. O participantă la studiu (lideră comunitară), care coordonează sprijinul pentru persoanele în etate, a atras atenția asupra fenomenului de neglijare și abuz economic: *„Am găsit bunici care erau cazați în anexe neîncălzite, iar gazdele le luau pensia mică pe post de chirie, lăsându-le puține resurse pentru medicamente. Este o formă de violență economică și neglijare care nu este raportată pentru că le este teamă să nu rămână fără acel singur loc de sub acoperiș."* (LR_08). Alături de ei, *copiii și adolescenții refugiați,* în special fetele, sunt expuși unor riscuri sporite de exploatare și întrerupere a parcursului educațional. Datele indică semne de dezangajare școlară, stres și anxietate. O tendință îngrijorătoare semnalată în rapoartele de monitorizare este creșterea cazurilor de violență digitală, fetele fiind expuse disproporționat hărțuirii online [1].

Nu în ultimul rând, supraviețuitoarele violenței bazate pe gen se confruntă cu bariere complexe: rușinea, teama de stigmatizare, necunoașterea limbii și frica de a nu-și pierde statutul juridic sau sprijinul material. Acești factori le determină, adesea, să nu denunțe violența, subliniind urgența consolidării mecanismelor de raportare confidențială. Acest tablou intersecțional arată că riscurile de

violență bazată pe gen sunt profunde și multifactoriale, iar răspunsurile instituționale trebuie calibrate pentru a abordeze diferențiat aceste multiple niveluri de vulnerabilitate.

4. Dinamica riscurilor de violență bazată pe gen

Riscurile de violență bazată pe gen cu care se confruntă femeile și fetele refugiate din Ucraina nu sunt statice, ci evoluează în timp și se reconfigurează în funcție de faza deplasării forțate, de tipul de aranjament de locuire și de gradul de integrare. Analiza dinamicii pe termen mediu arată că violența bazată pe gen este o dimensiune structurală a crizei umanitare, care traversează toate etapele parcursului refugiatelor.

În faza inițială a deplasării, marcată de traversarea frontierei și cazarea temporară, riscurile predominante au fost legate de supraaglomerare, lipsa intimității și dependența totală de ajutorul extern. Femeile și fetele au fost expuse tentativelor de exploatare, inclusiv riscului de trafic de persoane, și abordărilor agresive din partea unor indivizi care, sub pretextul binefacerii, au speculat starea de vulnerabilitate a acestora [4]. Această vulnerabilitate a fost accentuată de epuizarea fizică și emoțională, de separarea de membrii familiei și de lipsa informațiilor clare privind procedurile de protecție.

Pe măsură ce o parte semnificativă a centrelor de cazare a fost închisă, tranziția către locuirea în chirie sau la gazde private a generat noi tipare de risc. În situațiile în care contractele de închiriere sunt informale sau dependența de bunăvoința proprietarului este ridicată, femeile refugiate se confruntă cu riscuri de hărțuire sexuală, condiționarea cazării de prestarea unor servicii și cu forme de violență psihologică și economică [1]. O lideră refugiată din Chișinău a ilustrat această precaritate locativă: *„Când ești mamă singură și nu ai contract, ești la mâna gazdei. Am auzit cazuri în care s-a cerut plata cu 'servicii' sau chiria s-a dublat brusc. Nu poți merge la Poliție, pentru că ți-e frică să nu ajungi pe stradă. Siguranța noastră este la fel de fragilă ca un contract informal."* (RF_01)

Atât studiile analizate, cât și mărturiile calitative arată că violența din partea partenerului intim rămâne o formă dominantă de violența. Factorii de risc sunt amplificați de contextul refugierii: consumul problematic de alcool a fost identificat ca un factor major contribuitor la violența fizică și psihologică. Se observă o tensiune sporită legată de reconfigurarea rolurilor de gen, în special în cazurile în care femeile devin principalul susținător economic al familiei, fapt ce poate genera reacții violente din partea partenerilor care se simt amenințați în rolul lor tradițional. Formele de violență semnalate includ agresiuni fizice, dar și forme persistente de control coercitiv. O participantă a subliniat dilema tragică a victimelor dependente economic: *„Cea mai mare frică nu e războiul, ci să te ascunzi de soțul tău aici, unde nu cunoști legea și nu ai bani. Dacă spui că ești bătută, pierzi tot. Multe femei spun: 'Mai bine să mă bată partenerul, dar să nu fie deportat, iar copiii să aibă un acoperiș deasupra capului."* (I_REF_04)

Hărțuirea verbală și comportamentele agresive în spațiile publice, în special în mijloacele de transport, sunt descrise ca fenomene recurente. Femeile raportează atingeri nedorite, comentarii sexualizate sau xenofobe care contribuie la deteriorarea sentimentului de siguranță. La locul de muncă, riscurile includ hărțuirea sexuală, exploatarea prin muncă nedeclarată și refuzul respectării drepturilor salariale. Femeile care activează în sectoare precare (agricultură, servicii de curățenie) sunt expuse unor forme de violență greu de documentat, situație exacerbată de lipsa contractelor formale. Referitor la hărțuirea în spațiul public și profesional, una dintre liderele intervievate a menționat: *„Am mers la interviu și mi s-a spus direct: 'Dacă vrei postul, trebuie să fii mai prietenoasă'. Sau în microbuz, comentarii despre cum arătăm sau de ce nu vorbim ucraineana. Este o violență a cuvintelor care ne face să ne simțim străine și speriate. Multe refuză să mai caute de lucru din cauza asta."* (LR_05)

Un element distinct și în creștere al dinamicii violenței în bază de gen, îl reprezintă *violența digitală*. Fetele adolescente și femeile tinere raportează frecvent hărțuire în mediul online și mesaje insistent sexualizate. O lideră comunitară a confirmat gravitatea fenomenului în rândul tinerelor: *„Fetele noastre sunt hărțuite constant pe TikTok și Telegram. Primesc poze și mesaje grosolane. De multe ori, cei care le hărțuiesc sunt bărbați pe care i-au întâlnit în centre sau în comunitate. Pentru ele, online-ul este un câmp de luptă, nu o sursă de informare."* (LR_04) În ansamblu, dinamica riscurilor arată că violența bazată pe gen nu este un „accident" sau un efect secundar marginal al crizei umanitare, ci o dimensiune structurală a acesteia, care traversează toate etapele parcursului refugiatelor - de la fuga din țară, la tranzit, stabilire temporară și, eventual, integrare pe termen lung.

5. Servicii de suport și răspuns operațional la violența bazată pe gen

Pornind de la cadrul normativ și instituțional, pe teritoriul Republicii Moldova s-a cristalizat, în contextul crizei umanitare, un ecosistem hibrid de servicii destinate prevenirii și răspunsului la violența bazată pe gen. Acesta îmbină serviciile publice integrate în mecanismele naționale de referire, cu intervențiile specializate oferite de organizații neguvernamentale și agenții internaționale.

Pe palierul public, Agențiile Teritoriale de Asistență Socială și structurile comunitare coordonează intervențiile în cazurile de violență în familie și gestionează centrele de plasament, colaborând cu organele de poliție, instituțiile medicale și educaționale, conform mecanismului intersectorial de cooperare. *De jure*, femeile refugiate au acces la aceste servicii în condiții similare cu cetățenele Republicii Moldova, putând apela Serviciul 112, Telefonul de Încredere pentru Femei și Fete și având dreptul la găzduire în centrele de criză/plasament.

Componenta *neguvernamentală și umanitară* a avut un rol crucial în acoperirea vidului de servicii specializate adaptate cultural și lingvistic. Rapoartele analizate indică dezvoltarea unor „Spații Sigure" (Safe Spaces), centre de zi și puncte de consiliere care oferă suport psihosocial, asistență juridică primară, activități de *abilitare* economică și grupuri de suport. Aceste servicii au funcționat adesea ca o primă poartă de intrare în sistemul de protecție pentru persoanele strămutate.

Cu toate acestea, studiul calitativ relevă o discrepanță între disponibilitatea teoretică a serviciilor și accesul *de facto*. Experiențele relatate indică faptul că accesul este inegal, fragmentat și condiționat de o serie de bariere structurale și socio-culturale:

- *Bariere lingvistice și informaționale*: Necunoașterea limbii române și lipsa familiarității cu terminologia administrativă rămân obstacole majore. Informațiile despre drepturi sunt uneori diseminate prin canale la care femeile vulnerabile nu au acces, sau în formate pe care nu le pot decoda ușor.
- *Lipsa de încredere în instituții*: Experiențele anterioare negative cu autoritățile (atât în țara de origine, cât și în interacțiunile birocratice din țara gazdă) descurajează raportarea proactivă. Există o temere persistentă, nefondată juridic, dar reală psihologic, că denunțarea unui abuz ar putea periclita statutul de protecție temporară sau accesul la ajutoare financiare.
- *Costuri de oportunitate și logistice*: Deplasarea fizică la centrele de consiliere implică costuri de transport și timp pe care mamele singure, aflate în precarietate economică, nu și le pot permite. Lipsa serviciilor de supraveghere a copiilor în timpul ședințelor de consiliere este frecvent invocată ca motiv de renunțare la ajutor.
- *Capacitate insuficientă și liste de așteptare*: Participantele au semnalat dificultatea de a accesa rapid consiliere psihologică specializată, menționând existența listelor de așteptare, în special în zonele din afara Chișinăului, unde numărul specialiștilor vorbitori de limba rusă sau ucraineană este limitat.

• *Stigma și normele de gen internalizate*: Rușinea, teama de oprobriu public („a nu face familia de râs”) și normalizarea violenței domestice ca fiind o „problemă privată” acționează ca mecanisme puternice de silențiere.

În pofida acestor bariere, studiul a identificat și zone de bune practici. Acolo unde serviciile sunt *sensibile la gen*, confidențiale și oferite într-un mediu sigur, refugiatele descriu experiențe de recuperare: sentimentul de a fi ascultată fără judecată și validarea experiențelor proprii prin grupuri de suport. Un rol determinant în facilitarea accesului îl au *liderele comunitare*. Acestea funcționează ca „punți de legătură” și mediatori culturali între comunitatea refugiată și instituții. Interviurile cu liderele au evidențiat faptul că ele preiau adesea o sarcină invizibilă de monitorizare: diseminează informații verificate, însoțesc victimele la poliție sau asistență socială și mobilizează resurse de sprijin mutual. *„Dacă nu le spunem noi, de la femeie la femeie, unde să meargă și că este sigur, ele nu vor suna la linia fierbinte. Încrederea se construiește pe orizontală, nu pe verticală.”* (LR_03)

Analiza evidențiază un consens între datele din literatură și relatările participantelor: nevoia de suport psihosocial depășește capacitatea actuală de răspuns. Expunerea prelungită la stresul de dislocare, trauma războiului și incertitudinea locativă generează simptome de anxietate, depresie și epuizare cronică. În cazul copiilor, mamele intervievate (I_REF_04) au descris fenomene de regres emoțional și tulburări de comportament, care adaugă o presiune imensă asupra mamelor, reducându-le reziliența. Această fragilitate psihologică se intersectează direct cu riscul de violență bazată pe gen: o stare de sănătate mintală precară reduce capacitatea femeilor de a recunoaște semnele abuzului, de a lua decizii strategice de ieșire din situații violente și de a naviga sistemul birocratic de protecție. Astfel, integrarea serviciilor de sănătate mintală în programele anti-violență nu reprezintă doar o măsură complementară, ci o condiție sine qua non pentru eficiența răspunsului operațional.

Concluzii și recomandări

Concluziile acestui studiu relevă faptul că riscurile de violență bazată pe gen în rândul femeilor refugiate nu sunt incidente izolate, ci rezultatul unei interacțiuni complexe între insecuritatea economică și vulnerabilitățile juridico-administrative asociate refugierii. Deși Republica Moldova a demonstrat solidaritate și dispune de un cadru normativ în dezvoltare și convergent cu standardele europene, realitatea din teren indică o diferență semnificativă între drepturile garantate „pe hârtie” și accesul efectiv la protecție și servicii în viața de zi cu zi a refugiatelor.

Principala vulnerabilitate identificată este una structurală: deși protecția temporară oferă acces juridic la drepturi și servicii de bază, integrarea efectivă rămâne adesea incompletă și inegală, menținând o dependență prelungită de sprijin umanitar și ajutor extern. Lipsa autonomiei economice, combinată cu barierele lingvistice și cu „invizibilitatea” locuirii în chirii informale (fără contract), plasează femeile într-o zonă de risc major, unde tăcerea devine o strategie de supraviețuire, iar abuzul este uneori tolerat din teama pierderii adăpostului. Situația este cu atât mai gravă pentru grupurile intersecționale – mame singure, femei rome sau vârstnice – pentru care accesul la sistemul standard de protecție rămâne, în practică, dificil și uneori blocat de obstacole cumulative.

Pentru a transforma răspunsul umanitar într-o protecție reală și durabilă, este necesară o schimbare de paradigmă. Soluția nu constă doar în intervenții de urgență, ci în consolidarea și operaționalizarea măsurilor de integrare, astfel încât refugiatele să poată accesa efectiv piața muncii și serviciile sociale, reducând dependența care amplifică riscurile de violență. Este imperativ ca serviciile de suport să integreze sistematic componenta de sănătate mintală și sprijin psiho-social (inclusiv pentru trauma războiului) și să devină proactive, prin echipe mobile și mediatori culturali care să ajungă în comunități și în aranjamente locative unde femeile sunt izolate. În definitiv, protecția femeilor refugiate

din Ucraina reprezintă un test de maturitate pentru sistemul de asistență socială din Republica Moldova. Consolidarea mecanismelor de prevenire a violenței nu este doar o obligație internațională, ci și o oportunitate strategică de a construi o societate mai rezilientă, mai incluzivă și mai sigură pentru toți membrii săi, indiferent de cetățenie.

Bibliografie

1. GBV Sub-Working Group Moldova. (2024). *Ukraine Situation - Moldova: GBV Safety Audit*. [Online]. https://data.unhcr.org/en/documents/details/108377 [accesat: 08.12.2025].
2. Onofrei, Aliona. (2024). Protecția refugiaților ucraineni cu dizabilități în Republica Moldova: provocări și soluții. În: *Protecţia drepturilor persoanelor cu dizabilităţi: abordări multidisciplinare*, Ed. 1, 28 noiembrie 2024, Chișinău. Chișinău: Editura USM, pp. 262-267. ISBN 978-9975-3686-0-5.
3. Onofrei, Aliona. (2024). Vulnerabilitatea femeilor ucrainene refugiate în Republica Moldova: constatări și perspective. În: *Integrare prin cercetare și inovare: Științe sociale*, 7-8 noiembrie 2024, Chișinău. Chișinău: CEP USM, pp. 702-708. ISBN 978-9975-62-687-3. https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/221025
4. UN Women (2022). *Gender-based violence in the Republic of Moldova in the context of the humanitarian crisis produced by the war in Ukraine. Assessment Report*. https://reliefweb.int/report/moldova/gender-based-violence-republic-moldova-context-humanitarian-crisis-produced-war-ukraine-assessment-report-enro [accesat: 07.12.2025].
5. UN Women & UNHCR (2024). *Consultation with women organizations and refugee women for Regional Response Plan 2024*. https://reliefweb.int/report/moldova/consultation-women-organisations-and-refugee-women-regional-response-plan-2024 [accesat: 07.12.2025].
6. UNHCR (2025). *Daily population Trends: Republic of Moldova*. Operational data portal. https://data.unhcr.org/en/dataviz/248?sv=0&geo=680 [accesat: 04.12.2025].

DIMENSIUNI PSIHOLOGICE ALE REZILIENȚEI EMOȚIONALE ȘI A ADAPTĂRII LA TINERI

Maria PLEȘCA

conferențiar univ., dr. Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0001-9567-3723

Cristina CEBAN

doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0009-0006-7736-5173

Rezumat

Reziliența reprezintă un proces complex și dinamic prin care tinerii reușesc să se adapteze în mod constant la cerințele schimbătoare ale mediului social, educațional și emoțional. În contextul actual, caracterizat de incertitudine, presiuni academice și transformări socio-culturale, capacitatea de a menține echilibrul intern și de a transforma dificultățile în oportunități devine esențială pentru dezvoltarea pozitivă a tinerilor. În acest context, reziliența devine o resursă fundamentală pentru menținerea echilibrului psihologic și pentru dezvoltarea adaptativă. Conceptul de reziliență este privit nu doar ca trăsătură individuală, ci ca un *proces continu de adaptare,* influențat de interacțiunea dintre factorii personali și cei contextuali.

Articolul explorează reziliența nu doar ca trăsătură stabilă de personalitate, ci ca *proces de adaptare continuă*, susținut de factori personali (autoeficacitatea, reglarea emoțională, gândirea pozitivă) și contextuali (sprijinul social, relațiile semnificative, climatul educațional suportiv). Se evidențiază rolul autoreglării și al flexibilității cognitive în consolidarea rezilienței, precum și importanța intervențiilor educaționale care promovează competențe socio-emoționale. Concluziile

subliniază că reziliența facilitează o adaptare durabilă, contribuind la formarea unei identități sănătoase și la prevenirea vulnerabilităților psihosociale.

Cuvinte-cheie: reziliență, adaptare continuă, tineri, autoreglare, dezvoltare pozitivă, flexibilitate psihologică.

Reziliența emoțională nu este o simplă trăsătură, ci un process adaptativ, un construct multidimensional format dintr-un set de resurse cognitive, emoționale și comportamentale care permit individului să facă față, adversității, și să se recupereze rapid în urma acesteia. S-a demonstrat căci copii care au crescut în situații dificile de viață devin acei tineri rezilienți, folosind procese mintale și comportamente pentru a se proteja de emoțiile negative și de factorii de stres. Totodată, aceasta a fost definită ca o variabilă care se schimbă în tip și care poate fi antrenată L. Nicoleanu, prezintă reziliența ca o adaptare psihologică pozitivă în fața unui eveniment stresor semnificativ ce afectează dezvoltarea și chiar supraviețuirea [11, p.3]. Tinerețea este cuprinsă între 20 și 35 ani, fiind una din vârstele care este influențată de presiuni mai mari din partea societății și a grupurilor de prieteni sau colegi de serviciu. În tinerețe reziliența este ca un răspuns a unei combinații complexe, cum ar fi comunitatea și familia.

Afilierea tânărului la construirea unei comunități, reprezintă o oportunitate pentru construirea rezilienței. Mediul de viață în care crește și se dezvoltă tânărul, este foarte important, deoarece influențează capacitatea acestuia de a înțelege și de a dezvolta acele abilități emoționale și comportamentale în dobîndirea și creșterea rezilienței emoționale. În timp ce tânărul își cultivă reziliența din preadolescență sau adolescență el se adaptează ușor la schimbări, amenințări și provocări apărute în process de transformare fizică, emoțională și comportamentală. [11, p.3]. Rezilienței la această vârstă, conturează tânărului un viitor bazat pe relații mai puternice, răbdare și o rezistență în rezolvarea problemelor. Altfel, îl formează ca personalitate puternică cu o înaltă încredere în sine. În tinerețe și mai apoi, pe tot parcursul vieții, reziliența diferențiază indivizii după aptitudinile lor de a gestiona emoțiile în situații de stres. Tinerii reziliențiți pot gestiona mai bine dificultățile. Aceștia înțeleg că emoțiile dificile și provocările sunt de scurtă durată și își pot aduna forța interioară pentru a-și regla emoțiile și face față situațiilor stresante.

Dimensiunile psihologice cognitive și metacognitive ale rezilienței. Aceste dimensiuni psihologice au fost descoperite de către autorii Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). Ei explică că aceste dimensiuni fac referință la modul în care tinerii percep, evaluează și interpretează evenimentele stresante. [8, pp.141- 149].

Flexibilitatea Cognitivă

Capacitatea de a trece rapid de la un set de gânduri la altul și de a schimba perspectiva asupra unei situații. Este esențială pentru *reîncadrarea cognitivă*, un mecanism de *coping* adaptativ. Relevanță în Reziliență este atunci când tinerii reziliențiți nu neagă stresorul, ci îl reinterpretează în termeni mai puțin amenințători sau găsesc în el o oportunitate de învățare și dezvoltare. Aceasta reduce intensitatea răspunsului emoțional negativ.

Eficacitatea Personală

Conform lui *Albert Bandura*, este convingerea unui individ în propria sa capacitate de a organiza și executa acțiunile necesare pentru a gestiona situațiile potențial amenințătoare sau dificile. O eficacitate personală ridicată acționează ca un factor protector împotriva stresului. Tinerii care cred în abilitățile lor sunt mai puțin înclinați să intre în stări de neajutorare învățată și depun mai mult efort, sporind șansele de succes adaptativ. [1, pp.248–281]

Gândirea Orientată spre Soluții Abilitatea de a genera un set de soluții eficiente la problemele cotidiene și de a le implementa. Este o formă activă de *coping* orientată spre sarcină. Tinerii reziliențiți se angajează în *evaluarea primară* nu contează cât de amenințătoare este situația, și *evaluarea*

secundară resursele pe care le am pentru a o gestiona, punând accentul pe strategii de control extern, și intern.

Reglarea Emoțională Reprezintă procesele prin care indivizii influențează ce emoții au, când le au și cum le experimentează și exprimă (Gross, J.P.1998).[9, pp. 8–31] Este o dimensiune definitorie. Dimensiunile emoționale și afective vizează capacitatea de a gestiona, de a experimenta și de a utiliza în mod optim stările emoționale. Tinerii reziliențifolosesc în principal strategii adaptative, cum ar fi *reîncadrarea cognitivă*, și evită strategiile dezadaptative, cum ar fi ruminația și suprimarea emoțională (care poate duce la amplificarea simptomelor interne). Gross, J. J. (1998).[9, pp.271–299]

Afectul Pozitiv și Lărgirea-Construcției cognitive Conform lui *Barbara Fredrickson*, emoțiile pozitive (bucurie, interes, mulțumire) nu sunt doar un rezultat al rezilienței, ci o cauză. Ele lărgesc repertoriul de gândire și acțiune al individului și *construiesc* resurse personale durabile (psihologice, sociale). În mijlocul adversității, capacitatea de a experimenta *emoții pozitive*, chiar și subtile, ajută tinerii să-și mențină flexibilitatea și să regăsească sensul și scopul. Fredrickson, B. L. (2001). [7, pp. 218–226]

Optimismul Dispozițional și Speranța Optimismul **(**Sehrwat, A., Simion, M. S**):** Așteptarea generală a unor rezultate favorabile în viitor. Gândirea pe bază de agenție (motivația de a atinge scopurile) și gândirea pe bază de căi (găsirea rutelor pentru atingerea scopurilor). Aceste constructe oferă combustibilul motivațional necesar pentru a persista în fața obstacolelor. Ele previn demotivarea și ajută la stabilirea obiectivelor adaptative.[13, p.52]

Acceptarea de Sine. Sunt acele dimensiunile atitudinale și relaționale modul în care tinerii se raportează la sine și la ceilalți. O atitudine pozitivă față de sine, care implică recunoașterea și acceptarea atât a calităților, cât și a defectelor, trecutului și viitorului, fără o autoevaluare critică excesivă. Auto-acceptarea ajută tinerii să evite perfecționismul dezadaptativ și rușinea toxică, permițând o recuperare emoțională mai rapidă după eșecuri.

*Orientarea spre Viitor și Sensul Vieții***.** Capacitatea de a percepe viața ca fiind semnificativă și de a avea obiective și un scop bine definit. Găsirea sensului în evenimentele negative (de exemplu, "Ce am învățat din asta?") sau orientarea spre scopuri viitoare ambițioase oferă o *motivație transcendentă* care depășește suferința imediată. Frankl, V. E. (1985). Reziliența este un concept complex, iar teoriile ei sunt grupate în funcție de modul în care o definesc: ca trăsătură, ca proces sau ca rezultat. Reziliența este văzută ca o *trăsătură de personalitate* relativ stabilă, o *caracteristică internă* pe care unii indivizi o posedă într-o măsură mai mare sau mai mică. O persoană cu un nivel înalt de reziliență este predispusă să facă față mai bine situațiilor de stres sau adversitate, indiferent de context. Ca exemple de trăsături putem defini, optimism, autoeficacitate ridicată, toleranță la ambiguitate, flexibilitate cognitivă.

Abordarea Rezilienței ca Proces (Process Model/Ecological Model)

Reziliența nu este o simplă trăsătură, ci un *proces dinamic și interactiv* de adaptare reușită în contextul unei adversități semnificative,modelul ecologic este, influențat de Urie Bronfenbrenner, pune accent pe interacțiunea dintre individ și mediul său (familie, școală, comunitate). Factori de Risc sunt elementele care cresc probabilitatea unor rezultate negative (ex. sărăcia, abuzul). Factori de Protecție sunt elementele care moderează impactul factorilor de risc și promovează adaptarea pozitivă (ex. relații de atașament sigure, suport social, competențe cognitive). Studiile longitudinale (precum cel al lui Emmy Werner din Kauai) au demonstrat că factorii de protecție (interni și externi) sunt cruciali pentru "copiii cu risc" care au reușit să se adapteze pozitiv. [15, pp. 85-90]

Abordarea Rezilienței ca Rezultat (Outcome Model) Se concentrează pe *rezultatul final* – faptul că persoana a *revenit la un nivel de funcționare sănătos* după o criză sau un eveniment traumatic.

Succesul în adaptarea psihologică și socială după o perioadă de tulburare majoră, este revenirea la starea inițială de echilibru. Care se mai numește și alostază. Dezvoltarea unor noi mecanisme de adaptare pentru a face față stresului viitor.

Modelele Cognitiv-Comportamentale (CBT-based Models) Reziliența este o abilitate care poate fi învățată și dezvoltată prin schimbarea modului în care o persoană gândește și acționează. Competențele de coping (mecanisme de gestionare a stresului), restructurarea cognitivă (schimbarea tiparelor negative de gândire) și autoeficacitate (credința în propria capacitate de a gestiona situațiile dificile). *Creșterea Psihologică Post-Traumatică (Posttraumatic Growth - PTG)* Deși nu este o teorie a rezilienței în sine, este un concept strâns legat. Spre deosebire de reziliență (care implică revenirea), PTG presupune că un eveniment traumatic poate duce nu doar la recuperare, ci la o *îmbunătățire sau dezvoltare pozitivă* în cinci domenii principale relații, percepția de sine, noi posibilități, aprecierea vieții, schimbări spirituale. Reziliența este adesea considerată o premisă a PTG. [10, pp. 8-31].

P. Popescu-Neveanu definește adaptarea ca un „ansamblu de procese și activități prin care se trece de la un echilibru mai puțin stabil, între organism și mediu, la un echilibru stabil; funcționarea organismului prin înrolarea schimburilor dintre organism și mediu; dacă aceste schimburi favorizează funcționarea normală a organismului, acesta este considerat adaptat. Adaptarea poate declanșa o reacție de „alarmă" ca urmare a reacției defensive ale individului la cerințele mediului social. [12, pp. 8-31].

În viziunea autorului, E. Erickson „ ...o situație conflictuală ar putea fi rezultatul interacțiunii dintre individ și mediul social, în cazul în care reacția de protecție a individului și „îngăduințele" mediului social sunt limitate pentru a stabili afectarea echilibrului homeostatic" [6, p. 336]. Procesul de adaptare al tinerilor la un mediu nou, este destul de dificil iar individul deseori îl va realiza într-un mod de echilibru mai puțin stabil între organism și mediu. Dacă schimbul realizat va favoriza funcționarea normală a organismului, va fi considerat că un individ este adaptat psihosocial.

Adaptarea tinerilor este un process complex și de lungă durată care presupune multă voință și perseverență dar și un antrenament zilnic pentru a dezvolta acele abilități care ar favoriza adaptarea socială în orice mediu și context la care este supus el. R. Doron și F. Parot, au dezvoltat în Dicționarul de psihologie [4, p.30] termenul de „adaptare" din două perspective, una neurobioilogică și alta psihobiologică. Cea biologică are cîteva direcții: evolutivă, fiziologică, senzorială, de învățare. Perspectiva neurobiologică și psihologică este un proces dinamic de schimbare, dezvoltat în mod voluntar sau involuntar, în scopul reorganizării organismului într-un mod mai avantajos față de mediul său intern sau extern, facilitînd capacitatea de a învăța.

Comportamentul este acel mediator des folosit pentru plasarea organismului într-o stare mai puțin amenințătoare, pentru satisfacerea trebuințelor sale și, nu în ultimul rând, pentru asigurarea supraviețuirii. Căutarea acestui echilibru este o necesitate psihobiologică. Definiția conceptuală a *adaptării* din dicționarul lui R. Doron și F. Parot se alinează cu majoritatea conceptelor științifice, care tratează termenul ca o interacțiune între subiect și mediu. Astfel, autorii consideră că orice schimbare a mediului intern sau a mediului extern, amenință stabilitatea emoțională a tînărului echilibrul fizic și cel psihologic, declanșează procese dinamice securizante, de reducere a efectelor negative ale conflictelor, presiunii și constrîngerilor. Potrivit autorilor francezi adaptarea este un process care implică sistemul nervos central și cel vegetativ. [4, p. 30]

U. Bronfenbrenner definește dezvoltarea umană prin adaptarea progresivă a individului la mediul său, influențat factori care parvin din zone/medii mai îndepărtate. Adaptarea poate declanșa acea „alarmă" ca urmare a unei reacții defensive ale individului la cerințele mediului ca echilibru armonios sau conflictual .Cu această abordare vine E. Erickson. În viziunea autorului, „ conflictul este

unul dintre rezultatele interacțiunii dintre individ și mediul înconjurător, în cazul în care reacția de protecție a individului și „concesiile" mediului social este insuficient pentru a stabili afectarea echilibrului homeostatic" [3, p. 103-105].

P. Brânzei, și E. Lupașcu, I. Alexandrescu au dezvoltat termenul de adaptare prin prisma adolescentului, în special ținând cont de semnificația bio-psiho-socială a procesului de adaptare [2, p.366]. În opinia autorilor M. Epuran, I. Holdevici, F. Tonița dimensiunea finală a modalităților de adaptare psihosocială, este rezultatul unui sistem rațional/științific de pregătire-învățare, care duce la formarea deprinderilor psihice de autoreglare, procese sau funcții psihice, cum sunt atenția, gândirea pozitivă, controlul anxietății, imaginea de sine, autosugestia, încrederea în sine, relaxarea, orientarea spre un scop. [5, pp. 123-138].

Adaptarea trebuie văzută ca un proces permanent și nu doar ocazional. Văzut ca un produs al relației neîncetate dintre individ și mediul înconjurător, rezultatul adaptării se poate măsura fie în atitudinea de acceptare, fie de respingere, caz în care putem vorbi de inadaptare. Adaptarea se poate reflecta în răspunsuri ale omului la evenimente favorabile, neutre sau nefavorabile. În aceeași ordine de idei, „adaptarea vizează reacția, conduita, ce pune individul și activitatea lui psihică ce îl caracterizează social în repliere suplă la condițiile variabile și numeroase ale mediului în care acesta există, cât și capacitatea psihicului de a se modifica în raport cu schimbările intervenite în condițiile sale de viață, devenind apt de ași îndeplini funcțiile și scopurile sale". În acest context, adaptarea este una din principale proprietăți ale organismului, care contribuie la schimbarea adecvată a funcțiilor corespunzătoare la modificările ce survin din mediul înconjurător [2, p.366].

Reziliența este abilitatea indivizilor de a se adapta la situațiile stresante, critice din viață și din mediu în general și asigurarea unei funcționalități psihice și fizice incluzînd și bunăstarea relațională cu cei din jur. Am observat, că o persoană rezilientă reacționează diferit la factorii de stres, manifestând o atutudine pozitivă față de factorul declanșator cît și o maturitate emoțională ridicată cu o capacitate înaltă de a putea să mențină o distanță emoțională în fața evenimentelor intense. El este focusat pe soluții și resurse care să îl ajute să facă față situațiilor critice. Desigur că pot apărea emoții negative, stări de frică sau neliniște, dar aceste persoane reziliente se recuperează rapid și experimentează mai puține efecte emoționale în timpul evenimentlui critic sau după ce a trecut.

Cercetarea rezilienței se concentrează pe menținerea unei funcționalității bune în ciuda riscurilor, evaluând interacțiunea dintre riscuri și procesele de coping. Integrarea concluziilor din diverse studii poate ghida dezvoltarea de programe și intervenții care pot fi aplicate cu succes. Abordările de diminuare a riscurilor și de dezvoltare a rezilienței au scopuri similare, însă se pliază diferit. Dezvoltarea abilităților de negociere a mediilor cu risc ridicat este determinativă pentru reziliență. Utilizarea cu judecată a ambelor metode de intervenție este esențială pentru efecte sustenabile ale rezilienței la tineri. Reziliența este un proces dinamic din punct de vedere psihosocial, același factor poate fi resursă, factor de protecție, de rezistență sau de risc.

Există un set unic de variabile individuale și sociale, care funcționează sistematic la diferite niveluri. Mecanismele de reziliență nu sunt o trăsătură sau o caracteristică individuală; Acestea implică o serie de variabile unind o mulțime de mecanisme care trebuie identificate, deoarece un factor poate fi factor de risc într-o anumită situație și în alta factor de protecție. Ca să ne referim la ei ca fiind doar factori de risc am putea să dăm greș. Putem vorbi aici de o structură complexă, ceea ce ar putea însemna că lucrurile nu sunt mereu așa cum par a fi.

Factorul de protecția este ascuns în modul în care oamenii se confruntă cu schimbările din viață și asta se reflectă în acțiunile lor în contextul unor circumstanțe stresante și nefaste. În această direcție

trebuie acordată o atenție deosebită proceselor care îmbunătățesc șansele de a face față în mod eficient stresului și celor care oferă oamenilor posibilitatea de a depăși consecințele pericolelor psiho-sociale din trecut. Sprijinul emoțional, apartenența la un grup legăturile din cadrul familiei apropiate sau extinse, din comunitate și din școală sunt elemente extem de importante. Această apartenență este rezultatul acceptării, investiției, iubirii, a proceselor inconștiente, a legăturii cu un adult, a legăturii afective cu un „tutore".

Găsirea unui scop în viață este atât un criteriu, cât și un factor de reziliență, iar acesta poate fi rezultatul sprijinului emoțional, cât și a capacităților individuale, a strategiilor de coping, a talentelor, a simțului umorului etc. Mulți cercetători atenționează asupra importanței abilității de a conștientiza, de a înțelege ideea de sine. Constatările despre factorii asociați cu reziliența sunt foarte valoroase. Acestea ne pot furniza informații despre obținerea rezilienței adevărate: care sunt pașii care vor permite tinerilor defavorizați să realizeze progrese. Ungar, M. 2005, menționează că reziliența este mai mult decât o resursă internă – " există dovezi substanțiale că reziliența, judecând din experiența copilului, depinde mai mult de condițiile structurale, de relațiile și de accesul social, decât de trăsăturile individuale." [14, p.67].

Concluzie

Tinerilor le este caracteristică iritabilitatea emoțională crescută, sensibilitatea sporită, cât și vulnerabilitatea. Studiile contemporane au ca scop cercetarea legăturii dintre reziliență și adaptare accentuând relevanța acestui domeniu de studiu. Astfel, se atestă că pentru a gestiona bine stresul este nevoie de a acorda o deosebită atenție stărilor emoționale, iar pentru a practica cu succes această atenție, este necesar să ne concentrăm cu o deosebită perseverență pe *reziliența emoțională.* Datorită multitudinii de competențe, aptitudini și atuuri pe care le cuprinde, asigură o existență eficientă în mediul în care este încadrat individul. Reziliența este o capacitate dinamică care poate fi dezvoltată prin diverse strategii și practici, iar ca rezultat poate îmbunătăți semnificativ performanțele cât și starea de bine a indivizilor, ajutându-i să se adapteze pe termen lung în fața provocărilor și crizelor vieții.

Resursele interne ale unui tânăr îl ajută să facă față provocărilor vieții, și le dezvoltă flexibilitatea comportamentală, cît și comportamentul psihomoțional. Este foarte important acest proces de adaptare la noile circumstanțe ale vieții,sau situații de după acel eveniment de criză sau traumatic, în asimilarea noilor reguli de viață, în reușita de a stăpâni acele impulsuri și a dezvolta, o flexibilitate emoțională și psihologică. a comportamentului și acțiunilor. Pentru a fi siguri că a avut loc o schimbare adică reziliența a fost simțită, trebuie să existe perioadă de timp care a trecut din momentul evenimentului traumatic. Mulți autori cercetători consideră că o schimbare durabilă are loc după o lungă perioadă de timp după traumă, și este unul dintre principalele criterii ale rezilienței.

Modul în care o persoană poate vorbi despre traumă ar putea fi considerat deja un criteriu de reziliență: dacă modul în care vorbește dezvăluie că încă își aduce aminte repede de traumă o acceptă ca pe un suport de identificare sau o minimizează, este un semn că persoana este deja pregătită să o scoată din viața lui și să o uite. Cel mai adesea, persoanele care au experimentat reziliența, adică au sesizat evenimentul traumatic și l-au integrat într-un mod constructiv în viața lor, reușesc să vorbească despre el într-o manieră relaxată, deschisă, reflectând asupra lui, fără a fi dramatic, fără a experimenta stări de anxietate sau neliniște și fără să evite amintirea ei. Reziliența provine din mișcarea cotidiană a resurselor umane obișnuite și normative. Ideea este că lucrurile mici din viață pot avea consecințe mari iar odată înțeleasă ideea de mecanism de reziliență, ele nu mai par mici și neobișnuite. Conceptul de "moment de cotitură" implică, totodată, întâlnirile importante din momente cruciale din viața unui

tânăr, ceea ce îl poate face să meargă într-o direcție sau alta, de exemplu, să adopte niște decizii radicale care îi poate schimba viața pe un termen îndelungat.

Bibliografie

1. Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 248–281. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L.
2. Brânzei, P., Lupașcu, E., Alexandrescu, I. (1974). Adolescenţă şi adaptare. Iaşi: Editura Ştiinţifică, 366 p. ISBN/COD: ACPSCG.
3. Bronfenbrenner, U. (1979).The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press, pp. 103-105. ISBN: 978-0-674-22456-8.
4. Doron, R., Parot, F. (2006). Dicționar de psihologie. București: Humanitas, p. 30. ISBN: 978-973-50-1537.
5. Epuran, M., Holdevici, I., Tonița Holdevici, F. (2001). Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie. Bucureşti: Editura Orizonturi, pp. 123-138. ISBN: 973-692-928-4.
6. Erikson, E. H. (1968).[2] Identity: youth and crisis. New York: W.W. Norton & Company, 336 p. ISBN: 0-393-31144-9.
7. Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, Vol. 56(3), pp. 218–226.
8. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), pp. 141–149. https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141.
9. Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, Vol. 2(3), pp. 271–299.
10. Gross, J. P., Stolzenberg, E. & Williams, A. (2020). College Choice and Enrollment among Youth Formerly in Foster Care. *Journal of College Access*, 5(2), pp. 8-31.
11. Nicoleanu, L. (2013). 10 modalități de dezvoltare a capacității tale de reziliență. Chișinău, 2015, 3 p.https://carte.psihologie.md/abordarea-rezilientei-in-prevenireaproblemelor-comportamentale-la-adolescenti/.
12. Popescu-Neveanu, P. (1978). Dicționar de psihologie. București: Editura Albatros, pp. 24-25. ISBN/COD: 70492CPCSDIFARAS.
13. Sehrawat, A., Simon, M. S. (2021). Emotional Intelligence and Resilience among Young Adults. 1 p.52 Doi: 10.25215/0902.182.
14. Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice. New York: Springer, p. 67. ISBN: 978-1-4614-0585-6.
15. WerneR, E. E. & Smith, R. S. (2001).[5] Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. New York: Cornell University Press.pp. 85-90. ISBN: 978-0801483321.

RELAȚIA DINTRE STIMA DE SINE A PERSOANEI ȘI STILUL DE COMPORTAMENT ÎN CONFLICT, LA SOȚI

Maria PLEȘCA

Conferențiar univ., dr. în psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0000-0001-9567-3723

Valentina OANȚA

doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, ORCID: 0009-0009-0831-3179

Introducere

Relevanța prezentei cercetări constă în studierea unei probleme stringente și larg răspândite în lumea contemporană: conflictualitatea în cadrul familiilor, vizând în mod specific dinamica conflictului dintre soți. Importanța temei este subliniată de deteriorarea generală a atmosferei psihologice și de creșterea progresivă a conflictelor în multe cupluri, fenomen ce influențează negativ atât percepția soților despre sine, cât și relația lor reciprocă. Studierea interconexiunii dintre stima de sine a personalității și stilul de gestionare a conflictului la partenerii maritali este un subiect de o

actualitate deosebită, având în vedere rolul central pe care îl joacă relațiile de familie în viața indivizilor [6]. Relațiile de familie implică o multitudine de aspecte, printre care și modalitățile de soluționare a disputelor. Un factor esențial care influențează alegerea stilului comportamental în conflict este stima de sine a fiecărui partener – evaluarea propriei valori și competențe. Aceasta determină modul în care o persoană se percepe și, implicit, strategiile pe care le adoptă pentru rezolvarea neînțelegerilor [7].

Cercetările subliniază o corelație puternică între o stimă de sine ridicată la parteneri și adoptarea unor strategii de conflict constructive și pozitive. Persoanele care manifestă o încredere de sine solidă tind să abordeze dezacordurile cu respect și empatie, arătând deschidere către cooperare și căutarea compromisului. Ele gestionează problemele într-o manieră constructivă, contribuind semnificativ la menținerea unei atmosfere armonioase în cuplu. În contrast, o stimă de sine scăzută predispune la utilizarea unor strategii de conflict mai puțin eficiente sau chiar distructive. În timpul disputelor, aceste persoane pot recurge la agresivitate, evitare sau pasivitate. Aceste abordări generează adesea neînțelegeri, duc la acumularea de emoții negative și, în cele din urmă, la deteriorarea relației [8]. Înțelegerea modului în care stima de sine modelează comportamentul în situații de conflict oferă specialiștilor o bază esențială pentru a dezvolta strategii de intervenție mai eficiente pentru cupluri. Aceste intervenții vizează, în mod direct, îmbunătățirea comunicării și consolidarea unor relații mai durabile și armonioase.

Dezvoltarea unei stime de sine sănătoase, în paralel cu asimilarea unor strategii constructive de rezolvare a conflictelor, joacă un rol determinant în stabilirea și menținerea unor relații maritale pe termen lung și pline de satisfacție. Instrumente precum sprijinul psihologic reciproc, exprimarea regulată a aprecierii și dezvoltarea inteligenței emoționale sunt vitale pentru a crește rezistența relațiilor în fața problemelor inerente vieții de cuplu [1]. Stima de sine reprezintă evaluarea internă și încrederea în propria valoare ca persoană. Ea determină nivelul de încredere, stabilitatea și capacitatea de a rezolva problemele vitale. Partenerii cu stimă de sine ridicată se simt, de obicei, încrezători în relație, sunt pregătiți pentru compromisuri, respectă punctul de vedere al partenerului și tind spre soluții constructive în conflict, este dintre caracteristicile personale cheie care influențează comportamentul în situațiile conflictuale [5].

Cercetările din domeniul psihologiei au arătat că modul în care o persoană se evaluează pe sine îi influențează comportamentul și alte trăsături de caracter. N. Branden interpretează stima de sine ca fiind un instrument de analiză și evaluare de către subiect a propriilor căi de soluționare a sarcinilor, o schemă generalizată a activității personalității [1]. N. Branden abordează definirea stimei de sine ca o formațiune personală care participă activ la reglarea activității și a comportamentului, o caracteristică personală autonomă, componenta sa centrală, care se formează cu participarea activă a personalității înseși, reflectând specificul lumii sale interioare [1].

Alfred Adler considera că formarea stimei de sine reprezintă un proces de experimentare a propriei inferiorități, a neputinței în copilărie, ceea ce devine începutul drumului spre atingerea superiorității față de mediul socio-natural înconjurător, o aspirație spre superioritate. J.M. Gottman și N.Silver abordează procesul de formare a stimei de sine ca rezultat al socializării personalității, al înțelegerii propriei percepții de către ceilalți. „Stima de sine reprezintă evaluarea de către persoană a propriei persoane, a posibilităților, calităților și locului său printre alți oameni. Ea este rezultatul generalizat al autocunoașterii și al atitudinii emoțional-valorice față de sine” [2, p.234].

Cercetările moderne subliniază că stima de sine este un element central al conștiinței de sine a personalității. În viața psihică, ea îndeplinește funcția de regulator intern al comportamentului și al activității. „Participanții la conflictele conjugale nu sunt adesea pe deplin conștienți de motivele și

scopurile lor; cel mai probabil, ei devin victime ale propriilor probleme personale inconștiente și ale unei percepții eronate a propriei persoane și a situației reale" [3, p.187].

Incongruența dintre stima de sine formată (fie ea supraevaluată sau subevaluată) și capacitățile reale ale persoanei poate duce la conflicte interpersonale. „În funcție de mediul social, de climatul psihologic din familie și de interacțiunea cu cei din jur se formează atitudinea față de sine, care se transformă în timp, păstrându-și valența. Se face distincția între stima de sine potențială și cea actuală. Prima definește nivelul de ambiții – ceea ce persoana poate atinge; a doua – ceea ce a fost deja atins. O persoană se poate evalua adecvat sau inadecvat, adică să-și supraevalueze sau să-și subevalueze succesele și realizările" [9, p.169].

Conflictele în familie sunt o parte integrantă a vieții acesteia. Ele pot apărea din cauza diferențelor de viziuni, valori, nevoi și din alte aspecte. „Cauzele conflictului adesea nu se pretează la o reconstrucție logică, deoarece pot include o componentă irațională, iar manifestările externe de obicei nu oferă o imagine clară asupra naturii lor adevărate, motiv pentru care participanții săi nu sunt întotdeauna conștienți pentru ce luptă, de fapt" [3, p.108]. „Conflictele conjugale pot fi caracterizate ca o stare psihică negativă reciprocă a soților, care se manifestă prin ostilitate, înstrăinare și negativism în relație, stare cauzată de incompatibilitatea viziunilor, intereselor sau nevoilor lor" [4, p.28]. „Conflictualitatea este o calitate personală complexă, care include resentimentul (supărările), irascibilitatea (mânia) și suspiciunea" [6, p.230]. Așa cum se menționează, stilul de comportament în conflict joacă un rol important și poate fi un factor determinant în soluționarea problemelor. „Percepția situațiilor conflictuale în viața conjugală depinde, în primul rând, de calitățile personale ale fiecăruia dintre soți. Dificultățile în controlul propriului comportament apar și în situațiile de suprasolicitare permanentă (oboseală cronică)" [7, p.55].

Metodologia cercetării

Această cercetare are ca *scop* identificarea legăturii dintre stima de sine a personalității și stilul de comportament în conflict la soți (parteneri maritali). *Obiectivele:* elaborarea programului de cercetare empirică a relației dintre stima de sine a personalității și stilul de comportament în conflict la soți; identificarea și caracterizarea eșantionului pentru cercetarea empirică, colectarea datelor empirice și prelucrarea lor primară; analiza datelor empirice utilizând metode calitative și cantitative și interpretarea rezultatelor studiului; formularea concluziilor pe baza rezultatelor cercetării empirice.

Ipoteza cercetării: presupunem că există o legătură între stima de sine a soților și stilul lor de comportament în situația de conflict. Se presupune că o stimă de sine ridicată sau medie va contribui la utilizarea strategiilor constructive de comportament în situații de conflict la soți, în timp ce o stimă de sine scăzută va fi mai probabil asociată cu strategii nonconstructive de comportament în situații de conflict**.**

Metoda și studiul participanților

Ținând seama de ipoteza și obiectivele cercetării, am selectat un eșantion constituit din 100 de persoane, adică 50 cupluri căsătorite cu vechime diferită în viața de familie: vechimea în căsnicie a fost de 6-15 ani pentru 34 cupluri și de 21-60 de ani pentru 16 cupluri căsătorite. *Instrumentele de cercetare:* chestionarul *Determinarea nivelului de apreciere de sine* (S.V. Kovalov) a fost elaborat și publicat în anul 1991de Serghei Viktorovici Kovalov. Chestionarul constă în 32 de afirmații la care este necesar de a exprima atitudinea utilizând variantele de răspuns propuse, cum ar fi: foarte des, deseori, uneori, rar, niciodată. 2. *Scala stimei de sine Rosenberg (RSES).* Este destinată diagnosticării nivelului general de stimă de sine al subiectului. Structură și format: Chestionarul este format din 10 afirmații care se referă la atitudinea generală a unei persoane față de sine. Subiectului i se solicită să evalueze gradul

său de acord sau dezacord cu fiecare afirmație, utilizând o scală Likert în 4 trepte, precum: complet de acord, de acord, dezacord, complet în dezacord. 3. *Chestionarul de evaluare a modurilor de comportament în situații de conflict Thomas-Kilmann (TKI),* pentru a identifica stilurile preferate de comportament ale unei persoane în situațiile de conflict, adică în acele situații în care interesele a două părți se dovedesc a fi incompatibile. Chestionarul se bazează pe un model bidimensional de soluționare a conflictelor, care folosește două dimensiuni fundamentale și este format din 30 de perechi de afirmații referitoare la diverse stiluri de comportament. Din fiecare pereche (A sau B), subiectul trebuie să aleagă afirmația care îi caracterizează cel mai bine comportamentul. Strategiile de conflict identificate: Interacțiunea dintre asertivitate și cooperare definește cinci strategii principale de rezolvare a conflictelor: Competiția, Adaptarea, Compromisul, Evitarea, Colaborarea.

Prelucrarea și interpretarea rezultatelor

Analiza datelor obținute prin aplicarea chestionarului „Determinarea nivelului de apreciere de sine (S.V. Kovalov)" dezvăluie o distribuție semnificativă și neuniformă a nivelului de apreciere de sine în rândul grupului de soți investigat. Rezultatele indică o predominanță clară a aprecierii de sine scăzute, sugerând potențiale vulnerabilități psihologice în cadrul relațiilor de cuplu sau la nivel individual. Majoritatea absolută a subiecților, reprezentând 72% dintre soți, manifestă un nivel scăzut al aprecierii de sine. Această cifră este deosebit de relevantă, deoarece o apreciere de sine scăzută este adesea asociată cu: insecuritate și lipsa de încredere: persoanele pot avea îndoieli constante cu privire la propriile abilități și valoare, simțindu-se adesea inferioare sau inadecvate, dependență de validarea externă: autoevaluarea lor este puternic influențată de părerile și criticile celorlalți, inclusiv ale partenerului, vulnerabilitate emoțională: tendința de a se critica excesiv, de a experimenta emoții negative (vinovăție, rușine, anxietate) și de a manifesta o rezistență redusă la eșec sau stres; impact asupra relației de cuplu: aprecierea de sine scăzută poate genera probleme de comunicare, gelozie, tendințe de control sau, dimpotrivă, evitare a conflictului în cuplu.

Un procent considerabil, de 28% dintre soți, se încadrează la un nivel mediu al aprecierii de sine. Această categorie include indivizi care, în general: acceptare relativă: au o imagine de sine stabilă, deși nu perfecta, flexibilitate: pot face față criticilor și eșecurilor într-un mod rezonabil, dar pot avea totuși momente de îndoială sau nesiguranță în situații noi sau stresante; echilibru: sunt capabili să recunoască atât calitățile, cât și defectele, fără a cădea în extrema supraaprecierii sau subaprecierii. Aceste date sugerează că, în eșantionul studiat, aprecierea de sine este o resursă psihologică deficitară. Diferența de 44 de puncte procentuale (72% vs. 28%) dintre cele două categorii indică o problemă generalizată care merită o analiză aprofundată.

În concluzie, descrierea datelor indică o vulnerabilitate extinsă în ceea ce privește auto-evaluarea pozitivă în rândul soților, aspect care are implicații semnificative pentru starea lor de bine individuală și pentru sănătatea relațională. Analiza datelor obținute prin aplicarea *Scalei Stimei de Sine Rosenberg (RSES)* în rândul soților indică o distribuție caracterizată de o polarizare puternică spre niveluri medii și scăzute, cu un procentaj minoritar care atinge un nivel înalt. Jumătate din eșantion (50%) prezintă un nivel scăzut al stimei de sine. Această cifră este cea mai mare dintre cele trei categorii și reprezintă un indicator semnificativ al unei percepții negative de sine. Indivizii din această categorie tind să se evalueze negativ, să se simtă inadecvați sau inferiori, să fie excesiv de autocritici și să experimenteze frecvent sentimente de vinovăție, rușine sau anxietate. În context marital, acest lucru poate contribui la dependență emoțională, gelozie sau probleme în luarea deciziilor.

Un segment aproape la fel de mare (44%) se încadrează la un nivel mediu al stimei de sine. Acești soți au o viziune de sine relativ echilibrată și realistă. Deși pot recunoaște atât calitățile, cât și

defectele, stima lor de sine este stabilă, dar nu neapărat robustă. Pot fi vulnerabili la stres și critică, având nevoie de o anumită validare externă. Împreună cu cei cu nivel scăzut, aceste două categorii alcătuiesc 94% din întregul eșantion. Doar o mică minoritate, de 6% dintre soți, manifestă un nivel înalt al stimei de sine. Acești indivizi demonstrează, în general, o încredere solidă în sine și o acceptare necondiționată a propriei persoane. Ei sunt reziliențiși la eșec, își asumă responsabilitatea și au așteptări realiste de la sine și de la ceilalți. Procentul foarte mic sugerează că stima de sine optimă este o resursă rară în acest eșantion.

Datele obținute conturează un tablou în care vulnerabilitatea psihologică legată de auto-evaluare este o caracteristică definitorie a eșantionului de soți. Faptul că 94% din soți nu au atins un nivel înalt al stimei de sine indică o problemă extinsă de lipsă de încredere și de auto-acceptare în rândul populației studiate. Nivelul scăzut (50%) plasează o jumătate din eșantion la un risc crescut de a dezvolta sau menține dificultăți psihologice (depresie, anxietate) și probleme relaționale (conflicte, insatisfacție maritală, dificultăți de comunicare). Deși stima de sine se asociază cu succesul în viața personală și profesională, prezența masivă a nivelului scăzut sugerează că factori precum stresul marital, rolurile sociale sau așteptările nerealiste ar putea suprima dezvoltarea unei stime de sine sănătoase. Aceste rezultate subliniază necesitatea unor intervenții preventive și terapeutice focalizate pe îmbunătățirea imaginii de sine și dezvoltarea resurselor de auto-apreciere în contextul vieții de cuplu.

Analiza modurilor de comportament în situații de conflict, aplicată pe eșantionul de soți prin intermediul *Chestionarului Thomas-Kilmann (TKI),* evidențiază o predominanță a strategiilor de tip ne-cooperant sau unilateral (54% Competiție și Evitare), indicând o dinamică conflictuală disfuncțională. Cei mai frecvenți doi poli de răspuns sunt Competiția (27%) și Evitarea (27%), strategii diametral opuse care, în egală măsură, eșuează în a găsi soluții mutuale. Un sfert din soți (23%) adoptă Adaptarea, alegând să își sacrifice interesele pentru a menține pacea superficială. În contrast, strategiile constructive de soluționare reciprocă – Colaborarea (13%) și Compromisul (10%) – sunt cel mai puțin frecvent manifestate, totalizând doar 23% din răspunsuri. Acest deficit sugerează că soții întâmpină dificultăți majore în a negocia soluții creative (Colaborare) sau a ajunge la o cale de mijloc acceptabilă (Compromis), preferând în schimb să domine, să cedeze sau să fugă de problemă.

În ansamblu, datele indică o vulnerabilitate ridicată a eșantionului în gestionarea conflictelor, ceea ce are implicații negative directe asupra satisfacției maritale și a calității comunicării în cuplu. Pe baza rezultatelor studiului realizat cu ajutorul Chestionarului de evaluare a modurilor de comportament în situații de conflict Thomas-Kilmann (TKI), aplicat în rândul soților, se pot formula următoarele concluzii:

În rândul soților investigați, prevalează situația în care unul dintre parteneri (A) manifestă o eficiență mai scăzută a comportamentului în conflict comparativ cu celălalt partener (B). În câteva cazuri, se observă o egalitate a indicatorilor între soți, ceea ce denotă o eficiență aproximativ similară a comportamentului lor în situația de conflict. La cel de-al doilea partener (B), se constată cel mai frecvent un nivel mai ridicat de eficiență în comportamentul conflictual, fapt ce poate indica abilități mai bune de soluționare a problemelor și a conflictelor.

De menționat este că, în anumite cazuri, se observă o diferență semnificativă în eficiența comportamentului în conflict între soți, ceea ce ar putea avea un impact potențial asupra calității relației de cuplu. Pentru o analiză mai detaliată și o înțelegere aprofundată a dinamicii comportamentului în situațiile de conflict în cadrul relației conjugale, este necesar să se ia în considerare și contextul, precum și particularitățile comunicării dintre parteneri.

Analiza interdependenței dintre stima de sine a persoanei și stilul de comportament în conflict la soți în cazul bărbaților denotă indicatorul stilului de comportament în conflict Compromis este

corelat pozitiv cu indicatorul stima de sine (r = 0,76). Aceasta înseamnă că o stimă de sine mai ridicată la bărbați este asociată cu o utilizare mai frecventă a compromisului în interacțiunile conflictuale. Nu au fost identificate interdependențe semnificative statistic între indicatorii caracteristicilor socio-demografice și indicatorii respectului de sine, ai aprecierii de sine și ai stilurilor de comportament în conflict în eșantionul de bărbați.

Analiza corelațională a indicatorilor respectului de sine și ai aprecierii de sine cu indicatorii stilurilor de comportament în conflict în eșantionul de femei: indicatorul stilului de comportament în conflict Adaptarea este corelat pozitiv cu indicatorul aprecierii de sine (r = 0,63). Aceasta înseamnă că o apreciere de sine mai ridicată la femei este asociată cu o utilizare mai frecventă a strategiei de adaptare în interacțiunile conflictuale.

Analiza corelațională a indicatorilor caracteristicilor socio-demografice cu indicatorii respectului de sine, ai aprecierii de sine și ai stilurilor de comportament în conflict în eșantionul de femei au dovedit interdependențe semnificative statistic între indicatorii caracteristicilor socio-demografice și indicatorii respectului de sine, ai aprecierii de sine și ai stilurilor de comportament în conflict. Astfel, odată cu înaintarea în vârstă, femeile recurg mai frecvent la stilul Competiție (r = 0,65) și mai rar la stilul Adaptare (r = - 0,57) pentru soluționarea conflictelor.

Analiza corelațională a indicatorilor respectului de sine și ai aprecierii de sine cu indicatorii stilurilor de comportament în conflict la nivelul întregului eșantion indică: indicatorul stilului de comportament în conflict Adaptarea" este corelat pozitiv cu indicatorul aprecierii de sine (r = 0,53). Conform rezultatelor diagnosticării, toți respondenții au un nivel scăzut al aprecierii de sine, ceea ce indică, în general, și un nivel scăzut al utilizării de către aceștia a stilului de comportament în conflict Adaptarea. Analiza corelațională a indicatorilor caracteristicilor socio-demografice cu indicatorii respectului de sine, ai aprecierii de sine și ai stilurilor de comportament în conflict la nivelul întregului eșantion au dovedit de asemenea interdependențe semnificative statistic între indicatorii caracteristicilor socio-demografice și indicatorii respectului de sine, ai aprecierii de sine și ai stilurilor de comportament în conflict. Astfel, odată cu înaintarea în vârstă, respondenții recurg mai rar la stilul „Adaptare" pentru soluționarea conflictelor.

Concluzii și discuții

Pe baza analizei teoretice efectuate asupra acestei probleme, putem afirma cu certitudine că studiile realizate în domeniul relațiilor de familie permit concluzia că stima de sine a persoanei este un fenomen psihologic complex și multilateral, care influențează diverse aspecte ale vieții umane, inclusiv comportamentul în conflict. Înțelegerea structurii, funcțiilor și rolului stimei de sine este de o mare importanță pentru studierea interdependenței dintre stima de sine și stilul de comportament în conflict la soți. Astfel, stima de sine a persoanei joacă un rol important în stilul de comportament în conflict al soților. Aceasta poate influența încrederea, agresivitatea, pasivitatea și evitarea conflictului.

O persoană cu stimă de sine slabă poate cădea cu ușurință în rolul de „Victimă", în timp ce un soț cu stimă de sine ridicată va tinde să fie „Salvatorul". Totuși, pentru soluționarea conflictelor și îmbunătățirea relațiilor în familie, este importantă conștientizarea acestor roluri și munca depusă pentru consolidarea stimei de sine. Rezolvarea conflictelor cere ca soții să își conștientizeze tiparele comportamentale legate de stima de sine. Renunțarea la rolurile de „Victimă" și „Salvator" conduce la relații mai sănătoase și mai durabile, bazate pe înțelegere reciprocă și respect. Dezvoltarea stimei de sine și alegerea unei interacțiuni constructive contribuie la îmbunătățirea relațiilor și la o viață de familie mai armonioasă.

La apariția unui conflict, rezultatul acestuia depinde în mare măsură atât de calitățile personale ale soților, cât și de abilitatea de a găsi compromisuri în situații dificile și de capacitatea de a colabora. Alegerea strategiei predetermină, în mare măsură, deznodământul conflictului.

Cercetarea empirică realizată a relevat tendințe distincte în modul în care stima de sine influențează gestionarea conflictelor în cadrul relației conjugale. La bărbați, s-a observat o corelație pozitivă puternică între respectul de sine ridicat și utilizarea frecventă a Compromisului (r = 0,76) ca stil de rezolvare a conflictelor. Acest lucru sugerează că bărbații care se valorizează mai mult sunt mai dispuși să negocieze și să cedeze parțial pentru binele relației, deoarece nu percep compromisul ca pe o înfrângere personală. Este notabil că factorii socio-demografici (vârstă, educație, număr de copii) nu au influențat semnificativ alegerea stilului de conflict. La femei, un nivel ridicat al aprecierii de sine a fost corelat pozitiv cu utilizarea mai frecventă a Adaptării (r = 0,63) în situațiile conflictuale. Totuși, analiza factorilor socio-demografici a arătat că, odată cu înaintarea în vârstă, femeile tind să recurgă mai des la Competiție și mai rar la Adaptare. Această schimbare cu vârsta poate indica o creștere a asertivității și o scădere a dorinței de a sacrifica interesele personale pe termen lung.

La nivelul întregului eșantion, s-a confirmat, de asemenea, o legătură pozitivă între aprecierea de sine și Adaptare (r = 0,53). Totuși, datele generale arată că întregul eșantion prezintă un nivel scăzut al aprecierii de sine, fapt care, teoretic, explică frecvența scăzută de utilizare a stilului de Adaptare în general. O altă tendință generală este aceea că, odată cu înaintarea în vârstă, respondenții (ambele sexe) utilizează mai rar Adaptarea. Aceste rezultate au o valoare practică semnificativă pentru psihologii și consultanții de familie, oferind o înțelegere clară a modului în care auto-percepția (stima de sine) modelează comportamentul în conflict. Înțelegerea faptului că fericirea conjugală depinde de abilitatea de a rezolva conflictele cu demnitate și prin compromis subliniază necesitatea unor intervenții care să consolideze stima de sine și abilitățile constructive de negociere în cuplu.

Studiul desfășurat reconfirmă rolul esențial pe care îl joacă stima de sine și conștiința de sine în modul în care cuplurile căsătorite aleg să gestioneze situațiile conflictuale. Analiza teoretică a fundamentat ideea că nivelul stimei de sine influențează direct încrederea partenerilor, precum și tendințele lor spre agresivitate, pasivitate sau evitarea conflictelor. Investigația empirică a scos în evidență tendințe specifice în funcție de gen și de factorul vârstă, legate de stima de sine și alegerea strategiilor de conflict:

- Bărbați: Cei cu un nivel înalt de respect de sine manifestă o predilecție mai mare pentru strategia Compromisului în timpul conflictelor conjugale.
- Femei: Deși femeile cu stimă de sine ridicată aleg inițial mai frecvent Adaptarea, această tendință se modifică odată cu înaintarea în vârstă, evoluând spre strategia Competiției.
- La nivel general, o stimă de sine ridicată este asociată cu alegerea Adaptării, însă popularitatea acestei strategii scade pe măsură ce partenerii înaintează în vârstă.

Datele obținute subliniază cu fermitate importanța crucială a intervențiilor axate pe dezvoltarea stimei de sine ca un pilon fundamental pentru construirea și menținerea unor relații armonioase în cadrul familiei. În ciuda limitărilor inerente ale eșantionului, cercetarea validează necesitatea continuării studiilor dedicate înțelegerii interdependenței complexe dintre stima de sine și stilul de comportament adoptat în rezolvarea conflictelor de către cuplurile conjugale.

Pe baza cercetării efectuate, se poate concluziona că o stimă de sine ridicată și abilitatea de a rezolva conflictele în mod constructiv contribuie la consolidarea căsniciei. Una dintre cauzele conflictelor dintre soți este neconcordanța așteptărilor reciproce, ceea ce afectează formarea unui respect de sine pozitiv și a unei aprecieri de sine personale adecvate. Prin urmare, este important să se

dezvolte abilitățile de rezolvare constructivă a conflictelor și să se lucreze asupra stimei de sine pentru menținerea unor relații de familie puternice și sănătoase. Astfel, se confirmă ipoteza privind existența unei legături între stima de sine a soților și stilul de comportament adoptat în situațiile conflictuale. Cercetarea arată că stima de sine și respectul de sine joacă un rol semnificativ în alegerea strategiei de comportament în conflictele cuplurilor conjugale.

Rezultatele indică faptul că stima de sine ridicată poate fi asociată cu anumite strategii de comportament în situațiile conflictuale, precum Compromisul, Adaptarea sau Competiția. Datele obținute subliniază importanța muncii asupra stimei de sine și a respectului de sine pentru construirea unor relații de familie sănătoase și armonioase. Prevenirea și reducerea conflictelor între soți reprezintă o sarcină importantă pentru menținerea și dezvoltarea unor relații fericite și sănătoase în familie. În primul rând, este esențial să se conștientizeze că conflictele în relațiile de familie sunt inevitabile și că rolul cheie în soluționarea lor le aparține partenerilor înșiși.

Comunicarea deschisă și constructivă a soților este fundamentul pentru soluționarea cu succes a conflictelor. Unul dintre principiile cheie ale prevenirii conflictelor este abilitatea de a se asculta reciproc. Aceasta implică ascultarea activă a partenerului fără a-l întrerupe, critica sau judeca. Este important să se manifeste empatie, să se înțeleagă sentimentele și nevoile celuilalt soț și să se demonstreze că acestea sunt înțelese. De asemenea, este necesar să se dezvolte abilități de comunicare eficientă, inclusiv capacitatea de a-și exprima gândurile, sentimentele și așteptările clar și concret, fără a folosi acuzații sau amenințări. În plus, este util să petreceți timp împreună, să vă ocupați de interese comune și să dezvoltați conexiunea emoțională. Un alt aspect important este rezolvarea constructivă a conflictelor. Soților li se recomandă să evite utilizarea agresiunii și a violenței în discuții și să își poată exprima furia sau dezamăgirea într-un mod constructiv și sănătos. Aceasta poate include utilizarea „Mesajelor-Eu”, analiza cauzelor conflictului, căutarea de compromisuri și înțelegerea reciprocă.

În plus, experții recomandă studierea practicilor cuplurilor și relațiilor de familie de succes, înțelegerea principiilor de sprijin reciproc și respect, precum și conștientizarea și reglarea propriilor emoții. În cele din urmă, prevenirea și reducerea conflictelor în relațiile de familie necesită învățare constantă, practică și auto-analiză. Un pas semnificativ poate fi apelarea la ajutorul consultanților profesioniști sau participarea la seminarii și traininguri pentru îmbunătățirea vieții de familie. Merită menționat că nu orice conflict conjugal are o conotație negativă. Există conflicte care îi ajută pe soți să elaboreze poziții comune cu privire la problemele controversate, să cunoască și să țină cont de nevoile și interesele reciproce. Uneori, certurile minore pot preveni un conflict mai mare. Desigur, cel mai bun mod de a rezolva conflictele conjugale este prevenirea apariției lor.

Bibliografie

1. Branden, N. *Psihologia stimei de sine*. București: Editura Trei, 2020. 272 p. ISBN 9786067962458.
2. Gottman, J.M., Silver, N. *Cele șapte principii ale unei căsnicii fericite*. București: Editura Litera, 2021. 368 p. ISBN 9786063375835.
3. Harrison, J. *Cinci conflicte (necesare) în relația de cuplu*. București: Editura Litera, 2023. 288 p. ISBN 9786064020529.
4. Hendrix, H., Lakelly Hunt, H. *Primește iubirea pe care o dorești: Ghid pentru cupluri*. București: Editura Herald, 2018. 352 p. ISBN 9786067860273.
5. Norwood, R. *Femei care iubesc prea mult*. București: Editura Litera, 2019. 384 p. ISBN 9786063332296.
6. Oanță, V., Plești, M. *Comunicarea ca factor de armonizare a relațiilor de cuplu.* Revista Vector European. Chișinău: Complexul Editorial, USEM. Nr.2. 2025.p.227-234. ISSN 2345-1106. https://usem.md/uploads/files/Activitate_%C8%98tiin%C8%9Bific%C4%83_USEM/Vector/Vector_European_2025_2.pdf

7. Plește, M., Oanță, V. *Armonizarea relațiilor în cuplu prin toleranța la stress și soluționarea conflictelor.* Știință și educație: noi abordări și perspective: Materialele conferinței științifice international 27-28 martie 2025, Seria 26, vol. 1: Științe sociale și comportamentale, p.51-62. ISBN 978-9975-46-944-9.
8. Schaeffer, B. *Dragoste sau dependență? Cum să recunoști iubirea sănătoasă*. București: Editura Trei, 2018. 288 p. ISBN 9786067199434.
9. Stoica-Constantin, A. *Conflictul interpersonal: Prevenire, rezolvare și diminuarea efectelor*. Iași: Polirom, 2018. 336 p. ISBN 9789734676729.

NEVOILE FUNDAMENTALE DE RELAȚIONARE ALE COPIILOR DIN GENERAȚIA ALPHA

Maria POPESCU
conferențiar universitar, doctor, Universitatea Pedagogică de Stat ”Ion Creangă”, Chișinău
Subprogramul: Strategii de asigurare a securității psihologice în sistemul educațional / Codul subprogramului: 040113
ORCID 0000-0002-5383-2121

Rezumat

Generația copiilor Alpha reprezintă prima generație complet aparținând secolului XXI. Ei sunt procreați în era digitală, fiind influențați încă din perioada dezvoltării intrauterine de fenomene precum: globalizarea, tehnologii informaționale, realitate virtuală, inteligență artificială. Astfel, ei se raportează diferit la lume și la sine. În acest context este extrem de important să înțelegem care sunt nevoile fundamentale de relaționare ale copiilor din era digitală.

În acest articol voi descrie nevoile bazale relaționale expuse de renumitul psihoterapeut integrativ, fondatorul și președintele al Asociației Internaționale de Psihotrerapie Integrativă Richard Erskine. În viziunea mea, aceste nevoi fundamentale relaționale sunt esențiale în cunoașterea sinelui și a lumii, în adaptarea funcțională a copilului din generația Alpha – copiii care se caracterizează prin acces nelimitat la informație, adaptabilitate crescută la schimbare și la autoeducare. Ceea ce le putem oferi - noi adulții – este o bază sigură în frageda lor copilărie. Noi, adulții, am putea doar să le conturăm direcția prin satisfacerea acestor nevoi relaționale de bază.
Cuvinte-cheie: copii din generația Alpha, nevoi de relaționare, securitate, acceptare, iubire, validare.

Cercetătorul social Mark McCrindle, expert în generații, demograf, futurolog, a inventat termenul „Generația Alpha” pe care a numit-o noua generație născută între 2010/11 și 2024/25 [1].

Numele a fost ales dintr-un motiv simplu și logic. Generația care a precedat-o a fost numită Generația Z (Gen Z), continuând secvența clasică a alfabetului latin (X, Y, Z). După ce ultima literă a fost atinsă (Z), McCrindle a propus o schimbare simbolică de la un ciclu la altul. A decis să reînceapă numărătoarea, dar folosind prima literă a alfabetului grecesc, Alpha. Această alegere a marcat simbolic nu doar o nouă cohortă, ci și începutul unei noi ere din punct de vedere tehnologic și social.

Astfel, numele ”Alpha” poartă o conotație de noutate și primordialitate - ei sunt prima generație născută integral în secolul al XXI-lea. La fel, ei sunt primii care nu vor cunoaște o lume fără tablete, gadget-uri, smartphone-uri, asistenți vocali și inteligență artificială. Iar anul 2010 a fost ales ca punct de start deoarece coincide cu câteva repere tehnologice și sociale majore care le definesc experiența de viață: lansarea iPad-ului, Instagram-ului, ceea ce a accelerat dominația conținutului vizual și a rețelelor sociale. Totodată, este considerată perioada de vârf a părinților Millennials. Generația Alpha este prima generație procreată majoritar din copiii Generației Y (Millennials). Aceasta influențează direct stilul lor de creștere, educație și valorile sociale. Or, numirea lor ”Alpha” este o modalitate de a marca un nou început demografic și tehnologic, diferențiind clar experiența lor de cea a predecesorilor - Generația Z (zoomerii).

Președintele Research Center, Michael Dimock, a comunicat în 2019 că este mai bine să privim categoriile ca pe „o lentilă de gândire a schimbărilor sociale”, mai degrabă decât ca pe o etichetă cu care să simplificăm excesiv diferențele dintre grupuri [3].

Profesor asociat la Universitatea Pedagogică de Stat din Moscova, Larisa Ovcharenko susține că generația Alpha este cufundată în lumea digitală încă din copilărie, jucând jocuri pe smartphone-uri și tablete de la o vârstă fragedă. Părinții lor rareori manifestă agresivitate față de ei, motiv pentru care această generație tinde să aibă un sentiment sporit de stimă de sine. Adesea interacționează cu cei mai mari ca egali [5]. Această generație crește într-un mediu unic de stimulare excesivă în era informațională și conectivitate permanentă, care modelează atât punctele lor forte, cât și vulnerabilitățile.

Dezvoltarea cognitivă: - procesare vizuală rapidă - abilitate sporită de a procesa și reține informația prezentată vizual și interactiv. Expunerea timpurie la ecrane, realitate virtuală (RV) și conținut video rapid (micro-learning) - care le antrenează circuitele vizuale și conexiunile neuronale; - atenție fragmentată - dificultate în menținerea concentrării pe sarcini lungi, liniare. Ei preferă multitasking-ul sau comutarea rapidă între sarcini. Astfel, apare nevoia constantă de stimulare imediată și feed-back rapid (dopamină) din mediul digital; - afectare potențială a limbajului social/comunicării interpersonale - deși dezvoltă rapid un limbaj digital/textual, interacțiunile face-to-face pot fi reduse sau mediate.

Dezvoltarea socio-emoțională: - flexibilitate socială și diversitate - înțelegere intrinsecă a diversității culturale și o adaptabilitate la contexte sociale variate (online/offline, migrație, globalizare etc.) – fiind crescuți de părinți Millennials (care pun accent pe incluziune și pe comportament civic) și fiind expuși la comunități globale online.

La copii din generația Alpha apar nevoi noi din perspectiva psihoterapeutică:

- ✓ Nevoia de deconectare (spațiu alb) - creierul copilului are nevoie de perioade de liniște și plictiseală pentru a consolida memoria și a dezvolta gândirea profundă și creativitatea. Pentru satisfacerea acestei nevoi se recomandă stabilirea zonelor și orelor fără ecrane (în special mesele și dormitorul); încurajarea jocului nestructurat și explorarea naturii.
- ✓ Nevoia de echilibru emoțional (EQ) - deși inteligența lor cognitivă (IQ) este stimulată, dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională (răbdare, gestionarea frustrării, conținerea emoțiilor) este vitală. Pentru satisfacerea acestei nevoi se recomandă gestionarea emoțiilor (părintele este un model pentru copilul său). Se recomandă discutarea, identificarea și numirea emoțiilor, învățându-i să tolereze disconfortul.
- ✓ Nevoia de relații profunde (calitate vs. cantitate) - deși interacțiunile online sunt numeroase, ele pot fi superficiale. Copiii au nevoie de legături emoționale sigure și profunde cu figurile de atașament. Pentru satisfacerea acestei nevoi se recomandă prioritizarea timpului de calitate (timpul petrecut împreună, nu doar în aceeași cameră), implicarea fizică (îmbrățișări, joc, discuții) și ascultarea activă.
- ✓ Nevoia de autonomie și control (etică digitală) - pe măsură ce navighează pe internet, copiii au nevoie să învețe nu doar cum să folosească tehnologia, ci și când și de ce (responsabilitate digitală). Pentru satisfacerea acestei nevoi se recomandă stabilirea limitelor clare și justificate, oferindu-le în același timp un control treptat asupra alegerilor lor online, consumarea informației sub supraveghere din partea adultului.

Richard Erskine, co-fondatorul principal al abordării psihoterapiei integrative (numită și relațională) și fondatorul Institutului de Psihoterapie Integrativă din New York, a dezvoltat o teorie detaliată a celor *opt nevoi relaționale fundamentale* a căror eșec în copilărie duce la dificultăți

psihologice la vârsta adultă [2]. Munca sa se concentrează pe relație ca factor curativ central. Richard Erskine este recunoscut ca un pionier care a pus relația terapeutică și nevoile de atașament la baza tratamentului psihologic, oferind un cadru coerent pentru integrarea diferitelor abordări terapeutice. El subliniază importanța unui contact autentic și a înțelegerii nevoilor relaționale nesatisfăcute ale clientului.

Nevoile relaționale sunt nevoi unice contactului interpersonal (Erskine, 1995). Ele nu sunt nevoile de bază ale vieții, cum ar fi hrana, aerul sau temperatura adecvată, ci elementele esențiale care îmbunătățesc calitatea vieții și un sentiment de auto-relație. Nevoile relaționale sunt părțile componente ale dorinței umane universale de relație intima.

Chiar dacă exista un număr mare de nevoi relaționale, cele opt descrise de Richard Erskine reprezintă acele nevoi pe care clienții noștri le descriu cel mai frecvent când vorbesc despre relații semnificative. Unele dintre aceste nevoi relaționale au fost, de asemenea, descrise în literatura de psihoterapie ca nevoi fixate ale copilăriei timpurii, indicatori ai psihopatologiei sau transfer problematic (Bach, 1985; Basch, 1988; Kohut, 1971, 1977; Wolf, 1988).

Nevoile relaționale nu sunt doar nevoi ale copilăriei sau nevoi care apar într-o ierarhie de dezvoltare; sunt componente ale relației care sunt prezente în fiecare zi a vieții noastre. Deși Richard Erskine a dezvoltat teoria *celor opt nevoi relaționale* inițial pentru terapia adulților, ele oferă un cadru excepțional de puternic pentru a înțelege și satisface nevoile psihologice fundamentale ale copiilor, inclusiv ale celor din Generația Alpha. Aceste nevoi se concentrează pe calitatea interacțiunii dintre copil și părinte/educator, esențială pentru dezvoltarea unui Sine sănătos și echilibrat, capabil să gestioneze mediul digital complex. Fiecare dintre cele opt nevoi relaționale poate deveni figură sau conștiență ca dor sau dorință, în timp ce celelalte șapte rămân în afara conștiinței sau ca fundal.

Un răspuns satisfăcător al unei alte persoane la nevoia relațională a unui individ permite ca nevoia presantă să se retragă la pământ și o altă nevoie relațională să devină o figură ca un nou interes sau dorință. Adesea, în absența satisfacției nevoilor, un individ devine cel mai conștient de prezența nevoilor relaționale. Când nevoile relaționale nu sunt satisfăcute, nevoia devine mai intensă și este trăită fenomenologic ca dor, gol, o singurătate sâcâitoare sau un impuls intens însoțit adesea de nervozitate. Absența continuă a satisfacerii nevoilor relaționale se poate manifesta ca frustrare, agresivitate sau furie. Când întreruperile în relație sunt prelungite, lipsa de satisfacție a nevoii se manifestă ca o pierdere de energie sau speranță și se manifestă în credințe de scenariu precum „Nimeni nu este acolo pentru mine” sau „La ce bun?” etc. Aceste convingeri disfuncționale sunt apărarea cognitivă împotriva conștientizării nevoilor și a sentimentelor care apar atunci când nevoile nu primesc un răspuns satisfăcător de la o altă persoană (Erskine, 1980).

Satisfacerea nevoilor relaționale necesită prezența de contact a altuia care este sensibil și în acord cu nevoile relaționale și care oferă, de asemenea, un răspuns reciproc la fiecare nevoie. Cele opt nevoi relaționale principale sunt [2]:

1. Nevoia de securitate: experiența viscerală de a ne proteja vulnerabilitățile fizice și emoționale. Este nevoia de a te simți în siguranță fizică și emoțională, de a fi protejat. Aceasta implică experiența că varietatea noastră de nevoi și sentimente sunt naturale. Securitatea este un sentiment de a fi simultan vulnerabil și în armonie cu altul. Include absența impactului sau pericolului real sau anticipat.

Acordarea implică conștientizarea empatică a nevoii celuilalt de securitate în cadrul relației plus un răspuns reciproc la această nevoie. Răspunsul necesar este asigurarea securității fizice și afective în care vulnerabilitatea individului este onorata și păstrată. Ea comunică, adesea nonverbal, „Nevoile și sentimentele tale sunt normale și acceptabile pentru mine”. Cum poate fi transmisă de către adult:

„acceptare și protecție totală”, o comunicare de „apreciere pozitivă necondiționată”. Acordarea la nevoia de securitate presupune ca părintele/pedagogul să fie sensibil la importanța acestei nevoi și să se comporte atât emoțional, cât și comportamental într-un mod care oferă securitate în relație.

În contextul digital, copiii din generația Alpha au nevoie de siguranță digitală. Părintele trebuie să fie un ”filtru” sigur care monitorizează și protejează copilul de conținutul dăunător și de interacțiunile toxice online. Stabilirea limitelor clare, dar calde privind timpul de ecran și accesul la conținut, la fel, menținerea rutinei zilnice previzibile, poate oferi confort și stabilitate emoțională.

2. Nevoia de validarea - afirmarea și semnificația în cadrul unei relații: necesitatea ca cealaltă persoană să valideze semnificația și funcția proceselor noastre intrapsihice de afect, fantezie și construcție de sens și de a valida că emoțiile noastre sunt o comunicare intrapsihică și interpersonală semnificativă. Cu alte cuvinte este nevoia de a simți că experiența, sentimentele și percepțiile noastre sunt reale și acceptate. Include nevoia de a avea toate nevoile noastre relaționale afirmate și acceptate ca fiind naturale. Reciprocitatea afectivă a părintelui/cadrului didactic cu sentimentele copilului validează afectul copilului și asigură afirmarea și normalizarea nevoilor relaționale. Deoarece copiii din generația Alpha se exprimă adesea rapid și vizual, ei au nevoie ca părintele să valideze nu doar rezultatele, ci și efortul și sentimentele lor, chiar și când acestea sunt negative (spre exemplu, frustrarea în urma unui joc). Satisfacerea acestei nevoi poate fi realizată prin ascultarea activă fără a judeca, prin a răspunde la emoții cu empatie: ”Văd că ești furios pentru că nu merge. Este în regulă să fii supărat...”

3. Nevoia de acceptare – de a manifesta interesele și impulsurile autentice, fără a fi pedepsit sau criticat. Acceptarea de către o altă persoană stabilă, de încredere și protectoare: nevoia de a privi și de a se baza pe părinți, adulți, profesori și mentori. Nevoia relațională de acceptare de către o altă persoană consecventă, de încredere este căutarea protecției și îndrumării și se poate manifesta ca o idealizare a celuilalt. O astfel de implicare a părintelui/cadrului didactic include simțul copilului cu privire la interesul adultului pentru bunăstarea copilului. Această nevoie relațională de a fi acceptată de o altă persoană stabilă, de încredere și protectoare oferă un motiv centrat pe copil pentru a ne conduce viața și practicile didactice etic și moral. Părinții/adulții pot fie un recipient emoțional autentic. Când copilul este entuziasmat de un desen sau o reușită digitală, părintele trebuie să oglindească acel entuziasm. Părintele îi poate oferi atenție vizuală și verbală totală când copilul încearcă să-i arate ceva și să reacționeze cu bucurie la succesele lor; să încurajeze jocul liber nestructurat și explorarea curiozității. Se recomandă ca părinții să-i lase pe copiii lor să utilizeze obiecte și medii (chiar și cele digitale) în moduri noi, neconvenționale.

4. Nevoia de experiență / de oglindire - a vedea că o figură semnificativă se bucură de bucuria ta și reacționează la durerea ta. Nevoia de a vedea că o figură semnificativă se bucură de bucuria ta și reacționează la durerea ta. Confirmarea experienței personale este o nevoie de a avea experiență confirmată. Se manifestă prin dorința de a fi în prezența cuiva care este asemănător, care înțelege pentru că a avut o experiență asemănătoare și a cărui experiență împărtășită este confirmatoare. Acordarea este asigurată de părinte/cadru didactic, care evaluează nevoia de confirmare prin dezvăluirea experiențelor personale atent selectate – cu atenție (adică, centrată pe copil) împărtășirea vulnerabilităților sau sentimente și fantezii similare – și prin faptul că este personal prezent și vital.

De exemplu, afirmarea experienței copilului poate include părintele să se alăture sau să evalueze fanteziile copilului. În loc să definească povestirea internă a unui copil ca „doar o fantezie”, este esențial să implicăm copilul în exprimarea nevoilor, speranțelor, conflictelor relaționale și strategiilor de protecție care pot constitui miezul fanteziei. Acordarea la nevoia de afirmare a experienței poate fi obținută acceptând tot ceea ce spune copilul – suferința lui, chiar și atunci când fantezia și realitatea

sunt împletite. Când funcția fanteziei este recunoscută și apreciată, persoana se simte afirmată în experiența sa. Copilul care are nevoie de confirmarea experienței personale necesită un răspuns reciproc diferit, unic, are nevoie de validarea afectului sau care trebuie să fie acceptat de un altul de încredere și protector.

5. Nevoia de autodefinire: nevoia relațională de a cunoaște și exprima propria unicitate și de a primi recunoaștere și acceptare de către celălalt. Autodefinirea este comunicarea identității proprii alese prin exprimarea preferințelor, intereselor și ideilor fără umilire sau respingere. În absența recunoașterii și acceptării satisfăcătoare, expresia auto definiției poate lua forme inconștiente contradictorii, cum ar fi persoana care începe propozițiile cu „Nu, . . . ” chiar și atunci când sunt de acord sau care se angajează constant în argumente sau competiție. Oamenii deseori concurează pentru a se defini ca fiind diferiți de ceilalți pentru a-și menține simțul propriei integrități. Cu cât oamenii sunt mai asemănători, cu atât este mai mare efortul de a se autodefini – apare o competiție. Acordarea didactică are loc în sprijinul consecvent al părintelui/cadrului didactic pentru exprimarea identității copilului și în normalizarea acestuia a nevoii de autodefinire. Ea necesită prezența consecventă a adultului, contactul și respectul chiar și în fața dezacordului.

6. Nevoia de a avea un impact asupra celeilalte persoane. Impactul se referă la a avea o influență care îl afectează pe celălalt într-un mod dorit. Sentimentul de competență al unui individ într-o relație reiese din agenție și eficacitate - atragerea atenției și interesului celuilalt, influențând ceea ce poate fi de interes pentru cealaltă persoană și efectuând o schimbare a afectului sau a comportamentului celuilalt. Acordarea la nevoia copilului de a avea un impact are loc atunci când părintele/cadrul didactic își permite să fie afectat emoțional de copil și să răspundă cu compasiune atunci când copilul este trist, pentru a oferi un efect de securitate atunci când copilul este speriat, pentru a lua copilul în serios când este supărat și pentru a fi entuziasmat când copilul este vesel.

7. Nevoia de colaborare și interdependență (de a-l inița pe celălalt). Nevoia de a te baza pe celălalt și de a-l lăsa să se bazeze pe tine, recunoscând în același timp autonomia. Inițierea se referă la imboldul de a stabili contactul interpersonal cu o altă persoană. Întinderea brațului către celălalt într-un fel este recunoașterea și validarea importanței acestuia în relație.

În timp ce așteaptă ca copilul să inițieze, părintele/cadrul didactic poate să nu țină seama de faptul că un comportament care pare aparent pasiv poate fi de fapt o expresie a nevoii relaționale de a-l inița pe celălalt. Pentru a răspunde nevoii copilului, poate fi necesar ca părintele/pedagogul să inițieze un dialog, să se dea jos de pe scaun și să se așeze lângă copil, la nivelul lui. Dorința părintelui/cadrului didactic de a inița contactul interpersonal sau de a-și asuma responsabilitatea pentru o parte majoră a muncii relaționale didactice normalizează nevoia relațională a copilului de a avea pe cineva cui poate să se adreseze. Deși copiii din generația Alpha sunt extrem de independenți digital, ei au nevoie să învețe colaborarea umană și lucrul în echipă, abilități cruciale pentru viitoarea piață a muncii. Adultul poate implica copilul în sarcini casnice care necesită cooperare, jocuri care necesită negociere și luarea deciziilor în comun.

8. Nevoia de a exprima dragoste. Nevoia fundamentală de a simți că ești iubit și apreciat pentru ceea ce ești, nu pentru ceea ce faci și totodată de a exprima dragoste. Dragostea este adesea exprimată prin recunoștință, afecțiune sau făcând ceva pentru cealaltă persoană. Importanța nevoii relaționale de a dărui iubire – fie că este de la copii la părinți, frate sau profesor, sau de la client la terapeut – este adesea trecută cu vederea. Când expresia iubirii este îngreunată, expresia de sine în relație este zădărnicită. Într-o lume a performanței și a feedback-ului instant, generația Alpha are nevoie să știe că valoarea lor nu depinde de scoruri sau de like-uri. Este de dorit ca părinții să se asigure că timpul

petrecut împreună este centrat pe conexiune, nu pe corectare sau instruire. Prin satisfacerea sistematică a acestor nevoi relaționale, părinții și educatorii generației Alpha pot construi o fundație emoțională și psihologică robustă, pregătindu-i să navigheze cu succes provocările lumii hiper-digitale.

Acele persoane pentru care absența satisfacției nevoilor relaționale este cumulativă necesită o acordare și o implicare consistentă și de încredere din partea părintelui/cadrului didactic care recunoaște, validează și normalizează nevoile relaționale și afectul aferent.

Scopul educației, din perspectiva lui D. Siegel, este de a-i învăța pe copii abilitățile necesare (de reglare emoțională, de conștientizare și de integrare) pentru a evita rigiditatea, pe de o parte și haosul pe de altă parte. Astfel, a ”pluti” pe mijloc înseamnă a fi flexibil, adaptabil și rezilient [4].

Prin înțelegerea și aplicarea integrării, îi ajutăm pe copii să navigheze ”râul vieții” menținând o stare de bine și funcționare optimă. Astfel, pot fi folosite următoarele strategii pentru dezvoltarea echilibrată a copiilor din generația Alpha:

- Gestiunea timpului de ecran și stimularea atenției – presupune alocarea zilnică a unui timp dedicat plictiselii sau jocului nestructurat (fără indicații de la adult). Beneficiul: dezvoltă creativitatea, capacitatea de a își diversifica activitatea și întărește circuitele neuronale necesare pentru gândirea profundă.
- Limitarea timpului de ecran solitar. Adulții pot încuraja folosirea tehnologiei ca instrument de legătură (ex: jocuri video cooperative, apeluri video cu bunicii, etc.). Beneficiul: transformă tehnologia din sursă de izolare în mediu de conexiune și colaborare.
- Implementarea pauzelor scurte de mișcare fizică (stretching, sărituri) la fiecare 20-30 de minute de activitate cognitivă. Beneficiul: combate fragmentarea atenției și îmbunătățește funcția executivă (memoria de lucru și controlul impulsurilor).
- Validarea emoțiilor (numește și calmează) - deoarece sunt obișnuiți cu feedback rapid, copiii din generația Alpha au nevoie de validare rapidă a sentimentelor. Adultul îl poate ajuta pe copil să-și numească emoțiile (de exemplu, ”Văd că ești frustrat pentru că jocul s-a terminat...”). Beneficiul: dezvoltă vocabularul emoțional și capacitatea de autoreglare.
- Învățarea răbdării (amânarea recompensei). Părinții pot introduce sarcini care necesită așteptare sau efort susținut înainte de a obține o recompensă (de exemplu, plantează o sămânță și așteaptă să crească). Beneficiul: contracarează nevoia de satisfacție imediată indusă de mediul digital.
- Modelarea eșecului. Părinții pot arăta copilului că și ei fac greșeli și cum le gestionează. În loc să-i salveze imediat, părinții îi pot lăsa să aibă mici eșecuri pentru a dezvolta capacitatea de a-și reveni. Beneficiul: dezvoltă reziliența.
- Promovarea gândirii critice. Părinții pot conversa despre sursa online consultată prin adresarea întrebărilor: ”Cine a făcut asta?”, ”De ce a făcut-o?” , ”Ce vrea să ne transmită .. ?” etc. Beneficiul: cultivă scepticismul sănătos și abilitatea de a filtra informația (competență vitală în era IA).
- Jocul de rol și perspectivele. Părinții pot folosi jocul de rol pentru a le cere să vadă situațiile din perspectiva altor persoane: ”Cum crezi că s-a simțit acel personaj când...”etc. Beneficiul: întărește empatia și gândirea, abilități esențiale pentru relațiile umane autentice.

Prin satisfacerea nevoilor relaționale a copiilor și prin adoptarea strategiilor pentru dezvoltarea echilibrată, părinții și educatorii pot transforma mediul hiper-conectat al generației Alpha dintr-un factor de risc într-un catalizator pentru o dezvoltare cognitivă, emoțională și socială echilibrată. Dezvoltarea copiilor din generația Alpha reprezintă o armonie între viteza din era digitală și nevoia inerentă de încetinire și conexiune umană. Obiectivul este de a crește o generație care poate folosi tehnologia înțelept, fără a fi dominată de ea.

Bibliografie

1. Dimock, M., Wike, R. (2019). *America is exceptional in the nature of its political divide*. Pew Research Center https://www.pewresearch.org/short-reads/2019/01/17/where-millennials-end-and-generation-z-begins
2. Erskine, R., Moursund, J. (2022) *The Art and Science of Relationship*. Publisher: Carnac Books. ISBN 978-1800131378
3. McCrindle, M. *Motivating and commuticating* http//:www.mccrindle.com.au
4. Siegel, D., Bryson, T. (2023) *Creierul copilului tău. 12 strategii de dezvoltare unitară a creierului copilului tău*. București: Editura For You. ISBN 9786066395472
5. Овчаренко, Л. *Теория поколений: Чем отличаются зумеры, бумеры, миллениалы, поколения X и альфа* https://www.mgpu.ru/teoriya-pokolenij-chem-otlichayutsya-zumery-bumery-millenialy-pokoleniya-x-i-alfa/

CONSILIEREA PSIHOLOGICĂ A PACIENȚILOR CU BOLI CARDIACE

Luminița SECRIERU
conferențiar universitar, doctor, Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți, Republica Moldova

Igor BRAȘOVEANU
master în psihologie, psiholog, IMSP Spitalul Clinic Bălți, Republica Moldova

Bolile cardiovasculare reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, fiind principala cauză de mortalitate atât la nivel global, cât și în Republica Moldova. Impactul acestor afecțiuni nu se limitează doar la aspectele fizice, ci influențează profund și starea emoțională a pacienților, care se confruntă frecvent cu stări de anxietate și depresie. Anxietatea și stresul asociat bolilor cardiace poate duce la un dezechilibru psiho-emoțional care, în absența unor intervenții psihologice, poate agrava condiția medicală a pacienților (Oprea, N., 2021, p.36). În contextul afecțiunilor cardiovasculare, studiile arată că integrarea consilierii psihologice contribuie substanțial la reducerea nivelului de anxietate și stres, aspecte care, netratate, pot contribui la recidive și complicații medicale grave (Amandescu, I.-B., 2015, p. 56).

Integrarea suportului psihologic în tratamentele destinate pacienților cu boli cardiace este susținută și de numeroase studii internaționale, care au demonstrat efectele pozitive asupra echilibrului emoțional și asupra stării generale de sănătate. Pacienții care beneficiază de suport psihologic nu doar că reușesc să gestioneze mai bine stresul și anxietatea, dar își cresc și aderența la tratament, ceea ce contribuie la îmbunătățirea prognosticului lor (Chihai, I., 2022, p. 43).

Scopul cercetării constă în elaborarea și implementarea unui program de consiliere psihologică destinat reducerii anxietății la pacienții cu boli cardiace, cu rolul de a susține recuperarea și de a îmbunătăți calitatea vieții acestora. Cercetarea a fost realizată în cadrul IMSP Spitalul Clinic Bălți, Republica Moldova, pe un eșantion de 39 de pacienți cu afecțiuni cardiovasculare, selectați în baza disponibilității și consimțământului informat, care trec reabilitarea medicală în Secția Cardiologie.

Instrumentele de evaluare psihologică utilizate în cadrul cercetării au fost: Scala Hamilton de evaluare a anxietății (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A) care are ca scop de a oferi o evaluare globală a anxietății, fără a se concentra pe o anumită tulburare specifică; Scala lipsei de speranță Beck (Beck Hopelessness Scale – BHS) este utilizată frecvent în evaluarea riscului suicidal, a depresiei și a motivației scăzute, fiind recunoscută pentru valoarea sa prognostică în domeniul sănătății mintale.

Analiza statistică descriptivă a relevat scoruri medii ridicate, indicând prezența unui nivel crescut de distres psihologic în rândul participanților. Scorul mediu obținut la Scala Hamilton este de 25.54 puncte, ceea ce corespunde unui nivel de anxietate moderată spre severă. Valorile extreme

înregistrate au variat între 16 și 33 de puncte, majoritatea participanților situându-se în intervalul superior al scalei (peste 23 de puncte). Distribuția pacienților în funcție de nivelul de anxietate a fost următoarea: - 10.3% dintre participanți au prezentat anxietate absentă sau slabă; - 23.1% au manifestat anxietate ușoară; - 48.7% s-au încadrat în categoria anxietate moderată; - 17.9% au prezentat anxietate severă.

Graficul nr.1 evidențiază clar această distribuție, arătând o tendință semnificativă spre anxietate moderată și severă, fapt ce confirmă nivelul ridicat de vulnerabilitate psihologică în rândul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare.

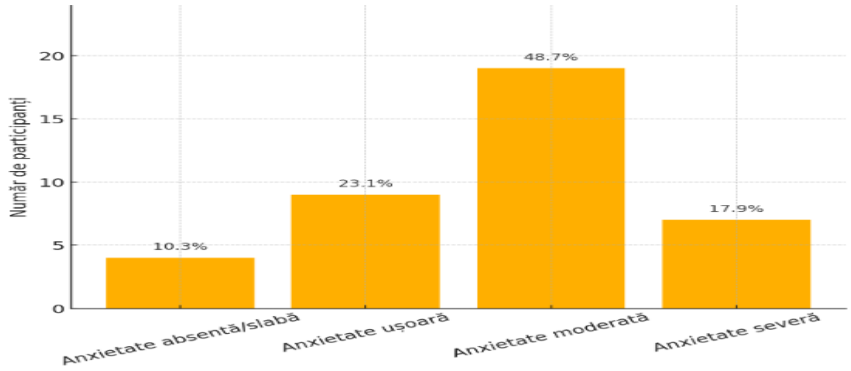


Figura nr. 1. Distribuția scorurilor la Scala Hamilton (HAM-A) – anxietate.

Evaluarea nivelului de lipsă de speranță a fost realizată prin aplicarea Scalei Beck (BHS). Graficul asociat ilustrează clar predominanța nivelului moderat de lipsă de speranță, reflectând o vulnerabilitate psihologică crescută în rândul pacienților investigați.

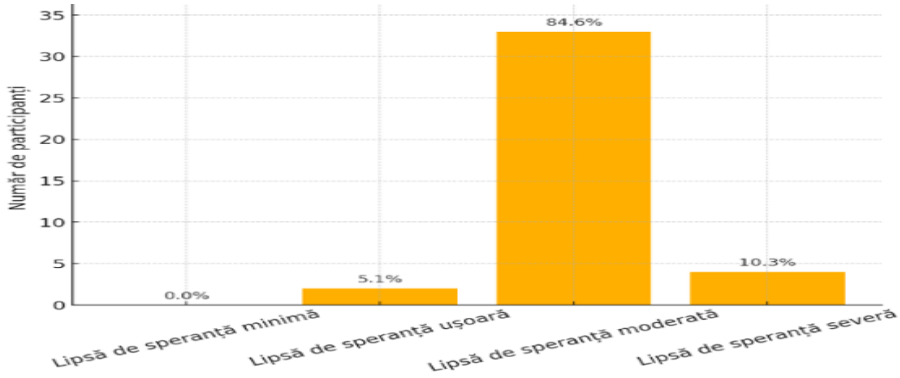


Figura nr. 2. Distribuția scorurilor la Scala Beck (BHS) – lipsa de speranță.

Aceste rezultate evidențiază o stare generalizată de distres emoțional în rândul pacienților cu boli cardiace, justificând aplicarea unui program de consiliere psihologică structurată în vederea reducerii simptomelor de anxietate și a creșterii nivelului de speranță. Analizând rezultatele în funcție de variabila gen, scorurile medii obținute la cele două instrumente psihologice evidențiază un nivel mai ridicat de anxietate și lipsă de speranță la pacienții de sex masculin (cf. tabelul nr.1).

Tabelul nr.1. Distribuția scorurilor în funcție de gen

Gen	Scor HAM-(mediu)	Scor BHS (mediu)	Număr pacienți
Masculin	26.63	11.83	24
Feminin	23.80	9.67	15

Interpretarea acestor rezultate sugerează că pacienții de sex masculin sunt mai afectați emoțional de prezența bolii cardiace, manifestând niveluri crescute de anxietate și lipsă de speranță.

Analizând rezultatele în funcție de variabila vârsta subiecților, datele indică faptul că pacienții mai tineri (<60 ani) sunt mai vulnerabili din punct de vedere emoțional, manifestând niveluri mai ridicate de anxietate și lipsă de speranță. În schimb, pacienții cu vârsta de peste 70 de ani par să gestioneze mai bine impactul psihologic al bolii, prezentând scoruri semnificativ mai scăzute. (cf. tabelul nr.2)

Tabelul nr.2. Distribuția scorurilor în funcție de grupa de vârsta

Grupă de vârstă	Scor HAM (mediu)	Scor BHS (mediu)	Număr pacienți
<60 ani	28.88	12.38	16
60–69 ani	26.33	11.08	12
70+ ani	19.82	8.91	11

Un alt criteriu de analiză l-a constituit vechimea diagnosticului de boală cardiovasculară. Participanții au fost împărțiți în două categorii: cei diagnosticați recent (≤1 an) și cei cu diagnostic stabilit de mai mult timp (>1 an).

Tabelul nr.3. Distribuția scorurilor în funcție de vechimea diagnosticului

Timp diagnosticare	Scor HAM-A(mediu)	Scor BHS (mediu)	Număr pacienți
≤ 1 an	28.76	12.94	17
> 1 an	23.05	9.50	22

S-a observat că pacienții recent diagnosticați prezintă niveluri mai ridicate de anxietate (28.76) și lipsă de speranță (12.94), comparativ cu cei cu boală cronică, la care scorurile sunt mai moderate (23.05 și 9.50). Această diferență poate fi explicată prin șocul psihologic resimțit în fazele incipiente ale bolii și prin lipsa unor mecanisme de adaptare încă dezvoltate.

În urma evaluării inițiale cu *Scala Hamilton* și *Scala Beck*, au fost identificați 8 pacienți cu niveluri ridicate de anxietate și sentimente moderate de lipsă de speranță, dintre care 6 bărbați și 2 femei. Anxietatea la pacienții cardiaci influențează semnificativ procesul de recuperare, scade aderența la tratament și crește riscul recidivelor. Astfel, s-a considerat necesară și oportună elaborarea și implementarea unui program de consiliere psihologică în grup, destinat reducerii anxietății și creșterii resurselor psiho-emoționale. Intervenția urmărește consolidarea încrederii în sine, gestionarea emoțiilor și sprijinirea pacientului în adaptarea la noul stil de viață impus de boală. Această intervenție a urmărit diminuarea simptomelor de anxietate și sprijinirea pacientului în dezvoltarea abilităților de coping și autoreglare emoțională, facilitând adaptarea activă la viața cu o afecțiune cardiacă și îmbunătățind calitatea vieții.

Programul de consiliere psihologică implementat a fost structurat în 6 ședințe, fiecare vizând dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională și consolidarea mecanismelor de coping. Activitățile au inclus tehnici variate precum respirația profundă, relaxarea musculară progresivă, restructurarea cognitivă și exerciții de mindfulness, elemente ce s-au dovedit eficiente în diminuarea nivelului de anxietate. Pentru validarea ipotezei privind eficiența consilierii psihologice de grup în reducerea anxietății și a lipsei de speranță, au fost selectați 8 pacienți care au participat activ la programul de intervenție psihologică. Aceștia au fost evaluați înainte și după derularea intervenției, folosind aceleași instrumente: Scala Hamilton (HAM-A) și Scala Beck (BHS). Rezultatele obținute sunt prezentate în figura nr.3 și figura nr.4.

Figura nr.3, ilustrează comparativ scorurile obținute de fiecare pacient la *Scala Hamilton* (HARS) înainte și după participarea la programul de consiliere psihologică. Se poate observa o scădere

constantă a nivelului de anxietate la toți cei 8 pacienți, ceea ce confirmă eficiența intervenției psihologice implementate.

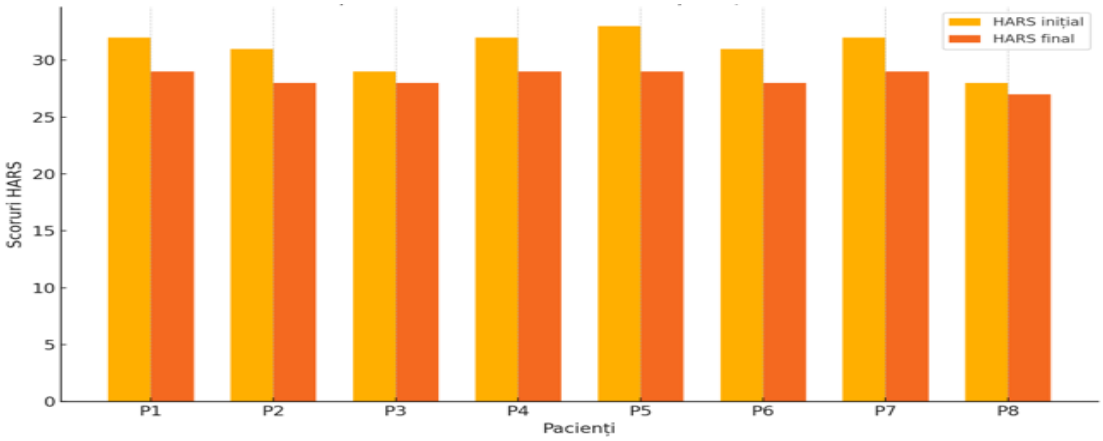


Figura 3. Scoruri medii HARS înainte și după consiliere.

Figura nr.4 prezintă scorurile la Scala Beck pentru lipsa de speranță, înainte și după participarea pacienților la programul de consiliere psihologică. Se observă o scădere a scorurilor la toți participanții, ceea ce reflectă o îmbunătățire a perspectivei emoționale și cognitive asupra viitorului.

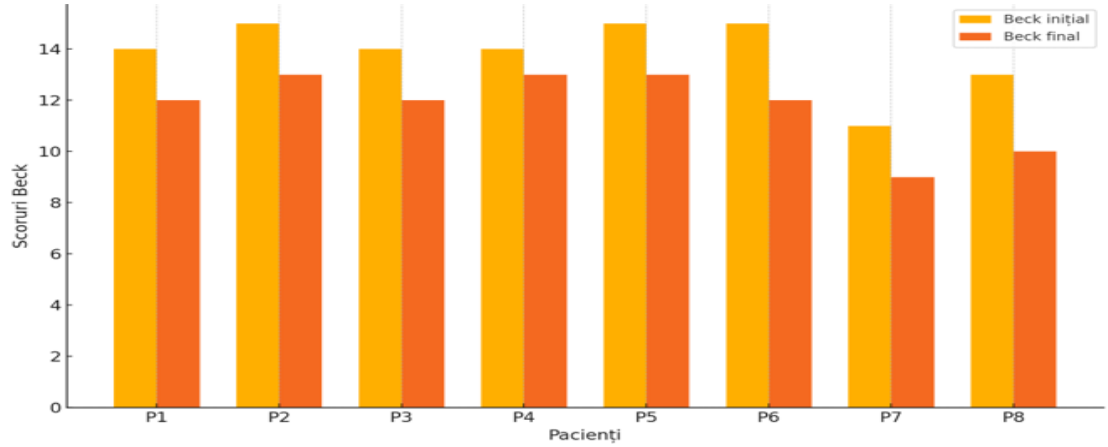


Figura nr.4. Scoruri medii BHS înainte și după consiliere.

Concluzii

Studiul a abordat o tematică de actualitate și importanță socială, având ca scop investigarea rolului și eficienței intervenției psihologice în sprijinirea pacienților cu afecțiuni cardiovasculare, cu precădere în ceea ce privește reducerea anxietății și îmbunătățirea stării lor psihoemoționale.

Bolile cardiovasculare nu afectează doar dimensiunea fizică a sănătății, ci declanșează o serie de reacții psihoemoționale complexe, cele mai frecvente fiind anxietatea, depresia și sentimentul de lipsă de speranță. Aceste manifestări psihice pot agrava tabloul clinic, determinând o aderență scăzută la tratament și o calitate redusă a vieții.

Programul de consiliere psihologică aplicat, structurat în 6 ședințe, a vizat dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională și a mecanismelor de coping prin tehnici validate, precum respirația profundă, relaxarea musculară progresivă și restructurarea cognitivă. Studiul, realizat pe un eșantion de 39 de pacienți, a arătat că grupul de intervenție (8 participanți) a înregistrat o scădere statistic semnificativă a scorurilor la Scala Hamilton și Scala Beck după participarea la program, ceea ce demonstrează eficiența intervenției psiholoogice. Este evident că integrarea consilierii psihologice

nu doar că reduce simptomele de anxietate și lipsa de speranță, ci contribuie și la îmbunătățirea complianței la tratament și, implicit, la creșterea speranței de viață și a calității acesteia.

Bibliografie

1. Chihai, J. *Reabilitarea în domeniul sănătății mintale*. Chișinău, 2022. 147 p.ISBN 978-9975-3578-1-4.
2. Cuznețov, L.; Micleușanu, Z. *Bazele consilierii*. Chișinău: Editura Primex, 2015. 127 p. ISBN 978-9975-110-24-2.
3. Dafinoiu, I.; Boncu, Ș. *Psihologie socială clinică*. Iași: Polirom, 2014. 509 p. ISBN 978-973-46-4436-0.
4. Gallo, L. *Emoțiile negative. Cum să ne eliberăm de frică, anxietate, tristețe, furie, agresivitate, rușine*. București: Niculescu, 2015. 239 p. ISBN 978-973-748-982-1.
5. Glăvan, A. *Reabilitarea psihosocială a persoanelor post accident vascular cerebral*. Chișinău: Institutul Științifico-Educațional, 2020. 408 p. ISBN 978-9975-48-182-3.
6. Iamandescu, I.-B.; Sinescu, C. J. *Psihocardiologie*. București: Editura ALL, 2015. 368 p. ISBN 978-606-587-367-4. https://www.all.ro/media/attachment/file/p/s/psihocardiologia_pdf.pdf
7. Ministerul Sănătății al RM. *Ghid practic: Strategii și instrumente în evaluarea psihologică*. Chișinău, 2024. 64 p. [citat 30.09.2024].
8. Mitrofan, I.; Nuță, A. *Consilierea psihologică. Cine, ce și cum?* https://ro.scribd.com/document /371873470/consilierea-psihologica-nuta-si-mitrofan
9. Oprea, N. et al. *Psihologie medicală: Conspecte și note de curs*. Ediția a 3-a. Chișinău: Știința, 2021. 224 p. ISBN 978-9975-85-265-4.
10. Regina Maria. *Stresul și bolile cardiovasculare*. [citat 20.10.2024]. https://www.reginamaria.ro /articole-medicale/stresul-si-bolile-cardiovasculare
11. Soponaru, C. (coord.). *Manual de psihologie clinică. Vol. I: Teorie, practică și specificitate*. Iași: Polirom, 2022. 448 p. ISBN 978-973-46-8992-7.

OPTIMIZAREA ADAPTĂRII UMANE: INTERVENȚII PSIHOLOGICE PENTRU O REZILIENȚĂ SUSTENABILĂ

Lucia BÎTCA
Doctor în psihologie socială, grad didactic superior
Chișinău, Republica Moldova, https://orcid.org/0000-0002-2801-4039

Rezumat

Articolul explorează modalitățile prin care intervențiile psihologice contribuie la dezvoltarea rezilienței individuale și comunitare într-un context social marcat de incertitudine și schimbare. Sunt analizate strategii de coping, autoreglare emoțională și promovarea solidarității sociale ca factori esențiali pentru adaptarea sustenabilă a individului. Studiul evidențiază importanța educației psihologice și a abordărilor bazate pe psihologia pozitivă în consolidarea echilibrului emoțional și a coeziunii comunitare.

Cuvinte-cheie: reziliență, adaptare, coping, psihologie pozitivă, solidaritate.

Abstract

The article examines how psychological interventions foster individual and community resilience within an uncertain and rapidly changing social context. It analyzes coping strategies, emotional self-regulation, and social solidarity as key factors for sustainable human adaptation. The study highlights the role of psychological education and positive psychology in strengthening emotional balance and community cohesion.

Keywords: resilience, adaptation, coping, positive psychology, solidarity.

În contextul societății contemporane, caracterizată de globalizare, digitalizare accelerată și expunere constantă la factori de stres socio-economic, adaptarea umană devine un proces complex și esențial pentru menținerea echilibrului psihologic și funcționării sociale optime. Transformările rapide din mediul de viață fie ele profesionale, educaționale sau culturale, solicită individului o capacitate crescută de autoreglare emoțională, flexibilitate cognitivă și integrare socială (Masten, 2014). În acest cadru, reziliența nu mai reprezintă doar abilitatea de a face față adversităților, ci un proces dinamic de învățare, reconstrucție și dezvoltare personală (Seligman, 2011).

Conceptul de reziliență sustenabilă presupune depășirea dificultăților prin utilizarea eficientă a resurselor interne - cum ar fi gândirea pozitivă, autoreglarea și motivația (Fredrickson, 2009) - și externe (sprijinul social, solidaritatea comunitară, relațiile interpersonale) (Masten, 2014). Aceasta implică nu doar revenirea la o stare de echilibru, ci și creșterea capacității de adaptare la schimbările viitoare. Intervențiile psihologice moderne, bazate pe psihologia pozitivă, oferă un cadru aplicativ pentru cultivarea acestor competențe prin exerciții de recunoștință, mindfulness, dezvoltarea sensului personal (Seligman, 2011), precum și prin consolidarea relațiilor de sprijin. Într-o perspectivă interdisciplinară, psihologia contemporană urmărește optimizarea adaptării umane prin programe educaționale, consiliere psihologică și politici publice centrate pe sănătatea mintală (Ungar, 2012). Astfel, dezvoltarea rezilienței nu mai este doar un obiectiv individual, ci și unul colectiv, vizând întărirea coeziunii sociale și a responsabilității comunitare. Articolul de față explorează aceste dimensiuni teoretice și aplicative, propunând o analiză integrată a intervențiilor psihologice orientate spre o adaptare sustenabilă și echilibrată în fața provocărilor contemporane.

Metodologie

Cercetarea se bazează pe o abordare mixtă, care combină metode cantitative și calitative pentru o înțelegere complexă a proceselor de adaptare și reziliență. Din perspectiva cantitativă, studiul utilizează instrumente psihologice validate internațional, precum *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* (Connor & Davidson, 2003) și *Brief COPE Inventory* (Carver, 1997), pentru măsurarea nivelului de reziliență și a strategiilor de coping utilizate de participanți. Eșantionul de cercetare este format din adulți tineri și profesioniști din domenii expuse stresului adaptativ, selectați prin metoda eșantionării stratificate.

Dimensiunea calitativă implică interviuri semistructurate și grupuri focus menite să surprindă experiențele subiective legate de adaptarea la schimbare, autoreglarea emoțională și utilizarea rețelelor de sprijin social. Analiza de conținut tematic este aplicată pentru identificarea factorilor facilitatori și a barierelor în procesul de dezvoltare a rezilienței sustenabile (Braun & Clarke, 2006).

Datele colectate sunt analizate statistic prin metode de corelație și regresie multiplă, pentru a determina relațiile dintre variabilele psihologice (coping, suport social, motivație intrinsecă) și nivelul general de adaptare (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). Rezultatele obținute vor contribui la elaborarea unui model integrativ de optimizare a adaptării umane, care poate fi aplicat în programe educaționale, intervenții terapeutice și politici publice de sănătate mintală (Ungar, 2012).

Cercetarea utilizează o abordare mixtă, combinând metode cantitative și calitative pentru o înțelegere complexă a proceselor de adaptare și reziliență.

1. Participanți

Eșantionul a fost format din 120 de adulți cu vârste între 18 și 45 de ani, selectați prin eșantionare stratificată în funcție de nivelul educațional și implicarea în comunități sociale sau organizaționale.

Caracteristică	Număr participanți	Procent (%)
Sex masculin	55	45,8
Sex feminin	65	54,2
Vârstă 18-25	40	33,3
Vârstă 26-35	50	41,7
Vârstă 36-45	30	25,0
Studii superioare	70	58,3
Studii medii	50	41,7
Implicare comunitară activă	80	66,7
Fără implicare comunitară	40	33,3

2. Instrumente

- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): evaluarea nivelului de reziliență.
- Brief COPE Inventory: măsurarea strategiilor de coping utilizate.
- Chestionar autoreglare emoțională: evaluarea capacității de gestionare a emoțiilor.
- Interviuri semistructurate și grupuri focus: colectarea datelor calitative privind experiențele subiective de adaptare și sprijin social.

Instrument	Tip	Scop	Scale/Itemi
CD-RISC	Cantitativ	Măsurarea rezilienței	25
Brief COPE	Cantitativ	Identificarea strategiilor de coping	28
Chestionar autoreglare emoțională	Cantitativ	Evaluarea controlului emoțional	20
Interviu semistructurat	Calitativ	Experiențe subiective de adaptare	10 întrebări
Grup focus	Calitativ	Rețele de sprijin și coeziune socială	6 grupuri

3. Procedură și analiză a datelor

Datele cantitative au fost analizate statistic prin *corelații Pearson **și** regresie multiplă,* pentru a identifica relațiile dintre reziliență, strategie de coping și sprijin social. Datele calitative au fost analizate prin *analiză de conținut tematic*, pentru identificarea factorilor facilitatori și a barierelor în dezvoltarea rezilienței sustenabile.

Tip analiză	Metodă	Scop
Cantitativ	Corelații, regresie multiplă	Relația dintre coping, suport social și reziliență
Calitativ	Analiză de conținut tematic	Factorii subiectivi care influențează adaptarea

Rezultate și discuții

Analiza datelor obținute a evidențiat o corelație pozitivă semnificativă între nivelul de reziliență și strategiile de coping adaptativ, în special cele centrate pe rezolvarea problemelor și pe restructurarea cognitivă pozitivă. Participanții care manifestă un nivel ridicat de autoreglare emoțională și gândire flexibilă prezintă o capacitate sporită de a gestiona stresul și de a se adapta eficient la situații imprevizibile.

Rezultatele calitative au confirmat importanța sprijinului social și a rețelelor comunitare în procesul de refacere psihologică. Persoanele implicate activ în comunități de suport (educaționale, profesionale sau voluntare) au raportat un sentiment mai mare de apartenență și sens, aspecte care consolidează reziliența emoțională și previn izolarea. De asemenea, strategiile bazate pe recunoștință și pe formularea obiectivelor realiste au fost asociate cu o percepție crescută a controlului personal asupra vieții.

Un alt aspect relevant îl constituie impactul intervențiilor de tip *mindfulness* și *coaching psihologic*, care au contribuit la diminuarea simptomelor de anxietate și la creșterea sentimentului de autoeficacitate. Aceste intervenții au demonstrat eficiență sporită atunci când au fost integrate în contexte educaționale sau organizaționale, sugerând că dezvoltarea rezilienței poate fi susținută instituțional, nu doar individual.

Din perspectivă teoretică, studiul confirmă valoarea modelelor ecologice ale rezilienței, care includ interacțiunea dintre resursele personale, relațiile sociale și factorii contextuali. Reziliența sustenabilă nu reprezintă un atribut static, ci o competență dinamică, influențată de capacitatea individului de a învăța din experiențe și de a-și reconfigura strategiile de adaptare în funcție de mediu.

1. Nivelul de reziliență și strategii de coping

Datele cantitative au evidențiat că participanții cu scoruri ridicate la CD-RISC folosesc mai frecvent strategii de coping centrate pe *problem-solving* și reevaluare pozitivă.

Strategie coping	**Scor mediu participanți cu reziliență scăzută**	**Scor mediu participanți cu reziliență ridicată**
Soluționare probleme	2,8	4,3
Reevaluare pozitivă	3,1	4,6
Evitare/negare	3,5	2,1
Suport emoțional	2,9	4,0
Religie/spiritualitate	2,5	3,2

Interpretare: Strategiile adaptive (soluționare probleme, reevaluare pozitivă, căutarea sprijinului social) sunt asociate cu niveluri ridicate de reziliență, în timp ce strategiile maladaptive (evitare, negare) sunt mai frecvente în rândul persoanelor cu reziliență scăzută.

2. Autoreglarea emoțională

Participanții cu implicare activă în rețele comunitare au raportat scoruri mai mari de autoreglare emoțională comparativ cu cei neimplicați.

Grup de participare comunitară	**Scor mediu autoreglare emoțională**	**Deviere standard**
Activ	4,5	0,6
Neactiv	3,2	0,8

Interpretare: Implicarea comunitară contribuie semnificativ la capacitatea de gestionare a emoțiilor și la adaptarea la situații stresante.

3. Sprijinul social și reziliența

Analiza corelațiilor a arătat o relație pozitivă semnificativă între percepția sprijinului social și nivelul de reziliență ($r = 0,62$, $p < 0,01$). *Interpretare:* Sprijinul social este un factor protector puternic, consolidând reziliența în fața provocărilor și crizelor.

Nivel sprijin social perceput	N	Scor mediu CD-RISC	Interpretare
Scăzut	40	60	Reziliență moderată
Mediu	50	74	Reziliență bună
Ridicat	30	88	Reziliență ridicată

4. Rezultate calitative

Analiza interviurilor și a grupurilor focus a evidențiat trei teme principale:
Autonomie și autoeficacitate: Participanții au subliniat importanța încrederii în propriile abilități de a depăși obstacole.
*Importanța comunității***:** Grupurile de suport și relațiile interpersonale oferă sens și sprijin emoțional.
Strategii pozitive de coping: Mindfulness, recunoștință și setarea obiectivelor realiste au fost percepute ca instrumente eficiente pentru adaptare și echilibru emoțional.
Discuție: Rezultatele confirmă ipoteza că reziliența sustenabilă este influențată de interacțiunea dintre resursele personale și sprijinul social, susținând importanța intervențiilor psihologice integrate, orientate spre dezvoltarea competențelor de coping și coeziunea comunitară.
Discuțiile evidențiază, totodată, necesitatea extinderii intervențiilor psihologice la nivel comunitar, prin programe educaționale și politici publice orientate spre sănătatea mentală preventivă. Astfel, *optimizarea adaptării umane* presupune un proces continuu de învățare, conectare și transformare, susținut de intervenții psihologice bazate pe știință, empatie și colaborare interdisciplinară.
Concluzii și recomandări

Rezultatele cercetării confirmă faptul că reziliența sustenabilă constituie un proces complex, multidimensional, care implică interacțiunea dintre resursele individuale, sprijinul social și contextul socio-cultural. Adaptarea eficientă la schimbările accelerate ale lumii contemporane necesită dezvoltarea continuă a competențelor emoționale, cognitive și relaționale, capabile să susțină echilibrul interior și funcționarea optimă în plan personal și profesional.

Intervențiile psihologice bazate pe psihologia pozitivă, mindfulness și autoreglare emoțională s-au dovedit eficiente în promovarea unui stil de viață adaptativ și în reducerea impactului stresului. Programele educaționale centrate pe dezvoltarea rezilienței contribuie la creșterea conștientizării importanței sănătății mintale și la formarea unei culturi a solidarității și responsabilității colective. Pe baza datelor analizate, se recomandă:

1. Integrarea programelor de dezvoltare a rezilienței în curricula educațională și în strategiile organizaționale de sănătate psihologică.
2. Formarea continuă a specialiștilor (psihologi, asistenți sociali, cadre didactice) în domeniul intervențiilor centrate pe coping adaptativ și suport comunitar.
3. Crearea de politici publice care să promoveze incluziunea socială, accesul la servicii de consiliere psihologică și sprijin pentru grupurile vulnerabile.
4. Dezvoltarea rețelelor de suport comunitar, ca mecanisme de prevenție și reconstrucție socială în perioade de criză.

5. Susținerea cercetării interdisciplinare privind mecanismele neuropsihologice și sociale ale adaptării umane.

În cncluzie, optimizarea adaptării umane nu poate fi atinsă fără o viziune integrativă, care să unească știința psihologică, educația și coeziunea comunitară. Reziliența sustenabilă reprezintă nu doar o capacitate de supraviețuire psihologică, ci o formă de evoluție umană – bazată pe învățare continuă, empatie și responsabilitate socială.

Bibliografie

1. Connor, Kathryn M., & Davidson, Jonathan R. T. *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety,* 18(2), 2003, pp. 76–82. DOI: 10.1002/da.10113.
2. Fredrickson, Barbara L. *Positivity: Groundbreaking Research to Release Your Inner Optimist and Thrive.* New York: Crown, 2009.
3. Masten, Ann S. *Ordinary Magic: Resilience in Development.* New York: Guilford Press, 2014.
4. Seligman, Martin E. P. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being.* New York: Free Press, 2011.

JOCUL CA METODĂ RECREAȚIONALĂ ÎN ACTIVITATEA PSIHOLOGULUI ȘCOLAR

Ina TELIUCOV

Clinical Psychologist, School Psychologist with Advanced Teaching Degree, Art Therapist, University Assistant, Moldova State University, ORCID: 0000-0003-0734-6752

Liudmila ANTIBOR

PhD in psychology, Moldova State University, ORCID: 0000-0003-0623-9234

Summary

Play represents a fundamental mechanism in the emotional, cognitive, and social development of the child, while also serving as an effective tool for psychoprophylaxis and intervention in the work of the school psychologist. The article examines the historical evolution of play therapy—from the psychoanalytic models of Freud, Klein, and Anna Freud to Moreno's psychodrama and the modern concepts formulated by Elkonin and Zakharov. The methodological aspects of play as a recreational method are analyzed, highlighting its role in reducing school anxiety, restoring emotional balance, and correcting maladaptive behaviors. The paper emphasizes the importance of play as a multidimensional, ecological, and scientifically validated instrument that supports the psycho-emotional development of students.

Keywords: play, recreation, psychological support, school psychologist, mental health, emotional development, corrective and developmental work, play therapy, stress prevention, child psychology

Rezumat

Jocul reprezintă un mecanism fundamental al dezvoltării emoționale, cognitive și sociale a copilului, fiind totodată un instrument eficient de psihoprofilaxie și intervenție în activitatea psihologului școlar. Articolul examinează evoluția istorică a terapiei prin joc - de la modelele psihanalitice ale lui Freud, Klein și Anna Freud până la psihodrama lui Moreno și conceptele moderne formulate de Elkonin și Zakharov. Sunt analizate aspectele metodologice ale jocului ca metodă recreațională menită să reducă anxietatea școlară, să restabilească echilibrul emoțional și să corecteze comportamentele dezadaptative. Lucrarea subliniază importanța jocului ca instrument multidimensional, ecologic și validat științific în sprijinul dezvoltării psihoemoționale a elevilor.

Terapia prin joc reprezintă o formă specială de intervenție psihoterapeutică utilizată pentru copii și adulți care se confruntă cu tulburări emoționale, temeri, manifestări nevrotice și alte dificultăți

psihologice. Diversele metode incluse în acest concept se bazează pe recunoașterea jocului ca factor esențial în dezvoltarea personalității. Primul pas spre utilizarea jocului în practica terapeutică a fost făcut de S. Freud (1913), care a introdus elemente ludice ca mijloc auxiliar pentru explorarea trăirilor copilului. Obiectivul său era identificarea, prin lanțuri de asociații, a surselor profunde ale jocului simbolic.

Ulterior, M. Klein (1932) a dezvoltat o abordare inovatoare, transformând jocul în metoda principală de psihoterapie pentru copii. Ea considera jocul o manifestare directă a conflictelor interne ale copilului și o modalitate de a aduce la suprafață acele trăiri inconștiente care se află la baza stărilor emoționale dureroase. În această concepție, terapeutul avea în principal un rol de observator pasiv, iar jocul copilului era unul spontan. Anna Freud (1946), dimpotrivă, susținea implicarea activă a terapeutului în procesul terapeutic. Ea considera că jocul nu reflectă întotdeauna conflicte reprimate, ci poate surprinde și relații reale din viața copilului. În practica sa, utiliza figurine miniaturale reprezentând membrii familiei. De asemenea, insista asupra implicării obligatorii a părinților în terapia prin joc, pentru a ajusta stilurile educaționale disfuncționale.

Abordarea psihanalitică a jocului a fost ulterior criticată. Psihologul american J. Moreno a propus o altă perspectivă, argumentând că multe tulburări psihice, în special nevrozele, sunt rezultatul unei adaptări deficitare la micul grup social în care individul își desfășoară viața de zi cu zi. Scopul terapeutului, conform lui Moreno, este crearea unor condiții psihologice favorabile în cadrul grupului, atât pentru pacient, cât și pentru ceilalți membri. Metoda propusă de el - psihodrama - presupunea punerea în scenă spontană a relațiilor interpersonale, facilitând restructurarea comportamentelor sociale.

În anii 1940–1950, terapia prin joc s-a extins semnificativ în cadrul diferitelor orientări psihoterapeutice. Metodele terapeutice au început să varieze în funcție de gradul de directivitate, frecvența ședințelor și forma de organizare - de la intervenții individuale la sesiuni de grup. În unele cazuri, terapia includea și jocul comun al copiilor cu părinții. Rolul terapeutului putea fi cel de observator, partener sau conducător al jocului.

Printre tehnicile utilizate se numără elemente de psihodramă pentru copii, jocuri de rol cu scenarii și situații predefinite. Un exemplu reprezentativ de terapie directivă este „terapia de ușurare” a lui D. Levy (1933), care presupunea un plan de joc stabilit în prealabil, distribuirea clară a rolurilor și clarificarea tuturor situațiilor conflictuale. Astfel, copilului îi erau oferite soluții posibile, ceea ce facilita conștientizarea conflictelor interne. La polul opus se află modelul nedirectiv, formulat de V. Axline (1947). În acest cadru, terapeutul nu intervine în jocul spontan al copilului și nu oferă interpretări. Accentul este pus pe crearea unui spațiu sigur, cald și acceptant, în care copilul își poate exprima liber emoțiile.

Mijloacele terapiei prin joc includ o gamă variată de activități creative: jocuri cu păpuși, modelaj, desen, activități senzoriale precum pictura cu degetele. Deosebit de valoroase sunt jocurile cu nisip, care permit exprimarea simbolică a conflictelor și găsirea unor rezolvări metaforice. Un rol important în dezvoltarea metodelor ludoterapeutice l-a avut M. Löwenfeld (1939), autoarea tehnicii „construirii lumii”. Copilului i se oferea un set de figurine, obiecte miniaturale și o cutie cu nisip, din care își construia propriul „univers” - oraș, casă, scenă sau orice altă reprezentare simbolică. Acest „microunivers” dezvăluia atitudinile emoționale ale copilului și avea atât valoare diagnostică, cât și terapeutică.

În psihologia rusă, baza teoretică pentru utilizarea jocului a fost elaborată de D.B. Elkonin, care considera că dezvoltarea psihică a copilului se realizează prin activități dominante specifice fiecărei

etape. Jocul, ca activitate fundamentală a copilăriei, devine un instrument major în intervenția terapeutică. A.I. Zakharov a elaborat o metodă complexă de terapie prin joc, pe care o integra într-un program mai larg de intervenție. În concepția sa, jocul îndeplinește trei funcții: diagnostică, terapeutică și educativă. Programul include discuții, joc spontan, joc dirijat și elemente de sugestie.

Zakharov a formulat o serie de reguli importante: - temele de joc trebuie să reflecte interesele copilului și obiectivele terapeutului; - jocul dirijat trebuie să stimuleze inițiativa copilului; - jocul spontan și cel structurat sunt două etape complementare ale aceluiași proces; - terapeutul nu comentează jocul; - influența terapeutică se realizează prin rolurile și personajele create în joc. Pe măsură ce terapia avansează, jocurile de rol trec de la obiective strict terapeutice la funcții educative, axate pe formarea abilităților de adaptare și socializare. Efectul terapeutic apare datorită experimentării unor forme de relaționare mai libere, mai cooperante, diferite de cele conflictuale sau restrictive din mediul real.

Terapia prin joc este aplicată eficient și în adolescență, unde capacitatea de autoreglare devine mai pronunțată. Jocurile de imitație, în care adolescentul interpretează roluri idealizate, contribuie la modelarea treptată a comportamentului dorit. De asemenea, terapiile ludice sunt eficiente în intervențiile destinate familiilor. Prin reconstituirea unor situații conflictuale în formă de joc, soții pot exprima într-un mod sigur emoțiile negative, pot observa din exterior dinamica relației și pot identifica modalități noi de comunicare.

Terapia prin joc poate fi implementată atât în format individual, cât și în format de grup. Alegerea formei depinde de nevoile psihologice ale copilului, în special de necesitatea de interacțiune socială, care se formează încă din primele etape ale dezvoltării copilului. Dacă în cazul terapiei individuale contraindicațiile sunt rare și se limitează în principal la formele severe de întârziere mintală, terapia de grup necesită evaluări suplimentare. Participarea la un grup terapeutic poate fi nepotrivită atunci când copilul prezintă: gelozie intensă manifestată prin competiție ostilă cu alți copii; comportamente asociale care pot pune în pericol siguranța grupului; maturizare sexuală precoce; nivel ridicat de agresivitate necontrolată; stare emoțională critică sau stres acut. În astfel de situații, este recomandată inițierea terapiei prin joc în format individual, pentru reducerea simptomelor acute și pregătirea treptată a copilului pentru participarea într-un grup terapeutic. Durata intervenției individuale este stabilită de psiholog, în funcție de nevoie.

La constituirea unui grup terapeutic se respectă câteva principii importante: - grupul trebuie să includă copii cu dificultăți diferite, pentru a preveni imitarea simptomelor și consolidarea dinamicilor disfuncționale; - componența grupului nu trebuie să includă copii care se cunosc între ei, pentru a evita rivalitățile sau alianțele anterioare; - diferența de vârstă nu trebuie să depășească un an; - vârsta optimă pentru participare este între 5 și 12 ani. Numărul recomandat de participanți: pentru copiii de 4–5 ani: aproximativ 6 participanți; pentru copiii de 5–11 ani: aproximativ 7 participanți; pentru copiii de 11–14 ani: aproximativ 9 participanți.

Aceste valori sunt orientative și pot fi ajustate în funcție de dinamica grupului și de condițiile de lucru. Atunci când intervenția este realizată de doi terapeuți, numărul copiilor poate fi crescut cu până la 50%. Prezența a două cadre specializate oferă o perspectivă mai amplă asupra procesului terapeutic și permite o reflecție profesională comună asupra situațiilor emergente.

Obiectivele terapiei prin joc în grup urmărește formarea unei imagini de sine pozitive și sprijinirea dezvoltării autonomiei copilului. Printre obiective se numără: - dezvoltarea responsabilității pentru propriile acțiuni; - creșterea capacității de autoreglare; formarea încrederii în sine și a sentimentului de control intern; - îmbunătățirea autoacceptării și a abilității de a lua decizii; - consolidarea unui sistem intern de evaluare și a rezilienței personale. Astfel, terapia de grup devine un spațiu de învățare emoțională și socială, în care copilul poate experimenta noi modalități de relaționare într-un cadru structurat și sigur.

Structura materialului utilizat în terapia prin joc

În intervenția terapeutică sunt folosite atât jocuri structurate, cât și jocuri neorganizate.

Jocuri structurate

Acestea includ: jocuri de rol cu tematică familială (cu personaje umane sau animale); jocuri cu păpuși sau marionete, inclusiv teatrul de păpuși; jocuri constructive (construcții, modelare de situații); jocuri care permit exprimarea intențiilor constructive sau distructive în cadru controlat.

Jocurile structurate oferă un context predictibil și sunt utile în lucrul cu copii care au nevoie de limite clare și de scenarii explicite pentru a procesa conflictele interne.

Jocuri neorganizate

Acestea includ: jocuri motrice (sărituri, alergare, urcat); activități senzoriale cu apă, nisip, lut; activități expresive din aria art-terapiei - pictură cu degetele, desen cu pensula, pastel, creioane colorate. Aceste forme permit copilului să se exprime liber, fără constrângeri, oferind acces direct la nivelul emoțional și simbolic.

Competențele psihologului în terapia prin joc

Specialistul care folosește terapia prin joc trebuie să posede o serie de calități personale și profesionale, deoarece copilul nu are capacitatea de a-și apăra singur interesele. Printre cerințele esențiale se numără: autenticitate și naturalețe în relația terapeutică; disponibilitate emoțională și căldură; capacitatea de a înțelege sensibil lumea internă a copilului; abilități de creare a unui mediu sigur, stabil și previzibil; flexibilitate și competențe avansate de observare și interpretare.

Psihologul trebuie să fie capabil să faciliteze jocul fără a-l controla excesiv, să mențină limite clare și, în același timp, să ofere un spațiu de libertate în care copilul să se exprime fără teamă de judecată.

Rolul psihologului școlar și utilizarea jocului în perioada de adaptare școlară

Integrarea copilului în mediul școlar reprezintă una dintre cele mai sensibile etape ale dezvoltării sale, iar psihologul școlar are o misiune esențială în a facilita această tranziție. Ghidurile metodologice moderne, inclusiv *„Psihosociologia relației copil–profesionist”* [9] și *„Particularitățile adaptării elevilor claselor primare la condițiile noi educaționale”* [10] subliniază importanța unei abordări complexe, în care jocul ocupă un loc central. Aceste documente evidențiază faptul că dificultățile de învățare și provocările adaptării școlare nu sunt doar manifestări izolate, ci rezultatul unei interacțiuni complexe între dezvoltarea cognitivă, emoțională, mediul familial și climatul educațional. Pentru psihologul școlar, jocul devine un instrument indispensabil de evaluare, intervenție și prevenție.

Conform ghidurilor, dificultățile de învățare sunt definite ca situații în care copilul nu reușește să facă față cerințelor școlare corespunzătoare vârstei și clasei. Aceste dificultăți pot avea cauze multiple: factori biologici (lezări toxice prenatale, infecții, boli în copilărie); factori neuropsihologici (întârzieri în dezvoltare, tulburări specifice de învățare, deficite de procesare); xperiențe traumatice sau abuz; mediu familial nefavorabil (violență, lipsă de suport emoțional, neglijare); lipsa unei stimulări cognitive adecvate sau absența prelungită de la școală. Aceste condiții se pot manifesta prin: dificultăți

de concentrare și menținere a atenției; demotivare, refuz de a învăța sau de a realiza temele; iritabilitate, nervozitate și reacții exagerate la efort; probleme de memorare; agresivitate sau opoziționism.

Ghidurile evidențiază că adulții interpretează frecvent aceste comportamente în mod eronat, ca lene, moft sau lipsă de disciplină. Pentru psihologul școlar, esențial este să identifice cauzele reale și să ofere intervenții potrivite.

Programa „Eu sunt școlar” descrie în detaliu specificul adaptării copiilor de clasa I la noile condiții educaționale. În această etapă, jocul este recunoscut drept principalul mijloc de acces la universul copilului și o punte între grădiniță și școală.

Ghidurile subliniază că *„aderarea la copil prin joc”* facilitează: acceptarea regulilor școlare; reducerea anxietății; dezvoltarea motivației pentru învățare; formarea unei imagini de sine pozitive; dezvoltarea abilităților de comunicare și cooperare. În primele luni de școală, copilul trăiește schimbări majore: structură nouă, cerințe mai riguroase, responsabilități multiple, necesitatea de a sta în bancă, ritm de lucru diferit. Jocul devine spațiul în care copilul procesează aceste transformări și găsește o modalitate suportivă de adaptare.

Psihologul școlar utilizează jocul atât pentru evaluarea stării emoționale a copilului, cât și ca intervenție strategică pentru prevenirea inadaptării școlare. Activitățile propuse în ghid includ: jocuri de comunicare pentru consolidarea relațiilor între colegi; jocuri de cooperare pentru exercițiul abilităților sociale; ritualuri ludice pentru crearea predictibilității și reducerii stresului; activități proiective pentru exprimarea emoțiilor; jocuri simbolice pentru elaborarea conflictelor interne; exerciții de autocunoaștere pentru formarea „poziției interne de elev”.

Impactul acestor jocuri este descris ca fiind multidimensional: ele reduc tensiunea, facilitează integrarea în grup, stimulează motivația pentru învățare și contribuie la dezvoltarea funcțiilor executive (atenție, planificare, memorie).

Scopul programului este prevenirea inadaptării și crearea unei tranziții echilibrate spre statutul de elev. Printre obiectivele sale operaționale, elevii învață să: își recunoască propriile calități și capacități; distingă între rolul de preșcolar și cel de elev; își identifice și regleze emoțiile; stabilească relații pozitive cu semenii; respecte regulile școlare; gestioneze problemele și sarcinile școlare; își organizeze ziua în funcție de cerințele școlii; solicite și să ofere ajutor. Toate aceste abilități sunt exersate predominant prin *joc* – metoda cea mai apropiată de modul natural de funcționare al copilului la această vârstă.

Pentru psihologul școlar, jocul nu este doar o activitate ludică, ci un instrument complex de: diagnostic emoțional și comportamental; dezvoltare personală; intervenție în dificultăți de învățare; formare a competențelor sociale; prevenție a eșecului școlar; reglare a anxietății și stresului; consolidare a stimei de sine. Prin joc, copilul are ocazia să exploreze, să exprime și să rezolve simbolic provocările legate de statutul de elev și de adaptarea la mediul școlar.

Concluzii

Analiza fundamentelor istorice, metodologice și aplicațiilor contemporane ale terapiei prin joc evidențiază faptul că jocul reprezintă o resursă esențială în practica psihologică, în special în mediul școlar. Evoluția de la abordările psihanalitice (Freud, Klein, A. Freud) la modelele centrate pe relații și dezvoltare (Moreno, Axline, Elkonin, Zakharov) demonstrează adaptabilitatea jocului la nevoile emoționale și educaționale ale copilului.

În contextul școlar, jocul devine un mediu sigur prin care copilul poate explora situații noi, își poate exprima liber emoțiile și își poate construi treptat imaginea de sine ca elev. Studiile și ghidurile

metodologice analizate arată că jocul este un instrument complex ce permite prevenirea inadaptării școlare, reducerea anxietății, creșterea motivației pentru învățare și formarea competențelor sociale.

Terapia prin joc, fie individuală, fie de grup, contribuie semnificativ la dezvoltarea autoreglării emoționale, la consolidarea rezilienței și la formarea comportamentelor adaptative. Intervențiile psihologului școlar, realizate prin jocuri structurate, simbolice, proiective și creative, facilitează atât exprimarea conflictelor interne, cât și găsirea unor soluții funcționale într-un cadru controlat.

În concluzie, jocul nu reprezintă doar o activitate recreațională, ci un instrument terapeutic complex, multidimensional și indispensabil pentru susținerea copilului în perioada de tranziție către școală. Integrarea sa în practica psihologului școlar contribuie la dezvoltarea armonioasă a copilului, la prevenirea dificultăților de învățare și la formarea unei adaptări școlare stabile și eficiente.

Bibliografie

1. Lendret G.L. Terapia prin joc: arta relațiilor: Trad. din engleză / Prefață de A.Ya. Varga / Moscova: Academia Pedagogică Internațională, 1994. 368 p.

2. Metode de psihocorecție eficientă: Antologie (Text)/ Comp. K.V. Selchonok. Minsk: Harvest, 2003. 816 p.

3. Gleitman G., Fridlund A., Riceberg D. Bazele psihologiei. Sankt Petersburg: Rech, 2001.

4. James W. Psihologia. Moscova, Pedagogica, 1991.

5. Dormashev Yu.B., Romanov V.Ya. Psihologia atenției. M.: Trivola, 1995 (sau ediții ulterioare). 6. Leontiev A.N. Activitate, conștiință, personalitate. M.: Sens: Centrul editorial „Academia", 2006.

7. Psihologia personalității: Texte / Ed. Yu.B. Gippenreiter, A.A. Puzyrea. M. 2008.

8. Psihologia motivației și emoțiilor / Ed. Yu.B. Gippenreiter, M.V. Falikman. M.: CheRo, 2006.

9. *Suportul de curs „Psihosociologia relației copil–profesionist în domeniul social"*, aprobat prin ordinul Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei nr. 133 din 22.08.2015. Coordonatori: Diana Cheianu-Andrei, Inga Rusu. Autori: Viorica Dumbrăveanu, Corneliu Țăruș, Cristina Triboi – Modulul I; Inga Rusu – capitolele II.1., II.2., III.3., IV.2. (coautor), IV.4.; Tatiana Turchină – capitolele II.3., III.2., III.4., IV.1, pag. 232, tab. 20; Sergiu Toma – capitolele II.4., III.1., IV.2., IV.3., p. 232

10. *Particularitățile adaptării elevilor claselor primare la condiții noi educaționale (Ghid metodologic). Programa dezvoltării psihologice „Eu sunt școlar"*. Autori: Diana Ștefăneț, Iulia Colomeițeva, Inna Caruceru (Teliucov), Ira Grosu, Natalia Kaciurowscaia. Chișinău, 2013. Capitolul 6, p. 63.

PERCEPȚII DE GEN ASUPRA ÎMPĂRȚIRII SARCINILOR CASNICE ȘI DE ÎNGRIJIRE A COPILULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Inga CHISTRUGA-SÎNCHEVICI

Lector universitar, doctor în sociologie, Facultatea Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Univeristatea de Stat din Moldova,

Valeria ARSENI

Sudentă anul III, specialitatea Sociologie, Facultatea Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială,Univeristatea de Stat din Moldova

Rezumat

Articolul își propune să analizeze percepțiile de gen asupra modului de împărțire a sarcinilor casnice și a sarcinilor legate de îngrijirea copilului în Republica Moldova, utilizând datele Studiului „Generații și Gen" realizat de UNFPA pentru anii 2020 și 2024. Printr-o abordare comparativă și longitudinală, cercetarea urmărește evidențierea diferențelor de satisfacție dintre femei și bărbați, precum și a evoluției acestora în timp, cu scopul de a identifica tendințe, disparități persistente și posibile efecte ale contextului pandemic. Rezultatele obținute contribuie la aprofundarea înțelegerii mecanismelor prin care inegalitățile de gen se reproduc în sfera vieții private și oferă o bază empirică relevantă pentru fundamentarea politicilor familiale și a intervențiilor menite să promoveze o distribuție mai echitabilă a muncii neremunerate și a responsabilităților parentale.

Cuvinte cheie: muncă, familie, copil, echilibru dintre muncă și viață de familie, politici sociale și familiale.

Introducere

Împărțirea sarcinilor casnice și a responsabilităților de îngrijire a copilului reprezintă una dintre dimensiunile centrale ale relațiilor de gen în cadrul familiei, reflectând atât structuri sociale profunde, cât și norme culturale persistente. Deși, la nivel discursiv și normativ, egalitatea de gen a devenit un obiectiv recunoscut al politicilor publice și al agendelor internaționale de dezvoltare, numeroase cercetări arată că, în practică, munca domestică și îngrijirea copiilor continuă să fie distribuite inegal între femei și bărbați, femeile asumând o povară disproporționată a muncii neremunerate. În literatura sociologică și demografică, această inegalitate este adesea explicată prin persistența rolurilor tradiționale de gen, prin socializarea diferențiată a femeilor și bărbaților, precum și prin așteptările sociale legate de maternitate, paternitate și responsabilitate familială. Diferențele de percepție privind echitatea împărțirii sarcinilor domestice sunt un indicator relevant al acestor dezechilibre, întrucât satisfacția sau nemulțumirea exprimată de parteneri reflectă nu doar realitatea distribuției muncii, ci și cadrul normativ în care aceasta este interpretată.

În Republica Moldova, transformările socio-economice din ultimele decenii, inclusiv creșterea participării femeilor pe piața muncii, migrația internațională, schimbările în structura familiilor și extinderea politicilor de egalitate de gen, au modificat parțial dinamica relațiilor familiale. Cu toate acestea, dovezile empirice sugerează că aceste schimbări nu au fost însoțite de o redistribuire proporțională a muncii domestice și a responsabilităților de îngrijire a copilului. Mai mult, perioada 2020–2024, marcată de pandemia COVID-19, a generat presiuni suplimentare asupra gospodăriilor, prin intensificarea muncii neremunerate, închiderea instituțiilor educaționale și extinderea muncii de la distanță, factori care au afectat în mod diferit femeile și bărbații.

Date și metode. Metoda de cercetare a fost analiza secundară a datelor Studiului Generații și Gen, valul I și II. Primul val a fost desfășurat în primăvara anului 2020, 10.071 de respondenți cu vârste între 15 și 79 de ani, din 153 de localități ale țării. Al doilea val a început în toamna anului 2023, cu participarea a aproximativ 9.000 de persoane din eșantionul inițial, pentru a urmări evoluțiile în ceea ce privește intențiile reproductive, planurile de emigrare, satisfacția față de viață și alte aspecte demografice. Pe baza eșantionului total, a fost creat un sub-eșantion nou, relevant tematicii cercetate, și a cuprins persoanele care locuiesc în aceiași gospodărie cu partenerii și copiii și au realizat o muncă plătită în ultimele patru săptămâni. Sub-eșantionul creat în 2020 constituie 1673 de respondenți, dintre care 969 bărbați și 704 femei, iar în 2024 cuprinde 1007 respondenți, dintre care 467 bărbați și 540 femei.

Rezultate. Datele prezentate în *Tabelul 1*. oferă o perspectivă asupra percepției privind împărțirea sarcinilor casnice între parteneri, cu o comparație între anul 2020 și 2024. În ambele ani, bărbații se declară mult mai mulțumiți de împărțirea sarcinilor casnice decât femeile. Atât pentru bărbați, cât și pentru femei, nivelul de mulțumire a scăzut din 2020 până în 2024. Astfel, în 2020, 98.63% dintre bărbați erau "Foarte mulțumiți", iar în 2024, acest procent rămâne la un nivel extrem de ridicat, de 97.6%. Procentul de "Deloc mulțumit(ă)" este insignifiant în ambele cazuri (1.37% în 2020 și 2.4% în 2024). În 2020, 91.90% dintre femei erau "Foarte mulțumite", iar în 2024, acest procent scade la 87.0%. Procentul femeilor "Deloc mulțumite" a crescut considerabil, de la 8.1% în 2020 la 13% în 2024.

În 2020, diferența de nemulțumire între femei și bărbați era de 6.73 puncte procentuale, iar în 2024, această diferență crește la 10.6 puncte procentuale. Femeile continuă să simtă o povară disproporționată a sarcinilor casnice sau o împărțire inechitabilă, chiar și în parteneriate. Creșterea nemulțumirii în 2024 ar putea reflecta o conștientizare mai acută a acestei inegalități sau o intensificare a presiunii. Bărbații ar putea avea așteptări diferite în ceea ce privește contribuția lor sau a partenerei la gospodărie, ceea ce duce la un nivel ridicat de satisfacție, chiar dacă femeile simt că împărțirea nu este echitabilă. Perioada 2020-2024 a fost marcată de pandemia COVID-19, care a modificat adesea dinamica muncii și a vieții de familie (ex. lucrul de acasă, școala online). Este posibil ca, în această

perioadă, povara sarcinilor casnice și a îngrijirii copiilor să fi crescut, iar această povară să fi căzut în mod disproporționat asupra femeilor, contribuind la creșterea nemulțumirii lor. Normele sociale și culturale pot influența modul în care sunt percepute și distribuite sarcinile casnice, perpetuând inegalitățile de gen, chiar și în contextul unor progrese în alte sfere ale vieții.

Tabelul 1. Răspunsurile la întrebarea "În ce măsură sunteți mulțumit(ă) de felul în care se împart sarcinile/treburile în gospodărie între Dvs. și partner(ă)?" (în %)

	2024		**2020**	
	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
Deloc mulțumit(ă)	2,4	13	1.37	8.1
Foarte mulțumit(ă)	97.6	87	98.6	91.9

Sursa: UNFPA. Studiul Generații și Gen în Republica Moldova (2024, 2020).

Datele din *Tabelul 2* oferă o perspectivă cantitativă asupra dinamicii rolurilor de gen în cadrul familial, cu o comparație longitudinală între 2020 și 2024. Astfel, ponderea bărbaților deloc mulțumiți de modul în care se împart sarcinile legate de îngrijirea copilului cu partenera de viață s-a triplat (de la 0.56% în 2020 la 1.5% în 2024) deși rămane într-o proporție redusă. Tendință de majorare s-a înregistrat și în rândul femeilor de la 5.76% în 2020 la 8.8% în 2024. Chiar și în 2020, satisfacția bărbaților era semnificativ mai mare decât a femeilor, indicând o percepție inițială de împărțire inechitabilă a sarcinilor de îngrijire a copilului din partea femeilor. În 2024 disparitatea de gen persistă și se accentuează, femeile fiind în continuare mult mai puțin mulțumite decât bărbații.

Tabelul 2. Răspunsurile la întrebarea "Cât de mulţumit(ă) sunteţi de modul în care se împart sarcinile legate de îngrijirea copilului între Dvs. şi partener(ă)?" (în %)

	2024		**2020**	
	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
Deloc mulțumit(ă)	1.5	8.8	0.56	5.76
Foarte mulțumit(ă)	98.5	91.2	99.4	94.2

Sursa: UNFPA. Studiul Generații și Gen în Republica Moldova (2024, 2020).

Datele demonstrează în mod clar că femeile sunt sistematic mai puțin mulțumite de împărțirea sarcinilor de îngrijire a copilului decât bărbații. Mai mult, această disparitate s-a amplificat între 2020 și 2024. Aceasta susține ipoteza sociologică a rolurilor de gen tradiționale persistente, unde îngrijirea copiilor rămâne preponderent o responsabilitate atribuită femeilor, chiar și în parteneriate.

Discuții și concluzii

Situația data este relevată și în alte studii internaționale care arată o implicare inegală a femeilor și bărbaților în realizarea sarcinilor casnice, fiind mai ridicată în cazul femeilor decât al bărbaților, iar percepția privind implicarea partenerului este mai scăzută în rândul femeilor comparativ cu bărbații. Totodată se evidențiază faptul că rolurile tradiționale de gen continuă să influențeze modul în care femeile și bărbații gestionează interacțiunea dintre muncă și viața de familie (Cerrato & Cifre 2018).

Koster et al. (2022) evidențiază că percepția inegalității în cadrul familiei crește semnificativ atunci când: femeile desfășoară muncă plătită suplimentară – iar conștientizarea acestei activități suplimentare le face să perceapă inegalitatea în treburi ca fiind inacceptabilă; atât munca de îngrijire a copiilor, cât și treburile casnice sunt împărțite inegal – producând efecte cumulative; există norme tradiționale în familie, dar femeia adoptă valori egalitare (Koster et al. 2021).

În cadrul altor studii rezultatele pentru treburile casnice au arătat că percepția echității este asociată cu conflictele în relație pentru ambele sexe, astfel încât atunci când partenerii percepeau schimbarea în diviziunea sarcinilor casnice ca fiind nedreaptă pentru oricare dintre ei, raportau mai multe conflicte. În cazul muncii de îngrijire a copilului, percepția echității a mediat relația dintre așteptările încălcate ale mamelor privind diviziunea acestei activități și conflictele ulterioare, astfel încât mamele raportau

mai puține conflicte atunci când percepeau diviziunea muncii de îngrijire a copilului ca fiind mai puțin nedreaptă pentru ele; pentru tați, nu s-a identificat nicio relație semnificativă. Rezultatele evidențiază importanța de a considera separat treburile casnice și îngrijirea copilului în modelele de cercetare și sugerează că diviziunea muncii casnice și a muncii de îngrijire a copilului are implicații diferite pentru evaluările conflictelor în relație ale mamelor și taților (Newkirk et al. 2017).

Absorbția crescândă a femeilor pe piața muncii, o componentă esențială a progresului socio-economic, nu a fost, în mod simetric, însoțită de o redistribuire echitabilă a responsabilităților domestice și de îngrijire a copilului, rezultând o ”neîmplinire a modelului dual earner/dual carer”. Această persistență a disparităților este alimentată de norme de gen adânc înrădăcinate, conform cărora femeile continuă să preia ”încărcătura mentală„ – munca invizibilă de planificare, organizare și anticipare a nevoilor gospodăriei și familiei. Bărbații, pe de altă parte, adesea percep participarea lor la aceste sarcini mai degrabă ca pe un ”ajutor„ acordat partenerei, decât ca pe o responsabilitate comună, consolidând implicit ideea că aceste domenii sunt, în esență, de competența femeilor. Mai mult, cercetările indică faptul că, chiar și în cupluri care manifestau un grad înalt de egalitarism pre-parental, stereotipurile de gen se reactivează și se consolidează semnificativ după nașterea unui copil, cristalizând roluri tradiționale de îngrijire și contribuind la menținerea și amplificarea inegalității în distribuția muncii domestice și de îngrijire.

Deși Republica Moldova a demonstrat un angajament lăudabil prin implementarea unei serii de politici în vederea sopriirii participării bărbaților în activitățile gospodărești și de îngrijire a copiilor – inclusiv concedii parentale totuși există o discrepanță persistentă și semnificativă între intenția normativă și realitatea socială. De exemplu, în ciuda existenței cadrului legal, utilizarea concediului de paternitate rămâne marginală în rândul bărbaților, indicând o rezistență culturală sau structurală în asumarea deplină a rolurilor de îngrijitor. Complementar, infrastructura de îngrijire a copiilor mici este insuficientă, cu o capacitate limitată a creșelor gratuite, constrângând opțiunile părinților, în special ale mamelor, de a participa activ pe piața muncii. Lipsa unui suport real pentru aranjamentele de muncă flexibile, cum ar fi contractele part-time cu beneficii complete sau job-sharing-ul, perpetuează rigiditatea pieței muncii și presiunile asupra femeilor, demonstrând că politicile, prin ele însele, sunt adesea insuficiente pentru a cataliza schimbări culturale profunde.

Datele analizate subliniază o problemă socială legată de echitatea de gen în cadrul familial, impunând necesitatea unor intervenții strategice. Pentru a contracara disparitățile observate în distribuția sarcinilor domestice și de îngrijire a copilului, este imperativă implementarea unor politici care să încurajeze o implicare mai echilibrată a bărbaților, incluzând măsuri precum concediul parental extins și, potențial, obligatoriu pentru tați, alături de o investiție substanțială în infrastructura de suport, cum ar fi creșele și grădinițele. Complementar acestor demersuri legislative, campaniile sociale joacă un rol crucial în adresarea normelor de gen tradiționale și în promovarea unei redistribuiri cultural acceptabile și echitabile a muncii domestice și de îngrijire.

Bibliografie

1. Cerrato, J., & Cifre, E. (2018). Gender Inequality in Household Chores and Work-Family Conflict. *Frontiers in psychology*, *9*, 1330. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01330
2. Koster, T., Poortman, A.-R., van der Lippe, T., & Kleingeld, P. (2021). Fairness Perceptions of the Division of Household Labor: Housework and Childcare. *Journal of Family Issues*, *43*(3), 679-702. https://doi.org/10.1177/0192513X21993899 (Original work published 2022)
3. Newkirk, K., Perry-Jenkins, M., & Sayer, A. G. (2017). Division of Household and Childcare Labor and Relationship Conflict Among Low-Income New Parents. *Sex roles*, *76*(5), 319–333. https://doi.org/10.1007/s11199-016-0604-3

DETERMINANTELE REZILIENȚEI ÎN CONTEXTUL DIABETULUI PEDIATRIC: O ANALIZĂ A FACTORILOR DE RISC ȘI A FACTORILOR DE PROTECȚIE

Corina CUCUI
PhD (c) - Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Diabetul zaharat de tip 1 (DZ1) în copilărie reprezintă una dintre cele mai provocatoare afecțiuni cronice, prin caracterul său invaziv, permanent și prin impactul complex asupra vieții copilului și familiei sale. În România, numărul copiilor diagnosticați cu DZ1 a crescut în mod constant: în 2018 erau raportați de către CNAS aproximativ 3440 de copii, în 2024 IDF [13] raportează pentru România un număr de 4628 de copii cu DZ1, în contextul în care, la nivel global, peste 1,8 milioane de copii trăiesc cu diabet zaharat tip 1. În acest context, nu este suficient să discutăm doar în termenii controlului metabolic sau ai complicațiilor somatice. Dezvoltarea psiho-emoțională a copilului cu DZ – modul în care el se adaptează, face față tratamentului, își construiește imaginea de sine și își menține starea de bine – devine un obiectiv la fel de important. Conceptul central care leagă aceste aspecte este *reziliența***.**

Articolul de față își propune să evidențieze, într-o manieră integrată, *factorii de protecție* și *factorii de risc* ai rezilienței la copiii cu DZ, pornind de la teoriile dezvoltării și de la datele empirice obținute în cadrul unei cercetări comparative între copiii diabetici și non-diabetici [1].

În cadrul bolilor cronice ale copilăriei, reziliența reprezintă *rezultatul interacțiunii dintre vulnerabilitate și resursele personale și de mediu* care atenuează impactul stresului. Teoriile dezvoltării și cercetările asupra rezilienței conturează un cadru coerent de înțelegere a modului în care copiii reușesc să se dezvolte adaptativ în pofida adversității. Rutter (1987) afirmă că rezistența la stres este relativă și depinde atât de factorii constituționali ai copilului, cât și de contextul său de viață. Werner (1995) și Grotberg (1995) au extins această perspectivă, definind reziliența ca proces activ de adaptare, bazat pe capacitatea copilului de a învăța din experiențele dificile și de a se reconstrui pozitiv. Cyrulnik (2001) a arătat că atașamentul securizant – bazat pe relații afective consistente și predictibile – oferă un fundament psihologic al rezilienței, facilitând încrederea în sine și orientarea spre rezolvare. În același sens, psihologia pozitivă (Seligman, 2011) mută accentul de la deficit la resurse, descriind reziliența ca pe o combinație între forțe personale (autoeficacitate, speranță, recunoștință) și contexte relaționale care oferă sprijin și sens. Este probabil ca factorii de protecție, atât genetici, cât și experiențiali, să contribuie la reacția copilului atunci când el întâlnește un factor de stres (Masten et al., 1980).



Figura 1. Vulnerabilitatea copilului cu diabet zaharat tip 1

Conform cadrului OECD [14], factorii protectivi interni relevanți pentru copiii cu DZ includ: *stima de sine, autoeficacitatea, capacitatea de cooperare, autonomia, autoreglarea, motivația, recunoștința și compasiunea***.** Reziliența copilului cu DZ integrează *competențe emoționale*: concept pozitiv de sine, locus de control intern, autocontrol, reglare emoțională, autonomie, simțul umorului; *competențe sociale*: capacitatea de a forma și menține relații stabile, comunicare eficientă, empatie, sentiment de apartenență; *orientare către viitor*: speranță, motivație, percepția de sens și de direcție în viață, în ciuda bolii cronice. Calitățile psihologice de bază (stima de sine, autoeficacitatea, percepția controlului) pot amortiza adversitatea, facilitând apariția unor comportamente pozitive și adaptative.

Wellbeing-ul (starea de bine) devine un indicator global al rezilienței și include: stabilitate emoțională și sănătate mentală, sentiment de competență în gestionarea bolii, relații sociale funcționale, capacitate de adaptare și rezolvare de probleme, satisfacție generală cu viața, chiar în prezența DZ. În consecință, dezvoltarea psiho-emoțională a copilului cu DZ este *rezultatul unor interacțiuni complexe între resursele interne ale copilului, contextul familial, social și etapele de dezvoltare*, iar *teoriile dezvoltării* ne-au conturat un cadru științific solid de a înțelege modul în care factorii de risc și de protecție influențează dezvoltarea competențelor emoționale, morale și sociale.

Metodologie

Scopul experimental al cercetării privind dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu DZ s-a centrat pe identificarea particularităților psihologice dezadaptative ce conduc la distres, analizând factorii de risc implicați, dar și pe cei de protecție, ce conturează tabloul lor psihologic.

Ipoteza generală a cercetării s-a bazat pe asumpția de diferențiere semnificativă între profilul psiho-emoțional de dezvoltare al copiilor cu DZ față de cel al copiilor non-diabetici, presupunând că acesta este puternic determinat de factori de vulnerabilitate psihică și fizică și de prezența unui număr mai mare de factori de risc.

Metodologia cercetării științifice a fost concepută pentru a asigura o explorare riguroasă a factorilor de protecție și de risc ai rezilienței la copiii diagnosticați cu diabet zaharat tip 1. Designul cercetării a integrat metode teoretice, empirice, statistice și analitice, urmărind obținerea unei înțelegeri comprehensive a fenomenului studiat. Etapa teoretică a constat în analiza aprofundată a literaturii de specialitate, a studiilor empirice și a metaanalizelor existente privind reziliența, adaptarea emoțională și bolile cronice în copilărie. Această etapă a constituit baza pentru proiectarea instrumentelor și pentru selecția metodelor empirice utilizate ulterior. Cercetarea empirică s-a bazat pe aplicarea unui set complex de instrumente psihologice validate, care au permis evaluarea multidimensională a copiilor participanți. Au fost utilizate următoarele scale și chestionare: Scala Multidimensională de Anxietate pentru Copii (MASC®) – pentru evaluarea simptomatologiei anxioase; Inventarul de Depresie pentru Copii (CDI®) – pentru identificarea simptomelor depresive; Chestionarul pentru Capacități și Dificultăți (SDQ) – pentru evaluarea competențelor socio-emoționale și a problemelor de comportament; Scala de Gânduri Automate pentru Copii și Adolescenți (CATS) – pentru măsurarea cogniților negative și a distorsiunilor cognitive; Chestionarul KIDCOPE – pentru analiza strategiilor de coping utilizate în fața stresului; Chestionarul KID-KINDL^{R} – pentru evaluarea calității vieții percepute de copii; Chestionarul privind Stilurile Parentale – pentru identificarea tiparelor educaționale familiale (democratic, autoritar, permisiv, perfecționist, neimplicat); Testul pentru Inteligență Emoțională – pentru măsurarea competențelor de recunoaștere, înțelegere și reglare a emoțiilor.

Aplicarea acestor instrumente a permis colectarea de date relevante privind dimensiunile emoționale, cognitive și sociale implicate în procesul de reziliență, precum și compararea acestor dimensiuni între copiii cu diabet și cei fără afecțiuni cronice. Datele obținute au fost prelucrate printr-

o suită de metode statistice adecvate, utilizând teste parametrice și neparametrice. Analiza a inclus calculul distribuțiilor de frecvență și al indicatorilor de tendință centrală (media, mediana, abaterea standard), verificarea omogenității eșantioanelor și a normalității distribuției, aplicarea testelor de comparare a mediilor (t-test, Mann–Whitney, ANOVA), evaluarea corelațiilor dintre variabile (coeficientul Pearson și Spearman), efectuarea de analize de regresie logistică pentru identificarea predictorilor semnificativi ai rezilienței și ai indicatorilor psihologici asociați. Prin aceste proceduri s-au obținut dovezi empirice solide care au susținut validarea ipotezelor formulate și identificarea relațiilor cauzale dintre variabilele analizate. Etapa finală a vizat interpretarea integrativă a rezultatelor și analiza conexiunilor dintre dimensiunile psihologice evaluate.

Eșantionul a fost format din 200 de copii de vârstă școlară (8–14 ani)**,** dintre care 100 copii cu diabet zaharat tip 1 și 100 copii sănătoși selecționați din mai multe unități școlare de pe întreg teritoriul României, asigurând astfel o reprezentativitate geografică și socio-demografică adecvată**.** Vârsta participanților a fost aleasă deliberat pentru a surprinde diferențele de dezvoltare emoțională și socială specifice perioadei școlare, considerate critice pentru formarea mecanismelor de reziliență.

Analiza rezultatelor cercetării

Factori de protecție ai rezilienței la copiii cu diabet zaharat

Rezultatele cercetării au confirmat existența unui profil distinct al rezilienței la copiii diagnosticați cu diabet zaharat tip 1 (DZ), în care se remarcă o serie de factori protectivi personali, emoționali și contextuali ce contribuie la o adaptare pozitivă în ciuda stresului cronic generat de boală.

Copiii cu DZ au prezentat niveluri semnificativ mai scăzute de autodevalorizare comparativ cu copiii non-diabetici ($\chi^2(df=3)=19.74$; $p<0.001$). De asemenea, aceștia manifestă un risc cu 26% mai mic de a experimenta ineficiență (Exp(B)=0.74; IC95%: 0.61–0.90). Prezența diabetului s-a asociat cu o probabilitate mai mică de depresie severă ($\chi^2(df=3)=13.54$; $p=0.004$), iar nivelurile de dispoziție negativă și anxietate au fost, paradoxal, mai reduse la copiii cu DZ decât la cei fără afecțiuni cronice. Aceste constatări sugerează că boala cronică, atunci când este gestionată într-un mediu suportiv, poate deveni o experiență formativă, stimulând dezvoltarea rezilienței emoționale și a sentimentului de competență. Într-un cadru familial și medical stabil, managementul zilnic al diabetului poate consolida percepția controlului personal și autoeficacitatea, aspecte esențiale ale rezilienței. Rezultatele confirmă observațiile din literatura de specialitate conform cărora asumarea responsabilității pentru îngrijirea bolii favorizează dezvoltarea sentimentului de autonomie și de competență (Helgeson & Reynolds, 2012). Copiii care reușesc să integreze diabetul în identitatea lor cotidiană manifestă mai rar comportamente de evitare și au o percepție mai stabilă a valorii de sine.

Inteligența emoțională (IE) – definită prin empatie, autocontrol și exprimare adaptativă a emoțiilor – a fost identificată ca un *factor de protecție central al rezilienței*. Deși analiza comparativă nu a evidențiat diferențe statistic semnificative între copiii cu și fără DZ ($\chi^2(df=2)=2.26$; $p=0.323$), majoritatea copiilor diabetici au prezentat niveluri de IE peste medie. Literatura internațională confirmă că o inteligență emoțională ridicată este asociată cu aderență mai bună la tratament, stres redus și motivație intrinsecă pentru autoîngrijire (Helgeson et al., 2008; Reynolds & Helgeson, 2012).

Mai mult, analiza copingului a relevat o utilizare semnificativ mai ridicată a reglării emoționale în rândul copiilor cu DZ ($\chi^2(df=1)=18.58$; $p=0.001$), ceea ce indică o adaptare emoțională eficientă în condițiile stresului cronic. Copiii diabetici au raportat capacitatea de a-și gestiona emoțiile negative, de a găsi sens în experiențele dificile și de a-și restabili echilibrul emoțional după evenimente stresante, *elemente cheie ale funcționării reziliente*. Această reglare emoțională activă poate fi explicată prin expunerea repetată la situații de control medical, monitorizare și autocontrol, care consolidează

capacitățile de autoreglare și toleranță la frustrare. În termeni ai teoriei dezvoltării, aceste experiențe pot funcționa ca mecanisme formative de autoreglare emoțională, transformând vulnerabilitatea biologică într-un potențial de adaptare psihologică. Un alt factor protector identificat în studiu este copingul religios, reprezentat de ”Rugăciune” ca strategie de reglare emoțională. Prezența diabetului a fost un predictor pozitiv semnificativ pentru utilizarea rugăciunii (Wald χ^2(df=1)=5.50; p=0.019), indicând o probabilitate mai mare ca acești copii să recurgă la forme de coping spiritual. Rugăciunea, interpretată nu ca evadare, ci ca mecanism de stabilizare emoțională, contribuie la reducerea anxietății și la menținerea speranței. În același timp, ea poate facilita restructurarea cognitivă a experienței de boală – copilul percepe diabetul nu doar ca pe o limitare, ci ca pe o provocare gestionabilă. Astfel, copingul spiritual funcționează ca resursă internă de reziliență existențială, oferind sens și coerență în fața unei condiții cronice.

Analiza datelor a evidențiat că ***s****uportul familial constituie un factor de protecție major* al rezilienței copiilor cu DZ. Rezultatele arată că, în rândul familiilor copiilor diabetici: *predomină stilul parental democratic (44%)***,** caracterizat prin echilibru între control și autonomie, comunicare deschisă și sprijin emoțional constant; *stilul neimplicat* este semnificativ mai rar (32% la copiii fără DZ vs. 14% la copiii cu DZ; χ^2=19.33; p=0.001); *stilul perfecționist* este prezent în proporții moderate, putând avea atât efecte pozitive (responsabilitate, aderență la tratament), cât și riscuri emoționale (presiune și anxietate de performanță). Stilul parental democratic este corelat cu *niveluri mai ridicate de autoreglare emoțională și de inteligență emoțională*, dar și cu *scăderea simptomatologiei depresive și anxioase***.** Prin comunicare, încurajare și susținerea responsabilității, părinții devin un *factor de mediere între stresul bolii și adaptarea copilului***.** Relațiile familiale pozitive se dovedesc un predictor esențial al stării de bine (wellbeing), susținând reziliența emoțională, sentimentul de securitate și dezvoltarea unei imagini de sine sănătoase. În familiile unde părinții manifestă empatie, încredere și cooperare, copiii prezintă o *probabilitate mai scăzută de depresie și un nivel mai ridicat de autoeficacitate***.**

Wellbeing (Starea de bine) este de asemenea, un indicator esențial al rezilienței, reflectând capacitatea unei persoane de a se adapta și de a menține o sănătate mentală și emoțională pozitivă, chiar și în fața stresului și adversităților (boală cronică, pandemie, divorț, deces etc). În contextul diabetului zaharat pediatric, starea de bine nu se reduce la absența simptomelor emoționale negative, ci implică un *echilibru complex între mai multe dimensiuni psihosociale*: sănătate mentală și emoțională, relații sociale pozitive, competență și autoeficacitate, satisfacție cu viața, adaptabilitate și speranță, toate fiind componente cheie ale rezilienței.

Factori de risc ai rezilienței la copiii cu diabet zaharat

Deși rezultatele cercetării confirmă existența unor resurse psihologice solide și a unor factori de protecție importanți în rândul copiilor diagnosticați cu diabet zaharat tip 1 (DZ1), analiza detaliată evidențiază și o serie de *factori de risc* care pot fragiliza procesul rezilienței. Aceștia reflectă vulnerabilități emoționale, cognitive și relaționale specifice condiției cronice și contextului de viață al copilului diabetic.

Analiza logistică a arătat că prezența DZ este un predictor pozitiv semnificativ al perfecționismului (Wald χ^2(df=1)=10.65; p=0.001; Exp(B)=1.35; IC95%: 1.13–1.61). Perfecționismul, deși aparent adaptativ în contextul necesității unei monitorizări stricte și a respectării riguroase a tratamentului, poate deveni un factor de risc psihologic atunci când se asociază cu auto-critică excesivă, teama de greșeală și stres de performanță. Copilul perfecționist tinde să interpreteze variațiile glicemiei ca pe eșecuri personale, iar abaterile minore de la regim ca semne ale lipsei de control. În timp, acest model cognitiv rigid poate amplifica *vulnerabilitatea emoțională* și poate genera un cerc vicios între stres,

eșec perceput și anxietate. Perfecționismul rigid este frecvent raportat în literatura privind bolile cronice pediatrice ca *mecanism de supracompensare* – copilul internalizează responsabilitatea bolii, dezvoltând o nevoie de control exagerată, care, în absența unui echilibru emoțional, poate duce la epuizare psihologică. Pe de o parte, perfecționismul contribuie la respectarea riguroasă a regimului de tratament**,** iar pe de altă parte, poate crește *vulnerabilitatea la stres și stresori emoțional.*

Rezultatele cercetării au indicat că copiii cu DZ au o probabilitate de 1.2 ori mai mare de a manifesta distres emoțional ridicat (B=0.18; p=0.083) și un risc de 1.2 ori mai mare pentru dificultăți de concentrare (B=0.20; p=0.031). Aceste dificultăți pot fi explicate prin oboseală psihică, fluctuații glicemice și suprasolicitare cognitivă datorată nevoii permanente de autocontrol și planificare. În plus, nivelul de afectare a funcționării zilnice este semnificativ mai mare la copiii cu DZ (χ^2(df=2)=6.67; p=0.036), ceea ce reflectă impactul constant al bolii asupra activităților cotidiene, a performanței școlare și a participării la activități recreative. Pe termen lung, distresul emoțional persistent poate submina resursele psihologice ale copilului, reducând motivația și starea de bine. În absența suportului psihologic, acesta poate constitui un teren favorabil pentru dezvoltarea tulburărilor de anxietate sau depresie.

Un alt factor de risc semnificativ îl reprezintă hipersensibilitatea la riscurile fizice. Copiii cu DZ percep niveluri mult mai ridicate ale amenințărilor fizice comparativ cu cei non-diabetici (χ^2(df=1)=26.75; p<0.001), iar analiza logistică confirmă că DZ este un predictor puternic al acestei percepții (B=0.34; Wald χ^2(df=1)=29.94; p<0.001). Această hipervigilență corporală poate fi interpretată ca un mecanism de adaptare – copilul învață să fie atent la semnele fiziologice pentru a preveni hipoglicemia sau alte complicații –, însă, la nivel emoțional, ea se poate transforma într-o *vulnerabilitate psihosomatică latentă*. Copiii care trăiesc permanent cu teama de consecințe fizice negative pot dezvolta anxietăți somatice, evitări comportamentale sau tendința de supraveghere excesivă a propriului corp, ceea ce interferează cu funcționarea socială și libertatea emoțională. În absența intervenției, acest tipar de gândire poate afecta imaginea corporală și încrederea în sine.

Analiza strategiilor de adaptare la stres a relevat o *utilizare crescută a copingului pasiv* în rândul copiilor diabetici: *Wishful thinking* – prezent la 36% dintre copiii cu DZ, comparativ cu 17% dintre copiii non-diabetici (χ^2(df=1)=9.27; p=0.002); *Rezolvarea de probleme* – utilizată semnificativ mai rar (27% la copiii cu DZ vs. 51% la non-diabetici; χ^2(df=1)=12.11; p=0.001). Acest profil sugerează o *orientare predominant emoțională și evitantă* a copingului, în detrimentul strategiilor active și orientate spre soluții. În contextul unei boli percepute ca permanentă și parțial incontrolabilă, este posibil ca rezolvarea de probleme să fie percepută ca mai puțin eficientă, determinând copilul să recurgă la mecanisme compensatorii de tip emoțional (rugăciune, retragere, gândire magică). Pe termen scurt, aceste strategii pot reduce stresul perceput, dar, pe termen lung, pot *diminua sentimentul de control și eficiență personală*, alimentând pasivitatea și scăderea motivației de autogestionare. Astfel, copingul pasiv devine un *factor de risc indirect* pentru scăderea rezilienței, mai ales în absența intervențiilor psihologice orientate spre dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor.

Stilurile parentale *perfecționist, autoritar, permisiv sau neimplicat* corelează negativ cu nivelul de reziliență al copilului. Lipsa coerenței educaționale sau controlul excesiv pot amplifica anxietatea, scăzând autonomia și stima de sine.

Pe lângă vulnerabilitățile emoționale, cercetarea a evidențiat și *factori de risc social și familial***,** care, deși nu ating intensitatea unei disfuncționalități severe, se manifestă sub forma unor afectări *moderate, dar persistente,* cu impact cumulativ asupra rezilienței: *Relația cu familia* – este mai frecvent moderat afectată la copiii cu DZ (53% nivel moderat; χ^2(df=2)=6.68; p=0.035); *Relația cu prietenii* **–**

este mai des problematică (64% nivel moderat; $\chi^2(df=2)=8.04$; $p=0.018$); *Funcționarea zilnică* – este semnificativ mai afectată (73% nivel moderat; $\chi^2(df=2)=6.02$; $p=0.049$). Aceste rezultate reflectă dificultăți subtile, dar constante, legate de adaptarea socială și de integrarea copilului diabetic în mediul școlar și comunitar. Posibile explicații includ: supraprotecția familială, care limitează autonomia copilului; teama de stigmatizare sau de respingere socială; absența unor programe școlare de educație incluzivă pentru copiii cu boli cronice. Deși aceste dificultăți nu se manifestă la nivel sever, ele pot eroda treptat *starea de bine psihologică* ***și*** *motivația intrinsecă*, reducând capacitatea de adaptare și disponibilitatea emoțională.

Concluzii

Reziliența poate fi modulată de factori de risc și protecție, primii reprezintă variabile personale și de mediu (Plomin et al., 1985) care cresc probabilitatea unor reacții negative în situații adverse, ceilalți reprezintă ansamblul de variabile care cresc capacitatea de a rezista la conflicte și a gestiona stresul (legături familiale suportive, obiceiuri sănătoase, sănătate bună, resurse materiale). Acești factori se manifestă când riscul este prezent, acționând în mod compensator și protector. Reziliența pune accent pe abilități, valori și atribute pozitive, care contribuie la formarea competenței și a unor comportamente adaptative. Rezilienţa poate fi crescută cu ajutorul factorilor care o influenţează. Unii copii și adolescenți reușesc în mod natural să fie rezilenți, în timp ce alții devin vulnerabili, având nevoie de ajutorul profesioniștilor din domeniul sănătății mentale pentru restabilirea balanței dintre "factorii de risc" și "factorii de protecție" și dobândirea rezilienței.

Având în vedere faptul că diabetul devine o constantă medicală în viața persoanei, o bună reziliență conduce către un stil de viață adaptativ și o calitate crescută a vieții, în special a dezvoltării emoționale a copiilor cu DZ și a susținerii unei speranțe bune de viață (Ojovan, V., 2023). Bolile cronice din copilărie – cum ar fi astmul, diabetul, cancerul etc. – s-a considerat de mult timp că au un efect negativ ca impact asupra calității vieții copiilor.

Suportul social și familial reprezintă un factor de protecție important în construirea rezilienței și asigurarea dezvoltării (Năstase et al., 2009). Intervențiile care implică familia în procesul terapeutic sunt mai eficiente în îmbunătățirea rezultatelor.

Designul mixt al cercetării a permis obținerea unei imagini complexe asupra procesului de reziliență la copiii cu diabet zaharat tip 1. Combinarea metodelor cantitative și calitative a asigurat *validitatea internă și externă* a rezultatelor și a oferit o bază solidă pentru formularea concluziilor și a recomandărilor aplicative. Interpretarea datelor a fost realizată în corelație cu modelele teoretice ale rezilienței și cu literatura internațională recentă privind sănătatea mentală a copiilor cu boli cronice.

Analizând cumulativ aceste rezultate, se poate observa că *reziliența copilului cu diabet zaharat tip 1* este susținută de o *rețea complexă de factori protectivi* care acționează synergic prin: *Resurse interne* – stima de sine, autoeficacitatea, controlul intern și inteligența emoțională; *Mecanisme de coping adaptativ* – reglarea emoțională, reevaluarea cognitivă, copingul spiritual; *Suport familial* – stil parental democratic, implicare afectivă, relații pozitive și comunicare eficientă.

Acești factori amortizează impactul stresului cronic, reduc riscurile de depresie și anxietate și favorizează o *adaptare pozitivă*, exprimată prin starea de bine psihologică, motivație crescută și relații sociale funcționale. Astfel, diabetul zaharat, deși o condiție medicală complexă și permanentă, poate deveni – în condițiile unui context relațional și educațional adecvat – *un catalizator al dezvoltării rezilienței* și al creșterii personale a copilului.

Rezultatele obținute permit conturarea unui *profil psihologic specific al vulnerabilității la copiii cu diabet zaharat tip 1***,** caracterizat prin: tendință spre *perfecționism și autocritică accentuată****;*** *distres emoțional moderat* ***și*** *oboseală cognitivă****;*** *hipersensibilitate la riscurile fizice* și anxietăți somatice;

coping pasiv sau evitant, cu utilizare scăzută a strategiilor orientate spre soluție; *afectare moderată a relațiilor familiale și sociale*, cu impact cumulativ asupra stării de bine.

Acești factori nu definesc neapărat o adaptare deficitară, dar constituie *zone de vulnerabilitate* care pot limita potențialul de reziliență dacă nu sunt abordate prin programe de sprijin emoțional, consiliere psihologică și educație parentală. Identificarea acestor factori de risc oferă direcții clare pentru intervenție: - Reducerea perfecționismului rigid prin tehnici de restructurare cognitivă și antrenarea autoacceptării; - Gestionarea distresului emoțional prin consiliere individuală și intervenții de grup axate pe coping adaptativ; - Educarea familiilor pentru evitarea supraprotecției și promovarea autonomiei copilului; - Dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor și a strategiilor de coping activ; - Promovarea incluziunii școlare și a acceptării copiilor cu afecțiuni cronice în mediile educaționale.

Rezultatele cercetării au permis configurarea unui model explicativ integrat al rezilienței la copiii cu diabet zaharat tip 1 (DZ), în care adaptarea pozitivă rezultă din interacțiunea dinamică dintre resursele interne, mecanismele de coping și contextul relațional. Analiza statistică și interpretarea psihologică au condus la identificarea unui set clar de *factori de protecție* ***și*** *factori de risc* care modulează nivelul rezilienței. Relația dintre factorii de protecție și cei de risc descrie *un model echilibrat, dar dinamic, al rezilienței* la copiii cu diabet zaharat tip 1. Reziliența nu reprezintă absența vulnerabilității, ci capacitatea de a o gestiona prin mobilizarea resurselor interne, a suportului familial și a strategiilor de coping adaptativ. Prin recunoașterea acestor vulnerabilități și prin intervenție timpurie, se pot reduce semnificativ riscurile emoționale și sociale, consolidând reziliența copiilor cu diabet zaharat tip 1 și sprijinindu-i pe aceștia să-și mențină echilibrul psihologic și calitatea vieții.

Bibliografie

1. Cucui, C . *Dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu diabet zaharat* (teză de doctorat), Centrul Editorial Poligrafic al UPSC, Chișinău, 2025. https://www.anacec.md/files/Cucui-teza.pdf
2. Cyrulnik, B. *Les Vilains Petits Canards*. Odile Jacob Edition. 2001, 241 p. ISBN 2-7381-0944
3. Grotberg, E. H. *A Gu ide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. Bernard van Leer Foundation, 1995. https://books.google.ro/books?id =YhklAQAAIAAJ
4. Helgeson V.S., Becker D., Escobar O., Siminerio L. *Families With Children With Diabetes: Implications of Parent Stress for Parent and Child Health*. Journal of Pediatric Psychology. 2012 vol. 37, p.467–78. https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/jsr110
5. Helgeson, V.S., Reynolds, K.A., Siminerio, L., Escobar, O., Becker, D. *Parent and adolescent distribution of responsibility for diabetes self-care: links to health outcomes*. J Pediatr Psychol. 2008 vol. 33, p.497–508. doi:10.1093/jpepsy/jsm081
6. Năstase, V., Cozman, D., Răchieriu, C., Răchieriu, T. *Factori de protecție și reziliență în structurarea personalității*. În: Revista de neurologie și psihiatrie a copilului și adolescentului din România, vol. 3, nr 1, p. 59-61, martie 2009. ISSN 2068-8040
7. Ojovan, V. *Specificul vulnerabilității copiilor cu diabet zaharat tip I. În: Boli cronice, vulnerabilitate, reabilitare. Abordări interdisciplinare. Monografie*. Chișinău, Editura Print Caro, p. 131-146, 2023 https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/26560/ 1/2023_Boli_cronice_Monogr._Ojovanu.pdf
8. Masten, A. S., Best, K. M., Garmezy, N. *Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity*. Dev Psychopathol. 1990 vol. 2, p.425–44. https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579400005812/type/journal_article
9. Plomin, R., Loehlin, J. C., Defries, J. C. *Genetic and environmental components of "environmental" influences*. Developmental Psychology. 1985 vol. 21, p.391–402. https://doi.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.21.3.391

10. Rutter, M. *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry. 1987 vol. 57, p.316–31. https://doi.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
11. Seligman, M.E.P. *Building resilience*. Harv Bus Rev. 2011 vol. 89, p.100–116, 138. https://hbr.org/2011/04/building-resilience
12. Werner, E. E. *Resilience in Development*. Curr Dir Psychol Sci [Internet]. 1995 [cited 2024 Oct 12];4:81–4. https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.ep10772327
13. *** *IDF (*International Diabetes Federation). *Diabetes Atlas*. 2023. https://diabetesatlas.org/
14. *** OECD, *Changing the Odds for Vulnerable Children: Building Opportunities and Resilience*, OECD Publishing, Paris, 2019. https://doi.org/10.1787/a2e8796c-en

ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN DIALOG INTERDISCIPLINAR, RĂSPUNSURI LA VULNERABILITĂȚILE CONTEMPORANE

Tatiana FOCȘA
Doctor în științe juridice, lector universitar Catedra Asistență Socială „Nicolae Sali" Universitatea Liberă Internațională din Moldova.
Rarancean ROMAN
Preot, student anul III, specialitatea „Asistența socială" Universitatea Liberă Internațională din Moldova.

În tumultul epocii noastre, în care fragilitatea umană pare să se manifeste într-un spectru tot mai subtil – economic, psihologic, spiritual, comunitar –, se impune o reflecție profundă asupra „artei de a purta pe celălalt", pe care tradiția creștină o numește *diaconie*, iar științele moderne o numesc *asistență socială*. Acest articol își propune să recompună, într-o manieră delicată și integrativă, dialogul dintre teologie și științele umane, trăgând liniile unei paradigme interdisciplinare capabile să răspundă vulnerabilităților contemporane cu discernământ, eleganță, responsabilitate și profunzime.

Metodologia cercetării

Demersul metodologic al acestei lucrări pornește din însăși natura interdisciplinară a subiectului abordat: vulnerabilitatea umană ca fenomen aflat la intersecția teologiei, sociologiei, psihologiei și asistenței sociale. Întrucât articolul urmărește, în mod explicit, să evidențieze modul în care diferite tradiții de cunoaștere contribuie la înțelegerea și sprijinirea persoanei aflate în dificultate, metodologia adoptată este una calitativă, de tip exploratoriu–interpretativ, construită pe analiza conceptuală, lectura critică și dialogul dintre perspective.

Primul pilon metodologic îl constituie analiza documentară. Lucrarea se sprijină pe: • literatura patristică (Irineu de Lyon, Sf. Vasile cel Mare, tradiția filocalică), • teologia sistematică contemporană (Stăniloae, Vlachos, Romanidis), • sociologia riscului și modernității reflexive (Ulrich Beck), • hermeneutica lui Gadamer și analiza lumii secularizate (Charles Taylor), • literatura de specialitate din asistență socială și psihologie. Acest corpus divers necesită o abordare hermeneutică – adică interpretarea sensurilor în contextul lor cultural, istoric și teologic, punând în dialog concepte, paradigme și viziuni.

Analiza interdisciplinară ca strategie metodologică: Complexitatea vulnerabilităților contemporane reclamă o metodă care depășește granițele unei singure discipline. Pornind de la dinamica prezentată în text – unde teologia oferă sens, psihologia oferă instrumente, sociologia oferă explicații, iar asistența socială oferă acțiune, cercetarea adoptă modelul de triangulație interdisciplinară.

Metoda analizei tematice: Pe baza corpusului de texte, cercetarea a utilizat analiza tematică, prin care au fost identificate principalele categorii conceptuale care organizează discursul despre vulnerabilitate, care au fost analizate, urmărind conexiunile, tensiunile și complementaritățile lor.

Analiza rezultatelor

Antropologia chipului și demnitatea ca ax ontologic: Întreaga tradiție patristică afirmă cu o solemnitate delicată că omul este „icoană vie" (*εἰκών θεοῦ*) a Celui Preaînalt (cf. Irineu, *Adversus Haereses*). Această viziune nu este o metaforă poetică, ci o afirmație ontologică: vulnerabilitatea omului nu reprezintă doar o problemă socială, ci un *deficit de lumină* în chipul său sacru. Părintele Dumitru Stăniloae (1990) subliniază că „fiecare suferință are un ecou în veșnicie", iar filantropia – fie ea teologică sau socială – nu este o reacție tehnică, ci un act de restituire a demnității pierdute.

Diaconia ca model primordial al ajutorării: Biserica primară a instituit ceea ce sociologia modernă numește astăzi „solidaritate comunitară", sub forma unei *koinonii* în care bunurile, grijile și nădejdile erau împărtășite. Samarineanul milostiv devine aici matrice paradigmă: o apropiere delicată, negrăbită, personală, care nu se reduce la material, ci, în sens filocalic, reprezintă „actul restaurării luminoase a chipului celui rănit"**.**

Vulnerabilitatea social-economică: Societatea actuală trăiește într-o tensiune între prosperitate tehnologică și precaritate structurală: migrație masivă, dezrădăcinare comunitară, inegalități crescânde. Beck (1986) numește aceasta „societatea riscului", în care nesiguranța devine normă.

Vulnerabilitatea psihologică și spirituală: Depresia, anxietatea, disocierea identitară și singurătatea digitală nu sunt fenomene periferice, ci simptome ale unei „foamete de sens".

Teologia răsăriteană ar numi această stare *nepsis pierdută*, lipsă de vigilență interioară. Omul devine prizonierul propriilor abisuri, unde asistența socială și filantropia spirituală pot colabora într-un mod miraculos.

Vulnerabilitatea familială: Familia – „mica biserică a lui Hristos", după expresia lui Ioannis Romanidis (1981), își vede structura fragilizată de presiuni economice, standarde fluide, migrație și supraîncărcare psihologică. Asistența socială devine aici un act de *rețesere a comuniunii*, un efort fin de reconstrucție, nu o intervenție coercitivă.

Conlucrare, nu concurență: Sociologia vine cu analiza fenomenologică a vulnerabilității. Psihologia propune instrumentarul terapeutic. Teologia oferă sens, lumină, verticalitate. Asistența socială le împletește într-o *rigoare a compasiunii***.**

Gadamer (1960) ar numi acest proces „fuziune de orizonturi": fiecare disciplină își păstrează identitatea, dar participă la o sinteză superioară. A oferi sprijin unui om este o știință, dar și un act de finețe spirituală. A-l asculta, a-l însoți, a-i redeștepta demnitatea nu se învață doar în manuale, ci în întâlnirea dintre două persoane – un dialog sacru (Taylor, 2007).

Mesajul Divin - presupune adaptare, delicatețe, discernământ. Fiecare om este o lume, iar tratamentul său cere o artă a personalizării. Iar filantropia nu e sentimentalism, ci responsabilitate divino-umană. Ea se exprimă prin: - apropiere subtilă; - intervenție fără violență morală; - restituirea demnității; – integrare comunitară.

Ca model în Biserica primară, comuniunea nu era ideal abstract, ci practică a vieții. Modelul poate inspira astăzi centre comunitare, proiecte parohiale, rețele de sprijin pentru vulnerabili. Totuși, asistența socială rămâne unul dintre rarele domenii în care știința și spiritualitatea se pot întâlni în mod firesc, fără a se limita sau anula reciproc. Într-o lume fragmentată, ea devine: - știință a responsabilității; **–** artă a delicateții; **–** lucrare teologică a restaurării chipului; **–** spațiu al sinergiei interdisciplinare**.** Este,

într-un sens profund, o continuare în plan social a lucrării vindecătoare a lui Hristos, care „nu a frânt trestia zdrobită, nici nu a stins fitilul fumegând” (Isaia 42,3).

Demersul realizat în această lucrare confirmă, într-un mod subtil și totodată ferm, că vulnerabilitatea umană nu poate fi cuprinsă, înțeleasă sau vindecată printr-o singură lentilă disciplinară. Ea este un fenomen multistratificat – economic, psihologic, spiritual, comunitar – iar fiecare dimensiune a sa devine o chemare la responsabilitate, discernământ și delicatețe.

Prin analiza conceptuală, lectura teologică și interpretarea sociologică a realităților contemporane, am putut observa că fragilitatea persoanei este expresia unei tensiuni continue între ceea ce omul este ontologic – chip al lui Dumnezeu, purtător de lumină și demnitate – și ceea ce devine în condițiile concrete ale vieții moderne: dezrădăcinat, anxios, suprasolicitat, uneori lipsit de sens și de sprijin. Această tensiune nu este însă o ruptură fără soluție. Dimpotrivă, ea devine locul fertil al sinergiei dintre teologie și științele sociale – acel spațiu în care sensul, analiza și intervenția se întâlnesc. Teologia oferă verticalitatea sensului, sociologia descifrează structurile, psihologia vindecă rănile lăuntrice, iar asistența socială transformă fragilitatea într-un proces de restaurare.

Concluzia principală a cercetării subliniază faptul că intervenția socială autentică este întotdeauna mai mult decât o tehnică: ea este un act de restituire a demnității, o lucrare delicată a reîntregirii persoanei, un mod de a face vizibil chipul ascuns în spatele vulnerabilității. În acest sens, asistentul social devine nu doar profesionist, ci și martor al luminii sale, partener pe drumul redobândirii integrității interioare.

Conceptul de interdisciplinaritate, analizat de Gadamer ca „fuziune de orizonturi”, nu este aici un exercițiu teoretic, ci fundamentul unei noi paradigme de intervenție: una care permite fiecărei discipline să își păstreze identitatea, dar să contribuie la o sinteză superioară în sprijinul omului vulnerabil. Hermeneutica textelor teologice și analiza socială contemporană converg în aceeași direcție: fragilitatea nu este un eșec, ci un spațiu potențial de transformare.

Într-o lume traversată de riscuri, neliniști și fragmentări, rămâne valabilă vocația profundă a intervenției sociale: aceea de a nu frânge trestia deja zdrobită și de a nu stinge fitilul încă fumegând, ci de a transforma vulnerabilitatea în speranță și fragilitatea în prilej de reîntregire. Astfel, știința, spiritualitatea și solidaritatea reușesc să se întâlnească într-un singur punct: restaurarea chipului uman și cultivarea unei culturi a demnității.

Bibliografie

1. Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main, Germania: Suhrkamp Verlag.
2. Gadamer, H.-G. (1960). *Wahrheit und Methode*. Tübingen, Germania: Mohr Siebeck.
3. Irineu de Lyon. (n.d.). *Adversus Haereses* (Ed. Sources Chrétiennes). *(Operă patristică; anul nu este specificat.)*
4. Romanidis, I. (1981). *Patristic Theology*. United States: Uncut Mountain Press.
5. Stăniloae, D. (1990). *Teologia dogmatică ortodoxă* (Vol. I–III). București: Editura Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române.
6. Taylor, C. (2007). *A Secular Age*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

DE LA MANIPULARE LA UMANISM: EXPRESII ALE EMPATIEI ÎN DINAMICA TRIADELOR DE PERSONALITATE

Svetlana HARAZ
Lector univ. Doctor în psihologie socială, Universitatea Liberă Internațională din Moldova,
Ana TODOSEICIUC
Studentă ciclul I Licență, Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Abstract

Empathy plays a central role in interpersonal dynamics and in the helping professions; however, it does not inherently guarantee moral conduct. This article examines the dual orientation of empathy by contrasting the Dark Triad (narcissism, Machiavellianism, psychopathy) with the Light Triad (humanism, Kantianism, faith in humanity) as distinct constellations of personality traits that shape the direction and purpose of empathic engagement. While individuals with Dark Triad tendencies may rely on cognitive empathy to manipulate and control others, those high in Light Triad traits integrate affective resonance and compassion to support dignity and enhance social connectedness. The study proposes a continuum model of empathy, ranging from instrumental manipulation to prosocial compassion, and emphasizes its implications for ethical practice in social work, psychology, and education. By advocating for the development and supervision of empathic competencies grounded in Light Triad values, the article highlights the need to cultivate a professional culture that prioritizes ethical responsibility and humanistic care in Romania and the Republic of Moldova.

Keywords: empathy; dark triad; light triad; compassion; ethical practice; social work; personality traits

Introducere

În ultimele două decenii, cercetările asupra personalității au adus în prim-plan coexistența a două seturi de trăsături care modelează fundamental modul în care oamenii se raportează unii la alții: tendințele orientate către manipulare, exploatare și autoreglare egoistă, descrise prin *Triada Întunecată* - narcisismul, machiavelismul și psihopatia (Paulhus & Williams, 2002) - și, în contrast, trăsăturile orientate către bunăvoință, respect moral și încredere în natura umană, conceptualizate recent ca *Triada Luminoasă* (Kaufman et al., 2019). Interacțiunea dintre aceste două „constelații" definește o dinamică complexă a empatiei: de la utilizarea abilităților socio-cognitive în scopuri instrumentale și potențial dăunătoare, până la integrarea empatiei într-o etică relațională bazată pe umanism și compasiune (Batson, 2011; Zaki, 2020). În acest context, analiza mecanismelor empatice devine relevantă nu doar teoretic, ci și aplicativ, în special pentru profesiile sociale în care înțelegerea celuilalt poate constitui fie fundamentul unei intervenții prosociale, fie, dimpotrivă, o oportunitate de manipulare subtilă a vulnerabilității acestuia.

Importanța acestei analize depășește cadrul strict al psihologiei teoretice, întrucât modul de manifestare a empatiei în relațiile interumane influențează direct calitatea interacțiunilor din domenii precum asistența socială, sănătatea mintală, educația sau sistemele de protecție și îngrijire. În profesiile de ajutor, codurile deontologice și standardele de calitate stipulează explicit respectarea demnității, a autonomiei și a interesului superior al beneficiarului, însă literatura de specialitate arată că aceste principii pot fi serios compromise atunci când trăsături asociate Triadei Întunecate – precum cinismul, tendința de exploatare sau lipsa de remușcare – sunt prezente la profesioniști sau la actorii decizionali din sistem (Muris et al., 2017).

În contextul țărilor din Europa Centrală și de Est, inclusiv România și Republica Moldova, unde sistemele de protecție socială se află încă într-un proces de reformă și profesionalizare, riscul ca practicile declarate „centrate pe beneficiar" să fie, în fapt, marcate de relații asimetrice de putere și de

forme subtile de manipulare nu poate fi ignorat. În contrapunct, trăsăturile descrise de Triada Luminoasă – orientarea umanistă, tratarea celuilalt ca scop și încrederea de bază în natura umană – susțin dezvoltarea unor relații profesionale caracterizate de empatie autentică, responsabilitate morală și cooperare, consolidând astfel premisele unei culturi organizaționale realmente umaniste, și nu doar declarativ etice (Kaufman et al., 2019; Kaufman, 2020).

Fundamente teoretice: empatia ca mecanism psihosocial. Empatia reprezintă un construct multidimensional esențial pentru funcționarea socială, fiind definită ca abilitatea de a percepe, înțelege și răspunde adecvat la stările emoționale ale celuilalt (Batson, 2011). Literatura de specialitate distinge două componente majore ale empatiei: *empatia cognitivă,* asociată cu recunoașterea și interpretarea perspectivelor mentale ale altor persoane, și *empatia afectivă,* prin care individul experimentează o rezonanță emoțională autentică cu trăirile celuilalt (Zaki, 2020). La acestea se adaugă conceptul de *compasiune,* care transformă procesul empatic într-o motivație orientată spre sprijin și diminuarea suferinței celuilalt, fiind astfel un indicator al funcționării morale prosociale. Distincția dintre aceste dimensiuni permite înțelegerea faptului că empatia nu este un proces inerent moral sau altruist, ci unul susceptibil de a fi utilizat în funcție de scopurile personale ale individului - fie constructive, fie manipulative.

Empatia nu este activată automat în toate situațiile sociale, ci reprezintă un proces selectiv, influențat de factori motivaționali, cognitivi și contextuali (Zaki, 2020). Astfel, indivizii pot alege în mod conștient să manifeste empatie față de anumite persoane sau grupuri, atunci când acest lucru este perceput ca fiind în acord cu propriile valori, interese sau obiective, dar pot, de asemenea, să inhibe deliberat reacțiile empatice atunci când acestea contravin scopurilor personale sau presupun costuri psihologice ridicate. Această perspectivă subliniază caracterul ambivalent al empatiei: deși poate favoriza solidaritatea și cooperarea, ea poate fi instrumentalizată pentru a obține avantaje personale, prin exploatarea vulnerabilităților altor persoane. În acest sens, diferențierea dintre *empatia prosocială,* orientată spre bunăstarea celuilalt, și *empatia instrumentală,* utilizată pentru influență și control, devine crucială pentru înțelegerea dinamicii interpersonale și a profilurilor de personalitate care predispun către fiecare dintre aceste direcții.

Din perspectiva neuropsihologică, empatia este susținută de un ansamblu de circuite cerebrale distincte, dar interconectate, implicate în recunoașterea expresiilor emoționale, simularea internă a stărilor afective ale celuilalt și reglarea răspunsurilor comportamentale. Studiile realizate în neuroștiințe sociale sugerează că empatia afectivă este strâns legată de activarea sistemelor limbice, responsabile de procesarea emoțiilor, în timp ce empatia cognitivă este corelată predominant cu funcțiile executive și mecanismele de perspectivare mentală, implicând regiuni precum cortexul prefrontal și joncțiunea temporo-parietală (Zaki, 2020). Această diferențiere structurală explică de ce unele persoane pot înțelege foarte bine emoțiile celorlalți fără a le împărtăși - sau fără a le pasă de consecințele propriilor acțiuni asupra altora. Atunci când componenta cognitivă este dezvoltată, dar este disociată de rezonanța afectivă și de orientarea morală prosocială, se conturează terenul psihologic pentru *utilizarea empatiei în scopuri manipulative,* caracteristică unor trăsături de personalitate cu valențe întunecate.

Triada Întunecată: empatia instrumentală. Triada Întunecată reprezintă un model integrativ al unor trăsături de personalitate cu potențial antisocial, compus din narcisism, machiavelism și psihopatie, conceptualizate împreună ca tendințe stabile de exploatare interpersonală, lipsă de onestitate și absență a preocupării pentru consecințele comportamentului asupra altora (Paulhus & Williams, 2002). Deși aceste trei dimensiuni sunt distincte în natura lor psihologică, ele converg în

predispoziția individului de a manipula și de a controla mediul social pentru maximizarea beneficiilor personale, indicând astfel un stil comportamental „egocentric-instrumental”. Narcisismul se manifestă prin dorință accentuată de admirație și superioritate, machiavelismul prin calcul strategic și cinism social, iar psihopatia prin impulsivitate, lipsa fricii și a remușcării. Din această perspectivă, dinamica Triadei Întunecate pune în prim-plan *dimensiunea instrumentală a empatiei*, prin care cunoașterea stărilor altora este utilizată ca mijloc și nu ca scop al interacțiunii umane.

Cercetările empirice arată că persoanele cu scoruri ridicate la trăsături din Triada Întunecată prezintă un profil empatic atipic, caracterizat prin *dezvoltare disproporționată a empatiei cognitive și deficit al empatiei afective,* ceea ce permite înțelegerea fină a emoțiilor altora fără internalizarea lor emoțională și morală (Muris et al., 2017). În timp ce machiavelismul se asociază cu abilitatea de a anticipa reacțiile sociale în scopuri strategice, psihopatia reflectă absența aproape totală a rezonanței afective și a sentimentului de vinovăție, iar narcisismul orientează atenția spre obținerea validării și admirației, chiar cu prețul manipulării relațiilor (Paulhus & Williams, 2002). Această combinație - *acuitate socială fără compasiune* - constituie substratul empatiei instrumentale: o utilizare intenționată a cunoașterii stărilor emoționale ale altora pentru dominare, seducție, persuasiune coercitivă sau exploatare interpersonală. Astfel, în ciuda unei aparente competențe sociale, indivizii cu tendințe întunecate pot genera daune psihologice subtile, mascate de comportamente convingătoare sau de un discurs persuasiv bine calibrat.

În contexte profesionale în care există asimetrii de putere și acces la informații sensibile – precum asistența socială, sănătatea mintală, educația sau managementul serviciilor sociale – utilizarea empatiei într-o manieră instrumentală poate deveni un risc major pentru persoanele aflate în situații de vulnerabilitate. În absența unor mecanisme eficiente de selecție, supervizare și dezvoltare etică, indivizii cu tendințe din Triada Întunecată pot reproduce sau chiar amplifica dinamici relaționale abuzive, sub acoperirea unui rol profesional legitim. Literatura internațională subliniază că machiavelismul favorizează cultivarea deliberată a unei imagini profesionale pozitive, în timp ce psihopatia poate conduce la decizii rapide, lipsite de empatie, iar narcisismul stimulează căutarea excesivă a aprecierii, deseori în detrimentul beneficiarului (Muris et al., 2017). Această dihotomie între aparență și intenție conferă Triadei Întunecate un caracter deosebit de insidios, mai ales în culturile organizaționale în care performanța este evaluată predominant prin indicatori cantitativi și vizibilitate publică, nu prin calitatea relațiilor și a intervenției umane.

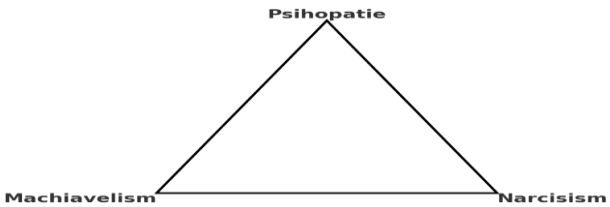


Figura 1. Structura conceptuală a Triadei Întunecate: narcisism, machiavelism și psihopatie
(adaptare după Paulhus & Williams, 2002)

Triada Luminoasă: umanism și etică relațională reprezintă o reconceptualizare pozitivă a personalității, propusă de Kaufman și colaboratorii săi (2019) ca un model complementar Triadei Întunecate, menit să surprindă predispozițiile orientate spre cooperare, moralitate și valorizarea celuilalt. Aceasta include trei trăsături: *umanismul* (percepția persoanelor ca purtătoare de valoare intrinsecă), *kantianismul* (tratamentul celorlalți ca scop în sine, nu ca mijloc pentru atingerea propriilor

obiective) și *încrederea în umanitate* (convingerea că oamenii sunt, în esență, buni și demni de încredere). Spre deosebire de alte modele pozitive de personalitate, Triada Luminoasă nu neagă existența intereselor personale, ci subliniază capacitatea individului de a armoniza propriile nevoi cu cele ale comunității din care face parte. Această abordare restabilește centralitatea dimensiunii etice în analiza personalității și oferă o perspectivă mai nuanțată asupra variabilității empatiei în funcție de orientarea motivațională a individului.

Profilul psihologic al Triadei Luminoase este strâns asociat cu o formă de empatie orientată prosocial, caracterizată prin integrarea armonioasă a *empatiei cognitive, empatiei afective* și *compasiuni***i**. Persoanele cu scoruri ridicate la trăsăturile luminoase demonstrează sensibilitate față de nevoile altora, disponibilitate de a oferi sprijin și o motivație intrinsecă de a proteja demnitatea și autonomia celuilalt (Batson, 2011; Kaufman, 2020). În contrast cu empatia instrumentală specifică profilurilor întunecate, aici înțelegerea emoțiilor altora nu urmărește câștig personal, ci se traduce în comportamente de cooperare, încredere, iertare și reconciliere. Din perspectivă psihologică și socială, Triada Luminoasă se corelează pozitiv cu satisfacția de viață, calitatea relațiilor interpersonale, bunăstarea psihologică și implicarea civică, indicând un potențial adaptativ ridicat și o contribuție semnificativă la coeziunea comunitară (Kaufman et al., 2019).

În profesiile sociale, unde interacțiunea directă cu persoane vulnerabile solicită atât expertiză tehnică, cât și responsabilitate morală, profilul Triadei Luminoase este deosebit de valoros, deoarece susține formarea unei relații profesionale bazate pe încredere, respect și protejarea interesului superior al beneficiarului (Stănescu & Romașcanu, 2023). Umanismul se reflectă în recunoașterea nevoilor persoanelor ca fiind legitime și demne de sprijin, kantianismul oferă un cadru etic pentru evitarea instrumentalizării beneficiarilor, iar încrederea în umanitate facilitează colaborarea și mobilizarea resurselor comunitare. În opoziție cu riscurile asociate Triadei Întunecate, aceste trăsături luminoase consolidează *„eticitatea empatiei”* – componenta care asigură că ceea ce simte și înțelege profesionistul este direcționat către intervenții constructive, nu manipulatoare. Din această perspectivă, Triada Luminoasă nu este doar un construct descriptiv, ci un *model formativ,* util în selecția, supervizarea și dezvoltarea continuă a specialiștilor din domeniul asistenței sociale, psihologiei și educației în România și în Republica Moldova.

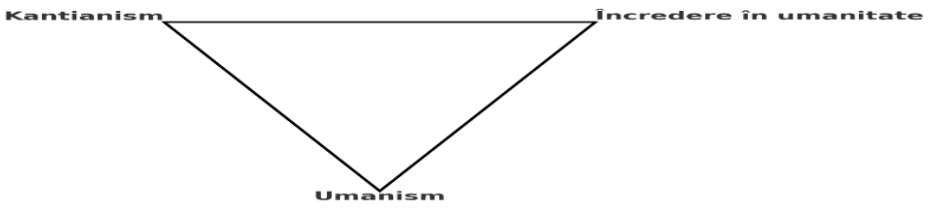


Figura 2. Structura conceptuală a Triadei Luminoase: umanism, kantianism și încrederea în umanitate (adaptare după Kaufman et al. (2019))

Empatie: axa dintre manipulare și compasiune. Din perspectiva dinamicii empatiei, Triada Întunecată și Triada Luminoasă nu reprezintă două extreme absolut opuse ale personalității, ci configurații distincte ale modului în care individul utilizează resursele sale socio-cognitive. Ceea ce diferențiază fundamental aceste două constelații este *orientarea motivațională* din spatele procesării empatice: dacă în cazul Triadei Întunecate înțelegerea emoțiilor celuilalt servește manipulării și dobândirii avantajelor personale, în Triada Luminoasă aceeași capacitate este canalizată către cooperare, protecția vulnerabilității și valorizarea umanității celuilalt (Kaufman et al., 2019; Zaki,

2020). Astfel, empatia poate fi conceptualizată drept o *axă continuă,* cu două direcții posibile - *empatie instrumentală și empatie compasională* - definind nu doar ceea ce simțim față de ceilalți, ci și ceea ce alegem să facem cu acest sentiment. Această perspectivă centrată pe alegeri și intenționalitate pune în lumină responsabilitatea persoanelor, mai ales a profesioniștilor din domeniile sociale, de a reflecta critic asupra consecințelor propriilor intervenții.

Conceptualizarea empatiei ca un continuum permite înțelegerea nuanțată a modului în care aceeași capacitate psihosocială poate genera efecte diametral opuse în funcție de orientarea valorică a individului (Figura 3). La un capăt al axei se află *empatia instrumentală,* utilizată ca mecanism de control și persuasiune, asociată predominant cu trăsături ale Triadei Întunecate - narcisismul, machiavelismul și psihopatia, care transformă vulnerabilitatea celuilalt într-o oportunitate de dominare interpersonală. La celălalt capăt se situează *empatia compasională*, fundamentată pe dorința de a promova bunăstarea și drepturile altora, în concordanță cu principiile umanismului, kantianismului și încrederii în umanitate, caracteristice Triadei Luminoase (Kaufman et al., 2019). Între aceste două orientări există o zonă intermediară, în care indivizii pot manifesta comportamente empatice situational sau condiționat, în funcție de context, norme sociale sau costuri percepute. Din punct de vedere aplicativ, poziționarea de-a lungul acestei axe nu este fixă, ci poate evolua prin proces reflexiv, supervizare profesională și formare continuă, ceea ce conferă empatiei statutul unei competențe etice în permanentă construcție.

Această interpretare dinamică a empatiei implică o responsabilizare directă a profesioniștilor din domeniul socio-uman. În intervențiile sociale, limitele etice pot deveni fragil conturate atunci când empatia este utilizată pentru a obține conformitate, supunere sau dependență emoțională din partea beneficiarilor, generând forme subtile de persuasiune coercitivă și vulnerabilizare secundară. În același timp, orientarea empatiei către compasiune, respect și echilibru relațional poate contribui la consolidarea autonomiei beneficiarului și la creșterea rezilienței sociale în contexte de risc. Prin urmare, poziționarea specialistului pe axa empatiei nu este doar o chestiune descriptivă, ci una profund *normativă*, cu consecințe directe pentru calitatea intervenției, prevenirea abuzurilor și protejarea demnității umane. Această perspectivă susține nevoia de formare continuă, supervizare reflexivă și cultivare instituțională a Triadei Luminoase ca fundament al practicilor sociale responsabile.



Figura 3. Continuumul empatiei între manipulare și compasiune, ca funcție de dinamica Triadei Întunecate și Triadei Luminoase

(adaptare după Kaufman et al. (2019) și Paulhus & Williams (2002)

Implicații interdisciplinare pentru profesiile sociale. În domeniul asistenței sociale, psihologiei și educației, empatia nu este doar un atribut personal, ci o competență profesională cu impact direct asupra calității intervențiilor, relațiilor de sprijin și protejării drepturilor beneficiarilor. Integrarea conceptuală a Triadei Întunecate și Triadei Luminoase oferă un cadru analitic valoros pentru a înțelege modul în care factorii de personalitate pot favoriza fie comportamente etice, fie riscuri latente în practica de zi cu zi. În absența autoreflecției și a supervizării continue, profesioniști cu tendințe manipulative pot utiliza empatia cognitivă în scopuri de control sau influențare necuvenită, amplificând vulnerabilitatea beneficiarilor și generând situații de abuz relațional mascat (Muris et al., 2017). În

contrapondere, cultivarea și evaluarea sistematică a trăsăturilor din Triada Luminoasă - umanismul, kantianismul și încrederea în umanitate - contribuie la consolidarea integrității profesionale și a capitalului social necesar intervențiilor eficiente în comunitate (Kaufman et al., 2019; Stănescu & Romașcanu, 2023).

În România și Republica Moldova, unde profesiile sociale se află încă într-un proces accelerat de consolidare profesională și standardizare a intervențiilor, devine esențială implementarea unor mecanisme eficiente de *supervizare etică*, formare continuă și evaluare periodică a competențelor empatice ale specialiștilor. Aceste procese nu trebuie să se rezume la verificarea cunoștințelor tehnice, ci să includă analiza motivațiilor personale, a stilului relațional și a modului în care empatia este integrată în luarea deciziilor. În absența acestor filtre, riscurile generate de tendințele din Triada Întunecată pot rămâne invizibile, fiind perpetuate în numele „profesionalismului" sau al „interesului superior" al beneficiarului. Prin contrast, formarea orientată spre valorile Triadei Luminoase promovează *responsabilitatea morală, transparența relațională și delimitarea sănătoasă a puterii profesionale*, reducând vulnerabilitatea beneficiarilor și crescând eficacitatea intervențiilor sociale la nivel comunitar.

Astfel, înțelegerea empatiei ca fenomen situat pe un continuum între manipulare și compasiune poate ghida dezvoltarea unor practici profesionale etice și eficiente, fundamentate pe capacitatea de a proteja autonomia beneficiarilor și de a promova incluziunea socială. Integrarea modelului Triadei Luminoase în politicile de formare și supervizare profesională poate contribui la cultivarea unei culturi instituționale în care compasiunea devine nu doar o valoare declarată, ci o competență practică verificabilă și susținută prin mecanisme organizaționale. În paralel, recunoașterea și gestionarea factorilor de risc asociați Triadei Întunecate reprezintă o condiție necesară pentru prevenirea abuzurilor subtile care pot apărea în relația de putere dintre profesionist și beneficiar. Această perspectivă interdisciplinară contribuie la consolidarea unei paradigme umaniste în profesiile sociale, în care empatia este înțeleasă nu doar ca un sentiment, ci ca o responsabilitate morală centrală în exercitarea rolurilor socio-profesionale.

Concluzii

Articolul de față a evidențiat faptul că empatia, departe de a fi un proces inerent moral, poate fi orientată fie către susținerea celuilalt, fie către exploatarea vulnerabilităților sale. Analiza comparativă a Triadei Întunecate și a Triadei Luminoase a demonstrat că diferența fundamentală nu constă în capacitatea de a înțelege emoțiile altora, ci în *intenția și orientarea valorică* din spatele acțiunilor empatice. Empatia instrumentală, caracteristică Triadei Întunecate, servește manipulării și dominării interpersonale, în timp ce empatia compasională - specifică Triadei Luminoase - susține cooperarea, protejarea demnității și consolidarea relațiilor prosociale (Paulhus & Williams, 2002; Kaufman et al., 2019).

În contextul profesiilor sociale, în care interacțiunea cu persoane vulnerabile presupune o responsabilitate etică sporită, rezultatele acestei analize subliniază necesitatea cultivării și monitorizării continue a dimensiunilor luminoase ale personalității. Selectarea, formarea și supervizarea practicienilor trebuie să includă nu doar evaluarea competențelor tehnice, ci și a modului în care empatia este aplicată în practică, pentru a preveni utilizarea sa în scop manipulator. Promovarea Triadei Luminoase în politicile educaționale și organizaționale din România și Republica Moldova poate contribui la consolidarea unei paradigme profesionale centrate pe respect, compasiune și responsabilitate morală - principii indispensabile unei intervenții sociale etice și eficace.

Bibliografie

1. Batson, C. D. *Altruism in Humans*. Oxford: Oxford University Press, 2011.

2. Burtăverde, V. *Triada Întunecată și implicațiile sale în relațiile de cuplu*. https://iscoada.com/text/e-bine-sa-fii-rau-triada-intunecata-si-implicatiile-sale-in-relatiile-de-cuplu/.
3. Kaufman, S. B. *Transcend: The New Science of Self-Actualization*. New York: TarcherPerigee, 2020.
4. Kaufman, S. B., Yaden, D. B., Hyde, E., & Tsukayama, E. The Light vs. Dark Triad of personality: Contrasting two very different profiles of human nature. *Personality and Individual Differences*, 134, 46–51, 2019. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.004
5. Laboratorul de psihologie. *Ce e triada întunecată: psihopatie, machiavelism și narcisism*, 2023. https://laboratoruldepsihologie.ro/2023/04/10/ce-e-triada-intunecata-psihopatie-machia velism-si-narcisism.
6. Monitorul Psihologiei. *Triada întunecată*. https://monitorulpsihologiei.com/triada-intunecata.
7. Muris, P., Merckelbach, H., Otgaar, H., & Meijer, E. The Malevolent Side of Human Nature: A Meta-Analysis and Critical Review of the Dark Triad Literature. *Perspectives on Psychological Science*, 12(2), 183–204, 2017. https://doi.org/10.1177/1745691616666070
8. Paulhus, D. L., & Williams, K. M. The Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556–563, 2002. https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6
9. Stănescu, D. F., & Romașcanu, M. C. (coord.). *Triada Întunecată vs. Triada Luminoasă a personalității*. București: Comunicare.ro, 2023.
10. Zaki, J. *The War for Kindness: Building Empathy in a Fractured World*. New York: Crown, 2020.

COMUNICAREA EMPATICĂ ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN
EMPATHIC COMMUNICATION IN GENDER-BASED VIOLENCE CASES

Svetlana HARAZ
Lector univ. Doctor în psihologie socială, Universitatea Liberă Internațională din Moldova,
Irina TALMACI, Studentă ciclul I Licență, Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Abstract

Violența bazată pe gen rămâne una dintre cele mai grave forme de încălcare a drepturilor omului, cu efecte profunde asupra sănătății fizice, emoționale și sociale ale supraviețuitoarelor. Deși în ultimii ani au fost dezvoltate protocoale, mecanisme de referire și echipe multidisciplinare (poliție, servicii sociale, sănătate, 112, ONG-uri), calitatea intervenției depinde decisiv de modul în care profesioniștii comunică cu persoana afectată. Articolul propus își propune să evidențieze rolul comunicării empatice în toate etapele răspunsului instituțional – de la primul contact și până la sprijinul pe termen lung.

Lucrarea se bazează pe experiența practică și didactică acumulată în formarea studenților și specialiștilor din domeniul asistenței sociale și sănătății, precum și pe analiza situațiilor reale discutate în cadrul atelierelor de lucru cu echipe multidisciplinare. Sunt descrise tipuri frecvente de comunicare inadecvată (minimizarea experienței, culpabilizarea victimei, limbaj tehnic, ton distant), care pot reactiva trauma și descuraja raportarea, în contrast cu principiile comunicării centrate pe persoană: ascultare activă, validarea emoțiilor, respectarea ritmului victimei, limbaj clar și non-judicativ.

Sunt propuse câteva axe de intervenție: (1) integrarea competențelor de comunicare empatică în curricula programelor de formare inițială și continuă; (2) exerciții de reflecție ghidată și jocuri de rol în echipe mixte (poliție–asistență socială–sănătate–112); (3) includerea dimensiunii emoționale în procedurile standard de lucru, alături de pașii juridici și administrativi; (4) supervizarea de caz orientată spre îngrijirea de sine a profesioniștilor și prevenirea burnout-ului.

Concluzia centrală este că răspunsul la violența bazată pe gen nu poate fi redus la aplicarea unui protocol; fără o comunicare empatică, coerentă și coordonată, mecanismele formale riscă să reproducă experiențe de neputință și umilință. Comunicarea devine, astfel, atât instrument de intervenție, cât și spațiu de reconstrucție a demnității și încrederii supraviețuitoarei.

Cuvinte cheie: acces la servicii specializate, comunicare empatică, intervenție multidisciplinară, trauma și prevenirea retraumatizării, violență bazată pe gen.

Abstract

Gender-based violence remains one of the most severe violations of human rights, with profound consequences for the physical, emotional and social wellbeing of survivors. Although in recent years protocols, referral mechanisms and multidisciplinary teams (police, social services, health sector, emergency services, NGOs) have been developed, the quality of the institutional response depends crucially on how professionals communicate with the affected person. This paper aims to highlight the role of empathic communication across all stages of intervention – from first contact to long-term support.

The article draws on practical and teaching experience in training students and professionals in social work and health, as well as on the analysis of real cases discussed in workshops with multidisciplinary teams. It contrasts recurrent patterns of inadequate communication (minimising the experience, victim-blaming, over-technical language, distant tone) that may retraumatise and discourage disclosure, with the principles of person-centred communication: active listening, emotional validation, respect for the survivor's pace, clear and non-judgmental language.

Several axes of intervention are proposed: (1) integrating empathic communication skills into initial and continuous training curricula; (2) using guided reflection and role-play exercises in mixed teams (police–social work–health–emergency services); (3) embedding the emotional dimension into standard operating procedures alongside legal and administrative steps; and (4) case supervision focused on self-care and burnout prevention among practitioners.

The central conclusion is that responses to gender-based violence cannot be reduced to the mechanical application of a protocol. Without empathic, coherent and coordinated communication, formal mechanisms risk reproducing experiences of powerlessness and humiliation. Communication thus becomes both a key tool of intervention and a relational space where survivors' dignity and trust can begin to be restored.

Keywords: access to specialized services, empathic communication, gender-based violence, multidisciplinary intervention, trauma and retraumatization prevention.

Introducere

Violența bazată pe gen reprezintă una dintre cele mai persistente și mai puțin raportate forme de încălcare a drepturilor omului, afectând milioane de femei, fete și familii din întreaga lume. Organizația Mondială a Sănătății estimează că aproximativ *1 din 3 femei* la nivel global – adică aproape 736 milioane de persoane – au experimentat, la un moment dat în viață, violență fizică și/sau sexuală din partea partenerului intim sau violență sexuală din partea unei alte persoane (World Health Organization, 2021). Conform datelor ONU, aproximativ *38% dintre omorurile comise asupra femeilor* sunt realizate de partenerii intimi, ceea ce confirmă legătura directă dintre violență, vulnerabilitate structurală și inegalitățile de gen (UNODC, 2020).

Impactul violenței bazate pe gen depășește consecințele fizice imediate, generând efecte psihologice, sociale și economice pe termen lung. Banca Mondială estimează că statele pierd anual între *2% și 3,7% din PIB* din cauza costurilor directe și indirecte asociate violenței împotriva femeilor, o pondere comparabilă cu cheltuielile pentru educație în țările cu venituri mici și medii (Klugman et al., 2014). La nivel european, Agenția pentru Drepturi Fundamentale (FRA) arată că *una din două femei* a experimentat hărțuire sexuală, iar aproximativ 22 milioane de femei din Uniunea Europeană au trecut prin violență fizică sau sexuală începând cu vârsta de 15 ani (FRA, 2014; EIGE, 2022).

În Europa Centrală și de Est, datele disponibile sugerează că prevalența violenței este comparabilă cu media globală, însă raportarea cazurilor rămâne scăzută, iar accesul la servicii suport variază semnificativ. Studiile UN Women indică faptul că stigmatizarea, dependența economică, frica de represalii și neîncrederea în instituții contribuie la menținerea unui nivel ridicat al „tăcerii instituționalizate" privind violența (UN Women, 2020). Acest fenomen afectează capacitatea sistemelor de protecție de a interveni eficient și reduce probabilitatea ca victimele să solicite sprijin.

În acest context, comunicarea dintre profesioniști și victime devine esențială. Literatura în psihologia traumei, sănătate publică și intervenție socială subliniază că *primele minute de interacțiune* pot influența decisiv disponibilitatea victimei de a raporta abuzul și de a accesa serviciile necesare (Herman, 2015; Van der Kolk, 2014). Comunicarea empatică – bazată pe ascultare activă, validare emoțională, claritate și respect – este recunoscută ca un instrument fundamental în prevenirea retraumatizării secundare și în consolidarea încrederii în instituțiile de protecție.

Deși există protocoale și instrumente metodologice elaborate la nivel național și internațional, cercetările recente arată că *calitatea comunicării instituționale rămâne inegală*, profesioniștii confruntându-se cu presiuni organizaționale, insuficientă formare specializată sau dificultăți de gestionare a emoțiilor (Murray & Graves, 2013). În paralel, politicile actuale promovează abordări sensibile la gen și la traumă, subliniind faptul că intervenția eficientă depinde nu doar de aplicarea procedurilor, ci și de capacitatea profesionistului de a stabili o relație de siguranță, demnitate și empatie. În acest context, articolul de față analizează rolul comunicării empatice în intervențiile profesionale destinate victimelor violenței bazate pe gen, fundamentând argumentele pe literatura internațională, date statistice validate și modele contemporane de intervenție. Demersul evidențiază necesitatea dezvoltării unor strategii coerente de formare și sprijin instituțional, orientate spre consolidarea competențelor de comunicare ale profesioniștilor din domeniile social, juridic, medical și psihologic.

Cadrul teoretic

Violența bazată pe gen: concept, determinanți și tipologii

Organizația Națiunilor Unite definește violența bazată pe gen ca orice act dăunător îndreptat împotriva unei persoane pe baza identității sale de gen, incluzând violența fizică, sexuală, psihologică și economică (United Nations, 1993). VBG este recunoscută ca fenomen sistemic, alimentat de norme sociale și dezechilibre de putere de natură structurală (Heise, 2011). OMS raportează că violența partenerului intim reprezintă cea mai frecventă formă de violență împotriva femeilor (World Health Organization, 2021). Studiile europene evidențiază prevalența ridicată a violenței psihologice și a controlului coercitiv, recunoscute ca predictoare pentru escaladarea ulterioară a abuzului (FRA, 2014; EIGE, 2022).

Determinarea VBG este multifactorială: - *individuală* (experiențe adverse timpurii, consum de alcool) (Widom, 2017); - *relațională* (control coercitiv, gelozie, dependență) (Stark, 2007); - *comunitară* (norme tolerante la violență, acces limitat la servicii) (Jewkes et al., 2015); - *structurală* (inegalități economice și de gen, discriminare sistemică) (UN Women, 2020). Acest cadru conceptual susține necesitatea intervențiilor integrate și a comunicării adecvate pentru protecția victimelor.

Trauma și comunicarea: o perspectivă integrată

Trauma rezultată din experiențele de violență produce schimbări semnificative în capacitatea persoanei de a procesa informații, de a narra coerent evenimentele și de a stabili relații de încredere (Herman, 2015). Studiile neurobiologice ale lui Van der Kolk (2014) arată că trauma afectează sistemele de memorie, reglarea emoțională și răspunsul la stres. În situații de dezvăluire, victimele pot

prezenta anxietate, disociere, confuzie sau blocaje cognitive, ceea ce face ca *modul de comunicare al profesionistului* să fie esențial. Cercetările în psihologie socială arată că un ton calm, ritmul adecvat al întrebărilor, formulările clare și validarea emoțiilor sporesc disponibilitatea victimei de a coopera (Campbell, 2008). Abordarea centrată pe traumă (trauma-informed care), promovată în literatura internațională, include principii precum siguranță, încredere, transparență, colaborare, autonomie și sensibilitate culturală (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA, 2014). Aceste principii constituie fundamentul comunicării empatice în intervențiile privind VBG.

Comunicarea empatică în profesiile de sprijin

Comunicarea empatică este esențială în intervențiile destinate victimelor violenței, întrucât facilitează crearea unei relații de încredere și reduce riscul retraumatizării. Modelul lui Carl Rogers privind relația de ajutor pune accent pe congruență, acceptare necondiționată și empatie (Rogers, 1961). Comunicarea nonviolentă, dezvoltată de Marshall Rosenberg, promovează identificarea nevoilor și exprimarea clară, fără judecată, favorizând o interacțiune sigură și neamenințătoare (Rosenberg, 2003).

Interviul motivațional – folosit în profesiile de sprijin – se bazează pe validarea experienței persoanei și pe explorarea ambivalenței fără presiune (Miller & Rollnick, 2013). Studiile arată că utilizarea acestor modele reduce anxietatea victimei, îmbunătățește percepția de siguranță și crește disponibilitatea de a dezvălui abuzul (Campbell, 2012; Goodman et al., 2015).

Intervenția multidisciplinară: comunicarea ca element de coerență instituțională

Intervențiile în cazurile de violență bazată pe gen implică numeroase instituții – sociale, juridice, medicale, psihologice – fiecare având responsabilități distincte, dar complementare. Literaturile privind managementul de caz arată că lipsa coerenței comunicării interinstituționale este una dintre barierele majore în protecția victimelor (Hester, 2011). Dificultățile frecvente includ: transmiterea de mesaje contradictorii; lipsa explicării etapelor procedurale; suprapunerea rolurilor; diferențe în evaluarea riscului (Humphreys & Bradbury-Jones, 2015). Modelele multidisciplinare eficiente sunt caracterizate prin comunicare transparentă, un limbaj comun, coordonare procedurală și principii unificate de lucru (Stanley & Humphreys, 2014). Cercetările arată că astfel de modele cresc probabilitatea ca victimele să finalizeze procesul de raportare, să acceseze măsuri de protecție și să beneficieze de recuperare adecvată (Murray & Graves, 2013).

Metodologie

Metodologia acestui studiu se bazează pe o *revizuire narativă a literaturii*, completată de o *triangulare teoretică* și o *analiză tematică* a problemelor identificate în practica profesională din domeniul protecției victimelor violenței bazate pe gen. Această abordare permite o explorare cuprinzătoare a conceptelor, modelelor și datelor existente, integrând perspective din psihologia traumei, comunicare profesională, politici sociale și intervenție multidisciplinară.

Revizuirea narativă a literaturii

Revizuirea narativă a literaturii a vizat lucrări științifice publicate în ultimii 10–15 ani de către instituții internaționale (OMS, ONU, FRA, EIGE), studii din domeniul violenței bazate pe gen, cercetări privind trauma psihologică (Herman, Van der Kolk), precum și modele consacrate de comunicare empatică (Rogers, Rosenberg, Miller & Rollnick). Această metodă permite integrarea unor surse variate, atât conceptuale, cât și empirice, pentru a contura un cadru teoretic robust și actual.

Selecția literaturii a inclus articole din baze de date academice (Scopus, Web of Science, PubMed), rapoarte internaționale și lucrări de referință în domeniul psihologiei și asistenței sociale. Criteriile principale de includere au fost: relevanța pentru comunicarea cu victimele violenței, fundamentarea științifică solidă și aplicabilitatea în contextul intervenției multidisciplinare.

Triangularea teoretică

Pentru a asigura o interpretare riguroasă a rezultatelor, studiul utilizează *triangularea teoretică,* combinând trei perspective complementare:

1. *Perspectiva traumei* – bazată pe teoria traumei și mecanismele neuropsihologice ale răspunsului la violență (Herman, 2015; Van der Kolk, 2014).
2. *Perspectiva comunicării profesionale* – bazată pe modelele de comunicare empatică și tehnicile utilizate în domeniile relației de ajutor (Rogers, Rosenberg, Miller & Rollnick).
3. *Perspectiva social-instituțională* – axată pe funcționarea sistemelor de protecție, dinamica interinstituțională și factorii structurali care influențează răspunsul la violență (UN Women, 2020; Hester, 2011).

Triangularea facilitează integrarea acestor domenii într-un cadru analitic comun și contribuie la formularea unor concluzii și recomandări solide, validate din multiple perspective științifice.

Analiza tematică

Analiza tematică a fost utilizată pentru a identifica tiparele, problemele recurente și bunele practici raportate în literatura de specialitate și în cercetările privind intervenția în cazurile de violență bazată pe gen. Procedura a inclus:

- identificarea temelor majore legate de comunicare (ex.: validare, ton, ritm, claritate, limbaj ne-tehnic);
- evidențierea dificultăților întâlnite de profesioniști în interacțiunea cu victimele (ex.: retraumatizare, neîncredere, presiune emoțională);
- analiza barierelor instituționale care pot afecta comunicarea (ex.: mesaje contradictorii, lipsă de coordonare, suprapunerea rolurilor);
- sintetizarea elementelor de intervenție eficientă (ex.: abordare sensibilă la traumă, transparență, explicarea etapelor).

Această metodă a permis structurarea materialului într-un mod coerent și orientat spre evidențierea aspectelor cu relevanță practică și teoretică.

Justificarea abordării calitative

Abordarea calitativă este adecvată pentru studiul de față deoarece violența bazată pe gen implică procese complexe, profund influențate de dinamici psihologice, relaționale și instituționale. Comunicarea empatică, în special în situații de criză, nu poate fi analizată exclusiv prin metode cantitative, ci necesită înțelegerea experienței persoanei, a contextului emoțional și a subtilităților interacțiunii. Prin urmare, metodologia calitativă permite: interpretarea nuanțată a fenomenului; contextualizarea rolului comunicării în procesul de dezvăluire și recuperare; integrarea perspectivelor teoretice cu cele practice; fundamentarea recomandărilor într-un cadru comprehensiv. Această abordare oferă o imagine comprehensivă asupra modului în care comunicarea empatică poate influența eficiența intervențiilor și nivelul de siguranță perceput de victimele violenței bazate pe gen.

IV. Rezultate ale analizei

Practici de comunicare inadecvate identificate în studiile internaționale

Analiza literaturii de specialitate evidențiază un set de practici de comunicare care, deși frecvent întâlnite în interacțiunile instituționale cu victimele violenței bazate pe gen, pot amplifica trauma și pot descuraja raportarea abuzului.

Victim-blaming-ul rămâne una dintre cele mai nocive forme de interacțiune, apărând deseori în formulări subtile precum „de ce nu ai plecat?” sau „de ce nu ai spus mai devreme?”. Studiile lui Campbell (2008; 2012) arată că orice sugestie care atribuie responsabilitate victimei produce

retraumatizare secundară, reduce disponibilitatea acesteia de a colabora cu instituțiile și poate determina retragerea completă din procesul de raportare.

Un alt factor problematic este *tonul distant sau neutru*, perceput de victime ca lipsă de empatie, neîncredere sau dezinteres. Conform cercetărilor privind divulgarea traumei, victimele răspund negativ la interacțiuni formale excesive, reci sau lipsite de încurajare (Goodman et al., 2015).

Utilizarea unui *limbaj birocratic* și a jargonului profesional poate crea confuzie și anxietate, mai ales în stări de stres acut. Murray și Graves (2013) arată că termenii tehnici, procedurali sau juridici pot fi interpretați de victime ca semne de rigiditate instituțională, reducând sentimentul de siguranță.

Supraîncărcarea cu întrebări, în special cele intruzive sau repetate, este asociată cu reacții de evitarea memoriei traumatice și cu dificultăți de exprimare (Van der Kolk, 2014). În plus, studiile indică faptul că interviurile rapide, întreruperile frecvente și presiunea de a relata detaliile traumatice pot afecta credibilitatea percepută a relatării (Herman, 2015).

În final, *lipsa explicării procesului instituțional* - ce se va întâmpla, ce urmează, cine mai va afla informațiile — este raportată ca o cauză majoră a anxietății victimelor. Lipsa transparenței poate alimenta neîncrederea și senzația de pierdere a controlului (Hester, 2011).

Elemente ale comunicării empatice care reduc retraumatizarea

Studiile internaționale converg în a demonstra că anumite componente ale comunicării empatice au un impact direct asupra reducerii retraumatizării și creșterii percepției de siguranță a victimei.

Validarea emoțiilor este recunoscută drept una dintre cele mai eficiente tehnici de reducere a anxietății și de restabilire a controlului personal. Campbell (2008) arată că afirmațiile care transmit înțelegere, acceptare și confirmarea legitimității trăirilor emoționale cresc semnificativ disponibilitatea pentru colaborare. *Explicarea fiecărei etape a procesului* - în limbaj clar, non-tehnic - consolidează predictibilitatea și reduce sentimentul de nesiguranță. Conform cercetărilor din domeniul intervenției sensibile la traumă, transparența procedurală reprezintă un factor protector esențial (SAMHSA, 2014).

Stabilirea ritmului relatării în funcție de victimă, fără presiune sau grăbire, este o componentă fundamentală a comunicării trauma-informed. Herman (2015) subliniază că victimele trebuie să simtă că dețin controlul asupra propriului proces de narațiune, ceea ce contribuie la diminuarea hiperactivării emoționale. Nu în ultimul rând, *autoreglarea emoțională a profesionistului* - menținerea calmului, ton adecvat, absența reacțiilor vizibil șocate — are rolul de a stabiliza victima și de a evita escaladarea stresului (Rogers, 1961; Van der Kolk, 2014). Profesioniștii care manifestă echilibru emoțional facilitează construirea unui cadru de siguranță și reduc riscul retraumatizării secundare.

Impactul comunicării asupra recuperării și asupra raportării violenței

Există un consens puternic în literatura de specialitate privind faptul că *felul în care profesioniștii comunică influențează decisiv parcursul victimei.* Dovezile empirice arată că *o comunicare empatică crește probabilitatea de raportare* și cooperare cu instituțiile. Campbell (2012) demonstrează că victimele care au perceput sprijin emoțional autentic la momentul dezvăluirii sunt semnificativ mai dispuse să urmeze procedurile legale și să solicite servicii. În plus, comunicarea empatică este un *predictor important al încrederii în instituții*. Goodman et al. (2015) arată că relația profesionist–victimă se configurează ca un element determinant al accesibilității serviciilor: victimele se întorc către sistem doar dacă au experimentat interacțiuni sigure, corecte și respectuoase.

Studiile în domeniul sănătății mentale indică faptul că experiențele pozitive de comunicare pot contribui la reducerea simptomelor de stres posttraumatic, anxietate și rușine, facilitând recuperarea

emoțională (Herman, 2015; Van der Kolk, 2014). Comunicarea adecvată devine, astfel, o formă indirectă de intervenție terapeutică în contextul asistenței sociale.

Comunicarea empatică în lucrul cu copii și adolescenți

Literatura de specialitate subliniază necesitatea adaptării comunicării în funcție de vârsta, nivelul de dezvoltare și tipul de traumă experimentat de copil sau adolescent. Copiii divulgă violența în mod diferit față de adulți, iar dezvăluirea poate fi *întârziată*, fragmentată sau incompletă (London et al., 2007).

În cazul copiilor mici, comunicarea necesită simplificarea limbajului, utilizarea unor explicații scurte și clare, menținerea unui ton blând și asigurarea unui spațiu fizic non-amenințător. Studiile arată că micuții reacționează negativ la întrebările directive sau sugestive și că au nevoie de timp suplimentar pentru a formula răspunsurile (Pipe et al., 2013). La adolescenți, comunicarea trebuie să ia în considerare autonomia în dezvoltare, sensibilitatea la judecată și nevoia de confidențialitate. Cercetările indică faptul că adolescenții sunt mai predispuși să dezvăluie abuzul atunci când simt că profesionistul nu îi judecă și nu le minimalizează experiențele (O'Donohue & Fanetti, 2016).

Elementele esențiale ale comunicării empatice cu minorii includ: - *respectarea ritmului copilului;* - *evitarea întrebărilor intruzive;* - *validarea emoțiilor;* - *explicarea clară a pașilor următori;* - *menținerea unui cadru de siguranță;* - *transparența privind limitele confidențialității*. Astfel, comunicarea empatică devine un instrument decisiv în identificarea timpurie a abuzului și în sprijinirea procesului de recuperare a minorilor afectați de violență.

V. Discuții

Rezultatele analizei evidențiază faptul că *modul de comunicare al profesioniștilor reprezintă un element central al intervenției în cazurile de violență bazată pe gen*, confirmând observațiile formulate în literatura internațională și în cadrul teoriilor despre traumă, relația de ajutor și funcționarea sistemelor instituționale. Discuția de față integrează aceste constatări într-o perspectivă critică, subliniind implicațiile pentru practicile profesionale și pentru politicile publice.

Comunicarea inadecvată ca factor care amplifică trauma și descurajează raportarea

Confirmând rezultatele lui Campbell (2008; 2012) și ale altor autori, analiza demonstrează că practicile de comunicare inadecvate - în special victim-blaming-ul, tonul distant, limbajul birocratic și supraîncărcarea cu întrebări - pot produce *retraumatizare secundară*, afectând negativ procesul de dezvăluire. Această situație este cu atât mai problematică în contextul în care victimele se confruntă deja cu emoții intense precum frică, rușine, ambivalență sau confuzie (Herman, 2015).

Din perspectiva abordării centrate pe traumă, astfel de interacțiuni contravin principiilor siguranței, transparenței și autonomiei (SAMHSA, 2014). Prin urmare, practicile neadecvate nu reprezintă doar erori de comunicare, ci *riscuri instituționale* care pot afecta capacitatea sistemului de a proteja victimele.

Comunicarea empatică drept componentă esențială în intervenția profesională

Rezultatele confirmă caracterul fundamental al comunicării empatice în sprijinirea victimelor VBG. Elemente precum validarea emoțiilor, stabilirea ritmului, explicarea pașilor și autoreglarea emoțională a profesionistului sunt în mod constant asociate cu *creșterea siguranței percepute, reducerea anxietății și facilitarea dezvăluirii*. Aceste rezultate sunt în consonanță cu modelele centrate pe persoană (Rogers, 1961), interviul motivațional (Miller & Rollnick, 2013) și practicile trauma-informed, care subliniază necesitatea unei interacțiuni bazate pe respect, autenticitate și predictibilitate. Comunicarea empatică apare astfel nu ca un element secundar, ci ca *o competență profesională esențială*, care influențează direct eficiența intervențiilor. Un aspect remarcabil este caracterul trans-

sectorial al comunicării empatice: eficiența sa se menține în asistență socială, sănătate, poliție, educație și justiție, confirmând importanța formării profesionale integrate.

Comunicarea ca predictor al accesului la servicii și al încrederii în instituții

Analiza discută critic modul în care comunicarea profesionist–victimă contribuie la consolidarea încrederii în instituțiile de protecție. Conform studiilor lui Goodman et al. (2015), experiențele instituționale negative pot împiedica accesarea repetată a serviciilor, creând un cerc vicios al neîncrederii. Rezultatele studiului de față susțin această observație, demonstrând că *o interacțiune pozitivă poate transforma experiența victimei, favorizând implicarea în procesul de protecție și recuperare*. În acest sens, comunicarea empatizantă nu este doar o competență individuală, ci devine un mecanism instituțional de prevenire a riscurilor și de îmbunătățire a accesibilității serviciilor. Prin urmare, politicile publice ar trebui să includă explicit standarde de comunicare și formare continuă în acest domeniu.

Particularitățile comunicării cu copii și adolescenți: implicații pentru practică

Rezultatele privind comunicarea cu minorii evidențiază o serie de particularități esențiale pentru practica profesională. Studiile lui London et al. (2007) și Pipe et al. (2013) confirmă că micuții divulgă violența într-un ritm diferit, uneori fragmentat, necesitând timp, simplitate în limbaj și evitarea întrebărilor sugestive. În cazul adolescenților, nevoia de autonomie, sensibilitatea la judecată și neîncrederea în adulți impun o comunicare adaptată, bazată pe respect și transparență (O'Donohue & Fanetti, 2016). Aceste constatări indică faptul că *formarea profesională specializată pentru lucrul cu minori este indispensabilă*, iar protocoalele de intervenție trebuie adaptate pentru a integra elemente de comunicare sensibile la traumă în funcție de vârstă.

Implicații pentru politici publice și formarea interinstituțională

Discuția scoate în evidență faptul că intervenția eficientă în cazurile de violență bazată pe gen este condiționată nu doar de cadrul legal și de resursele instituționale, ci și de *coerența comunicării între profesioniști și instituții*. Modelele internaționale (Hester, 2011; Stanley & Humphreys, 2014) arată că lipsa unei abordări comune poate conduce la mesaje contradictorii transmise victimei, la confuzie procedurală și la risc crescut de retraumatizare.

Astfel, rezultatele studiului argumentează necesitatea: - dezvoltării unor standarde comune de comunicare pentru toate instituțiile implicate; - formării multidisciplinare continue, cu accent pe trauma-informed communication; - integrării comunicării empatice în protocoalele și metodologiile de intervenție; - evaluării periodice a calității interacțiunii profesionist–beneficiar. Aceste recomandări sunt în deplină consonanță cu direcțiile promovate de OMS, ONU și agențiile europene privind eliminarea violenței împotriva femeilor.

VI. Concluzii și recomandări

Concluzii

Studiul evidențiază caracterul fundamental al comunicării empatice în intervențiile destinate victimelor violenței bazate pe gen, confirmând că aceasta reprezintă nu doar o abilitate interpersonală, ci un *determinant critic al siguranței, încrederii și recuperării*. Rezultatele arată că:

- *practicile de comunicare inadecvate* (victim-blaming, ton distant, limbaj birocratic, presiunea întrebărilor) pot produce retraumatizare secundară și pot reduce probabilitatea ca victimele să acceseze sau să continue procedurile instituționale;
- *comunicarea empatică*, fundamentată pe validarea emoțiilor, claritate, ritm adaptat și autoreglare emoțională, facilitează dezvăluirea, crește percepția de siguranță și susține parcursul de recuperare;

- calitatea comunicării este un *predictor al încrederii în instituții*, influențând direct accesul la servicii și implicarea victimei în procesul legal sau social;
- intervenția în cazurile de violență asupra copiilor și adolescenților necesită o abordare diferențiată, adaptată nivelului de dezvoltare și particularităților psihologice, în acord cu teoriile privind trauma în copilărie și adolescență;
- comunicarea eficientă nu poate fi separată de contextul instituțional: răspunsul multidisciplinar depinde semnificativ de coerența și calitatea comunicării între serviciile implicate (social, sănătate, poliție, justiție, educație).

Prin urmare, comunicarea empatică trebuie privită ca un element strategic al sistemelor de protecție, integrând atât dimensiunea profesională, cât și pe cea instituțională.

Recomandări

Pe baza analizei realizate, sunt formulate următoarele recomandări, orientate spre consolidarea capacității profesioniștilor și a sistemelor de protecție în abordarea cazurilor de violență bazată pe gen:

I. Recomandări pentru profesioniștii din domeniul social, juridic, sănătate și educație

1. *Integrarea comunicării empatice în practica de zi cu zi*, utilizând tehnici validate de literatura de specialitate: validarea emoțiilor, ascultarea activă, claritatea procedurală, menținerea ritmului adaptat victimei.
2. *Formarea continuă în abordarea centrată pe traumă,* cu accent pe autoreglarea emoțională, evitarea retraumatizării secundare și managementul situațiilor de criză.
3. *Evitarea limbajului birocratic și a jargonului tehnic,* înlocuindu-l cu o comunicare accesibilă, predictibilă și sensibilă la emoțiile victimei.
4. *Promovarea unei atitudini nejudicative*, excluzând orice formă de responsabilizare implicită a victimei.

II. Recomandări pentru instituții și echipe multidisciplinare

5. *Crearea și implementarea unor protocoale standardizate de comunicare*, comune tuturor instituțiilor implicate în managementul cazurilor de violență.
6. *Formare interinstituțională periodică* privind comunicarea trauma-informed, coordonarea mesajelor și explicarea procedurilor.
7. *Evaluarea periodică a calității comunicării* în interacțiunile profesionist–beneficiar, prin feedback anonim, supervizare și audit intern.
8. *Asigurarea unui flux informațional coerent*, pentru a preveni contradicțiile și suprapunerea de roluri între servicii.

III. Recomandări pentru politicile publice

9. *Integrarea competențelor de comunicare empatică în standardele ocupaționale și în formarea inițială a profesioniștilor*, inclusiv în curricula universitară pentru asistență socială, psihologie, medicină, justiție și educație.
10. *Finanțarea programelor de formare centrate pe traumă și comunicare empatică*, ca parte a strategiilor naționale privind prevenirea și combaterea violenței.
11. *Promovarea campaniilor publice* care evidențiază rolul comunicării și al reacțiilor de suport în raportarea violenței, în consonanță cu recomandările OMS, ONU și FRA.
12. *Consolidarea serviciilor specializate pentru copii și adolescenți*, cu accent pe formarea personalului pentru comunicare adaptată vârstei și traumelor specifice.

Bibliografie

1. Campbell, R. (2008). *The Psychological Impact of Rape Victims' Experiences With the Legal, Medical, and Mental Health Systems.* American Psychologist, 63(8).

2. Campbell, R. (2012). *Emotionally Involved: The Impact of Trauma on Helping Professionals.* Oxford University Press.
3. European Institute for Gender Equality (EIGE). (2022). *Measuring the Prevalence of Violence Against Women in the EU.* Vilnius: EIGE.
4. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2014). *Violence Against Women: An EU-wide Survey.* Luxembourg: Publications Office of the European Union.
5. Goodman, L., Bennett, C. & Dutton, M. (2015). *Predicting Repeat Abuse Among Women with Recent Intimate Partner Violence.* Journal of Interpersonal Violence.
6. Heise, L. (2011). *What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview.* London School of Hygiene & Tropical Medicine.
7. Herman, J. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror.* Basic Books.
8. Hester, M. (2011). *The Three Planet Model: Towards an Understanding of Contradictions in Approaches to Women and Children's Safety in Contexts of Domestic Violence.* British Journal of Social Work.
9. Humphreys, C. & Bradbury-Jones, C. (2015). *Domestic Abuse and Safeguarding Children: Focus on the Domestic Violence Perpetrator.* Journal of Social Work.
10. Jewkes, R., Flood, M. & Lang, J. (2015). *From Work with Men and Boys to Changes of Social Norms and Reduction of Inequalities in Gender Relations: A Conceptual Shift in Prevention of Violence Against Women and Girls.* Lancet.
11. Klugman, J. et al. (2014). *Voice and Agency: Empowering Women and Girls for Shared Prosperity.* Washington, DC: World Bank.
12. London, K., Bruck, M., Ceci, S. & Shuman, D. (2007). *Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways Children Tell?* Psychology, Public Policy, and Law.
13. Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). Guilford Press.
14. Murray, C. & Graves, K. (2013). *Responding to Family Violence: Effective Communication Strategies for Professionals.* Journal of Family Studies.
15. O'Donohue, W. & Fanetti, M. (2016). *Handbook of Adolescent Victimization.* Academic Press.
16. Pipe, M-E., Lamb, M., Orbach, Y. & Cederborg, A-C. (2013). *Child Sexual Abuse: Disclosure, Delay and Denial.* Psychology Press.
17. Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy.* Houghton Mifflin.
18. Rosenberg, M. (2003). *Nonviolent Communication: A Language of Life.* PuddleDancer Press.
19. SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach.* Rockville, MD.
20. Stanley, N. & Humphreys, C. (2014). *Multi-Agency Risk Assessment and Management for Domestic Abuse.* Child Abuse Review.
21. Stark, E. (2007). *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life.* Oxford University Press.
22. United Nations. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence Against Women.* New York: UN.
23. UN Women. (2020). *The Shadow Pandemic: Violence Against Women and Girls and COVID-19.* New York: UN Women.
24. UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *Global Study on Homicide: Gender-related Killing of Women and Girls.* Vienna: UNODC.
25. Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma.* Viking.
26. Widom, C. (2017). *The Cycle of Violence Revisited.* Annual Review of Criminology.
27. World Health Organization. (2021).*Violence Against Women: Prevalence Estimates 2000–2018.* Geneva: WHO.

PETRE ANDREI - VIZIUNI PENTRU O SOCIETATE SIGURĂ

Marius-Florin MIHĂILĂ
Lector univ. dr., Chestor de poliție, Academia de Poliție „Alexandru Ioan Cuza”

Rezumat

Opera lăsată de Petre Andrei este de referință în panoplia științifică românească. Ideile sale sunt de importanță în viața noastră sociologică și nu numai. Afirmăm acestea deoarece conceptele sociologice abordate de domnia sa nu au doar o valoare teoretică, ci se subscriu și unor reglementări practice. Una dintre cele mai importante - din punctul nostru de vedere - este cea referitoare la posibilitatea folosirii lucrărilor sale ca fundament în activitatea de ordine și siguranță publică a operei lăsate posterității de către Petre Andrei. În ceea ce privește aspectele teoretice promovte de Petre Andrei, acestea au evidențiat - în subsidiar - mai multe slăbiciuni și nedreptăți vizavi siguranța publică asigurată de statul burghez. Sociologul arăta în lucrările sale că interesele statale erau orientate în mod preponderent către apărarea acestei clase sociale, fără a avea aplecare către clasele inferioare ale societății.

Cuvinte cheie: Petre Andrei, sociologie, siguranță publică.

Introducere

Pentru început, vom arăta că ideile centrale ale lui Petre Andrei, un fondator al sociologiei românești, includ perspectiva sa critică asupra societății burgheze, viziunea sa asupra necesității schimbării sociale radicale, conceptul de conștiință de clasă și rolul ei în transformarea socială, și accentul pus pe rolul ideologiilor și al luptei de clasă în procesele de evoluție a societății. De asemenea, a fost preocupat de evoluția conștiinței sociale și de rolul ei în dinamica socială, deoarece principalele idei ale lui Petre Andrei au vizat o analiză practică a mai multor concepte contemporane vieții sale. O astfel de analiză este cea referitoare la *critica societății burgheze*. Petre Andrei a fost cel care a analizat critic societatea contemporană existenței sale, punând accent pe aspectele negative ale capitalismului, exploatarea omului de către om și inegalitățile sociale.

Plecând de la aceste idei, Petre Andrei a susținut *necesitatea schimbării sociale*. Sociologul credea cu tărie în necesitatea unei revoluții sociale care să aducă la putere clasa muncitoare și să elimine sistemul exploatării pentru a se ajunge la o formă de echitate socială mai suportabilă de către marile mase. Nu a lipsit din conceptele sale nici abordarea tematicii privind *conștiința de clasă și lupta de clasă*. Pe acest subiect, Petre Andrei a subliniat importanța conștiinței de clasă în rândul muncitorilor și a considerat lupta de clasă drept motorul principal al schimbărilor sociale.

În opera lui Petre Andrei, un loc aparte a fost ocupat de studierea și aprofundarea *rolului ideologiilor în viața socială*. Aacesta a studiat rolul ideologiilor în a influența conștiința socială și în a legitima sau contesta ordinea socială existentă. De asemenea, a fost un fervent urmăritor a ceea ce înseamnă *evoluția conștiinței sociale*. Drept pentru care a analizat cum se formează și se transformă conștiința socială, ca reflex al condițiilor materiale și al interacțiunilor sociale.

Un alt aspect de importanță în lucrările lui Petre Andrei a fost reprezentat de *materialismul dialectic și istoric* pe care l-a aprofundat împotriva curentului perioadei sale. Astfel, acesta a aplicat principiile materialismului dialectic și istoric pentru a înțelege dinamica societății și evoluția sa.

În ceea ce privește contribuțiile pe care le-a adus la sociologia românească, vom remarca faptul că el a fost *fondatorul sociologiei românești* deoarece a pus bazele sociologiei românești, contribuind la definirea și dezvoltarea ei ca disciplină științifică. Nu trebuie să uităm faptul că Petre Andrei a fost promotorul *demersului analitic* în cercetarea sociologică. S-a remarcat prin demersul său analitic și prin capacitatea de a oferi o viziune sintetică asupra complexității sociale.

Iar în ceea ce privește *operele reprezentative* trebuie să remarcăm că acesta a publicat lucrări influente, precum Elemente de sociologie, prin care a popularizat idei sociologice de primă mână.

Critica societății burgheze și siguranța publică

Criticile la adresa societății burgheze și a siguranței publice susțin că burghezia exploatează clasa muncitoare, suprimă disidența și menține ordinea socială prin coerciție statală și instituții aparent neutre, cum ar fi poliția. Criticile sugerează că măsurile de siguranță publică servesc la protejarea intereselor burgheze și a sistemului capitalist, mai degrabă decât la asigurarea cu adevărat a bunăstării colective. Criticarea societății burgheze are ca principale subiecte de atac:

Exploatarea economică deoarece societatea burgheză, caracterizată prin proprietatea mijloacelor de producție de către puțini (burghezia), duce la exploatarea clasei muncitoare fără proprietăți (proletariatul), care trebuie să-și vândă munca pentru salarii.

Lupta de clasă și conflictul întrucât această diviziune creează conflicte și dezbinări inerente în cadrul societății, deoarece diferite interese de clasă se ciocnesc pentru resurse și putere.

Materialismul și conformismul pentru că burghezia este adesea criticată pentru materialismul său, concentrarea pe succesul economic și un stil de viață considerat conformist.

Răceală burgheză și subiectivitate morală fiindcă criticile evidențiază, de asemenea, un fenomen de „răceală burgheză”, o detașare de suferința celorlalți și o tendință a subiecților morali de a se poziționa de partea „corectă” pentru a-și menține propria concepție de sine, adesea trecând cu vederea nedreptățile sistemice.

Pornind de la aceste concepții, teoriile lui Petre Andrei au subsumat o serie de vulnerabilități și inechități în ceea ce privește siguranța publică oferite de statul burghez care avea doar interese ce duceau numai înspre: *Servirea intereselor burgheze* pentru că instituțiile de siguranță publică, inclusiv poliția, sunt văzute ca instrumente care protejează interesele de clasă ale burgheziei și suprimă provocările din partea claselor muncitoare. *Coerciție și control* întrucât statul își folosește puterea de coerciție și instituțiile sale formale, cum ar fi sistemele de justiție și poliție, pentru a menține ordinea socială existentă și a controla proletariatul, mai degrabă decât pentru a reglementa cu adevărat potențialul distructiv al societății burgheze.

Funcții formale și negative fiindcă rolul statului este adesea limitat la activități nereprezentative și defavorabile care mențin status quo-ul, mai degrabă decât să faciliteze o structură socială mai echitabilă. *Consolidarea diviziunilor sociale* deoarece în unele critici, siguranța publică poate fi văzută ca un mecanism care întărește diviziunile, cum ar fi distincția dintre refugiații doriți și cei nedoriți, contribuind la o „ordine europeană violentă”.

Critica societății burgheze și a ordinii publice evidențiază natura lor inerent bazată pe clasă, unde legile, instituțiile și ordinea publică sunt concepute pentru a menține puterea economică și dominația socială a burgheziei (clasa proprietară) asupra clasei muncitoare. Criticile indică adesea ipocrizia din democrația burgheză, argumentând că idealurile egalității sunt subminate de exploatarea și suprimarea clasei muncitoare, folosind „ordinea publică” ca pretext pentru a înăbuși protestele și a menține status quo-ul.

Criticile principale au în vedere:

Ipocrizia democrației pentru că democrația burgheză, deși pretinde a fi incluzivă, este văzută ca fiind ipocrită, instituțiile sale (cum ar fi sistemul juridic, drepturile de întrunire și libertatea presei) conținând lacune și rezerve care permit burgheziei să suprime provocările din partea celor exploatați.

Suprimarea disidenței întrucât statul, în interesul menținerii ordinii publice și a status quo-ului economic, își folosește puterile de coerciție, cum ar fi legile și poliția, pentru a suprima provocările

sociale și a împiedica clasa muncitoare să obțină putere. *Ordinea publică folosită ca instrument de control* deoarece conceptul de „ordine publică" este adesea utilizat ca o justificare pentru suprimarea clasei muncitoare atunci când aceasta acționează împotriva poziției sale „de sclavie" și încearcă să-și îmbunătățească condițiile. *Inegalitatea economică* fiindcă societatea burgheză este criticată pentru generarea unor extreme de bogăție și sărăcie, care amenință stabilitatea socială și productivitatea indivizilor din cadrul acelei societăți.

Nevoia de schimbare socială și siguranța publică

Nevoia de schimbare socială și siguranța publică sunt profund interconectate, deoarece siguranța publică eficientă se bazează pe abordarea cauzelor intime ale criminalității și ale daunelor din cadrul comunităților, ceea ce necesită adesea schimbări sociale în domenii precum justiția economică, educația și locuințele. În schimb, atunci când siguranța publică eșuează, comunitățile devin vulnerabile, împiedicându-le capacitatea de a prospera, ceea ce poate crea un ciclu în care nevoile nesatisfăcute favorizează o instabilitate suplimentară și o nevoie mai mare atât de schimbări sistemice, cât și de intervenții imediate în materie de siguranță. Interdependența dintre siguranța publică și starea socială este evidențiată de mai multe principii și anume:

Schimbarea socială promovează siguranța deoarece investițiile în „determinanți sociali" ai siguranței, cum ar fi programele de intervenție în caz de violență, răspunsul la crize non-carcerale, educația, programele pentru tineret și justiția economică, ajută la prevenirea criminalității prin abordarea cauzelor sale subiacente.

Siguranța permite comunități prospere pentru că atunci când oamenii se simt în siguranță, pot participa pe deplin la viața de zi cu zi fără teamă, ceea ce duce la un sentiment de conexiune și apartenență, care sunt cruciale pentru o comunitate sănătoasă și pozitivă. *Abordarea cauzelor profunde* deoarece accentul pus pe siguranța publică trebuie să depășească simpla opoziție față de comportamentul antisocial și reducerea riscurilor pentru a include inițiative care sprijină comunitățile și abordează problemele sistemice, potrivit Asociației Naționale a Consiliilor Locale.

Necesitatea schimbărilor la nivel societal are un rol determinant pentru siguranța publică, ceea ce oface obligatorie la anumite intervale de timp. Schimbarea socială are în vedere schimbarea paradigmelor și nu o schimbare a orânduirii sociale, care ar putea fi interpretată ca o necesitate de a avea revoluții sociale periodice. Avem în vedere schimbarea atitudinii față de muncă, față de educație, față de relaționarea cu cei mai în vârstă sau cu ceilalți membri ai societății în general. Astfel, aceste schimbări pot avea un efect benefic asupra:

Prevenirii criminalității pentru că abordările bazate pe dovezi care abordează cauzele profunde ale daunelor, mai degrabă decât să se concentreze exclusiv pe măsuri punitive, pot face comunitățile mai sigure prin prevenirea violenței.

Construirii încrederii deoarece investițiile în programe de sănătate comunitară și sociale promovează încrederea și relațiile pozitive, care sunt vitale pentru dezvoltarea unor cartiere cu adevărat sigure. *Corectarea inegalităților* întrucât multe comunități care sunt suprasolicitate sunt, din punct de vedere istoric, sub-resursate. Asta înseamnă că investițiile susținute în aceste comunități pot aborda cauzele criminalității și pot duce la o siguranță publică reală pentru toată lumea.

Rolul siguranței publice în arhitectura socială este unul complex având o reverberație directă asupra:

Protejării drepturilor cetățenilor pentru asigurarea faptului că toată lumea are dreptul de a fi liberă de criminalitate și violență, indiferent de originea sa, este o responsabilitate fundamentală a guvernului și a liderilor comunităților.

Descurajarea criminalității întrucât prezența puternică a siguranței publice acționează ca un factor de descurajare, protejând împotriva amenințărilor la adresa sănătății publice și permițând cetățenilor să se angajeze în activitățile zilnice fără teamă.

Bunăstarea comunității deoarece siguranța publică oferă un sentiment de securitate și calm, permițând indivizilor, familiilor și comunităților să trăiască, să muncească și să prospere fără griji constante. În esență, siguranța publică durabilă poate fi atinsă doar prin angajamentul față de schimbări sociale care creează medii mai sănătoase și mai echitabile, în care comunitățile sunt împuternicite să fie atât în siguranță, cât și prospere.

Conștiința de clasă și siguranța publică. Conștiința de clasă, sau conștientizarea clasei sociale și a intereselor sale inerente, are un impact semnificativ asupra siguranței publice, deoarece modelează modul în care diferite clase percep, interacționează cu (și sunt tratate de) sistemele concepute pentru a asigura siguranța. Clasa dominantă folosește siguranța publică pentru a-și proteja interesele, în timp ce clasa muncitoare se poate simți exploatată și nesigură din cauza aplicării selective a legilor și a reglementărilor neglijate. Această dinamică creează un peisaj inegal în care siguranța publică este un proiect politic care reflectă puterea de clasă, decât o realitate neutră sau obiectivă. Conștiința de clasă influențează siguranța publică prin:

Percepția pericolului pentru că siguranța nu este o experiență universală; este o construcție politică ce variază în funcție de clasă, rasă și dinamica puterii.

Aplicarea selectivă a legii deoarece din perspectiva lui Petre Andrei, sistemul de justiție penală se concentrează preponderent pe proletariat (clasa muncitoare) pentru a-i controla acțiunile, ignorând sau bagatelizând adesea acțiunile burgheziei (clasa conducătoare).

Control ideologic întrucât mass-media și alte aparate ideologice pot manipula conceptul de siguranță publică pentru a servi intereselor dominante. De exemplu, legile menite să beneficieze clasa muncitoare, cum ar fi reglementările de sănătate și siguranță, pot fi aplicate ineficient în beneficiul burgheziei.

Lupta de clasă fiindcă cei bogați sunt conștienți de privilegiile lor de clasă și se pot angaja în „lupte de clasă” pentru a le proteja și extinde, ceea ce poate afecta politicile și rezultatele siguranței publice.

Având în vedere și viața politică a maestrului Petre Andrei, nu putem ocoli faptul că acesta a abordat conștiința de clasă și siguranța publică ca proiect politic, având în vedere: *Interesele statului* pentru că siguranța publică poate fi un instrument pentru stat pentru a menține controlul și a servi interesele claselor dominante, mai degrabă decât pentru a asigura siguranța universală. *Teren ideologic în schimbare* deoarece luptele pentru justiție socială, cum ar fi apelurile de a reduce finanțarea poliției și de a reinvesti în serviciile sociale, pot contesta ideile tradiționale despre poliție și închisori, modificând peisajul ideologic al siguranței publice. *Critici ale sistemelor actuale perioadei sale* fiindcă recunoașterea tot mai mare a acestor probleme a dus la critici ale ideologiilor carcerale și la o promovare a unor viziuni alternative asupra siguranței publice, care se concentrează pe comunitate, ajutor reciproc și justiție restaurativă.

Concluzii

Opera lui Petre Andrei se constituie într-un reper fundamental al gândirii sociologice românești, cu relevanță ce depășește cadrul strict teoretic și se extinde către dimensiuni practice ale vieții sociale. Conceptele sale sociologice nu se limitează la valoarea doctrinară, ci oferă fundamente aplicabile în domeniul ordinii și siguranței publice, constituind un suport teoretic pentru consolidarea instituțiilor responsabile de protecția colectivă. Analiza evidențiază faptul că Andrei a surprins, în lucrările sale,

vulnerabilitățile și inechitățile generate de statul burghez, orientat preponderent către apărarea intereselor clasei dominante, în detrimentul celor defavorizați. Din perspectiva psihologiei aplicate și a științelor sociale, studiul demonstrează actualitatea gândirii lui Petre Andrei, relevând modul în care principiile sale pot fi valorificate în arhitectura contemporană a siguranței publice.

Bibliografie

1. Popescu, Cristian, *Dualitatea sistemului de ordine publică – cerinţă europeană – garant al democraţiei şi siguranţei cetăţeanului (teză de doctorat)*, Academia de Poliţie A.I. Cuza, Bucureşti, 2008;
2. Foundation 'Policing for a Multi-Ethnic Society' 1996, *Rotterdam Charter: Policing for a Multi-Ethnic Society*, Rotterdam 1996.
3. Vedinaş, Verginia, *Deontologia vieţii publice*, Editura Universul Juridic, Bucureşti, 2007
4. Delattre, Edwin J., *Character and cops : ethics in policing, 5th ed.*, American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, D.C, 2006
5. http://www.mai.gov.ro/Documente/Cariera/ghid%20revizuit%20S1%20la%2018%2005%202006.pdf

COORDONATELE JURIDICE, PSIHOSOCIALE ȘI ETICE ALE ASISTENȚEI SOCIALE ÎN MEDIUL PENITENCIAR: O ANALIZĂ INTEGRATIVĂ A CADRULUI TEORETIC ȘI PRACTIC

Ecaterina POPA

Lector univ.dr., Universitatea Internațională „Danubius" Galați, https://orcid.org/0000-0003-3096-0582

Aura Brigitte POPA

Studentă, Universitatea Internațională „Danubius" Galați

Rezumat

Lucrarea realizează o analiză integrativă a dimensiunilor juridice, psihosociale și etice care definesc practica asistenței sociale în mediul penitenciar, un spațiu profesional situat între exigențele controlului instituțional și nevoia autentică de sprijin și reabilitare. Pornind de la observațiile empirice derulate în Penitenciarul de Maximă Siguranță Galați și de la literatura de specialitate recentă (2020–2025), studiul propune o metaanaliză asupra interacțiunii dintre normele legale, procesele psihosociale și dilemele etice ale intervenției. Rezultatele evidențiază că eficiența activității nu derivă exclusiv din conformarea la reglementări, ci din capacitatea profesioniștilor, psihologi, asistenți sociali și educatori, de a integra empatia, comunicarea autentică și discernământul moral într-un context organizațional rigid. Într-o perioadă marcată de transformări sociale și instituționale rapide, asistența socială penitenciară își reafirmă rolul umanist, devenind puntea de legătură dintre lege și compasiune, dintre sancțiune și speranță. Concluziile subliniază importanța colaborării interdisciplinare, a rezilienței profesionale și a unei etici reflexive capabile să susțină reintegrarea socială reală și respectul pentru demnitatea umană.

Cuvinte-cheie: psihosocial, juridic, etică, penitenciar, reabilitare, reziliență.

Introducere

Schimbările sociale accelerate din ultimii ani, generate de transformări economice, culturale și tehnologice profunde, au influențat semnificativ structura și dinamica sistemului penitenciar din România. Penitenciarul nu mai este perceput exclusiv ca spațiu al sancțiunii, ci ca un cadru complex al reabilitării și al reconstrucției identitare, în care dimensiunea umană a persoanei private de libertate capătă o importanță tot mai mare. În acest context, asistența socială devine un domeniu esențial pentru menținerea echilibrului dintre controlul juridic impus de instituție și nevoia reală de sprijin, empatie și reintegrare socială.

Experiența profesională acumulată în Penitenciarul de Maximă Siguranță Galați mi-a oferit o perspectivă directă asupra acestei realități complexe. În interiorul instituției, fiecare intervenție, fie ea

socială, psihologică sau educațională, se desfășoară într-un spațiu în care rigoarea instituțională se împletește cu nevoia autentică de înțelegere umană, iar regulile nu anulează, ci provoacă reflecția asupra sensului și valorii fiecărei vieți. Colaborarea zilnică dintre psiholog, asistentul social și educator confirmă că eficiența intervenției nu se sprijină doar pe respectarea regulilor, ci pe calitatea relațiilor umane, pe încrederea reciprocă și pe puterea fiecărui profesionist de a rămâne empatic, lucid și echilibrat chiar și în cele mai tensionate contexte.

Motivația alegerii acestei teme constituie dorința de a aduce o contribuție științifică bazată pe reflecție critică și sinteză teoretică, valorificând rezultatele cercetărilor recente din domeniile psihologiei, sociologiei și dreptului penal, dar și observațiile acumulate în practica penitenciară. Lucrarea propune o metaanaliză a literaturii de specialitate și a perspectivelor profesionale actuale, cu scopul de a evidenția interacțiunea dintre dimensiunile juridice, psihosociale și etice ale asistenței sociale în mediul carceral, în contextul schimbărilor sociale contemporane.

Scopul principal al studiului este de a surprinde felul în care aceste trei dimensiuni se completează reciproc și oferă un cadru coerent pentru înțelegerea și optimizarea practicilor de intervenție în penitenciare. Totodată, cercetarea își propune să reflecteze asupra dilemelor etice și a provocărilor profesionale cu care se confruntă specialiștii, subliniind importanța colaborării interdisciplinare și a dezvoltării continue a competențelor într-un sistem aflat într-o transformare permanentă. Prin această abordare, lucrarea se aliniază temei conferinței „Omul în dinamica socială contemporană: sprijin, adaptare și reziliență", aducând o perspectivă umanistă și realistă asupra practicilor de asistență socială în mediul penitenciar românesc, unde echilibrul dintre autoritate și umanitate rămâne o provocare, dar și o condiție fundamentală a reabilitării autentice.

Cadrul teoretic și conceptual

Înțelegerea intervențiilor de asistență socială în mediul penitenciar presupune o clarificare atentă a conceptelor care structurează această practică. Termeni precum asistență socială, schimbare socială, reziliență instituțională și etică profesională nu reprezintă doar un limbaj tehnic, ci reperele prin care specialiștii înțeleg oamenii, contextul restrictiv și limitele intervenției. În spațiul carceral, marcat de reguli stricte și relații ierarhizate, aceste noțiuni capătă o relevanță aparte, devenind instrumente necesare pentru orientarea profesională și pentru menținerea unei perspective umane asupra persoanelor private de libertate.

Asistența socială rămâne un demers de sprijin orientat către restabilirea echilibrului personal și conectarea individului cu mediul social. În penitenciar, intervenția se desfășoară într-un cadru în care vulnerabilitatea este accentuată de izolare, distanțare afectivă sau rupturi familiale. Din acest motiv, practica socială nu poate fi redusă la proceduri, ci presupune recunoașterea resurselor personale ale individului și înțelegerea dificultăților care îi modelează comportamentele și opțiunile.

Conceptul de schimbare socială este esențial pentru a explica transformările recente ale sistemului penitenciar românesc. Digitalizarea, schimbările culturale și modificările legislative influențează atât politicile penale, cât și așteptările persoanelor private de libertate cu privire la reabilitare. În acest sens, intervenția socială devine o punte între lumea penitenciară și comunitate, facilitând reconstrucția identitară și pregătirea pentru reintegrare.

Reziliența instituțională se referă la capacitatea penitenciarului de a răspunde coerent provocărilor interne și externe, iar în practică aceasta se manifestă atât prin structuri formale – proceduri, protocoale, programe de reintegrare –, cât și prin stabilitatea emoțională și profesională a echipei. Pentru asistentul social, reziliența este rezultatul unui proces colectiv, susținut de colaborare

interdisciplinară, supervizare și formare continuă, devenind un element central al bunei funcționări instituționale.

Etica profesională reprezintă fundamentul moral al intervenției sociale în penitenciar. Ea ghidează modul în care specialistul se raportează la persoana aflată în detenție, protejând confidențialitatea, demnitatea și echitatea. Într-un mediu dominat de control, etica oferă direcția necesară pentru menținerea unei practici responsabile, amintind că fiecare persoană rămâne purtătoare de drepturi și potențial de schimbare. Codurile profesionale stabilesc reperele normative, însă practica zilnică solicită o reflecție continuă asupra dilemelor morale și a limitelor intervenției, pentru a menține o atitudine profesională fermă și în același timp umană.

Abordări interdisciplinare: perspectiva juridică, psihologică și socială asupra detenției.

Mediul penitenciar este un spațiu în care disciplinele socio-umaniste se întâlnesc, se completează și se sprijină reciproc. Perspectiva juridică definește limitele acțiunilor profesionale, prin normele care reglementează condițiile de detenție, drepturile persoanelor private de libertate și responsabilitățile personalului. Perspectiva psihologică vizează mecanismele de adaptare, dinamica emoțională, strategiile de coping și modul în care mediul restrictiv influențează sănătatea mintală. Perspectiva socială, la rândul său, analizează contextul familial, comunitar și socio-economic al deținuților, precum și modul în care aceștia pot fi reintegrați în comunitate. În penitenciar, aceste abordări nu funcționează separat, ci se întrepătrund în fiecare intervenție. Psihologul, asistentul social și educatorul devin verigile unui lanț de sprijin care îmbină evaluarea, consilierea, medierea familială, activitățile educative și pregătirea pentru liberare. Această complementaritate este esențială pentru reușita procesului de reabilitare și reflectă necesitatea unei perspective holistice asupra persoanei aflate în detenție.

Modele teoretice privind reziliența profesională și adaptarea instituțională.

Literatura de specialitate propune mai multe modele explicative privind menținerea echilibrului profesioniștilor în medii de lucru tensionate. Modelele de reziliență profesională subliniază faptul că adaptarea nu este un proces static, ci o negociere continuă între resursele personale, mediul organizațional și calitatea relațiilor de echipă. În mediul penitenciar, reziliența profesională se exprimă prin flexibilitate emoțională, toleranță la stres, capacitatea de autoreglare și disponibilitatea de a lucra într-un cadru puternic normat. De asemenea, modelele de adaptare instituțională arată că eficiența unei organizații depinde de gradul în care aceasta reușește să transforme schimbările – legislative, tehnologice, sociale – în oportunități de inovare și dezvoltare. Pentru sistemul penitenciar, această adaptare se reflectă în actualizarea constantă a strategiilor de reintegrare, în modernizarea procedurilor și în accentul tot mai puternic pus pe colaborarea interdisciplinară.

Analiza cadrului legislativ actual

Intervenția socială în penitenciare se desfășoară în conformitate cu legislația românească, care reglementează atât organizarea instituțiilor, cât și drepturile persoanelor private de libertate. Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale definește principiile și mecanismele suportului social la nivel național, accentuând protecția persoanelor vulnerabile și responsabilitatea profesioniștilor. Legea nr. 254/2013 privind executarea pedepselor stabilește drepturile, obligațiile și condițiile de detenție, precum și rolul structurilor de reintegrare socială. Normele Administrației Naționale a Penitenciarelor (ANP), metodologiile profesionale și protocoalele de colaborare completează acest cadru, oferind direcții clare pentru activitatea psihologilor, asistenților sociali și educatorilor.

Analiza acestui cadru arată că legislația românească susține explicit reintegrarea socială ca obiectiv fundamental al executării pedepsei, însă aplicarea sa eficientă depinde de resursele instituționale

disponibile, de formarea personalului și de coerența colaborării interdisciplinare. În acest context, asistența socială devine un punct de legătură între normele juridice, dinamica psihosocială și etica profesională, integrând toate aceste dimensiuni într-un demers orientat spre reumanizarea spațiului penitenciar.

Dimensiunea juridică a asistenței sociale în penitenciar

Activitatea de asistență socială desfășurată în mediul penitenciar este structurată în mod fundamental de cadrul juridic național și de reglementările interne ale Administrației Naționale a Penitenciarelor (ANP). Normele legale nu constituie doar un ansamblu de obligații, ci configurează spațiul profesional în care asistentul social își exercită rolul, orientând atât tipurile de intervenții, cât și limitele lor etice și operaționale. Într-un mediu în care libertatea este restricționată prin definiție, dimensiunea juridică devine un reper esențial pentru protejarea drepturilor persoanelor private de libertate și pentru asigurarea unei practici profesioniste, echilibrate și conforme cu principiile statului de drept.

Rolul și responsabilitățile asistentului social conform legislației românești și normelor ANP

Legislația românească privind asistența socială și executarea pedepselor conturează un profil profesional complex al asistentului social din penitenciar. Legea nr. 292/2011 stabilește principiile generale ale protecției sociale, subliniind responsabilitatea față de persoanele vulnerabile și importanța intervențiilor orientate spre incluziune. În complementaritate, Legea nr. 254/2013 privind executarea pedepselor descrie explicit rolul structurilor de reintegrare socială, unde asistentul social este o piesă centrală în evaluarea nevoilor, planificarea intervenției și facilitarea legăturilor dintre persoana privată de libertate și mediul comunitar.

Potrivit Metodologiei ANP (2017), responsabilitățile esențiale includ evaluarea situației familiale și socio-economice, menținerea contactului cu exteriorul, identificarea resurselor de sprijin, formularea planurilor individualizate de intervenție și participarea la programe de educație și reintegrare. Asistentul social trebuie să asigure continuitatea relației cu familia, să sprijine demersurile administrative ale deținuților și să contribuie la pregătirea pentru liberare, în colaborare cu psihologii, educatorii și alte structuri instituționale.

În exercitarea acestor atribuții, specialistul operează într-un cadru normativ strict, marcat de proceduri, protocoale și responsabilități documentate. Totuși, legislația lasă loc pentru aprecierea profesională, permițând adaptarea intervenției la specificul fiecărui caz. Astfel, dimensiunea juridică devine un suport, nu o barieră, pentru o practică profesionistă și umanizată.

Relația dintre drepturile omului, controlul legal și nevoia de reabilitare.

Mediul penitenciar se află la intersecția dintre protecția drepturilor fundamentale și aplicarea măsurilor privative de libertate. Executarea pedepsei penale presupune limitări inevitabile, însă legislația românească și standardele internaționale (Convenția Europeană a Drepturilor Omului, Regulile Nelson Mandela) stabilesc clar că restricțiile nu pot afecta demnitatea persoanei. În acest context, asistentul social are rolul de a media, în mod profesionist, relația dintre controlul legal și nevoia de reabilitare. Respectarea procedurilor – de la evidența documentelor până la consilierea pentru respectarea regulilor – nu exclude abordarea umană; dimpotrivă, aceasta contribuie la prevenirea abuzurilor și la garantarea transparenței. Asistentul social este, astfel, un agent al echilibrului: oferă sprijin fără a eluda regulile, protejează drepturile fără a submina autoritatea instituției, și menține cadrul legal ca pe o garanție a corectitudinii profesionale.

În practică, acest echilibru se exprimă prin modul în care sunt gestionate situații sensibile precum: menținerea contactului cu familia, formularea cererilor administrative, accesul la programele de

reintegrare sau adaptarea intervențiilor în funcție de vulnerabilitățile individuale. Prin respectarea normelor, asistentul social contribuie la reducerea riscului de victimizare și la protejarea integrității persoanei aflate în detenție.

Exemple de bune practici juridico-sociale din sistemul penitenciar.

Experiența sistemului penitenciar românesc oferă numeroase exemple de bune practici care ilustrează modul în care legislația poate sprijini intervenția socială, nu doar să o limiteze. Printre acestea se numără:

a) Planificarea individualizată a intervenției. Conform normelor ANP, fiecare persoană privată de libertate beneficiază de un plan de evaluare și intervenție, construit în echipă multidisciplinară. Această abordare permite corelarea informațiilor juridice cu evaluările psihologice și sociale, creând un traseu coerent de reabilitare.
b) Programele de pregătire pentru eliberare. Acestea reprezintă exemple concrete în care normele legale (care impun pregătirea reintegrării) sunt transpuse în activități educative, psihologice și sociale ce facilitează tranziția spre viața comunitară. Colaborarea între sectoarele reintegrare, educație și supraveghere confirmă potențialul legislativului de a genera practici eficiente.
c) Protocoalele de colaborare inter-instituțională. Documente precum Protocolul ANP–CNASR (2023) sau cel cu Colegiul Psihologilor (2022) demonstrează deschiderea instituțională către standardizarea intervenției și către creșterea calității serviciilor oferite persoanelor private de libertate.
d) Accesul la asistență socială și protejarea confidențialității. Reglementările actuale prevăd obligații clare cu privire la protecția datelor personale și la limitarea accesului la informații sensibile. Această protecție legală susține încrederea în relația specialist–client și reprezintă un element fundamental al practicii etice.

Dimensiunea psihosocială: sprijin, adaptare și reziliență

Interacțiunea dintre normele instituționale și procesele psihologice

Mediul penitenciar reprezintă un cadru puternic normat, unde fiecare acțiune este reglementată prin proceduri și protocoale stricte. În această atmosferă, dinamica psihologică a persoanelor private de libertate, dar și a personalului, este profund influențată de tensiunea dintre control și autonomie.

Pentru deținuți, adaptarea psihologică presupune restructurarea percepției despre sine și despre relațiile interumane, în timp ce pentru specialiști – psihologi, asistenți sociali și educatori, presupune o gestionare constantă a stresului și o reconectare la sensul uman al profesiei.

Sprijin psihosocial și mecanisme de adaptare

În interiorul sistemului penitenciar, sprijinul psihosocial se construiește pe colaborare interdisciplinară. Intervențiile nu se reduc la evaluări și consiliere, ci includ acțiuni care vizează contactul cu familia, identificarea resurselor personale și consolidarea încrederii în procesul de reintegrare. Mecanismele de adaptare variază de la tehnici cognitive și emoționale (restructurare cognitivă, autoreglare, reflecție personală), până la forme colective de sprijin – grupuri de educație, activități creative, dialoguri tematice. Pentru personal, adaptarea înseamnă echilibrarea rolului profesional cu cel uman și găsirea unor modalități de autorecuperare emoțională în fața stresului zilnic.

Context organizațional și atmosferă profesională în mediul penitenciar

Mediul penitenciar se caracterizează printr-o structură ierarhică rigidă, cu accent pe proceduri, raportări și conformitate normativă. În ciuda acestui cadru formal, echipa multidisciplinară – formată din psihologi, asistenți sociali și educatori – menține o cultură profesională cooperantă, bazată pe încredere și respect reciproc. Atmosfera de lucru poate fi descrisă ca una de profesionalism temperat

de empatie: deși presiunile sistemice sunt mari, profesioniștii găsesc resurse morale și personale pentru a păstra un climat uman și echilibrat.

O parte semnificativă a activităților de reintegrare se desfășoară în regim de colaborare informală, în afara ședințelor oficiale. În numeroase situații, psihologul și asistentul social discută împreună cazurile sensibile, formulând planuri comune de intervenție care combină consilierea psihologică cu sprijinul social concret – contactarea familiei, evaluarea situației locative, recomandarea de suport post-liberare. Această interdependență profesională este esențială pentru reușita procesului de reabilitare.

Relația psiholog–asistent social: complementaritate și tensiuni funcționale

Relația dintre psiholog și asistentul social este una complementară, dar adesea traversată de subtilități și provocări. Psihologul se concentrează asupra dimensiunilor emoționale și comportamentale, explorând mecanismele de adaptare la detenție, controlul agresivității și restructurarea cognitivă. Asistentul social, în schimb, abordează aspectele de natură familială, economică și comunitară, menținând legătura dintre individ și mediul extern.

În practică, granițele profesionale se întrepătrund frecvent: ședințele de consiliere psihologică includ teme cu relevanță socială, iar discuțiile asistentului social ating deseori dimensiuni emoționale și identitare. Această suprapunere generează un spațiu de colaborare flexibilă, dar și potențiale tensiuni legate de delimitarea responsabilităților. De exemplu, psihologul are acces la informații confidențiale rezultate din evaluările clinice, pe care nu le poate divulga integral, în timp ce asistentul social are nevoie de o perspectivă completă pentru formularea planului de reintegrare. În astfel de situații, confidențialitatea devine un exercițiu fin de echilibru între etica profesională și eficiența colaborării interdisciplinare. Această relație de interdependență funcțională reflectă nu doar colaborarea instituțională, ci și nevoia profund umană de a lucra împreună pentru restaurarea sensului și demnității persoanei private de libertate.

Rolul empatiei, comunicării și inteligenței emoționale

Într-un spațiu unde limitele, regulile și sancțiunile definesc rutina zilnică, empatia și comunicarea devin instrumente terapeutice esențiale. Ele nu slăbesc autoritatea, ci o umanizează. Psihologul și asistentul social sunt adesea puntea dintre lumea interioară a persoanei private de libertate și cerințele sistemului. Inteligența emoțională, capacitatea de reglare afectivă și înțelegerea nonverbală a mesajelor devin competențe care susțin echilibrul și previn distanțarea excesivă sau epuizarea profesională.

Stres ocupațional, burnout și reziliență profesională

Presiunea raportărilor, contactul constant cu suferința umană și ritmul alert al activităților generează riscuri majore de stres ocupațional și burnout. În acest context, supervizarea, sprijinul colegial și activitățile de reflecție comună au un rol protector semnificativ. Reziliența profesională nu este o trăsătură fixă, ci un proces continuu de adaptare, susținut de sensul pe care fiecare specialist îl conferă muncii sale. În echipele din penitenciare, aceasta se exprimă prin solidaritate, umor, schimb de experiențe și valorizarea micilor progrese cotidiene.

Elemente de context instituțional și observații din practica penitenciară

Penitenciarul de Maximă Siguranță Galați oferă un exemplu relevant de bune practici interdisciplinare. Colaborarea între psiholog, asistent social și educator, în cadrul programelor de reabilitare precum „Pregătire pentru liberare”, demonstrează că reintegrarea eficientă nu depinde doar de regulamente, ci și de calitatea dialogului și de încrederea reciprocă. Această experiență practică evidențiază că adaptarea psihosocială a specialiștilor și a persoanelor private de libertate are la bază echilibrul dintre

rigoarea instituțională și deschiderea umană. Într-un mediu marcat de restricții, fiecare gest de empatie devine o formă de rezistență morală și o expresie a profesionalismului autentic.

Dimensiunea etică: dileme, valori și decizii

Principii etice și dileme profesionale în mediul carceral

Etica profesională constituie fundamentul intervențiilor realizate în mediul penitenciar, oferind cadrul moral necesar orientării deciziilor și acțiunilor specialiștilor. Într-un sistem marcat de reguli stricte, control permanent și ierarhii clar definite, principiile respectului pentru demnitatea umană, confidențialității, responsabilității și echității devin repere indispensabile pentru menținerea unei practici cu adevărat centrate pe persoană.

Asistența socială și psihologia din mediul penitenciar se desfășoară într-un context în care libertatea este limitată, iar relația de încredere trebuie construită cu răbdare și consecvență. În asemenea condiții, fiecare decizie profesională dobândește o dimensiune etică, deoarece implică echilibrarea autorității instituționale cu nevoia reală de protejare a vulnerabilității umane.

Dilemele etice apar mai ales în situațiile în care normele instituționale intră în tensiune cu valorile profesionale. Gestionarea informațiilor confidențiale în echipa interdisciplinară, menținerea limitelor relației terapeutice sau abordarea comportamentelor manipulatoare sunt exemple de situații care solicită discernământ, reflecție critică și asumarea responsabilității morale. În aceste momente, specialistul trebuie să își evalueze cu luciditate intențiile, reacțiile și posibilele consecințe ale acțiunilor sale. Etica profesională nu se reduce la un set de reguli fixe, ci presupune un proces continuu de autoevaluare și analiză, prin care specialistul își examinează propriile valori și limite. Într-un mediu în care presiunea operațională riscă să uniformizeze gesturile profesionale, această vigilență morală menține vie dimensiunea umană a intervenției.

Reflecții empirice din practica Penitenciarului de Maximă Siguranță Galați

Experiența profesională acumulată în Penitenciarul de Maximă Siguranță Galați confirmă complexitatea dilemelor etice specifice mediului carceral și relevanța colaborării interdisciplinare. Una dintre provocările majore este gestionarea unui număr ridicat de cazuri într-un context în care resursele logistice, spațiile adecvate pentru consiliere și timpul disponibil sunt limitate. Aceste condiții pot afecta intimitatea relației profesionale și calitatea comunicării, însă echipa reușește să mențină un climat bazat pe respect, responsabilitate și continuitate.

O dificultate constantă o reprezintă echilibrul dintre confidențialitate și colaborare. Psihologul, asistentul social și educatorul trebuie să decidă ce informații sunt necesare pentru coerența intervenției fără a încălca dreptul persoanei la intimitate. Practicile uzuale includ sinteze selective și întâlniri restrânse în care informațiile sunt partajate strict după principiul „nevoii de a ști”, asigurând atât protejarea persoanei, cât și eficiența demersului interdisciplinar.

Menținerea distanței profesionale constituie o altă provocare etică importantă. Într-un mediu unde poveștile de viață sunt adesea marcate de traumă, pierdere sau abandon, riscul de suprasolicitare emoțională este ridicat. În acest sens, supervizarea, suportul colegial și reflecția etică periodică devin elemente esențiale pentru protejarea sănătății mintale a profesioniștilor și pentru prevenirea epuizării.
Etica, în acest cadru, funcționează ca un spațiu de echilibru între standardele instituționale și nevoia de umanizare a relației profesionale. Respectarea principiilor etice nu limitează actul profesional, ci îi conferă consistență, credibilitate și sens. Empatia informată, discreția și responsabilitatea colaborativă transformă rutina instituțională într-un proces de intervenție coerent, în care legea și umanitatea își găsesc un punct comun. Astfel, dimensiunea etică devine veriga esențială dintre procedură și sens,

reafirmând că persoana - cu drepturile, vulnerabilitățile și potențialul ei de schimbare - trebuie să rămână centrul intervenției corecționale.

Analiză integrativă și discuții

Analiza dimensiunilor juridice, psihosociale și etice ale asistenței sociale în mediul penitenciar ne arată existența unei interdependențe profunde între cadrul normativ, procesele umane și valorile profesionale. În mediul carceral, legislația oferă direcția și limitele intervenției, dar eficiența reală a acesteia depinde de capacitatea specialiștilor de a o umaniza prin empatie, comunicare și discernământ etic. Normele juridice, deși aparent rigide, nu pot fi aplicate eficient fără înțelegerea contextului psihosocial al persoanelor private de libertate și fără respectarea principiilor demnității și confidențialității.

Perspectiva psihosocială aduce în prim-plan dinamica relațiilor interumane, procesele de adaptare la detenție și rolul rezilienței în menținerea echilibrului emoțional al deținuților și al profesioniștilor. Intervențiile sociale și psihologice devin astfel verigi ale aceluiași proces – acela de reabilitare și reintegrare – în care fiecare decizie profesională presupune o raportare atentă la cadrul juridic, dar și la nevoile reale ale individului. În acest sens, colaborarea interdisciplinară dintre psiholog, asistent social, educator și personalul de supraveghere se dovedește esențială pentru funcționarea coerentă a sistemului.

Din punct de vedere etic, provocările apar acolo unde controlul instituțional se intersectează cu responsabilitatea umană. Profesioniștii din sistemul penitenciar se confruntă zilnic cu dileme morale care reclamă o gândire reflexivă și o capacitate constantă de autoreglare emoțională. Echilibrul dintre aplicarea legii și respectul față de persoană presupune nu doar competență profesională, ci și o maturitate morală consolidată prin formare continuă și supervizare.

Schimbările sociale accelerate – digitalizarea, crizele sociale și economice, migrația – reconfigurează și rolul asistentului social, care trebuie să se adapteze permanent la noi politici penale și sociale. Această adaptare nu este doar o chestiune de tehnică profesională, ci și de atitudine: capacitatea de a menține o perspectivă umanistă într-un context instituțional dominat de constrângeri. Comparativ cu datele internaționale recente (Ang et al., 2025; Esposito et al., 2024; Auty et al., 2023; Owusu Ansah et al., 2025), se conturează tendința globală de a integra abordări centrate pe traumă, reziliență și respect pentru drepturile omului în practica penitenciară. Aceste direcții confirmă faptul că sistemul penitenciar modern nu poate funcționa doar ca mecanism de sancțiune, ci ca spațiu de reconstrucție socială și personală. Astfel, cele trei dimensiuni – juridică, psihosocială și etică – nu sunt domenii separate, ci componente complementare ale aceluiași proces complex de intervenție. Eficiența asistenței sociale în mediul penitenciar depinde de echilibrul dintre rigoarea normelor, sensibilitatea umană și responsabilitatea morală, iar provocarea centrală a profesioniștilor rămâne aceea de a transforma instituția de detenție într-un cadru care sprijină, dincolo de pedeapsă, evoluția și reconectarea umană.

Concluzii și direcții de dezvoltare

Activitatea de asistență socială din mediul penitenciar își găsește sensul și eficiența doar atunci când este integrată într-un cadru de colaborare interdisciplinară autentică. Psihologul, asistentul social și educatorul contribuie, fiecare prin specificul profesiei sale, la același obiectiv: susținerea reabilitării și reintegrării persoanei private de libertate. Această colaborare nu este doar o cerință instituțională, ci o condiție esențială pentru dezvoltarea unei practici coerente, echilibrate și orientate către dimensiunea umană a intervenției.

În ciuda constrângerilor administrative, a resurselor limitate și a ritmului intens al activităților, experiența profesională arată constant că eficiența intervenției nu depinde doar de aplicarea corectă a normelor juridice, ci și de calitatea relațiilor interumane, de capacitatea specialiștilor de a menține un discernământ etic consecvent și de reziliența emoțională necesară în lucrul cu oameni aflați în situații de vulnerabilitate. Observațiile din Penitenciarul de Maximă Siguranță Galați ilustrează convingător această realitate: colaborarea strânsă dintre membrii echipei a creat un cadru în care, chiar și în condiții de control și restricție, intervenția profesională poate deveni un spațiu de învățare, de reconectare și de schimbare personală.

Analiza integrativă a celor trei dimensiuni – juridică, psihosocială și etică – evidențiază caracterul lor interdependent. Cadrul legal stabilește limitele și responsabilitățile intervenției; dimensiunea psihosocială oferă înțelegere asupra dinamicii relațiilor și asupra nevoilor reale ale individului; iar dimensiunea etică orientează practica spre respectarea demnității umane și spre menținerea unei atitudini profesionale responsabile. Împreună, aceste dimensiuni conturează un model de lucru în care legea este completată de empatie, iar autoritatea este echilibrată de respectul pentru persoană.

Privind spre viitor, dezvoltarea asistenței sociale în mediul penitenciar presupune atât investiția în competențele profesionale ale specialiștilor, cât și consolidarea unei culturi organizaționale care să susțină reflecția critică și creșterea umană. Este necesară extinderea formării continue, amenajarea unor spații adecvate pentru consiliere și supervizare și dezvoltarea unor programe instituționale de sprijin emoțional pentru personalul expus constant tensiunilor psihologice specifice mediului carceral. În egală măsură, se impune o reanalizare a politicilor interne în sensul promovării colaborării autentice, al responsabilității etice și al valorizării experienței acumulate în practică.

În final, intervenția în mediul penitenciar rămâne un demers complex, aflat la intersecția dintre normă, relație și sens. Menținerea unui echilibru între aceste dimensiuni este condiția fundamentală pentru o practică orientată nu doar spre aplicarea sancțiunii, ci și spre reumanizarea și reconectarea persoanelor aflate în detenție.

Bibliografie

1. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2017). *Metodologia activității desfășurate de către asistentul social în unitățile penitenciare (Monitorul Oficial nr. 779/03.10.2017)*. https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/194918
2. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2018). *Regulamentul de organizare și funcționare a unităților penitenciare (Ordin ANP nr. 8/2018)*. https://anp.gov.ro
3. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2019a). *Ghid de bune practici pentru asistentul social din sistemul penitenciar. Administrația Națională a Penitenciarelor*. https://anp.gov.ro/blog/concurs-de-ocupare-a-unor-posturi-din-sectorul-reintegrare-sociala/ghid-de-bune-practici-pentru-asistentul-social-care-lucreaza-in-sistemul-penitenciar-3/
4. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2019b). *Ghid de bune practici pentru psihologul din sistemul penitenciar. Administrația Națională a Penitenciarelor*. https://anp.gov.ro/blog/concurs-de-ocupare-a-unor-posturi-din-sectorul-reintegrare-sociala/ghid-de-bune-practici-pentru-psihologul-care-lucreaza-in-sistemul-penitenciar-3/
5. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2020). *Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2020–2024*. Ministerul Justiției. https://anp.gov.ro/despre-anp/programe-si-strategii/
6. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2022). *Protocol de colaborare între Administrația Națională a Penitenciarelor și Colegiul Psihologilor din România privind exercitarea profesiei de psiholog în mediul penitenciar*.https://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2017/04/Protocol-de-colaborare-ANP-Colegiul-Psihologilor-din-Romania06022014.pdf

7. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2023). *Protocol de colaborare între Administrația Națională a Penitenciarelor și Colegiul Național al Asistenților Sociali din România*. https://cnasr.ro
8. Administrația Națională a Penitenciarelor – Penitenciarul Galați. (2024). *Raport anual privind activitățile de reintegrare socială și parteneriate comunitare – 2024*. Administrația Națională a Penitenciarelor. https://anp.gov.ro/penitenciarul-galati/wp-content/uploads/sites/27/2025/05/Raport-anual-de-activitate-2024.pdf
9. Asociația Asistenților Sociali din România. (2023). *Rolul asistentului social în medii privative de libertate: perspective contemporane*. ASPROAS Publishing. https://asproas.ro
10. Colegiul Național al Asistenților Sociali din România. (2019). *Cod privind practica asistentului social*. CNASR. https://cnasr.ro
11. Legea nr. 129/2018 privind regimul executării pedepselor și măsurilor privative de libertate. (2018). *Monitorul Oficial al României*, nr. 479/2018. https://legislatie.just.ro
12. Legea nr. 254/2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal. (2013). *Monitorul Oficial al României*, nr. 514/2013. https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/148380
13. Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale (republicată). (2011). *Monitorul Oficial al României*, nr. 905/2011. https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/133094
14. Ministerul Justiției & Administrația Națională a Penitenciarelor. (2021). *Studiu integrat privind cauzele recidivei și reintegrarea socială a persoanelor private de libertate*. https://anp.gov.ro/norwaygrants/wp-content/uploads/sites/51/2024/02/Raport-de-cercetare-componenta-I_ro.pdf
15. Ordinul ministrului justiției nr. 4800/2017 privind activitățile de educație și asistență psihosocială în penitenciare. (2017). *Monitorul Oficial al României*, nr. 36/2018.

VOLUNTARIATUL SENIORILOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA: ÎNTRE TRADIȚIONALITATE ȘI MODERNITATE

Liliana SALCUȚAN
Lector Departamentul Sociologie și Asistență socială, Universitatea de Stat din Moldova
ORCID: 0000-0002-6161-4407

Rezumat

Impliacrea vârstnicilor în activitățile de voluntariat constituie un proces de relansare oscilând între modelele tradiționale și forme moderne de voluntariat inspirate din practicile europene. În mod tradițional, vârstnicii din mediile urbane și rurale s-au implicat în activități de sprijin reciproc, ajutor comunitar, organizarea și defășurarea evenimentelor culturale în localitate, dar și menținerea solidarității dintre generații. Aceste modele informale, bazate pe valorile precum, reciprocitatea vecinătatea, grija pentru cei vulnerabili și implicarea în viața comunității, se transmit încă generațiilor tinere, reflectând o cultură a solidarității caracteristică societății moldovenești.

Odată cu diversificarea societății civile, s-a modernizat și voluntariatul seniorilor. Promvarea lui printr-o diversitate de instituții sociale precum: ONG-uri, centre sociale, biblioteci proiecte europene etc., ce implică seniorii în activități structurate: mentorat pentru tineri, instruiri digitale, incluziune în proiecte intergenerațională, acțiuni de adcocacy și evenimente culturale comunitare. Astfel, apariția practicilor noi precum voluntariatul digital, formarea grupurilor de inițiativă civică, campanii sociale sau proiecte comunitare finanțate din fonduri externe. Deși, interesul și potențialul seniorilor față de voluntriat este în creștere, această evoluție întâmpină dificultăți majore: lipsa infrastructurii în localități, mobilitate redusă a seniorilor, acces limitat la tehnologii, insuficiența valorificării competențelor vârstnicilor, dar și a stereotipurilor de vârstă. Totuși organizațiile civile în parteneriat cu administrațiile locale și programele internaționale, au început să dezvolte modele adaptate, recunoscând seniorii – sursă importantă pentru dezvoltarea comunitară.

Cuvinte cheie: dezvoltare comunitră, senior, voluntariat, socitetate tradițională, societate modernă, activități de voluntariat, modele și porgrame de voluntariat.

SENIOR VOLUNTEERING IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA: BETWEEN TRADITION AND MODERNITY

Summary

The involvement of older people in volunteer activities is a process of revitalization that oscillates between traditional models and modern forms of volunteering inspired by European practices. Traditionally, older people in urban and rural areas have been involved in mutual support activities, community assistance, organizing and running cultural events in the locality, but also maintaining solidarity between generations. These informal models, based on values such as reciprocity, neighborliness, care for the vulnerable, and involvement in community life, are still being passed on to younger generations, reflecting a culture of solidarity characteristic of Moldovan society.

With the diversification of civil society, senior volunteering has also been modernized. It is promoted through a variety of social institutions such as NGOs, social centers, libraries, European projects, etc., which involve seniors in structured activities: mentoring young people, digital training, inclusion in intergenerational projects, advocacy actions, and community cultural events. This has led to the emergence of new practices such as digital volunteering, the formation of civic initiative groups, social campaigns, and community projects financed by external funds.

Although seniors' interest and potential for volunteering is growing, this development faces major difficulties: lack of infrastructure in localities, reduced mobility of seniors, limited access to technology, insufficient use of seniors' skills, and age stereotypes. However, civil society organizations, in partnership with local administrations and international programs, have begun to develop adapted models, recognizing seniors as an important resource for community development.

Keywords: community development, seniors, volunteering, traditional society, modern society, volunteering activities, volunteering models and programs.

Introducere

În ultimele decenii, R. Moldova se confruntă cu schimbări demografice profunde, caracterizate de scăderea natalității, migrația masivă a populației active și creșterea constantă a ponderii persoanelor vârstnice. Schimbările rapide impun o reevaluarea politicilor publice orientate spre îmbătrânirea activă, dar și a rolului seniorilor în societate. Dincolo de provocările socio-economice asociate acestui proces, îmbătrânirea populației poate deveni o oportunitate valoroasă, dacă experiența, competențele și capitalul social al vârstnicilor sunt recunoscute și corespunzător valorificate.

`Îmbătrânirea activă este un subiect care suscită o atenție tot mai mare în discuțiile științifice și politice privind îmbătrânirea" [1], în acest sontext, considerăm că, promovarea voluntariatului în rândul vârstnicilor devine o direcție strategică esențială atât pentru consolidarea coeziunii sociale, cât și stimularea participării active ale lor în viața comunității. Acțiunile de voluntariat contribuie nu doar la menținerea sănătății fizice și psihice a vârstnicilor, dar facilitează incluziunea socială prin transmiterea intergenerațională de cunoștințe, ceea ce reduce marginalizarea lor.

Material și metodă. Pentru a clarifica statutul voluntariatului la vârstnici ca formă tradițională sau emergentă (modernă), a fost utilizate *metoda cantitativă* – ancheta sociologică în bază de chestionar „*Gradul de satisfacție al persoanelor vârstnice cu bunăstarea lor*" (Decembrie 2022 –August 2023) (N=708), dar și *metoda calitativă* – interviu aprofundat cu vârstnicii „*Cum mă simt eu"* (2021) (N=31). În analiza modelelor de voluntariat al persoanelor în etate/vârstnice din R. Moldova, în acest articol, vom utiliza conceptul de senior, pentru a conferi valorificare și respect față de acest grup de populație.

Rezultate și discuții

Prin „lansarea Anului 2012 – An European al Îmbătrânirii Active și al Solidarității Intergeneraționale, UNECE dezvoltă termenul de *Indice al Îmbătrânirii Active"* [11], măsurarea nivelului de realizare a activităților sociale al seniorolor include: ocuparea forței de muncă, participarea la viața socială și culturală, dar și viața independentă. Conform estimărilor „a anului 2020, Indicele Îmbătrânirii Active (IÎA) în Republica Moldova a fost de aproximativ *28.6 - 28.7 puncte din 100*, indicând o îmbătrânire activă relativ scăzută" [3], fapt ce denotă o mică implicare a vârstnicilor în activități comunitare, inclusiv în cele de voluntatriat.

Actualitatea temei de studiu reprezintă realitatea societății moldovenești, unde tradițiile și mentalitatea arhaică sunt în proces de moderinzare al dezvoltării comunitare. O mare parte de seniori rămân fideli totuși, valorilor tradiționale, considerând că la vârsta lor, rolul activ în societate nu mai este atât de important, în timp ce ceilalți adoptă o viziune modernă, incluzându-se în proiecte sociale, civice, culturale din comunitatea lor. Abordarea acestei teme, permite evidențierea contribuției valoroase ale seniorilor prin activitățile de voluntariat, ce permite explorarea motivațiilor și dificultăților cu care se ciocnesc, dar și identificarea modalităților ce permit implicarea vârstnicilor în activități de voluntariat - moment esențial între generații, ce va deveni o resursă reală pentru dezvoltarea socială.

Promovarea unei atitudini prietenoase față de seniori este experiență, profesionalism și abilitatea de mentorat – devin elemente de sensibilizare a opiniei publice.

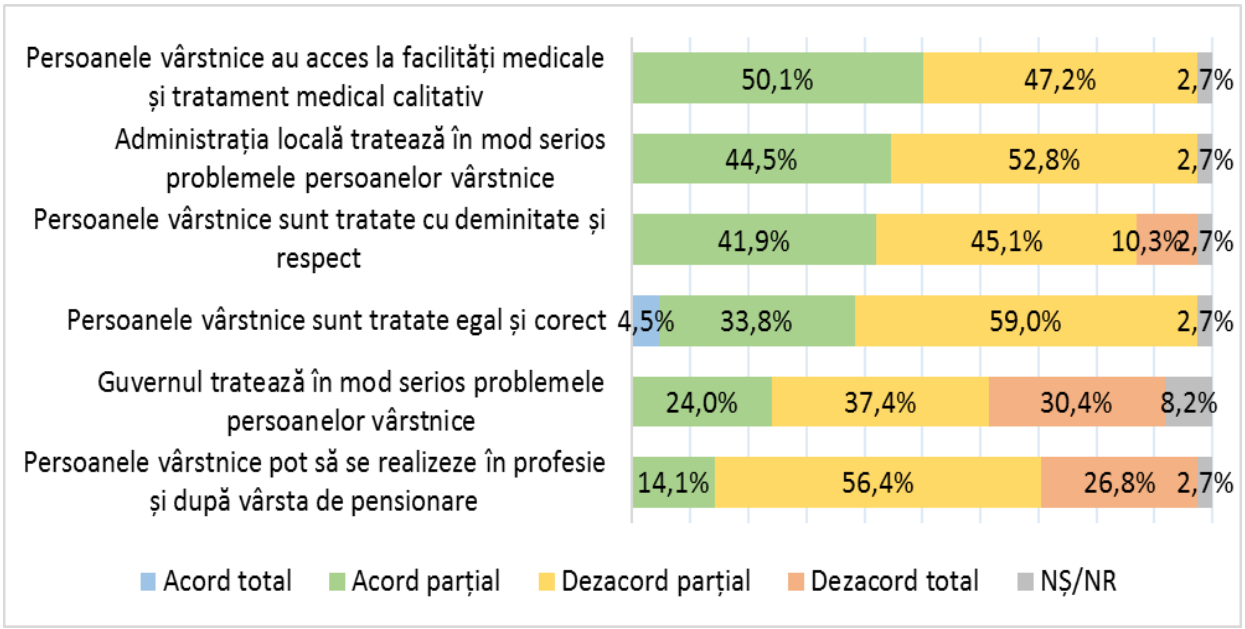


Figura 1. Atitudini sociale față de persoanele vârstnice (N=708)

În Figura 1, avem o reflecție instituțională a protecției și susținerii seniorilor în R. Molodva. Conform acestei figuri, vârstnicii consideră că prezența stereotipurilor în societatea noastră, accentuează incapacitatea implicării în activitățile comunitare. Se produce o confuzie la nivelul tratării și percepției seriozității problemelor vârstnicilor a celor două nivele instituționale, a administrației publice locale și a guvernului. Opinia respondenților față de varianta *Cuvernul tratează în mod serios problemele persoanelor vârstnice,* puțin peste o treime (37,4%) din respondenți au manifestat un dezacord parțial, iar aproape jumătate din respondenți (44,5%) au ales varianta acord parțial.

Însă timp de secole, vârstnicii au fost percepuți ca persoane pasive, fiind mai mult obiect de studiu al protecției sociale, decât cel al susținerii sprijinului comunitar, ce le poate asigura o viață activă

și longevivă. Astfel, în baza interviului aprofundat cu 31 de vârstnici, opinia față de motivele steretipurilor față de vârstă, sunt: „*frica de a fi respinsă*” F_70 ani; F_64 ani; B_72 ani etc., frecvent asociată cu „*odihna meritată*” F_89 ani, asociat destul de frecvent cu „*statul acasă*” B_73 ani, cu „*grija de gospodărie, grădină*” F_83 ani, cu replici de genul „*având așa ocazie, dormeam toată ziua”* F_64 ani, cu „*grija nepoților*” F_67 ani, cu activități casnice ca „*împletitul colțunilor”* F_66 ani etc., conduc la retragerea definitivă din societate. Aceste aspecte distrug dorința implicării lor în activitățile comunitare, devenind cheia de insucces al proceuslui de îmbătrânire. La polul opus al acestor opinii sunt doar câteva poziții ale incluziuniii sociale ale seniorilor în comunitate. Întrebarea stabilită în ancheta sociologică în bază de chestionar cu un eșantion de 708 respondenți din R. Moldova, ne infirmă dorința de participare a seniorilor în activitățile din localitate.

Am selectat varianta *participarea la diverse activități ale localității* – aproape jumătate dintre respondenți (48,7%) – au ales varianta *puțin important* și 41,1% - *neimportant.* Această percepție se acutizează deoarece, o dată cu înaintarea în vârstă, sunt cointeresați mai mult pe propriile probleme, iar din lipsa unor modele de voluntariat și programe comunitare, această percepție îi face să fie neputincioși, nesiguri și excluși din viața comunitară, neavând posibilitatea de a se bucura de procesul retragerii din viața profesională.

Adesea lipsurile materiale, împiedică realizarea unor activități culturale și de voluntariat în comunitățile în care trăiesc vârstnicii. Promovarea societății prietenoase vârstei, necesită implicarea seniorilor în activitățile specifice vârstei, printre care: *voluntariat, cluburi pe interese și activități culturale* etc., fiind în contextul politicilor de îmbătrânire activă. Toate acestea necesită sprijinul comunităților, dar și al populației care poate oferi ajutor prin nediscriminare și acceptare. Astfel, prin implicare și participare în diferite activități vor permite asigurarea scopului politicilor publice, care nu este doar de a crește durata de viață activă a persoanelor în vârstă, ci și de a îmbunătăți calitatea vieții acestora, de a sprijini longevitatea activă și participarea la viața socială a societății.

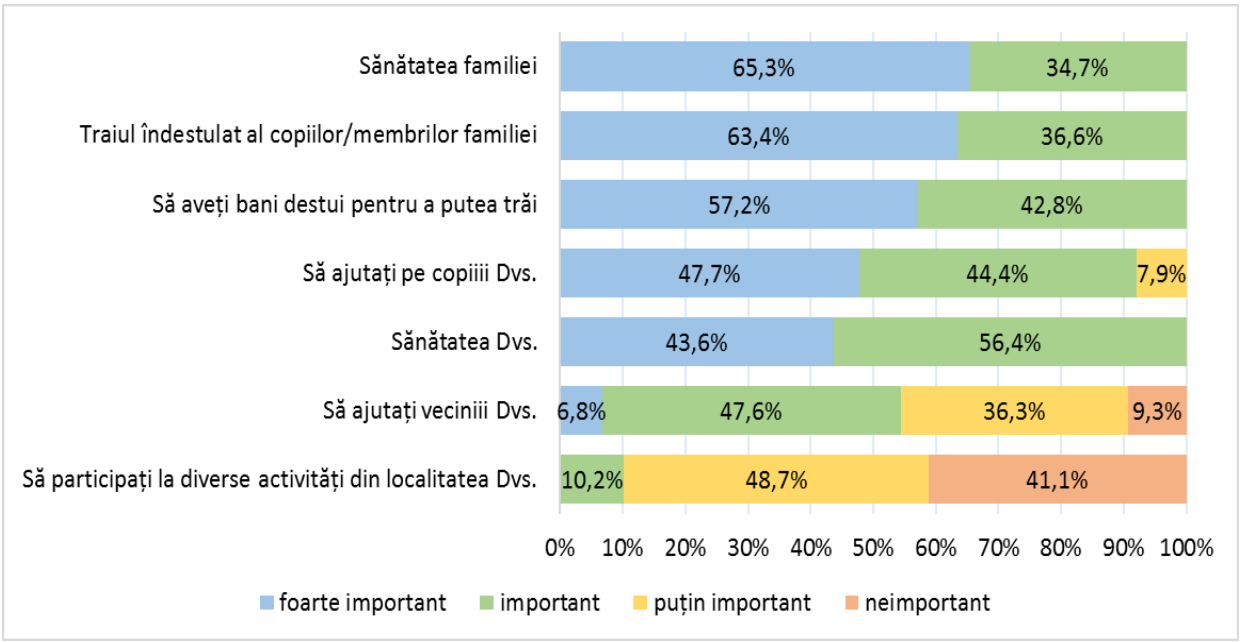


Figura 2 Aspecte ale bunăstării familiei

Dacă în intepretarea teoretică: „voluntariatul la vârste înaintate este adesea perceput ca fiind cheia unei vieți active și împlinite pentru persoanele în vârstă” (Morrow-Howel, 2010) [8], atunci APC, APL, ONG-urile trebuie să ofere posibilități de promovare a voluntariatului la vârste înaintate. Totuși,

problema subiectului selectat derivă integral din atitudinea noastră față de seniorii care ajunși la o vârstă înaintată devin membri activi în R. Moldova. Grupul seniorilor conform datelor BNS al celor cu vârstă de 60 ani şi peste, „în anul 2024 constituia 25,2% din totalul populației cu reședință obișnuită, dintre care 367,7 mii persoane erau femei (sau 60,2%), fiecare a treia persoană avea vârsta cuprinsă între 60-64 ani (31,0%), iar 59,8 mii persoane (sau 9,8%) constituiau persoanele care au depășit vârsta de 80 ani" [12].

Distanța mare a Republicii Moldovei în realizarea obiectivelor MIPAA indică „necesitatea unor politici coerente cu abordări echilibrate în ameliorarea calității vieții persoanelor în vârstă cu accent prioritar domeniului: sporirea siguranței mediului de trai adaptat nevoilor vârstnicilor (*infrastructură, transporturi, clădiri* etc.), asigurând astfel modul de viaţă autonom" [10], prin implicarea seniorilor în activități de voluntariat.

Persoanele în vârstă joacă un rol crucial în familie și în comunitate, deși contribuțiile lor nu sunt adesea suficient recunoscute, iar capitalul social pe care îl posedă rămâne adesea subutilizat.

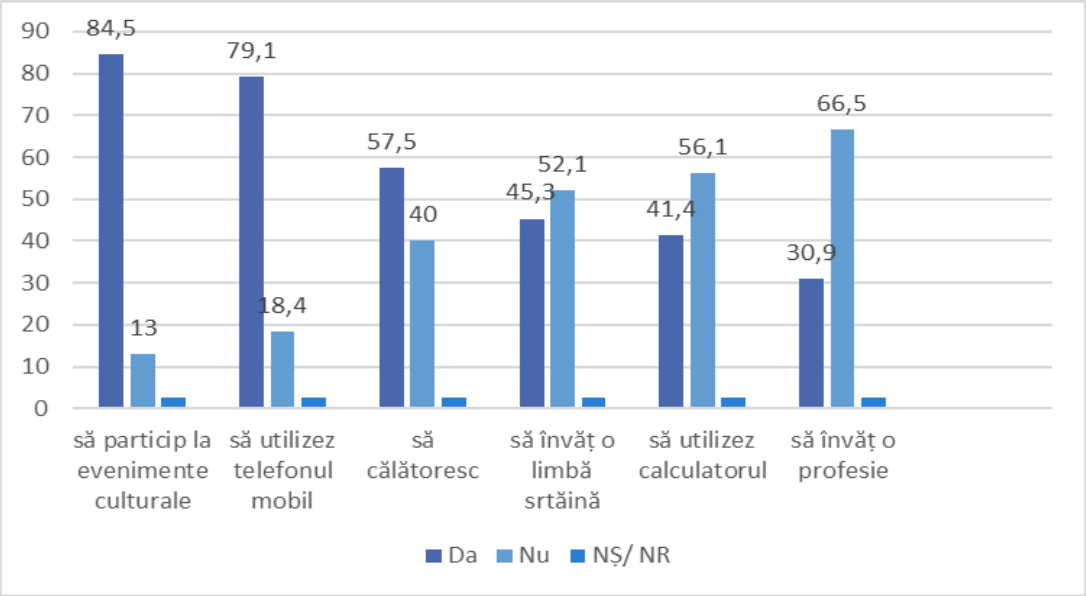


Figura 3. Preferințe privind ocuparea timpului liber al vârstnicilor. (N=708)

În baza Figurii 3. în descreștere vom interpreta răspunsul afirmativ, printre care, *participarea la evenimente culturale.* Datele cercetării efectuate atestă că, vârstnicii erau mai mult focusați pe *nivelul de bunăstare* inițial și mai puțin pe *implicarea în activități și evenimente culturale,* obținând valori mai mici în Figura.1. Însă întrebarea repetată, denotă dorința de participare și implicare în care aproape toți (84,5%) seniorii doresc să *participe la evenimente* desfășurate în localitatea lor. Acest portret al activităților, pe care și-l doresc să le efectueze seniorii, îi scoate din clișeiele sociale înrădăcinate care prin implicarea în acțiuni de voluntariat implementate de către anumite ONG-uri, instituții educative naționale, locale, permite promovarea *educației la toate vârstele,* asigurând o o bază solidă a perpetuării dintre generații.

Elementul cheie al persoanelor vârstnice este implicarea și participarea activă la viața comunității, aspect ce va trebui să fie încurajat oferindu-le încredere în dezvoltarea, promovarea și asigurarea calității vieții acestora, dar și la funcționarea comunității. Promovarea activităților intergenerațională comune, a permis preluare de abilități, aptitudini, dar și împărtășire de experiențe. În această perioadă au fost întreprinse mai multe acțiuni, la toate nivelele, ceea ce a de politici publice,

ceea ce a permis intergrarea vârstnicilor în viața socială și comunitară. Una din politicile naționale de vază ale țării este Strategia Naţională de Dezvoltare [7], elaborată în colaborare cu Fondul Monetar Internațional (FMI), include în analiza sa a situaţiei o consideraţiune denumită "tendinţe demografice negative" şi care semnifică îmbătrânirea demografică şi problemele concomitente ale raportărilor populaţiei cu vârstă de muncă la pensionari şi finanţarea asistenţei medicale.

Un alt document considerat important este *Programul privind îmbătrânirea activă și sănătoasă 2023- 2027* [5], - reprezintă o abordare transversală de politici, domeniile principale de intervenție: *piața muncii, sănătatea, asistența socială, educația și dezvoltarea economică*. Este o primă încercare de a institui necesitatea oferirii de șanse egale ale vârstnicilor față de alte grupuri de populație. Crearea în anul 2019 a *Rețelei Naționale a Seniorilor Activi* din R. Moldova, a devenit prima organizație non-statală și apolitică, bazată pe participarea voluntară și comunitatea de interese a membrilor săi, persoanele în vârstă, o platformă de comunicare și schimb de experiență privind îmbătrânirea activă și sănătoasă în rândul persoanelor în vârstă [6], Parteneriatul activ instituțional permite elaborare de politici publice privind *educația adulților prin învățare pe tot parcursul vieții* și adaptarea sistemului educațional la procesul de îmbătrânire. În acest sens, Ministerul Educației și Cercetării, a creat în aprilie 2019, un grup de lucru, care a elaborat Proiectul Conceptului de *Educație al adulților* și în urma consultărilor publice, a permis crearea de primei Universități pentru Vârsta a Treia în cadrul Universității de Stat din Moldova.

Totuși, timp de secole, vârstnicii au fost percepuți ca persoane pasive, fiind mai mult obiect de studiu al protecției sociale, decât cel al susținerii sprijinului comunitar, ce le poate asigura o viață activă și longevivă.

Seniorii reprezintă o categorie importantă a comunității, însă potențialul lor social și profesional este subestimat, este frecvent caracterizat de discriminare pe categoria de vârstă. Compentențele lor pot deveni un izvor nestemat de experiențe, cunoștințe, ce le va putea schimba atitudinea în societate. Voluntariatul devine instrumentul de implicare civică, de solidaritate intergenerațională, dar și de incluziune socială. Implicarea lor în activități de voluntariat, le poate fortifica abilitățile de comunicare, gestionare a resurselor, de promovare a spiritului de echipă.

În continuare, prezentăm cele mai frecvente modelele tradiționale de voluntariat:

1. *Comunitar/ de vecinătate* - considerat cel mai răspândit ceea ce oferă o implicare în activități locale: conceptul de *„clacă*” – este un element arhaic mai puțin păstrat în R. Moldova, bazat pe valori de respect dintre generații, cea care aduna vecinătatea la: „ *clăditul, ridicatul, muruitul casei tinerilor*” B_79 ani; „*curățitul, legatul și săpatul viilor*”, B_84 ani; „*ajutor la taiatul lemnelor*” F_75 ani, „*era frumos, eram copii, admiram și ne implicam și noi la prășitul livezilor, câmpurilor împreună cu localnicii*” F_76 ani. Totuși, munca de vecinătate a păstrat farmecul activității de voluntariat.
2. *Grupuri de auto-ajutor și reintegrare socială* – formare de grupuri de sprijin penrtu persoanele mai în vârstă, activitățile includ: vizite la domiciliu, schimb de experență, realizarea activităților de interes, organizare de târguri cu obiectele confecționate. Adesea este considerat un model de într-ajurorare, în care sătenii oferă acțiuni de voluntariat față de alte persoane din sat ce au nevoie de sprijin și uneori și de îngrijire. Considerate cele mai solicitate tipuri de activități, printre care: „*vizita zilnică și comunicarea*” F_74 ani; „*adusul unor produse și prânzuri pentru vecin*” F_66 ani; „*discuții la telefon cu vecina*” B_72 ani; F_63ani etc., fiind selectate cele mai frecvente acțiuni desfășurate. Modeleul este tradițional, bazat pe comunicare, solidaritate și contact fizic cu alți seniori.
3. *Voluntariat în cadrul organizațiilor pentru seniori* – încurajează și mai mult dorința de implicare în activitățile comune, ceea ce sporește gradul de participare. Iar definiția tradițională a voluntariatului

oferită de (Chambré & Netting, 2018) „donarea de timp fără remunerație sub egida organizațiilor non-profit și a agențiilor guvernamentale” [2]. Cele mai frecvente activități la momentul actual „*amenajarea spațiilor comune, plantare de flori, pueți, curățenie în aer liber, în parcuri etc.*”, fiind ajutați de anumite organizații (*AO CASMED Bălți, AO Neoumanist Strășeni, Agapedia, AO. Soarta*). Activitățile întreprinse au permis dezvoltarea Comunității „Age-friendly”, în care grupurile de seniori se implică în acțiuni comunitare, fiind o practică bazată pe solidaritatea locală, în care seniorii devin voluntarii comunității sale, aducând o contribuție la bunăstarea comună a localității.

Prezența *modelor moderne* de voluntariat în rândul seniorilor din R. Moldova apare doar la unele grupuri de persoane

1. *Voluntariat digital/educație digitală* - grație parteneriatului dintre HelpAge Internațional Moldova și a Agenției de Guvernare Energetică - a permis organizarea unui program de educație digitală: ale voluntarilor seniori și tinerilor să folosească tehnologiile. Utilizarea tehnologiilor digitale – permite incluziunea rapidă a seniorilor într-o diversitate de activități prin promovarea solidarității dintre generații.

2. *Cluburi intergenerațională* - Caritas Moldova prin crearea cluburilor intergenerațională a permis recunoașterea potențialului atât a vârstnicilor, cât și a tinerilor, activitățile comune ale cărora combat singurătatea și izolarea socială, promovând modelul de schimb reciproc.

3. *Voluntariat profesionalizat prin organizații de voluntariat* – prin programele sale implică seniorii să ofere sprijin persoanelor în vârstă și nu numai, este un model nou, combină voluntariatul pe termen lung cu profesionalizarea (utilizate de tehnologii, comunicare) ceea ce formează voluntari.

4. *Voluntariat comunitar cu suport socio-sanitar* implică voluntarul profesionalizat, în activități bazate pe nevoile persoanei: medicale, sociale, comunicare fiind integrat în rețeaua ONG-urilor și structurilor de asistență socială, mai puțin întâlnite în R. Moldova.

Modelele moderne, pot fi obținute mai ușor (*prin programe digitale, platforme*), pot atrage parteneri locali, ONG-uri, fonduri Uniunii Europene, instituții publice.

Tabel 1. Diferențe ale activităților de motivație a seniorilor voluntari.

MOTIVAȚIA PENTRU ACTIVITĂȚI DE VOLUNTARIAT	
Seniorul tradiționalist	Seniorul modern
- Bazat pe valori clasice: solodaritate, ajutor reciproc, datorie morală. Activitatea de voluntariat – percepută „a face bine” pentru: comunitate, vecini, biserică, localitate. - Adesea era condus de ideea tradiției și obiceuirilor sociale „*așa se face la noi*”. - Activitățile desfășurate: „*ajutor în gospodărie, vecini, comunitate, curățenie în spații publice, vizite fizice la persoane vulnerabile, implicare în activități comunitare locale*”, în opinia seniorilor Folosc rar tehnologia modernă, comunicarea este directă personală, preferă metodele clasice.	Motivat de altruism, dar și de dezvoltarea personală: învățare digitală, activitate intelectuală, socializare intergenerațională. Caută să fie activ, util, integrat, să posede un rol social vizibil. - Adesea voluntariatul este o formă de auto-afirmare și de participare civică. - Activitățile desfășurate: mixte: atât fizice, cât și digitale: voluntariat online (*telefon video, social media*), instruirea altor seniori/tineri în competențe digitale, cluburi de interes intergenerațională; Acceptă tehnologia, chiar dacă nu o stăpânește complet; participă la: „*sesiuni online, campanii pe rețele sociale, platforme de*

Face voluntariat spontan, este „săritor la nevoie”, manifestă un comportament informal. Comunitatea – centrul implicării sale. Orientat spre binele local și persoane apropiate. Sprijinul este reciproc (*vecini, familie, comunitate).*	*gestionare a voluntarului, instruire digitală*” opinia experților ONG-urilor. Face voluntariat formal prin ONG-uri. Percepe voluntariatul – componenta participării civice, deschis să lucreze în echipe mixte.

Beneficiul modeleului tradițional (*auto – ajutor, comunitar)* contribuie la coeziunea socială locală, la reducerea izolării și la implicarea vârstnicilor în viața comunității, iar provocările mobilitatea seniorilor (*distanțe, stare/probleme de sănătate*), resurse limitate (*logistice, financiare*), motivarea pe termen lung. Modelele tradiționale adesea depind de inițiativa comunitară, fiind sustenabile local.

Iar beneficiul modelului modern – dobândirea competențelor digitale, seniorii sunt mai activi pe o multitudine de domenii, construiesc relații noi intergenerаționale, pot avea un impact mai larg (nu doar cel local), iar provocările: accesul slab al seniorilor le tehnologii (*nu toți dețin telefoane, conectați la rețea de internet*), ceea ce necesită formare digitală, fiind implicate grupuri de auto-ajutor intergenerațional.

Concluzie

Unele rezultate ale cercetării confirmă practicarea mai mult a modelelor clasice de voluntariat, decât a celor contemporane în rândul seniorilor**.** Îmbinarea și diferențierea acestor modele reflectă evoluția societății și transformările sociale ale R. Moldova. Practicarea unor activități diferențiate, ne permite să stabilim implicarea comună a vârstnicilor în viața comunitară, socială și familială. Deși abordările sunt diferite, ambele contribuie esențial la coeziunea socială: modelul tradiționalist prin menținerea spiritului comunitar, iar cel modern prin adaptarea voluntariatului la noile realități sociale și tehnologice. Ambele modele demonstrează că implicarea vârstnicilor rămâne o resursă valoroasă pentru dezvoltarea comunității, chiar și în timpurile actuale pe care le parcurge Republica Moldova.

Bibliografie

1. Boudiny, K. (2013) ‘Active aging: From empty rhetoric to effective policy tool’, *Ageing & Society*, 33, pp 1077–98. [Citat 07.12.2025]. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3728916/

2.Dure S., Grinshteyn E., Arttsen M. Older people’s formal volunteering. [Citat 12.12.2025]. Disponibil: [Citat 22.12.2025]. https://bristoluniversitypressdigital.com/edcollchap-oa/book/9781447373551/ ch006.xml

3. Indicele îmbătrânirii active în Republica Moldova 2020. [Citat 12.12.2025]. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2022/09/active_ageind_index_romanian_0.pdf

4. Hotărârea Guvernului Nr. 168 din 09.03.2010 cu privire la unitatea de analiză, monitorizare şi evaluare a politicilor publice din cadrul organului central de specialitate al administraţiei publice. În Monitorul Oficial: 16.03.2010. [Citat 12.12.2025]. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_ id=129322&lang=ro

5 Hotărârea Guvernului Nr.434 din 28.06.2023 cu privire la aprobarea Programului privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru anii 2023-2027. [Citat 23.12.2025]. https://www.legis.md/cautare/getResults? doc_id=138059&lang=ro

6. Lansarea Rețelei Naționale a Seniorilor activi din R. Moldova. [Citat 14.12.2025]. https://casmed.md/evenimente/lansarea-retelei-nationale-a-seniorilor-activi-din-moldova/

7. Legea nr.315 din 17.11.2022 pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare „Moldova European 2030”. În Monitorul Oficial Nr.409-410. [Citat 22.12.2025]. https://www.legis.md/cautare/ getResults? doc_ id=134582&lang=ro

8.Morrow-Howell, N., Putnam, M., Lee, Y.S., Greenfield, J.C., Inoue, M. and Chen, H. (2014),„An investigation of activity profiles of older adults", *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 69(5): 809–21. [Citat 12.12.2025]. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/ articles/PMC4189653/
9. Tinerii pentru dreptul la viață. [Citat 12.12.2025]. https://tdvmoldova.wordpress.com/2011/12/17/anul-2012-anul-european-al-imbatranirii-active/
10 Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 [Citat 17.12.2025]. Disponibil: https://unece.org/DAM/pau/RIS.pdf
11.Tinerii pentru dreptul la viață. [Citat 12.12.2025]. https://tdvmoldova.wordpress.com/2011/12/17/anul-2012-anul-european-al-imbatranirii-active/
12. Vârstnicii în R. Moldova în anul 2024 [Citat 12.12.2025]. https://statistica.gov.md/ro/varstnicii-in-republica-moldova-in-anul-2024-9578_62003.html

CONSTRUCȚIA FUNCȚIONALĂ A MESAJULUI ÎN COMUNICAREA ȘI EDUCAȚIA CU PERSONALITATEA DE TIP BORDERLINE

Nadejda GOGU
Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Universitatea Pedagogică „ Ion Creangă",
ORCID:0009-0007-7605-2893

Rezumat

Fiecare teorie despre modul în care funcționează personalitatea și despre tulburările ei se bazează pe o anumită perspectivă asupra lumii. Adeseori, această perspectivă nu este menționată explicit, trebuind să citim printre rânduri pentru a o identifica. Tulburarea de personalitate de tip borderline rămâne o boală care continuă să deruteze publicul larg și să îngrozească mulți specialiști. După cum remarca Marsha Linehan, expert de vârf în Tulburarea de personalitate de tip borderline(TPB) „ persoanele borderline sunt echivalentul psihologic al pacienților cu arsuri de piele de gradul trei. Ei pur și simplu nu au piele emoțională, ca să zicem așa. Chiar cea mai mică atingere sau mișcare le poate produce o suferință imensă. Totuși, este posibil ca o persoană din anturajul fiecăruia să poată suferi de această tulburare. Se înțelege că comunicarea și abordarea personalității de tip borderline este una anevoioasă. Întrucât mesajul este unitatea de bază a comunicării, situat la intersecția dintre comunicarea și reprezentarea realității. El poate fi alcătuit din cuvinte scrise sau rostite, imagini vizuale, muzică, zgomote, semne, simboluri, culori, gesturi etc. Efectele comunicării pot fi de natură cognitivă, afectivă sau comportamentală și nu trebuie confundate cu *răspunsurile* receptorului mesajului.

Mesajul este o componentă complexă a procesului de comunicare, datorită faptului că presupune etape precum codificarea și decodificarea, presupune existența unor canale de transmitere, este influențat de dependența modului de recepționarea a mesajului, de deprinderile de comunicare ale emițătorului și receptorului, de contextul fizic și psihosocial în care are loc comunicarea. În general, oamenii sănătoși din punct de vedere emoțional își bazează emoțiile pe realitate. Dar cei ce suferă de tulburare borderline fac adeseori opusul. Când emoțiile lor nu se potrivesc cu realitatea, uneori ei modifică realitatea pentru a o adapta la emoțiile lor. Acesta este unul dintre motivele pentru care ei percep evenimentele altfel persoanele sănătoase. Efectele comunicării pot fi de natură cognitivă, afectivă sau comportamentală și nu trebuie confundate cu *răspunsurile* receptorului mesajului.

Ori, oamenii afectați de tulburarea borderline își pot modifica în mod inconștient imaginea despre realitate, așa încât aceasta să vină în acord cu sentimentele pe care le au despre o anumită situație din cauza unor distorsiuni ale gândirii și percepției(criteriul 9) din cele 4 arii de diagnostic. Este important ca în comunicare cu persoana cu tulburare de tip borderline, interlocutorul să rămână

consecvent în realitatea proprie iar afirmațiile despre realitatea proprie vor facilita descoperirea nuanței de gri dintre negrul și albul,, adevărului" tău și al ei. Natura interconectată, ireductibilă și conținând opoziții a realității duce la un întreg aflat într-un continuu proces de schimbare, astfel este încurajată comunicarea dialectică. Tensiunea dintre forțele tezei și antitezei din fiecare sistem produc schimbarea. Prin opoziția pozițiilor contradictorii se poate ajunge la noi înțelesuri, ceea ce facilitează apropierea și esența chestiunii în discuție iar mesajul este decodificat în manieră funcțională pentru ambele părți angajate în interacțiune sau comunicare.
Cuvinte-cheie: personalitate instabilă emoțional, tulburare, comunicare dialectică, mesaj, realitate.

FUNCTIONAL CONSTRUCTION OF MESSAGE IN COMMUNICATION AND EDUCATION WITH BORDERLINE PERSONALITY DISCORDER

Borderline personality disorder remains an illness and continues to confuse the general public and terrify many specialists. However, it is possible that someone in everyone`s circle could suffer from this disorder. It is understood that communicating and approaching borderline personality disorder is difficult. Or, people affected by borderline disorder may unconscious after their image of reality so that it aligns with the feelings they have about a certain situation due to distortions of thinking and perception(criterion 9) in the 4 diagnostic areas. Since the message is the basic unit of communication located at the intersection of communication and the representation of reality. It is important, that when communicating with a person borderline personality disorder, the interlocutor remains consistent in their own reality, and statements about their reality will facilitate the discovery of the shades of gray between the black and white of your „ truth" and theirs. The interconnected, irreducible, and opposing nature of reality leads to a whole in a continuous process of change, thus encouraging dialectical communications. By opposing contradictory positions, new meanings can be reached, which facilitates the approach and essence of the issue under discussion and the message is decoded in a functional manner for both parties engaged in interaction or communication.
Keywords: borderline personality, disorder, dialectical communication, message, reality.

*Actualitatea cercetării***:** Am abordat această temă pentru că consider că se încadrează în tema „Managementul de comunicare pe tot parcursul vieții" care este tema de cercetare pentru o perioadă mai de lungă durată, iar ca eșantion de cercetare în experiment am optat pentru studiul acestui segment studiul personalității de tip borderline ori această tulburare în ultimele decenii, este tot mai frecvent recunoscută și diagnosticată, în special în rândul tinerilor adulți. *BPD nu este o tulburare cognitivă sau de învățare*, ci una de reglare emoțională și comportamentală. Totuși, din cauza instabilității emoționale și dificultăților de concentrare, *persoanele cu BPD pot avea dificultăți în procesul de învățare,* dar acestea sunt *consecințe indirecte*, nu o dizabilitate de învățare propriu-zisă. „Persoanele cu borderline sunt echivalentul psihologic al pacienților cu arsuri de gradul trei. Ei pur si simplu nu au o piele «emoționala». Chiar si cea mai mica atingere sau mișcare poate crea o imensa suferință" Marsha Linehan [4].

În ce privește scopul cercetării m-am referit la stabilirea reperelor teoretice și istorice privind tulburarea de personalitate borderline și studierea unor modalități comunicare pentru a le dezvolta în oportunități de abordare a persoanelor cu tulburare de personalitate borderline în diverse medii, îndeosebi pornind de la cel familial, educațional până la cel de activitate.

Obiectivele cercetării: - identificarea reperelor istorice privind cercetarea sintagmei științifice: "tulburarea de personalitate borderline"; - descrierea fundamentului simptomatic și de diagnostic al tulburării de personalitate borderline; - elucidarea specificului comunicării cu persoanele cu tulburare de personalitate borderline.

Conceptul de tulburare de personalitate de tip borderline (TPD) e relativ nou în domeniul psihopatologiei. El nu a apărut în Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM) publicat de Societatea Americană de Psihiatrie până la DSM-III, în 1980. Unele studii despre acest tip de personalitate apar în unele articole medicale. Au fost identificate unele articole ce datează din 1917 în Association Journal, articolul Discusion of certain borderlines problems. Read before the Academy of Medicine, Toronto, February 6th, 1917. Cu toate că a fost recunoscută mult mai devreme familia de trăsături specifice ce constituie fenomenul de diagnosticat, o mare parte din interesul pentru această populație a apărut din statutul oficial recent căpătat nu fără controverse ori dispute. La nomenclatura „ oficială" și la criteriile pentru diagnosticare s-a ajuns printr-un compromis politic și prin atenția pentru datele empirice.

Studiului istoric realizat prin metoda Google Ngram Viewer.

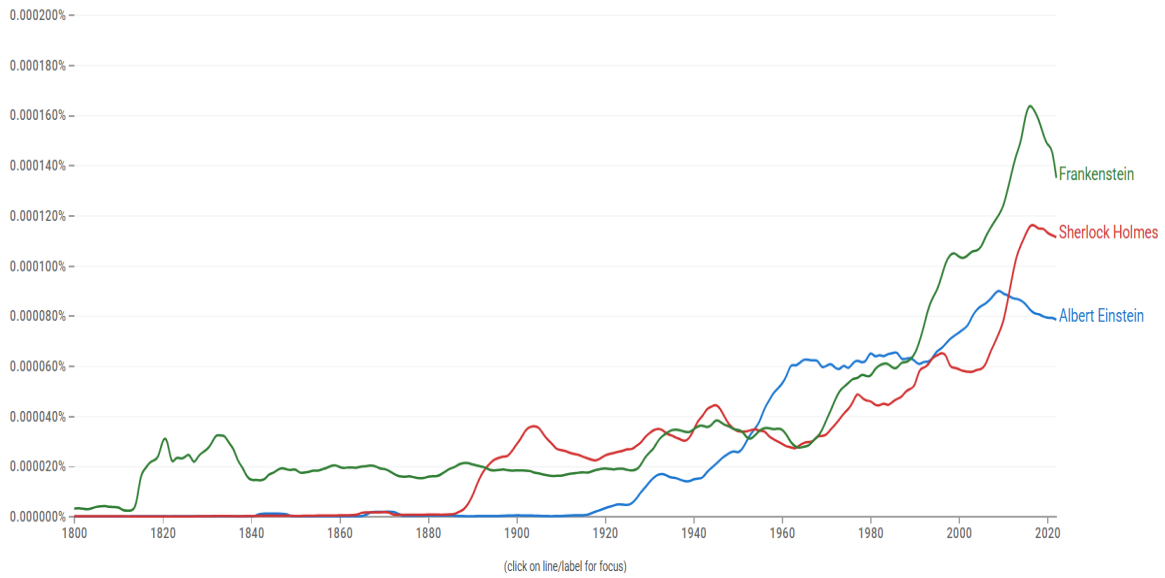


Figura 1. Dinamicitatea istorică a conceptului „borderline"

Acest grafic vine să confirme că prin anii 1920 datează unele studii, urmează un declin iar probabil că partea cea mai controversată a fost decizia de a folosi termenul „ borderline" în denumirea oficială a tulburării. Termenul în sine a fost popular mulți ani în comunitatea psihanalitică, folosit pentru prima dată de Adolf Stern în 1938 pentru a descrie unn grup de pacienți externi care nu a avut de câștigat de pe urma psihanalizei clasice și care nu păreau a se încadra în categoriile psihiatrice pe atunci standard de „nevrotic" sau „ psihotic". Stern a etichetat acest grup de pacienți ca suferind de un „grup de nevroze de graniță".

Diverși teoreticieni i-au considerat ca aflându-se în zona de frontieră dintre nevroză și psihoză (Stern, 1938; Schmideberg, 1947; Knight, 1954; Rado (1956); Esser și Lesser (1975); Grinker, Werble și Drye (1968) Kernbetg, 1975). Stone (1980, 1981) a consultat extensiv literatura și a conchis că tulburarea este legată de mai multe dintre tulburările din Axa I în termenii caracteristicilor clinice, ai istoricului familial, ai răspunsurilor la tratament și ai markerilor biologici [3]. O a patra abordare pentru înțelegerea fenomenului borderline, bazată pe o teorie bio-socială a învățării, a fost propusă de Millon(1981, 1987a). Se observă și conform graficului că se atestă o creștere a cercetărilor privind tulburarea de personalitate borderline. Millon e unul dintre cei mai articulați dizidenți în raport cu utilizarea termenului „ borderline" pentru a descrie această tulburare de personalitate. În schimb, el a

sugerat termenul de „personalitate cicloidă” pentru a sublinia instabilitatea comportamentală și a stării de spirit, pe care o considera centrală pentru această tulburare [4].

Dr. Marsha M. Linehan este una dintre cele mai influente figuri în domeniul psihologiei clinice și este recunoscută la nivel internațional ca fondatoarea terapiei dialectic-comportamentale (DBT)**,** o metodă revoluționară în tratamentul tulburării de personalitate borderline (TPB). Profesor emerit de psihologie la University of Washington. Psiholog clinician cu o istorie personală de luptă cu simptome similare TPB – inclusiv auto-vătămare și spitalizări psihiatrice. A declarat public, în 2011, că ea însăși a fost diagnosticată cu TPB în tinerețe, o revelație care a dat autenticitate și profunzime contribuțiilor sale în domeniu [5].

În anii 2020, cercetarea asupra tulburării de personalitate borderline (TPB) a fost condusă de numeroși experți din diverse domenii, evidențiind complexitatea și multidimensionalitatea acestei afecțiuni. Iată câțiva dintre cercetătorii Sarah K. Fineberg, Khushwant Dhaliwal și Ayala Danzig. Acești cercetători au publicat în 2020 un articol în care discută despre îmbunătățirea practicilor de cercetare în TPB, subliniind importanța integrării experiențelor clinice în studiile științifice.

*Julian Koenig, s*pecializat în psihiatria copilului și adolescentului, Koenig a studiat interacțiunile dintre creier și corp, concentrându-se pe adolescenții cu TPB și comportamente de auto-vătămare. Cercetările sale combină neuroimagistica și psihofiziologia pentru a înțelege mai bine mecanismele biologice ale TPB. Carla Sharp, profesor la Universitatea din Houston, Sharp a condus cercetări privind TPB la adolescenți, evidențiind traiectorii similare cu cele ale adulților după tratamente inpatient. De asemenea, a explorat impactul pandemiei COVID-19 asupra sănătății mintale a tinerilor din grupuri minoritare. Johannes C. Ehrenthal, cercetările lui Ehrenthal se concentrează pe procesele de reglare emoțională și impactul experiențelor adverse din copilărie asupra dezvoltării TPB. A contribuit la dezvoltarea instrumentelor de diagnosticare psihodinamică și a publicat studii privind validitatea acestor instrumente. Eric Plakun, director medical la Austen Riggs Center, Plakun este cunoscut pentru advocacy în sănătatea mintală și pentru cercetările sale asupra TPB și tulburărilor rezistente la tratament. A militat pentru implementarea completă a legilor privind paritatea în sănătatea mintală și pentru reducerea disparităților în accesul la îngrijire [4].

DSM (Asociația Americană de Psihiatrie, Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale, 2003) enumără 9 criterii categoriale pentru tulburarea de personalitate borderline dintre care 5 trebuie să fie obligatorii prezente pentru punerea diagnosticului. La prima vedere aceste criterii par să nu aibă nici o conexiune unele cu altele sau să aibă cel puțin o conexiune periferică. Însă la o explorare mai profundă cele 9 simptome dezvăluie conexiuni complicate interacționând unele cu altele astfel, un simptom poate declanșa apariția altuia precum pistoanele unui motor cu combustie: 1.Eforturi frenetice de evitare a abandonului real sau imaginat. 2. Relații interpersonale intense și instabile. 3. Lipsa unui sentiment clar al identității. 4.Impulsivitate în comportamente cu potențial auto vătămătoare cum ar fi abuzul de substanțe, sex, furtul din magazine, șofat neglijent, mâncat compulsiv. 5. Amenințări cu gesturi vătămătoare recurente sau comportamente de automutilare. 6. Schimbări de dispoziție severe și reactivitate extremă la stresul situațional. 7. Sentimente cronice de gol interior. 8. Manifestări frecvente și inadecvate ale furiei. 9. Sentimente trecătoare de absență a realității sau paranoia în situații de stres.

Pornind de aici, comunicarea cu acest tip de personalitate este una deficitară [1]. Comunicarea eficientă cu o persoană cu tulburare de personalitate borderline (TPB) presupune o construcție funcțională a mesajului, adaptată particularităților emoționale, cognitive și comportamentale ale acesteia. O astfel de construcție are scopul de a evita escaladarea conflictelor.

Dicționarul de psihologie oferă următoarea definiție „…comunicarea reprezintă o relație între indivizi: comunicarea este în primul rând o percepție. Ea implică transmiterea, intenționată sau nu, de informații destinate să lămurească sau să influențeze un individ sau un grup de indivizi receptori”(Norbert Sillamy, 1996, 53). Comunicarea reprezintă schimbul de mesaje între cel puțin două persoane, din care una emite (exprimă) o informație, iar cealaltă o recepționează (înțelege), cu condiția ca ambii parteneri să cunoască codul (să vorbească aceeași limbă)[6].

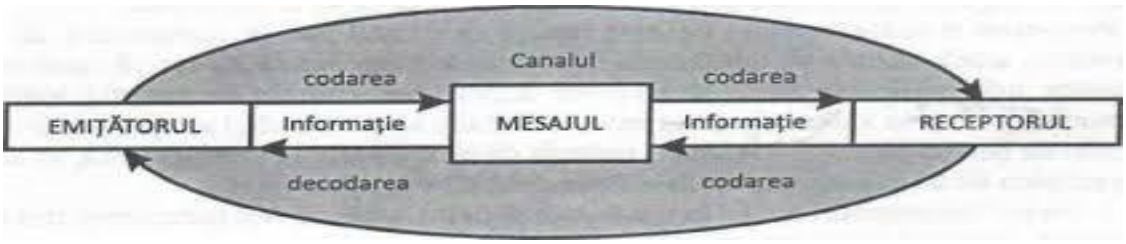


Figura 2. Procesul de comunicare

Comunicarea cu p*ersonalitatea de tip borderline* tocmai că este una deficitară din motive că dacă comunicarea este în primul rând o percepție, atunci unul din cele 4 criterii de diagnostic scoate la suprafață că această deficiență vine din cauza distorsiunilor ale gândirii și percepției. Este posibil ca tu și persoana bordeline să vorbiți două limbi diferite. Marsha Linehan(1993), cercetătoare în domeniul tulburării de personalitate borderline, a conceput un stil de comunicare cunoscut sub acronimul DEAR, care cuprinde următorii pași: Stilul de comunicare DEAR(Marsha M. Linehan(1993). DESCRIE: Situația așa cum o vezi tu, fără a o exagera, fără a emite judecăți și fără a explica ceea ce tu simți față de ea. Nu folosi cuvinte critice sau încărcate emoțional. Nu pretinde că ai cunoaște motivațiile sau emoțiile persoanei respective.

EXPRIMĂ: Exprimă-ți clar emoțiile și opiniile despre situația respectivă. Asumă-ți responsabilitatea despre propriile sentimente. (Este foarte dificil pentru oamenii borderline să înțeleagă că poți fi nervos(ă), supărat (ă), continuând în același timp să-i iubești. AFIRMĂ: Afirmă-ți limitele, simplificându-le. Explică faptul că stabilești o limită, întrucât aceasta este preferința ta personală; așa îți dorești să fii tratat(ă); și acest comportament te face să te simți confortabil. ÎNTĂREȘTE: Întărește beneficiile limitelor tale. Explică efectele pozitive ale satisfacerii nevoilor tale. Nu amenința persoana borderline, în încercarea de a-i controla comportamentul. A lămuri că nu acționezi împotriva ei, ci in nume propriu [3].

Din perspectiva dialogului și relațiilor, „ dialectica” se referă la schimbarea prin persuadare și la folosirea opoziției inerente, mai degrabă decât la logica formală, impersonală. Ea urmărește angajarea persoanei în dialog astfel încât să poată fi realizată mișcarea. Prin opoziția pozițiilor contradictorii atât persoana tu tulburare bordeline cât și ce non borderline pot ajunge la noi înțelesuri ale celor vechi, apropiindu-se de esența chestiunii în discuție [4].

Dialectica pune accentul pe relaționare și plenitudine. Dialectica presupune un sistem de perspective asupra realității. Analiza părților unui sistem are o valoare limitată dacă analiza nu leagă în mod clar partea de întreg. Levins și Lewontin (1985) enunță foarte bine acest lucru:

Părțile și întregul evoluează; astfel în urma relației dintre ele, iar relația în sine evoluează. Acestea sunt proprietățile lucrurilor pe care le numim dialectice, anume că un lucru nu poate exista fără celălalt, că nul își capătă proprietățile din relația pe care o are cu celălalt, că proprietățile amândurora se dezvoltă drept consecință a interpretării lor”[2].

În al doilea rând, realitatea nu este statică, ci alcătuită din forțe interne, aflată în opoziție unu cu alta („ teza” și „ antiteza”, din a căror integrare („ sinteza”) se formează o nouă serie de forțe opuse. Deși dialectica se concentrează asupra întregului, ea pune accent și pe complexitatea oricărui întreg. . Astfel, în fiecare lucru sau sistem, oricât de mic, există polaritate. O idee dialectică foarte importantă este cea potrivit căreia toate propozițiile conțin în ele însele propriile opoziții. Sau așa cum spune Goldberg(1980) [4].

Robert Kegan(1982): „ Pentru a înțelege modul în care persoana creează lumea, trebuie să înțelegi și modul în care lumea creează persoana. Atunci când evaluăm dacă o persoană se află sau nu în perioada sa de echilibru evolutiv, trebuie să ne uităm nu numai la cum anume capătă ea sens, ci și la posibilitatea ca ea să-și piardă echilibrul. În fiecare echilibru, căutăm noul sens a celor ultime și care, în fapt, sunt miza ultimă. Cu fiecare echilibru, descoperim noi vulnerabilități. Fiecare echilibru sugerează cum anume este alcătuită persoana respectivă, totodată o nouă modalitate prin care persoana își poate pierde alcătuirea [3]. Personalitățile borderline trebuie să învețe cum să-și acceseze „mintea înțeleaptă”, adică să renunțe la procesarea emoțională și analiza logică, la ideile fixe și reacțiile extreme și să devină suficient de calmi încât să-i permită cunoașterii înțelepte să se desfășoare. Este utilă ghidarea personalității prin exerciții care îi permit să experimenteze acel calm interior e însoțește „mintea înțeleaptă”.



Figura 3. Activarea minții înțelepte

În perspectiva dialectică sugerează că în cadrul disfuncției avem și funcționalitate, că în cadrul distorsionării există acuratețe și că în distrugere putem găsi elemente ale construcției”. Acesta idee a condus la construirea ideii de „ minte înțeleaptă”. În cadrul dialogului, ideea duce până la găsirea elementelor valoroase din perspectivele fiecărei persoane, mai degrabă decât pe apărarea valorii propriei poziții [4].

Concluzii

Tulburarea de personalitate borderline (TPB) este tot mai frecvent abordată în cercetările din domenii variate, de la psihiatrie și psihologie clinică până la științele educației și științele sociale. Interesul crescut pentru TPB vine din complexitatea simptomelor și impactul major pe care această tulburare îl are asupra funcționării individului în societate.

În educație, cercetările asupra TPB vizează cum pot fi susținuți elevii sau studenții care manifestă trăsături borderline, cum se pot adapta metodele didactice și cum pot fi formate cadrele didactice să gestioneze dificultăți emoționale și comportamentale severe. Una din condiții este construirea unui ecosistem al învățării și comunicării (Railean, 2019). *Limbajul educației* implică nu doar comunicarea verbală, dar și modul în care educația construiește relații, structuri de sprijin și înțelegere pentru acești tinerii cu trăsături borderline. Aceste trăsături pot influența direct performanța școlară și modul în care acești elevi interacționează cu limbajul formal al educației.

Construcția funcțională a mesajului pentru elevii sau studenții cu trăsături borderline este un demers esențial care implică *atenție la forma, tonul și conținutul comunicării*, pentru a evita declanșarea anxietății, a sentimentului de respingere sau a reacțiilor emoționale intense, iar cunoașterea simptomatologiei acestei tulburări prin formare continuă pentru recunoașterea și gestionarea trăsăturilor borderline în context educațional ar facilita adaptarea și accesibilitatea *limbajului educațional* într-o manieră *incluzivă, relațională și afectivă***.**

Bibliografie

1. *DSM-5: manual de diagnostic și calificare statistică a tulburărilor mintale*. Ed. a 5-a, București: Editura Medicală Callisto, 2016

2. Hayes S. C. Noua terapie prin acceptare și angajament: eliberează-te de scenariile minții și trăiește-ți viața. Iași, 2013.

3. Kreisman, Jerold Te urăsc-nu mă părăsi/ înțelegerea personalității borderline. București, 2016.

4. Linehan, Marsha Tratamentul cognitiv-comportamental pentru tulburarea de personalitate de tip borderline. București, 2022.

5. Mason, Paul T. Borderline: cum să trăiești alături de o persoană cu emoții extreme. București: Herald, 2022

6. Ognev, Ivan Psihologia comunicării, București, 2020.

7. Railean, E. A. (2019). Education Ecosystems in the Anthropocene Period: Learning and Communication. In Handbook of Research on Ecosystem-Based Theoretical Models of Learning and Communication. IGI Global Scientific Publishing. Pp, 1-19. https://doi.org/10.4018/978-1-5225-7853-6.ch001

PSIHOPATOLOGIA VIOLENȚEI ÎN FEMICID - VULNERABILITATEA CARE UCIDE

Daria CONSTANTIN, Psiholog

Marius Daniel HAJA, psiholog, Inspector principal, Șef Serviciu Asistență Psihosocială

Introducere

De-a lungul anilor, s-a constatat o preocupare constantă asupra crimei și a criminalității. Mulți cercetători și specialiști, din diverse arii disciplinare, au fost interesați de identificarea și explicarea cauzelor și a factorilor de risc care generează acest fenomen, precum și de găsirea unor modalități de stopare sau de reducere a acestui fenomen complex. Delictele comise împotriva persoanei sau cele produse cu mare violență reprezintă un interes major pentru cercetători, deoarece ele se caracterizează prin inducerea unui sentiment de teamă și insecuritate în rândul populației și necesită costuri sociale extrem de ridicate pentru asumarea sau repararea consecințelor distructive produse.

Fenomenul criminalității și diversele ei forme de manifestare au impus demararea unor ample și minuțioase cercetări în multe țări, între care și țara noastră, privind evoluția, cauzalitatea, particularitățile și modurile de producere a delictelor de omor, viol, tâlhărie, vătămare corporală etc., dar care s-au concentrat asupra criminalității violente, fiind elaborate o serie de ipoteze, teorii și paradigme. În România, studiul caracteristicilor comportamentelor infracționale a primit foarte puțină atenție, mai ales în ceea ce privește investigarea trăsăturilor de personalitate asociate conduitelor delincvențiale, care presupun încălcarea normelor morale, etice și sociale.

Conform unei statistici realizate de către Administrația Națională a Penitenciarelor, în ianuarie 2017, dintre deținuții aflați în penitenciarele din România, 60% erau recidiviști sau cu antecedente penale (Ignat, 2018), ceea ce înseamnă că în cazul acestora nu a intervenit schimbarea, fie din motive de ce țin de personalitate, care au îngreunat procesul terapeutic, fie din cauza faptului că nu au fost abordate corect nevoile și riscurile criminogene, iar intervenția a vizat doar tratamentul simptomelor prezente la un moment dat, în vederea adaptării la mediul carceral, acordându-se o atenție mai scăzută trăsăturilor de personalitate. În plus, unele studii sugerează faptul că programele destinate schimbării

psiho-afective și comportamentale pot îmbunătăți abilitățile sociale și de relaționare ale deținuților, acționând ca un antrenament pentru abilitățile acestora de manipulare interpersonală și de urmărire a propriilor scopuri, în detrimentul celorlalți/ indiferent de consecințele negative pentru cei din jur (Bensimon, 2017).

1.1. Definirea conceptului de violență

În ultimele decenii, numeroase studii asupra violenței au evidențiat importanța acestei caracteristici asupra diferitelor tulburări psihiatrice. Violența pare a fi o parte fundamentală a unor tulburări, cum ar fi tulburarea de personalitate, tulburarea de comportament, agresivitatea, tulburarea bipolară, comportamentul suicidar, A.D.H.D. și abuzul de substanțe psihoactive (Moeller et al. 2001). Brunner și Hen (1997) disting acțiunea violentă (comportamentul) de violență (procese psihologice de bază). În acțiunea violentă, atunci când un individ se confruntă cu două amenintări asupra sa, dintre care una este mică, dar imediată, iar cealaltă este mare, dar întârziată, el alege prima (acțiunea violentă) în vederea înlăturării amenințării imediate în sperața dispariției și a amenințării mai mare, întârziate. Acest lucru se datorează faptului că ei nu pot prevede o altă rezolvare a situației amenințătoare decât recurgând la violență. Cu toate acestea, dacă un individ alege prima variantă din cauza incapacității sale de a evalua și compara consecințele între ele, deși comportamentul său este încă violent, procesul psihologic care îi controlează comportamentul nu este imposibilitatea lui de a identifica o altă modalitate de rezolvare a situației percepută drept amenințătoare, ci este incapacitatea lui de a distinge între cele două alegeri.

Construcția conceptului de violența este semnificativă în domeniul cercetării și al domeniilor clinice privind comportamentele riscante și unele tulburări psihice. Deși, în conformitate cu DSM și ICD, violența este recunoscută ca un criteriu de diagnostic pentru mai multe tulburări (Moeller et al. 2001), dar modul în care aceasta influențează tulburările psihice și dezvoltarea comportamentelor riscante nu este încă clară. Dezacordul privind definirea violnței, componentele sale principale și tehnicile de măsurare ar putea fi considerate ca fiind cauze majore care fac imposibilă formarea unei teorii cuprinzătoare privind dezvoltarea violenței și a rolului său în psihopatologie.

1.2. Perspective în definirea violenței

Violența a fost investigată din diferite perspective și s-au propus câteva definiții. Din perspectiva caracterologică, Eysenck (1993) susține că violența este caracterizată de comportamente riscante neplanificate (Eysenck, 1993). Dickman (1993) afirmă că violența disfuncțională este caracterizată prin luarea de decizii fără a gândi consecințele în comparație cu majoritatea persoanelor cu același nivel de îndemânare și cunoștințe. Mai târziu, Dickman a subliniat o altă componentă, numită componentă de inhibare care se manifestă ca o atenție neadecvată, care în sine este o cauză a violenței (Dickman, 1993).

Barratt (1994) a distins trei dimensiuni ale violenței: a. motor (acțiune fără gândire); b. cognitiv (decizii cognitive rapide); c. neplanificare (scădere a orientării spre viitor) (Barratt 1994). Nigg și colab. (2005) au definit violența ca răspuns rapid în situații în care răspunsul calculat ar fi mai adecvat. Potrivit lui Patton și colab. (1995) există trei factori care contribuie la violență: 1. care acționează pe moment (activarea motorului); 2. nu se concentrează pe sarcina de moment (lipsa de atenție); 3. nu planifică și nu gândește cu atenție (fără planificare).

Din perspectiva biologică și neuropsihologică, violența se caracterizează prin eșecul inhibării unui impuls potențial riscant pentru individ sau pentru ceilalți din jur (Chamberlain 2007). Din punct de vedere cognitiv, violența este incapacitatea de a inhiba impulsurile, gândurile și comportamentale. Chudasama (2011) consideră controlul impulsurilor violente ca o componentă importantă a funcțiilor executive, acesta joacă un rol important în funcționarea socială și personală (Chudasama 2011). Având

în vedere aspectul social al violenței, el se referă la un comportament învățat care se formează în interiorul familiei, în familie copiii învață să reacționeze imediat pentru a atinge ceea ce doresc (L'Abate 1993). Prin urmare, indivizii violenți nu au capacitatea de a evalua consecințele acțiunilor lor, fie pentru ei, fie pentru ceilalți.

Printre teoriile cognitive, teoria lui Kagan (1994) a avut o influență semnificativă asupra teoriilor de învățare și de prelucrare. Kagan a considerat inhibarea comportamentală ca temperament la copiii, care influențează răspunsurile comportamentale, cognitive și psihologice la noutate. Din perspectiva comportamentală, violența include o mare varietate de acțiuni care sunt imature, periculoase, nepotrivite situației și nu se iau în considerare, ceea ce are de obicei consecințe negative (Evenden JL. 1999). Persoanele violente nu își pot întârzia satisfacția și controlul (Monterosso et all., 1999), când se confruntă cu diverse amenințări, aceștia preferă recurgerea la comportanente violente în vederea reducerii sau anihilării situației amenințătoare (Ainslie G., 1995).

1. 3. Perspectiva bio-psiho-socială a violenței

Moeller și colab. (2001) au privit violenței dintr-o perspectivă bio-psiho-socială pentru a încorpora diferite aspecte cognitiv-sociale și caracterologice. Ei consideră că o definiție cuprinzătoare a violenței ar trebui să includă următoarele aspecte (Moeller et all., 2001): scăderea sensibilității la consecințele negative ale comportamentului; reacția imediată și neplanificată la stimuli înainte de a procesa cu atenție informațiile; nu se iau în considerare consecințele pe termen lung ale unui comportament. Moeller și colab. (2001) au considerat că violența include pregătirea de a lua măsuri imediate și neplanificate ca răspuns la stimulii interni și externi, fără a lua în considerare consecințele lor negative asupra lor sau a celorlalți. Această definiție are câteva caracteristici, care sunt utile în cercetare și tratament. În primul rând, violența este văzută ca un potențial care poate fi considerat ca parte a modelului comportamental, în al doilea rând violența include o acțiune imediată și neplanificată care are loc în timp ce nu există suficiente șanse pentru evaluarea consecințelor. Conform acestei trăsături, violența se deosebește de acțiunea comportamentală în care planificarea a avut deja loc înainte de acțiune, în al treilea rând, violența indică luarea de măsuri fără a ține cont de consecințele acesteia.

Cu toate acestea, violența motorie (comportamentală) se deosebește de violența cognitivă (selectivă). Violența motorie este egală cu inhibarea răspunsului și este studiată pe animale, acest tip de impulsivitate violentă este legat de lobul prefrontal dorsolateral, mai mult, rolul hidroxitriptaminei în agresivitatea și dependența animalelor este important (Brunner D, Hen R., 1997). Pe de altă parte, violența cognitivă este caracterizată de incapacitatea de a compara consecințele imediate și consecințele evenimentelor între ele, prin urmare, incapacitatea de a întârzia satisfacția. Acest tip de violență este evaluat în sarcinile decizionale lobul prefrontal ventromedial fiind recunoscut ca parte principală implicată în acest tip de violență (Anderson SW., 1994).

Teorii și modele privind violența

Considerând drept criterii de clasificare domeniul de cunoaştere cărora aparţin aceste teorii explicative, impactul lor în lumea ştiinţifică, dar şi complexitatea explicaţiilor oferite, au fost avansate mai multe ipoteze privind etiologia comportamentelor violente. Aceste explicaţii reflectă perspectiva diferitelor abordări teoretice care au fost întreprinse în acest domeniu: biologice, etologice, sociologice, psihologice şi psihosociologice. După Moser (1987), există patru concepţii majore în ceea ce priveşte comportamentul violent: a. teoriile instinctuale – consideră ca violența este o manifestare a unei pulsiuni sau instinct înnăscut; b. teoriile reactive – consideră comportamentul violent ca o reacţie la situaţiile frustrante, dezagreabile; c. teorii ale învăţării – potrivit cărora comportamentul violent este un comportament achiziţionat prin intermediul unor diferite mecanisme cum este, de pildă, învăţarea

prin imitaţie şi/sau observaţie; d. abordarea cognitivă – care pune accentul pe procesele cognitive centrale interne inserate între stimuli şi răspunsul comportamental al individului. În varianta mai specifică a costurilor şi beneficiilor, perspectiva cognitivă sugerează că şi comportamentele violente sunt rezultanta unui proces decizional: decizia de a acţiona violent este funcţie de raportul dintre costurile şi beneficiile prezumate.

2.1. Abordarea cognitivă asupra violenței

Această abordare accentuiază procesele cognitive centrale inserate între stimuli şi răspunsul comportamental al individului. Paradigma face referire la maniera prin care reacţia unui individ este condiţionată de diferite structuri cognitive a unor procese de identificare, transformare şi procesare a semnificaţiei informațiilor (obiectelor sau evenimentelor-stimul externe). Inițial, a fost subliniat rolul diferitelor procese cognitive în învăţarea prin observaţie, însă acesta le acordă acestor procese rolul de variabile intermediare în achiziţionarea de noi scheme comportamentale. Totodată, teoria învăţării sociale acordă un rol foarte important evenimentelor petrecute în trecut cu toate că face referire şi la condiţiile cognitive prezente.

Zillman (1978) afirmă că, în funcţie de nivelul de excitare neuropsihcă (arousal), individul are capacitatea de a mobiliza diferite procese cognitive complexe cu scopul de a aprecia circumstanțele situaţionale şi răspunsul comportamental violent. Numai un nivel de excitare mediu oferă condiţiile optimale, permiţând subiectului să aprecieze circumstanţele „provocării” căreia îi este obiect. Astfel, subiectul va oferi un răspuns în funcţie de intenţia acţiunii căreia îi este obiect, tipul acţiunii, costul şi efortul pe care îl presupune reacţia sa şi diverse consideraţii morale (Fischer G.N., 1992).

În cazul unor niveluri foarte scăzute sau foarte ridicate de excitare a sistemului nervos simpatic, intervenţia proceselor cognitive superioare este blocată, conducând la lipsa unor medieri cognitive, totodată multitudinea de reacţii posibile la situaţia problematică se restrânge şi se limitează la scheme comportamentale învăţate anterior, la comportamente reactive primare. Aflat în această situaţie, individul, datorită activării sistemului nervos simpatic, reacţionează cu o energie puternică la cele mai mici ameninţări, aceste explozii de energie nefiind însă adaptate situaţiei (Moser G., 1987).

2.2. Implicații ale distorsiunilor cognitive ale violenței

Un argument care sprijină importanța factorilor cognitivi în determinarea comportamentului violent se regăsește și în cadrul cercetarii realizată de Welsh și Gordon (1991). Ei analizează legătura dintre intențiile și comportamentele violente și constată că schemele cognitive sunt mediatori mai puternici comparativ cu variabilele din sfera emoțională. O trecere în revistă a distorsiunilor cognitive identificate cu precădere la infractorii violenți evidențiază aspecte precum: negarea acuzațiilor, blamarea altora, atribuirile externe, minimizarea, interpretarea greșită a intențiilor și acțiunilor altora, justificarea, gândirea egoistă, raționalizarea și gratificarea imediată a trebuințelor (Barriga, Hawkins, & Camelia, 2008; Barriga, Landau, Stinson, Liau, & Gibbs, 2000).

Există dovezi empirice ale faptului că unul dintre cei mai semnificativi mediatori ai relației dintre predispozițiile violente și transpunerea lor în comportamente concrete este eroarea cognitivă a atribuirii ostilității (Dodge et al., 2015). Explicit, persoanele care au o anume predispoziție către violență își vor manifesta această tendință dacă au în același timp tendința de a considera că ceilalți au intenții rele în raport cu ei. Autorii mai menționează că această concluzie este valabilă indiferent de vârsta și de cultura din care fac parte paticipanții investigați.

3.Dimensiunea patologică a violenței

În general, violența este simptomul unor tulburări, cum ar fi tulburarea de hiperactivitate (A.D.H.D.) (Barkley RA., 1997), tulburarea depresivă și anxioasă (López-Villalobos JA, Serrano

Pintado I, Delgado Sánchez-Mateos J., 2004) și tulburările de personalitate, în special tulburările clasei B (tulburarea de personalitate antisocială și tulburarea de personalitate borderline). Potrivit DSM-V, impulsivitatea violentă este definită în termenii unui aspect de dezinhibare și considerată ca o reacție imediată la stimuli percepuți ca fiind potential periculoși, reacție neplanificată pe impulsul momentului sau fără a ține seama de consecințele ei, probleme în programarea sau aderarea la programe, simț al urgenței și comportamentului de automutilare în tulburările emoționale (APA., 2013). În psihopatologie, violența este definită în trei moduri diferite: a. reacție rapidă fără gândire și judecată conștientă; b. acțiune fără un process de gândire eficient; c. tendința de a acționa fără a gândi în comparație cu ceilalți care au niveluri similare de cunoaștere și abilități (Arce E, Santisteban C., 2006).

3.1. Violența funcțională versus violența disfuncțională

Dickman (1990) a încercat să reconcilieze aceste corelări adaptive și dezadaptative prin diferențierea a două forme de violență. El le-a etichetat ca violență funcțională vs. violență disfuncțională și a creat subscale pentru a le măsura separat. Intercorelațiile lor au variat de la zero la mici și pozitive. Măsura violenței funcționale s-a dovedit a prezice generarea de idei (BrunasWagstaff, Bergquist, Morgan, & Wagstaff, 1996), entuziasmul, aventura și capacitatea de a lua decizii rapide (Dickman, 1990). Violența funcțională este relevantă în special pentru situațiile în care beneficiile vitezei depășesc beneficiile acurateței.

În multe interacțiuni sociale, de exemplu, sunt necesare răspunsuri destul de rapide sau angajarea este întreruptă. Subciclul funcțional se suprapune conceptual și empiric cu impulsivitatea propusa de Eysenck (Brunas-Wagstaff, Bergquist, Richardson, & Connor, 1995). Concepția lui Dickman asupra violenței disfuncționale, pe de altă parte, implică o dezordonare neregulată. Corelatiile comportamentale ale acestei subscale includ distragerea atenției și luarea deciziilor inexacte precum și ideație de suicid. Conceptual, violența disfuncțională se suprapune cu violența „îngustă" a lui Eysenck (Brunas-Wagstaff et al., 1995; Dickman, 1990). Violența disfuncțională este prezentă în mai multe tulburări psihiatrice care generează comportamente riscante, incluzând tulburarea bipolară, tulburările de alimentație, tulburările de personalitate, dependența de droguri și ADHD.

Analiza factorială a violenței (Barratt, 1994) indică prezența a trei factori: creșterea activității motorii, scăderea atenției și reducerea planificării. Scaderea atentiei si planificarea sunt principalii factori ai violenței. Tulburările psihice care vin de-a lungul violenței sunt probabil legate de modele diferite ale acestor mecanisme de bază. De exemplu, leziunile lobului frontal care afectează atenția și planificarea conduc la apariția simptomelor de tulburare a personalității și un nivel ridicat al activității motorii. Linnoila (1983) a constatat că, în comparație cu persoanele cu violență preplanificată, indivizii cu violenţă impulsivă au un nivel mai scăzut de metabolit al serotoninei în lichidul cefalorahidian (Linnoila M., 1983). În plus, Coccaro (1989) a raportat o corelație semnificativă între răspunsul la prolactină față de fenfluramină, care determină eliberarea serotoninei și agresivitatea impulsivă la persoanele cu tulburări de personalitate. Leziunea lobului frontal este considerată ca fiind cea mai importantă cauză a violenței (Coccaro EF., 1989). Bechara (2000), a raportat că pacienții cu leziuni ale lobului prefrontal sunt afectați în a face distincția între alegerile cu consecințe pozitive și cele cu consecințe negative (Bechara A, Damasio H, Damasio AR., 2000).

3.2. Perspectiva psihologică a violenței în comiterea de infracțiuni

După cum evidențiază Nastas (2013) obiectul de studiu al psihologiei judiciare este definit ca fiind "studiul particularităților vieții intrapsihice și al comportamentului persoanelor implicate în prevenirea, geneza, producerea și soluționarea conflictului individului cu norma juridică". Factorii care determină comiterea unei infracțiuni pot fi considerați ca fiind de natură externă sau internă. În

opinia lui Pinatel (1956) orice persoană în circumstanțe excepționale poate deveni infractor, autorul menționând asocierea dinamică a patru trăsături de personalitate care apar la majoritatea delincvenților (Mruk, C.J., 2006): 1. egocentrismul reprezintă tendința individului de a raporta totul la propria persoană, nefiind capabil să recunoască superioritatea sau succesul celorlalți; 2. agresivitatea se manifestă printr-un comportament violent ca urmare a insatisfacției dorințelor. Cea mai cunoscută categorizare a acesteia conține heteroagresiunea și autoagresiunea, Pinatel distingând și între violența ocazională și cea profesională ce se diferențiază prin durată și caracterul spontan; 3. labilitatea afectivă presupune maturizarea afectivă insuficientă care este caracterizată prin fluctuația emotivității, capriciozitate și o deschidere accentuată către influențe; 4. indiferența afectivă se caracterizează prin incapacitatea infractorului de a înțelege emoțiile și nevoile celorlalți, redând stările de inhibare și dezorganizare emoțională (Butoi și Butoi, 2004).

3.3. Tulburările de personalitate și violența

Trăsăturile de personalitate fac referire la calitățile și trăsăturile unui individ. Wilson și Herrnstein (1985) definesc personalitatea ca incluzând trăsături, atitudini sau obiceiuri de caracter care dispun un individ de anumite comportamente într-o varietate de contexte. Diferite perioade de timp și situații particulare pot provoca comportamente disfuncționale și cogniții la indivizi normali, sănătoși. Numai atunci când comportamentele dăunătoare și cognițiile sunt suficiente și destul de extreme pentru a provoca primejdie semnificativă pentru individ sau pentru ceilalți din jurul, este indicată o tulburare de personalitate.

Tulburările de personalitate pot afecta în mod negativ viața personală și socială a unui individ, în cele din urmă interferând cu capacitatea sa de a funcționa corespunzător în societate. Persoanele cu tulburări de personalitate întâmpină dificultăți în îndeplinirea unor sarcini simple, de zi cu zi, de menținere a locurilor de muncă și de stabilire a relațiilor sănătoase cu ceilalți (American Psychiatric Association, 2000). În plus, persoanele cu tulburări de personalitate au adesea vieți și relații emoționale anormale, care adesea cauzează suferință pentru cei din jurul lor (Jones, 2014). Problemele individuale și sociale asociate tulburărilor de personalitate pot fi văzute ca versiuni extreme ale problemelor cu care se confruntă persoanele care nu suferă de tulburări de personalitate.

Violența mai poate fi legată și de consumul de substanțe (Boles & Miotto, 2003), iar consumul de alcool și droguri este deseori întâlnit în rândul persoanelor care nu sunt violente (Fagan, 1990). Abuzul de substanțe, în principal abuzul de alcool, a fost deseori asociat timp de mai multe decenii cu comportamentele agresive, violente, dar cercetările au documentat rareori legăturile cauzale datorită variabilelor multiple care sunt implicate (ibidem, 2003). Prezența alcoolului sau a drogurilor în evenimente violente nu implică neapărat că aceste substanțe au influențat comportamentul fiecărui făptuitor sau victimă. În plus, substanțele diferite afectează indivizii în mod diferit, pe baza influenței fiziologiei, psihologiei, istoriei, sexului și a altor factori individuali și culturali (Collins, 1993).

Printre cei mai importanţi factori în ceea ce priveşte infracţiunile violente se regăsesc tulburările psihice, consumul de substanţe, tulburările antisociale și tulburările de comportament. Studiile efectuate (Tiihonen și colab., 1997, Brennan, 2000, Arsenault et al., 2000) afirmă că tulburările de personalitate s-au dovedit a fi factori importanţi de risc pentru infracţiunile violente. Consumul de substanţe reprezintă deasemenea un important factor de risc în ceea ce priveşte comiterea infracţiunilor violente în rândul persoanelor cu tulburări de personalitate (Brennan și colab., 2000), însă aceşti factori nu explică în mod cert comiterea infracţiunilor violente (Swanson și colab., 2006). Cu toate acestea, studiile anterioare efectuate pe baza datelor medico-legale pentru examinarea stării mentale nu au raportat o prevalență mai mare a consumului de substanţe pe toată durata de viață între eşantioane de

infractori diagnosticaţi cu afecţiuni psihice care au comis omucideri (Schanda și colab., 2004) în comparație cu prevalența în rândul persoanelor neîncarcerate, consumatoare de substanţe, diagnosticate ca având afecţiuni psihice (Kessler și colab., 2005).

Concluzii

In cadrul acestei lucrări am arătat că formele majore de comportament deviant au implicaţii grave pe plan social. In aceste cazuri, defectele de structurare a personalităţii apar datorită unor factori care susţin motivaţia patologică a conduitelor deviante, dar şi din factori de microclimat social negativ. Inventarul trăsăturilor de personalitate care se evidenţiază în cazul fenomenelor de inadaptare şi care conduc la manifestarea conduitelor antisociale, violente este folosit atât în cadrul ştiinţelor medico-legale şi social juridice, cât şi în practica de expertiză medico-legală psihiatrică - care apreciază gradul de discernământ al infractorului prin raportarea la tipul şi nivelul de personalitate şi prin coroborarea trăsăturilor de bază ale personalităţii cu elemente constitutive ale actului antisocial. Rezultă astfel, o interpretare individualizată a cazului. Evaluarea responsabilităţii făptuitorului se realizează însă, prin analizarea a patru elemente: victima, instrumentul vulnerant, circumstanţele declanşatoare şi autorul, între care se stabileşte un raport de cauzalitate. Aceste elemente esenţiale, desigur, pot face obiectul unei viitoare cercetări.

Bibliografie

1. Anderson C.A., Bushman B.J., (2002). Human aggression. Annual Review of Psychology, 53:27-51.
2. Bach, K. and Ainslie, G. (1995). Picoeconomics: The Strategic Interaction of Successive Motivational States within the Person. Philosophy and Phenomenological Research, 55(4), p.981.
3. Barkley, R., Murphy, K. and Kwasnik, D. (1997). Attention-deficit disorder. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 18(3), p.209.
4. Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), Violence and mental disorder: Developments in risk assessment (pp. 61–79). Chicago, IL: University of Chicago Press;
5. Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. Cerebral cortex, 10(3), 295-307.
6. Bensimon, M. (2017). Victimization in light of self-compassion: Development towards communal compassion. Aggression and Violent Behavior, 35, pp.44–51.
7. Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. Aggression and violent behavior, 8(2), 155-174.
8. Brunas-Wagstaff, J., Bergquist, A., Richardson, P., & Connor, A. (1995). The relationships between functional and dysfunctional impulsivity and the Eysenck personality questionnaire. Personality and Individual Differences, 18(5), 681-683.
9. Carre, J. R., & Jones, D. N. (2017). Decision making, morality, and machiavellianism: The role of dispositional traits in gist extraction. Review of General Psychology, 21(1), 23–29.
10. Collins, J. J. (1993). Drinking and violence: an individual offender focus. In S. E.
11. Dickman, R. (1993). Nonequilibrium phase transitions in catalysis and population models. International Journal of Modern Physics C, 04(02), pp.271–277.
12. Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. Journal of personality and social psychology, 58(1), 95.
13. Edwards, B. G., Albertson, E., & Verona, E. (2017). Dark and vulnerable personality trait correlates of dimensions of criminal behavior among adult offenders. Journal of Abnormal Psychology, 126(7), 921–927. https://doi.org/10.1037/abn0000281
14. Fischer, E.S. (1992). Book Review. Journal of Plant Physiology, 139(4), p.512.
15. Ignat, R. (2018). “Therapeutic windows” in personality disorders. Psihiatru.ro, 4(51), p.28.
16. Jones Daniel N., PaulhusDelroy L., 2014, Introducing the Short Dark Triad (SD3): A Brief

Measure of Dark Personality Traits, Assesment, http://asm.sagepub.com/content/21/1/28;
17. Kaufman, S. B. (2018). The Dark Core of Personality. Scientific American Mind, 29(6), 18–21.
18. L'Abate, L. (1993). An Encyclopedia of Family Therapy: Where Is This Field Going? Contemporary Psychology: A Journal of Reviews, 38(2), pp.161–162.
19. Lau, K. S. L., & Marsee, M. A. (2013). Exploring Narcissism, Psychopathy, and Machiavellianism in Youth: Examination of Associations with Antisocial Behavior and Aggression. Journal of Child and Family Studies, 22(3), 355–367. https://doi.org/10.1007/s10826-012-9586-0
20. Linnoila, M., Virkkunen, M., Scheinin, M., Nuutila, A., Rimon, R., & Goodwin, F. K. (1983). Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. Life sciences, 33(26), 26092614.
21. López Villalobos, J.A., Serrano Pintado, I., Delgado Sánchez Mateos, J., Cañas Cañas, M.T., Gil-Diez Usandizaga, C. and Sánchez Azón, M.I. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (91).
22. Marcus, D. K., Zeigler-Hill, V., Mercer, S. H., & Norris, A. L. (2014). The psychology of spite and the measurement of spitefulness. Psychological Assessment, 26(2), 563–574.
23. Miller, J. D., Few, L. R., Seibert, L. A., Watts, A., Zeichner, A., & Lynam, D. R. (2012). An examination of the Dirty Dozen measure of psychopathy: A cautionary tale about the costs of brief measures. Psychological Assessment, 24(4), 1048–1053.
24. Miller, J. D., Hyatt, C. S., Maples-Keller, J. L., Carter, N. T., & Lynam, D. R. (2017). Psychopathy and Machiavellianism: A Distinction Without a Difference? Journal of Personality,85(4), 439–453.
25. Monterosso, J. and Ainslie, G. (1999). Beyond discounting: possible experimental models of impulse control. Psychopharmacology, 146(4), pp.339–347.
26. Moshagen, M., Hilbig, B. E., & Zettler, I. (2018). The Dark Core of Personality. Psychological Review, (July).
27. Mruk, C. J. (2006). Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem. Springer Publishing Company.
28. Paulhus, D. L., Curtis, S. R., & Jones, D. N. (2018). Aggression as a trait: the Dark Tetrad alternative. Current Opinion in Psychology, 19(April), 88–92.
29. Rand, D.G. (2015). Clarification Regarding Rand et al. (2015) "Social Context and the Dynamics of Cooperative Choice." Journal of Behavioral Decision Making, 28(5), pp.542– 542.
30. Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. G., Pham, M., & Moeller, F. G. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. Bipolar Disorders, 6, 204–212

IMAGINILE BENEFICIARILOR SERVICIILOR DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI CERINȚELE GDPR ÎN RELAȚIA CU DONATORII

Daniela SIMIONOVICI
Vicepreședinte Asociația specialiștilor în confidențialitate și protecția datelor – ASCPD
Consultant GDPR, NIS, SCIM

Rezumat

Furnizorii de servicii sociale se confruntă frecvent cu solicitări din partea donatorilor sau finanțatorilor de a furniza „dovezi vizuale" privind impactul intervențiilor derulate. Imaginile cu beneficiari - fotografii din timpul activităților, portrete, momente de distribuire a sprijinului - ajung astfel să fie utilizate în raportări, comunicare publică sau materiale de promovare. Deși intenția este de a demonstra eficiența proiectelor, această practică poate ridica probleme serioase de protecție a datelor cu caracter personal, mai ales atunci când sunt implicați copii, vârstnici, persoane cu dizabilități sau aflate în situații de vulnerabilitate accentuată.

Lucrarea de față analizează aceste situații din perspectiva aplicării Regulamentului (UE) 2016/679, cu accent pe prelucrarea imaginilor ca date personale, cerințele pentru obținerea unui consimțământ valid și responsabilitatea operatorului în relația cu terții, inclusiv cu donatorii. Fără a înlocui rolul consultanței specializate sau al responsabilului cu protecția datelor, se propun repere clare de conformitate și reflecții aplicate asupra practicilor curente din sectorul serviciilor sociale. Lucrarea noastră pleacă de la premisa că respectarea cerințelor GDPR nu contrazice nevoia de transparență, ci contribuie la consolidarea unei relații responsabile între furnizor și beneficiar. Într-un domeniu în care demnitatea persoanei asistate este esențială, utilizarea imaginilor trebuie să reflecte nu doar „impactul" unui proiect, ci și limitele etice ale expunerii persoanelor vizate.
Cuvinte-cheie: GDPR, servicii sociale, beneficiari, date cu caracter personal, consimțământ, donatori, utilizarea imaginilor, transparență.
Abstract: Social service providers frequently face requests from donors or funders to supply "visual evidence" of the impact of their interventions. Images of beneficiaries - photographs taken during activities, portraits, or moments when aid is distributed - are thus used in reports, public communications, or promotional materials. Although the intention is to demonstrate the effectiveness of projects, this practice may raise serious concerns regarding the protection of personal data, particularly when children, elderly persons, individuals with disabilities, or those in situations of heightened vulnerability are involved. The present paper analyzes such situations through the lens of Regulation (EU) 2016/679, with a focus on the processing of images as personal data, the requirements for obtaining valid consent, and the data controller's responsibility in relation to third parties, including donors. Without substituting for specialized legal advice or the role of the data protection officer, the paper proposes clear compliance benchmarks and offers practical reflections on current practices in the social services sector. Our analysis is based on the premise that compliance with GDPR requirements does not contradict the need for transparency but contributes to building a responsible relationship between provider and beneficiary. In a field where the dignity of assisted persons is fundamental, the use of images must reflect not only the "impact" of a project, but also the ethical boundaries of exposing data subjects.
Keywords: GDPR, social services, beneficiaries, personal data, consent, donors, image use, transparency

Introducere

Se impune, chiar de la început, o reafirmare simplă, dar necesară: asistența socială nu este un serviciu periferic sau auxiliar, ci un mecanism esențial într-o societate democratică matură. Misiunea ei este de a sprijini persoanele aflate în situații de vulnerabilitate, de a preveni marginalizarea și de a reda sensul demnității acolo unde el a fost slăbit de lipsuri, boală, abuz sau abandon. Prin intervenții specializate, prin acompaniere și prin construcția de rețele de sprijin, asistenții sociali contribuie direct la reducerea inegalităților și la menținerea coeziunii sociale. Această muncă de zi cu zi, desfășurată adesea în tăcere, are totuși nevoie de susținere. Iar în condițiile în care finanțarea publică este de multe ori insuficientă sau instabilă, este firesc ca o parte semnificativă a resurselor să provină din parteneriate cu finanțatori privați, sponsori sau organizații nonguvernamentale, civile sau religioase. În paralel, opinia publică joacă și ea un rol important: legitimează proiectele, le dă vizibilitate, le face să conteze și în afara rapoartelor contabile.

Acest parteneriat - public, privat și comunitar - presupune, obligatoriu, un anumit grad de transparență. Oamenii și instituțiile care oferă sprijin au, într-o anumită măsură, dreptul să știe cum sunt utilizate fondurile și care este impactul real al intervenției sociale. Din această nevoie legitimă a

apărut o practică tot mai frecventă: documentarea vizuală. Adesea, furnizorii de servicii sociale sunt rugați - sau chiar *condiționați* - să furnizeze fotografii, imagini din teren, cadre care ilustrează „schimbarea produsă", în special în raportările către donatori (Dumitrescu, Simionovici & Cireașă, 2020).

Această presiune de a arăta rezultate - de preferință vizibile, emoționale, convingătoare - face parte astăzi din cultura raportării. Dincolo de cifre, beneficiarii devin, adesea involuntar, fața publică a proiectului. Această practică, deși eficientă în termeni de comunicare, ridică semne de întrebare serioase privind protecția datelor și respectul pentru persoana aflată în nevoie. Știm cu toții că fotografia unui copil zâmbind cu o pungă de alimente în mână este convingătoare. Dar întrebarea este: *Acel copil - sau părintele său - a înțeles cu adevărat ce înseamnă publicarea acelei imagini? A avut posibilitatea reală de a refuza fără consecințe? I s-a explicat ce înseamnă prelucrarea imaginii în spațiul digital?* Toate aceste întrebări ne conduc, inevitabil, către cadrul juridic al protecției datelor, în special către Regulamentul (UE) 2016/679, nu dintr-o perspectivă birocratică, ci din nevoia de a aduce rigoare, echilibru și respect într-un domeniu în care demnitatea persoanei asistate trebuie să fie mereu prioritară (Cireașă, Simionovici & Dumitrescu, 2021). În secțiunea următoare, vom detalia modul în care acest cadru poate fi aplicat în practică și care sunt responsabilitățile pe care furnizorii de servicii sociale și partenerii lor le au în ceea ce privește utilizarea imaginilor beneficiarilor.

Fapte esențiale privind prelucrarea imaginilor beneficiarilor în serviciile sociale

Această secțiune reunește o serie de constatări fundamentale - atât de natură juridică, cât și desprinse din practica serviciilor sociale - care privesc direct prelucrarea imaginilor beneficiarilor. În contextul aplicării Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR), utilizarea imaginilor foto sau video nu este o chestiune de oportunitate sau stil instituțional, ci presupune respectarea unui cadru legal riguros, în care orice abatere poate genera consecințe semnificative, inclusiv sancțiuni.Prin urmare, secțiunea de față își propune să aducă în prim-plan fapte verificabile, formulate clar și susținute de textul normativ și de interpretări conforme, cu scopul de a oferi actorilor din domeniul social un reper clar privind limitele și obligațiile care însoțesc utilizarea imaginilor beneficiarilor. Aceste fapte nu reprezintă opinii sau recomandări generale, ci puncte de referință esențiale pentru conformitate, clarificând ce este permis, ce este interzis și ce condiții trebuie îndeplinite în mod expres pentru a asigura legalitatea și exigențele etice ale unei astfel de prelucrări.

Faptul 1:

Potrivit art. 4 pct. 1 din Regulamentul (UE) 2016/679, *orice* informație, inclusiv fotografia unui beneficiar de servicii / prestații sociale reprezintă un element cu ajutorul căruia respectiva persoană poate fi identificată, direct sau *indirect*. Cu alte cuvinte, respectiva imagine constituie date cu caracter personal dacă identifică persoana, sau dacă duce la identificarea, individualizarea fără dubii a acesteia (Simionovici et al., 2020). Ideea fundamentală care trebuie subliniată este că, în sensul Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR), noțiunea de „date cu caracter personal" nu presupune ca o persoană să fie cunoscută sau identificabilă la scară largă ori de către un public numeros. Dimpotrivă, criteriul esențial este *posibilitatea identificării persoanei* - chiar și de către *o singură altă persoană, în anumite condiții*. Cu alte cuvinte, nu este necesar ca un set de date să permită recunoașterea generală sau publică a unei persoane pentru ca acestea să intre sub incidența protecției oferite de GDPR. Este suficient ca respectivele informații să permită, *prin corelare,* asocierea imaginii, sunetului sau oricărui alt identificator (inclusiv comportamental sau contextual) cu o persoană determinată sau determinabilă - fie și într-un context foarte restrâns (Ploeșteanu et al., 2018).

Această interpretare este esențială mai ales în cazul unor categorii speciale de date, precum imaginile foto sau video, unde identificabilitatea poate rezulta nu doar din trăsături faciale, ci și din

vestimentație, gesturi, decor, activitate desfășurată sau momentul și locul captării. În astfel de situații, *persoana devine identificabilă dacă o altă persoană (fie ea și un singur coleg, vecin, părinte etc.) poate stabili legătura între imagine și identitatea reală,* chiar dacă pentru un observator extern acea imagine nu transmite nicio informație relevantă.

Prin urmare, *accentul nu cade pe numărul persoanelor care pot efectua identificarea, ci pe faptul că identificarea este posibilă* - cu mijloace rezonabile, din perspectiva celui care dispune de contextul necesar. Acest principiu este esențial pentru a înțelege de ce date aparent anodine (ex. o fotografie de grup fără nume) pot constitui date cu caracter personal în sensul juridic al termenului (Cireașă, 2021b). *Punct nodal: Imaginile persoanelor vizate SUNT date cu caracter personal.*

Faptul 2:

Articolul 9 alin. (1) din GDPR prevede: „*Se interzice prelucrarea de date cu caracter personal care dezvăluie originea rasială sau etnică, opiniile politice, confesiunea religioasă sau convingerile filozofice sau apartenența la sindicate și prelucrarea de date genetice, de date biometrice pentru identificarea unică a unei persoane fizice, de date privind sănătatea sau de date privind viața sexuală sau orientarea sexuală ale unei persoane fizice.*" (Regulation (EU) 2016/679, 2016). Dincolo de interdicția generală formulată de acest alineat - urmată, în mod firesc, de o serie de excepții în alineatele următoare - valoarea sa practică constă în delimitarea clară a ceea ce constituie „categorii speciale de date cu caracter personal". Enumerarea acestor exemple este deosebit de utilă nu doar pentru specialiștii în protecția datelor sau consultanți, ci mai ales pentru operatori, care au nevoie de criterii concrete pentru a identifica, din timp, datele cu regim juridic special și pentru a aplica măsurile de protecție adecvate. Această explicitare contribuie la prevenirea prelucrărilor incorecte și la întărirea responsabilității în gestionarea informațiilor sensibile (Șandru, 2018b).

Expresia potrivit căreia „O imagine face cât o mie de cuvinte" devine, în contextul protecției datelor cu caracter personal, o afirmație cu relevanță juridică și practică incontestabilă. În lumina art. 9 din Regulamentul (UE) 2016/679, o simplă fotografie poate dezvălui, direct sau indirect, *date speciale privind persoana vizată*, chiar și în lipsa oricărei intenții explicite de prelucrare a acestor informații. Elementele vizuale conținute într-o imagine - postura, expresia facială, mediul înconjurător, obiectele din cadru sau simbolurile purtate - pot trăda aspecte legate de *originea etnică, convingerile religioase, starea de sănătate, orientarea sexuală sau apartenența la o anumită categorie socială* (Simionovici et al., 2020).

Această capacitate a imaginii de a transmite informații sensibile fără suport textual o transformă într-un *instrument cu dublă natură*: pe de o parte, un mijloc de comunicare vizuală, iar pe de altă parte, un vehicul de date protejate prin lege. Chiar și o fotografie aparent banală - realizată într-un lăcaș de cult, într-o instituție medicală sau la un eveniment asociat unei organizații politice - poate conduce la inferențe privind credințele, starea de sănătate sau opiniile persoanei surprinse. Într-un asemenea context, protecția juridică nu se mai raportează doar la intenția operatorului, ci și la rezultatul obiectiv al prelucrării, respectiv potențialul imaginii de a dezvălui informații care intră în sfera datelor sensibile (Simionovici et al., 2020).

Datele de natură vizuală, precum fotografiile, pot fi încadrate în categoria datelor speciale prevăzute de art. 9 din Regulamentul (UE) 2016/679 tocmai prin capacitatea lor de a genera aprecieri, interpretări sau judecăți de valoare care depășesc conținutul obiectiv al imaginii. O fotografie nu transmite doar o reprezentare fizică a persoanei vizate, ci poate deveni un suport pentru evaluări subiective privind convingerile, statutul social, starea emoțională ori comportamentul acesteia. În

spațiul public, aceste evaluări capătă adesea o dimensiune socială amplificată, transformând imaginea într-un instrument de etichetare sau stigmatizare.

Expunerea unei fotografii în afara controlului persoanei vizate poate declanșa consecințe negative greu de anticipat: de la simple comentarii depreciative până la forme grave de discriminare, excludere sau hărțuire (Cireașă & Simionovici, 2024). Cea mai frecventă consecință este judecata morală a celorlalți, atunci când imaginea surprinde o stare de vulnerabilitate sau o apartenență la o categorie considerată „sensibilă" - fie ea etnică, religioasă, sexuală, socială sau de altă natură. În asemenea situații, fotografia devine mai mult decât o simplă reprezentare - ea capătă o valoare interpretativă ce poate afecta demnitatea, reputația și integritatea persoanei.

Riscurile se intensifică atunci când imaginea este diseminată în mediul online sau transmisă unor terți care se consideră îndreptățiți să o dețină ori să o utilizeze (Cireașă & Simionovici, 2024). Pierderea controlului asupra contextului în care fotografia este folosită poate duce la efecte disproporționate: marginalizare în comunitate, izolare socială, pierderea oportunităților profesionale, șantaj sau chiar amenințări la adresa siguranței personale. În cazuri extreme, identificarea vizuală incorect interpretată sau asociată unei cauze sensibile poate pune în pericol însăși viața persoanei vizate. De aceea, regimul juridic al datelor speciale protejează nu doar conținutul, ci și potențialul interpretativ al imaginii, recunoscând riscurile multiple și adesea ireversibile ale unei expuneri necontrolate. *Punct nodal: Imaginile persoanelor din grupuri sociale vulnerabile reprezintă date cu caracter personal cu regim special.*

Faptul 3:

Articolul 9 alin. (2) lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 (GDPR) prevede prima excepție de la interdicția generală privind prelucrarea categoriilor speciale de date cu caracter personal, statuând că această prelucrare este permisă dacă: „*(a) persoana vizată și-a dat consimțământul explicit pentru prelucrarea acestor date cu caracter personal pentru unul sau mai multe scopuri specifice, cu excepția cazului în care dreptul Uniunii sau dreptul intern prevede ca interdicția prevăzută la alineatul (1) să nu poată fi ridicată prin consimțământul persoanei vizate***.**" (Regulation (EU) 2016/679, 2016).

Există situații în care prelucrarea anumitor categorii speciale de date cu caracter personal rămâne interzisă chiar și în prezența consimțământului persoanei vizate, din cauza riscurilor majore pe care le implică. Astfel, de exemplu, utilizarea datelor genetice în scopuri de angajare poate fi interzisă de dreptul intern sau de reglementări sectoriale, pentru a preveni luarea unor decizii privind recrutarea sau promovarea în funcție de probabilitatea dezvoltării unor boli ereditare sau a unor afecțiuni cu impact asupra capacității de muncă. În mod similar, prelucrarea datelor privind orientarea sexuală în scopuri comerciale sau de marketing poate fi considerată inadmisibilă, în ciuda exprimării unui consimțământ formal, atunci când există un risc crescut de stigmatizare, expunere abuzivă sau afectare a demnității persoanei (Cireașă, 2021a).

În ceea ce privește utilizarea imaginilor beneficiarilor de servicii sociale pentru promovarea și diseminarea activității operatorilor către alți potențiali beneficiari sau donatori / sponsori, consimțământul explicit al persoanei vizate constituie, în mod firesc, temeiul legal cel mai adecvat și cel mai respectuos față de drepturile fundamentale ale acesteia, în special față de dreptul la viață privată și protecția datelor cu caracter personal (Șandru, 2018a). Deși în practică pot fi invocate și alte temeiuri legale în situații particulare, opțiunea pentru consimțământ este preferabilă în măsura în care garantează exercitarea liberă a voinței persoanei vizate. Refuzul de a acorda acest consimțământ nu ar trebui să atragă nicio consecință negativă, indiferent dacă imaginile vizate sunt statice sau video.

Este important de subliniat că nu doar lipsa consimțământului explicit pentru prelucrarea categoriilor speciale de date cu caracter personal poate atrage răspunderea juridică, ci și utilizarea incorectă sau abuzivă a consimțământului ca temei legal al prelucrării (Șandru, 2017). În practică, se constată frecvent o tendință de a transforma consimțământul într-o justificare generală și universală, fiind solicitat pentru orice tip de prelucrare, indiferent de natura datelor sau de scopul urmărit (Dumitrescu & Cireașă, 2020). Această practică nu doar că denaturează sensul consimțământului, ci intră în contradicție cu principiile stabilite de Regulamentul (UE) 2016/679, care consacră consimțământul ca un temei autonom, aplicabil doar în anumite condiții stricte.

Un exemplu relevant îl reprezintă includerea consimțământului în cuprinsul unor contracte sau formulare standardizate, fără ca persoana vizată să aibă o posibilitate reală de alegere sau de refuz, ceea ce contravine cerinței privind caracterul liber exprimat al consimțământului (European Data Protection Board, 2020). De asemenea, solicitarea consimțământului în situații în care prelucrarea s-ar putea realiza în temeiul unei obligații legale sau al interesului public este nu doar inutilă, ci și de natură să inducă în eroare persoana vizată cu privire la drepturile sale și la mecanismele reale de protecție de care beneficiază. În acest context, abuzul de consimțământ - manifestat prin solicitarea sa în mod formal, automat sau redundant - trebuie privit ca o practică neconformă cu exigențele regimului juridic al protecției datelor, putând afecta grav transparența și încrederea în sistemul de prelucrare (Șandru, 2018d).

Articolul 9 alin. (2) lit. b) din Regulamentul (UE) 2016/679 (GDPR) prevede că prelucrarea categoriilor speciale de date cu caracter personal (așa-numitele date sensibile) este permisă, prin excepție, atunci când această prelucrare este necesară pentru îndeplinirea obligațiilor legale sau pentru exercitarea drepturilor specifice ale operatorului (ex: autoritatea/instituția în domeniul protecției sociale sau securității sociale), sau persoanei vizate (ex: beneficiar al unui drept de pensie, ajutor social, indemnizație etc.), în măsura în care această prelucrare este autorizată de dreptul intern (de exemplu, legislația națională privind sistemul de pensii, ajutoare sociale, asigurări sociale de sănătate etc.) și include garanții adecvate pentru drepturile și interesele fundamentale ale persoanei vizate (Regulation (EU) 2016/679, 2016).

Articolul 9 alin. (2) lit. h) din Regulamentul (UE) 2016/679 reglementează expres atât categoriile de persoane autorizate să prelucreze date cu caracter personal aparținând unor categorii speciale, cât și condițiile stricte în care o astfel de prelucrare este permisă. Prevederea stabilește, de asemenea, finalitățile acceptate pentru această prelucrare, toate fiind strâns legate de domeniile medical, social și al sănătății ocupaționale, astfel: *„(h) prelucrarea este necesară în scopuri legate de medicina preventivă sau a muncii, de evaluarea capacității de muncă a angajatului, de stabilirea unui diagnostic medical, de furnizarea de asistență medicală sau socială sau a unui tratament medical sau de gestionarea sistemelor și serviciilor de sănătate sau de asistență socială, în temeiul dreptului Uniunii sau al dreptului intern sau în temeiul unui contract încheiat cu un cadru medical și sub rezerva respectării condițiilor și garanțiilor prevăzute la alineatul (3)*" (Regulation (EU) 2016/679, 2016). Alineatul la care s-a făcut referire anterior prevede: *„(3)Datele cu caracter personal menționate la alineatul (1) pot fi prelucrate în scopurile menționate la alineatul (2) litera (h) în cazul în care datele respective sunt prelucrate de către un profesionist supus obligației de păstrare a secretului profesional sau sub responsabilitatea acestuia, în temeiul dreptului Uniunii sau al dreptului intern sau în temeiul normelor stabilite de organisme naționale competente sau de o altă persoană supusă, de asemenea, unei obligații de confidențialitate în temeiul dreptului Uniunii sau al dreptului intern ori al normelor stabilite de organisme naționale competente.*" (Regulation (EU) 2016/679, 2016).

Alineatul (3) al articolului 9 din Regulamentul (UE) 2016/679 clarifică statutul unor profesioniști precum asistenții sociali sau psihologii în ceea ce privește autorizarea de a prelucra date cu caracter personal aparținând unor categorii speciale. Astfel, acești specialiști sunt asimilați, în mod expres sau implicit, categoriei profesioniștilor supuși obligației de confidențialitate - alături de medici, avocați și alți practicieni reglementați - ceea ce le permite, în anumite contexte legale, să prelucreze astfel de date fără a fi necesar consimțământul persoanei vizate. Obligația de confidențialitate nu este o condiție suplimentară, ci o garanție intrinsecă cerută de regulament pentru ca prelucrarea să fie permisă în temeiul literei h) (Ploeșteanu, N., 2019). *Punct nodal: Categoriile speciale de date cu caracter personal POT fi prelucrate în anumite condiții.*

Faptul 4:

Condițiile de valabilitate ale consimțământului persoanei vizate sunt stabilite, în principal, prin dispozițiile articolelor 7 și 9 din Regulamentul (UE) 2016/679. Un instrument suplimentar deosebit de util pentru interpretarea și aplicarea corectă a acestor norme este reprezentat de Ghidul nr. 05/2020 privind consimțământul, emis de Comitetul European pentru Protecția Datelor (EDPB) - Guidelines 05/2020 on consent under Regulation 2016/679 (European Data Protection Board, 2020). Menționăm acest aspect deoarece, în practică, se observă frecvent utilizarea inadecvată a consimțământului ca temei juridic al prelucrării, inclusiv în situații în care acesta nu este necesar sau este chiar nepotrivit. Un exemplu relevant este cel al prelucrărilor din domeniul medical, unde consimțământul GDPR este adesea confundat sau suprapus peste consimțământul informat al pacientului, deși cele două noțiuni au funcții juridice și scopuri distincte (Dumitrescu & Cireașă, 2020).

În cele ce urmează, vom analiza prevederile articolului 7 din Regulamentul (UE) 2016/679, cu scopul de a oferi un instrument de înțelegere clară și aplicare corectă a cerințelor legale referitoare la obținerea unui consimțământ valabil. Această explicație este destinată celor care, în calitate de operatori sau persoane împuternicite, doresc să se asigure că respectă standardele impuse de legislația privind protecția datelor cu caracter personal în ceea ce privește exprimarea liberă, specifică, informată și lipsită de ambiguitate a voinței persoanei vizate.

Articolul 7, alineatul (1) din Regulamentul (UE) 2016/679 prevede următoarele: „*(1) În cazul în care prelucrarea se bazează pe consimțământ, operatorul trebuie să fie în măsură să demonstreze că persoana vizată și-a dat consimțământul pentru prelucrarea datelor sale cu caracter personal.*" Această dispoziție este aplicabilă exclusiv în situațiile în care, anterior declanșării prelucrării, operatorul a stabilit că temeiul juridic adecvat pentru scopurile urmărite este consimțământul persoanei vizate, în conformitate cu art. 6 alin. (1) lit. a din același regulament. Este esențial de subliniat faptul că temeiul legal al prelucrării trebuie determinat înainte de orice operațiune de prelucrare, iar acesta nu poate fi ales arbitrar sau modificat ulterior pentru a justifica activități deja desfășurate. În consecință, consimțământul nu poate fi invocat pentru a acoperi o prelucrare al cărei temei ar fi, de exemplu, necesitatea încheierii sau executării unui contract (Simionovici et al., 2020).

Prevederea citată subliniază o cerință fundamentală: alegerea consimțământului ca temei de prelucrare presupune ca operatorul *să poată proba*, în mod clar și verificabil, că acesta a fost acordat în mod valid de către persoana vizată, anterior oricărei prelucrări efective. Dovada respectării acestei obligații presupune ca operatorul să acorde o atenție deosebită nu doar modului în care obține consimțământul persoanei vizate, ci și modalității în care îl documentează și îl păstrează. Astfel, operatorul trebuie să se asigure că procesul de obținere a consimțământului respectă toate cerințele legale - transparență, libertate, informare adecvată - și, totodată, că poate demonstra în orice moment că un consimțământ valid a fost exprimat în mod clar, informat și specific (Simionovici, 2020). Aceasta

implică, printre altele, păstrarea înregistrărilor relevante (formulare semnate, loguri electronice, capturi de ecran, metadate etc.) care să reflecte atât momentul exprimării consimțământului, cât și condițiile în care a fost obținut (Ploeșteanu, N.-D., 2019).

Articolul 7, alineatul (2) din Regulamentul (UE) 2016/679 stabilește cerințe clare privind modul de prezentare a consimțământului solicitat persoanei vizate. Când vorbim despre „documentul" prin care se exprimă consimțământul, trebuie să înțelegem acest termen în sens larg - atât în format fizic (pe hârtie), cât și în format electronic (formulare online, interfețe digitale etc.). Norma impune ca solicitarea consimțământului să fie formulată distinct și separat de orice alte clauze contractuale sau informații, pentru a evita orice formă de ambiguitate sau presiune asupra persoanei vizate. Cu alte cuvinte, acordul nu poate fi strecurat printre termeni generali, condiții comerciale sau informații nespecifice, în cadrul unui document complex și greu de parcurs. Totodată, alineatul (2) impune utilizarea unui limbaj clar, concis și ușor de înțeles, evitând formulele juridice opace sau excesiv de tehnice. Scopul acestor cerințe este de a asigura un consimțământ autentic, informat și exprimat în cunoștință de cauză, fără constrângeri sau confuzii[1] (Regulation (EU) 2016/679, 2016).

Alineatul (3) al articolului 7 din Regulamentul (UE) 2016/679 conține prevederi esențiale pentru a demonstra caracterul corect, etic și echitabil al mecanismului consimțământului. Acest alineat consacră dreptul persoanei vizate de a-și retrage consimțământul în orice moment, fără justificări suplimentare și fără a afecta legalitatea prelucrărilor efectuate anterior retragerii: „*(3) Persoana vizată are dreptul să își retragă în orice moment consimțământul. Retragerea consimțământului nu afectează legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia. Înainte de acordarea consimțământului, persoana vizată este informată cu privire la acest lucru. Retragerea consimțământului se face la fel de simplu ca acordarea acestuia.*" (Regulation (EU) 2016/679, 2016).

Importanța acestei prevederi este deosebită, întrucât numeroși operatori, în practică, nu gestionează corespunzător acest drept sau îl ignoră cu ușurință, presupunând în mod eronat că nerespectarea lui nu ar atrage consecințe juridice. În realitate, obligația de a permite retragerea consimțământului în condiții de egală simplitate și transparență față de acordarea acestuia este direct legată de principiile responsabilității și echității în prelucrarea datelor cu caracter personal. Fiecare operator trebuie, așadar, să fie pregătit nu doar să informeze persoana vizată cu privire la acest drept, ci și să pună efectiv la dispoziție mecanisme clare, accesibile și funcționale pentru exercitarea sa (Simionovici, 2019).

Ce implică, în mod concret, retragerea consimțământului din perspectiva obligațiilor operatorului care utilizează imaginile beneficiarilor? Cum trebuie să acționeze operatorul atunci când primește o solicitare de retragere din partea persoanei vizate?

Operatorul are obligația de a opri imediat orice prelucrare a datelor bazată pe consimțământul retras al persoanei vizate. În situația în care imaginile persoanei au fost utilizate anterior în scopuri de promovare - de exemplu, pentru realizarea și distribuirea de afișe, pliante, broșuri sau alte materiale publicitare - operatorul nu mai are dreptul să le distribuie în continuare. Mai mult decât atât, materialele care conțin datele respective trebuie retrase și distruse, această operațiune fiind documentată printr-un

[1] Articolul 7, alineatul 2 GDPR prevede: „(2)În cazul în care consimțământul persoanei vizate este dat în contextul unei declarații scrise care se referă și la alte aspecte, cererea privind consimțământul trebuie să fie prezentată într-o formă care o diferențiază în mod clar de celelalte aspecte, într-o formă inteligibilă și ușor accesibilă, utilizând un limbaj clar și simplu. Nicio parte a respectivei declarații care constituie o încălcare a prezentului regulament nu este obligatorie.". http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj

proces-verbal care să justifice eliminarea datelor personale și să dovedească faptul că prelucrarea a fost efectiv întreruptă (Simionovici et al., 2020).

Este esențial de subliniat că, potrivit Regulamentului (UE) 2016/679, inclusiv operațiunile de arhivare, stocare sau ștergere a datelor cu caracter personal constituie, în sine, forme de prelucrare. Prin urmare, păstrarea imaginilor în arhivă, după retragerea consimțământului, echivalează cu o continuare ilegală a prelucrării. Argumentul frecvent invocat de operatori, potrivit căruia distrugerea materialelor promoționale ar implica costuri semnificative, este irelevant din punct de vedere juridic și nu poate constitui o justificare acceptabilă în caz de litigiu sau control din partea autorității de supraveghere (Simionovici et al., 2020).

Mai mult, în situația în care operatorul a creat materiale bazate pe imaginea beneficiarilor și le-a distribuit în mediul online - indiferent de platforma, canalul sau modalitatea de diseminare utilizată - acesta are obligația de a opri imediat difuzarea acestora. Operatorul trebuie să șteargă toate copiile aflate sub controlul său, de pe orice suport fizic sau digital, inclusiv din arhive, baze de date, conturi de social media, site-uri proprii ori servicii de partajare de conținut. În plus, atunci când datele (imaginile) au fost divulgate către terți, operatorul are obligația de a-i informa fără întârziere pe toți destinatarii cu privire la retragerea consimțământului și de a le solicita, la rândul lor, încetarea oricărei utilizări sau redistribuiri a materialelor respective. Această acțiune de informare și de remediere trebuie documentată corespunzător, ca probă a conformității și a respectării principiilor de responsabilitate și integritate în prelucrarea datelor (European Data Protection Board, 2020).

Precizăm că alineatul (3) al articolului 7 din Regulamentul (UE) 2016/679 se referă exclusiv la prelucrările efectuate ulterior retragerii consimțământului, nu la cele realizate anterior acestei acțiuni. Cu alte cuvinte, în momentul în care persoana vizată își retrage consimțământul, efectul juridic al acestei retrageri constă în interzicerea oricărei prelucrări viitoare a datelor sale personale care s-ar fi întemeiat pe acel consimțământ (European Data Protection Board, 2020). Retragerea nu produce însă efect retroactiv și nu echivalează cu exercitarea dreptului la ștergerea datelor („dreptul de a fi uitat”).

Solicitarea de ștergere are o natură juridică distinctă, presupunând ca operatorul să elimine și datele deja prelucrate în mod legal anterior retragerii consimțământului, în măsura în care nu mai există un alt temei legal pentru păstrarea lor. Prin contrast, retragerea consimțământului impune operatorului doar încetarea prelucrărilor viitoare, nu și ștergerea automată a datelor deja utilizate. În esență, retragerea consimțământului privește ceea ce nu trebuie să se mai întâmple de acum înainte, nu ceea ce a fost deja prelucrat în mod legitim până la acel moment (European Data Protection Board, 2020).

O altă precizare esențială privește obligația operatorului de a informa în mod expres, complet și inteligibil persoana vizată cu privire la existența dreptului de retragere a consimțământului, la semnificația acestui drept și la modalitatea practică prin care el poate fi exercitat. Această informare trebuie oferită anterior obținerii consimțământului, într-o formă clară, vizibilă și lipsită de ambiguitate, astfel încât persoana vizată să poată decide în cunoștință de cauză dacă își exprimă acordul (Șandru, 2018c). Totodată, prevederea potrivit căreia retragerea consimțământului trebuie să fie la fel de simplă precum acordarea acestuia are o importanță practică majoră. Scopul ei este de a preveni situațiile abuzive sau excesiv de birocratice în care persoana vizată, după ce își oferă consimțământul printr-o simplă bifă pe un site, este obligată, pentru a-l retrage, să completeze formulare complicate, să trimită e-mailuri, cereri scrise sau justificări suplimentare. Într-un astfel de caz, simetria între acordare și retragere este ruptă, iar consimțământul încetează să mai fie considerat liber exprimat, încălcând principiul echității și al controlului efectiv al persoanei asupra propriilor date.

Ultimul alineat al articolului 7 din Regulamentul (UE) 2016/679 prevede următoarele:

„*(4) Atunci când se evaluează dacă consimțământul este dat în mod liber, se ține seama cât mai mult de faptul că, printre altele, executarea unui contract, inclusiv prestarea unui serviciu, este condiționată sau nu de consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal care nu este necesară pentru executarea acestui contract.*" (Regulation (EU) 2016/679, 2016).

Această prevedere este esențială pentru delimitarea între consimțământul valid și cel aparent sau constrâns. Ea atrage atenția asupra unei practici incorecte și abuzive: includerea unor clauze contractuale prin care consimțământul este „forțat", în sensul că persoana vizată este obligată să consimtă la o prelucrare de date cu caracter personal care nu este necesară pentru executarea contractului, sub sancțiunea imposibilității de a beneficia de serviciu sau de a încheia contractul (Simionovici et al., 2020).

Este important de subliniat că imaginea unei persoane - adică datele sale biometrice, înțelese în sens larg - este rareori, dacă nu chiar niciodată, indispensabilă pentru executarea unui contract în domeniul serviciilor sociale, educaționale sau medicale. Prin urmare, solicitarea consimțământului pentru utilizarea imaginii trebuie tratată ca o opțiune, nu ca o condiție de acces la servicii. Mai mult, alineatul (4) reafirmă caracterul profund voluntar al consimțământului: acesta trebuie să fie expresia unei alegeri reale, libere, neconstrânse. Or, dacă includem consimțământul ca o clauză obligatorie într-un contract, el nu mai reprezintă o alegere, ci o obligație, ceea ce contravine atât literei, cât și spiritului Regulamentului. Într-un contract, clauzele sunt opozabile ambelor părți și presupun un angajament reciproc. Însă consimțământul la prelucrarea datelor nu poate deveni, sub nicio formă, o condiție impusă contractual pentru accesul la drepturi sau servicii (Simionovici et al., 2020).

A obliga o persoană să își ofere imaginea pentru a beneficia de un serviciu - sau, și mai grav, să accepte prelevarea și utilizarea imaginii de către operator în scopuri proprii (de exemplu, promovare) - încalcă grav principiile legalității, echității și transparenței. O astfel de abordare nu este doar ilegală în sensul GDPR, ci și profund neetică, pentru că transformă un drept fundamental într-o monedă de schimb (European Data Protection Board, 2020).

Atenționăm asupra unei proceduri complet neconforme în ceea ce privește obținerea consimțământului pentru prelucrarea imaginilor. Numeroși operatori, fie din necunoaștere, fie din neglijență sau chiar cu rea-credință, încalcă principiul granularității scopurilor prevăzut de art. 7 din Regulamentul (UE) 2016/679 (GDPR). În loc să solicite consimțământ distinct pentru fiecare scop în parte, redactează o singură frază care grupează toate intențiile de prelucrare - de exemplu, utilizare în rapoarte, diseminare online, afișare în spații publice - și oferă o singură căsuță de bifat (European Data Protection Board, 2020).

În acest fel, persoana vizată este pusă în situația de a accepta în bloc toate prelucrările propuse, fără a putea selecta doar acelea cu care este de acord. Dacă dorește acces la serviciul social oferit, ajunge să bifeze căsuța, chiar dacă nu consimte sincer la toate utilizările imaginii sale. Acceptarea devine formală, nu autentică, iar consimțământul astfel colectat este lipsit de validitate juridică. Această practică nu doar că încalcă cerințele GDPR privind caracterul liber, informat și specific al consimțământului, dar expune operatorul la riscuri legale considerabile. Mai grav, în cazul beneficiarilor aflați în poziții de vulnerabilitate, aceasta poate echivala cu o formă de presiune incompatibilă cu demnitatea persoanei vizate (European Data Protection Board, 2020).

Punct nodal: Consimțământul beneficiarului este valabil doar dacă este liber exprimat, informat, specific și documentat.

Faptul 5:

Așa cum am menționat anterior, sistemul național de asistență socială din România nu este, în prezent, suficient de bine dimensionat pentru a răspunde în mod adecvat tuturor nevoilor existente la nivelul întregii țări. Disparitățile teritoriale, resursele umane limitate și constrângerile bugetare afectează capacitatea autorităților publice de a furniza servicii sociale eficiente și accesibile tuturor categoriilor vulnerabile. În acest context, sprijinul oferit de organizațiile neguvernamentale, de Biserica Ortodoxă Română, precum și de fundații și entități caritabile din afara țării devine nu doar binevenit, ci absolut indispensabil. Aceste forme complementare de suport contribuie, într-o măsură semnificativă, la acoperirea golurilor sistemice și la satisfacerea unor nevoi urgente și esențiale ale beneficiarilor, în special în zonele rurale sau în comunitățile marginalizate (Nistor, 2020).

Rolul acestor actori non-publici nu este de a substitui obligațiile statului, ci de a acționa ca parteneri în efortul colectiv de reducere a excluziunii sociale și de promovare a demnității umane. Conlucrarea dintre autoritățile publice și sectorul neguvernamental este, prin urmare, esențială pentru construirea unui sistem de protecție socială coerent, echitabil și sustenabil. Prin urmare, poate fi înțeleasă, până la un anumit punct, practica unor entități implicate în furnizarea de servicii sociale - fie ele organizații neguvernamentale, fundații sau structuri bisericești - de a apela la povești de viață convingătoare, însoțite de imagini cu puternic impact emoțional, în scopul atragerii de fonduri. Într-un context în care resursele publice sunt adesea insuficiente, aceste entități sunt nevoite să dezvolte mecanisme alternative de finanțare, iar apelul la solidaritatea publică devine o strategie legitimă de supraviețuire și continuitate a activităților caritabile (Nistor, 2023).

Astfel, prezentarea unor cazuri reale, cu accent pe dificultățile și nevoile beneficiarilor, poate contribui la sensibilizarea opiniei publice și la motivarea unor sponsori sau donatori să se implice activ. Emoția generată de imagine sau de povestea unei persoane aflate în dificultate are, fără îndoială, o putere de mobilizare semnificativă, iar această realitate este adesea exploatată - uneori conștient și justificat, alteori excesiv și fără suficiente garanții de respect față de demnitatea persoanei vizate.

Totuși, această practică, deși are o rațiune pragmatică și poate fi motivată de intenții onorabile, trebuie întotdeauna corelată cu obligațiile legale privind protecția datelor cu caracter personal și, mai ales, cu imperativele etice ce derivă din respectarea vieții private și a demnității umane. Utilizarea imaginii unei persoane vulnerabile, indiferent de scopul urmărit, nu poate fi justificată decât în condițiile în care există un consimțământ liber exprimat, informat și documentat și în care se respectă în mod real interesele persoanei respective (Simionovici et al., 2020).

Mai mult decât atât, mediul online a devenit, în mod incontestabil, canalul preferat pentru diseminarea rapidă și eficientă a informațiilor, inclusiv în ceea ce privește campaniile de strângere de fonduri sau promovarea activităților sociale. Motivele pentru această preferință sunt bine întemeiate - vizibilitate crescută, costuri reduse, posibilitatea distribuirii virale - și nu necesită detaliere în acest context. Cu toate acestea, se impune sublinierea unui aspect esențial: informațiile publicate online nu dispar niciodată complet, definitiv și ireversibil. Chiar și în cazul ștergerii aparente, pot exista copii, arhive automate, distribuiri în rețele sociale sau salvări locale care perpetuează conținutul (Cireașă & Simionovici, 2024).

Această permanență relativă a datelor online implică riscuri majore, mai ales atunci când este vorba despre imagini sau informații cu caracter sensibil referitoare la persoane vulnerabile - copii, persoane în situații de risc social, beneficiari ai serviciilor sociale, persoane cu dizabilități etc. Prin urmare, oricât de mare ar fi nevoia reală de atragere a donațiilor și sponsorizărilor, este absolut necesar ca operatorii să aplice un filtru de evaluare riguros înainte de a publica astfel de materiale. Nu orice

poveste impresionează în mod legitim și nu orice imagine este justificat să fie expusă publicului larg (Simionovici et al., 2020).

Această evaluare nu trebuie să se limiteze la existența formală a unui consimțământ, ci trebuie să includă și o reflecție serioasă asupra proporționalității, necesității și impactului publicării. Respectarea drepturilor și demnității persoanei vizate, mai ales în mediul digital, trebuie să prevaleze în fața oricărei rațiuni utilitariste, indiferent cât de nobile ar fi scopurile urmărite. Un posibil filtru de evaluare pe care operatorii îl pot utiliza înainte de a colecta și de a folosi imaginile beneficiarilor - în special în scopuri de sensibilizare a publicului și atragere de donații - ar trebui să pornească de la întrebări fundamentale privind necesitatea și proporționalitatea demersului. Astfel, o primă întrebare pertinentă ar fi: „*Putem obține aceste fonduri și fără să folosim aceste imagini?*" sau, în cazul justificării acțiunilor în fața potențialilor donatori: „*Există o modalitate alternativă, mai puțin invazivă, prin care să ne demonstrăm buna-credință și impactul activității noastre?*"

Aceste întrebări nu sunt retorice, ci exprimă o abordare prudentă, centrată pe protejarea demnității persoanei vizate - în special în situațiile în care aceasta se află într-o stare de vulnerabilitate accentuată - şi sunt în deplină concordanţă cu principiul „reducerii la minimum a datelor" (art. 5 lit. c GDPR) (Regulation (EU) 2016/679). Simplul fapt că un beneficiar și-a dat consimțământul pentru folosirea imaginii sale nu exonerează operatorul de obligația de a analiza dacă această expunere este cu adevărat necesară pentru atingerea scopului urmărit și dacă nu există alternative mai respectuoase față de viața privată și de drepturile persoanei (Simionovici et al., 2020). În egală măsură, această abordare ajută operatorul să prevină eventualele abuzuri sau critici ulterioare privind utilizarea excesivă sau inadecvată a unor materiale vizuale sensibile. Filtrul etic nu este un obstacol în calea eficienței organizaționale, ci o garanție a responsabilității sociale și juridice în gestionarea datelor cu caracter personal (Cireașă, Simionovici & Dumitrescu, 2021). *Punct nodal: Imaginile beneficiarilor pot fi folosite doar când sunt necesare, proporționale și etic justificate.*

Faptul 6:

Donatorii și sponsorii, fie că sunt persoane fizice, fie că sunt entități juridice, sunt îndreptățiți să solicite și să primească informații și dovezi privind modul în care sunt utilizate fondurile puse la dispoziție pentru sprijinirea persoanelor aflate în nevoie. Acest drept decurge din principiile transparenței și ale responsabilității financiare care guvernează relațiile dintre finanțatori și organizațiile beneficiare, mai ales în contextul filantropiei instituționalizate. Cu toate acestea, în practică, entitățile care accesează fonduri din surse private se confruntă adesea cu o presiune constantă de a demonstra, într-un mod cât mai convingător, eficiența și buna-credință în utilizarea sumelor primite. În absența unor standarde general acceptate privind tipul și nivelul de detaliu al justificărilor, organizațiile se văd nevoite să „negocieze" cu finanțatorii asupra formelor acceptabile de probare a impactului. Astfel, pot apărea situații în care insistența unor sponsori sau donatori pentru dovezi vizuale - fotografii, înregistrări video sau materiale audio - este percepută ca excesivă de către organizație, dar totuși acceptată, din considerente de necesitate (Dumitrescu, Simionovici & Cireașă, 2020).

În aceste condiții, presiunea justificării se mută, inevitabil, asupra beneficiarilor, cărora li se solicită consimțământul pentru utilizarea imaginii, adesea în contextul unui dezechilibru de putere și al unei vulnerabilități sociale marcante. În mod frecvent, li se explică faptul că refuzul de a furniza materialele cerute ar putea conduce la suspendarea sau încetarea finanțării unor proiecte de care depind direct. Astfel, se creează o situație tensionată, în care „nevoia face legea", iar beneficiarii acceptă să-și cedeze imaginea nu pentru că doresc în mod autentic acest lucru, ci pentru că percep consimțământul ca singura alternativă viabilă pentru continuarea sprijinului. Această practică ridică serioase semne de

întrebare din perspectiva validității juridice a consimțământului, dar și a respectării principiului demnității persoanei vizate, impunând o reflecție critică asupra echilibrului dintre transparență, responsabilitate și protecția drepturilor fundamentale ale beneficiarilor.

Ceea ce ar trebui să li se comunice în mod clar donatorilor - și ceea ce aceștia ar trebui să înțeleagă - este că, în măsura în care primesc din partea organizației fotografii sau alte materiale vizuale cu beneficiarii, acestea sunt oferite exclusiv în scop de justificare a sprijinului acordat și pot fi utilizate strict într-un cadru privat sau, în sensul Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR), într-un „context personal sau domestic" (Regulation (EU) 2016/679).

În momentul în care donatorii aleg să distribuie aceste imagini către terți, să le publice pe rețele sociale sau să le utilizeze în orice alt context public sau semi-public, aceștia încetează să mai fie simpli destinatari ai unor justificări și devin, în sensul deplin al GDPR, operatori de date cu caracter personal. În această calitate, le revin responsabilități legale semnificative, inclusiv obligația de informare a persoanelor vizate (Simionovici, 2020), asigurarea unui temei juridic valid pentru prelucrare, respectarea principiului minimizării și, desigur, garantarea exercitării drepturilor persoanei vizate - inclusiv dreptul la opoziție și dreptul la ștergere (Cireașă, Simionovici & Dumitrescu, 2021).

În mod particular, beneficiarul ale cărui imagini sunt reutilizate fără consimțământ explicit, în scopuri diferite de cele inițiale, are dreptul să invoce dispozițiile GDPR pentru a solicita încetarea utilizării neautorizate a fotografiilor și, acolo unde este cazul, eliminarea completă a acestora. Or, dacă acea persoană s-a aflat într-o poziție de vulnerabilitate la momentul în care și-a dat acordul - de exemplu, condiționată indirect de accesul la un serviciu sau un beneficiu - validitatea consimțământului poate fi serios pusă sub semnul întrebării. Această situație impune o reflecție atentă atât din partea organizațiilor, cât și din partea donatorilor, cu privire la etica și legalitatea utilizării imaginilor beneficiarilor, mai ales într-un spațiu digital în care riscul de pierdere a controlului asupra datelor este semnificativ. *Punct nodal: Diseminarea ulterioară a imaginilor beneficiarilor fără acord explicit transformă donatorii în operatori de date conform GDPR.*

Faptul 7:

Un ultim fapt asupra căruia dorim să atragem atenția - fără pretenția de a epuiza lista aspectelor relevante, ci doar în limitele de spațiu ale prezentei lucrări - este cel referitor la obligația de informare a persoanei vizate. Din considerente de concizie, nu vom reproduce nici măcar parțial conținutul articolelor Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR) care reglementează această obligație, însă considerăm necesar să indicăm cele patru articole esențiale în acest sens: articolele 12, 13, 14 și 34.

Regulamentul impune operatorilor să furnizeze persoanei vizate un set extins de informații referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal, într-un mod clar, accesibil și ușor de înțeles. Obligația nu este una formală, ci substanțială și se aplică diferențiat, în funcție de modul în care sunt colectate datele și de contextul prelucrării.

Astfel, atunci când datele sunt obținute direct de la persoana vizată, devin incidente prevederile articolului 13. Dacă însă datele sunt colectate din alte surse, se aplică articolul 14. În plus, articolul 34 reglementează obligația de informare a persoanei vizate în cazul în care are loc o încălcare a securității datelor care prezintă un risc ridicat pentru drepturile și libertățile acesteia. Toate aceste obligații trebuie îndeplinite într-un termen rezonabil, stabilit expres de legiuitor, iar nu lăsat la aprecierea operatorului. Conform articolului 12 alin. (3) (Regulation (EU) 2016/679), operatorul are la dispoziție un termen de cel mult o lună pentru a răspunde solicitărilor persoanei vizate privind exercitarea drepturilor sale, cu posibilitatea prelungirii acestuia în condiții strict reglementate. Informarea corectă și completă a

persoanei vizate reprezintă o obligație legală fundamentală a operatorului și o condiție esențială pentru respectarea principiului transparenței în prelucrarea datelor cu caracter personal.

În lumina celor menționate anterior, se impune semnalarea unei alte practici neconforme, întâlnite frecvent în activitatea operatorilor: limitarea nejustificată a informațiilor furnizate persoanei vizate în momentul solicitării consimțământului. Sub pretextul „economiei de spațiu" sau al simplificării formularelor, unii operatori includ doar câteva fraze generale - de tipul „datele vor fi prelucrate conform legislației în vigoare" - considerând că o asemenea formulare este suficientă pentru a îndeplini obligația de informare.

Această abordare este profund eronată și contravine în mod direct dispozițiilor art. 13 și 14 din Regulamentul (UE) 2016/679 (GDPR), care stabilesc conținutul minim obligatoriu al informării. Legiuitorul european prevede expres că persoana vizată trebuie să cunoască identitatea operatorului, scopurile prelucrării, temeiul juridic, destinatarii datelor, perioada de stocare, drepturile sale, precum și modalitatea concretă de exercitare a acestora.

Simplificarea excesivă a acestor informații subminează principiul transparenței (art. 5 alin. 1 lit. a) GDPR) și privează persoana vizată de capacitatea de a înțelege în mod real consecințele prelucrării datelor sale. În plus, lipsa informării corespunzătoare nu constituie doar o abatere formală, ci o încălcare gravă, sancționată de autoritățile de supraveghere cu amenzi considerabile, întrucât afectează unul dintre pilonii fundamentali ai protecției datelor: exercitarea în cunoștință de cauză a consimțământului. În consecință, informarea lacunară nu doar că invalidează consimțământul obținut, dar atrage și răspunderea juridică a operatorului, în măsura în care se dovedește că persoana vizată nu a fost informată complet, clar și într-un limbaj accesibil.

Punct nodal: Consimțământul nu tine loc de informare!

Concluzii

Concluzia 1

Utilizarea imaginilor beneficiarilor în sectorul serviciilor sociale nu poate fi privită ca un simplu instrument de promovare sau justificare a intervențiilor, ci presupune respectarea strictă a normelor privind protecția datelor cu caracter personal. Regulamentul (UE) 2016/679 (GDPR) oferă un cadru legal complex, menit să garanteze drepturile fundamentale ale persoanei vizate, iar acest cadru se aplică cu și mai multă rigoare în situațiile în care persoanele în cauză se află în poziții de vulnerabilitate. Fotografiile și materialele video, aparent banale, pot deveni vehicule de transmitere a unor informații sensibile, cu risc major de stigmatizare sau expunere abuzivă. În acest context, operatorii nu pot invoca argumente de oportunitate instituțională pentru a justifica prelucrări care nu îndeplinesc condițiile legale, etice și de proporționalitate. Demnitatea persoanei asistate trebuie să prevaleze în orice decizie privind comunicarea vizuală, iar consimțământul, dacă este folosit ca temei, trebuie să respecte toate exigențele de validitate: libertate de alegere, informare completă, lipsă de presiune și caracter specific. Conformitatea cu GDPR nu este un obstacol în calea susținerii proiectelor sociale, ci un garant al unei relații bazate pe respect și responsabilitate.

Concluzia 2

Fenomenul utilizării imaginilor în scopul atragerii de fonduri implică o relație complexă între furnizorii de servicii sociale, beneficiari și donatori. Deși donatorii au un drept legitim la transparență privind utilizarea contribuțiilor lor, acest drept trebuie exercitat în limitele impuse de protecția datelor și de respectul față de demnitatea persoanelor vizate. Acceptarea presiunii exercitate de sponsori pentru furnizarea de dovezi vizuale nu poate justifica prelucrarea abuzivă sau forțată a imaginilor beneficiarilor. Consimțământul nu este autentic dacă este obținut în condiții de constrângere indirectă,

iar utilizarea acestor materiale fără o analiză riguroasă a proporționalității scopurilor urmărite poate conduce la practici discriminatorii sau neconforme. În plus, în momentul în care donatorii aleg să redistribuie sau să publice imaginile primite, aceștia preiau, în mod implicit, calitatea de operatori în sensul GDPR și devin, la rândul lor, răspunzători pentru respectarea întregului set de obligații legale privind prelucrarea datelor personale. Această realitate juridică trebuie asumată și gestionată cu discernământ, pentru a preveni transformarea unor intenții caritabile în surse de încălcare a drepturilor fundamentale ale persoanelor asistate.

Concluzia 3

Un alt aspect esențial este legat de informarea persoanei vizate, care nu poate fi tratată ca o formalitate sau o simplă bifă procedurală. Informarea corectă, completă și accesibilă reprezintă o condiție fundamentală pentru exercitarea în cunoștință de cauză a oricărui drept, inclusiv al exprimării consimțământului. Prevederile articolelor 12, 13, 14 și 34 din GDPR stabilesc, fără echivoc, conținutul și termenele în care operatorul trebuie să acționeze pentru a garanta transparența și controlul persoanei asupra propriilor date. Practica de a furniza formulări generale sau ambigue - de tipul „datele vor fi procesate conform legii" - este nu doar ineficientă, ci și ilegală. În mod similar, refuzul de a diferenția între scopuri distincte ale prelucrării și de a solicita consimțământ granular compromite valabilitatea acordului exprimat de persoana vizată. În special în cazul persoanelor aflate în situații de vulnerabilitate socială, responsabilitatea de a oferi o informare reală, clară și comprehensibilă devine o obligație morală suplimentară, care transcende cerințele minime ale regulamentului. Respectarea acestor norme contribuie nu doar la conformitate, ci la întărirea relației de încredere între beneficiari și organizațiile care îi sprijină.

Concluzia 4

În lumina celor prezentate, devine evident că protecția datelor cu caracter personal în sectorul serviciilor sociale nu este doar o problemă de legalitate, ci și una de etică instituțională. Chiar și atunci când există consimțământ formal, operatorii au datoria de a evalua constant dacă prelucrarea imaginilor beneficiarilor este într-adevăr necesară, proporțională și adecvată. Regulamentul (UE) 2016/679 oferă suficiente instrumente pentru ca prelucrarea să se desfășoare în mod legal, dar aplicarea lor corectă depinde de voința operatorului de a acționa cu bună-credință, prudență și discernământ. Practicile bazate pe „nevoia de imagine" trebuie reconfigurate în lumina unei abordări centrate pe persoană, iar presiunile din partea donatorilor trebuie filtrate prin prisma principiilor legale și etice. În plus, trebuie conștientizat faptul că orice reutilizare a imaginilor în alte scopuri decât cele inițiale implică o nouă prelucrare, cu responsabilități distincte. În final, scopul intervențiilor sociale nu este doar oferirea de servicii, ci și afirmarea valorii și demnității fiecărei persoane asistate. Respectarea cerințelor GDPR în utilizarea imaginilor contribuie esențial la atingerea acestui scop, oferind o bază solidă pentru o practică socială sustenabilă și etic justificabilă.

Bibliografie

1. Cireașă, D.-I. (2021a). Principiile GDPR - de la teorie la practică. *Curierul Judiciar*, 4, 189–193. C.H. Beck.
2. Cireașă, D.-I. (2021b). Provocările GDPR din perspectiva persoanei vizate. *Curierul Judiciar*, 4, 201–207. C.H. Beck.
3. Cireașă, D.-I., Simionovici, D., & Dumitrescu, M. (2021). Obligațiile operatorilor de date cu caracter personal în aplicarea GDPR. *Curierul judiciar*, 4, 194–200. C.H. Beck.
4. Cireașă, D.-I., & Simionovici, D. (2024). *Cum îmi protejez datele personale și mă apăr de pericole în mediul online? Ghid de conștientizare a importanței protecției datelor cu caracter personal și a securității cibernetice pentru copii, părinți, profesori*. Asociația Specialiștilor în Confidențialitate și Protecția Datelor (ASCPD) &

Directoratul Național de Securitate Cibernetică (DNSC). https://www.dnsc.ro/vezi/document/ghid-ascpd-dnsc-protectia-datelor-copii-parinti-profesori

5. Dumitrescu, M., & Cireașă, D. (2020). De unde provine falsa supremație a consimțământului ca temei legal al prelucrării datelor personale? *Revista română pentru protecția și securitatea datelor cu caracter personal*, 2, 111–117. Universul Juridic.
6. Dumitrescu, M., Simionovici, D., & Cireașă, D.-I. (2020). Ghid pentru prelucrarea datelor cu caracter personal de către ONG-uri în cadrul campaniilor de strângere de fonduri. Asociația Specialiștilor în Confidențialitate și Protecția Datelor (ASCPD). https://ascpd.ro/wp-content/uploads/2020/04/GHID-ASCPD-destinat-ONG-urilor-Aprilie-2020.pdf
7. European Data Protection Board. (2020). *Guidelines 05/2020 on consent under Regulation 2016/679* (Version 1.1).https://www.edpb.europa.eu/sites/default/files/files/file1/edpb_guidelines_202005_consent_ro.pdf
8. Nistor, P. P. (2020). *Filantropie și servicii sociale profesionalizate în Biserica Ortodoxă Română. Cercetare sociologică realizată în Arhiepiscopia Iașilor* [Philanthropy and professionalized social services in the Romanian Orthodox Church: Sociological research conducted in the Archdiocese of Iași]. „Alexandru Ioan Cuza" University Publishing House.
9. Nistor, P. P. (2023). Christian values and ethical values in the professionalized social work practice. *Logos Universality Mentality Education Novelty: Social Sciences, 12*(2), 99–109. https://doi.org/10.18662/lumenss/12.2/96

10. Ploeșteanu, N.-D., Lacatusu, V., & Farcaș, D. (2018). *Protecția datelor cu caracter personal și viața privată: Jurisprudența CEDO și CJUE*. Universul Juridic.
11. Ploeșteanu, N. (Coord.). (2019). *Protecția datelor cu caracter personal: Modele și formulare*. Universitară. https://doi.org/10.5682/9786062809799
12. Ploeșteanu, N.-D. (Coord.). (2019). *Ghid practic pentru conformare cu Regulamentul General privind Protecția Datelor: Instrument de audit*. Universul Juridic.
13. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) (Text with EEA relevance) (OJ L 119 04.05.2016, p. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj)
14. Simionovici, D. (2019). Informing the data subject: Applying the provisions in the (UE) 2016/679 Regulation. The practitioner's perspective. *Logos Universality Mentality Education Novelty: Law*, 7(1), 67–84. Lumen. https://doi.org/10.18662/lumenlaw/20
15. Simionovici, D. (2020). Dreptul persoanei vizate la informare - între utilitate și obligație. *Revista română pentru protecția și securitatea datelor cu caracter personal*, 2, 102–110. Universul Juridic.
16. Simionovici, D., Cireașă, D.-I., Pantilimon, C., & Dan, M.-F. (2020). *GDPR aplicat: Instrument de lucru pentru implementarea Regulamentului (UE) 679/2016*. Wolters Kluwer România.
17. Șandru, D. M. (2017). Elemente privind reglementarea consimțământului în prelucrarea datelor cu caracter personal, potrivit art. 6 din Regulamentul nr. 2016/679. *Revista Română de Drept al Afacerilor*, (5).
18. Șandru, D. M. (2018a). Principiile protecției datelor - de la teorie la practică. *Curierul Judiciar*, 364.
19. Șandru, D. M. (2018b). Principiul echității în prelucrarea datelor cu caracter personal. *Pandectele Române*, (3).
20. Șandru, D. M. (2018c). Principiul transparenței în protecția datelor cu caracter personal. *Pandectele Române*, (4).
21. Șandru, D. M. (2018d). Situații în care este permisă prelucrarea datelor cu caracter personal fără consimțământul persoanei vizate. In RGPD - Regulamentul general privind protecția datelor cu caracter personal: comentarii și explicații. Hamangiu.

SERVICIILE SOCIALE INTEGRATE – INSTRUMENT DE INCLUZIUNE ȘI DEZVOLTARE SOCIO-EMOȚIONALĂ PENTRU COPIII DIN CENTRELE DE PLASAMENT

Cristina COROBAN

University assistant, Department of Sociology and Social Work, Moldova State University, Republic of Moldova, Chișinău, ORCID: 0000-0001-8040-0909

Rezumat

Serviciile sociale integrate reprezintă un mecanism esențial pentru sprijinirea copiilor din centrele de plasament, oferind intervenții coordonate în plan social, educațional, psihologic și de sănătate. Abordarea integrată, centrată pe copil, permite dezvoltarea competențelor socio-emoționale, reducerea vulnerabilităților și facilitarea incluziunii în comunitate. Prin colaborarea interdisciplinară a specialiștilor, copiii beneficiază de un cadru stabil care le dezvoltă abilități precum comunicarea, cooperarea, gestionarea conflictelor și empatia - elemente fundamentale pentru adaptarea socială și pregătirea pentru viața independentă.

Competențele socio-emoționale sunt recunoscute în literatura de specialitate (Argyle, Bernard, Semrud-Clikeman) ca factori protectivi majori pentru copiii vulnerabili. În contextul Republicii Moldova, unde mulți copii trăiesc experiențe de risc, aceste competențe devin vitale pentru combaterea marginalizării și consolidarea rezilienței. Studiul longitudinal desfășurat în opt centre de plasament (2021–2024) evidențiază îmbunătățiri constante în relaționarea dintre copii, reflectate atât prin date cantitative, cât și prin narative calitative. Copiii descriu relații mai armonioase, mai mult sprijin reciproc și un climat de tip „familial", aspecte care confirmă eficiența programelor socio-educaționale implementate.

Rezultatele indică o scădere semnificativă a comportamentelor disfuncționale și o creștere a competențelor sociale din categoriile „Funcțional" și „Optim". Totuși, persistă subgrupuri de copii care necesită intervenții individualizate și suport psiho-e,oțional continuu. Studiul confirmă că serviciile sociale integrate constituie un instrument strategic de incluziune socială, dezvoltare socio-emoțională și prevenire a riscurilor, contribuind la formarea unor tineri autonomi, responsabili și pregătiți pentru integrarea socială pe termen lung.

Cuvinte cheie: serviciile sociale integrate, copii din centele de plasament, competențe siciale, abilități sociale, incluziune socială.

Serviciile sociale integrate reprezintă un pilon esențial în oferirea suportului copiilor din centrele de plasament, prin intervenții coordonate în domeniile social, educațional, medical și psihologic. Abordarea integrată prin servicii sociale contribuie la dezvoltarea competențelor socio-emoționale, la crearea unui climat de sprijin și la pregătirea copiilor pentru viața independentă și integrarea în comunitate. Printr-o abordare centrată pe copil, bazată pe colaborarea dintre specialiști și instituții, serviciile integrate devin un instrument eficient de incluziune socială și de reducere a vulnerabilităților care afectează copiii aflați în dificultate.

Serviciile sociale integrate nu doar oferă suport material și psihologic, ci creează cadrul necesar pentru formarea și dezvoltarea competențelor sociale ale copiilor din centrele de plasament. Prin activități educaționale, consiliere și interacțiuni ghidate, copiii își dezvoltă abilități de comunicare, cooperare, empatie și reziliență, esențiale pentru adaptarea socială și participarea activă în comunitate. Astfel, serviciile integrate devin un catalizator al dezvoltării socio-emoționale și al incluziunii durabile, contribuind la formarea unor tineri autonomi și responsabili Integrarea acestor servicii în rețeaua de protecție a copilului contribuie la aplicarea unei abordări holistice dezvoltată de Bronfenbrenner[3],

care valorifică potențialul fiecărui copil și promovează coeziunea socială, reducând riscurile de marginalizare și excluziune.

Competențele sociale au devenit un punct central în științele sociale, în contextul unei societăți bazate pe informație, cunoaștere și schimbare continuă. Transformările sociale, tehnologice și culturale subliniază importanța cultivării competențelor sociale încă din copilărie. Conceptul este definit de M. Argyle [2] ca un pattern comportamental care oferă societății persoane capabile să producă efecte dorite, iar B. Bernard[16] o asociază cu abilitățile de relaționare interpersonală. Competența socială este un sistem dinamic de motivație și abilități interpersonale, care coordonează comportamentele adaptative în contexte sociale variate [17].

Contextul socioeconomic din Republica Moldova accentuează nevoia ca fiecare copil să fie pregătit să soluționeze problemele personale și sociale în mod competent. Pentru copiii în situații de risc, competențele sociale reprezintă un factor de protecție împotriva excluziunii, stigmatizării și marginalizării, facilitând accesul la resurse și sprijin comunitar, dezvoltarea rezilienței emoționale și gestionarea traumelor [12].

Familia, ca principal agent de socializare, influențează nivelul de dezvoltare fizică, intelectuală și morală al copiilor [5], iar absența acesteia impune intervenții suplimentare pentru formarea competențelor sociale în centrele de plasament. Aceste competențe sunt dezvoltate prin interacțiunea cu pedagogii și angajații centrelor [6], fiind consolidate prin programe integrate de educație, sănătate și asistență socială.

Copiii expuși riscurilor prezintă dificultăți în comunicare, gestionarea conflictelor și relaționare, cauzate de experiențe traumatice familiale [9]. Competența socială presupune capacitatea de a interacționa pozitiv cu ceilalți, de a oferi și solicita ajutor, de a coopera și de a tolera situațiile frustrante [6]. Aceasta susține menținerea relațiilor sănătoase și respectarea diferențelor interpersonale [11].

În sprijinul copiilor din centrele de plasament, a fost elaborat *Ghidul metodologic de instrucțiuni practice pentru cursul „Dezvoltare a abilităților de viață independentă și carieră”* [19], redactat de Daniela State și coordonat de autoare articolului în cadrul proiectului AO PRODOCS și Fundația Pestalozzi (2023–2025). Ghidul conține cinci module - abilități sociale, educație pentru sănătate, educație financiară, siguranță și orientare profesională - și oferă instrumente practice pentru formarea angajaților centrelor.

Cercetarea longitudinală desfășurată în opt centre de plasament din R. Moldova în perioada 2021–2024 evidențiază o evoluție pozitivă a relaționării între copii și dezvoltarea unui climat favorabil de interacțiune. Rezultatele confirmă impactul benefic al serviciilor sociale integrate în asupra stimei de sine, a abilităților sociale și a relațiilor armonioase între beneficiari. Cercetarea realizată în opt centre de plasament (aprox. 30% din totalul existent în Republica Moldova). Datele colectate prin interviuri individuale conturează un tablou complex al climatului relațional din centrele de plasament, atât resursele de suport socio-emoțional disponibile, cât și anumite vulnerabilități ale mediului de plasament. Aceste narațiuni confirmă necesitatea menținerii și consolidării intervențiilor integrate care contribuie la dezvoltarea psiho-socială a copiilor.

O parte dintre copii descriu relațiile din centru în termeni calzi, asociindu-le cu atmosfera familială:*„Bine, cred că acum ei mă înțeleg”* (I_7); *„Ca un fel de familie, am frați și surori”* (I_9).

Aceste enunțuri indică un nivel ridicat de integrare socio-emoțională și reflectă procesul de formare a atașamentelor secundare în context instituțional. Îmbunătățirea relațiilor este adesea legată de dezvoltarea competențelor sociale:*„De când am învățat să cer, fără să iau fără voie”* (I_2). Această legătură sugerează că *intervențiile de educație socio-emoțională* contribuie efectiv la reducerea

comportamentelor conflictuale și la consolidarea comunicării asertive. De asemenea, apar frecvent manifestări de empatie și sprijin reciproc: *„Îmi place să ajut, mă simt bine dacă pot ajuta cu ceva”* (I_14). Aceste aspecte susțin literatura de specialitate [8], care arată că mediile structurante și predictibile pot stimula comportamente prosociale chiar și la copiii cu istorii traumatice. O categorie aparte o constituie copiii care descriu relații ca fluctuante cacacterizate de instabilitate emoțională și variații de dispoziție: *„Cu unii bine, cu alții nu prea”* (I_10); *„Azi bine, dar a fost și nu prea”* (I_11); „*Uneori ne înțelegem bine, alteori parcă fiecare e pe lumea lui.”* (I_12); „*Depinde de zi… sunt momente când râdem împreună, dar și momente când nu vreau să vorbesc cu nimeni.”* (I_17); „*Câteodată e liniște și pace, alteori se mai supără cineva și se schimbă tot.*” (I_19).

Aceste expresii indică variabilitatea interacțiunilor zilnice, posibil influențată de tensiuni interpersonale, rivalități, supra-aglomerare, dar și de istoricul personal al copiilor. Patternul este frecvent la adolescenți sau la copiii cu sensibilitate emoțională crescută, care reacționează intens la mediul social. În literatura de specialitate, astfel de variații pot fi interpretate ca indicatori ai unui sistem relațional fragil, specific grupurilor de copii aflați în îngrijire rezidențială [1].Pentru alți copii, centrele de plasament reprezintă spațiii marcate de conflict, neînțelegeri sau evitări sociale: *„Nu chiar bine, am avut conflicte cu alți copii”* (I_18); *„Cu fetele bine, cu băieții nu întotdeauna”* (I_5); „*Mai sunt certuri… unii țipă repede și atunci prefer să stau deoparte.”* (I_19); „*Mă înțeleg cu câțiva, dar cu restul încerc să nu prea interacționez*.” (I_20); „*Sunt zile când apar multe discuții și prefer să ies afară ca să evit conflictele.”* (I_12).

Diferențele de gen, personalitate și stiluri de comunicare pot amplifica tensiunile, fenomen documentat în studiile privind viața cotidiană în instituții rezidențiale. Un caz particular îl reprezintă copiii vulnerabili la stimuli senzoriali: *„Făceau mult zgomot, mă deranja, îmi era frică de sunete puternice”* (I_1); Aceasta sugerează posibile dificultăți de reglare senzorială, des întâlnite la copiii cu traume timpurii sau experiențe de neglijare severă [14]. Mediile zgomotoase pot declanșa reacții de anxietate, retragere sau agitație.

Elementele pozitive apar atunci când copiii au oportunitatea de a forma relații de prietenie și suport social ca factori protectivi în dezvoltare: *„Am 2 prieteni, acasă nu aveam nici unul”* (I_19); *„Facem glume sau teme împreună”* (I_16); „*Aici am cu cine vorbi, nu mă simt singur ca înainte.”* (I_12); *„Ne ajutăm unii pe alții când avem nevoie, ca o mică familie”* (I_14).

Relațiile de prietenie reprezintă un factor protector major, asociat cu creșterea stimei de sine, reducerea anxietății și adaptarea la mediul rezidențial[4]. Prezența prietenilor poate compensa parțial pierderile familiale și poate oferi un sens al continuității și siguranței emoționale. Un număr semnificativ de copii răspund prin formule evazive caracterizate de o confuzie emoțională și evitarea exprimării trăirilor: *„Nu știu”* (I_3); *„Când bine, când nu prea”* (I_15). Acest fenomen indică *inhibarea emoțiilor* și dificultăți în identificarea sau verbalizarea stărilor afective – aspect tipic la copiii cu traume sau atașament dezorganizat[10], arată că dificultățile în exprimarea emoțiilor pot fi mecanisme de apărare dezvoltate în contexte instabile sau violente.

Rezultatele studiului longitudinal evidențiază o tendință ascendentă clară și semnificativă în dezvoltarea abilităților sociale ale copiilor din centrele de plasament. Evoluția este confirmată atât prin analiza indicatorilor cantitativi, cât și prin triangularea cu datele calitative. Evoluție poate fi interpretată în baza teoriei ecologice a dezvoltării umane [3], potrivit căreia interacțiunile sociale din mediul imediat - în acest caz, centrele de plasament - reprezintă un context esențial pentru formarea competențelor socioemoționale. Intervențiile educaționale, activitățile structurate și climatul relațional suportiv au generat un efect de socializare secundară pozitiv, contribuind la consolidarea capitalului

social relațional al copiilor. Pe dimensiunea calitativă, copiii raportează o îmbunătățire a cooperării și a jocului în echipă, ceea ce indică trecerea de la interacțiuni de tip competitiv la relații bazate pe încredere, empatie și colaborare. Aceasta confirmă ipoteza că procesele de învățare socioemoțională din cadrul programelor de intervenție funcționează ca un mecanism de internalizare a normelor sociale și de dezvoltare a autoreglării comportamentale [2]. Un alt aspect relevant este diferențierea de gen observată în gestionarea conflictelor: fetele manifestă o capacitate mai mare de autoreglare emoțională și negociere socială, în timp ce băieții întâmpină dificultăți mai frecvente în rezolvarea situațiilor tensionate. Această diferență poate fi asociată atât modelelor de socializare distincte, cât și influențelor culturale privind expresia emoțiilor [13].

Din perspectivă sistemică, rezultatele confirmă că serviciile sociale integrate și activitățile educaționale din centrele de plasament acționează ca factori de protecție socială facilitând incluziunea copiilor și reducând riscul de izolare și comportamente dezadaptative. Pe baza teoriei capitalului social [15], se poate afirma că intervențiile din 2021–2024 au contribuit la extinderea capitalului de încredere și cooperare între copii, ceea ce a permis dezvoltarea unei culturi relaționale mai incluzive și participative. Capacitatea de a „se juca împreună" sau „a coopera armonios" reprezintă indicatori empirici ai consolidării legăturilor de tip *bonding social capital*, esențiale pentru coeziunea grupului și pentru integrarea emoțională. Diferențele de gen observate – fetele manifestând o mai bună autoreglare emoțională, iar băieții o vulnerabilitate mai ridicată în gestionarea conflictelor – pot fi explicate prin modelele de socializare diferențiată și prin constrângerile culturale asupra expresiei emoțiilor [13]. Aceste constatări confirmă faptul că dezvoltarea abilităților socio-emoționale este un proces interdependent de context, gen și experiență socială.

Întrebarea privind *deprinderile de relaționare armonioasă ale copiilor din centrul de plasament în care locuiesc* este fundamentată pe necesitatea de a surprinde mecanismele socio-emoționale care reglează interacțiunile în mediile rezidențiale. Centrele de plasament reprezintă contexte relaționale complexe, caracterizate prin diversitate comportamentală, istorii de traumă, niveluri diferite de maturitate emoțională și dinamici de grup fluctuante. În acest sens, evaluarea autorelată a abilităților de relaționare constituie un indicator valid al integrării sociale și al adaptării la mediul instituțional. Astfel s-a utilizat o scală psihosocială compusă din cinci variabile – comunicare pozitivă, cooperare, gestionarea conflictelor, empatie și stabilitatea relațiilor de prietenie – a fost fundamentată pe necesitatea de a surprinde în mod sistematic și multidimensional deprinderile de relaționare armonioasă ale copiilor din centrele de plasament.

Literatura de specialitate subliniază faptul că adaptarea socială și emoțională a copiilor aflați în medii rezidențiale este influențată de un ansamblu de competențe interpersonale, nu de un singur indicator [8]. De aceea, instrumentele de evaluare trebuie să acopere atât dimensiuni afective (empatie, sprijin), cât și comportamentale (comunicare, cooperare, gestionarea conflictelor). Cele cinci variabile selectate reflectă componente esențiale ale dezvoltării socio-emoționale:

- Comunicarea pozitivă (V1) permite evaluarea modului în care copiii își exprimă nevoile, emoțiile și intențiile într-un cadru relațional.
- Cooperarea (V2) surprinde modul în care se implică în activități comune, un indicator fundamental pentru climatul de grup (Figura 1).
- Gestionarea conflictelor (V3) evaluează abilitățile de reglare emoțională și comportamentală, critice într-un mediu colectiv (Figura 2).
- Empatia și sprijinul (V4) reprezintă nucleul comportamentelor prosociale, asociate cu stabilitatea emoțională și relațională.

• Stabilitatea prieteniilor (V5) reflectă ancorarea socială și calitatea legăturilor interpersonale, elemente recunoscute drept factori protectivi majori pentru copiii vulnerabili.

Scara Likert în 5 trepte a fost aleasă deoarece facilitează măsurarea percepțiilor subiective într-o manieră gradată, intuitivă și ușor de interpretat statistic. Aceasta permite captarea variațiilor fine ale comportamentelor și atitudinilor, făcând posibilă analiza comparativă între variabile, între centre sau între perioade diferite (în cazul studiilor longitudinale).

În ansamblu, instrumentul utilizat asigură o evaluare comprehensivă, validă și accesibilă a deprinderilor socio-relaționale ale copiilor, oferind o bază empirică solidă pentru interpretarea calității relațiilor interpersonale și pentru dezvoltarea unor intervenții orientate spre îmbunătățirea climatului rezidențial. Deși numărul copiilor evaluați nu a fost constant de la un an la altul, variațiile reflectă realitatea din teren, respectiv fluctuațiile naturale ale populației rezidențiale în funcție de intrări, ieșiri, reintegrări familiale sau transferuri. Prin urmare, eșantionul anual nu este identic, însă reprezintă în fiecare an totalitatea copiilor prezenți în centre la momentul evaluării, ceea ce permite o analiză fidelă a evoluției grupului. Abordarea oferă o perspectivă realistă asupra dinamicii abilităților socio-emoționale ale copiilor, întrucât surprinde schimbările atât la nivel individual, cât și la nivelul grupurilor rezidențiale. Deși distribuția numerică variază, compararea datelor pe parcursul celor patru ani permite identificarea tendințelor generale privind climatul relațional, adaptarea și dezvoltarea abilităților de relaționare în mediul de plasament.

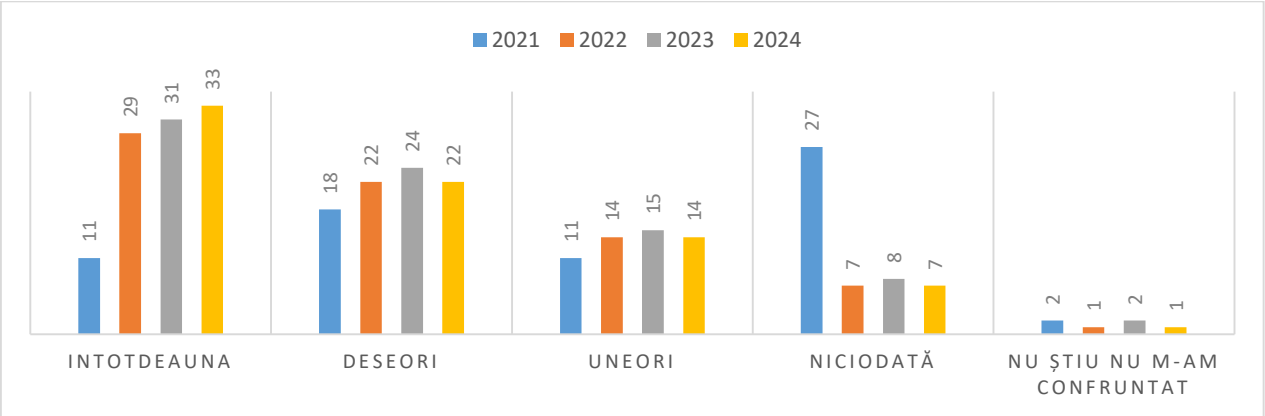


Figura 1. Aprecierea deprinderilor de relaționare armonioasă ale copiilor din centrele de plasament, număr respondenți

Evaluarea longitudinală a deprinderilor de relaționare armonioasă la copiii din centrele de plasament arată o evoluție progresivă, dar neuniformă, a competențelor sociale în perioada 2021–2024. Distribuția copiilor în cele patru categorii ale scalei (slab, moderat, bun, foarte bun) permite o înțelegere mai nuanțată a modului în care aceștia se adaptează și interacționează în mediul rezidențial. Aprecierea nivelurilor deprinderilor de relaționare armonioasă a fost realizată pe baza scorurilor obținute la scala psihosocială, utilizând următorul sistem de clasificare: 15–30 puncte indică un nivel slab, asociat unui risc ridicat în plan socio-emoțional; 31–45 puncte reflectă un nivel moderat, caracterizat prin relaționare fluctuantă; 46–60 puncte corespund unui nivel bun, specific unor competențe funcționale și unei adaptări adecvate în grup; iar 61–75 puncte desemnează un nivel foarte bun, evidențiind abilități consolidate de comunicare, cooperare și gestionare a situațiilor sociale.

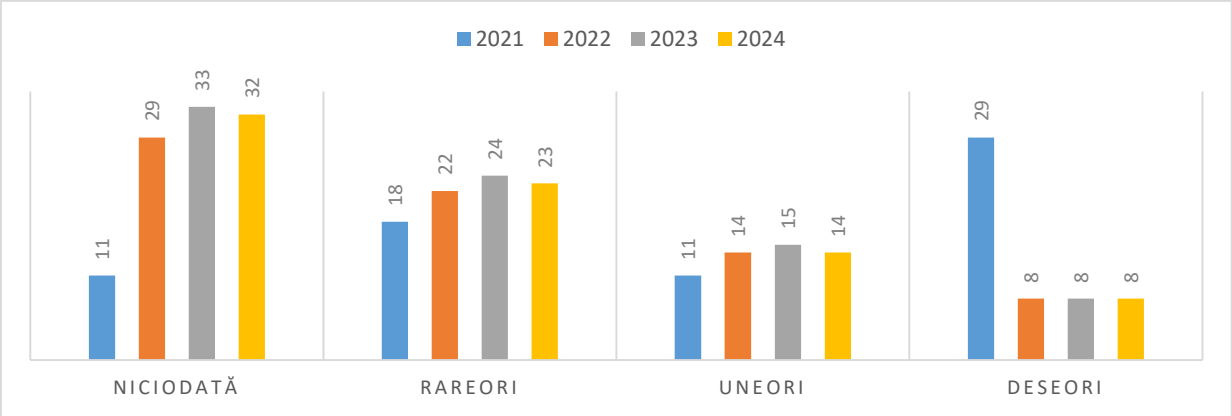


Figura 2. Gestionarea conflictelor la copiii din centrele de plasament, număr respondenți

Ca urmare a intervențiilor complexe se constată că copiii devin mai calmi, mai cooperanți și gestionează conflictele mai matur, ceea ce reflectă efectele pozitive ale intervențiilor educaționale și sociale. Astfel, în primul an de evaluare, 2021, peste jumătate dintre copii se situau în zona scorurilor mici, corespunzătoare deprinderilor slabe și unui nivel crescut de risc social. Aproximativ trei sferturi dintre copii prezentau un nivel moderat, cu relaționare fluctuantă, iar un număr foarte mic atingeau nivelul foarte bun al relaționării. Acest profil indică o structură relațională fragilă, specifică grupurilor rezidențiale aflate în fază incipientă de dezvoltare socio-emoțională.

În 2022, situația se menține relativ similară, dar se observă primele semne de progres. Deprinderile slabe continuă să fie prezente la aproximativ jumătate dintre copii, însă nivelul moderate se consolidează, iar numărul copiilor cu deprinderi foarte bune crește semnificativ față de anul anterior. Stabilitatea acestor schimbări sugerează că intervențiile educaționale și activitățile socio-emoționale din centre încep să producă efecte vizibile. În 2023 are loc o schimbare relevantă: scade proporția copiilor cu deprinderi slabe, iar nivelul moderat se stabilizează.

Totodată, crește numărul copiilor care ating scoruri asociate relaționării foarte bune, indicând o consolidare a abilităților de comunicare, cooperare și gestionare a conflictelor. Grupul devine mai omogen, iar comportamentele prosociale încep să fie mai frecvente. În 2024, se observă cea mai bună distribuție a scorurilor. Deprinderile slabe scad considerabil, nivelul moderat se menține, iar categoria copiilor cu deprinderi foarte bune atinge cel mai înalt nivel din întreaga perioadă. Acest profil indică o creștere consistentă a capacității copiilor de a relaționa armonios, de a comunica eficient și de a menține relații pozitive în grupul de rezidență.

Analiza evoluției deprinderilor de relaționare armonioasă în perioada 2021–2024 evidențiază un progres constant în dezvoltarea socio-emoțională a copiilor din centrele de plasament. Se observă o diminuare semnificativă a deprinderilor slabe, ceea ce reflectă reducerea riscului social și emoțional și o capacitate tot mai mare a copiilor de a interacționa adecvat în cadrul grupului. În paralel, nivelul moderat se stabilizează, indicând un climat relațional mai previzibil și o structurare mai clară a interacțiunilor dintre copii. Totodată, crește numărul copiilor care ating deprinderi foarte bune, aspect ce sugerează maturizare emoțională, consolidarea competențelor sociale și efectul pozitiv al intervențiilor socio-educaționale din centre.

Cu toate acestea, rezultatele arată și că există în continuare copii care manifestă dificultăți persistente de relaționare și care rămân în zona de risc, având nevoie de sprijin individualizat, suport psihologic și activități continue de dezvoltare socio-emoțională. Prezența acestor vulnerabilități subliniază faptul că progresul obținut este real, dar nu uniform, iar nevoia de intervenții adaptate

rămâne în continuare ridicată. Rezultatele desprinse întăresc importanța serviciilor sociale integrate ca instrument esențial de incluziune și dezvoltare socio-emoțională: acestea contribuie nu doar la consolidarea relațiilor pozitive și a comportamentelor prosociale, dar și la identificarea și sprijinirea copiilor care încă se confruntă cu dificultăți, asigurând intervenții coordonate și personalizate pentru recuperarea și dezvoltarea lor armonioasă.

Rezultatele cercetării evidențiază o tendință pozitivă în dezvoltarea competențelor sociale ale copiilor în situații de risc, Figura 3. Pentru evaluarea nivelului de dezvoltare a competențelor sociale la copii, a fost propusă utilizarea unei scale graduale care reflectă capacitatea de aplicare a acestor competențe în diferite contexte, astfel: De bază – început de dezvoltare, nevoie de sprijin constant; Funcțional – utilizare regulată în contexte uzuale, cu sprijin ocazional; Optim – aplicare autonomă, adaptată și eficientă în contexte variate.

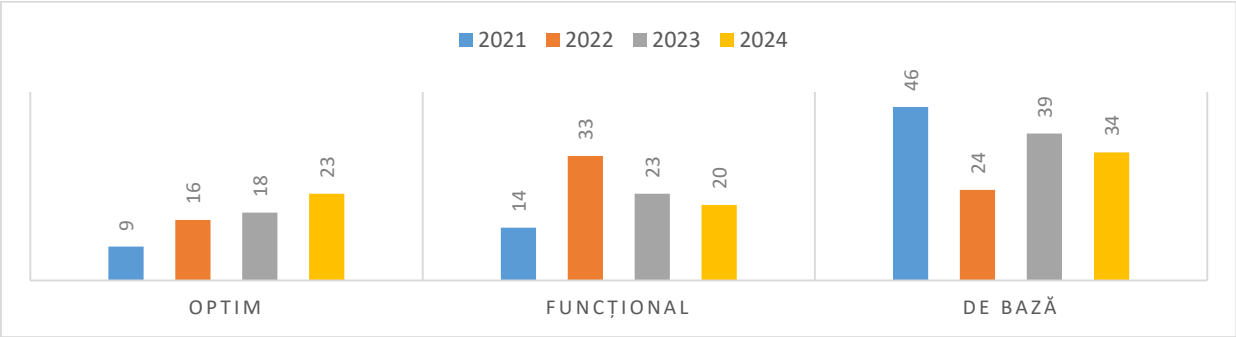


Figura 3. Nivelul competențelor la copii, pe ani

Distribuția copiilor pe niveluri de competență în perioada 2021–2024 arată o îmbunătățire constantă în zona Optim, dublându-se aproape de la începutul perioadei până în 2024. Această creștere indică progresul copiilor în abilitățile socio-emoționale și o capacitate tot mai mare de relaționare armonioasă și gestionare autonomă a situațiilor sociale. Nivelul Funcțional înregistrează o creștere majoră în 2022, ceea ce sugerează o tranziție rapidă a multor copii din zona de bază către competențe intermediare; ulterior, valorile oscilează, dar mențin o proporție semnificativă de copii cu deprinderi relaționale stabile. Această dinamică reflectă faptul că intervențiile socio-educaționale au avut un impact deosebit în consolidarea comportamentelor adecvate. În schimb, categoria *De bază* - asociată competențelor slabe - scade considerabil între 2021 și 2022, reducându-se la aproape jumătate. Deși valorile cresc ușor în 2023 și 2024, nivelul rămâne mult sub cel inițial, ceea ce indică o diminuare clară a vulnerabilităților sociale și emoționale.

Per ansamblu, tendințele indică o îmbunătățire generală a competențelor sociale, cu o trecere vizibilă a copiilor din categoria „De bază" către „Funcțional" și „Optim". Acest progres sugerează că mediul rezidențial, reglementarea clară, activitățile educaționale și sprijinul specializat au contribuit semnificativ la dezvoltarea socio-emoțională a copiilor.

Analiza datelor colectate în perioada 2021–2024 privind deprinderile de relaționare armonioasă ale copiilor din centrele de plasament evidențiază o evoluție pozitivă constantă, confirmată prin trecerea treptată a copiilor din nivelurile de bază ale competențelor sociale către niveluri funcționale și optime. Cele trei dimensiuni analizate – *Optime, Funcționale și De bază* – demonstrează o transformare calitativă semnificativă: scăderea progresivă a comportamentelor dezadaptative, consolidarea deprinderilor funcționale și creșterea constantă a celor foarte bune. Aceste rezultate indică impactul real al programelor socio-educaționale desfășurate în centre, precum și al climatului structurat, predictibil și suportiv din mediul rezidențial. Îmbunătățirea vizibilă a competențelor de comunicare,

cooperare, autoreglare emoțională și gestionare a conflictelor confirmă faptul că intervențiile multidisciplinare integrate răspund eficient nevoilor complexe ale copiilor vulnerabili.

Totodată, persistența unui număr semnificativ de copii cu competențe sociale slabe arată că, în ciuda progresului general, există subgrupuri de beneficiari care necesită sprijin intensificat, intervenții personalizate și servicii terapeutice suplimentare. Astfel, rezultatele subliniază importanța menținerii și dezvoltării serviciilor sociale integrate ca instrument fundamental în promovarea incluziunii și dezvoltării socio-emoționale.

Rezultatele studiul evidențiază că serviciile sociale integrate, atunci când sunt coordonate coerent (evaluare multidisciplinară, intervenție psihologică, suport educațional, dezvoltare socio-emoțională, activități comunitare), reprezintă un instrument strategic esențial pentru reducerea vulnerabilității copiilor din centrele de plasament și consolidează reziliența și dezvoltarea competențelor sociale. Serviciile sociale integrate nu sunt doar un cadru administrativ, ci un instrument strategic de incluziune, dezvoltare socio-emoțională și contribuie direct la creșterea calității vieții, la creșterea rezilienței și la pregătirea copiilor pentru o tranziție responsabilă și autonomă către viața independentă.

Bibliografie

1. Anglin J. Pain, Normality, and the Struggle for CongruenceReinterpreting Residential Care for Children and Youth. 2002
2. Argyle M., Psychology Of Interpersonal Behaviour, 1994. ISBN-10 : 014017274.
3. Bronfenbrenner, U., Morris, P. A. The bioecological model of human development. In Handbook of Child Psychology: Volume 1, Theoretical Models of Human Development 2006, pp. 793-828. [on-line]. [citat 01.12.2024]. Disponibil: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470147658.chpsy0114
4. Bukowski, W. M., Hoza, B. *Peer relations and adjustment in children*. 1989 [on-line]. [citat 01.02.2025]. https://www.guilford.com/excerpts/bukowski.pdf?t=1
5. Coroban, C., Abilitățile şi competenţele parentale ale familiilor în situație de risc din Republica Moldova. In: The contemporary issues of the socio-humanistic sciences, Ed. 14, 7-8 decembrie 2023, Chişinău. 2023: "Print-Caro" SRL, 2023, Ediția 14, pp. 275-280. ISBN 978-9975-180-89-4. DOI: https://doi.org/10.54481/pcss2023.29
6. Coroban, C., Competențele sociale ale copiilor în situaţie vulnerabilă. In: Integrare prin cercetare si inovare.: Științe sociale, 10-11 noiembrie 2020, Chișinău. Republica Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al Universităţii de Stat din Moldova, 2020, R, SS, pp. 259-263. ISBN 978-9975-152-54-9. https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_ articol/115603
7. Coroban, C., Monitorizarea copiilor în situație vulnerabilă. In: Sociologia și asistența socială: cercetare și profesionalizare, 26 octombrie 2022, Chişinău. 2022, pp. 92-97. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/92-97_41.pdf
8. Gilligan, R. Adversity, Resilience and the Educational Progress of Young People in Public Care. Emotional and Behavioural Difficulties, 12, 135-145. 2007. http://dx.doi.org/10.1080/13632750701315631
9. Gilmore L., Cuskelly M., Factorial structure of PSOC (Parental Sense of Competence) scale with a sample of mothers from family preservation services. [citat 25.10.2024]. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18991983/
10. Hughes D. A. Attachment-Focused Parenting: Effective Strategies to Care for Children (Norton Professional Books (Hardcover)) Hardcover – March 16, 2009.
11. Kaya Z., Kaval A., The Effect of a Social Skills-Based Psychoeducation Programme on Primary School Students' Social Skill Levels [citat 23.10.2024]. https://www.researchgate.net/publication/360266459_The_Effect_of_a_Social_Skills-Based_Psychoeducati
12. Marin, M. Parental Resources and Children's Education: Comparative Perspective for Poland and Romania. Editura Lumen, 2018. ISBN 978-973-166-487-3.

13.MCCORMICK, K., & SHIELDS, S.A. Gender and emotion. In The SAGE Encyclopedia of Theory in Psychology.2016 (pp. 354-355). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. doi:10.4135/9781483346274.n122
14.PERRY, B. D. *The Neurosequential Model of Therapeutics*. Arizona Trauma Institute. 2018 https://aztrauma.org/wp-content/uploads/2018/01/The-Neurosequential-model.pdf
15.Putnam R. D. Making democracy work. Civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1993.
16.Robu, V. Competențe sociale și personalitate. Iași: Lumen, 2011. ISBN 978-973-166-297-8.
17.Sander M.R. Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children, [on-line]. [citat 22.10.2024]. Disponibil: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11225933/
18.Semrud-Clikeman M. Social Competence in Children. New York: Springer; 2007. [on-line] [citat 23.10.2024]. https://www.researchgate.net/publication/321599074_Social_Competence_in_Children
19.State D., Coroban, C. Dezvoltarea abilităților de viață independentă și carieră a copiilor în situație vulnerabilă Ghid practic. Chișinău, 2023. 152 p. ISBN 978-9975-3620-6-1.

INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ: FACTOR FUNDAMENTAL ÎN COMUNICAREA PSIHOSOCIALĂ DIN MEDIILE INCLUZIVE EFICIENTE

Violeta Nicoleta SIMION
Asistent universitar doctorand,
Facultatea de Științe ale Educației, Universitatea Dunărea de Jos, Galați

Elemente teoretice introductive: conceptul de inteligență emoțională

Actualul sistem educațional se confruntă cu provocări complexe generate de diversitatea crescândă a populațiilor școlare și de necesitatea implementării unor practici pedagogice capabile să răspundă nevoilor tuturor elevilor, indiferent de particularitățile lor individuale (Ainscow, 2020; Florian & Becirevic, 2011). În acest context, educația incluzivă reprezintă atât un deziderat etic dar și o necesitate funcțională pentru societățile democratice moderne. Succesul implementării principiilor incluziunii depinde însă, în mod esențial, de calitatea relațiilor interpersonale și de eficiența comunicării psihosociale dintre actorii implicați în procesul educațional (Jennings & Greenberg, 2009; Pianta, 2016).

În acest context, *inteligența emoțională* devine un construct psihologic esențial, mediind interacțiunile sociale și facilitând adaptarea la diversitate (Brackett et al., 2011; MacCann et al., 2020). În conceptualizarea inițială realizată de Salovey și Mayer (1990), inteligența emoțională semnifică abilitatea de a percepe, înțelege și gestiona emoțiile proprii și ale celorlalți. Meta-analize recente evidențiază faptul că inteligența emoțională prezice performanța academică, adaptarea socio-emoțională și motivația în mediul educațional (MacCann et al., 2020; Taylor et al., 2017).

Modele teoretice:

a. Modelul abilităților (Mayer & Salovey)

Modelul abilităților (*Ability Model*), formulat de Mayer și Salovey, conceptualizează inteligența emoțională ca o formă de inteligență autentică, distinctă de inteligența cognitivă tradițională, dar profund complementară acesteia (Mayer & Salovey, 1997). Structura modelului include *patru ramuri principale*.

Prima ramură: *percepția și expresia emoțiilor* - se referă la identificarea corectă a emoțiilor proprii și ale celorlalți. În contextul educației incluzive, aceasta este extrem de importantă pentru cadrele didactice care decodifică, interpretează reacțiile emoționale ale tuturor elevilor (inclusiv ale elevilor cu cerințe educaționale speciale sau provenind din medii culturale variate) (Brackett et al., 2011; Jennings et al., 2017).

A doua ramură: facilitarea emoțională a gândirii - descrie modul în care emoțiile direcționează atenția, influențează judecata și potențează creativitatea și rezolvarea problemelor. Conștientizarea rolului emoțiilor în procesele cognitive permite adaptarea strategiilor pedagogice astfel încât la rândul lor procesele învățării să fie stimulate prin cultivarea unui mediu emoțional potiziv (Mayer et al., 2016; Durlak et al., 2011).

A treia ramură: *înțelegerea emoțiilor* - implică cunoașterea vocabularului emoțional, a relațiilor dintre emoții și a tranzițiilor emoționale. În practică, aceasta permite specialiștilor din educație să anticipeze reacțiile emoționale ale elevilor și să interpreteze comportamente care maschează emoții primare precum frica sau tristețea (Izard et al., 2001).

A patra ramură: *managementul emoțiilor* - reprezintă nivelul superior al inteligenței emoționale, implicând reglarea emoțiilor proprii și ale altora pentru îndeplinirea obiectivelor. În educația incluzivă, această dimensiune influențează direct gestionarea conflictelor și menținerea unui climat socio-emoțional pozitiv (Jennings et al., 2019; Pekrun & Linnenbrink-Garcia, 2014).

b. Modelul competențelor emoționale (D. Goleman, 1995)

Modelul propus de Goleman extinde perspectiva asupra inteligenței emoționale, integrând-o într-un set de competențe intra- și interpersonale necesare funcționării eficiente în contexte socio-profesionale (Goleman, 1995, 1998).

1. *Autocunoașterea emoțională* oferă cadrelor didactice, elevilor capacitatea de a-și recunoaște propriile stări afective și declanșatori emoționali, prevenind apariția reacțiilor disfuncționale (Jennings & Greenberg, 2009).
2. *Autoreglarea emoțională* permite gestionarea impulsurilor emoționale și menținerea adaptabilității în situații provocatoare, reducând riscul de epuizare profesională (Burić & Macuka, 2018; Kim & Burić, 2020).
3. *Motivația intrinsecă* susține reziliența profesională și angajamentul față de activitatea didactică (Gu & Day, 2013).
4. *Empatia* facilitează înțelegerea experiențelor emoționale ale elevilor, în special ale celor din medii culturale diferite (Pettigrew & Tropp, 2006).
5. *Abilitățile sociale* susțin comunicarea eficientă, gestionarea conflictelor și colaborarea în echipe multidisciplinare (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017).

Comunicarea psihosocială în mediile educaționale incluzive

Înțelegerea comunicării psihosociale în mediile educaționale incluzive presupune depășirea unei viziuni reductive asupra comunicării ca simplu transfer de informații, orientând analiza spre procesele socio-emoționale care modelează interacțiunile dintre actorii educaționali. Comunicarea devine astfel un spațiu de co-construcție a semnificațiilor, de negociere a identităților și de reglare emoțională reciprocă, influențând atât dinamica relațiilor interpersonale, cât și eficiența proceselor pedagogice. Pentru a surprinde această complexitate, este necesară analiza comunicării psihosociale cu referire la cele trei dimensiuni interconectate: cognitivă, afectivă și relațională, fiecare contribuind în mod distinct la funcționarea eficientă a mediilor incluzive și la crearea unui climat socio-emoțional favorabil învățării.

Dimensiunile comunicării psihosociale

1. *Dimensiunea cognitivă:* această dimensiune se referă la procesarea, transmiterea și interpretarea informațiilor. În medii incluzive apar discrepanțe între codurile lingvistice și cognitive, impunându-se astfel adaptarea stilurilor de predare. Cadrele didactice cu un nivel ridicat de inteligență emoțională demonstrează sensibilitate la aceste diferențe (MacCann et al., 2020; Schutte et al., 2013).

2. *Dimensiunea afectivă:* comunicarea emoțională implică transmiterea și receptarea mesajelor afective explicite și implicite. În mediile incluzive în care elevii pot experimenta anxietate, nesiguranță sau teamă de respingere, capacitatea profesorilor de a comunica empatic devine fundamentală (Jennings et al., 2017; Oberle & Schonert-Reichl, 2016).
3. *Dimensiunea relațională:* în această dimensiune se negociază identități, roluri, norme și distanțe sociale. Comunicarea relațională eficientă combate stigmatizarea și creează un climat de valorizare a diversității (Pettigrew & Tropp, 2006; Pianta, 2016; Sleeter, 2018).

Relația dintre barierele în comunicarea psihosocială și inteligența emoțională

Mediile educaționale incluzive se confruntă cu multiple bariere care pot afecta comunicarea eficientă între actorii educaționali. Aceste bariere pot fi de natură lingvistică, culturală, psihologică sau structurală, iar inteligența emoțională joacă un rol important în identificarea și depășirea acestora.

1. *Barierele lingvistice* sunt evidente în cazul elevilor care nu vorbesc limba de instruire ca limbă maternă sau care provin din medii socio-economice defavorizate unde expunerea la registre lingvistice formale este limitată. Dincolo de aspectele tehnice ale competenței lingvistice, există și o dimensiune emoțională a acestor bariere. Elevii pot experimenta anxietate, rușine sau frustrare în legătură cu dificultățile lor de exprimare, emoții care pot inhiba și mai mult comunicarea. Un cadru didactic cu un nivel ridicat de inteligență emoțională va recunoaște aceste emoții, va crea un climat de siguranță psihologică în care greșelile lingvistice sunt normalizate ca parte a procesului de învățare și va comunica printr-un limbaj nonverbal deschis și încurajator (Oberle & Schonert-Reichl, 2016; Jennings et al., 2017).
2. *Barierele culturale* apar între diferențele legate de normele de comunicare, valorile culturale și interpretarea comportamentelor sociale. Ceea ce într-o cultură reprezintă un semn de respect (de exemplu, evitarea contactului vizual direct cu autoritatea) poate fi interpretat în altă cultură drept lipsă de interes sau lipsă de sinceritate. Înțelegerea emoțiilor, ca dimensiune a inteligenței emoționale, permite cadrelor didactice să interpreteze corect semnificația culturală a comportamentelor și să evite judecăți pripite bazate pe propriul lor cadru cultural de referință. Mai mult, empatia facilitată de inteligența emoțională, permite o comunicare care recunoaște și valorizează diferențele culturale în loc să le perceapă ca deficiențe (Pettigrew & Tropp, 2016).
3. *Barierele psihologice* includ prejudecățile, stereotipurile și atitudinile discriminatorii care pot influența subtil sau explicit modul în care diferitele grupuri de elevi sunt percepute și tratate în mediul educațional. Autocunoașterea emoțională, ca dimensiune a inteligenței emoționale, permite actorilor educaționali să identifice propriile prejudecăți implicite și să lucreze activ pentru a le neutraliza impactul asupra comportamentului lor profesional (Goleman, 1998; Sleeter, 2018).
4. *Barierele structurale* se referă la constrângerile sistemice care limitează accesul la resurse, la oportunități de comunicare sau la participare egală. Deși inteligența emoțională la nivel individual nu poate elimina aceste bariere sistemice, ea poate contribui la identificarea lor și la mobilizarea eforturilor colective pentru schimbare. Cadrele didactice și specialiștii cu competențe emoționale dezvoltate vor fi mai sensibili la impactul inegalităților structurale asupra bunăstării emoționale a elevilor și vor putea integra, dezvolta politici și practici educaționale mult mai incluzive (Ainscow, 2020; Florian & Spratt, 2013).

Inteligența emoțională ca factor sistemic în educația incluzivă

La nivel individual, inteligența emoțională se manifestă prin *competențe socio-emoționale* specifice care influențează direct calitatea interacțiunilor educaționale. Cadrele didactice cu un nivel ridicat de inteligență emoțională demonstrează capacități superioare de observare și interpretare a dinamicilor din clasă, putând identifica rapid tensiunile, conflictele latente sau nevoile neîmplinite ale elevilor (Jennings

et al., 2017; Oberle & Schonert-Reichl, 2016). Această sensibilitate emoțională le permite să intervină preventiv.

În interacțiunea directă cu elevii, competențele emoționale ale cadrelor didactice se traduc prin capacitatea de a oferi feedback într-o manieră constructivă și încurajatoare, de a gestiona comportamentele provocatoare fără a recurge la pedepse umilitoare și de a crea momente de conexiune emoțională autentică care să consolideze relația profesor-elev. Cercetările în domeniul psihologiei educaționale demonstrează consistent că relația pozitivă între cadrul didactic și elev reprezintă unul dintre cei mai puternici predictori ai angajamentului școlar și ai performanței academice (Pianta, 2016; Roorda et al., 2017).

Specialiștii în activitățile de sprijin educațional (psihologii școlari, consilierii sau profesorii de sprijin, etc.), au nevoie de niveluri superioare ale inteligenței emoționale, având în vedere natura complexă a intervențiilor lor. Aceștia au nevoie să faciliteze comunicarea între elevi, cadre didactice și părinți, să medieze conflictele, să sprijine procesele de adaptare și să contribuie la crearea unui climat instituțional favorabil incluziunii. Inteligența lor emoțională se manifestă prin capacitatea de a păstra echilibrul și obiectivitatea în situații tensionate, de a genera soluții creative la probleme complexe și de a susține emoțional atât elevii, cât și cadrele didactice care se confruntă cu provocări profesionale (Jennings et al., 2017, 2019).

La nivel interpersonal, inteligența emoțională influențează profund calitatea relațiilor interpersonale din mediul educațional, având impact asupra tuturor diadelor relaționale relevante: profesor-elev, elev-elev, profesor-părinte și profesor-specialist (Pianta, 2016; Roorda et al., 2017).

De asemenea, relațiile dintre elevi sunt modelate de climatul emoțional al clasei, care la rândul său este influențat de inteligența emoțională a cadrului didactic. Un profesor care promovează valori precum: empatie, acceptare și colaborare, care intervine prompt și constructiv în situații de bullying sau excludere și care facilitează activități de construire a comunității contribuie la dezvoltarea unor relații pozitive între elevi (Oberle & Schonert-Reichl, 2016; Taylor et al., 2017).

Inteligența emoțională facilitează construirea unor parteneriate eficiente familie-școală prin promovarea unei comunicări empatice și non-defensive (Sleeter, 2018). Un cadru didactic care poate înțelege perspectiva emoțională a părinților, care recunoaște stresul și îngrijorările lor legitime referitoare la dezvoltarea copilului lor și care comunică într-o manieră respectuoasă și transparentă va putea construi alianțe solide cu familiile. Aceste alianțe sunt cu atât mai importante în cazul familiilor elevilor cu nevoi educaționale speciale, care pot avea experiențe anterioare negative cu instituțiile educaționale.

La nivel instituțional, se poate vorbi despre o „*inteligență emoțională organizațională*” care se manifestă prin normele, valorile și practicile ce guvernează modul în care emoțiile sunt recunoscute, exprimate și gestionate în cadrul organizației educaționale (Humphrey, 2013).

Un climat instituțional caracterizat prin siguranță emoțională permite atât cadrelor didactice, cât și elevilor să își exprime vulnerabilitățile, să solicite sprijin și să învețe din greșeli fără teama de pedepse sau stigmatizare. Acest climat este important pentru implementarea efectivă a educației incluzive, care presupune adesea experimentarea de noi abordări pedagogice, asumarea de riscuri și adaptarea constantă la nevoile diverse ale elevilor (Ainscow, 2020).

Leadershipul educațional joacă un rol fundamental în cultivarea inteligenței emoționale la nivel instituțional. Liderii educaționali care demonstrează competențe emoționale dezvoltate, care sunt conștienți de impactul emoțional al deciziilor lor asupra comunității școlare și care promovează activ

bunăstarea emoțională a tuturor membrilor comunității creează condiții favorabile pentru dezvoltarea unei culturi organizaționale emoțional inteligente (Jennings et al., 2019).

Integrarea inteligenței emoționale în practicile educaționale incluzive

a. *Dezvoltarea competențelor emoționale ale cadrelor didactice*

Recunoașterea rolului central al inteligenței emoționale în facilitarea educației incluzive impune integrarea dezvoltării competențelor socio-emoționale în programele de formare inițială și continuă a cadrelor didactice (Jennings et al., 2017). Această formare are nevoie să includă componente experiențiale care să permită viitorilor sau actualilor profesori să își exploreze propriul univers emoțional, să dezvolte strategii de autocunoaștere și să practice abilități de reglare emoțională și empatie (Pekrun & Linnenbrink-Garcia, 2014).

Programele eficiente de dezvoltare a inteligenței emoționale pentru cadrele didactice ar trebui să includă oportunități de reflecție asupra propriilor experiențe emoționale în contexte profesionale, exerciții de dezvoltare a empatiei prin expunere la perspective diverse, simulări și jocuri de rol care să permită practicarea managementului situațiilor emoțional provocatoare și mecanisme de feedback constructiv din partea colegilor și mentorilor (Jennings et al., 2017). De asemenea, integrarea practicilor de mindfulness și a tehnicilor de autoreglare emoțională poate contribui la consolidarea rezilienței emoționale a cadrelor didactice, element esențial pentru prevenirea epuizării profesionale (Jennings et al., 2017).

b. *Implementarea de programe de învățare socio-emoțională pentru elevi*

Programele de învățare socio-emoțională, implementate deja cu succes în numeroase sisteme educaționale din întreaga lume, oferă cadre curriculare pentru dezvoltarea competențelor de recunoaștere și gestionare a emoțiilor, de stabilire de relații pozitive, de luare de decizii responsabile și de empatie (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017).

În contextul educației incluzive, aceste programe au nevoie să fie adaptate pentru a răspunde nevoilor diverse ale elevilor. De exemplu, elevii cu tulburări de spectru autist pot beneficia de instrucțiuni mai explicite și mai structurate în recunoașterea expresiilor faciale și a semnalelor sociale, în timp ce elevii cu tulburări de opoziție și de conduită pot necesita suport intensificat în dezvoltarea abilităților de control al impulsurilor și de gestionare a furiei (Oberle & Schonert-Reichl, 2016; Schutte et al., 2018). Flexibilitatea și diferențierea intervențiilor în funcție de nevoile specifice ale elevilor reprezintă principii fundamentale ale unei abordări incluzive a învățării socio-emoționale.

Mai mult, programele eficiente de învățare socio-emoțională nu sunt implementate ca module izolate sau ca ore separate în program, ci sunt integrate în activitățile zilnice de predare-învățare și în climatul general al clasei. Momentele de învățare socio-emoțională apar în cadrul discuțiilor despre personajele din lecturi, în rezolvarea conflictelor reale care apar în clasă, în reflexiile asupra proiectelor de grup și în toate interacțiunile zilnice dintre elevi și între elevi și cadre didactice (Taylor et al., 2017).

c. *Crearea unor medii educaționale emoțional securizante*

Implementarea efectivă a educației incluzive necesită crearea unor medii educaționale în care toți elevii se simt în siguranță din punct de vedere emoțional, acceptați și valorificați pentru unicitatea lor. Acest deziderat presupune atenție constantă la modul în care spațiile fizice, rutinele zilnice, regulile clasei și interacțiunile sociale contribuie la construirea unui sentiment de apartenență.

Conceptul de „*clasă ca și comunitate de învățare*" este fundamental pentru educația incluzivă. Construirea unei astfel de comunități necesită investiție deliberată în activități de team-building, reguli care să consolideze legăturile sociale, în oportunități de colaborare autentică și în practici de rezolvare comunitară a problemelor (Oberle & Schonert-Reichl, 2016; Schutz & Zembylas, 2011).

Parteneriatul cu familiile în perspectiva inteligenței emoționale

Familiile joacă un rol fundamental în dezvoltarea emoțională a copiilor și în succesul lor educațional. În contextul educației incluzive, construirea unor parteneriate autentice cu familiile devine esențială, iar inteligența emoțională facilitează această colaborare (Sleeter, 2018). Pentru familiile elevilor cu nevoi educaționale speciale, care pot avea experiențe anterioare negative cu instituțiile educaționale sau care pot experimenta nivele ridicate de stres în legătură cu dezvoltarea copilului lor, o abordare empatică și non-judicativă din partea cadrelor didactice este esențială (Florian & Becirevic, 2011). Recunoașterea expertizei parentale asupra propriului copil, validarea emoțiilor părinților și implicarea lor activă în luarea deciziilor educaționale contribuie la construirea încrederii reciproce și la consolidarea alianței familie-școală.

Bibliografie

1. Ainscow, M. (2020). *Promoting inclusion and equity in education*: Lessons from international experiences. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy, 6*(1), 7–16. https://doi.org/10.1080/20020317.2020.1729587
2. Brackett, M. A., Rivers, S. E., Reyes, M. R., & Salovey, P. (2011Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(1), 88–103. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x
3. Burić, I., & Macuka, I. (2018). Self-efficacy, emotions and work engagement among teachers: A two-wave cross-lagged analysis. *Journal of Happiness Studies, 19*(7), 1917–1933. https://doi.org/10.1007/s10902-017-9903-9
4. Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A., Taylor, R. D., & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development, 82*(1), 405–432. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
5. Florian, L., & Becirevic, M. (2011). Challenges for teachers' professional learning for inclusive education in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. *Prospects, 41*(3), 371–384. https://doi.org/10.1007/s11125-011-9208-4
6. Florian, L., & Spratt, J. (2013). Enacting inclusion: A framework for interrogating inclusive practice. *European Journal of Special Needs Education, 28*(2), 119–135. https://doi.org/10.1080/08856257.2013.778111
7. Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.
8. Gu, Q., & Day, C. (2013). Challenges to teacher resilience: Conditions count. *British Educational Research Journal, 39*(1), 22–44. https://doi.org/10.1080/01411926.2011.623152
9. Humphrey, N. (2013). *Social and emotional learning: A critical appraisal*. SAGE.
10. Izard, C. E., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B., & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychological Science, 12*(1), 18–23. https://doi.org/10.1111/1467-9280.00304
11. Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research, 79*(1), 491–525. https://doi.org/10.3102/0034654308325693
12. Jennings, P. A., Brown, J. L., Frank, J., Doyle, S., Oh, Y., Davis, R., Rasheed, D., DeWeese, A., & Greenberg, M. T. (2017). Impacts of the CARE for Teachers program on teachers' social and emotional competence and classroom interactions. *Journal of Educational Psychology, 109*(7), 1010–1028. https://doi.org/10.1037/edu0000187
13. Kim, L. E., & Burić, I. (2020). Teacher self-efficacy and burnout: Determining the directions of prediction through an autoregressive cross-lagged panel model. *Journal of Educational Psychology, 112*(8), 1661–1676. https://doi.org/10.1037/edu0000424
14. Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence* (pp. 3–31). Basic Books.

15. Oberle, E., & Schonert-Reichl, K. A. (2016). Stress contagion in the classroom? The link between classroom teacher burnout and morning cortisol in elementary school students. *Social Science & Medicine, 159*, 30–37. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.031
16. Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*(5), 751–783. https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751
17. Pianta, R. C. (2016). Teacher–student interactions: Measurement, impacts, improvement, and policy. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences, 3*(1), 98–105. https://doi.org/10.1177/2372732215622457
18. Roorda, D. L., Koomen, H. M., Spilt, J., & Oort, F. J. (2011). The influence of affective teacher–student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analytic approach. *Review of Educational Research, 81*(4), 493–529. https://doi.org/10.3102/0034654311421793
19. Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Thorsteinsson, E. (2013). Increasing emotional intelligence through training: Current status and future directions. *International Journal of Emotional Education, 5*(1), 56–72.
20. Schutz, P. A., & Zembylas, M. (2011). *Advances in teacher emotion research: The impact on teachers' lives*. Springer.
21. Sleeter, C. (2018). Multicultural education past, present, and future: Struggles for dialog and power-sharing. *International Journal of Multicultural Education, 20*(1), 5–20. https://doi.org/10.18251/ijme.v20i1.1663
22. Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development, 88*(4), 1156–1171. https://doi.org/10.1111/cdev.12864

COMPETENȚA SOCIO-EMOȚIONALĂ CA FACTOR DE ADAPTARE ȘI REZILIENȚĂ LA COPIII CU NEVOI EDUCAȚIONALE SPECIALE

Ramona BUDIHALĂ
Doctorandă, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă", Chișinău.
Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă „Sf. Vasile", Craiova, România

Rezumat

Lucrarea explorează, din perspectivă practică și reflexivă, rolul competenței socio-emoționale în procesul de adaptare și reziliență al copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES). Pornind de la experiența profesională desfășurată la Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă „Sf. Vasile" Craiova, sunt analizate condițiile pedagogice care favorizează dezvoltarea emoțională și socială a elevilor cu tulburări din spectrul autist, ADHD și deficiențe intelectuale ușoare. Lucrarea pune accent pe abordarea educațională multisenzorială, colaborarea interdisciplinară și implicarea emoțională a cadrului didactic ca factori determinanți ai incluziunii. Analiza se bazează pe observații, exemple din practica școlară și corelări cu literatura de specialitate, integrând perspectiva educației incluzive promovate la nivel european și național. Articolul se înscrie în Secțiunea 6 a conferinței – Psihologie, pedagogie și asistență socială în sprijinul incluziunii educaționale și sociale a copiilor cu CES – oferind un model de reflecție aplicată asupra educației emoționale în contextul școlii incluzive.

Cuvinte-cheie: competență socio-emoțională, adaptare, reziliență, incluziune educațională, copii cu CES.

Fundamente teoretice

Competența socio-emoțională este definită de Denham (2006, p. 302) drept „capacitatea de a recunoaște, exprima și regla emoțiile într-un mod social adecvat". Modelul CASEL (2020, p. 6) identifică cinci domenii principale: conștientizarea de sine, gestionarea de sine, conștientizarea socială, abilitățile relaționale și luarea deciziilor responsabile. Saarni (1999, p. 3) subliniază că emoțiile nu pot fi doar predate, ci trebuie trăite și modelate prin experiență socială. Aceste perspective confirmă faptul că dezvoltarea socio-emoțională reprezintă o bază a adaptării și a succesului școlar (Jones et al., 2015, p. 2284).

Practica educațională și abordarea multisenzorială

În activitatea educațională desfășurată la CSEI „Sf. Vasile” Craiova, accentul se pune pe *integrarea metodelor multisenzoriale* în procesul de învățare și dezvoltare socio-emoțională a copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES). Această abordare pornește de la principiul conform căruia implicarea simultană a mai multor canale senzoriale – vizual, auditiv, tactil, olfactiv, proprioceptiv și vestibular – facilitează formarea conexiunilor neuronale**,** creșterea atenției și autoreglarea emoțională. În activitatea zilnică, metodele utilizate includ art-terapia**,** meloterapia**,** poveștile sociale**,** jocurile de rol**,** exercițiile de respirație și relaxare și activitățile tactile și proprioceptive (folosirea materialelor cu texturi variate, a mingilor senzoriale sau a pernelor de echilibru). Acestea nu reprezintă doar activități recreative, ci strategii terapeutico-educaționale care permit copilului să-și exprime emoțiile, să-și dezvolte empatia și să-și structureze comportamentele de adaptare la situații noi.

După cum afirmă Immordino-Yang și Damasio (2007, p. 12), „emoțiile sunt motorul învățării; fără implicare afectivă, informațiile nu se transformă în cunoaștere”. În acest sens, fiecare activitate multisenzorială are o componentă emoțională clar definită: un scop de reglare, o trăire împărtășită și o reflecție asupra emoțiilor trăite. De exemplu, în cadrul sesiunilor de art-terapie, elevii sunt încurajați să ilustreze stări emoționale (bucurie, frustrare, calm) și să le discute ulterior în grup, sub ghidajul cadrului didactic și al psihologului.

Această abordare s-a dovedit deosebit de eficientă în cazul copiilor cu tulburări din spectrul autist (TSA) și ADHD**,** la care dificultățile de procesare senzorială pot influența capacitatea de atenție și interacțiune socială. Prin stimularea senzorială controlată, elevii învață să-și recunoască și să-și regleze propriile emoții, reducând comportamentele de evitare sau de retragere. De exemplu, exercițiile de presiune profundă sau activitățile de echilibru ajută la diminuarea anxietății și îmbunătățesc concentrarea în sarcinile școlare.

În cadrul proiectelor *educative desfășurate,* aceste metode multisenzoriale au fost aplicate în contexte practice și colaborative: activități de mișcare în aer liber, jocuri de echipă, activități de observare a naturii și de exprimare artistică. Rezultatele observate au arătat o creștere vizibilă a implicării emoționale, o scădere a comportamentelor opozante și o îmbunătățire a relațiilor de cooperare între copii.

Abordarea multisenzorială are, totodată, o *componentă incluzivă* esențială: prin adaptarea sarcinilor și prin diversificarea canalelor de percepție, toți copiii – indiferent de nivelul de dezvoltare cognitivă sau de particularitățile senzoriale – pot participa și reuși. După cum remarcă Savca (2020, p. 113), „învățarea senzorială creează o punte între emoție și cunoaștere, între individual și social”, permițând copiilor cu CES să-și exprime identitatea și să fie activi în comunitate.

Rolul cadrului didactic și al colaborării interdisciplinare

Profesorul de psihopedagogie specială are un rol central în dezvoltarea competenței socio-emoționale la copiii cu cerințe educaționale speciale, fiind nu doar *transmițător de cunoștințe,* ci și *model emoțional* și *mediator al relațiilor* dintre copil, familie și comunitate. Denham (2006, p. 302) afirmă că „copilul învață emoțiile prin modul în care le trăiește alături de adult”, ceea ce evidențiază importanța relației pedagogice bazate pe empatie, congruență și siguranță emoțională. În acest sens, cadrul didactic devine un *factor de reziliență*, capabil să modeleze comportamente prosociale, să încurajeze autoreglarea emoțională și să faciliteze adaptarea copiilor la cerințele mediului educațional.

În lucrul cu elevii cu tulburări din spectrul autist (TSA), ADHD sau deficiențe intelectuale ușoare, *prezența emoțională a adultului* este esențială. Profesorul oferă repere stabile, ton emoțional echilibrat și feedback pozitiv, elemente care susțin siguranța psihologică a copilului. „Elevii nu pot învăța într-un mediu care nu îi înțelege emoțional” (Immordino-Yang & Damasio, 2007, p. 9). Din

această perspectivă, dezvoltarea competenței socio-emoționale presupune nu doar activități educaționale structurate, ci și un *climat relațional pozitiv*, construit pe încredere, respect și predictibilitate.

Rolul profesorului este completat de *colaborarea interdisciplinară* dintre specialiștii din domeniul psihologiei, pedagogiei și asistenței sociale. În cadrul Centrului Școlar pentru Educație Incluzivă „Sf. Vasile" Craiova, intervenția educațională este concepută ca un *demers integrat,* în care psihologul contribuie la evaluarea emoțională și comportamentală, logopedul dezvoltă comunicarea funcțională, terapeutul ocupațional facilitează autoreglarea prin activități senzoriale, iar asistentul social asigură sprijinul familial și comunitar. Această abordare reflectă principiile promovate de *modelul ecologic al dezvoltării umane* (Bronfenbrenner, 1979, p. 22), conform căruia evoluția copilului este rezultatul interacțiunii dintre multiple sisteme — individual, familial, școlar și social. Prin urmare, cadrul didactic special are o dublă misiune: să *modeleze comportamente emoționale pozitive* în clasă și să *coordoneze parteneriate interdisciplinare* care extind procesul educativ dincolo de spațiul școlii, spre familie și comunitate. Numai prin această abordare integrată poate fi atins obiectivul real al educației incluzive: formarea unui copil echilibrat emoțional, capabil să participe activ la viața socială și să-și valorifice potențialul.

Deși cercetarea experimentală este în pregătire, observațiile educaționale sistematice arată o creștere vizibilă a empatiei, toleranței la frustrare și implicării în activitățile de grup. Participarea elevilor la proiecte europene precum B-MOVE și ProBleu a contribuit la dezvoltarea cooperării și autoreglării emoționale prin activități de mișcare și explorare. Aceste constatări confirmă teoria învățării sociale a lui Bandura (1977, p. 24), conform căreia comportamentele prosociale se formează prin observare, imitație și întărire pozitivă.

Concluzii

Competența socio-emoțională reprezintă un element fundamental al adaptării și rezilienței copiilor cu cerințe educaționale speciale, contribuind la echilibrul lor interior, la formarea relațiilor pozitive și la integrarea în mediul educațional și social. Dezvoltarea acestei competențe nu se realizează printr-o disciplină separată, ci printr-un proces educațional continuu, care valorifică emoțiile ca resurse pentru învățare și creștere personală. Activitățile multisenzoriale, bazate pe art-terapie, meloterapie, povești sociale și stimulare tactilă, facilitează autoreglarea emoțională și participarea activă a copiilor cu tulburări din spectrul autist, ADHD sau deficiențe intelectuale ușoare. Prin intermediul acestor experiențe, copilul reușește să se conecteze afectiv cu ceilalți, să-și exprime emoțiile într-un mod adecvat și să dobândească încredere în propriile abilități.

Succesul formării competenței socio-emoționale depinde de calitatea relațiilor dintre profesor, elev și familie, precum și de colaborarea interdisciplinară dintre cadrele didactice, psihologi, logopezi, terapeuți ocupaționali și asistenți sociali. Doar printr-un astfel de parteneriat educațional complex poate fi sprijinită dezvoltarea integrală a copilului cu CES.

Bibliografie

1. Bandura, A., Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977 ISBN 978-0138167448.
2. Bocoș, M., Fundamentele pedagogiei. Teoria și metodologia curriculumului. Pitești: Editura Paralela 45, 20220 ISBN 978-973-47-3215-5.
3. Bronfenbrenner, U., The Ecology of Human Development. Harvard University Press, 1979, ISBN 978-0674224575.
4. Casel, What is SEL? Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, 2020, https://casel.org (12.11.2025)

5. Cemortan, S., Educația emoțională în dezvoltarea copiilor preșcolari, Chișinău: CEP USM, 2019, ISBN 978-9975-71-082-9.
6. Denham, S. A., Emotional Development in Young Children, New York: Guilford Press,1998, ISBN 978-1572303607.
7. Denham, S. A., Social–emotional competence in early childhood, Current Directions in Psychological Science, 15(6), 301–305, 2006.
8. Goleman, D., Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ. New York: Bantam Books, 1995, ISBN 978-0553095036.
9. Hassani, S., & Schwab, S. (2021). Social-emotional learning interventions for students with special educational needs: A systematic literature review. Frontiers in Education, 808566, 2021
10. Immordino-Yang, M. H., & Damasio, A., We Feel, Therefore We Learn: The Relevance of Affective and Social Neuroscience to Education. Mind, Brain, and Education, 1(1), 3–10, 2007
11. Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M., Early social-emotional functioning and public health. American Journal of Public Health, 105(11), 2283–2290, 2015.
12. Popa, D., Educația emoțională în școală. Iași: Editura Polirom, 2019, ISBN 978-973-46-7820-3.
13. Saarni, C., The Development of Emotional Competence. New York: Guilford Press, 1999, ISBN 978-1572304345.
14. Savca, L., Dezvoltarea competențelor socio-emoționale la copii cu cerințe educaționale speciale. Chișinău: Editura UPS „Ion Creangă", 2020, ISBN 978-9975-86-456-0.
15. UNESCO, Reimagining Our Futures Together: A New Social Contract for Education. Paris: UNESCO Publishing, 2021, ISBN 978-92-3-100478-0.
16.OECD, OECD Learning Compass 2030. Paris: OECD, 2020, https://www.oecd.org/education/learning-compass-2030.htm (12.11.2025)

ROLUL REZILIENȚEI PSIHOSOCIALE ÎN CONSOLIDAREA CALITĂȚII SERVICIILOR SOCIALE

Rodica GHIMPU
doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă
Chișinău, Republica Moldova, profesor, Școala Gimnazială Specială Constantin Pufan
Galați, România, https://ORSID- 0009-0005-1513-6669

Rezumat

Într-un context social marcat de transformări accelerate, presiuni economice și diversificarea nevoilor comunitare, dezvoltarea rezilienței psihosociale devine o condiție esențială pentru creșterea calității serviciilor sociale. Articolul analizează rolul rezilienței atât la nivel individual, cât și instituțional ca mecanism de adaptare, protecție și eficiență în asistența socială. Se evidențiază modul în care reziliența profesioniștilor din domeniu contribuie la prevenirea epuizării emoționale, la menținerea calității relației de sprijin și la promovarea unei culturi organizaționale bazate pe empatie și responsabilitate. Totodată, sunt discutate dimensiunile psihosociale ale sprijinului oferit beneficiarilor, accentuând importanța intervențiilor centrate pe resurse și pe dezvoltarea capacității de autoreglare și adaptare. Lucrarea propune o perspectivă integrativă asupra rezilienței, ca factor de sustenabilitate a serviciilor sociale, aflate la intersecția dintre nevoile umane, competențele profesionale și politicile de suport instituțional. În concluzie, se subliniază că investiția în formarea rezilienței psihosociale reprezintă o direcție strategică pentru consolidarea calității și eficienței serviciilor sociale contemporane.

Cuvinte-cheie: reziliență psihosocială, servicii sociale, sprijin, adaptare, calitate, asistență socială

Introducere

Într-o eră caracterizată de schimbări rapide și provocări sociale complexe, serviciile sociale se află într-o continuă adaptare pentru a răspunde nevoilor diverse ale populației. În acest context, reziliența psihosocială a devenit un concept central în dezvoltarea și furnizarea serviciilor sociale de calitate. Aceasta nu doar că influențează capacitatea indivizilor și comunităților de a face față adversităților, dar și eficiența și sustenabilitatea intervențiilor sociale.

Lucrarea de față explorează rolul rezilienței psihosociale în consolidarea calității serviciilor sociale contemporane, având ca scop identificarea mecanismelor prin care aceasta contribuie la îmbunătățirea proceselor de asistență socială. Se va analiza impactul rezilienței asupra profesioniștilor din domeniu, precum și asupra beneficiarilor direcți ai serviciilor sociale, în contextul provocărilor actuale.

1. Fundamentele teoretice ale rezilienței psihosociale

1.1. Definiția și evoluția conceptului de reziliență

Conceptul de reziliență provine inițial din psihologia dezvoltării și inginerie, unde se referea la capacitatea unui sistem sau individ de a reveni la starea inițială după un șoc sau o perturbare (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000, p.543). În domeniul psihosocial, reziliența este definită ca procesul dinamic prin care indivizii, grupurile sau comunitățile se adaptează pozitiv în fața adversităților, stresului sau traumelor (Masten, 2014, p.9). Evoluția conceptului a cunoscut mai multe etape: inițial axată pe caracteristicile individuale (trăsături de personalitate, inteligență, autonomie), ulterior incluzând factorii de mediu și sociali (familie, comunitate, sprijin instituțional) care contribuie la capacitatea de adaptare (Ungar, 2011, p.135). Astăzi, reziliența psihosocială este privită ca o combinație între resurse interne și externe, care permite individului să facă față provocărilor și să-și mențină sau îmbunătățească calitatea vieții.

1.2. Modele teoretice relevante în domeniul psihosocial

În literatura de specialitate, au fost dezvoltate mai multe modele conceptuale ale rezilienței: Modelul factorilor de protecție și risc (Garmezy, 1991, p.416), accentuează rolul echilibrului dintre factori de risc (stres, trauma, vulnerabilitate socială) și factorii de protecție (sprijin social, autoeficacitate). Reziliența apare atunci când factorii de protecție compensează efectele factorilor de risc. Modelul procesual al rezilienței (Masten,2014, p.11) , tratează reziliența ca un proces dinamic, nu ca o caracteristică fixă. Este influențată continuu de interacțiunea dintre individ și mediul său social, inclusiv sprijinul profesional, accesul la servicii sociale și rețelele comunitare. Modelul ecologic (Bronfenbrenner, 1979, p.22), reziliența este influențată de multiple niveluri: micro (familie, prieteni), mezzo (școală, organizații sociale) și macro (societate, politici publice). Acest model este esențial în serviciile sociale, pentru că permite integrarea sprijinului psihosocial în contextul mai larg al comunității. Modelul capitalului psihosocial (Luthar & Brown, 2007, p.931), combină resursele interne (abilități cognitive și emoționale) cu resursele externe (sprijin social și profesional), evidențiind rolul rezilienței ca predictor al succesului adaptativ și al calității serviciilor sociale.

1.3. Relația dintre reziliență și calitatea vieții

Reziliența psihosocială influențează direct calitatea vieții, prin capacitatea individului sau a comunității de a se adapta la stres și schimbări. Studiile arată că indivizii cu un nivel ridicat de reziliență prezintă: - Reducerea stresului perceput (Vîrgă, Baciu, Lazăr & Lupșa, 2020, p.2248); - Creșterea satisfacției vieții și a bunăstării emoționale (Crișan, Pop, Stretea & Milhem, 2024, p.5); - Performanță mai mare în activitățile sociale și profesionale, inclusiv în domeniul serviciilor sociale, unde reziliența angajaților este un predictor al calității intervențiilor (Dima, 2024, p.12). În concluzie, reziliența

psihosocială nu este doar un mecanism de adaptare individuală, ci și un factor determinant în creșterea calității serviciilor sociale, prin menținerea echilibrului emoțional și capacitatea de a răspunde eficient nevoilor beneficiarilor.

2. Reziliența psihosocială în contextul serviciilor sociale

2.1. Importanța rezilienței pentru profesioniștii din asistența socială

Profesioniștii din domeniul serviciilor sociale se confruntă constant cu stres, presiuni emoționale și cazuri complexe, ceea ce poate conduce la burnout și scăderea eficienței intervențiilor. Reziliența psihosocială reprezintă un factor protector esențial, care le permite acestora să mențină echilibrul emoțional, să gestioneze eficient situațiile dificile și să ofere sprijin de calitate beneficiarilor (Vîrgă, Baciu, Lazăr & Lupșa, 2020, p.2248). Studiile recente arată că asistenții sociali cu nivel ridicat de reziliență manifestă o capacitate superioară de adaptare la schimbări, dezvoltă strategii de coping mai eficiente și au un grad mai mare de satisfacție profesională (Dima, 2024, p.12). Acest lucru subliniază necesitatea implementării programelor de dezvoltare a rezilienței în rândul profesioniștilor din domeniu.

2.2. Strategii de dezvoltare a rezilienței în organizațiile sociale

Organizațiile sociale pot contribui semnificativ la dezvoltarea rezilienței angajaților prin următoarele strategii: Formare profesională continuă ,instruirea în managementul stresului, tehnici de comunicare empatică și abilități de autoreglare emoțională (Mihai, 2025, p.7). Suport institutional, mentorat, supervizare profesională și politici organizaționale care reduc riscul de epuizare (Dima, 2024, p.14). Crearea unei culturi organizaționale positive, încurajarea colaborării, recunoașterea eforturilor și implicarea în decizii, ceea ce sporește sentimentul de control și autonomie (Crișan, Pop, Stretea & Milhem, 2024, p.6). Aceste strategii nu doar că sporesc reziliența individuală, dar contribuie direct la creșterea calității serviciilor sociale, prin reducerea erorilor, menținerea empatiei și eficiența intervențiilor.

2.3. Impactul rezilienței asupra calității serviciilor oferite

Reziliența psihosocială influențează calitatea serviciilor sociale la mai multe niveluri:

La nivel individual, angajații reziliențigestionează mai bine stresul și își mențin standardele de performanță (Vîrgă et al., 2020, p.2249). La nivel organizational, echipele reziliente mențin coeziunea, comunicarea eficientă și capacitatea de adaptare în fața schimbărilor (Mihai, 2025, p.9). La nivel comunitar, beneficiarii serviciilor primesc intervenții mai eficiente, empatice și consistente, ceea ce îmbunătățește satisfacția și încrederea în serviciile sociale (Crișan et al., 2024, p.8).Astfel, reziliența psihosocială devine un factor determinant al calității și sustenabilității serviciilor sociale contemporane, contribuind la crearea unor comunități mai adaptabile și mai rezistente la stresul social și economic.

3. Provocări și oportunități în implementarea rezilienței în serviciile sociale

3.1. Contextul național și internațional

Implementarea rezilienței psihosociale în serviciile sociale se desfășoară într-un context complex, influențat de politici publice, resurse instituționale și caracteristici socio-economice. La nivel național, studiile indică faptul că serviciile sociale se confruntă cu resurse limitate, fluctuații de personal și nevoia de formare continuă pentru consolidarea competențelor psihosociale (Studiu baseline, 2018, p.22). La nivel internațional, bune practici din state europene și organizații internaționale arată că investiția în dezvoltarea rezilienței profesioniștilor conduce la o creștere semnificativă a calității serviciilor și a satisfacției beneficiarilor (Manual IOM, 2024, p.45). Totodată, adaptarea strategiilor la contextul local este esențială pentru succesul intervențiilor, datorită diversității culturale și a diferitelor niveluri de vulnerabilitate socială.

3.2. Provocări în promovarea rezilienței

Beneficiile rezilienței fiind evidente, totuși, implementarea acesteia în serviciile sociale se lovește de o serie de provocări: *Resurse limitate* , finanțarea insuficientă și lipsa personalului calificat reduc oportunitățile de training și sprijin pentru angajați (Mihai, 2025, p.12). *Burnout și stres profesional*, angajații expuși constant la cazuri complexe și situații de criză pot manifesta scăderea capacității de adaptare, afectând calitatea serviciilor (Vîrgă et al., 2020, p.2248). *Lipsa unui cadru standardizat*, nu există protocoale uniforme pentru dezvoltarea și evaluarea rezilienței în cadrul organizațiilor sociale, ceea ce conduce la abordări inconsistent aplicate (Dima, 2024, p.14). Aceste provocări evidențiază necesitatea unui cadru integrat de politici și practici, care să sprijine atât dezvoltarea profesională, cât și bunăstarea angajaților.

3.3. Oportunități și bune practici

Eexistă numeroase oportunități pentru promovarea rezilienței: Formare și dezvoltare profesională continua, programele de training axate pe coping, empatie și autoreglare emoțională sporesc capacitatea de adaptare (Crișan et al., 2024, p.6).

Suport instituțional și mentorat , supervizarea profesională și rețelele de sprijin reduc riscul de burnout și contribuie la creșterea calității serviciilor (Dima, 2024, p.15). Integrarea tehnologiilor și instrumentelor digitale, platformele de e-learning și aplicațiile de suport psihosocial permit monitorizarea stresului și dezvoltarea competențelor rezilienței în timp real (Mihai, 2025, p.14). Parteneriate și cooperare internațională, schimbul de bune practici și adaptarea modelelor de succes din alte țări contribuie la dezvoltarea unui cadru coerent și eficient pentru serviciile sociale (Manual IOM, 2024, p.50). Aceste oportunități arată că, printr-o abordare strategică și integrată, reziliența psihosocială poate deveni un instrument concret pentru creșterea calității și sustenabilității serviciilor sociale.

4. Concluzii și recomandări

4.1. Sinteza principalelor constatări

Analiza teoretică și aplicativă a rezilienței psihosociale în contextul serviciilor sociale evidențiază faptul că aceasta reprezintă un factor determinant al calității intervențiilor. Reziliența angajaților contribuie la: *Menținerea echilibrului emoțional și prevenirea burnout-ului,* chiar și în contexte stresante (Vîrgă, Baciu, Lazăr & Lupșa, 2020, p.2249); *Creșterea eficienței și consistenței serviciilor oferite beneficiarilor*, prin capacitatea de adaptare și gestionare a situațiilor complexe (Dima, 2024, p.15); *Promovarea unei culturi organizaționale pozitive,* bazată pe empatie, colaborare și suport profesional (Crișan, Pop, Stretea & Milhem, 2024, p.7). De asemenea, studiile arată că integrarea strategiilor de dezvoltare a rezilienței în cadrul organizațiilor sociale influențează pozitiv calitatea vieții profesioniștilor și a beneficiarilor (Mihai, 2025, p.14).

4.2. Implicații pentru politici publice și practici profesionale

Formarea profesională continua: implementarea programelor de training axate pe dezvoltarea abilităților de coping, autoreglare emoțională și reziliență (Mihai, 2025, p.7). Suport institutional: supervizarea profesională și mentoratul reprezintă componente cheie în prevenirea epuizării angajaților și creșterea calității serviciilor (Dima, 2024, p.14). Integrarea rezilienței în politicile sociale: autoritățile și organizațiile trebuie să promoveze protocoale standardizate pentru dezvoltarea și evaluarea rezilienței, adaptate contextului local și internațional (Manual IOM, 2024, p.50). Promovarea parteneriatelor și schimbului de bune practice: colaborarea între instituții și transferul de modele de succes internaționale facilitează creșterea sustenabilă a calității serviciilor sociale (Studiu baseline, 2018, p.22).

4.3. Direcții pentru cercetări viitoare

Pentru a consolida cunoștințele despre reziliența psihosocială în serviciile sociale, cercetările viitoare ar putea aborda: - Evaluarea impactului programelor de dezvoltare a rezilienței asupra performanței profesionale și satisfacției beneficiarilor; - Studierea factorilor culturali și contextuali care influențează eficiența rezilienței în diferite regiuni sau state; - Dezvoltarea de instrumente de măsurare standardizate pentru evaluarea nivelului de reziliență și efectul său asupra calității serviciilor (Ungar, 2011, p.140).

Concluzii

Analiza efectuată pe parcursul lucrării arată că reziliența psihosocială reprezintă un pilon central al calității serviciilor sociale contemporane. Aceasta nu se limitează doar la capacitatea individuală de adaptare, ci include și aspecte organizaționale și comunitare care facilitează funcționarea eficientă și sustenabilă a serviciilor sociale (Masten, 2014, p.11).

La nivel individual, angajații reziliențiprezintă o mai bună gestionare a stresului, reducerea burnout-ului și o creștere a satisfacției profesionale, ceea ce se reflectă direct în calitatea interacțiunilor cu beneficiarii (Vîrgă, Baciu,Lazăr&Lupșa,2020,p.2249). Reziliența favorizează dezvoltarea competențelor de coping și autoreglare emoțională, permițând intervenții mai eficiente și mai empatice în fața problemelor complexe cu care se confruntă comunitățile vulnerabile.

La nivel organizațional, implementarea strategiilor de reziliență conduce la coeziunea echipelor, comunicarea eficientă și stabilitatea intervențiilor sociale, reducând riscul de erori și creând un mediu de lucru sustenabil (Dima, 2024, p.15). În plus, organizațiile care investesc în dezvoltarea rezilienței angajaților beneficiază de un capital uman mai adaptabil, capabil să facă față schimbărilor legislative, sociale și economice.

La nivel comunitar, reziliența psihosocială asigură că serviciile sociale sunt mai accesibile, mai eficiente și mai responsabile, contribuind la consolidarea încrederii beneficiarilor în instituții și la creșterea coeziunii sociale (Crișan, Pop, Stretea & Milhem, 2024, p.8). Astfel, reziliența nu mai este doar un concept teoretic, ci un instrument strategic pentru dezvoltarea și îmbunătățirea serviciilor sociale, având efecte directe asupra bunăstării indivizilor și comunităților.

În concluzie, investiția în dezvoltarea rezilienței psihosociale este esențială atât pentru profesioniști, cât și pentru organizațiile sociale și comunități, constituind un mecanism de prevenire a epuizării, de creștere a eficienței și de garantare a calității serviciilor. Aceasta subliniază necesitatea elaborării unor politici publice integrate, care să promoveze formarea profesională continuă, suportul instituțional, protocoale standardizate și schimbul de bune practici la nivel internațional (Manual IOM, 2024,p.50; Studiu baseline,2018,p.22).Prin urmare, reziliența psihosocială nu doar că sprijină adaptarea în fața provocărilor, dar devine un factor esențial în transformarea serviciilor sociale într-un sistem durabil, flexibil și orientat către calitatea și satisfacția beneficiarilor.

Bibliografie

1. Bronfenbrenner, U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, 1979, p.22., ISBN 978-0-674-22457-5
2. Crișan, C. A., Pop, R., Stretea, R., & Milhem, Z., *Coping strategies, resilience and quality of life: reaction to the COVID-19 pandemic among Romanian physicians*. Human Resources for Health, 2024, p.5-8, ISSN: 1478-4491
3. Dima, G. *Resilient social workers' perspective on their professional resilience*. Taylor & Francis Online, 2024, p.12-15**,** ISSN (online): 1465-3885

4. Garmezy, N. *Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty*. American Behavioral Scientist, 1991, 34(4), 416–430. ISSN: 1552-3381
5. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B.*The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. Child Development, 2000, 71(3), p.543, ISSN: 1467-8624
6. Luthar, S. S., & Brown, P. J.*Maximizing resilience through diverse models of intervention: A developmental perspective.* Development and Psychopathology, 2007**,** 19(3), 931–955, ISSN: 1469-2198
7. Masten, A. S. (2014). *Ordinary Magic: Resilience in Development*. New York: Guilford Press, 2014, p.9-11, ISBN: 978-1462517169
8. Mihai, A., Crivoi, E. S., Alecu, L., Pop, O., Nita, D., Rentea, G. C., Luca, A. & Lazar, F. *Stress and burnout among social workers – a relation mediated by coping styles*. Humanities and Social Sciences Communications, 2025, ISSN: 2662-9992
9. *Manual privind asistența în domeniul sănătății mintale și sprijinului psihosocial în situații de urgență și deplasare*. IOM, 2024, pp. 45–50, ISBN: 978-92-9068-966-5
10. Studiu de tip baseline privind serviciile sociale destinate persoanelor cu dizabilități intelectuale și psiho-sociale și copiilor din grupuri vulnerabile, 2018, p. 22.
11. Ungar, M.*The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice*. Springer, 2011, p.135-140, ISBN: 978-1-4614-0586-3
12. Vîrgă, D., Baciu, E.-L., Lazăr, T.-A., & Lupșa, D. *Psychological Capital Protects Social Workers from Burnout and Secondary Traumatic Stress*. Sustainability,2020, 12(6), 2248-2249, ISSN: 2071-1050

LANGUAGE AND SELF-REGULATION: THE ROLE OF VERBALIZED SELF-TALK IN INCLUSIVE EDUCATION

Serghei IVANOV
doctorand, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, Moldova

Abstract

This paper examines the role of verbalized self-talk as a cognitive-linguistic tool for self-regulation in inclusive education. Drawing on cognitive psychology and neuroscience, it integrates findings on how spoken self-directed language engages auditory–motor feedback loops, enhances interhemispheric synchronization, and supports emotional regulation. By synthesizing research from educational and psychosocial perspectives, the article conceptualizes self-talk as a metacognitive mechanism that fosters autonomy, attention control, and emotional stability among diverse learners. It argues that language functions not only as a medium of social communication but also as an intrinsic system of cognitive self-guidance essential for inclusive learning.

Keywords: self-talk; verbalized speech; cognitive regulation; inclusive education; auditory–motor feedback; interhemispheric synchronization; emotional self-regulation; metacognition; psychosocial communication; cognitive inclusion.

Rezumat

Articolul examinează rolul auto-discursului verbalizat ca instrument cognitiv-lingvistic al autoreglării în educația incluzivă. Bazându-se pe psihologia cognitivă și neuroștiințe, el integrează dovezi privind modul în care limbajul autoadresat activează buclele de feedback audio-motor, intensifică sincronizarea interemisferică și susține reglarea emoțională. Prin sinteza studiilor educaționale și psihosociale, lucrarea conceptualizează auto-discursul ca mecanism metacognitiv care favorizează autonomia, controlul atenției și stabilitatea afectivă la elevii cu profiluri diverse. Se argumentează că limbajul funcționează nu doar ca mijloc de comunicare socială, ci și ca sistem intrinsec de autoghidare cognitivă esențial pentru învățarea incluzivă.

Cuvinte-cheie: auto-discurs; vorbire verbalizată; reglare cognitivă; educație incluzivă; feedback audio-motor; sincronizare interemisferică; autoreglare emoțională; metacogniție; comunicare psihosocială; incluziune cognitive.

Introduction

Verbalized self-talk - defined as overtly spoken language directed toward oneself - represents a distinct psycholinguistic phenomenon that bridges cognitive regulation and affective modulation. Historically dismissed as a trivial behavior or symptom of disorganization, overt self-talk has, in recent decades, gained empirical support as an adaptive self-regulatory mechanism (Alderson-Day, B., et al., 2015, pp. 931–965). Distinct from inner speech, vocalized self-talk recruits auditory–motor feedback loops, engaging both hemispheres through articulation and acoustic monitoring. This multisensory engagement positions self-talk as a unique tool of interhemispheric integration.

Neuropsychiatric research underscores the relationship between hemispheric connectivity and emotional stability. Functional magnetic resonance imaging (fMRI) and diffusion tensor imaging (DTI) studies in patients with major depressive disorder (MDD) consistently demonstrate reduced fractional anisotropy within the corpus callosum and diminished voxel-mirrored homotopic connectivity (VMHC) in frontal and temporal regions (Bruder, G. E., et al., 2017, pp. 62–71. These disruptions correlate with symptom severity, suggesting that weakened interhemispheric communication impairs emotional regulation. Conversely, therapeutic interventions such as repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) have been shown to enhance synchrony between bilateral medial frontal cortices, coinciding with clinical improvement (Jiang, Y., et al., 2022).

Accordingly, if direct neurostimulation can restore interhemispheric coherence and reduce depressive symptomatology, naturally occurring vocal behaviors - such as overt self-talk - may function as a behavioral analog of such modulation. By activating bilateral motor–auditory circuits, self-talk may re-establish synchrony across hemispheres, enabling verbal reflection to substitute for neural entrainment and thereby serve as a self-therapeutic mechanism.

Self-talk as the external form of inner speech

Vygotsky conceptualized inner speech as an internalized derivative of social dialogue, enabling individuals to regulate thought and action. He emphasized that under stress or uncertainty, externalized speech resurfaces as a compensatory control mechanism (Hickok, G., 2012, pp. 135-145). This notion aligns with contemporary findings that characterize self-talk as a *deliberate verbal strategy for behavioral and emotional self-regulation* (Gazzaniga, M., & LeDoux, J., 1978).

Empirical studies demonstrate that overt self-talk fulfills directive, motivational, and metacognitive functions. In experimental contexts, participants trained in verbal self-instruction exhibit improved accuracy and persistence under pressure (Eliades, S., et all, 2007, pp. 1102–6). Similarly, individuals use self-talk to maintain focus and emotional composure when cognitive load increases (Winsler, A., 2009, pp. 329-343). Linguistically, such utterances often employ imperative or declarative constructions (*"Stay calm," "I can do this"*), reflecting the internalization of dialogic speech roles.

From a neurocognitive perspective, the externalization of self-directed speech re-engages circuits typically reserved for social interaction. Functional neuroimaging confirms activation of Broca's area, supplementary motor areas, and bilateral superior temporal gyri during self-addressed vocalization (Lin, J., et al., 2020). Importantly, auditory self-monitoring generates bilateral cortical feedback, allowing both hemispheres to contribute: the left to lexical–syntactic encoding, the right to prosodic and affective modulation.

Moreover, overt self-talk appears to restore regulatory capacity when internal monitoring alone fails. For instance, in tasks requiring emotion–cognition integration, individuals who vocalized task-related instructions exhibited stronger prefrontal–temporal coupling and lower error rates than those relying solely on inner speech (Brinthaupt, T. M., et all, 2023, p. 14). Thus, vocalization functions not merely as a linguistic byproduct of thought but as an *executive interface*, externalizing cognitive operations into the auditory domain to facilitate hemispheric coordination.

Emotional regulation through verbalization

Affect-labeling research provides convergent evidence that linguistic articulation of emotions modulates neural circuits underlying affective responses. Lieberman demonstrated that labeling visual emotional stimuli (*"This is anger"*) suppresses amygdala activation and enhances dorsolateral prefrontal control (Lieberman, M. D., 2007, 421-428; Filion, J., et al., 2019, pp. 70–84). The act of naming therefore functions as a linguistic regulator that translates visceral affect into conceptual cognition. Overt verbalization amplifies this regulatory effect through multisensory and proprioceptive feedback. Auditory and articulatory engagement stimulates both hemispheres: the left hemisphere decodes verbal semantics, while the right hemisphere processes tonal and prosodic nuance EEG coherence analyses reveal that speaking emotions aloud increases alpha synchrony between left frontal and right temporal sites - a signature of cross-hemispheric communication facilitating affective modulation (Lin, J., et al., 2020, p. 509).

Clinically, verbal self-expression has measurable therapeutic effects. Patients engaging in aloud emotional disclosure display decreased physiological arousal and reduced cortisol levels compared to those practicing silent reflection (Bruner, J. 1990, pp. 240–242). Such evidence supports the hypothesis that *sound-based self-verbalization converts emotional reactivity into regulated neural patterns*, enabling top-down control via frontal–limbic coupling. Furthermore, reduced interhemispheric integration in depression implies that the absence of verbal mediation may exacerbate dysphoric looping. Overt self-talk, by contrast, interrupts maladaptive rumination through rhythmic verbalization that recruits motor and auditory networks bilaterally. This mechanism reintroduces a sensorimotor scaffold for self-reflection, transforming language into a neuroregulatory act.

Interhemispheric interaction in verbalization

Speech production inherently requires bilateral cooperation: left-hemisphere language planning and right-hemisphere prosodic modulation synchronize through callosal pathways. Resting-state and task-based studies show that articulatory–auditory coupling enhances functional coherence across hemispheres, particularly in the alpha and theta bands (Guo, W., et al., 2022). This synchrony enables integration of semantic and emotional components into unified perception. (see Fig. 1)

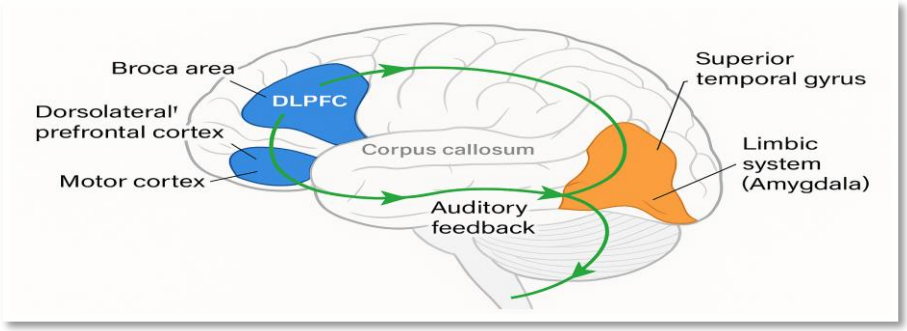


Figure 1. Interhemispheric synchronization during vocalized self-talk: articulation–auditory feedback loop connecting left (Broca, DLPFC) and right (STG, amygdala) hemispheres.

Split-brain research provides compelling support. In classic experiments, Gazzaniga & LeDoux demonstrated that the left hemisphere compensates for missing perceptual information from the right by constructing verbal explanations - the so-called *left-hemisphere interpreter* (Hardy, J., 2006, pp. 81–97). Further work showed that this verbal interpretative function allows cross-cueing between hemispheres even after corpus callosum sectioning (Kircanski, K., et al., 2012, pp. 1086–1091). Consequently, speech becomes a medium of interhemispheric translation.

In intact individuals, overt self-talk strengthens this integrative function. By converting pre-verbal or affective states into acoustic stimuli, speech makes implicit right-hemispheric representations accessible to left-hemisphere linguistic processing. This process effectively *exports nonverbal emotion into verbal consciousness*.

Additionally, dynamic connectivity studies reveal that first-episode, drug-naïve MDD patients exhibit diminished interhemispheric functional connectivity compared with controls (Eliades, S., et all, 2007, pp. 1102–6). The restoration of rhythmic verbal behavior - including reading aloud or structured self-talk - may counteract such desynchronization by entraining bilateral oscillatory patterns. Thus, overt verbalization serves as a *behavioral analog of neural synchronization therapies*, aligning hemispheric rhythms through rhythmic articulation and auditory feedback.

Interhemispheric synchronization as the neural basis of self-therapeutic speech

EEG investigations confirm that vocal speech elevates phase coherence between left and right frontal–temporal areas, predominantly in theta and beta frequencies (Lin, J., et al., 2020, p. 509). This oscillatory synchronization parallels emotional equilibrium, as both depend on cross-hemispheric communication between analytical and affective networks. The closed loop connecting Broca's and bilateral auditory regions constitutes a self-correcting system for cognitive-emotional regulation.

During overt self-talk, the left hemisphere orchestrates syntactic and lexical selection, while the right hemisphere regulates intonation and emotional salience. Balanced activation across these networks produces subjective calmness and metacognitive awareness. Notably, neurofeedback protocols utilizing vocalization have shown increased callosal integrity and enhanced mood stabilization following repeated speech-based exercises (Guo, W., et al., 2022, p. 212).

In this sense, vocalized self-talk can be conceptualized as a *naturalistic form of neurotherapy* - a self-generated, rhythmic modulation of cortical activity capable of restoring functional symmetry (Immordino-Yang, M. H., et al., pp. 3-10). Analogous to rTMS but behaviorally mediated, speech entrains neural oscillations through auditory–motor feedback, reinforcing hemispheric coupling without external stimulation.

Moreover, longitudinal behavioral interventions confirm that participants practicing structured aloud affirmations exhibit both psychological improvement and increased resting-state bilateral connectivity. This convergence suggests that *language, when externalized, becomes a vehicle of cortical reintegration*, transforming speech into a psychophysiological bridge between hemispheric function and emotional well-being.

Language as a medium of psychosocial integration

Language constitutes a primary neurocognitive substrate for psychosocial integration, supporting the coordination of emotional, cognitive, and relational processes through distributed neural systems encompassing prefrontal, temporal, and limbic circuits (Latinjak, A. T., et al., 2014, pp. 367–375; Lieberman, M. D., 2007, 421-428). Spoken communication engages networks involved in social cognition and affective integration, including the superior temporal gyrus, medial prefrontal cortex, and temporoparietal junction (Lin, J., et al., 2020, p. 509; Morin, A., 2018, pp. 163–182, a). Within

this architecture, verbalized self-talk emerges as an internally directed extension of interpersonal communication, activating auditory–motor pathways described in neurocomputational models of speech production (Morin, A., 2018, pp. 40–53, b) and engaging right-hemisphere regions involved in emotional attunement and self-referential processing (Rogoff, B., 2003).

From the perspective of sociocultural neurocognition, Rogoff and Bruner highlight that self-regulatory processes develop through the internalization of socially mediated linguistic exchanges (Thomas, M. S. C., & Ansari, D., 2020, pp. 1–10 ; Tourville, J. A., & Guenther, F. H., 2011, pp. 952–981). Verbalized self-talk represents the continuation of this mechanism within the intrapersonal domain. Neuroimaging studies confirm that self-directed speech activates the default mode network and cortical regions underlying autobiographical reasoning and perspective-taking (Lieberman, M. D., 2007, 421-428; Vygotsky, L. S., 1962). Thus, verbalized self-talk is not an isolated linguistic event but a psychosocial neurobehavioral mechanism reflecting the affective and regulatory architecture of interpersonal communication. Through re-engagement of circuits responsible for bonding and emotional integration, self-talk provides learners with a biologically grounded tool for stabilizing arousal and maintaining cognitive–affective coherence in inclusive educational contexts.

Implications and future directions

The neurocognitive evidence synthesized above yields several implications for educational practice and policy. For educators, structured verbal mediation techniques - such as explicit self-instruction and affect labeling - can enhance the regulation of prefrontal–limbic interactions that underlie emotional control (Winsler, A., 2009, pp. 329–343; Winsler, A., 2020, pp. 2181–2209). Repetitive engagement of the auditory–motor loop strengthens executive functions, including inhibitory control and cognitive flexibility, which are central for learners with attentional or emotional vulnerabilities (Wolford, G., et al., 2000; Zhang, J., et al., 2022, pp. 140–148).

For cognitive neuroscience, verbalized self-talk provides a naturalistic paradigm for investigating embodied cognition, integrating motor speech production, auditory perception, interhemispheric communication, and affective modulation within a unified behavioral system (Morin, A., 2018, pp. 40–53, b; Zhang, Y., et al., 2022). Future studies could employ EEG or fNIRS under ecologically valid classroom conditions to capture oscillatory coherence and hemispheric dynamics associated with self-regulation during authentic learning tasks (Guo, W., et al., 2022).

For inclusive education policy, communication-based interventions represent low-cost, scalable tools aligned with neurodevelopmental principles. Promoting verbalized self-talk may enhance learner autonomy, reduce reliance on external regulation, and mitigate vulnerabilities associated with emotional dysregulation and attentional deficits. Future research should examine longitudinal effects on neural plasticity, multilingual differences in self-regulatory speech, and associations between verbal mediation and psychosocial well-being in diverse learning environments.

Conclusion

The analyses presented in this article converge on the view that verbalized self-talk constitutes a multidimensional regulatory mechanism grounded in neurocognitive, psychosocial, and educational processes. Far from being an idiosyncratic linguistic behavior, self-directed speech activates a distributed network of auditory–motor, prefrontal, and limbic circuits that support interhemispheric coordination, emotional modulation, and executive control. The evidence reviewed here indicates that vocal self-talk engages neural pathways associated with both cognitive regulation and affective integration, positioning it as a biologically plausible tool for stabilizing attention, reducing emotional reactivity, and enhancing metacognitive awareness.

By examining language as a medium of psychosocial integration, this paper further demonstrates that verbalized self-talk mirrors the structure of internalized social dialogue. Through this mechanism, learners reproduce relational patterns that support self-soothing, clarification of intentions, and the construction of meaning. In inclusive educational contexts - where cognitive, emotional, and communicative diversity requires adaptive regulatory strategies - self-talk offers a naturalistic, low-cost method for fostering autonomy and supporting participation. Its dialogic and embodied nature makes it especially relevant for students who depend on language to anchor internal states and manage stress.

Synthesizing findings from cognitive science, neuroscience, and inclusive pedagogy, the present review underscores the need to recognize verbalized self-talk as a legitimate component of educational practice and cognitive development. Future research should employ multimodal methodologies - combining behavioral analysis with mobile neuroimaging, longitudinal designs, and cross-linguistic comparisons - to illuminate the neural plasticity and psychosocial outcomes associated with self-directed speech. As evidence continues to accumulate, verbalized self-talk may be increasingly understood not only as a cognitive tool but as a fundamental mechanism through which learners negotiate identity, regulate emotion, and construct coherence in complex educational environments.

Bibliography

1. Alderson-Day, B., & Fernyhough, C. (2015). *Inner speech: Development, cognitive functions, and neurobiology. Psychological Bulletin, 141*(5), 931–965.
2. Brinthaupt, T. M., & Morin, A. (2023). *Self-talk: Research challenges and opportunities. Frontiers in Psychology, 14*, 1210960.
3. Bruder, G. E., Stewart, J. L., & McGrath, P. J. (2017). *Hemispheric asymmetry in emotion regulation. Biological Psychology, 129*, 62–71.
4. Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning.* Harvard University Press.
5. Eliades, S. J., & Wang, X. (2008). *Neural substrates of vocalization feedback monitoring in auditory cortex. Nature, 453*(7198), 1102–1106.
6. Filion, J., Hodgins, H., & Morin, A. (2019). *Task-directed self-talk and cognitive performance. Consciousness and Cognition, 70*, 70–84.
7. Gazzaniga, M., & LeDoux, J. (1978). *The Integrated Mind.* Springer.
8. Guo, W., et al. (2013). *Decreased interhemispheric coordination in treatment-naïve major depressive disorder. Journal of Affective Disorders, 150*(2), 849–854.
9. Guo, W., et al. (2022). *Aberrant inter-hemispheric connectivity in patients with recurrent major depressive disorder: A multimodal MRI study. Frontiers in Neurology, 13*, 852330.
10. Hardy, J. (2006). *Speaking clearly: A critical review of the self-talk literature. Psychology of Sport and Exercise, 7*(1), 81–97.
11. Hickok, G. (2012). *Computational neuroanatomy of speech production. Nature Reviews Neuroscience, 13*(2), 135–145.
12. Immordino-Yang, M. H., & Damasio, A. (2007). *We feel, therefore we learn: The relevance of affective neuroscience to education. Mind, Brain, and Education, 1*(1), 3–10.
13. Jiang, Y., et al. (2022). *Dynamic inter- and intrahemispheric functional connectivity in first-episode, drug-naïve patients with major depressive disorder. Frontiers in Human Neuroscience, 16*, 868135.
14. Kircanski, K., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2012). *Feelings into words: Contributions of language to exposure therapy. Psychological Science, 23*(10), 1086–1091.
15. Latinjak, A. T., et al. (2014). *Goal-directed self-talk as a self-regulatory mechanism. The Sport Psychologist, 28*(4), 367–375.

16. Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., et al. (2007). *Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity to affective stimuli. Psychological Science, 18*(5), 421–428.
17. Lin, J., Wang, Y., & Zhou, H. (2020). *Speech production and interhemispheric coherence: EEG evidence from vocal tasks. Brain Sciences, 10*(8), 509.
18. Morin, A. (2018). *Inner speech and consciousness. Journal of Consciousness Studies, 25*(7–8), 163–182, a.
19. Morin, A. (2018). *Inner speech and conscious self-regulation: Toward a model of self-awareness. Consciousness and Cognition, 61*, 40–53, b.
20. Rogoff, B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development.* Oxford University Press.
21. Thomas, M. S. C., & Ansari, D. (2020). *Mind, brain, and educational science: A review. Science of Learning, 5*(1), 1–10.
22. Tourville, J. A., & Guenther, F. H. (2011). *The DIVA model: A neural theory of speech acquisition and production. Language and Cognitive Processes, 26*(7), 952–981.
23. Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and Language.* MIT Press.
24. Winsler, A. (2009). *Still talking to ourselves: A review of private speech research. International Journal of Behavioral Development, 33*(4), 329–343.
25. Winsler, A. (2020). *Self-talk: An interdisciplinary review and transdisciplinary model. Psychological Reports, 123*(6), 2181–2209.
26. Wolford, G., Miller, M., & Gazzaniga, M. S. (2000). *The left hemisphere's role in hypothesis formation. Journal of Neuroscience, 20*(6), RC64.
27. Zhang, J., et al. (2022). *Abnormal interhemispheric connectivity in major depressive disorder. Journal of Affective Disorders, 298*, 140–148.
28. Zhang, Y., et al. (2022). *Improved interhemispheric functional connectivity in postpartum depression after rTMS treatment. Frontiers in Psychiatry, 13*, 859453.

ADAPTAREA PSIHOSOCIALĂ ȘI FUNCȚIONALITATEA SOCIALĂ A TINERILOR CU DIABET ZAHARAT – O ANALIZĂ DE SINTEZĂ INTERDISCIPLINARĂ

Mircea Tudor MAIORESCU
psiholog clinician, doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă" din Chișinău
ORCID ID: 0009-0005-7034-6095

Rezumat

Diabetul zaharat reprezintă una dintre cele mai frecvente boli cronice tot mai des întâlnită la tineri, având implicații semnificative nu doar asupra stării fiziologice, ci și asupra dezvoltării psihoemoționale și sociale. Funcționalitatea socială a tinerilor cu diabet se referă la capacitatea acestora de a participa activ și adaptativ la viața socială, educațională și profesională, în ciuda constrângerilor impuse de boală. Funcționalitatea socială este influențată de o serie de factori: psihologici, sociali, educaționali și medicali. Studiile arată că suportul psihologic, participarea la grupuri de sprijin și educația diabetologică integrată pot îmbunătăți semnificativ calitatea vieții și integrarea socială a tinerilor. Abordarea integrată, care îmbină suportul medical cu cel psihosocial și de asistență socială, este esențială pentru o bună calitate a vieții și o integrare socială eficientă.

Studiul de față își propune să analizeze impactul diabetului asupra funcționalității sociale a tinerilor și să identifice factorii psihologici și sociali care pot facilita adaptarea. O bună funcționalitate socială a tinerilor cu diabet zaharat se obține printr-o abordare multidimensională, care îmbină managementul medical cu sprijinul psihologic și social. Intervențiile timpurii, empatia și asistența socială, precum și parteneriatul între pacient, echipa medicală și echipa multidisciplinară de reabilitare psihosocială, sunt elemente cheie pentru o integrare reușită a tinerilor cu diabet zaharat și o calitate optimă a vieții.

Cuvinte-cheie: diabet zaharat, tineri, funcționalitate socială, adaptare, integrare, suport psihologic, calitatea vieții

Introducere

Diabetul zaharat reprezintă o problemă medico-socială majoră, în legătură cu creşterea progresivă a prevalenţei, nivelului înalt de invalidizare precoce şi de mortalitate la nivel mondial. Conform Federației Internaționale de Diabet (IDF): „ diabetul reprezintă una dintre urgențele majore ale sănătății secolului 21 în întreaga lume" [6]. Dacă în 2015 prevalența diabetului la nivel mondial era de una din 11 persoane adulte, aceste estimări sunt așteptate să crească, mai ales în rândul populației urbane, ca predicție, în 2040 se consideră că va exista o creștere cu 55% a prevalenței diabetului față de 2015 [7]. Aceste creșteri produc dificultăți atât medicale cât și economice, în condițiile în care deja 12% din cheltuielile globale din sănătate sunt acordate diabetului. Un studiu realizat asupra populației între 20 și 70 de ani din România arată că diabetul este una din problemele majore de sănătate, având o prevalență a diabetului de 11.6% [17].

Diabetul nu afectează doar sănătatea fizică, ci și adaptarea psihosocială, relațiile interpersonale și integrarea socială. Diabetul zaharat este o boală cronică ce necesită monitorizare permanentă, tratament zilnic și adoptarea unui stil de viață riguros. În cazul tinerilor (adolescenți și adulți tineri), perioada este oricum marcată de căutarea identității, autonomie și integrare socială, astfel că boala poate influența semnificativ aceste procese.

Tinerii diagnosticați cu diabet zaharat, se confruntă cu provocări complexe legate de autocontrolul glicemic, respectarea tratamentului, adaptarea la mediul social și relațiile interpersonale. În această perioada, când nevoia de autonomie și acceptare socială la tineri este esențială, aceste cerințe medicale pot genera stres, anxietate și uneori comportamente de evitare. Pentru tinerii cu diabet zaharat, această perioadă este adesea complicată de cerințele constante ale managementului bolii – monitorizarea glicemiei, administrarea insulinei, respectarea dietei și adaptarea stilului de viață.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (WHO, 2023), peste 1,1 milion de tineri trăiesc în prezent cu diabet de tip 1 la nivel global, iar incidența este în creștere [19]. În România, Societatea Română de Diabet (2024) estimează că peste 3.000 de tineri se confruntă cu această afecțiune. Pe lângă impactul medical, diabetul afectează profund dimensiunea socială: relațiile interpersonale, integrarea academică și profesională, precum și imaginea de sine[17]. Prin urmare, analiza funcționalității sociale devine o prioritate pentru domeniile psihologiei și asistenței sociale, care vizează sprijinul holistic al tinerilor cu boli cronice.

Adaptarea la boli cronice este definită drept gradul în care oamenii se confruntă atât fiziologic cât și psihologic cu stresul provocat de condiția de a trăi cu o boală cronică [13]. În ceea ce privește diabetul zaharat această boală presupune implicarea personală a individului în tratamentul medicamentos și asigurarea adaptării psihologice la boală, ele fiind interdependente și simultane [16]. O ajustare psihologică slabă la pacienții cu diabet zaharat este asociată cu un control metabolic scăzut, cu un self management slab [11] și cu o calitate a vieții mai scăzută [8;11].

Funcționalitatea socială se referă la capacitatea individului de a-și îndeplini rolurile sociale (elev, student, angajat, prieten, partener etc.) și de a menține relații satisfăcătoare cu ceilalți, în ciuda bolii [12]. Ea include: 1). *participarea la activități sociale*, recreative, educaționale și profesionale; 2). *autonomia personală* (în decizii, tratament, gestionarea bolii); 3). *relațiile interpersonale* și sentimentul de apartenență; 4). *percepția de sine* și încrederea în propriile forțe.

Funcționalitatea socială a tinerilor este influențată de o serie de factori [11]: - psihologici (nivelul de acceptare a bolii, imaginea de sine, mecanismele de coping); - sociali (suportul familiei și

al prietenilor, atitudinea colegilor); - educaționali (adaptarea mediului academic); medicali (accesul la tehnologii moderne și îngrijire continuă).

Studiile arată că suportul psihologic, participarea la grupuri de sprijin și educația diabetologică integrată pot îmbunătăți semnificativ calitatea vieții și integrarea socială a tinerilor [14;16].

Reabilitarea în cazul bolii cronice este o direcție separată, care a apărut în medicină în ultimul deceniu al secolului trecut. Programele de reabilitare au fost determinate special la ONU, OIM, OMS și UNESCO, există activități la nivel european în acest domeniu prezentat de BE al OMS. Reabilitarea persoanelor ce suferă de diabet zaharat include multe aspecte și metode, vizând atât sănătatea psihică, cât și cea fizică, a integrității pacientului. Reabilitarea tinerilor cu diabet zaharat are multiple direcții și profiluri în dependență de grupul socio-medical al persoanei, reabilitarea tinerilor cu diabet zaharat e o problemă atât medico-socialăă, cât și specială multidisciplinară și multivalentă [3;5;10]. Programele de reabilitare personalizate la tinerii cu diabet zaharat prevăd funcționalitate, emoționalitate, adaptare socială la diferite etape în dependență de vârstă, școlarizare, funcționalitate socială, etc. E necesar de determinat stilul de viață personificat și biotipizat, regimul alimentar, monitorizarea stării de sănătate, somnul, dezvoltarea, spiritul, etc. [6; 7;10;13;14].

Scopul studiului: de a efectua analiza literaturii disponibile dedicate adaptării și funcționării psiho-sociale a tinerilor diagnosticați cu diabet zaharat.

Obiectivele studiului: 1. analiza modului în care diabetul zaharat influențează adaptarea socială a tinerilor; 2. identificarea factorilor psihologici și sociali care susțin sau împiedică funcționalitatea socială; 3. evidențierea rolului asistentului social și al psihologului în procesul de adaptare și integrare; 4. propunerea unor direcții de intervenție interdisciplinară pentru îmbunătățirea calității vieții tinerilor cu diabet.

Metodologie: articolul se bazează pe o analiză teoretică și comparativă a literaturii de specialitate publicate între 2018–2024, incluzând studii internaționale și românești.

Metoda utilizată este analiza de conținut, axată pe concepte-cheie precum *funcționalitate socială, suport psihologic, coping, integrare și autonomie*. Sursele includ articole științifice, ghiduri clinice și rapoarte ale organizațiilor internaționale (WHO, IDF), precum și publicații din domeniul psihologiei sociale și al asistenței sociale. Abordarea este interdisciplinară, integrând conceptele de reziliență psihologică și incluziune socială cu principiile asistenței sociale centrate pe individ. Am efectuat *MEDLINE search* pentru a selecta lucrările disponibile de ultimii ani în baza cuvintelor cheie: diabet zaharat, tineri, adaptare, psihosocial, funcționalitate socială, în limbile engleză, franceză, rusă şi română. Au fost găsite surse literare, din care o valoare pentru reviul dat au perezentat 45 lucrări.

Rezultate și discuții

De comun acord, savanții sunt de păreri precum că diabetul este o boală cu impact psihologic semnificativ asupra pacienţilor, dat fiind că gestionarea lui necesită o reconfigurare semnificativă a stilului de viaţă şi eforturi constante de a respecta procedurile şi indicaţiile medicale indispensabile pentru a supravieţui sau a reduce riscul unor complicaţii grave, iremediabile – toate acestea fără să existe nici perspectiva vindecării, nici recompense sigure şi/sau sesizabile uşor/imediat de către persoană. Primirea diagnosticului de diabet reprezintă un moment de cumpănă pentru persoană, iar vestea apare ca un şoc atât pentru pacient, cât şi pentru familie, indiferent de tipul de diabet [1;9]. Diagnosticul de diabet aduce cu sine necesitatea de a accepta implementarea unor schimbări majore pe toată durata vieţii şi, deşi în general solicitările de îngrijire zilnică diferă în funcţie de tipul de diabet, ele presupun un regim alimentar şi comportamental strict, neîntrerupt, ce necesită perseverenţă şi

autocontrol [1;5;9]. De exemplu, în general, tratamentul diabetului, indiferent de tipul bolii (tipul 1 sau tipul 2) include ca cerinţă esenţială un control atent asupra dietei.

În cazul pacienţilor cu diabet de tip 1 care nu sunt supraponderali, deşi nu se impune o dietă restrictivă, este necesar ca aceştia să îşi regleze dozele de insulină pe care şi le administrează, în funcţie de cantitatea de carbohidraţi din alimente [4;15]. În plus, exerciţiile fizice, deşi sunt recomandate, pot ridica dificultăţi suplimentare în special în cazul pacienţilor cu diabet de tip 1, prin faptul că aceştia trebuie să potrivească dozele de insulină în funcţie de intensitatea şi durata efortului fizic, bazându-se totodată pe măsurători frecvente ale nivelului de glucoză din sânge şi pe experienţa personală anterioară [4,8,15].

Rezumând, în rutina zilnică a pacienţilor tineri diagnosticaţi cu diabet intervin o serie de activităţi diferite faţă de cele ale persoanelor sănătoase – printre altele, ei trebuie să îşi monitorizeze îndeaproape nivelul de glucoză din sânge, prin înţeparea degetului şi plasarea unei picături de sânge într-un glucometru; să ia tratament medicamentos, să fie atenţi la dietă şi la activitatea fizică; dacă e cazul, trebuie să înveţe să îşi injecteze insulină şi să regleze dozele în funcţie de consumul energetic şi de aportul de nutrienţi.

Odată cu diagnosticul, persoana primeşte şi *eticheta de „diabetic”*, iar aceasta aduce cu sine o serie de implicaţii sociale, legale şi medicale – de exemplu, există posibilitatea ca pacienţii cu diabet de tip 1 să fie încadraţi într-un grad de handicap, iar aceştia sunt nevoiţi să ia o decizie în acest sens în funcţie de avantajele şi dezavantajele aferente noului status [16]. În al doilea rând, *stigmatizarea* pacienţilor cu diabet pare să fie o problemă destul de serioasă, dar subdetectată şi cercetată [8]. Cu toate că în general persoanele care nu au diabet sunt de părere că această boală nu este un motiv de stigmatizare socială, mulţi pacienţi cu diabet declară că există numeroase contexte în care evaluările sociale negative îşi pun amprenta asupra vieţii lor (la locul de muncă, în relaţiile interpersonale etc.) [15;18]. Astfel, apar dificultăți frecvente întâlnite la tinerii cu diabet, precum [4;10]: - Evitarea activităților sociale de teamă să nu fie judecați (de exemplu, refuzul de a-și face injecția în public); - Neglijarea tratamentului pentru a se conforma grupului („nu vreau să par diferit”); - Conflicte cu cadrele medicale și apropiații, privind autonomia în gestionarea bolii; - Probleme în relațiile romantice, legate de încredere, intimitate și planuri de viitor; - Anxietate de performanță (academice sau la locul de muncă), din cauza fluctuațiilor glicemiei.

Analiza literaturii evidențiază mai mulți factori semnificativi:

Factori psihologici

Pacienții tineri cu diabet zaharat prezintă simptomatologii psihologice cum ar fi: stări emoționale negative ca răspuns la boala cronică și cerințele acesteia, îngrijorarea pentru complicații, frica de hipoglicemie, sentimente de vinovăție datorită glicemiei necontrolate și depresie [8]. Persoanele cu diabet zaharat suferă pierderi, leziuni ale imaginii narcisice, sentimente de culpabilitate și nedreptate [4].

A fost detectată o relație între diabetul zaharat și dezechilibrul emoțional [2;5]. În cadrul acestui studiu s-a evidențiat faptul că alexitimia (incapacitate de a distinge între emoții, gânduri și răspunsuri fiziologice și dificultate în recunoașterea și descrierea emoțiilor) este frecvent asociată cu diabetul zaharat la tineri [12]. Persoanele cu trăsături alexitimice sunt în general predispuse să dezvolte boli fizice [4] iar la pacienți cu alexitimia diabetului zaharat corelează cu niveluri mai ridicate de stres perceput și dificultăți în a monitoriza semnale ale corpului, rezultând astfel un control metabolic slab [2;4]. Conform unui studiu recent la pacienții cu diabet zaharat se conturează un tip de personalitate neurotic cu nevoie ridicată de activitate, gândire irațională semnificativ mai ridicată decât al grupului de control și scheme cognitive ca: rușinea și inhibiția emoțională [4].

Diabetul zaharat, fiind o boală cronică, este printre cele mai frecvente cauze medicale ce determinã simptome neuropsihiatrice [11]. Studiile efectuate în domeniu au arătat faptul că persoanele cu diabet zaharat au în general un nivel de anxietate și depresie mai ridicat decât persoanele sănătoase din punct de vedere clinic [15;18]. Tinerii cu diabet experimentează frecvent stres, anxietate și teamă de respingere. Nivelul de autoeficacitate și acceptarea bolii sunt corelate pozitiv cu o funcționalitate socială mai bună [1]. Depresia și stigmatizarea reduc implicarea în activități sociale și performanța academică.

Factori sociali

Factori psiho-scoiali care influențează modul în care persoana face față bolii sunt de diferite tipuri. Acești factori pot fi interni precum personalitatea, mecanismele de coping și fragilitatea psihosomatică, sau externi - sub forma dinamicii familiei, a sprijinului social, a circumstanțelor de mediu și a calității vieții [3]. Ambele seturi de factori influențează cursul gestionării bolii și nivelul de adaptare. Modelul bio-psiho-social [11] implică mediatorii psihologici în abordarea diabetului zaharat: personalitatea, comportamentele, convingerile, gândurile, emoțiile, percepția asupra bolii, stresul perceput și nu în ultimul rând strategiile de coping.

Rolul screeningului factorilor psihologici la tineri cu diabet zaharat și construirea unor intervenții psihoterapeutice bazate pe terapii cognitiv comportamentale, este acela de a ajuta pacienții să-și redobândească starea de armonie internă și să se reintegreze în mediul social prin restructurarea sistemului psihologic. Multe studii de specialitate [12,16] au evidențiat un rol important al factorilor stresori în determinarea, apariția și menținerea diabetului, dar există puține informații în privința modului și mecanismelor prin care aceste evenimente și factori stresanți mediază diabetul zaharat [15].

În ceea ce privește trăsăturile psihosociale a persoanelor cu boli psihosomatice într-un studiu realizat [11,16] prin evaluarea persoanelor suferinde de diferite tipuri de diabet zaharat, s-a evidențiat faptul că, aceste persoane au des sentimente de vinovăție, sunt tensionate, au mare nevoie de aprobarea celor din jur, sunt dependente de cei din jur și le este teama să-și exprime trările pentru a nu fi refuzați.

Strategiile de coping care sunt orientate spre rezolvarea de probleme au un efect benefic și asupra sănătății fizice, iar strategiile de coping bazate pe evitare slăbesc sănătatea fizică [1;8;12]. În ceea ce privește studiile care privesc relația bolii diabetice și strategiile de coping la cei tineri, este un teritoriu foarte puțin dezvoltat. Strategiile de coping utilizate în principal de către pacienții cu diabet zaharat sunt: ruminarea, reevaluarea pozitivă, catastrofarea și acestea corelează pozitiv cu nivelul de stres experimentat [12]. Conform altui studiu [8] pacienții tineri cu diabet zaharat folosesc frecvent următoarele strategii de coping: negarea, evitarea socială, ajustarea psihologică, ajustarea socială și stoicismul. Alte strategii de coping utilizate de persoanele tinere cu diabet zaharat sunt: autoculpabilizarea, evitarea, retragerea, fantezia [8].

În ceea ce privește bolnavii cu diabet zaharat și strategiile lor de coping, un studiu de specialitate [10;18] sugerează faptul că un comportament activ de coping centrat pe probleme și un suport social adecvat promovează aderența la regimurile nutriționale recomandate în diabetul zaharat și poate acționa ca un tampon împotriva efectelor negative ale bolii și asupra calității vieții. Utilizarea frecventă a strategiilor de coping evitante de către bolnavii tineri cu diabet zaharat au fost asociate cu mai puține verificări ale glicemiei, comportamente mai puțin frecvente de auto-îngrijire și un control glicemic mai slab la următoarea evaluare [10;15].

Implicarea în grupuri de suport pentru tineri cu diabet zaharat crește sentimentul de apartenență și normalizează experiența bolii. Sprijinul familiei și al grupului de prieteni este determinant pentru

adaptare. Relațiile de tip suportiv în mediul academic sau de muncă (profesori, colegi) pot reduce sentimentul de izolare [8].

Unele strategii pentru îmbunătățirea funcționalității sociale a tinerilor, ar fi: - Educație pentru autocontrol (autogestionarea diabetului cu sprijin profesional); - Consiliere psihologică individuală sau de grup; - Implicarea în programe pentru tineri cu boli cronice, care oferă suport emoțional și modele pozitive; - Promovarea incluziunii sociale prin campanii anti-stigmatizare în societate; - Comunicare deschisă între tineri, familie și cadre medicale; - Utilizarea tehnologiei (senzori de glicemie, pompe de insulină) pentru o viață mai flexibilă și o autonomie mai mare [4;8;11].

În aceste condiții, iese în evidență *rolul asistentului social și al psihologului în adaptarea socială și funcționalitatea socială a tinerilor cu diabet zaharat*. Astfel, asistentul social are rol de mediator între tânăr, familie, școală, serviciu și echipa medicală, facilitând accesul la servicii și resurse. Psihologul intervine în educația pentru sănătate, gestionarea emoțiilor și dezvoltarea competențelor de coping, iar intervențiile integrate (sociale și psihologice) contribuie la creșterea rezilienței și a autonomiei personale a tinerilor cu diabet zaharat. Utilizarea noilor tehnologii în managementul diabetului zaharat și autonomia, precum utilizarea senzorilor de glicemie și a pompelor de insulină, oferă independență și reduce stresul cotidian, astfel noile tehnologii favorizând implicarea în activități sociale fără restricții majore [3;5].

Concluzii

Funcționalitatea socială a tinerilor cu diabet zaharat depinde de interacțiunea dintre factori individuali, psihologici și contextuali. O bună adaptare presupune echilibrarea între cerințele medicale și dorința de autonomie și normalitate. Funcționalitatea socială a tinerilor cu diabet zaharat depinde de echilibrul între autogestionarea bolii și integrarea în mediul social. Cu suport psihologic, educație și acceptare socială, acești tineri pot avea o viață activă, echilibrată și satisfăcătoare, la fel ca ceilalți. Astfel, tinerii cu diabet zaharat pot atinge un nivel optim de funcționalitate socială atunci când primesc sprijin integrat, bazat pe empatie, educație și autonomie.

Rezultatele acestui studiu au evidențiat caracteristicile psihologice ale tinerilor cu diabet zaharat. Aceste caracteristici psihologice descriu o personalitate cu neuroticism - anxietate, agresivitate și ostilitate, cu un nivel ridicat de activitate, strategii disfuncționale de coping, gândire irațională și scheme cognitive dezadaptative. Cunoscând specificul personalității și modalitățile de a face față stresului a pacienților cu diabet zaharat, pot și elaborate și puse în aplicare programe de intervenție bazate pe terapii cognitiv comportamentale și emoționale, pentru tinerii cu diabet zaharat, prin care se va urmări restructurarea acelor caracteristici psihologice care duc la comportamente dezadaptive și, prin urmare, determina și/sau mențin starea de boala fizică. Pentru domeniile *Asistenței sociale și Psihologiei,* abordarea acestor tineri necesită: intervenții personalizate și multidisciplinare; implicarea activă a familiei și a comunității; programe educaționale de sprijin psihosocial și consiliere; formarea asistenților sociali și psihologilor în managementul bolilor cronice.

Biblbiografie

1. Anderson, B. J., & Laffel, L. M. (2019). *Adolescent Development and Diabetes Management. Diabetes Spectrum,* 32(3), 226–232.
2. Di Trani M, Mariani R., Renzi A, et al. Alexithymia according to Bucci's multiple code theory: A preliminary investigation with healthy and hypertensive individuals. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2018. 91:2: 232-247.
3. Glavan, A., Maiorescu, M. Provocările sociale ale tinerilor adulți cu diabet: stigma, discriminare și gestionarea afecțiunii. În: volumul Simpozionul național cu participare internațională Kreatikon: creativitate-formare-

performanţă ”Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație” Ediția a XIX-a, In memoriam: Prof. univ. dr. Stela Teodorescu, 28 - 30 martie 2024, pp.66, România, ISSN 2068 – 1372
4. Glavan, A., Maiorescu, M. T. Gestionarea psihologică a diabetului zaharat la tineri adulți – corelarea calităţii vieţii cu statusul afectiv. În: *Știință și educație: noi abordări și perspective.* Materialele conferinţei ştiinţifice internaţionale, 21-22 martie 2024, seria XXVI, volum I, pag. 386-394 ISBN 978-9975-46-944-9
5. Hilliard, M. E., Wu, Y. P., Rausch, J., Dolan, L. M., & Hood, K. K. (2021). *Predictors of Social Functioning in Youth with Type 1 Diabetes. Pediatric Diabetes*, 22(7), 1058–1066.
6. International Diabetes Federation (IDF). (2023). *IDF Diabetes Atlas, 10th Edition.* Brussels: IDF.
7. International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas, 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015. http://www.diabetesatlas.org
8. Ionescu, A. M. (2022). *Integrarea socială a tinerilor cu boli cronice – o abordare multidisciplinară. Psihologia Socială*, 15(1), 67–75.
9. Iturralde E, Weissberg-Benchell J, Hood KK. Avoidant coping and diabetes-related distress: pathways to adolescents' type 1 diabetes outcomes. Health Psychology. 2018; 36:3: 236.
10. Kovacs, M., & Goldston, D. (2020). *Coping with Chronic Illness in Adolescence: Psychological and Social Dimensions. Journal of Pediatric Psychology*, 45(5), 567–578.
11. Maiorescu, M., Glavan, A. Aspecte psihologice și sociale ale vieții tinerilor diagnosticaţi cu diabet zaharat. În: Studia Univrsitatis, revista științifico-practică, Nr. 5 (2024), p. 194-200,
12. Maiorescu M. T., Glavan A. Componente psiho-emotionale ale diabetului zaharat la tineri și importanța suportului psihologic. În: *Vector European, revista științifico-practică*, nr.1, 2024, p. 208-213 ISSN 2345-1106 E-ISSN 2587-358X
13. 4. Maiorescu M. T., Glavan A. Managementul psihologic al bolnavilor cronici. În: *Acta et Commentationes, Sciences of Education,* nr.1 (35), 2024, p. 117-126 ISSN 1857-0623 E-ISSN 2587-3636
14. Marchini F, Caputo A, Napoli A, et al. Chronic illness as loss of good self: underlying mechanisms affecting diabetes adaptation. Mediterranean Journal of Clinical Psychology. 2019; 6:3.
15. Pápai A, Cozma M, Coșa LE, Mihai A. Coping strategies in thyroid desease Acta Medica Transilvanica. 2020; 25(2):29-32
16. Popescu, D., Bădescu, S. (2021). *Impactul psihosocial al diabetului la adolescenți – între autonomie și dependență. Revista Română de Psihologie Aplicată*, 23(2), 145–153.
17. Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice. (2024). *Ghid clinic de management al diabetului zaharat tip 1 la tineri.* București.
18. Wardian JL, Tate J, Folaron I, et al. Who's distressed? A comparison of diabetes-related distress by type of diabetes and medication. Patient education and counseling. 2018; 101:8: 1490- 1495.
19. World Health Organization. (2023). *Diabetes in Youth – Global Report on the Impact and Management of Type 1 Diabetes.* Geneva: WHO Press.

ANXIETATEA LA TINERII ADULȚI EMERGENȚI (18-25 ANI)

Ana Maria MOLOCEA
Doctorandă Facultatea Ion Creangă Chișinău, https://orcid.org/0009-0006-0493-3918
Coordonator: **Lucia SAVCA**, conferențiar univ. dr.

Rezumat
Arnett elaborează în anul 2000 o nouă teorie a dezvoltării, focusându-se pe vârstele 18-25 de ani [1] [2] [3]. A argumentat că această perioadă, nu este nici adolescență, nici tinerețe adultă, ci este distinctă de ambele, atât din punct de vedere empiric, cât și teoretic. Arnett argumentează utilizarea conceptului de adult emergent făcând două mișcări rareori întâlnite în știința dezvoltării contemporane: a propus o nouă fază a duratei de viață și a formulat o nouă teorie generală prin care să înțelegem această nouă etapă. În ciuda faptului că teoria adultului emergent a fost intens celebrată, cât și puternic criticată, ea nu a fost încă examinată în profunzime.

Cercetările pun accentul că ea nu este o etapă universitară a vieții, ci una care a apărut în anumite societăți industrializate, datorită reconfigurărilor sociale și economice care au avut loc în ultima jumătate a secolului. Aceste reconfigurări includ participarea sporită la educația superioară, modificări ale atitudinilor față de sexul înainte de căsătorie, creșterea drepturilor femeilor și schimbări profunde în sensul însuși al conceptului de adult. **.** Experiențele adverse din copilărie cresc sensibilitatea la stress și predispoziția spre anxietate, care devine veriga de legătură între tramă și stresul actual. Anxietatea la tinerii adulți emergenți este o *anxietate de tranziție***,** situată între nevoia de autonomie și frica de desprindere. Este o expresie a procesului de *formare a sinelui* într-un context marcat de schimbare și incertitudine.
Cuvinte cheie: adulți emergenți, teorie, stadii ale dezvoltării, tranziția către perioada adultă.

În ultimele două decenii, psihologia dezvoltării a conturat un nou cadru pentru vârsta adultului emergent, o etapă de tranziție situată între adolescență și maturitatea deplină, cuprinsă între 18 și 25 de ani. Această perioadă elaborată de J.J. Arnett [1] este definită psihologic printr-o antinomie: tinerii dețin libertatea de a-și construi identitatea, dar sunt confruntați simultan cu anxietatea generată de absența ancorelor stabile și de incertitudinea viitorului. În contextul universitar, această tensiune interioară devine o temă clinică centrală, mai ales atunci când în anamneza individului există traume de atașament, abuz emoțional sau neglijare timpurie, care slăbește sentimentul de valoare personală și capacitatea de autoreglare.

Arnett descrie adultul emergent prin cinci dimensiuni fundamentale: explorarea identității, instabilitatea existențială, focalizarea pe sine, sentimentul de a fi „între lumi” și deschiderea către posibilități multiple. Aceste caracteristici nu reprezintă simple trăsături de vârstă, ci condiții psihice și culturale care modelează modul în care individul percepe viitorul, relațiile și propria coerență interioară. În timp ce libertatea decizională crește, suportul familial și comunitar se diminuează, iar această ruptură structurală amplifică anxietatea anticipativă.

Anxietatea adultului emergent nu se reduce la o tulburare emoțională tranzitorie, ci constituie o formă de adaptare tensionată la incertitudine. Szota și colaboratorii săi au descris acest fenomen sub conceptul de anxietate de viitor, definind-o ca „o frică difuză de evenimentele viitoare, de instabilitatea economică, de eșecul academic și de imposibilitatea de a atinge o direcție clară a vieții [13] „. Această formă de anxietate, predominant cognitivă, este înrădăcinată în evaluări negative ale sinelui și în convingeri de neputință învățată, descrise anterior de Beck și Ellis în teoriile lor cognitive despre vulnerabilitatea anxioasă [5, p. 113] [6].

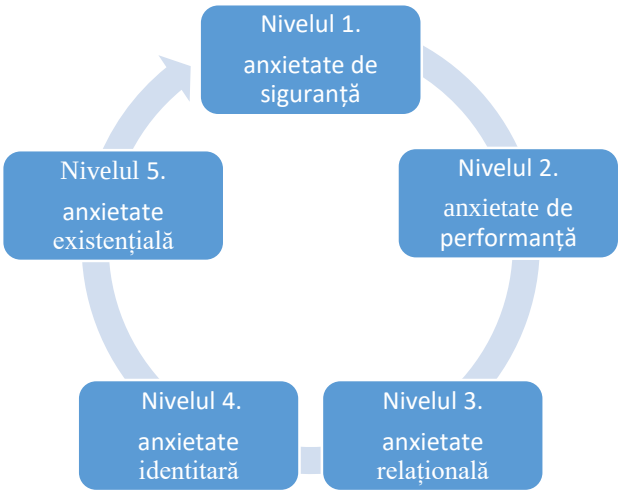


Figura1. Modelul anxietății la tinerii adulți emergenți

Pentru tinerii care poartă urmele unor experiențe traumatice din copilărie, această anxietate devine mult mai mult decât o reacție la nesiguranța socială, ea se transformă într-o reactivare a memoriei afective a nesiguranței primare. Trauma emoțională timpurie, produce un deficit de reglare emoțională, o scădere semnificativă a stimei de sine și o vulnerabilitate persistentă la anxietate. Privind subconștientul relațional, anxietatea la tânărul adult emergent este o expresie a conflictului intern dintre nevoia de autonomie și nevoia de protecție. Atunci când ajungem la vârsta de 18 ani aspirăm la libertate, dar inconștientul tânjește după siguranța unei structuri afective stabile pe care nu a cunoscut-o deplin în copilărie.

La nivel cognitiv și identitar, anxietatea acestei perioade este specifică. Ea nu se manifestă doar prin frica de evaluare sau de eșec, ci printr-o neliniște existențială profundă, frica de a nu ști cine ești și de a nu deveni cine trebuie. Arnett notează că majoritatea tinerilor emergenți se simt „adulți doar pe jumătate”, ceea ce corespunde unei percepții fragmentate a sinelui. Lipsa unei identități consolidate, combinată cu presiunea performanței academice și sociale, generează stări de anxietate difuză, perfecționism compensator și o atenție sporită față de judecata celorlalți.

Weissbourd și colaboratorii [16] într-un raport realizat la Harvard Graduate School of Education, au arătat că peste o treime dintre tinerii adulți din Statele Unite se confruntă cu anxietate semnificativă, cauzată de lipsa sensului și de presiunea de „a reuși” într-o lume percepută ca fragmentată. În acest sens, anxietatea devine ecoul interior al unei culturi bazate pe performanță și comparație: o teamă cronică de a nu corespunde idealului impus de societate, familie sau chiar de sinele idealizat.

În psihologia traumei, relația dintre traumele din copilărie și anxietatea adultului emergent este mediată de stima de sine. Tao și colaboratorii au demonstrat că anxietatea acționează ca verigă intermediară între adversitatea copilăriei și stresul perceput în viața adultă. Extinzând această logică, se poate argumenta că scăderea stimei de sine ia naștere din experiențe precoce de invalidare devenind un mecanism psihologic prin care trauma se reînscrie în prezent sub forma anxietății. Stima de sine nu este doar o evaluare cognitivă a propriei valori, ci o structură afectivă interioară formată prin oglindirea copilului în ochii adultului semnificativ. Atunci când această oglindire a lipsit sau a fost inconsistentă, individul își internalizează un sine fragil, predispus la îndoială și auto-critică, iar anxietatea devine vocea acestor fragmente nevalidate.

Anxietatea la adultul emergent nu este doar o tulburare, ci un semn al unei transformări în curs, fiind emoția care însoțește desprinderea de trecut și frica de a nu reuși să devii cine trebuie să fii. Atunci când trauma din copilărie a afectat sentimentul de coerență și valoare personală, anxietatea devine o formă de protecție, ca o permanentă alertă care încearcă să prevină pierderea controlului. Drept urmare, anxietatea funcționează ca o memorie afectivă a nesiguranței timpurii, reactivată în contextul libertății adulte.

În literatura contemporană, această vârstă este descrisă tot mai des ca un spațiu al „crizei tăcute", o perioadă în care, dincolo de aparența vitalității, mulți tineri trăiesc o luptă internă între autenticitate și conformare. Stima de sine, ca dimensiune centrală a echilibrului psihologic, este veriga prin care trecutul se leagă de prezent: atunci când copilul interior a fost rănit, adultul emergent se confruntă cu o anxietate difuză, cu sentimentul că „nu este destul" și cu teama de a fi descoperit ca impostor.

Aș vrea să adaug că anxietatea tinerilor adulți emergenți nu poate fi înțeleasă izolat, ca simptom, ci trebuie privită ca un proces dinamic de adaptare ,o negociere între vulnerabilitățile preluate din familie și cerințele lumii contemporane. Analizat clinic, acest tip de anxietate exprimă ruptura dintre sinele traumatizat și sinele aspirant, iar intervenția terapeutică ar trebui să vizeze reconectarea acestor părți prin consolidarea valorii personale, a reglării emoționale și a capacității de a trăi în incertitudine fără a o percepe ca amenințare.

Conceptualizarea relației dintre trauma din copilărie, stima de sine și anxietate la tinerii adulți emergenți presupune înțelegerea unui lanț cauzal complex, în care experiențele afective precoce modelează structurile interne ale sinelui, iar acestea, la rândul lor, devin filtre cognitive și emoționale prin care individul interpretează realitatea prezentă. În acest model, trauma timpurie acționează ca un factor îndepărtat, stima de sine funcționează ca un mediator afectiv, iar anxietatea reprezintă expresia centrală a dezechilibrului psihologic rezultat din interacțiunea dintre cele două dimensiuni.

În ultimii 20 de ani trauma din copilărie nu mai este privită doar ca un eveniment singular de abuz sau neglijare, ci ca un proces de dezvoltare emoțională întreruptă. Conform modelului lui Van der Kolk , trauma devine o amprentă somatică și cognitivă a neputinței precoce de a gestiona durerea, iar efectele ei se perpetuează prin mecanisme de reactivare a sistemului nervos și de fragmentare a sinelui. Studiile contemporane arată că adulții emergenți care au trecut prin experiențe adverse în copilărie, prezintă o probabilitate semnificativ mai mare de a dezvolta simptome anxioase și depresive[15]. Aceste traume produc o schemă cognitivă centrată pe neîncredere și vinovăție.

Analizată clinic, trauma deteriorează structurile de bază ale încrederii în sine. Winnicott arăta că „eul autentic" al copilului are nevoie de o oglindire constantă și empatică din partea adultului semnificativ pentru a se putea organiza[17]. Atunci când mediul este inconsistent sau abuziv, copilul învață să-și reprime nevoile autentice pentru a menține legătura cu figura parentală, generând ceea ce Kohut a numit „deficit narcisic" [10] [11], ruptura între sinele real și imaginea idealizată, care mai târziu se manifestă sub forma anxietății de a nu fi suficient. De aceea, trauma din copilărie nu este doar un eveniment trecut, ci o structură relațională internalizată care continuă să influențeze modul în care adultul emergent se raportează la lume, la ceilalți și la propriul sine.

Stima de sine reprezintă modul în care individul se percepe ca fiind valoros, capabil și demn de iubire. În psihologia dezvoltării, ea este considerată o structură de integrare afectivă a experiențelor de acceptare și respingere trăite în copilărie. Atunci când copilul este văzut, conținut emoțional și valorizat, el internalizează imaginea unui sine „bun" și suficient. În schimb, când este criticat, ignorat sau folosit ca instrument al nevoilor parentale, își formează o reprezentare negativă de sine, care

persistă sub forma rușinii, a sentimentului de insuficiență și a anxietății anticipative. Dacă individul are o stimă de sine stabilă, autenticitate corelată pozitiv și se simte valoros, este predispus să aibă succes.

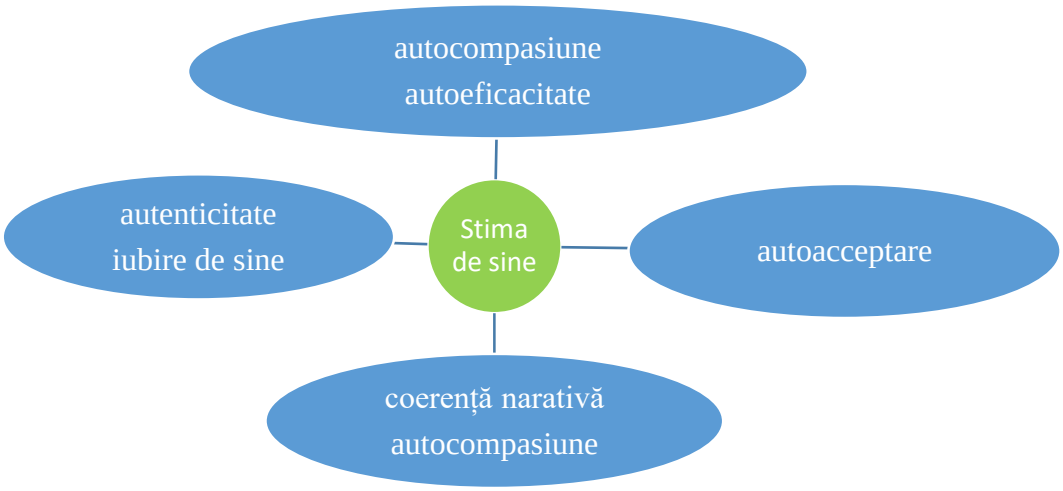


Figura 2. Harta pozitivă a stimei de sine la tinerii adulți emergenți

Studiile recente confirmă că stima de sine este mecanismul prin care experiențele traumatice se transformă în vulnerabilitate psihologică. Lee și colaboratorii [11]arată că rușinea internalizată mediază relația dintre abuzul emoțional și anxietatea socială, iar [12]demonstrează că anxietatea generalizată este veriga prin care adversitatea copilăriei crește nivelul de stres perceput la vârsta adultă. În aceeași direcție, Tracchegiani et al. [13] [14] arată că adulții emergenți cu profil de abuz ridicat utilizează mecanisme defensive imature și prezintă disfuncții ale sinelui și ale relațiilor interpersonale având anxietate crescută. Stima de sine scăzută nu este doar o atitudine negativă față de sine, ci o structură afectivă dezorganizată, care determină modul în care persoana interpretează amenințarea.

Tinerii cu o stimă de sine fragilă tind să perceapă incertitudinea ca pe un pericol, ceea ce îi face să devină agitați, îngrijorați dezvoltând anxietate existențială. De asemenea, putem adăuga că stima de sine funcționează ca un filtru afectiv și cognitiv între trauma trecutului și anxietatea prezentului. Ea mediază relația dintre durerea veche și realitatea actuală, determinând dacă individul răspunde la provocările vieții cu încredere sau cu teamă. Individul care a învățat în copilărie că viața este dură, că există pericole va trăi în stare de alertă și când ajunge la maturitate.

La vârsta adultului emergent(18-25 de ani), anxietatea nu apare din neant, ci ca o continuare a unei povești relaționale începute devreme, în istoricul individului. Ea reflectă un conflict nerezolvat între nevoia de control și dorința de abandon în siguranță.

Frankl descria anxietatea ca o „tensiune între ceea ce este și ceea ce ar putea fi”, o stare a spiritului care apare atunci când sensul vieții devine incert. Pentru tinerii care au trăit traume emoționale timpurii, această tensiune este dublată de o memorie afectivă a nesiguranței, ceea ce face ca simpla libertate de alegere să devină o sursă de stres. Cercetările asupra adulților emergenți confirmă această dublă determinare. [14][8]. Lipsa sensului și presiunea performanței sunt cei mai puternici anticipatori ai anxietății tinerilor din intervalul 18–25 de ani. Când la acestea se adaugă un istoric de traumă și o imagine de sine negativă, anxietatea capătă o structură existențială și persistentă, devenind nu doar o tulburare afectivă, ci un mod de a fi în lume.

Pe plan fiziologic, studiile lui Huang arată că adulții emergenți cu scoruri ridicate la Childhood Trauma Questionnaire prezintă o activare prelungită a răspunsului de stres, semn că trauma timpurie

lasă urme nu doar psihice, ci și biologică.[8] [9].În acest context, anxietatea devine o formă de „memorie corporală” a trecutului, menținând sistemul nervos într-o stare de alertă cronică.

Bibliografie

1. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist, 55(5), 469–480. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469
2. Arnett, J. J. (2004). Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties. Oxford University Press. ISBN: 978-0195309379
3. Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. The Lancet Psychiatry, 1(7), 569–576. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7
4. Arnett, J. J. (2018).Emerging adulthood: The winding road of the 20s. Current Directions in Psychological Science, 27(2), 109–114. DOI: 10.1177/0963721417739459
5. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic Books. ISBN: 978-0465005875
6. Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Lyle Stuart. ISBN: 978-0806506013
8. Frankl, V. E. (2006). Man’s search for meaning. Beacon Press. (Original work published 1959). ISBN: 978-0807014272
9. Huang, C., et al. (2021). Childhood trauma and stress reactivity in emerging adults: A psychophysiological study. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13(6), 671–680. https://doi.org/10.1037/tra0000937
10. Kohut, H. (1971). The analysis of the self. International Universities Press. ISBN: 978-0823603408
11. Kohut, H. (1977). The restoration of the self. University of Chicago Press. ISBN: 978-0226450530
12. Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. British Journal of Medical Psychology, 74, 451–466. https://doi.org/10.1348/000711201161109
13. Szota, L., et al. (2021). Future anxiety among university students: A cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(18), 10048. https://doi.org/10.3390/ijerph181810048
14. Tracchegiani, L., et al. (2023). Childhood trauma, personality dysfunction, and immature defenses in emerging adults. Journal of Affective Disorders, 322, 9–17. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.118
15. van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking. ISBN: 978-0670785933
16. Weissbourd, R., et al. (2020). Loneliness in college students: A national survey. Harvard Graduate School of Education, Making Caring Common Project. https://mcc.gse.harvard.edu
17. Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment. Hogarth Press. ISBN: 978-0946439868

IMPACTUL NEURODIVERSITĂȚII ASUPRA ANXIETĂTII, SOMNULUI ȘI DIMINEȚILOR DIFICILE

The impact of Neurodiversity on anxiety, sleep & tricky mornings

Iulia NICOLAE
Doctorand, grad I didactic, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău
Adrian GHEORGHE
Doctor în Medicină Dentară, Cercetător Independent, Eastbourne, Marea Britanie

Abstract
This paper investigates the influence of neurodiversity on anxiety, sleep, and difficulties encountered in the morning. Neurodiversity includes neurological variations such as ADHD, autism, and other cognitive profiles that affect emotional regulation and daily routines (Armstrong, 2010; Samson et al., 2012). Studies show that neurodivergent individuals may experience heightened anxiety, sleep disturbances, and challenges in managing morning routines, which impact quality of life and family functioning. Through an analysis of literature and secondary data, the paper explores support strategies and psychosocial interventions applicable within the context of family and child social protection.
Key words: neurodiversity, anxiety, sleep, morning routines, social protection, family.
Rezumat
Lucrarea de față investighează influența neurodiversității asupra anxietății, somnului și dificultăților întâmpinate dimineața. Neurodiversitatea include variații neurologice precum ADHD, autism și alte profiluri cognitive care afectează reglarea emoțională și rutina zilnică (Armstrong, 2010; Samson et al., 2012). Studiile arată că indivizii neurodivergenți pot experimenta anxietate crescută, tulburări de somn și dificultăți în gestionarea dimineților, ceea ce impactează calitatea vieții și funcționarea familială. Printr-o analiză a literaturii și a datelor secundare, lucrarea explorează strategiile de sprijin și intervențiile psihosociale aplicabile în contextul protecției sociale a familiei și copilului.
Cuvinte cheie: neurodiversitate, anxietate, somn, rutine matinale, protecție socială, familie

Introducere

Neurodiversitatea reprezintă recunoașterea diferențelor cognitive naturale între indivizi, incluzând tulburări precum ADHD, autism, dislexie și alte profiluri neurocognitive (Armstrong, 2010). În contextul protecției sociale a familiei și copilului, înțelegerea impactului neurodiversității asupra anxietății și somnului poate contribui la elaborarea unor strategii eficiente de sprijin pentru familii.

Fundament teoretic

1. Neurodiversitatea și anxietatea

Indivizii neurodivergenți prezintă adesea nivele crescute de anxietate, asociate cu dificultăți de reglare emoțională și percepția stimulilor externi ca fiind copleșitori (White et al., 2009). Studiile arată că rutina și predictibilitatea pot reduce stresul și anxietatea matinală (Szatmari et al., 2016).

2. Somnul și dificultățile dimineții

Tulburările de somn sunt frecvente în populația neurodivergentă, incluzând insomnie, somn fragmentat și dificultăți în trezirea dimineața (Carmassi et al., 2019). Aceste probleme afectează funcționarea școlară și familială și pot amplifica simptomele de anxietate (Corkum et al., 2014).

3. Impact asupra familiei

Gestionarea rutinelor matinale dificile poate genera stres parental și conflicte în familie. Intervențiile psihosociale orientate spre sprijinul familiei, cum ar fi consilierea parentală și planurile de rutină structurate, au demonstrat eficiență în reducerea stresului și anxietății (Baker et al., 2018).

Metodologie

Lucrarea utilizează o analiză calitativă a literaturii existente, selectând articole științifice publicate în ultimele 15 ani privind neurodiversitatea, anxietatea, somnul și dificultățile matinale. Sursele au fost obținute din baze de date academice precum PubMed, Scopus și Google Scholar, folosind cuvintele-cheie: „neurodiversity", „anxiety", „sleep disturbances", „morning routines", „family support".

Analiza rezultatelor

Analiza literaturii indică următoarele constatări: - Peste 50% dintre indivizii cu ADHD sau autism raportează anxietate crescută dimineața (Samson et al., 2012). - Problemele de somn sunt corelate semnificativ cu disfuncții executive și cu dificultăți în gestionarea rutinei zilnice (Carmassi et al., 2019). - Intervențiile familiale structurale, inclusiv planificarea rutinelor și suportul parental, reduc semnificativ stresul și cresc adaptarea copiilor la cerințele școlare și sociale (Baker et al., 2018).

Tabel 1. Relația între profilul neurodivers și tulburările de somn/anxietate

Profil neurodivers	**% anxietate matinală**	**% tulburări de somn**	**Intervenții eficiente**
ADHD	55%	48%	Rutine structurate, suport parental
Autism	62%	54%	Planuri vizuale, consiliere parentală
Dislexie	38%	30%	Organizare și suport școlar

Concluzii

Neurodiversitatea are un impact semnificativ asupra anxietății, somnului și rutinei matinale, afectând atât indivizii, cât și familia lor. În contextul protecției sociale a familiei și copilului, este esențială implementarea strategiilor de sprijin personalizate, incluzând planificarea rutinelor, consilierea parentală și intervențiile psihosociale adaptate nevoilor neurodivergente.

Bibliografie

1. Armstrong, T. (2010). Neurodiversity: Discovering the extraordinary gifts of autism, ADHD, dyslexia, and other brain differences. Cambridge, MA: Da Capo Press, pp. 12–45.
2. Baker, J., et al. (2018). Family-centered interventions for neurodiverse children: A systematic review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59(4), pp. 385–398.
3. Carmassi, C., et al. (2019). Sleep disturbances in neurodevelopmental disorders. Frontiers in Psychiatry, 10, pp. 1–12.
4. Corkum, P., et al. (2014). Sleep and neurodevelopmental disorders: Insights and interventions. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 19(4), pp. 543–558.
5. Klin, A., et al. (2007). Social and communication abilities in neurodiverse populations. Annual Review of Clinical Psychology, 3, pp. 1–30.
6. Samson, A. C., et al. (2012). Anxiety in autism spectrum disorders. Current Psychiatry Reports, 14, pp. 1–7.
7. Szatmari, P., et al. (2016). Predictors of morning difficulties in neurodiverse children. Journal of Autism and Developmental Disorders, 46, pp. 3010–3021.
8. White, S. W., et al. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. Clinical Psychology Review, 29(3), pp. 216–229.

RELAŢIA DINTRE REGLAREA EMOŢIONALĂ ŞI COMPORTAMENTUL ALIMENTAR LA ADOLESCENŢI

Simona Elena SIMBOAN
Doctorandă, Școala Doctorală Psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat "I.Creangă", Chișinău, Moldova ORCHID: 0009-0006-3548-1651

Abstract

Adolescents' eating behavior can be influenced by a variety of factors, among which emotional factors occupy a central place, as emotions represent a major determinant of food consumption patterns. During this developmental stage, characterized by multiple physical, psychological, and social changes, the way adolescents manage their emotions has a significant impact on their relationship with food. Emotion regulation thus becomes essential for understanding the mechanisms underlying eating behaviors, whether emotional, restrictive, or external.

The objective of the present study was to investigate the relationship between emotion regulation capacity, defined through two major mechanisms: cognitive reappraisal (the ability to reinterpret situations from a more adaptive perspective) and emotional suppression (the inhibition of emotional expression), and the types of eating behavior in adolescents. The working hypothesis was that lower levels of emotion regulation are associated with predominantly emotional eating behavior, compared to restrictive or external forms.

The results confirmed this hypothesis, demonstrating that the majority of adolescents displaying emotional eating behavior experience difficulties in emotion regulation. These adolescents have fewer resources for emotion regulation, both in terms of cognitive reappraisal and emotional suppression, compared to those with restrictive or external eating behaviors. These findings support the idea that the development of emotion regulation strategies plays a crucial role in the prevention and correction of maladaptive eating behaviors in adolescents.

Keywords: adolescents, eating behavior, emotion regulation, cognitive reappraisal, suppression.

Alimentația adolescenților poate fi influențată de o varietate de factori, dintre care cei emoționali ocupă un loc central, întrucât emoțiile reprezintă un determinant major al comportamentului de consum alimentar. În această etapă de dezvoltare, caracterizată prin multiple transformări fizice, psihologice și sociale, modul în care adolescenții reușesc să își gestioneze emoțiile are un impact semnificativ asupra relației lor cu mâncarea. Reglarea emoțiilor devine astfel esențială pentru înțelegerea mecanismelor care stau la baza comportamentelor alimentare, fie ele de tip emoțional, restrictiv sau extern.

Obiectivul studiului de față a fost investigarea relației dintre capacitatea de reglare emoțională, definită prin două mecanisme majore: reevaluarea cognitivă (sau recalcularea, respectiv abilitatea de a reinterpreta situațiile dintr-o perspectivă mai adaptativă) și supresia emoțională (inhibarea exprimării emoțiilor) și tipurile de comportament alimentar la adolescenți. Ipoteza de lucru a fost că un nivel mai scăzut al reglării emoționale este asociat cu un comportament alimentar predominant emoțional, comparativ cu formele restrictive sau externe.

Rezultatele obținute au confirmat această ipoteză, demonstrând că majoritatea adolescenților care prezintă un comportament alimentar emoțional au dificultăţi de reglare emoțională. Acești adolescenți (cu un comportament alimentar emoțional) dispun de resurse mai reduse de reglare emoțională, atât în ceea ce privește capacitatea de recalculare, cât și în privința supresiei emoționale, în comparație cu adolescenții care manifestă comportamente alimentare restrictive sau externe. Aceste concluzii susțin ideea conform căreia dezvoltarea strategiilor de reglare emoțională joacă un rol crucial în prevenirea și corectarea comportamentelor alimentare dezadaptative la adolescenţi.

Cuvinte cheie: adolescenţi, comportament alimentar, reglare emoţională, recalculare/reevaluare cognitivă, supresie.

Introducere

Regimul/comportamentul alimentar și emoțiile sunt strâns interconectate, influențându-se reciproc într-un mod complex și adesea subtil [1]. Mâncatul emoțional, definit ca tendința de a consuma alimente ca răspuns la emoții negative sau stres, a devenit un fenomen din ce în ce mai frecvent în societatea modernă. Această practică nu doar că afectează sănătatea mentală, dar are și implicații grave asupra sănătății fizice, contribuind semnificativ la creșterea ratelor de obezitate.

În contextul în care obezitatea a atins proporții epidemice la nivel global, cu consecințe severe pentru sănătatea publică, devine imperativ să înțelegem mai profund legătura dintre emoții și comportamentele alimentare. Cercetarea în acest domeniu este vitală pentru a dezvolta intervenții eficiente care să ajute oamenii să își gestioneze mai bine emoțiile și, implicit, să adopte obiceiuri alimentare mai sănătoase. Astfel, putem spera la o reducere a prevalenței obezității și la îmbunătățirea calității vieții pentru milioane de oameni.

Regimul alimentar nu este determinat doar de nevoile fiziologice ale organismului, ci este influențat semnificativ de starea emoțională a individului. Emoțiile negative, cum ar fi stresul, anxietatea, tristețea sau plictiseala, pot declanșa episoade de mâncat emoțional, în care alimentele sunt consumate nu pentru a satisface foamea, ci pentru a face față disconfortului emoțional [1]. Acest tip de comportament alimentar poate duce la consumul excesiv de calorii, în special din alimente bogate în zahăr și grăsimi, contribuind astfel la creșterea în greutate și la dezvoltarea obezității.

Mâncatul emoțional poate avea efecte devastatoare asupra sănătății [2]. Pe termen scurt, poate oferi o senzație temporară de confort sau plăcere, dar pe termen lung, conduce la probleme de sănătate, inclusiv obezitate, diabet de tip 2, boli cardiovasculare și tulburări de alimentație. Pe lângă efectele fizice, mâncatul emoțional poate agrava stările emoționale existente, creând un cerc vicios în care persoanele mănâncă pentru a-și gestiona emoțiile, dar apoi se simt vinovate și anxioase din cauza consumului excesiv de alimente [2].

În ultimele decenii, numărul persoanelor care suferă de obezitate a crescut dramatic la nivel global. Această creștere alarmantă subliniază necesitatea urgentă de a înțelege mai bine factorii care contribuie la obezitate, inclusiv rolul comportamentelor alimentare și al emoțiilor. Deși există multe studii care investighează obezitatea din perspectiva biologică și a stilului de viață, aspectele psihologice, în special legătura dintre emoții și comportamentele alimentare, necesită o atenție sporită, în special în rândul adolescenţilor, care deja trec prin schimbări majore în această perioadă a vieţii [2].

Intervențiile psihologice, cum ar fi terapia cognitiv-comportamentală (CBT), pot fi extrem de eficiente în gestionarea mâncatului emoțional. Aceste intervenții ajută indivizii să identifice și să modifice gândurile și comportamentele negative asociate cu mâncatul emoțional, să dezvolte strategii de coping mai sănătoase și să își îmbunătățească relația cu mâncarea. De asemenea, mindfulness-ul și tehnicile de relaxare pot ajuta la reducerea stresului și la creșterea conștientizării în momentul consumului de alimente, promovând astfel obiceiuri alimentare mai sănătoase [3].

Înțelegerea legăturii dintre regimul alimentar și emoții este esențială pentru abordarea eficientă a obezității și promovarea sănătății generale. Cercetarea în acest domeniu este necesară pentru a dezvolta și implementa intervenții care nu doar abordează obiceiurile alimentare nesănătoase, ci și oferă soluții pentru gestionarea emoțiilor într-un mod sănătos. Pe măsură ce continuăm să explorăm aceste legături complexe, putem spera să dezvoltăm strategii mai eficiente pentru prevenirea și tratarea obezității, contribuind astfel la o calitate mai bună a vieții pentru oamenii afectați de această condiție.

În literatura românească actuală, studiile care investighează legătura directă dintre emoții și schimbările de regim alimentar sunt relativ limitate. Majoritatea cercetărilor se concentrează pe tulburările alimentare severe (precum anorexia și bulimia) sau pe impactul factorilor socio-culturali asupra comportamentului alimentar, fără a pune un accent semnificativ pe influențele emoționale cotidiene asupra alegerilor alimentare [4].

Lucrarea de față aduce un element de noutate prin investigarea modului în care emoțiile afectează regimul alimentar în rândul populației românești, pentru categoria de vârstă 14-17 ani, respectiv perioada adolescenței, aspecte insuficient explorate până în prezent. Cercetarea urmărește să umple această lacună în literatura de specialitate, contribuind la o mai bună înțelegere a *mecanismelor psihologice care stau la baza comportamentelor alimentare induse de emoții.*

Regimul alimentar și emoțiile la adolescenți reprezintă o temă de cercetare de mare actualitate și importanță, atât pe plan internațional, cât și național. Conceptul de mâncat emoțional, introdus inițial de cercetătorul Kaplan și colegii săi în anii 1980, a fost extins și aprofundat de numeroși cercetători de-a lungul decadelor. Studiile recente au subliniat importanța înțelegerii acestui fenomen pentru dezvoltarea intervențiilor eficiente menite să îmbunătățească sănătatea mentală și fizică a adolescenților [1, 2, 3, 5, 6].

Pe plan internațional, cercetările privind mâncatul emoțional s-au intensificat în ultimele decenii, odată cu creșterea ratelor de obezitate și tulburări alimentare la nivel global. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a recunoscut obezitatea ca o problemă majoră de sănătate publică și a subliniat necesitatea unor cercetări detaliate pentru a înțelege comportamentele alimentare care contribuie la acest fenomen [7].

În România, problema obezității în rândul adolescenților a devenit o preocupare majoră, având în vedere creșterea semnificativă a numărului de cazuri în ultimii ani. Cercetările naționale au început să abordeze legătura dintre emoții și comportamentele alimentare, dar există încă o nevoie mare de studii aprofundate și de intervenții specifice adaptate contextului local [8].

Abordarea comportamentului alimentar și a emoțiilor la adolescenți necesită o perspectivă inter și transdisciplinară, care să includă contribuții din psihologie, nutriție, sociologie și educație. Integrarea acestor discipline permite o înțelegere mai completă a factorilor care influențează mâncatul emoțional și dezvoltarea unor intervenții holistice.

Studiile recente au arătat că mâncatul emoțional este strâns legat de stresul și anxietatea resimțite de adolescenți. De exemplu, un studiu publicat în 2019 în revista "Appetite" a arătat că adolescenții care se confruntă cu niveluri ridicate de stres și emoții negative sunt mai predispuși să recurgă la mâncatul emoțional ca mecanism de coping [5].

Scopul studiului

Din dorința de a obține mai multă claritate în ceea ce privește *relaţia dintre reglarea emoţională şi comportamentul alimentar la adolescenţi,* în prezenta cercetare, *scopul* a fost identificarea modului în care adolescenţii reuşesc să îşi regleze viaţa emoţională şi în ce mod nivelul de reglare emoţională influenţează comportamentul alimentar.

Material şi metode

Evaluarea a cuprins, Chestionarul de reglare emoţională şi Chestionarul olandez al comportamentului alimentar (DEBQ). Chestionarul de reglare emoţională a fost elaborat de către James J. Gross și Oliver P. John în 2003. Şi are ca obiectiv evaluarea nivelului de reglare emoţională. Cuprinde 10 itemi, distribuiţi în 2 subscale: recalcularea si supresia. Chestionarul olandez al comportamentului alimentar (DEBQ) a fost elaborat de către de către Van Strien și colaboratorii săi în

anul 1986. Acest chestionar a fost dezvoltat pentru a investiga trei tipuri distincte de comportamente alimentare: alimentația emoțională, alimentația externă și alimentația restrictivă, oferind un cadru pentru înțelegerea modului în care factorii psihologici și de mediu influențează alimentația [9].

Lotul de subiecţi a fost alcătuit din 350 de elevi de liceu (171 băieţi şi 179 fete), cu vârsta cuprinsă între 14 şi 17 ani, din clasele a IX-a, a X-a şi a XI-a.

Ipoteza cercetării a fost că există o relaţie semnificativă între capacitatea de reglare emoţională (recalculare şi supresie) şi comportamentul alimentar al adolescenţilor. Ipoteza de lucru a fost că un nivel mai scăzut al reglării emoționale este asociat cu un comportament alimentar predominant emoțional. Astfel, obiectivele specifice au inclus: evaluarea nivelului de reglare emoţională, identificarea comportamentului alimentar predominant şi studierea relaţiei de asociere dintre nivelul de reglare emoţională şi comportamentul alimentar. Pentru a verifica ipoteza conform căreia există o legătură între nivelul de reglare emoţională şi comportamentul alimentar la adolescenţi, am evaluat atât nivelul de reglare emoţională, cât şi comportamentul alimentar al adolescenţilor. În primul rând, rezultatele privind distribuţia genului biologic poate fi observată în figura 1. Observăm faptul că 40% dintre adolescenţi sunt băieţi (N = 171), iar 51% dintre adolescenţi sunt fete (N = 179).

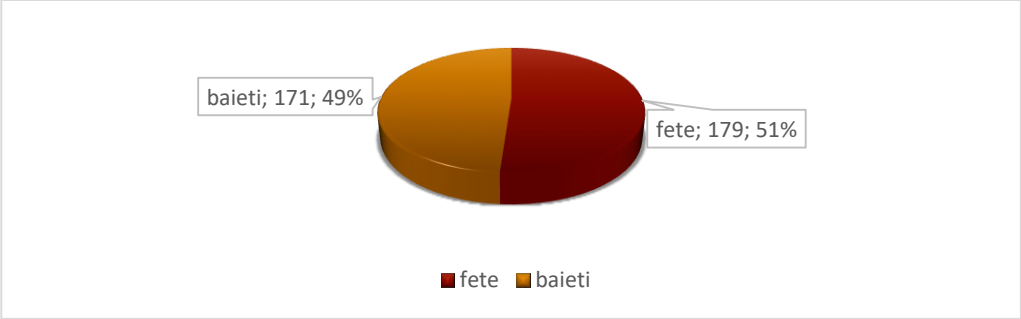


Figura 1. Distribuţia adolescenţilor în funcţie de genul biologic

Distribuția comportamentului alimentar în funcție de clasa școlară este evidențiată pentru adolescenții din clasa a IX-a, clasa a X-a și clasa a XI-a. În clasa a IX-a, dintre cei 121 de adolescenți, 39 au prezentat un comportament alimentar restrictiv, 53 un comportament emoțional și 29 un comportament extern. În clasa a X-a, din cei 123 de adolescenți, 29 au manifestat un comportament restrictiv, 62 un comportament emoțional și 32 un comportament extern. În clasa a XI-a, din cei 106 adolescenți, 33 au avut un comportament alimentar restrictiv, 52 un comportament emoțional și 21 un comportament extern.



Figura 2. Distribuţia comportamentului alimentar predominant pe clase

În total, din cei 350 de adolescenți incluși în studiu, 101 au prezentat un comportament alimentar restrictiv, 167 un comportament emoțional și 82 un comportament extern. Această distribuție

evidențiază variabilitatea comportamentului alimentar în diferite clase și permite o analiză detaliată a prevalenței fiecărui tip de comportament.

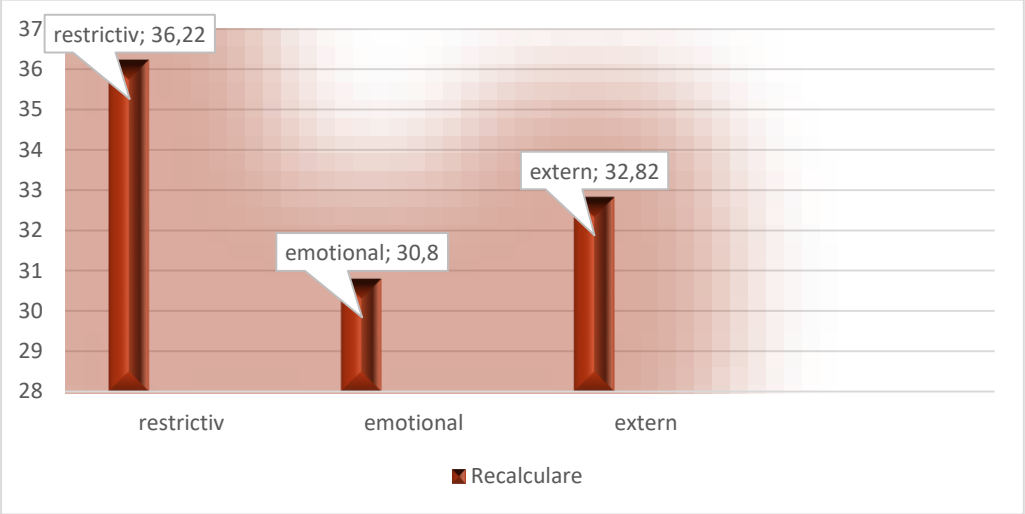


Figura 3. Mediile recalculării în funcţie de comportamentul alimentar predominant

Ca urmare a distribuţiei anormale pentru aceste două variabile (reglare emoţională şi comportament alimentar), am utilizat un *test neparametric – Kruskal Wallis* – pentru a testa relaţia dintre reglarea emoţională şi comportamentul alimentar al adolescenţilor.

Media recalculării emoționale, pentru adolescenţii cu un comporatment alimentar restrictiv, este de 36.2277, cu o abatere standard de 9.21073. Aceasta sugerează că adolescenții cu un comportament alimentar restrictiv au, în medie, un nivel mai ridicat de recalculare emoțională comparativ cu celelalte grupuri. Media recalculării emoționale, pentru adolescenţii cu un comporatment alimentar emoţional, este de 30.8084, cu o abatere standard de 9.70277. Adolescenții cu comportamente alimentare emoționale au, în medie, un nivel moderat de recalculare emoțională. Media recalculării emoționale, pentru adolescenţii cu un comporatment alimentar extern, este de 32.8293, cu o abatere standard de 10.20143. În rândul adolescenților cu comportamente alimentare externe, recalcularea emoțională este situată între valorile observate pentru comportamentele restrictiv și emoțional.

Pentru dimensiunea recalculare a reglării emoţionale, media cea mai mică este pentru comportamentul alimentar emoţional, diferenţa fiind una semnificativă din punct de vedere statistic, p = 0.000, p < 0.050. În ansamblu, pentru întreaga populație de adolescenți studiată, media rangurilor pentru recalcularea emoțională este influențată de comportamentul alimentar, cu valori variind între cele observate pentru comportamentele restrictive și cele emoţionale şi externe.

Tabelul 1. Semnificaţia statistică - nivelul de reglare emoţională – recalcularea - şi comportamentul alimentar la adolescenţi

	RE - Recalculare
Chi-Square	22.885
df	2
Sig.	0.000; p < 0.010

Valoarea Chi-Square de 22.885 și semnificația de 0.000 subliniază faptul că există o relație puternică între recalcularea emoțională și tipurile de comportament alimentar (restrictiv, emoțional și extern) în rândul adolescenților participanți la studiu. Astfel, diferențele observate în nivelul de

recalculare emoțională pentru fiecare tip de comportament alimentar sunt statistic semnificative, confirmând variabilitatea răspunsurilor emoționale în raport cu comportamentul alimentar. Această analiză contribuie la înțelegerea modului în care recalcularea emoțiilor poate varia în funcție de diferitele comportamente alimentare ale adolescenților, evidențiind importanța investigării în continuare a acestor relații pentru a înțelege mai bine dinamica comportamentului alimentar și reglarea emoțiilor în această grupă de vârstă.

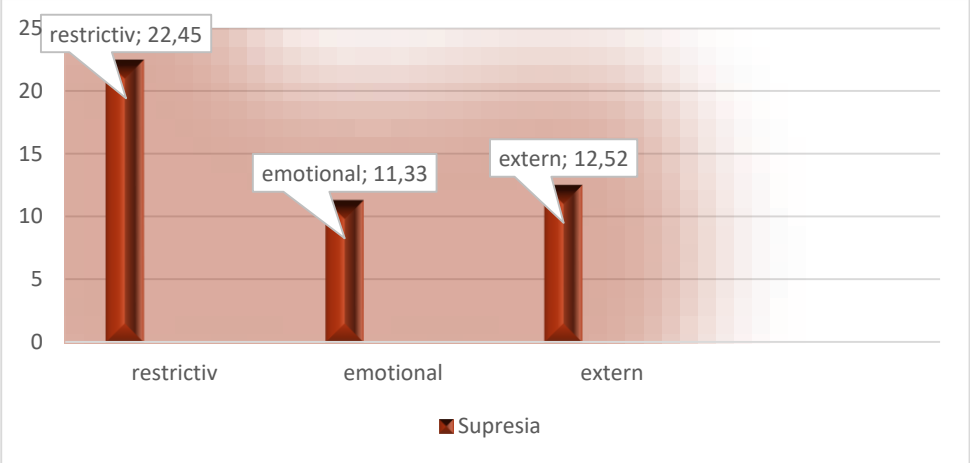


Figura 4. Mediile supresiei în funcţie de comportamentul alimentar predominant

Media suprimării emoționale este de 22.4554, cu o abatere standard de 2.86190. Aceasta indică faptul că adolescenții care manifestă un comportament alimentar restrictiv tind să aibă un nivel mai ridicat de suprimare emoțională comparativ cu celelalte grupuri. Media suprimării emoționale este de 11.3353, cu o abatere standard de 2.42629. Adolescenții care adoptă un comportament alimentar emoțional au, în medie, un nivel mai scăzut de suprimare emoțională. Media suprimării emoționale este de 12.5244, cu o abatere standard de 3.29319. În rândul adolescenților cu comportamente alimentare externe, suprimarea emoțională este situată între valorile observate pentru comportamentele restrictiv și emoțional. Valoarea Chi-Square este de 205.669, cu un grad de libertate (df) de 2. Nivelul de semnificație (Sig.) este de 0.000, ceea ce este semnificativ la un prag de $p < 0.010$.

Tabelul 2. Semnificaţia statistică - nivelul de reglare emoţională – supresia - şi comportamentul alimentar la adolescenţi

	RE - Supresia
Chi-Square	205.669
df	2
Sig.	0.000; $p < 0.010$

Aceste date indică faptul că există o diferență semnificativă din punct de vedere statistic între nivelul de suprimare emoțională și diferitele tipuri de comportamente alimentare.

Pentru dimensiunea supresie a reglării emoţionale, media cea mai mică este pentru comportamentul alimentar emoţional şi extern, diferenţa fiind una semnificativă din punct de vedere statistic, $p = 0.000$, $p < 0.050$.

În urma verificării datelor obţinute din evaluarea celor 350 de adolescenţi, putem concluziona că majoritatea adolescentilor evaluaţi au un comportament alimentar emoţional (47,7%), urmat de comportamentul restrictiv (28,9%) şi extern (23,4%). Adolescenţii care au un comportament alimentar

emoţional au un nivel mai mic al recalculării (30,8), faţă de comportamentul extern (32,82) şi mai ales faţă de comportamentul alimentar restrictiv (36,22). De asemenea, adolescenţii care au un comportament alimentar emoţional au un nivel mai mic al supresiei (11,33), faţă de comportamentul extern (12,52) şi mai ales faţă de comportamentul alimentar restrictiv (22,45).

Datele au indicat faptul că reglarea emoţională (evaluată prin capacitatea de recalculare şi supresie emoţională) a înregistrat scoruri semnificativ mai mici la persoanele care au un comportament alimentar predominant emoţional şi extern.

Discuţii

Rezultatele obținute evidențiază faptul că adolescenții manifestă, în proporție majoritară, un comportament alimentar de tip emoțional, care este asociat cu o capacitate scăzută reglare emoţională, ceea ce confirmă ipoteza conform căreia dificultățile de reglare emoțională pot contribui la apariția și menținerea acestui tip de comportament. Datele sugerează că adolescenții care mănâncă pe fond emoțional dispun de resurse mai scăzute atât în ceea ce privește recalcularea (reevaluarea cognitivă) – abilitatea de a privi și interpreta situațiile dintr-o perspectivă mai adaptativă, cât și în privința supresiei emoționale, capacitatea de a controla și inhiba expresia emoțiilor.

Aceste constatări sunt în concordanță cu literatura de specialitate, care subliniază faptul că un nivel redus al abilităților de reglare emoțională este asociat cu tendința de a recurge la mâncare ca strategie de gestionare a emoțiilor negative [9]. În schimb, adolescenții cu comportamente alimentare restrictive prezintă un nivel mai ridicat de control emoțional, ceea ce poate explica orientarea lor spre limitarea consumului alimentar ca modalitate de a menține o formă de autocontrol. De asemenea, scorurile scăzute de reglare emoțională la adolescenții cu comportament alimentar extern sugerează că aceștia sunt mai vulnerabili în fața stimulilor de mediu (miros, aspect, context social), reacționând cu dificultate la tentații și având un control redus asupra comportamentului alimentar.

Din perspectivă practică, aceste rezultate atrag atenția asupra necesității unor programe de intervenție psihologică și educațională care să vizeze dezvoltarea competențelor de reglare emoțională la adolescenți. Îmbunătățirea abilităților de reevaluare cognitivă și a strategiilor sănătoase de gestionare a emoțiilor ar putea reduce tendința de a utiliza mâncarea drept mecanism de coping și ar putea sprijini adoptarea unor obiceiuri alimentare mai echilibrate.

O limitare a studiului este reprezentată de faptul că datele se bazează pe auto-raportare, ceea ce poate influența acuratețea răspunsurilor. De asemenea, ar fi util ca cercetări viitoare să investigheze relația dintre reglarea emoțională și comportamentele alimentare pe loturi diferite de vârstă, precum și impactul altor variabile, cum ar fi stresul cotidian, sprijinul social sau istoricul familial.

Concluzii

Studiul a evidențiat faptul că majoritatea adolescenților prezintă un comportament alimentar emoțional, urmat de comportamentele alimentare restrictive și externe. Analiza datelor a arătat că adolescenții care mănâncă pe fond emoțional au abilități mai reduse de reglare emoțională, atât în ceea ce privește recalcularea (reevaluarea cognitivă), cât și supresia emoțională, comparativ cu adolescenții care manifestă comportamente alimentare restrictive sau externe. Aceste rezultate confirmă legătura dintre dificultățile de gestionare a emoțiilor și tendința de a utiliza mâncarea drept mecanism de coping. Totodată, ele subliniază necesitatea implementării unor intervenții psihologice și educaționale orientate spre dezvoltarea strategiilor sănătoase de reglare emoțională la adolescenți, cu scopul de a reduce comportamentele alimentare dezadaptative și de a sprijini formarea unor obiceiuri alimentare echilibrate. În ansamblu, cercetarea evidențiază rolul central al reglării emoționale în înțelegerea

comportamentului alimentar al adolescenților și oferă direcții utile pentru programele de prevenție și intervenție adresate acestei populații.

Bibliografie

1. AIPNSF. Studiu: obezitatea în România – în creştere în rândul copiilor. Asociaţia internaţională de psihologie, nutriţie, sport şi fitness. 2024. https://aipnsf.ro/studiu-obezitatea-in-romania/.
2. Deniz, V. & Ozgen, L. Emotional Eating Behaviours in Adolescents. Journal of Food and Nutrition Research. 2021. 9. 406-414. 10.12691/jfnr-9-8-2.
3. Gross, J.J., John, O.P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. 2003. 85(2):348-62. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348. PMID: 12916575.
4. INSP (2020). Studiul COSI. https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de sanatate/rapoarte_si_studii_despre_starea_de_sanatate/sanatatea_copiilor/rapoarte-nationale/ COSI-2019 -raport-final.pdf.
5. Ljubicic, M, Matek, Saric, M., Klarin, I, Rumbak, I., Colic, Baric, I., Ranilovic, J., Dzelalija, B, Saric, A, Nakic, D, Djekic, I, Korzeniowska, M., Bartkiene, E., Papageorgiu, M., Tarcea, M., Černelic-bizjak, M., Klava, D., Szucs, V., Vittadini, E., Bolhuis, D., Guine, R.P.F. Emotions and Food Consumption: Emotional Eating Behavior in a European Population. Foods. 2023. 12(4):872. doi: 10.3390/foods12040872.
6. Torres, S., Sales, C.M.D., Guerra, M.P., Simoes, M.P., Pinto, M., Vieira, F.M. Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Comorbid Obesity With Binge Eating Disorder: A Pilot Study of Feasibility and Long-Term Outcomes. Front Psychol. 2020. 11:343. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00343.
7. Verza, Florin & Verza, Florin Emil, Psihologia copilului. Bucureşti: Editura Trei, 2024. 560 p. ISBN: 978-606-40-2304-9.
8. Zlate, Mielu, Eul şi personalitatea. București: Editura Trei, 2008. 342 p. ISBN: 973-9419-12-7.
9. Zwierczyk, U., Sowasa, C., & Duplaga, M. Eating Choices-The Roles of Motivation and Health Literacy: A Cross-Sectional Study. Nutrients, 2022. 14(19), 4026. https://doi.org/10.3390/nu14194026.

COMUNICARE, SUPORT ȘI REZILIENȚĂ ÎN EDUCAȚIA INCLUZIVĂ: PERSPECTIVE SOCIOLOGICE CONTEMPORANE

Petronela Daniela FERARU

PhD, profesor de sociologie și psihologie la Colegiul Național Iași, Liceul "Ion Neculce" Târgu Frumos, județul Iași.

Rezumat

Acest studiu sociologic investighează rolul comunicării psihosociale, al suportului educațional și al proceselor de reziliență în consolidarea educației incluzive, în contextul transformărilor sociale accelerate care modelează dinamica interacțiunilor educaționale. Prin analizarea documentelor sociale, a politicilor educaționale și a materialelor instituționale, cercetarea evidențiază modul în care practicile de comunicare, discursurile organizaționale și reprezentările colective influențează percepțiile actorilor educaționali față de incluziune. Rezultatele arată că eficiența educației incluzive este determinată de capacitatea instituțiilor de a facilita relații de suport, de a răspunde diversității și de a integra strategii orientate spre dezvoltarea rezilienței individuale și comunitare. Studiul subliniază importanța cadrului psihosocial în reducerea inegalităților, promovarea participării active și construirea unui mediu educațional echitabil, adaptativ și sustenabil.

Cuvinte-cheie: educație incluzivă, comunicare psihosocială, suport educațional, reziliență, schimbare socială

Abstract

This sociological study investigates the role of psychosocial communication, educational support, and resilience processes in strengthening inclusive education within the context of accelerated

social transformations shaping contemporary educational interactions. By examining social documents, educational policies, and institutional materials, the research highlights how communication practices, organizational discourses, and collective representations influence the perceptions of educational actors toward inclusion. The findings indicate that the effectiveness of inclusive education is determined by the capacity of institutions to provide supportive relationships, respond to diversity, and implement strategies that foster individual and community resilience. The study emphasizes the importance of the psychosocial framework in reducing inequalities, promoting active participation, and building an equitable, adaptive, and sustainable educational environment.
Keywords: inclusive education, psychosocial communication, educational support, resilience, social change

Introducere

Accelerarea schimbărilor sociale, tehnologice și culturale a redefinit profund procesele educaționale și relațiile din spațiul școlii. În acest context dinamic, *educația incluzivă* capătă valențe sociologice semnificative, fiind nu doar o politică de integrare a diversității, ci o formă de coeziune și solidaritate socială. În centrul acestei paradigme se află *comunicarea psihosocială***,** *relațiile de suport* și *reziliența* - dimensiuni esențiale pentru construirea unei culturi educaționale echitabile și adaptative.

Lucrarea de față propune o analiză sociologică asupra modului în care aceste procese se manifestă în mediul școlar contemporan, printr-un *studiu de caz realizat în licee din județul Iași,* având drept scop identificarea factorilor care susțin sau, dimpotrivă, limitează educația incluzivă în contexte reale de interacțiune educațională.

Cadru teoretic: Educația incluzivă între comunicare și reziliență

Conceptul de *educație incluzivă* s-a dezvoltat ca răspuns la nevoia de a asigura participarea deplină a tuturor elevilor, indiferent de particularitățile lor individuale (UNESCO, 2020; UNICEF, 2023). Din perspectivă sociologică, ea implică depășirea modelului integrativ - centrat pe adaptarea elevului la sistem - în favoarea unui model *participativ***,** care modifică însuși sistemul educațional pentru a răspunde diversității.

În plan psihosocial, *comunicarea* constituie mecanismul fundamental de mediere a relațiilor dintre actorii educaționali. Habermas (1984) subliniază că acțiunea comunicativă, bazată pe consens și recunoaștere reciprocă, este fundamentul coeziunii sociale. În școală, aceasta se traduce prin dialog, feedback constructiv și valorizarea diferențelor culturale și cognitive.

Reziliența, în accepțiunea lui Ungar (2012), este un proces social și relațional care permite indivizilor și comunităților să se adapteze pozitiv în fața adversităților. În mediul educațional, reziliența se manifestă prin capacitatea profesorilor, elevilor și părinților de a transforma dificultățile în oportunități de creștere comună. Prin urmare, educația incluzivă nu poate fi concepută fără un c*adru comunicativ empatic* și *o rețea de suport* care stimulează reziliența individuală și colectivă.

Metodologia cercetării

Cercetarea are la bază o *abordare mixtă*, combinând metode cantitative și calitative, cu scopul de a surprinde complexitatea fenomenului de incluziune educațională în liceele ieșene. *Participanți:* 150 de elevi și 80 de profesori din patru licee din județul Iași, selectați pe criteriul diversității socio-educaționale.

*Instrumente de cercetare: **c**hestionar sociologic* aplicat elevilor, centrat pe percepțiile lor privind climatul de comunicare, sprijinul oferit de profesori și sentimentul de apartenență școlară; *interviu semistructurat* cu profesori și consilieri școlari, pentru a identifica reprezentările despre incluziune, dificultățile de comunicare și strategiile de adaptare; *observație participativă* în activități

educative și consiliere colectivă, pentru a evalua dinamica relațiilor și manifestarea sprijinului interpersonal.

Combinarea metodelor permite triangularea datelor și o înțelegere mai profundă a fenomenului. Chestionarele oferă o imagine cantitativă asupra tendințelor generale, iar interviurile și observația participativă clarifică semnificațiile psihosociale și culturale ale incluziunii.

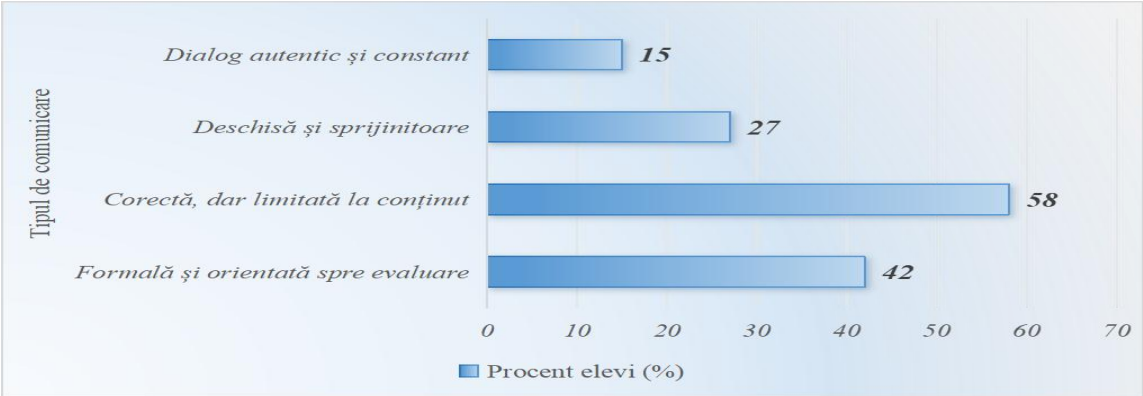
Analiza și interpretarea rezultatelor

Cercetarea a urmărit explorarea dimensiunilor psihosociale ale educației incluzive - comunicarea, suportul educațional și reziliența - din perspectiva elevilor și a profesorilor din patru licee ieșene. Datele colectate prin chestionare, interviuri semistructurate și observație participativă au permis evidențierea unor tendințe clare în raport cu obiectivele studiului.

Dificultăți în comunicarea psihosocială

Rezultatele arată că 42% dintre elevi percep comunicarea cu profesorii ca fiind „formală și orientată spre evaluare", în timp ce doar 31% o consideră „deschisă și empatică". Profesorii recunosc, în proporție de 60%, că se confruntă cu dificultăți în adaptarea limbajului și a mesajului educațional la nevoile elevilor din grupuri diverse. Rezultatele chestionarelor aplicate elevilor arată că *58%* dintre respondenți apreciază comunicarea cu profesorii ca fiind „corectă, dar limitată la conținuturile de învățare", în timp ce ***27%*** o percep drept „deschisă și sprijinitoare". Doar *15%* consideră că există un dialog autentic și constant între elevi și cadrele didactice. (*Vezi* Graficul 1)

Datele indică predominanța unei comunicări *funcționale, dar restrictive,* centrate mai mult pe transmiterea informației decât pe dimensiunea relațională. Doar un sfert dintre elevi percep interacțiunea cu profesorii ca fiind deschisă și empatică. Această tendință confirmă nevoia de *reorientare a practicilor comunicative spre modele participative și emoțional susținătoare*, esențiale în educația incluzivă. La nivelul profesorilor, *61%* recunosc dificultăți în menținerea unei comunicări eficiente cu toți elevii, în special în clasele eterogene. *22%* menționează că au beneficiat de formări specifice în domeniul comunicării psihosociale, iar *17%* consideră că o astfel de pregătire lipsește complet în formarea continuă.



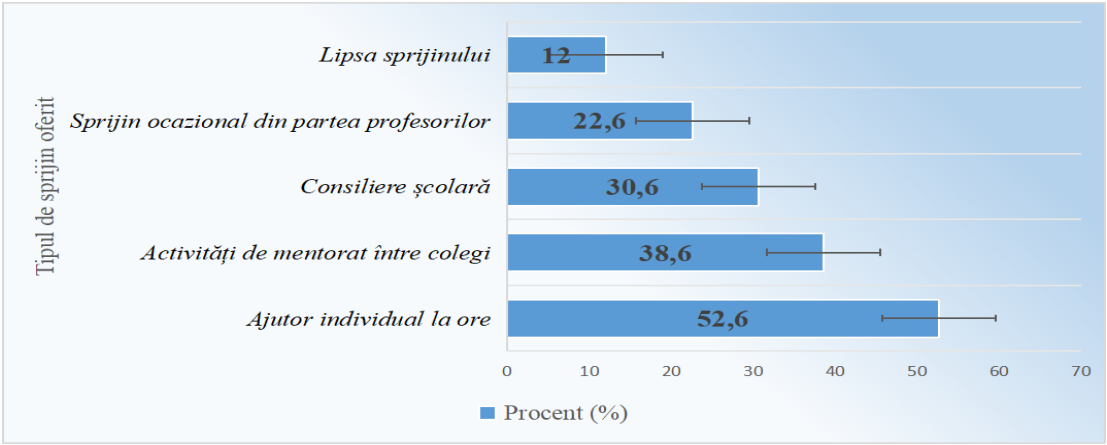
Graficul 1. Percepțiile elevilor asupra comunicării psihosociale
(Procentele pot depăși 100% datorită răspunsurilor multiple). Sursă: Concepție proprie a autoarei

Interviurile au relevat că *bariera principală* este lipsa de timp și de formare specifică în comunicare empatică și consiliere psihosocială. Interviurile cu profesorii au evidențiat că barierele principale sunt *lipsa timpului, supraîncărcarea birocratică* **și** *diferențele de limbaj socio-cultural* dintre elevi. Un profesor a afirmat: „Comunicarea cu elevii este adesea filtrată de presiunea evaluării.

E greu să creezi o relație autentică atunci când timpul e dictat de programa școlară.” Observația participativă a confirmat că situațiile de tensiune apar adesea în contextul lipsei de claritate a mesajelor și a diferențelor de așteptări între profesori și elevi.

Bune practici de incluziune

Datele cercetării arată că *65%* dintre elevi declară că primesc sprijin constant din partea profesorilor, în timp ce *23%* afirmă că sprijinul este ocazional, iar *12%* nu se simt susținuți. Profesorii, în schimb, consideră în proporție de *74%* că oferă sprijin adaptat nevoilor elevilor, deși recunosc că nu toate situațiile sunt gestionate coerent la nivel instituțional. (*Vezi* Graficul 2)



*Graficul 2. Forme de suport educațional percepute de elevi (*Elevii identifică ajutorul individual și mentoratul ca principale forme de suport educațional). *Sursă: Concepție proprie a autoarei*

Elevii identifică *sprijinul individual și colaborarea între colegi* ca principale surse de ajutor, ceea ce confirmă importanța rețelelor de suport informale în consolidarea incluziunii. Totuși, procentul relativ scăzut al accesării consilierii școlare (30,6%) sugerează că *rolul serviciilor psihopedagogice este încă marginal* și trebuie extins pentru a răspunde nevoilor emoționale și sociale ale elevilor.

În observațiile participative, s-au remarcat *bune practici* precum: activități de mentorat între colegi, grupuri de sprijin pentru elevii cu dificultăți de învățare, colaborare între diriginți și consilieri școlari. Totuși, doar *40%* dintre școli dispun de mecanisme instituționale clare pentru monitorizarea incluziunii.

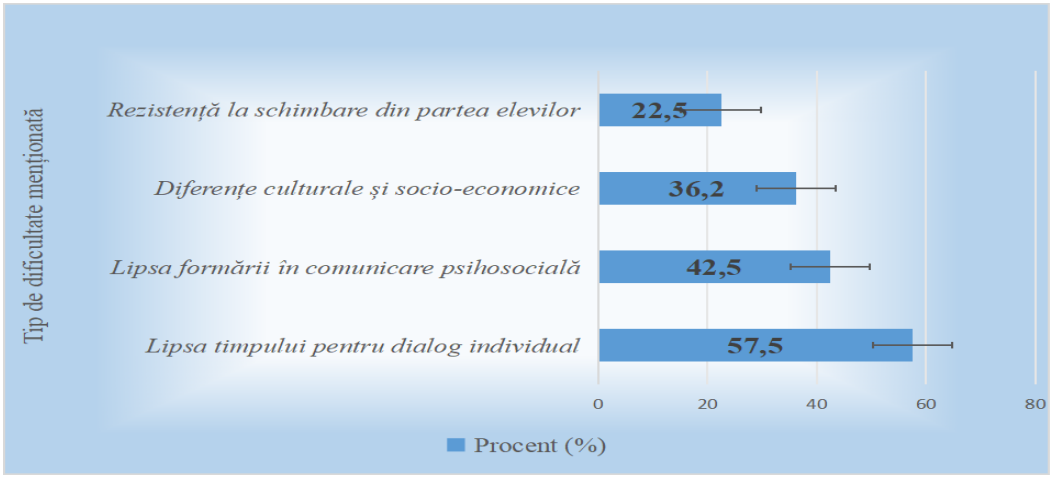
Așa cum reiese din analiza datelor, elevii percep sprijinul educațional mai ales în forma ajutorului individual la ore (52,6%) și a mentoratului colegial (38,6%). Aceste constatări arată că *suportul educațional este adesea dependent de inițiative individuale*, nu de politici școlare coerente. În toate liceele participante s-au identificat inițiative pozitive, cum ar fi: grupuri de suport pentru elevii cu dificultăți de învățare; activități de peer-learning și mentorat; colaborarea profesorilor cu consilierii școlari în elaborarea planurilor educaționale personalizate. Aceste practici, susținute de o *cultură organizațională cooperantă,* contribuie la reducerea marginalizării și la creșterea sentimentului de apartenență. Ele demonstrează că *educația incluzivă nu se realizează prin directive, ci prin relații* - prin comunicare, empatie și implicare colectivă.

Adaptarea profesorilor și dezvoltarea rezilienței

Profesorii intervievați au subliniat necesitatea unei *formări continue* în domeniul incluziunii și al gestionării relațiilor complexe din clasă. Mulți dintre ei au remarcat că *sprijinul colegial* și schimbul de experiențe sunt surse importante de reziliență profesională. În același timp, 68% dintre elevi au declarat că relațiile de sprijin oferite de profesori și colegi i-au ajutat să depășească momente dificile

de adaptare sau de criză emoțională. Această constatare confirmă ideea că *reziliența elevilor este strâns legată de calitatea comunicării și a suportului educațional***.**

La itemii referitori la capacitatea de adaptare și reziliență, *72%* dintre elevi consideră că pot depăși dificultățile școlare cu sprijinul colegilor și al profesorilor. *18%* declară că se bazează în principal pe familie, iar *10%* se simt singuri în fața provocărilor școlare.



*Graficul 3. Evaluarea dificultăților de comunicare de către profesori (*Majoritatea profesorilor semnalează timpul limitat și formarea insuficientă ca principale bariere în comunicarea empatică).

Sursă: Concepție proprie a autoarei

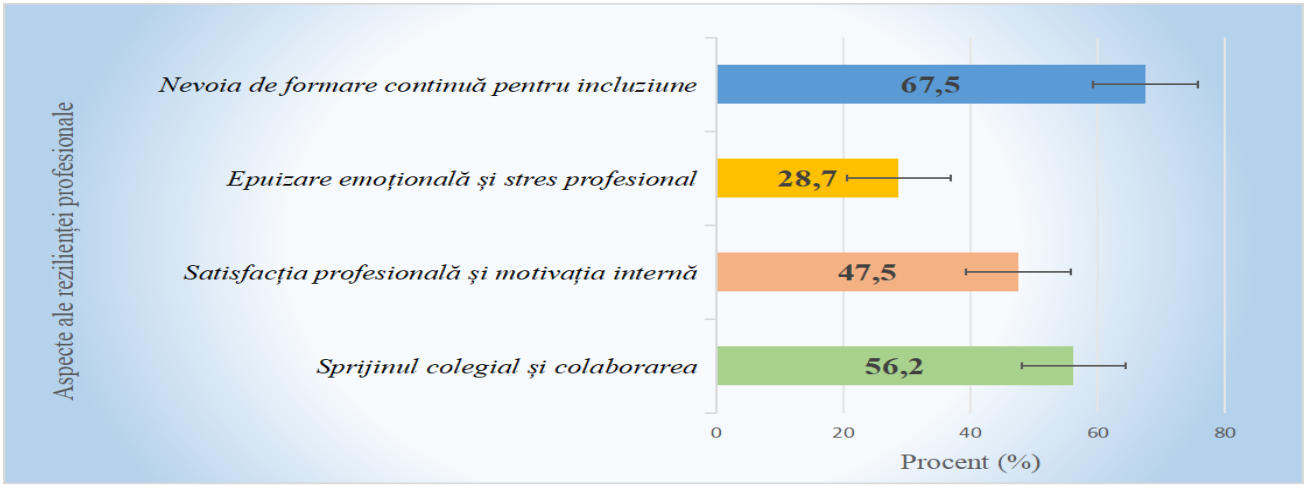
În ceea ce privește profesorii, *56%* afirmă că sprijinul colegial și colaborarea în echipă le oferă reziliență profesională, în timp ce *29%* resimt epuizare emoțională în contexte de incluziune complexă. Profesorii recunosc că *presiunea timpului și lipsa formării specializate* sunt principalii factori care îngreunează comunicarea eficientă. Aceste bariere reflectă nu doar aspecte organizaționale, ci și *inegalități structurale în sistemul educațional,* unde formarea psihosocială este insuficient integrată în dezvoltarea profesională continuă. Comunicarea devine astfel o provocare instituțională, nu doar individuală. Interviurile au reliefat că profesorii percep *relațiile de sprijin ca fiind sursa principală de motivație***,** mai importantă chiar decât recompensele instituționale. Un cadru didactic a afirmat: „Când vezi că un elev vulnerabil reușește, datorită sprijinului colectiv, simți că toate eforturile merită. Asta ne ține, de fapt, în echilibru.”

Corelații între comunicare, suport și reziliență

Analiza transversală a datelor arată o *corelație pozitivă semnificativă* între percepția comunicării eficiente și nivelul de reziliență declarat de elevi (r = 0,62). Elevii care evaluează comunicarea cu profesorii ca empatică și deschisă declară, în proporție de *78%***,** că se simt mai încrezători și mai motivați să depășească obstacolele școlare. De asemenea, profesorii care lucrează în echipe colaborative au raportat un nivel mai ridicat de satisfacție profesională și o mai mare adaptabilitate la diversitate.

Rezultatele arată că *reziliența profesională este puternic influențată de sprijinul colegial* și de sentimentul de apartenență la o comunitate profesională cooperantă. Totuși, aproape o treime dintre cadrele didactice se confruntă cu epuizare emoțională, iar două treimi subliniază nevoia de formare continuă. Aceste constatări subliniază că *reziliența educațională are o componentă colectivă***,** ce depinde de calitatea relațiilor interpersonale și de sprijinul instituțional acordat profesorilor. Aceste

rezultate confirmă ipoteza teoretică conform căreia *reziliența educațională este produsul interacțiunii dintre suport și comunicare*, fiind consolidată prin relații pozitive și cooperare instituțională.



Graficul 4. Percepția profesorilor asupra rezilienței profesionale **(***Se remarcă faptul că sprijinul colegial este esențial pentru reziliența cadrelor didactice, însă majoritatea solicită programe suplimentare de formare)* Sursă: Concepție proprie a autoarei

Discuții și implicații practice

Rezultatele obținute confirmă ipoteza sociologică potrivit căreia *calitatea comunicării psihosociale și existența relațiilor de suport reprezintă factori determinanți în dezvoltarea rezilienței educaționale*, atât la nivel individual, cât și instituțional. Dimensiunea sociologică a comunicării incluzive din datele cercetării arată că educația incluzivă nu se reduce la integrarea fizică a elevilor în clase obișnuite, ci implică o *redefinire a relațiilor sociale și a culturii organizaționale* din școală. Comunicarea eficientă – bazată pe empatie, claritate și ascultare activă – devine liantul care permite funcționarea coezivă a grupurilor educaționale. Din perspectiva teoriei capitalului social (Putnam, 2000), relațiile de încredere și cooperare dintre actori educaționali consolidează coeziunea și participarea comunitară, crescând eficiența intervențiilor incluzive.

În liceele analizate, s-a observat că *acolo unde dialogul profesor–elev–părinte este constant și bidirecțional,* apar mai puține situații conflictuale și o mai mare adaptare la nevoile individuale. În schimb, lipsa canalelor de comunicare formalizate între actori generează percepții de inechitate și frustrare. Din analiza datelor reiese că sprijinul educațional eficient se bazează pe *rețele de colaborare***:** profesor–consilier școlar, profesor–diriginte, profesor–părinte și, nu în ultimul rând, elev - elev. În acest sens, se poate vorbi despre o *„ecologie a suportului"* (Ungar, 2012), în care fiecare relație de ajutor contribuie la stabilitatea sistemului educațional. Pentru a transforma aceste practici în politici sustenabile, este necesară: dezvoltarea programelor de *formare psihosocială pentru cadrele didactice***,** axate pe comunicare empatică și gestionarea diversității; consolidarea rolului *consilierului școlar* ca mediator între elevi, profesori și familie; crearea unor *mecanisme instituționale de feed-back* care să permită monitorizarea continuă a climatului incluziv.

Reziliența educațională ca resursă socială observată în rândul elevilor și profesorilor nu reprezintă o trăsătură individuală, ci rezultatul unui *proces colectiv de adaptare și sprijin reciproc.* Când elevii beneficiază de relații stabile și de încredere, ei manifestă mai multă perseverență și motivație. În mod similar, profesorii care se simt susținuți de colegi și de instituție dezvoltă strategii mai eficiente de adaptare profesională. Astfel, *reziliența educațională devine un indicator al sănătății*

*sociale a școlii***.** Ea reflectă echilibrul dintre suport, comunicare și capacitatea de reorganizare a comunității educaționale în fața schimbării.

Implicații practice pentru politicile educaționale și intervenția socială:

- ✓ *La nivel institutional:* - introducerea de *programe interne de mentorat* pentru cadrele didactice debutante; - crearea unor *echipe multidisciplinare de incluziune* care să coordoneze intervențiile psihosociale; - promovarea unei culturi a *feedback-ului constructiv* între profesori și elevi.
- ✓ *La nivelul comunității educaționale:* - consolidarea parteneriatului *școală–familie–comunitate* prin ateliere de comunicare și consiliere; - organizarea de *grupuri de suport emoțional* pentru elevii aflați în tranziții dificile (de exemplu: schimbarea mediului școlar, performanțe scăzute, integrare socială).
- ✓ *La nivelul politicilor publice:* - includerea competențelor de *comunicare psihosocială și incluziune* în standardele de formare a profesorilor; - finanțarea proiectelor care susțin *reziliența comunităților școlare* în contexte socio-economice vulnerabile; - monitorizarea și evaluarea periodică a *climatului incluziv* în școli, ca indicator al calității educaționale.

Analiza studiului de caz din liceele ieșene evidențiază că *educația incluzivă devine un proces social complex***,** aflat la intersecția dintre comunicare, sprijin și reziliență. O educație cu adevărat incluzivă nu poate exista fără o *infrastructură relațională solidă*, capabilă să susțină adaptarea emoțională și profesională a tuturor actorilor implicați. Prin urmare, incluziunea educațională nu este doar o strategie pedagogică, ci o *formă de coeziune socială* și un *mecanism de reziliență colectivă***,** esențial pentru menținerea echilibrului în societatea contemporană marcată de schimbări accelerate.

Concluzii

Studiul evidențiază trei direcții majore: *comunicarea psihosocială* reprezintă nucleul educației incluzive, asigurând coeziunea, empatia și recunoașterea diversității; *suportul educațional* are un rol sistemic, devenind o infrastructură relațională care susține incluziunea; *reziliența* este rezultatul interacțiunii dintre suport și comunicare, manifestându-se atât la nivel individual, cât și comunitar.

Analiza rezultatelor confirmă ipoteza de lucru conform căreia *relațiile de comunicare și sprijin sunt factori determinanți ai rezilienței educaționale.* Din perspectivă sociologică, acestea acționează ca forme de *capital social* (Bourdieu, 1997; Putnam, 2000), consolidând legăturile dintre membrii comunității școlare.

Modelul tradițional de comunicare verticală (profesor–elev) se dovedește insuficient în contextul actual, fiind necesară o abordare *dialogică și participativă,* în care toți actorii - elevi, profesori, părinți, consilieri - contribuie la definirea unui climat incluziv. Totodată, educația incluzivă nu poate fi eficientă fără o *reziliență instituțională,* care să permită adaptarea politicilor și practicilor la nevoile diversificate ale elevilor.

În concluzie, o școală incluzivă este, sociologic vorbind, o *comunitate de reziliență:* un spațiu de comunicare deschisă, solidaritate și dezvoltare continuă. Educația incluzivă devine astfel nu doar o strategie pedagogică, ci un *proiect social* orientat spre echitate, participare și sustenabilitate umană.

Bibliografie

1. Bourdieu, P. (1997). *The Forms of Capital*. In A. H. Halsey (Ed.), *Education: Culture, Economy and Society*. Oxford University Press.
2. Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative Action*. Beacon Press.
3. Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
4. UNESCO (2020). *Global Education Monitoring Report: Inclusion and Education – All Means All*. Paris: UNESCO. Disponibil la: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373718 (accesat la 29 noiembrie 2025).
5. Ungar, M. (2012**)**. *The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice*. Springer.

6. UNICEF (2023). *Inclusive Education in the Context of Social Change*. New York: UNICEF. Disponibil la: https://www.unicef.org/education/inclusive-education (accesat la 29 noiembrie 2025).

FEATURES OF PROFESSIONAL BURNOUT DEVELOPMENT AMONG SOCIAL SECTOR WORKERS UNDER CONDITIONS OF WAR

Yaroslava VASYLKEVYCH
candidate of psychological sciences, Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav, Ukraine
Oksana KIKINEZHDI
doctor of psychological sciences, professor,Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University, Ukraine

Introduction

Scientific and practical interest in professional burnout is determined by the fact that this syndrome represents a direct manifestation of problems related to employees' well-being, the effectiveness of their work, and the stability of an organization's business operations. Employers' and managers' concern about employee burnout is explained by its imperceptible onset, while its consequences in the form of "lost profit" entail substantial costs for organizations.

The syndrome of professional burnout, as a consequence of work-related stress, has been widely studied in international psychology for more than fifty years. In national psychological science, interest in this phenomenon has emerged relatively recently; therefore, this issue has not yet received sufficient scholarly attention (Berezovska, 2015, 2020; Khairulin, 2015; Rusanov, 2024).

The term was first introduced by H. Freudenberger (1974) to describe the demoralization, frustration, and fatigue he observed among employees of psychiatric institutions. Interest in the study of burnout syndrome increased after American researchers C. Maslach and S. Jackson (1986) systematized the descriptive characteristics of this syndrome and developed a questionnaire for its quantitative assessment. However, the problem of professional burnout remains relevant today, insufficiently studied, and in need of further development. Of particular importance for psychological research practice is the issue of the specific features of professional burnout development among employees in the social services sector.

In scientific literature, the concepts of "professional burnout," "emotional burnout," "burnout syndrome," and "emotional burnout syndrome" are interpreted as interchangeable and are often used synonymously. Professional burnout is considered a psychological and physiological response to prolonged exposure to stressors of moderate intensity that arise in the course of professional activity and represents the result of uncontrolled, long-term work-related stress (Berezovska, 2015; Khairulin, 2015).

In studies conducted by the research team led by S. Maksymenko, professional burnout is defined as a response to prolonged stress of moderate intensity characteristic of the third stage of the stress process, during which a stable yet controlled level of psychophysiological tension is observed (Karamushka, 2023).

Professional burnout is a process whose dynamics are governed by the general mechanisms of stress development: 1. initially, in response to a chronically unfavorable psychoemotional environment, increased responsibility, and difficulties in interpersonal interaction, nervous (anxiety-related) tension emerges; 2. at the stage of resistance, individuals seek to limit the impact of negative factors through the use of defensive strategies; 3. the stage of exhaustion occurs when psychological resources are depleted, psychoemotional tone declines, and resistance proves to be ineffective.

Most researchers classify the causes of professional burnout into three main groups: (a) professional; (b) organizational; and (c) individual (personal). The first two groups are determined by working conditions and corporate structure, whereas personal factors encompass a wide range of characteristics, including resilience, locus of control, coping style in response to frustration, level of self-esteem, trait anxiety, and others. Thus, within the framework of the present study, professional burnout is considered a specific psychophysiological response of the organism that arises under the influence of uncontrolled, prolonged stress of moderate intensity, determined by the characteristics of professional activity.

In foreign scientific literature, the phenomenon of professional burnout is most commonly denoted by the English term *burnout* ("burning out," "fading," "exhaustion"). According to C. Maslach and S. Jackson (1986), burnout syndrome manifests itself in three categories of experience: - emotional exhaustion (feelings of emptiness and powerlessness); - depersonalization (dehumanization of interpersonal relationships, manifestations of indifference, cynicism, and emotional coldness); - reduced personal accomplishment (a sense of meaninglessness and loss of motivation for work).

The developmental trajectory of burnout syndrome has been examined in detail by C. Maslach. Factors contributing to the development of burnout include: - individual differences in limits of psychoemotional endurance; - personal experience encompassing systems of feelings, value orientations, and motives; - negative life experiences in which problems, distress, discomfort, functional impairments, or their consequences are accumulated (Maslach & Jackson, 1986). Observations indicate that the dynamics of burnout are not linear and that the process may be reversible, which provides grounds for optimism regarding the development of rehabilitation programs for employees with high levels of this syndrome.

The signs by which the onset of professional burnout can be identified are highly heterogeneous and include more than 100 symptoms. Among the typical manifestations are the following: loss of motivation for work; a sharp increase in dissatisfaction with professional activity; difficulties in concentration and an increased number of errors; reduced attentiveness to clients; disregard for safety requirements and standards; weakening of professional criteria; lowered levels of expectations; failure to complete tasks within established deadlines; a tendency to seek justifications instead of solutions; the emergence of workplace conflicts; chronic fatigue, heightened irritability, and nervousness; distancing from colleagues and clients; and an increase in instances of absenteeism.

According to other approaches, manifestations of burnout may be grouped into physical and behavioral indicators: - *physical:* general fatigue, pronounced exhaustion, increased sensitivity to external factors, asthenic states, headaches, digestive disorders, changes in body weight, shortness of breath, and insomnia; - *behavioral and psychological:* progressive loss of work capacity, altered schedules of arrival at and departure from work, transfer of work tasks into the home environment, a sense of vague discomfort, development of indifference toward work, decreased enthusiasm, feelings of resentment, disappointment, and guilt, emergence of suspiciousness, irritability, cognitive rigidity, difficulties in decision-making, distancing from clients and colleagues, and a tendency toward alcohol or other psychoactive substance abuse. At the same time, it is important to note that burnout represents a constellation of symptoms that manifest individually in each employee and do not necessarily occur simultaneously.

Factors contributing to resistance to burnout include optimism and an active life stance. Optimism functions as a general confidence in success, an orientation toward a positive worldview, and a genuine belief in one's ability to overcome difficulties through personal resources or external

support. From the perspective of contemporary psychology, an optimistic orientation is associated with a high level of social adaptation, professional effectiveness, and mental health. Within the structure of personality, optimism is reflected in a belief in the constructive nature of reality and in one's personal capacity to act as an agent of positive change.

According to empirical observations, among employees characterized by high self-confidence, initiative, and a positive attitude toward life, levels of emotional exhaustion and reduced personal accomplishment are significantly lower, which in turn decreases the overall risk of burnout. Research findings indicate that no cases of high burnout levels were observed among active optimists, whereas more than half of individuals with passively pessimistic orientations were classified as being at risk.

Methodology and Research Methods

At the current stage of research on professional burnout syndrome, several theoretical models of its structure have been proposed, along with corresponding methods for the quantitative assessment of this phenomenon. According to the three-factor model proposed by C. Maslach and S. Jackson (1986), burnout syndrome has a three-dimensional structure and includes emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment.

Emotional exhaustion constitutes the core component of burnout and reflects a general decline in emotional involvement, indifference, and a sense of emptiness or, conversely, emotional overload.

Depersonalization manifests itself in changes in the nature of interpersonal relationships, which may be expressed either as increased dependence on the social environment or as a growing cynical or negative attitude toward recipients (patients, clients, etc.).

Reduced personal accomplishment is associated with a tendency to underestimate one's professional achievements, dissatisfaction with oneself, a negative attitude toward the results of one's work, and the development of a sense of limitation in one's professional capabilities. It is important to emphasize that the three components proposed by C. Maslach and S. Jackson to some extent reflect the specificity of the professional domain in which burnout was first identified. This is particularly evident in the case of depersonalization, which is especially relevant to professions involving service provision and helping people. The three-component model developed by C. Maslach and S. Jackson is supported by a well-validated diagnostic instrument, which accounts for its widespread use in empirical research.

In the present study, to address the research objectives, the *Professional Burnout Questionnaire* (Maslach and Jackson model) was employed. This instrument allows for the assessment of the level of professional burnout across the following subscales: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. The questionnaire consists of 22 statements describing feelings and experiences related to work activity. Responses are rated on a 7-point scale ranging from "never" (0 points) to "always" (6 points). High levels of burnout are indicated by high scores on the emotional exhaustion and depersonalization subscales and low scores on the personal accomplishment subscale.

The study was conducted at the Center for Social Services and Social Integration in the city of Pereiaslav (Kyiv region). A total of 48 participants were involved in the study, including 23 healthcare workers and 25 social workers.

Results and Discussion

According to the Maslach and Jackson model, professional burnout is conceptualized as a response to prolonged occupational stress associated with interpersonal communication and comprises three components: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. Based on the study results, individual scores on each subscale were calculated, and on this basis, mean

group indicators for social and healthcare workers were derived using the *Professional Burnout Questionnaire*.

As shown in Table 1, the mean group values of social and healthcare workers on the subscales of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment fall within the moderate range.

Table 1. Mean Scores on the Professional Burnout Questionnaire (Social and Healthcare Workers)

Subgroups	Professional Burnout Subscales					
	Emotional Exhaustion		Depersonalization		Reduced Personal Accomplishment	
	score	level	score	level	score	level
social workers	20,96	moderate	8,56	moderate	33,64	moderate
healthcare workers	17,0	moderate	9,26	moderate	35,43	moderate

The mean group score on the Emotional Exhaustion subscale is slightly higher among social workers compared to healthcare workers (20.96 and 17.00 points, respectively). In contrast, the mean group scores on the Depersonalization and Reduced Personal Accomplishment subscales are higher among healthcare workers. Individual burnout levels were determined for each subscale, and the distribution of levels within the subgroups of social and healthcare workers was calculated (Table 2).

Table 2. Distribution of Levels of Professional Burnout Indicators (Social and Healthcare Workers)

Professional Burnout Subscales	Levels of Professional Burnout					
	Low		Moderate		High	
	Social	Health-care	Social	Health-care	Social	Health-care
Emotional Exhaustion	32	30	40	61	28	9
Depersonalization	28	22	40	35	32	43
Reduced Personal Accomplishment	20	43,5	56	17,5	24	39

A high level of professional burnout on the Emotional Exhaustion indicator (Figure 1) is more prevalent in the subgroup of social workers (28%) than among healthcare workers (9%). In contrast, within the subgroup of healthcare workers, a moderate level of professional burnout on this indicator predominates (61% compared to 40% among social workers). Emotional exhaustion manifests in experiences of emotional overstrain and a sense of emptiness, reflecting the depletion of one's emotional resources. Individuals feel unable to devote themselves to work as they previously did. A sense of emotional "numbness" or "blunting" may emerge, and in particularly severe cases, emotional breakdowns are possible.

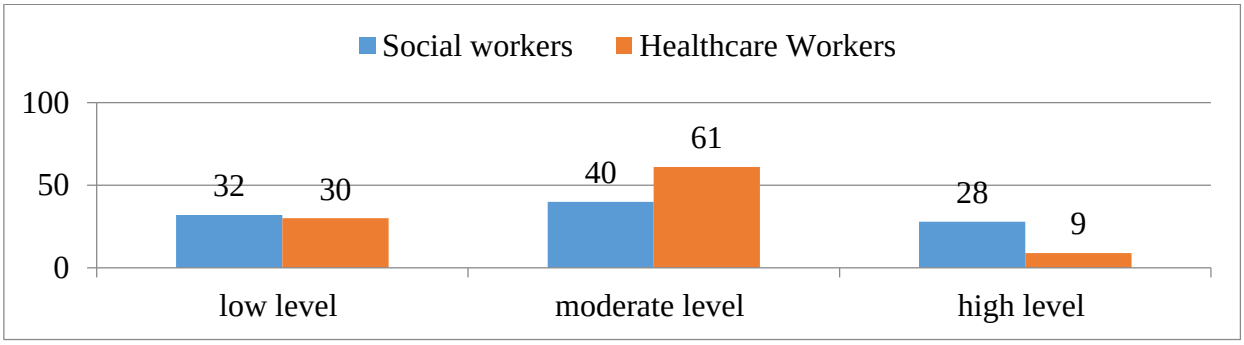


Figure 1. Distribution of Levels of the Professional Burnout Indicator "Emotional Exhaustion" (Social and Healthcare Workers).

According to the professional burnout indicator "Depersonalization" (Figure 2), a high level predominates among healthcare workers (43%) compared to social workers (32%). In contrast, a low level of professional burnout on this indicator is more prevalent among social workers (28%) than among healthcare workers (22%).

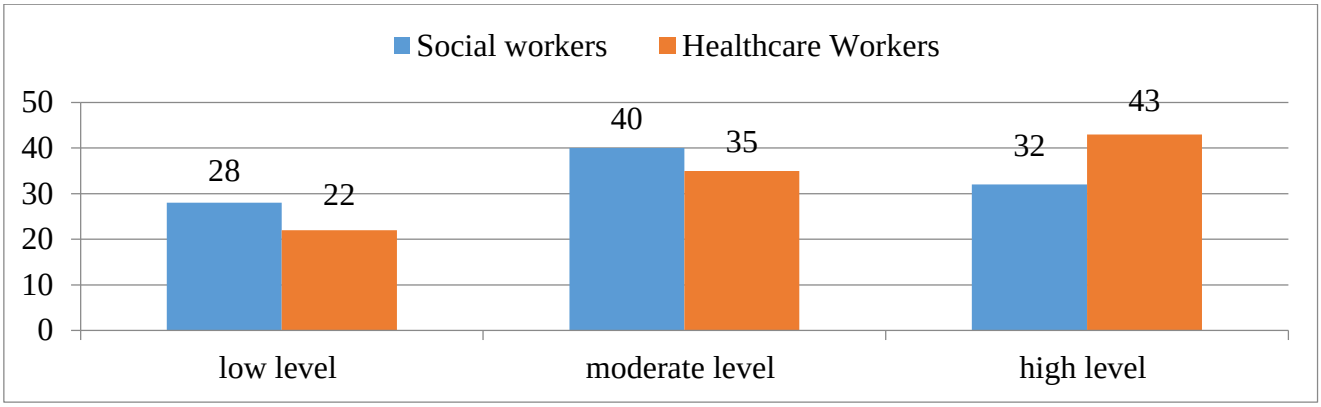


Figure 2. Distribution of Levels of the Professional Burnout Indicator "Depersonalization" among Social and Healthcare Workers.

Depersonalization represents a tendency to develop a negative, detached, and cynical attitude toward recipients. Interactions become impersonal and formalized. Emerging negative attitudes may initially remain latent and manifest as internally suppressed irritation, which over time may be expressed through outbursts of irritability or conflict situations.

According to the professional burnout indicator "Reduced Personal Accomplishment" (Figure 3), a moderate level predominates in the subgroup of social workers, accounting for 56% of respondents. In the subgroup of healthcare workers, high and low levels of professional burnout on this indicator are more prevalent (39% and 43.5%, respectively). Among social workers, high and low levels of professional burnout on this indicator are represented to a significantly lesser extent, at 24% and 20%, respectively.

Reduced personal accomplishment manifests as a decreased sense of competence in one's professional activity, dissatisfaction with oneself, a diminished perception of the value of one's work, and negative professional self-perception. When noticing negative feelings or manifestations in themselves, individuals tend to engage in self-blame, which leads to a decline in both professional and personal self-esteem, the emergence of a sense of personal inadequacy, and indifference toward work.

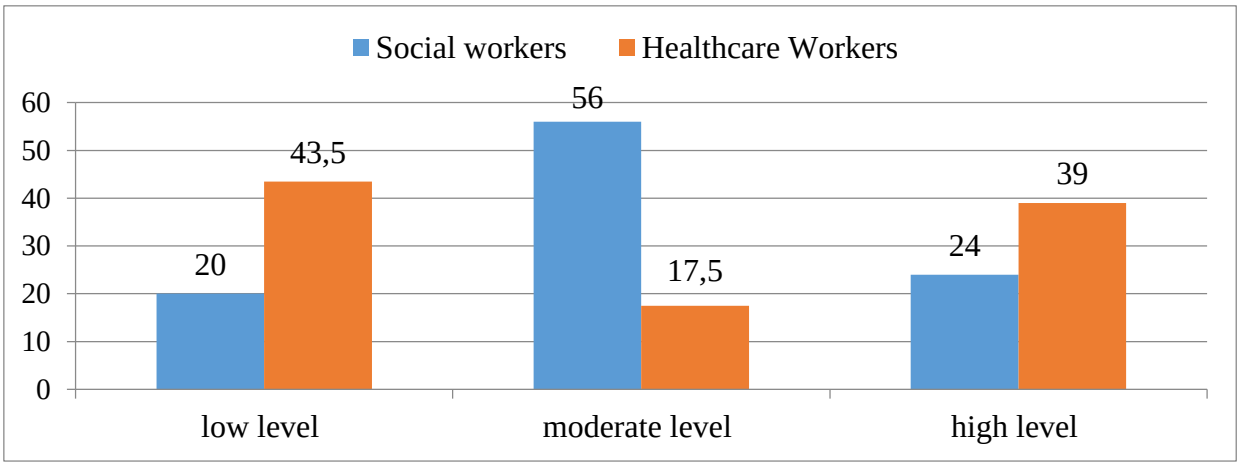


Figure 3. Distribution of Levels of the Professional Burnout Indicator "Reduced Personal Accomplishment" among Social and Healthcare Workers.

Thus, burnout syndrome manifests itself in three categories of experience: emotional exhaustion (feelings of emptiness and powerlessness), depersonalization (dehumanization of interpersonal relationships and manifestations of indifference, cynicism, and emotional coldness), and reduced personal accomplishment (a sense of meaninglessness and loss of motivation for work).

Factors that reduce the risk of burnout include the ability to effectively cope with life difficulties and age-related crises, the maintenance of active engagement in life, an optimistic and life-affirming orientation, and a high level of creative potential. A protective role is also played by the presence of strong and reliable social and professional support, support from family and close friends, the formation of a friendly and creative atmosphere in the workplace, and the use of creative approaches in addressing both professional and personal challenges. Organizations characterized by a strong corporate spirit also demonstrate a lower prevalence of professional burnout.

Professional competence combined with high social intelligence reduces the likelihood of ineffective communication, expands opportunities for creative behavior in complex interpersonal situations, and, consequently, helps prevent the development of fatigue and emotional overload in the process of business communication.

Conclusions

Burnout syndrome is a form of personality deformation that develops as a result of chronically strained or conflictual relationships within the "person–person" system in the workplace. As a consequence, burnout manifests through a range of psychosomatic, cognitive, emotional, and motivational disturbances that significantly affect both an individual's social and general somatic health, as well as their work capacity and effectiveness in performing professional duties.

The empirical study identified specific features of the development of professional burnout among employees in the social sphere, namely social and healthcare workers at the Center for Social Services and Social Integration. The mean group values for social and healthcare workers on the subscales of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment were found to be at a moderate level. Among the surveyed social workers, a high level of burnout predominated on the emotional exhaustion indicator, whereas among healthcare workers, high levels of burnout predominated on the depersonalization and reduced personal accomplishment indicators.

In the field of socially oriented professions, individuals who are less prone to the development of professional burnout include those who have stable and meaningful employment that enables the realization of creative potential, provides opportunities for both professional and personal growth, and is characterized by a high level of satisfaction with various aspects of quality of life, a broad range of interests, and the presence of forward-looking life plans.

Bibliography

1. Berezovska, L. (2020). Psychological well-being and life satisfaction: An empirical perspective. *Bulletin of the National Defence University of Ukraine*, *53*(3), 24–32. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2019-53-3-24-32 [in Ukrainian]

2. Berezovska, L. I. (2015). Professional burnout of employees of modern educational organizations. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series: Pedagogy and Psychology*, *(1),* 130–135. [in Ukrainian]

3. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, *30*(1), 159–165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

4. Karamushka, L. M. (Ed.), Kredentser, O. V., Tereshchenko, K. V., Lahodzinska, V. I., Ivkin, V. M., & Kovalchuk, O. S. (2023). *Methods for studying mental health and well-being of organizational personnel: A*

psychological practicum. G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine. [in Ukrainian]
5. Khairulin, O. M. (2015). *Psychological prevention of professional burnout*. Ternopil National Economic University. [in Ukrainian]
6. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press.
7. Rusanov, V. (2024). Professional burnout of healthcare workers under conditions of war: Historical analysis, contemporary research, and an authorial definition. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, *9*(3). https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i3.529

PREVENȚIA ÎN CONSUMUL DE DROGURI LA ADOLESCENȚI - ADICȚII ȘI HOBBYURI

Carmen MATEI
asistent social principal dr., Asociația Libertatea de a Alege

Rezumat
Motivație **–** Informațiile oficiale despre consumul de droguri indică creșterea numărului consumatorilor și scăderea vârstei de la care începe consumul. Dacă mediul rural părea unul mai sigur, aceleași surse aduc în atenție prezența consumului și la sate. Solicitările pentru intervenții specializate au crescut, soluția fiind construcția de noi clinici sau centre de intervenție. Demersuri care necesită timp și resurse. Intensificarea activității de prevenire ar putea susține adolescenții în luarea deciziei de a consuma droguri. Având informații obiective despre consecințele unui astfel de comportament și despre alternative care oferă satisfacții, se poate deduce că alegerea de a consuma substanțe interzise va avea mai multe filtre.
Răspuns la o problemă – Efectele secundare ale consumului de droguri de către adolescenți sunt resimțite la nivel individual (alterarea echilibrului homeostatic) sau de grup (acțiuni de bullyng în școli).
Lucrări de referință – Cele mai relevante date au fost oferite de Agenţia Naţională Antidrog și de către instituțiile de presă. *Lucrarea teoretică de bază* - Agenţia Naţională Antidrog, 2007, *Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor*, https://ana.gov.ro/wp-content/uploads/2022/07/Ghid-de-prevenire.pdf
Concluzii **–** În medicină se spune că este mai facil să previi decât să tratezi. Adevăr care își găsește aplicabilitatea în orice domeniu.
Cuvinte cheie: drog, adolescenți, adicție, hobby, prevenire.

De ce despre adicții? De ce despre hobbyuri?

Pentru că și unele și altele produc efecte plăcute. Și într-un caz și într-altul se poate obține satisfacție, plăcere (Cleveland Clinic, 2023), stări de bine. În ambele situații se investesc multe resurse, iar cele două contexte facilitează apariția unor grupuri, care asigură nevoia de apartenență și de împărtășire.

Ce diferențiază adicțiile de hobbyuri?

Dacă un hobby poate contribui la construirea unei cariere care aduce recunoaștere socială, o adicție destructurează echilibrul somato-psihic, conduce la alterarea sănătății (Koob și Volkow, 2016) și la marginalizare. Situațiile extreme atrag după sine și efecte în plan juridic (Codul penal, 2009, art. 386), chiar privarea de libertate.

Alegerea adolescenților de a consuma droguri urmează toate etapele actului decizional?
Argumente indirecte susțin ipoteza că decizia de a trece la cosumul de droguri de către adolescenți nu respectă toți pașii necesari argumentării unei astfel de alegeri.

Un prim argument este oferit de profilul psiho-emoțional al acestei etape din viață (Vîrgă, 2011). Psihologii o descriu ca fiind una dramatică, în care copilul renunță la inocență și se angajează într-un demers de identificare a unei noi indentități. Se simte nesigur și caută aprobarea unui grup cu care să împărtășească aceleași valori și unde să aibă recunoaștere. Sociologii o definesc ca o ”prelungire a minoratului social al tinerilor, datorate prelungirii duratei de școlarizare, continuării dependenței economice față de părinți și absenței unui statut social bine definit, ceea ce face ca adolescentul să nu mai aparțină lumii copilăriei, dar nici universului adulților.” (Rădulescu, 1994)

Se poate vorbi despre capacitatea obiectivă a adolescenților de a identifica scopuri și obiective, ca urmare a evaluării minuțioase a alternativelor și efectelor?

Adolescența aduce cu sine transformări fizice (creștere rapidă, maturizare sexuală) și dorința de autonomie și definire a identității. Dorința de independență și de promovare a propriei imagini, de cele mai mute ori influențată de valorile grupului de prieteni (E. Verza, F.E. Verza, 2000), îi determină pe adolescenți să conteste nu doar autoritatea părinților, ci și experiența de viață a acestora. Ei încep să elaboreze propriile opinii, își afirmă interesele, solicită respect și își doresc un spațiu fizic personal. Dar sunt într-o perioadă de tranziție care nu este favorabilă luării deciziilor în mod independent.

Modalitatea de a susține un adolescent nu este intervenția directă, ci facilitarea accesului la informații cât mai complete și exacte, prezentate într-un format atractiv. Dezvoltarea gândirii critice și capacitatea de abstractizare sporită (Crețu, 2009) vor permite descifrarea mesajelor. Tehnologia poate deveni un aliat în rolul de canal de transmitere pentru primele trei etape ale actului decizional: stabilirea unui scop/identificarea unei probleme, realizarea unei liste a alternativelor și a criteriilor de alegere, optarea pentru una dintre alternative. Însă, rezultatele nu sunt garantate, ele fiind influențate de factori externi (vezi Tabelul nr.1), cum ar fi: calitatea și cantitatea de informații, existența variabilelor (resurse, timp, suport, grup de apartenență, informații, valori, prejudecăți etc).

Tabelul nr. 1: tipuri de rezultate ale alegerilor

Starea rezultatului	Explicaţii
Certitudine	Pentru fiecare alternativă există cunoştinţe complete şi exacte.
Risc	Pentru fiecare alternativă există mai multe rezultate posibile în funcție de valorile atașate şi probabilitatea de realizare a rezultatelor.
Incertitudine	Pentru fiecare alternativă nu există precizări concrete privind posibilul număr/tip de rezultate,valorile atașate şi probabilităţile de realizare.

Sursa: prelucrare după Olesea Ababii-Crețu, Capitolul I-Fundamentele teoretice ale procesului decizional, teza Procesul Decizional https://www.academia.edu/10384690/ Capitolul_I_Fundamentele_teoretice_ale_procesului_decizional

În consecință, pentru ca rezultatul deciziei luate de adolescent să ofere certitudine, implementarea, controlul și evaluarea finalităților ar trebui asumate și de către adulții din mediul de suport.

Care este rolul prevenției în luarea deciziei de consum?

Prevenția este o nevoie determinată de creșterea exponențială a numărului de elevi implicați în consumul și traficul de droguri (G4media.ro, 2022), situație dublată de înmulțirea acțiunilor de bullyng, a apariției și dezvoltării de comportamente dezadaptative (Media Fax.ro, 2023).

Nevoia implicării câtor mai multi actori sociali a fost fundamentată de analizele Agenției Naționale Antidrog care a atras atenția asupra lipsei informării preventive pentru populația generală și asupra unei bibliografii reduse (Agenţia Naţională Antidrog, 2007) și neactualizate în domeniu. Același organism, în anul 2020, a informat despre dificultățile de implementare a strategiilor de țară/regionale/locale pentru pevenirea consumului de substanțe toxice, în contextul unui deficit sporit de personal (Agenţia Naţională Antidrog, 2020) la nivelul structurilor județene antidrog.

Prevenția înseamnă, în primul rând, informare corectă și multidisciplinară. Purtătorii mesajului trebuie să fie specialiști din aceste domenii de activitate, iar canalele/mijloacele de transmitere trebuie să fie adecvate receptorului final, adolescentul. Astfel s-ar asigura primul element-cheie al procesului decizional (vezi Graficul nr.1), raționalitatea.



Grafic nr.1: elementele cheie ale procesului decizional

Prevenția nu înseamnă doar informare, ci oferirea de alternative ocupaționale, cultural-educative, sportive și de asistență specializată (”harm reduction”), după modelul implementat în alte țări (Digi24.ro, 2023). Acesta fiind al doilea element-cheie al procesului decizional, alternativa multiplă.

În concluzie, prevenția poate genera rețele de suport între egali și poate consolida relațiile dintre generații. Angrenarea și utilizarea experienței mai multor generații ar asigura și ultimele elemente-cheie ale procesului decizional, experiența și intuiția.

Bibliografie

1. Agenţia Naţională Antidrog, 2007, *Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor*, https://ana.gov.ro/wp-content/uploads/2022/07/Ghid-de-prevenire.pdf)
2. Agenţia Naţională Antidrog, 2020, *Strategia naţională antidrog 2013-2020*, https://ana.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/RN_2021.pdf)
3. Cleveland Clinic, 2023, *Addiction*, https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/6407-addiction
4. Digi24.ro, 2023, disponibil on-line: https://www.digi24.ro/stiri/actualitate/social/ce-este-harm-reduction-politica-alternativa-la-problema-consumului-de-droguri-aplicata-in-afara-tarii-2540317)
5. Dinu Vîrgă, 2011, *Implicaţiile factorilor cognitivi şi de personalitate în luarea deciziilor- un model teoretico-explicativ*,https://www.researchgate.net/publication/347273066_Implicatiile_factorilor_cognitivi_si_de_ personalitate_in_luarea_deciziilor_-_un_model_teoretico-explicativ
6. Emil Verza, Florin Emil Verza, 2000, *Psihologia vârstelor*, Editura Pro Humanitate, București
7. G4media.ro, 2022, https://www.g4media.ro/fenomenul-drogurilor-in-scoli-cresterea-alarmanta-a-cazurilor-in-care-elevi-au-fost-implicati-in-consumul-si-traficul-de-droguri-cele-mai-mediatizate-cazuri-operatiunea-laleaua-s.html
8. George F. Koob, Nora D. Volkow, 2016, *Neurobiologia dependenței: o analiză a neurocircuitelor,* The Lancet. Psychiatry, vol. 3, no. 8, 1 Aug. 2016, pp. 760–773, https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/home
9. Media Fax.ro, 2023, https://www.mediafax.ro/social/numarul-cazurilor-de-bullying-din-scoli-a-crescut-cu-aproape-o-treime-21552654)
10. Ministerul Justiție, *Codul penal*, publicat în Monitorul Oficial nr. 510 din 24 iulie 2009, https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/223635

11. Olesea Ababii-Crețu, *Capitolul I-Fundamentele teoretice ale procesului decisional, teza Procesul Decizional,* https://www.academia.edu/10384690/Capitolul_I_Fundamentele_teoretice_ale_procesului_decizional
12. Sorin Rădulescu, 1994, *Sociologia vârstelor*, Editura Hiperion XXI, Bucureşti
13. Tinca Crețu, 2009, *Psihologia vârstelor,* Editura Polirom, București

PERSPECTIVE EUROPENE PRIVIND PROBLEMATICA CONSUMULUI DE DROGURI

Ramona CIOBANU

Asistent universitar drd., Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" Iași, Facultatea de Teologie Romano-Catolică și Facultatea de Filosofie și Științe Social-Politice

Rezumat

Problematica drogurilor, care are în vedere consumul, producerea, comercializarea și traficul cu substanțe psihotrope generează dificultăți la nivelul societăților europene, instituțiile de la nivel guvernamental având atât obligația impusă de legislație precum și datoria morală de a propune măsuri de prevenire și intervenție adaptate care să răspundă nevoilor indivizilor, familiilor și comunităților afectate.

Articolul de față propune o analiză teoretică a măsurile de prevenție și intervenție stabilite de autorități pentru a fi implementate în Germania, Italia, Marea Britanie și România, care să genereze efecte în special din punctul de vedere al reducerii numărului de consumatorilor și al limitării zonelor folosite de traficanți pentru distribuirea drogurilor. În același timp se vor contura și efectele sociale și culturale apărute ca o consecință a măsurilor aplicate în fiecare din cele trei țări europene, evidențiind tendințe și riscuri din perspectiva relației cost-beneficiu, precum și legătura cu țara noastră.

Prin acest articol dorim să arătam că în practică fiecare stat își adaptează măsurile în funcție de specificul psiho-social al consumatorilor, de resursele de care dispune și de capacitatea instituțională de a genera proiecte legislative și de politică publică în acord cu directiva europeană comună. Vom considera că sistemul legislativ este perfectibil ideea conducând spre concluzia că instituțiile publice trebuie colaboreze cu societatea civilă și împreună să propună direcții de acțiune eficiente, cu impact asupra celor aflați în nevoie, în acest caz vorbind despre consumatorii de droguri, membrii familiilor și comunităților din care fac parte aceștia.

Cuvinte cheie: drog, consumatori, autorități, țări europene, sistem legislativ, prevenție, intervenție.

I. DROGURILE - NORMALITATE SAU PATOLOGIE SOCIALĂ

Relația între normalitate și patologie socială asociată cu problematica drogurilor poate fi descrisă ca mecanism de adaptare a comportamentului uman deviant la condiționările generate de norme și legi stabilite într-o comunitate sau societate, cu particularitatea dată de efectele consumul și/sau traficul de droguri.

Analizate diferențiat, *conceptul de normalitate* este asociat de Durkheim unui fapt social care apare regulat, care contribuie la funcționarea și coeziunea socială și care se adaptează evenimentelor manifestate în mod obișnuit la nivelul unei comunități sau societăți (Durkheim, 1995). În acest sens este analizat efectul „vindecător" sau de ameliorare a unei simptomatologii asociată cu o boală fizică sau neuropsihică, percepția fiind de creștere a capacității de rezistență a organismului la factorii de mediu (Zamfir & Vlăsceanu, 1998, p. 187). În antichitate substanțele erau folosite în diferite ipostaze obișnuite sau deosebite ale vieții cotidiene fără să fie considere dăunătoare pentru propria viață, ele fiind păstrate într-o mare măsură în forma naturală vegetală, animală sau minerală.

Utilizarea lor se realiza în timpul unor ceremonii religioase sau în timpul manifestării unor ritualuri mistice, în scopuri terapeutice dar și pentru a induce o stare de plăcere (Adauji, 2014, p. 44). Relatările lui Scriptonius Largus în anul 46 î.H evidențiază faptul că acum 7000 ani, în Mesopotamia,

oamenii foloseau macul pentru prepararea opiului ce era apoi utilizat ca și leac în tratarea anumitor boli, devenind treptat din ce în ce mai popular. Cocaina a fost folosită la început în ritualurile religioase funerare realizate de populațiile amerindiene cu scopul de a facilita comunicarea dintre om si divinitate (Teodor & Ștefănescu, 2013, pp. 8-10). Legendele orientale descriu „drumul hașișului" care are legătură cu efectele halucinante și euforice ale Hașișului, un produs al plantei ce poartă denumirea de Cannabis Sativa L. sau cânepă indiană. Despre Marijuana se vorbește pentru prima dată în anul 2737 î.H. planta fiind descoperită de împăratului chinez Shen Nung, el recomandând folosirea ei pentru tratarea reumatismului, malariei și constipaţiei. (Adauji, 2014, p. 44). Din exemplele prezentate anterior documentate istoric reiese foarte clar rolul terapeutic, vindecător al drogurilor ca și comportament de normalitate socio-culturală la acea vreme.

După descoperirea proceselor de sintetizare chimică, aceste plante cu efecte psihoactive, utilizate inițial în forma lor naturală, au început să fie modificate în laboratoare și apoi folosite ca atare în consumul uman. Treptat societățile fiind influențate de consecințele negative generate de aceste noi tipuri de substanțe au creat pârghii specifice de reglementare a utilizării lor pentru consumul uman astfel dezvoltându-se *conceptul de patologic* care este asociat unui fapt social generat de un comportament care se abate de la normele și formele obișnuite ale vieții sociale, care perturbă ordinea și coeziunea socială, el fiind corelat cu situații de disfuncții sociale. De fapt aceleași substanțe, considerate anterior a avea efecte curative, consumate în anumite cantități și cu o anumită regularitate conduc la declanșarea unor mecanisme generatoare de „plăcere" (craving) și în final dependență, caracterizată printr-un consum constant cu consecințe fizice și psihice evidente (criza de abstinență sau sevrajul).

Un exemplu în acest sens este LSD, drog sintetizat în 1938, a cărui efecte hipnotice au fost descoperite întâmplător de A. Hoffman după 5 ani de folosire a substanței pentru consumul propriu (Adauji, 2014, p. 45). Se poate vorbi, de asemenea de substanțele sintetizate denumite generic Metamfetamină cu intensitate și durată mai lungă decât ale crack-ul, efectul asupra organismului fiind 14 ore de paranoia, cu manifestări violente și halucinaţii (Adauji, 2014, p. 45). Așadar patologia socială intervine atunci când apare excesul, când se manifestă comportamentele disfuncționale, când se produc rupturi ale normelor sociale și mai ales când instituțiile devin incapabile de a interveni pentru a regla comportamentul social al oamenilor, iar în acest context o serie de fapte ca: deteriorarea stării de sănătate, violența, criminalitatea crescută, rata crescută a accidentelor rutiere, suicidul, deficitul economic, corupția și multe altele devin probleme pe care statele moderne trebuie să se trateze cu celeritate.

Dezvoltarea de programe și proiecte de prevenire și asistență integrată, colaborarea în ceea ce privește schimbul de informații, modele de bune practici, inclusiv schimburi de specialiști între state aceștia aducându-și aportul la o intervenție eficientă specifică prin folosirea propriei experiențe practice sunt măsuri, unele dintre ele inovatoare, la problemele generate de consum, distribuție, producție și trafic de droguri.

Iată că aceste argumente legate de prezența drogurilor în toate societățile și culturile, în diferite perioade istorice și folosite în ceremonii ritualice sau în tratarea anumitor afecțiuni, cu scop recreațional sau în mod constant, transformate chimic în laboratoare legale sau clandestine explică legătura dintre normal și patologic, conturând din ce în ce mai mult ideea unei viziuni sistemice unitară, adaptată diverselor tipare socio-culturale și reglementată în consecință, consumul de droguri fiind o parte a vieții sociale și o reflectare a funcționării unei societăți.

II. MĂSURI DE INTERVENȚIE EUROPENE PRIVIND PROBLEMATICA CONSUMULUI DE DROGURI

Europa cunoaște o perioadă de reconstrucție după al doilea război mondial trecând prin diferite etape de transformare socială și legislativă menite să îmbunătățească colaborarea dintre state, să

consolideze puterea economică și politică și militară în vederea menținerii stabilității la nivelul continentului și a contracarării acelor posibile pericole ce ar putea afectat populația statelor. Primele încercări de instituționalizare datează cu începutul sec. XX, o dată cu dezvoltarea comerțului internațional de mărfuri ca rezultat a unui proces masiv de industrializare, de care au profitat într-o măsură extrem de mare organizațiile criminale și rețelele de traficanți. Astfel statele au simțit nevoia de a semna diferite acorduri de parteneriat scopul fiind colaborarea din punct de vedere economic și întărirea granițelor (Ionuș, 2007).

Începând cu anii `70 se începe o colaborare organizată bazată pe implicarea comună a statelor în lupta împotriva terorismului și a crimei organizate, stabilindu-se politici și acorduri specifice, cu acțiuni bine determinate: 1971 „Clubul de la Berna" pentru lupta împotriva terorismului, „Grupul Pompidou" constituit de asemenea în 1971 pentru cooperarea interstatală în domeniul combaterii traficului și consumului de droguri, la fel ca și „Clubul de la Viena" sau „Grupul Quantico" (Ionuș, 2007). După crearea Uniunii Europene în 1993 au fost demarate și alte măsuri de prevenție și intervenție care au fost preluate și consolidate unitar, acestea contribuind la o coordonare legislativă pentru stabilirea de repere pe care instituțiile guvernamentale de la nivelul statelor membre UE să le aibă în vedere în momentul în care se implică în rezolvarea de probleme așa cum sunt traficul și consumul de droguri.

În cele ce urmează voi descrie câteva din elemente specifice de aplicare a măsurilor de intervenție în domeniul drogurilor în trei state de pe continentul european: Germania, Italia și Marea Britanie.

II.1. Perspectiva germană de intervenție în domeniul drogurilor

În Germania politicile privind drogurile au fost încadrate mult timp ca politici de moralitate, statul german neavând reglementări clare în acest sens. Secularizarea bisericii catolice (religia predominată) și schimbarea valorilor au constituit principalii factori de schimbare a politicilor de țară în ceea ce privește problematica drogurilor. După cel de Al doilea Război Mondial se observă o trecere tacită de la materialism la post-materialism (Inglehart 1990), de la valori autoritare la atitudini mai liberale (Flanagan & Lee 1993) iar Smith și Tatalovich (2003) vorbesc chiar de o "teorie culturală" care cuprinde forțele de diferențiere și egalizare ale statutului. Pornind de la aceste viziuni privind evoluția cultural-religioasă se face o asociere între scăderea numărului credincioșilor catolici care consideră consumul de droguri un păcat și creșterea procentului de consumatori de droguri, religia având o influență din ce în ce mai mică în relație cu statul. Așadar instituțiile publice au început să pună mai mult accent politici legate de sănătate și ordine publică (Euchner, Heichel, Nebel, & Raschzok, 2013, p. 374).

Din perspectiva statului german, consumul de droguri este perceput ca un comportament individual, care balansează între păcat și un drept personal. Atunci când comportamentul de consum este privit din perspectiva păcatului asupra individului se vor răsfrânge măsuri de control ce au ca scop oprirea consumului pentru protejarea mediului înconjurător, dar dacă totuși comportamentul individului este privit ca un drept al acestuia de manifestare liberă, în acest caz comportamentul tinde să fie unul permis, ajungând până la legalizarea lui (Euchner, Heichel, Nebel, & Raschzok, 2013, p. 377).

Din perspectivă legislativă Germania diferențiază trei cadre majore de acțiune ale statului împreună cu societatea civilă:

a) *Cadrul medico-social* – care subliniază necesitatea ca statul să intervină cu politici de protecție a individului din punct de vedere sanitar și social, în acest caz comportamentul de consum fiind văzut ca un exponent pentru declanșarea stării de dependență care este considerată o boală, iar consumatorii sunt numiți pacienți. Deoarece consumul de droguri este văzut ca fiind un comportament ce poate

genera consecințe sociale grave, politice de prevenire și intervenție sunt gestionate la nivel central (Euchner, Heichel, Nebel, & Raschzok, 2013, p. 378).

b) *Cadrul de securitate și ordine publică* – care face referire la toate tipurile de amenințări cauzate de activități infracționale produse pe fondul consumului de droguri, aici menționându-se în mod special comerțul național și transnațional cu droguri. Din această perspectivă statul este obligat să adopte măsuri de siguranță și ordine publică care să vină în sprijinul cetățenilor și să controleze tot ceea ce ei numesc „deranjamente publice". Astfel, printr-un comportament reglementat s-au impus sancțiuni severe pentru traficul ilegal cu anumite tipuri de droguri (Euchner, Heichel, Nebel, & Raschzok, 2013, pp. 378-379).

c) *Cadrul economic și fiscal* – care prevede taxarea anumitor tipuri de droguri după legalizare dar și analiza efectelor pieței drogurilor asupra economiei statului, ultimele analize scoțând în evidență influența negativă asupra cheltuielilor publice cu asistența medicală și cu forța de muncă (Euchner, Heichel, Nebel, & Raschzok, 2013, p. 378).

În ciuda faptului că toate studiile germane privind eficacitatea tratamentului de întreținere au observat rezultate favorabile, legislația privind tratamentul de substituție a drogurilor rămâne orientată spre abstinență mai degrabă decât spre întreținere, iar casele publice de asigurări de sănătate (SHI) nu acceptă doar dependența de opiacee ca fiind o indicație suficientă pentru tratamentul cu substituenți. În plus, durata participării la tratamentul finanțat de SHI rămâne destul de limitată deși este posibilă o prelungire a participării la tratament. Ca urmare, tratamentul de substituție a drogurilor nu este încă disponibil pentru mulți dintre cei care au nevoie de el, iar mulți consumatori de heroină care au fost excluși de la un tratament adecvat trebuie să se aprovizioneze cu metadonă de pe piața neagră și riscă să moară din cauza supradozajului sau a amestecurilor periculoase de droguri (Gerlach, 2002, p. 528).

II.2. *Perspectiva italiană de intervenție în domeniul drogurilor*

Distincția dintre posesia de droguri pentru uz personal și comercializarea sau traficul de droguri reprezintă o dezbatere dificilă și controversată atât pentru legiuitori, cât și pentru factorii de decizie politică. Pentru a aborda această problemă în statul italian sunt adoptate de obicei două soluții: schema de prag și modelul „flexibil". Conform schemei de prag se presupune că doar anumite cantități prestabilite de substanțe sunt destinate consumului personal, în timp ce în modelul „flexibil" (sau "sistem discreționar") instanța decide dacă posesia de droguri este destinată consumului personal sau are ale scopuri cum sunt cele comerciale, luând în considerare toate circumstanțele disponibile de facto (Zuffa, 2011).

În spațiul italian, controversa în ceea ce privește problematica drogurilor este strâns legată de dezbaterea privind incriminarea sau dezincriminarea consumului, conform celei mai actuale legi nr. 309 din 1990 revizuită în 2006. Art.73 al acestei legi precizează că „oricine cultivă, produce, vinde, distribuie (...) sau se află în orice mod în posesia ilicită de substanțe psihoactive va să fie condamnat la închisoare pentru o perioadă de minim 6 ani până la maxim 20 de ani..." (Zuffa, 2011, p. 1). Astfel legislația italiană incriminează posesia, fapt care a rămas nemodificat încă din 1975, cu toate că în 1990, 1993 și 2006 prin referendum au fost propuse modificări în legislația privind drogurile. De asemenea este important de menționat și lipsa din sistemul penal italian al așa-numitului "principiu al oportunității" (prezent în tradiția "common law"), din acest punct de vedere organele de aplicare a legii italiene fiind obligate să urmărească penal orice încălcare a legii. Ca urmare, doar legea stabilește distincția între posesie pentru uz personal și posesia pentru trafic (Zuffa, 2011).

Ultimele modificări legislative din 2006 au introdus o serie de schimbări după cum urmează:

- Pragul cantitativ menit să facă distincția între consum și trafic se numește "cantitate maximă admisă", cantitățile maxime fiind stabilite la 500 mg substanță activă pentru canabis; 250 mg pentru heroină; 750 mg pentru cocaină.
- Sancțiunile stabilite pentru deținerea peste prag sunt mai severe variind între 6 și 20 de ani de închisoare pentru toate substanțele, deoarece se presupune că substanțele sunt folosite pentru trafic.
- Sunt menținute în continuare dispozițiile privind pedepsele mai puțin severe pentru infracțiunile legate de droguri de "relevanță minoră", atunci când persoana este depistată.
- În scopul atenuării impactului pedepselor mai aspre, toxicomanii condamnați la o pedeapsă mai mică de 6 ani de închisoare (sau care mai au de executat 6 ani de închisoare) pot fi trimiși la programe terapeutice alternative.
- Utilizatorilor li se aplică sancțiuni din ce în ce mai multe și mai dure (cum ar fi interdicția de a părăsi locul de reședință în anumite ore, interdicția de a conduce mașini, obligativitatea de a se prezenta la secțiile de poliție locale de cel puțin două ori pe săptămână, parcurgerea obligatorie a unor programe terapeutice (Zuffa, 2011, pp. 10-12).

Concluzia cercetătorilor italieni în ceea ce privește controversa privind modelul pragului este continuarea incriminării nediscriminatorie a consumatorilor de droguri și paradoxal sistemul pragului este considerat inadecvat și inechitabil în contextul piețelor ilegale, unde este dificil pentru consumatori să aibă control asupra cantității și purității substanțelor pe care le cumpără în scopul uzului personal. În plus principiul pragului se bazează pe o prezumție de vinovăție ceea ce contravine principiilor juridice de bază. Așadar, în acest context este preferabil a fi aplicat modelul „flexibil" (Zuffa, 2011).

II.3. Perspectiva britanică de intervenție în domeniul drogurilor

În ceea ce privește Marea Britanie strategia sa legislativă se distinge printr-o abordare care parcurge o perioadă de 10 ani, stabilită de specialiști împreună cu mediul politic. În articolul „Analysis of the UK Government's 10-Year Drugs Strategy—a resource for practitioners and policy makers", publicat în octombrie 2022 în revista Journal of Public Health**,** specialiști ai Facultății de Sănătate Publică și ai Asociației Directorilor de Sănătate Publică din Marea Britanie sunt prezentate rezultatele unei analize critice a *Strategiei pe 10 ani în materie de droguri* publicată în 2021 de Guvernul Marii Britanii. Acest document a apărut ca urmare a unei crize apărute pe fondul mortalității crescute a consumatorilor de droguri, aceasta depășind ratele multor țări. Sloganul prin care este promovată strategia guvernamentală britanică este *From Harm to Hope,* iar dovezile aduse de specialiști sunt în concordanță cu apelul din partea Organizației Națiunilor Unite (ONU) care se preocupă de asigurarea unor strategii privind medicamentele, privind promovarea sănătății publice și drepturilor omului. (Adam Holland, et al, 2022, p.1)

Strategia pe 10 ani în materie de droguri a Marii Britanii este structurată pe trei direcții majore de acțiune: înlăturarea lanțurilor de aprovizionare cu medicamente, oferirea unui sistem de tratament și recuperare de clasă mondială și realizarea unei schimbări generaționale a cererii de droguri iar articol realizat de specialiști critică documentul oficial scoțând în evidență daunele legate de droguri și a elementelor lipsă de politică publică. (Adam Holland, Measham, Fenton, & Hickman, 2022, p. 2)

Studiile statistice recente legate de impactul drogurilor în populație reflectă faptul că în perioada 2010-2019 ratele de mortalitate au crescut în Scoția cu 171%, în Irlanda de Nord cu 149%, iar Anglia și Țara Galilor cu 61%. Argumentul comun al autorităților a fost acela că decesele au crescut deoarece persoanele cu dependență de droguri sunt mai în vârstă, comorbiditățile crescând riscul de supradozaj.

Cercetări pe această dimensiune au demonstrat faptul că îmbătrânirea nu reprezintă o cauză a supradozajului de droguri, deci nu ar fi justificat argumentul menționat anterior.

Alți factori menționați sunt: creșterea consumului de poli-droguri, de opioide și de alcool, creșterea numărului de persoane fără adăpost, transmiterea virusului imunodeficienței umane (HIV) și a hepatitei C (HCV), schimbarea tiparelor de deprivare socio-economică asociate cu prejudiciul cauzat de droguri și reducerea serviciilor care protejează împotriva mortalității de orice cauză și inclusiv cea cauzată de droguri. Societatea civilă formată din specialiști atrag atenția că strategia pe 10 ani privind drogurile din Marea Britanie face o legătură nesusținută a relației dintre droguri și problemele sociale și mai ales că se exagerează relația cauzală dintre droguri și criminalitate. Chiar dacă studiul din 2020 concluzionează că 48% dintre omucideri au fost într-un fel legate de droguri, specialiștii spun că de fapt într-un mic procent din cazuri motivele au fost legate de obținerea de droguri sau de veniturile din droguri și că în cea mai mare parte, nu este clar dacă drogurile au cauzat omuciderile și în niciun caz nu este clar că un control mai strict al drogurilor le-ar fi prevenit. (Adam Holland, Measham, Fenton, & Hickman, 2022, p. 2)

Așadar, cei trei piloni importanți din strategia antidrog pentru 10 ani a Marii Britanii au fost demontați de către specialiști, fiind propuse în același timp soluții alternative, demonstrând că documentul nu este perfect, însă oferă anumite direcții de acțiune extrem de utile pentru specialiștii care sunt preocupați să sprijine instituțiile publice în lupta cu organizațiile criminale și rețelele de traficanți și să prevină consumul în populație.

Concluzii

În concluzie, o analiză critică comparată a perspectivelor de intervenție din cele trei state europene nu ne conturează un tablou perfect al măsurilor de prevenție și intervenție în consumul și traficul de droguri, ci ne unul perfectibil fiecare stat stabilind o legislație specifică în funcție de tiparul consumatorilor, de resursele de care dispune și de capacitatea și cunoașterea fenomenului drogurilor cu care se confruntă la nivel național.

Și România, ca parte din marea familie europeană, și-a însușit adoptarea unor pachete de legi pentru prevenirea și intervenția asistată în consumul de droguri, creând, începând cu 2007, structuri guvernamentale cu rol de elaborare, coordonare, evaluare şi monitorizare la nivel naţional, a tuturor politicilor și programelor antidrog. Instituțiile guvernamentale din țară nu pot rămâne indiferente la schimbările sociale generate de traficul și consumul de droguri, fiind obligate să acționeze prin măsuri legislative bazate pe studii actualizate.

O serie de factori sociali naționali ca: deschiderea granițelor țării noastre către occident, tendința de liberalizare a piețelor de consum, accesibilitatea la resurse diverse, interesul manifestat de rețelele de traficanți care speculează naivitatea populației și informarea deficitară, haosul produs prin destructurarea unor instituții cu rol esențial în lupta împotriva drogurilor precum și lacunele legislative interne din acest domeniu contribuie la dezvoltarea pieței drogurilor și la transformarea României într-o țară de tranzit, accesibilă rețelelor de crimă organizată. În aceeași măsură, migrarea românilor către alte țări europene a produs o schimbare la nivelul comportamentului acestora în relație cu drogurile, mulți dintre concetățeni experimentând consumul de droguri ilicite în asociere sau nu cu cele considerate licite, și cu care erau obișnuiți, respectiv alcoolul și tutunul.

Modelele de prevenție și intervenție aplicate în alte state cu o istorie mai îndelungată de luptă cu drogurile pot ajuta țara noastră, parteneriatele interstatale care să faciliteze schimbul de experiențe între practici și practicieni precum și colaborarea efectivă în destructurarea unor rețele de organizații

criminale care acționează la nivel internațional este absolut necesară. Nici un stat nu poate face față singur problematicilor sociale generate de consumul și traficul de droguri.

Bibliografie

1. Adam Holland, A. S., Measham, R., Fenton, K., & Hickman, M. (2022, octombrie 29). AnalysisoftheUKGovernment's10-YearDrugsStrategy—a resource for practitioners and policy makers. *Journal of Public Health,* 1-10. Preluat de pe https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac114
2. Adauji, S. (2014, ianuarie). Evoluţia legislaţiei în domeniulstupefiantelor. *Revista Farmaceutică a Moldovei*.
3. Bulai, I., & Bulai, R. (2008). Strategii și viziuni de combatere a traficului ilicit de droguri. *Rolul societăţii şi al organelor de drept în contracararea narcomaniei,* 110-118.
4. Coteanu, I., & Mareș, L. (2009). *Dicționarul explicativ al limbii române (ediția a II-a revizuită și adăugită).* București: Univers Enciclopedic Gold. Preluat pe octombrie 2023
5. Durkheim, E. (1995). *Regulile metodei sociologice.* București: Polirom.
6. Euchner, E. M., Heichel, S., Nebel, K., & Raschzok, A. (2013). From "morality" policy to "normal"policy: framing of drug consumption and gambling in Germany and the Netherlands and their regulatory consequences. *Journal of European Public Policy, 20*(3), 372-389. Preluat de pe http://dx.doi.org/10.1080/13501763.2013.761506
7. Gerlach, R. (2002). Drug-Substitution treatment in germany: a critical overview of its history, legislation and current practice. *The Journal of Drug Issues,* 504-522.
8. Ionuș, C. (2007). Contribuții incipiente la nivel european pentru dezvoltarea unor componente comune de securitate internă. *6*(1-2), pg. 105-109.
9. Observatorul European de Droguri și Toxicomanie. (2021). *Raportul european privind drogurile. Tendințe și evoluții.* Luxemburg: Oficiul pentru Publicații a Uniunii Europene.
10. Zamfir, C., & Vlăsceanu, L. (1998). *Dicționar de sociologie.* București: Babel.
11. Zuffa, G. (2011). How to determine personal use in drug legislation. The "threshold controversy" in the light of the Italian experience. *Legislative Reform of Drug Policies*(15), 1-12.

DE LA MANIPULARE LA AFECTARE PERMANENTĂ: CE ÎNSEAMNĂ CU ADEVĂRAT ALIENAREA PARENTALĂ.

Veaceslav BOTEA

Doctorand, Universitatea de Stat din Moldova

„Ura nu este un sentiment natural pentru copil. Trebuie să fie învățată. Un părinte care își învață copilul să urască celălalt părinte este o amenințare gravă și persistentă la sănătatea mentală și emoțională a unui copil" *John Gomery, Judecător, Canada*

Familia reprezintă locul în care individul se dezvoltă, unde își petrece o mare parte din timp, unde devine practic ființă socială. Indiferent de organizarea familiei, de identitatea sa etnică, religioasă ori politică, aceasta se caracterizează prin dinamism și printr-o mobilitate continuă. Cu toate aceste schimbări însă, se poate spune că „instituția familiei rămâne stabilă" [Băran-Pescaru, A. 2004, p.175]. De-a lungul timpului, familia a fost definită în mai multe feluri, dar „familia, în orice societate, este o formă de comunitate umană alcătuită din cel puțin doi indivizi, uniți prin legături de căsătorie și/sau paterne, realizând, mai mult sau mai puțin, latura biologică și/sau cea psihosocială" [Mitrofan N. 2009, p.320]. Caracteristicile principale ale familiei, importante pentru dezvoltarea socioindividuală a copilului, sunt următoarele: - Este primul grup social în care copilul exersează comportamente sociale și se descoperă pe sine; - Oferă climatul de siguranță afectivă; - Este primul mediu de creștere și dezvoltare pe plan intelectual, moral, estetic etc.; - Reprezintă întâiul model de comportamente sociale;

- Reprezintă legătura biologică de bază a individului; - Face legătura dintre trecut și viitor. [Chirilenco S., Tăutu A. 2005, p.160]

Educația realizată în cadrul familiei reprezintă un proces organizat și continuu, orientat spre cultivarea potențialului intelectual, moral și fizic al copilului. Privită într-o accepțiune extinsă, educația familială depășește sfera relațiilor private, constituindu-se atât ca practică socială, cât și ca domeniu distinct de reflecție teoretică. Din această perspectivă, ea se manifestă printr-un triplu demers: implicarea directă a părinților în formarea copiilor, intervenția instituțională menită să sprijine sau să completeze responsabilitățile educative ale familiei, precum și activitățile de cercetare și instruire care au ca obiect studiul educației în mediul familial.

Desigur, tuturor ne-ar plăcea să avem o fiică sau un fiu pe care, asemeni unei jucării, să o / îl poţi manevra după bunul plac. Realitatea însă, ştim cu toţii, este alta; copilul are multă energie, iar modul în care şi-o cheltuieşte este de multe ori deranjant, obositor (în special atunci când te întorci de la serviciu), în aceste situaţii, părintele se vede nevoit să ia o atitudine, să impună reguli. Nu de puţine ori ajunge ca, din exces de zel, să pretindă o disciplină exagerată, care-i îngrădeşte copilului orice formă de manifestare. Părintele crede că astfel şi-a câştigat respectul printr-un mod autoritar de a aborda situaţia, pe când, în realitate, ceea ce stă la baza reglării comportamentului este frica.

Urmările acestei metode, vor apărea mai pregnant atunci când copiii vor ajunge la vârsta adolescenţei sau în momentul când se va ivi şansa de a avea o viaţă autonomă. Astfel, putem asista la fuga de acasă sau la căsătorii premature (în special în rândul fetelor), care se dovedesc a fi nereuşite, tinerele schimbând „un rău cu un alt rău”. De asemenea, băieţii care au crescut o viaţă întreagă cu frica de bătaie, când vor deveni mari şi suficient de puternici, nu vor ezita să răspundă agresiv în litigiile cu părinţii lor. Mai mult chiar, ei vor prelua în mod involuntar modelul de educaţie şi îşi vor creşte copiii în aceeaşi manieră. Să fie ascultător.

Orice părinte îşi doreşte copii ascultători, care să răspundă cu promptitudine de fiecare dată când le cere ceva. Insă, frecvent poţi întâlni părinţi care se lamentează: „ Ce să mă mai fac? Copilul meu nu mă ascultă”. De la cele mai fragede vârste, unii copii manifestă indiferenţă la solicitările părinţilor sau chiar mai mult, preiau „controlul familiei” atunci când se pune problema luării unei decizii. Atunci când ne punem problema „ Cum s-a ajuns în această situaţie şi ce e de făcut? ”, e bine să ne întrebăm întâi ce am făcut noi pentru ca el să devină ascultător? „Mi-am rezervat câteva ore pe zi din timpul meu pentru a-i observa evoluţia şi performanţele ? ”, „Am avut răbdare la vârsta DE CE-ului să răspund adecvat la fiecare întrebare?”, „M-am implicat în jocurile pe care le-a iniţiat? Cum m-am implicat? Cât timp?”, „M-am gândit că, în timp ce îi dădeam primele sarcini (primele responsabilităţi), copilul era adânc implicat într-o activitate antrenantă (joc, vizionarea programelor T.V.)?”, „M-am lăsat transformat în sclavul lui, îndeplinindu-i toate dorinţele?” etc. Să fie ca şi copilul X (Adică ‚mierele din grădina vecinului sunt întotdeauna mai gustoase ”).

Fiecare copil este unic, original. La venirea sa pe lume, el beneficiază de un tratament specific mediului în care se dezvoltă primind o amprentă culturală (de exemplu, un copil de al nostru are o zestre culturală diferită de cea a unui japonez). El se va dezvolta în aceeaşi direcţie în care se dezvoltă cei din grupul în care este inclus, însă într-o manieră personală. Dacă ne fixăm cu îndârjire în minte un prototip al copilului nostru ideal şi încercăm să ne modelăm propriul copil după acest exemplu, avem cele mai mari şanse ca rezultatul să ne dezamăgească într-o bună zi. [Dolean I. 2002, p.8]

În acest context, stilul parental dobândește o importanță majoră, fiind considerat unul dintre factorii cu impact semnificativ asupra stării generale de bine a societății. Modul în care părinții relaționează cu copilul influențează decisiv conturarea conduitei morale, cu efecte vizibile asupra

dezvoltării cognitive și asupra echilibrului socio-emoțional. Deși specialiștii în domeniul educației formulează opinii diferite în privința clasificării stilurilor parentale, se impune analiza acestora în funcție de eficiența lor educativă și de capacitatea de a susține formarea morală a copilului, raportându-le la gradul de control exercitat și la nivelul de afecțiune manifestat. Cercetări pedagogice recente, realizate de Larisa Cuznețov, propun extinderea tipologiilor consacrate, prin includerea unor forme suplimentare de manifestare a stilurilor parentale:

- „Stilul directiv non-autoritar, este acela al părinților care manifestă un control ridicat și un nivel mediu al suportului afectiv, ei tind spre a fi autoritari, dar nu realizează un control strict și sunt relativ mai apropiați de copii decât părinții autoritari;
- Stilul democratic, care manifestă un nivel mediu al controlului și un nivel ridicat al suportului afectiv, apropiat de cel al părinților permisivi, dar iau decizii în mod democratic și mai controlează, chiar dacă nu foarte strict realizarea deciziilor;
- Stilul parental al părinților „suficient de buni", caracterizat printr-un nivel moderat de control și exigență, dublat de un grad echilibrat de suport emoțional și afectivitate, creează premise favorabile pentru dezvoltarea armonioasă a copilului și pentru menținerea unor relații familiale funcționale [Cuzneţov L. 2018, p. 488].

Absența acestui echilibru, manifestată prin comportamente parentale disfuncționale sau prin conflicte intense între părinți, poate conduce la forme grave de afectare a relațiilor părinte–copil. În acest context, literatura de specialitate descrie fenomenul cunoscut sub denumirea de sindrom al alienării părintești.

Sindromul alienării părintești (sau sindromul alienării parentale) reprezintă conceptul formulat de profesorul american de psihiatrie Richard A. Gardner (1931–2003), care desemnează procesul de denigrare sistematică a unuia dintre părinți de către celălalt, cu scopul de a produce înstrăinarea copilului față de părintele vizat. În general, scopul alienării este câștigarea custodiei sau păstrarea custodiei copilului de către părintele alienator, fără implicarea părintelui alienat și prin excluderea acestuia. Activitatea cu scopul de înstrăinare se poate extinde asupra familiei părintelui alienat, precum și a prietenilor și apropiaților săi.

Concret, alienarea înseamnă că prin gânduri, acțiuni și maniere verbale sau non-verbale un copil este abuzat emoțional în permanență sau parțial, îndoctrinat, pentru a-l determina să creadă că celălalt părinte este un dușman sau pentru a-i sugera ostilitatea sau inferioritatea acestuia. Celălalt părinte este vorbit de rău de către alienator, vizitele copilului la părintele alienat sunt restricționate sau alienatorul încearcă să controleze activitățile pe care copilul le va face atunci când se va afla cu celălalt părinte. Fenomenul alienării parentale este o formă de abuz emoțional asupra copiilor în fața căreia aceștia nu se pot apăra. Acest fenomen apare indiferent de sexul alienatorului (dacă este mama sau tata), de vârstă (bunicii copilului pot fi alienatori foarte înverșunați) sau nivelul de educație al alienatorului.

În condițiile alienării, copilul prezintă simptome precum:

- Apare în chip de aliat cu părintele alienator, într-o campanie de denigrare împotriva celuilalt părinte, copilul având o contribuție ce poate fi considerată ca activă. Motivele prezentate (raționalizările despre părintele țintă) sunt adesea nesusținute de o logică, sau chiar absurde.
- Sentimentele copilului față de părintele înstrăinat sunt dominate de animozitate, mai mult întâlnită în cazul copiilor din familii aflate în proces de divorț, divorțate.

- Copilul susține că decizia de a nu comunica cu respectivul părinte îi aparține, acest comportament mai este denumit „fenomenul de gânditor independent” ce desigur că e puțin probabil. Copilul operând cu fraze care apriori e clar că nu-i aparțin.
- Copilul exprimă indiferența față de sentimentele părintelui înstrăinat. Sunt prezente înscenări împrumutate de la adulți, afirmațiile copilului reflectă tematica, ba chiar și termeni utilizați de părintele alienator.
- Animozitatea este extinsă și asupra familiei părintelui alienat pentru a distruge complet careva legături cu rudele din partea acestuia.
- Alienarea poate fi conștientizată sau nu de către părintele alienator, putând fi de asemenea, sistematică sau subtilă. Contribuția activă a copilului la campania de denigrare poate duce la crearea și menținerea unei bucle de feed-back mutual între copil și părintele alienator.
- Părintele alienator (sau/și persoane din familia acestuia), transmite un set de convingeri negative despre părintele înstrăinat.

  Indiciile după care se poate aproxima gradul de alienare:

  a) În cazurile în care intensitatea este ușoară, vizitarea de către părintele înstrăinat nu este serios afectată, iar copilul face tranziția între cei doi părinți fără mare dificultate. Copilul are o relație bună cu părintele alienator, participând la campania de denigrare pentru a-și menține legătura emoțională cu acest părinte.

  b) În cazurile de alienare parentală moderată există un grad semnificativ de „programare” a copilului, cu dificultăți în ceea ce privește efectuarea programului de vizitare. Relația cu părintele alienator este încă sănătoasă, într-o măsură rezonabilă, în ciuda convingerii împărtășite de celălalt părinte este demn de dispreț, blamabil etc.

  c) Copilul cu sindrom de alienare parentală sever este fanatic în ura față de părintele înstrăinat. Copilul poate refuza vizitele, poate face acuzații false de abuz (fizic, emotional, sexual), poate amenința cu fuga, și poate comite suicid sau homicid dacă este forțat să-și vadă părintele.

  Expertiza psihologica este examinata atat din perspectiva juridica, ca proba ce poate fi solicitata in litigiile privitoare la copil (stabilirea autoritatii parintesti, locuintei copilului, relatii personale etc.) cat si din perspectiva psihologica, in structura elementelor de expertizat (interviurile clinice cu parinti, copii, teste psihologice, evaluarea abilitatilor parentale etc.), a situatiilor speciale (alienare parentala, violenta familiala, relocare etc.) precum si modalitatea de intocmire si redactare a raportului de expertiza psihologica si a planului parental. Lucrarea face distinctia intre evaluarea probatorie efectuata de judecator si evaluarea stiintifica efectuata de expertul psiholog, ambele avand aceeasi finalitate – stabilirea interesului superior al copilului – fiind utila deci judecatorilor, psihologilor si mai larg avocatilor si notarilor. [Pivniceru M-M. Luca C. 2016, p.57]

  Alienarea parentală este procesul și rezultatul manipulării psihologice a unui copil prin care acesta arată teamă nejustificată, lipsă de respect sau ostilitate față de un părinte sau un alt membru al familiei. Procedurile judiciare pentru stoparea și pedepsirea acestor abuzuri sunt adeseori greoaie și nu se realizează cu claritate. Unul dintre motive este și pentru că abuzul emoțional asupra minorului este mai greu de dovedit decât un abuz fizic în lipsa unui mecanism. În această ordine de idei este nevoie de intervenții legale ferme, pregătirea unor specialiști anume specializați în alienare parentală și a altor forme, în vederea monitorizării cazurilor declarate. Pentru prezenta autorităților, instanței rapoarte privind reușita sau eșecul implementării programului de vizitare sau a altor soluții în vederea excluderii

alienării. În cazurile grave sunt necesare avertismente cu sancțiuni la adresa părintelui alienator, pentru a obține complianța acestuia.

Cadrul normativ din Republica Moldova la moment nu reglementează cazurile de Alienare, nu se regăsește așa termen la nivel de legislație. Efectiv nu sunt pârghii de a demonstra și a stopa acest fenomen, iar eșuarea acestor măsuri a implicării în condițiile unui sindrom moderat poate pune copiii în primejdia de a dezvolta sindrom de alienare severă. Alienarea parentală distruge atât copilul, cât și pe părinții lui, rând pe rând, în această ordine de idei instituțiile statului ar trebuie să contribuie semnificativ la găsirea unei modalități de rezolvare a acestei probleme. Cazurile în care unul dintre părinți reclamă alienarea parentală s-au înmulțit în ultimii ani. Acest fenomen a devenit deja unul îngrijorător, cu efecte pe termen scurt, mediu și lung. Din punctul de vedere al UNICEF, una dintre principalele probleme este aceea că violența împotriva copiilor, mai ales abuzul verbal și psihologic care cu părere de rău încă nu sunt recunoscute ca fiind o problemă.

Pentru ca schimbarea să aibă loc, este necesar ca familiile și comunitățile să fie mereu informate, iar cei mai buni purtători de mesaje sunt profesioniștii locali, care cunosc mecanismele și specificul fiecărei comunități din interior. Din acest punct de vedere, profesioniști precum: asistenții sau lucrătorii sociali, asistenții medicali comunitari, mediatorii sanitari sau mediatorii școlari sunt actori cheie pentru declanșarea schimbării. [Fountain, S. 2006, p.3] UNICEF dorește să sprijine profesioniștii locali să recunoască și să găsească soluții pentru cazurile de violență împotriva copiilor, să mobilizeze comunitățile să ia atitudine în fața acestui fenomen și să lucreze cu părinții, oferindu-le consiliere și informații despre metode de disciplinare pozitivă a copiilor.

Bibliografie

1. Băran-Pescaru, A., Familia azi. O perspectivă sociopedagogică, Ed. Aramis, București, 2004. p.175.
2. Chirilenco S., Tăutu A., Cutasevici A. Educație familială, Chișinău: Bons Offices, 2005. p. 160.
3. Cuznețov, L., Consilierea ontologică complexă a familiei. Chișinău: Primex-com SRL, 2018. p 488.
4. Dolean, I., Meseria de părinte, Ed., Aramis, Bucureşti, 2002. p. 8.
5. Fountain, S., Dreptul nostru de a fi protejați împotriva violenței, UNICEF, 2006. p.3
6. Mitrofan N. Testarea psihologică. Aspecte teoretico-practice. Iași: Polirom, 2009. p. 320.
7. Pivniceru, M-M. Luca C., Interesul superior al copilului. Expertiza psihologică în caz de separarea/divorțul părinților, Ed. Hamangiu, 2016. p. 57.

THE USE OF THE CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE (COPM) AS A TOOL FOR ASSESSING DAILY LIVING AND SOCIAL ORIENTATION SKILLS IN SCHOOL – AGED CHILDREN WITH ASD

Maria GURCOVA

doctorand, Universitatea de Stat din Moldova

Introduction

Developing daily living and social orientation skills is one of the key tasks of educational and corrective developmental work with children with ASD *(Case-Smith & Arbesman, 2008; Geller & Greenberg, 2019)*. These skills ensure a child's ability to perform self-care, engage in everyday routines, participate in classroom and school life, and progressively achieve greater autonomy. One of the tools widely used to assess such skills is the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), created within the client-centered framework of occupational therapy *(Law et al., 2014; Carswell et al., 2004)*. COPM makes it possible to identify which aspects of daily functioning are most significant for the child and to assess both performance and satisfaction with these activities *(Donnelly et al., 2018)*.

Theoretical Foundations of COPM Application in School Settings

The CMOP-E model conceptualizes occupational performance as a result of the interaction among the person, the environment, and the occupation *(Polatajko, Townsend, & Craik, 2007)*. For a child with ASD, the school setting represents not only an educational but also a social and daily living system requiring adaptation in areas such as:

- self-care (dressing, eating, organizing one's workspace);
- productivity (engagement in academic tasks, transitions between lessons);
- leisure and communication (peer interaction, participation in group activities).

COPM enables collaboration among teachers, parents, and specialists to establish priority goals, develop an individualized SBO development plan, and track progress over time *(Rodger, Ireland, & Vun, 2008)*.

Methodology of conducted study

Objective: to evaluate the applicability of COPM for assessing the level of development of daily living and social orientation skills in school-aged children with ASD.

Subject of research: students aged 7–9 years diagnosed with ASD, enrolled in an adapted educational program *(American Occupational Therapy Association, 2020)*.

Methods: structured COPM interview, observation, psycho-pedagogical assessment, and statistical data analysis, which are commonly used in occupational therapy and educational diagnostics *(Carswell et al., 2004)*.

Assessed domains: self-care (hygiene routines, eating), spatial and temporal organization (transitions between classes, organizing a school bag), and participation in group activities *(Ashburner, Ziviani, & Rodger, 2010)*.

Variables included in the analysis:

- Performance level — COPM performance rating
- Satisfaction level — COPM satisfaction rating

Factors analyzed: gender, age, diagnosis (autism / ASD).

Results

Table 1. Descriptive Statistics by Gender, Age, and Diagnosis

Variable	**Mean**	**SD**	**N**
Satisfaction Level	6.71	3.29	14
Performance Level	5.64	2.10	14

Both indicators fall within the moderate range. Satisfaction demonstrates higher variability, suggesting differences in subjective perception despite similar performance levels.

One-sample t-tests. Comparing sample means with the null hypothesis (M = 0):

- *Performance:* $t = 10.064$, $p < .001$
- *Satisfaction:* $t = 7.632$, $p < .001$

Both variables significantly exceed zero, indicating a clearly positive functional profile among participants according to COPM.

Table 2. Independent t-tests by Gender, Age, and Diagnosis

Gender

Variable	Mean (M)	Mean (F)	t	p
Performance	5.67	5.60	0.055	0.957
Satisfaction	5.67	8.60	-1.712	0.113

Age

Variable	Mean (7 y)	Mean (8 y)	t	p
Performance	5.30	6.50	-0.964	0.354
Satisfaction	6.60	7.00	-0.400	0.847

Diagnosis

Variable	Autism	ASD	t	p
Performance	5.57	5.71	-0.123	0.905
Satisfaction	5.57	7.86	-1.338	0.206

No statistically significant differences were found (p > .05). However, girls and children with ASD (vs. classic autism) showed a trend toward higher satisfaction.

Table 3. ANOVA Results

Variable	**F**	**p**	**Factor**
Performance level	0,015	0,905	Diagnosis
Satisfaction level	1,790	0,206	Diagnosis
Performance level	0,930	0,354	Age
Satisfaction level	0,039	0,847	Age
Performance level	0,003	0,957	Gender
Satisfaction level	2,932	0,113	Gender

Across diagnosis, age, and gender, no factor demonstrated a significant effect (all p > .05), confirming the t-test results.

Table 4. Correlation between studied variables of age, diagnosis and gender

Variable Pair	**r**	**p**
Performance × Age	0.268	0.354
Satisfaction × Age	0.057	0.847
Performance × Diagnosis	0.035	0.905
Satisfaction × Diagnosis	0.360	0.206
Satisfaction × Gender	0.443	0.957
Performance × Gender	-0.016	0.113

Correlations between COPM indicators and demographic factors are weak and not statistically significant.

Discussion

Parents identified individual priorities for each child. Mean COPM importance ratings ranged from 8.1 to 9.4, reflecting high parental motivation to improve social daily – living skills.

Post-intervention analysis after three months showed:

- +1.2 points improvement in performance;
- +1.6 points improvement in satisfaction;

The greatest difficulties were associated with:

- independent organization (preparing for lessons, maintaining workspace order);
- social interaction;

COPM enabled individualized goal setting and objective monitoring of progress.

Conclusion

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) has demonstrated its effectiveness as a tool for assessing and monitoring daily living skills and social orientation in children with autism spectrum disorder (ASD) within the school environment *(Law et al., 2014; Donnelly et al., 2018)*. Its use enables specialists to identify priority intervention areas, involve families in the evaluation process, and quantitatively track changes over time *(Rodger et al., 2008)*.

Given that many participants were nonverbal and that the data were primarily derived from reports provided by their legal representatives, the findings should be interpreted with caution, as reported in similar studies relying on parent-reported outcomes *(Geller & Greenberg, 2019)*. Moreover, the statistical analysis did not reveal substantial changes or significant differences across

the study period, underscoring the need for further research with a larger and more heterogeneous sample *(Ashburner et al., 2010)*.

The absence of significant differences across gender, age, or diagnostic subgroups suggests that COPM may be broadly applicable to diverse student populations *(Case-Smith & Arbesman, 2008)*. Overall, COPM can be regarded as a comprehensive diagnostic and evaluative instrument that effectively integrates pedagogical, psychological, and occupational therapy perspectives within educational settings *(AOTA, 2020)*.

Bibliography

1. Ashburner, J., Ziviani, J., & Rodger, S. (2010). Psychosocial and sensory predictors of functional performance in children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(12), 1369–1377.
2. American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy, 74*(Suppl. 2), 1–87.
3. Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71*(4), 210–222.
4. Case-Smith, J., & Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy, 62*(4), 416–429.
5. Donnelly, C., O'Neill, G., & Best, C. (2018). COPM as an outcome measure in pediatric rehabilitation: A systematic review. *Child: Care, Health and Development, 44*(3), 387–398.
6. Geller, E., & Greenberg, J. (2019). Autism, daily living skills, and educational interventions: A systematic overview. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(5), 1890–1902.
7. Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occupational Performance Measure* (5th ed.). CAOT Publications.
8. Polatajko, H. J., Townsend, E., & Craik, J. (2007). The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In E. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice* (pp. 22–36). CAOT Publications.
9. Rodger, S., Ireland, M., & Vun, M. (2008). Can child-centered goal setting using COPM improve participation for children with ASD? *British Journal of Occupational Therapy, 71*(2), 75–84.

ADOLESCENȚA VÂRSTĂ VULNERABILĂ ÎN FAȚA ADICȚIILOR DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE: O ABORDARE TEORETICĂ

Alin Ionuț Cornel MOISE

Doctorand Școala Doctorală de Psihologie din cadrul Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă" din Chișinău, ORCID: 0009-0004-7948-9466

Introducere

Se va aborda în cele ce urmează o caracterizare a problematicii adolescenței, pentru că este foarte important de a observa o caracterizare a adolescenței care poate conduce la un comportament adictiv. Și de la acest punct să se poată porni în dezvoltarea unor programe de intervenție care să poată fi specifice fiecărui individ și fiecărui grup. Nu este un demers ușor de deprins întrucât de multe ori și o cauză care pentru mulți pare nesemnificativă se poate naște o cauză care să ducă către un comportament adictiv al adolescentului în cauză. Nu trebuie să fie neglijate, nici motivele unei adicții, întrucât cauzele pot fi diferite de motivele care să conducă la un comportament adictiv, și în acest fel, considerăm că și ele trebuie menționate în această lucrare. Este adusă în discuție și acutizarea accentuației de caracter, fiind considerată și ea un pilon necesar de abordat, care poate conduce la comportamentul adictiv, în cadrul acestei vârste vulnerabile.

1. *Caracterizarea problematicii adolescenței*

Adolescența se poate denumi o perioadă de tranziție de la perioada de copil la perioada de adult. O tranziție care nu este ușor de gestionat având în vedere că este și o perioadă de multiple schimbări la nivelul biologic cât și la cel psihic. Pe lângă cele menționate se mai adaugă și o perioadă de schimbări

de ordin social, oricare ar fi acestea. Având în vedere că fiecare persoană este unică, și urmând această logică rezultă că fiecare adolescent este unic, și fiecare se va raporta diferit la situațiile care îi vor apărea în cale. În schimb ce putem observa este că anumite confruntări sau provocări sunt comune pentru majoritatea adolescenților, iar aceștia se străduiesc să le facă față prin prisma personalității lor, cu ajutorul familiei, sau modelându-le după cunoștințele dobândite la școală sau în cadrul anturajului unde își petrec timpul, și totodată raportându-se și la religie sau la cultura din care fac parte (Spock, 2019).

Spock aduce în prim plan, ca și probleme psihologice ce apar în perioada adolescenței, acceptarea cu noul corp care nu mai este cel al unui copil, dezvoltarea unei noi identități din punct de vedere emoțional în funcție de genul acestuia, dezvoltarea unui grad de responsabilitate, rezolvarea diferențelor de norme și valori între ei și părinții lor sau cu partenerii lor, crearea potențialului de a se putea auto-întreține, și nu în ultimul rând, formarea și exprimarea moralității proprii (Spock, 2019).

Aproximativ în aceeași ordine de idei, când ne referim la schimbările fizice și psihice, ca cele sus menționate de Spock, sunt aduse în discuții și de Racu și Tabor, care menționează că acestea pot conduce la conflicte între covârstnici și cei din grupul acestora, indiferent de ce grup ne referim (Racu, Tabora, 2014) . Această etapă a vieții aduce transformări multiple în spectrul biologic, social, psihologic și spiritual pentru toate persoanele care urmează să treacă, trec sau au trecut prin această etapă (Dindelegan, 2012).

Pentru adolescenți, atunci când vine momentul de trecere spre etapa de adult este necesar ca aceștia să aleagă calea separării emoționale de părinți pentru a-și putea forma propria lor identitate sau să descopere ce și-ar dori să devină (Spock, 2019). Nivelul de adaptare la stările afective în această perioadă înregistrează multiple dificultăți (Dindelegan, 2012).

Pierderea statutului de unic copil în cadrul familiei, din cauza apariției unui frate sau a unei surori, care poate să fie de sânge sau de alianță, poate conduce la o teamă de pierdere din partea părinților a dragostei lor și a atașamentului față de adolescent, și din punct de vedere psiho-emoțional este o situație greu de gestionat pentru cel în cauză (Mitrofan, 2018). Părintele care este absent poate duce la o tensiune intrapsihică greu de gestionat pentru adolescent, întrucât acesta poate resimți indisponibilitatea față de el, confruntându-se și cu un refuz a acestei idei (Mitrofan, 2018).

O problematică pe care și autorii Zarbock, Loose și Graaf, o încadrează la adolescență, și o pun pe seama multelor schimbări la nivelul corpului, și anume staționarea impulsurilor de ordin sexual pentru a o așeza în imaginea de sine, la imaginea pe care o are asupra propriului corp și a imaginii de sine, la imaginea pe care o are asupra propriului corp și a imaginii pe care o are în cadrul rolului social, și foarte important ce se mai adaugă la aceste aspecte este și comportamentul care i-a naștere din cadrul acestor problematici. La acest nivel adolescenților le apar sistemele de valori, preferințele pentru anumite profesii, își pot da seama de competențele pe care le au sau se pot compara (Zarbock, Loose, Graaf, 2022).

Problematica vârstei care este și una de ordin normal se referă la atașamentul față de persoanele de aceeași vârstă și gen, în detrimentul persoanelor de încredere. Acest aspect este esențial pentru desprinderea de părinți, dar dacă față de cei care au creat un atașament, aceia manifestă o influență care nu este pozitivă, aceasta poate conduce la apariția consumului de droguri și alte aspecte negative pentru bunăstarea vieții adolescentului. Dificultăți mai apar la adolescenți în momentele în care apar anumite evenimente care generează suferință altor persoane, fiindu-le greu adolescenților de a găsi echilibrul optim între distanțarea de aceste persoane care suferă și compasiunea față de ele (Loose, Graaf, 2022). Această perioadă mai este caracterizată și cu multe tendințe spre comportamente duse la extrem, de

multe ori periculoase și de așa multe ori și opuse normelor pe care societatea le acceptă. Totodată, la acestea se adaugă și vulnerabilitatea vârstei la presiunea grupului (Negreț, 2014).

O altă problemă care poate fi abordată și în această perioadă sau în copilărie cu efecte vizibile în adolescență este parenting-ul incomplet. Această problematică poate să se manifeste printr-o afectare a dezvoltării socio-afective. Abilitățile sociale datorită faptului că sunt slab dezvoltate pot duce la apariția problemelor de comportament sau de ordin emoțional care pot conduce la o adicție (Bîrle, Roman, 2011). Adolescenții din zilele noastre întâlnesc tot mai mult numeroasele provocări ridicate de societatea din care fac parte, cum ar fi găsirea unui sens, să găsească un scop sau să-și găsească o identitate cu caracter pozitiv (Bîrle, 2024). Toate acestea pot să pună presiune pe adolescent, întrucât acestora li se mai adaugă și alte provocări ale societății.

2. *Clasificarea după unii autori*

Lucia Savca (2010) aduce în discuție depresia la adolescenți, care conduce la anumite simptome de ordin afectiv, cognitiv, motivațional, somatic și comportamental în viața acestora (Savca, 2010). Aceasta dacă nu este luată în calcul, poate conduce inclusiv la comportamente adictive. Alte posibile problematici ce necesită o atenție mai sporită sunt cele ale dimensiunilor ce se referă la sănătatea fizică, la sănătatea emoțională, sănătatea mentală, sănătatea spirituală, sănătatea ocupațională, sănătatea socială (Savca, 2023). Acestea necesită o analiză pentru fiecare adolescent în parte pentru a urmări dacă vreuna dintre ele este afectată sau nu. Sunt necesare aceste demersuri pentru a preveni un eventual comportamet adictiv, în caz contrar este necesară asistența integrată.

Cheianu menționează ca și problematică, înaintea începerii unui comportament adictiv de substanțe psihoactive, anturajul de amici pe care adolescentul le are, și aici se referă și la contextul de ordin social în care se produce acest aspect (Cheianu, 2015).

Căutarea unui sens al vieții și lipsa descoperirii acestuia poate conduce adolescentul la o o creștere a nevrotismului (Savca, 2003) și o sporire a trării de singurătate (Savca, 2022) pe care dacă nu este învățat să o gestioneze poate să-l conducă în a dezvolta un comportament adictiv. Inclusiv curiozitatea adolescentului sau faptul că acesta copiază comportamentele semenilor de aceeași vârstă sau uneori chiar din teribilism poate să-l conducă pe acesta într-un debut de consum de droguri (Cheianu, 2015).

Savca și Patrașcu pun accent și pe nevoia adolescentului de un atașament puternic pentru ca acesta să poată să revină ori de câte ori are nevoie la baza sa de atașament, în situații de criză sau când se confruntă cu un grup de risc pentru a nu cădea pradă unui comportament distructiv (Savca, Patrașcu, 2020). Gelozia poate fi încadrată și ea ca și posibile cauze care să declanșeze un comportament distructiv sau autodistructiv, iar în cadrul acestor comportamente sunt și cele adictive. Aceasta se poate menționa atât când sunt manifestate trăiri interioare sau exterioare (Savca, Trubca, 2019).

Alte problematici ale adolescentului, după unii autori, pot fi violența domestică la care este supus copilul sau la care asistă (Savca, 2017), bunăstarea vieții sau perceperea acesteia într-o anumită modalitate(Savca, 2015), lipsa bunăstării psiho-emoțională manifestată ca și lipsă de fericire sau manifestată cu o lipsă de optimism (Racu, Melniciuc, 2021) un grad scăzut al stării de bine (Racu, Damaschin, 2023) (Racu, Melniciuc, 2021), lipsa unei educații sexuale corespunzătoare (Savca, 2012), deficiențe neuropsihologice, un climat familial neprielnic, părinți care sunt divorțați, educație care nu este corect primită în familie, condițiile din familie nu sunt favorabile (Savca, 2012) o relație neprietenoasă între familie și copil, între școală și copil, și între școală și familie (Golovei, 2011), distresul din mediul școlar (Jelescu, Savca, 2009), o toleranță cu un nivel scăzut la frustrare (Savca, 2010), un comportament hiperkinetic (Savca, 2009) și identitatea de sine incertă (Racu, 2014) care pot

conduce adolescentul, la un moment dat în timp, la comportamente care să nu fie sănătoase pentru organismul lor, cum ar fi și consumul de substanțe psihoactive.

Având în vedere unele problematici amintite mai sus și faptul că ele pornesc de la anumite elemente, Iulia Racu aduce în discuție și anxietatea și stresul, la adolescenți, care poate genera unii factori (Racu, 2020) (Racu, Vlas, 2021) (Vlas, Racu, 2021), stările depresive (Cecan, Racu, 2021) și aceștia la rândul lor pot să conducă la un comportament nesănătos.

Racu și Vlas aduc în discuție, atunci când vine vorba despre stresul la adolescenți, mai multe forme de manifestare a acestuia în viața lor. Autoarele menționează că nu doar în școală sau familie poate să se manifeste acesta, ci și în viața de zi cu zi prin schimbările semnificative care apar. Nici stresul social nu este mai prejos decât cele amintite adineauri (Racu, Vlas, 2020). Racu și Stanciu sunt de părere că și emoțiile negative au un aport semnificativ în viața adolescenților, în ceea ce privește problematica acestei perioade. Autoarele încadrează atât depresia în această categorie cât și anxietatea (Racu, Stanciu, 2023).

Ana Stoica-Constantin și Ticu Constantin au efectuat un studiu în anul 2000 legat de consumul de droguri din România, urmărind acest fenomen și au adus în discuție, că după părerea adolescenților cauzele se împart în două categorii, după natură internă și după natură externă. Autorii menționează ca și cauze de natură internă care conduc adolescentul la consumul de droguri, singurătatea, o dorință spre senzațiile puternice, curiozitatea și problemele de ordin personal, iar pe cele de natură externă o lipsă sau o precară cunoaștere despre droguri, un grad redus din punct de vedere intelectual, mediul din familie nu este unul favorabil, tendința de a imita comportamentele din filme sau a modelelor, anturajul din care fac parte și gradul redus al mediului cultural (Dindelegan, 2012) .

Stancu menționază că adolescenții se pot duce în consumul de droguri și în momentul în care în familia lor a apărut divorțul, atunci când erau în perioada copilăriei și să se manifeste la adolescență sau chiar să fi apărut în adolescență și să se manifeste chiar atunci (Stancu, 2018).

Sunt foarte importanți factorii de mediu și educaționali pentru adolescenți, întrucât dacă în acestea au survenit modificări considerabile acestea pot fi cauze ale comportamentelor adictive ale adolescenților, Stancu mai adaugă și personalitatea, gradul de anxietate și nivelul imaginii de sine ale unui adolescent ca posibile cauze care să conducă la un comportament adictiv (Stancu, 2018).

Câteodată persoanele care au rezultate seropozitive, pot dezvolta un comportament adictiv, în momentul în care acestea se confruntă cu discriminarea și stigmatizarea, care poate conduce la timpul petrecut în singurătate și izolare din ce în ce mai mare. În acel moment poate interveni dacă nu a intervenit de la început pierderea de prieteni și sprijinul extern care nu mai este sau este absent, gradul de tristețe crește și de aici apare stresul și anxietatea, după care neglijența față de propria persoană și față de celelalte, și așa persoanele sau mai ales adolescenții datorită și perioadei lor dificil de gestionat, trecerea de la copil la adult, pot pica într-o adicție (Buzducea, 2018).

Adolescenții care nu au trecut printr-un proces terapeutic ca să reușească să-și dezvolte mecanisme de coping sănătoase vor tinde să caute anumiți stimuli și să-și asume situații de risc. Problemele de hiperactivitate și de deficit de atenție reziduală, pot să-i conducă în comportamente de consum de substanțe psihoactive pe adolescenții cu aceste probleme (Cucu-Ciuhan, 2014).

Apariția diferitelor probleme în viața de zi cu zi pe care adolescentul nu le poate gestiona poate să conducă la un comportament de consum, întrucât obiectul intern este asociat cu acesta, întrucât îl ajută să facă față situației cu care se confruntă în plan intern (Negreț, 2014a).

Stigmatizarea adolescenților din diferite motive cum ar fi caracterul adolescentului, diformitățile fizice, apartenența adolescentului la un grup minoritar, legată de trăsături pe care adolescentul le are

încă de la naștere sau pe care le-a dobândit pe parcursul vieții sale. Pe lângă stigmatizare se mai adugă și discriminarea care poate să apară la diferite niveluri sociale sau la diferite grupuri mici sau mari din care face parte adolescentul (Negreț, 2014b).

Pentru ca, un adolescent să aibă o personalitate în pragul normalității, acesta are nevoie ca familia sa, să joace un rol prim pe care îl are, și anume acela de a introduce adolescentul în societate, și să-i creeze spațiul propice de dezvoltare armonioasă și siguranța de care are nevoie (Secui, Bîrle, Stan, 2011). Educația de care adolescentul are nevoie încă de când e copil, acea educație primită în familie care va fi necesară pentru socializarea adolescentului cu societatea.

În unele cazuri, putem menționa că, nu este nevoie să fie prezente cele menționate mai sus, ci pur și simplu apariția stării de plictiseală la adolescenți, poate să-i determine pe aceștia spre a dezvolta un comportament adictiv de substanțe psihoactive (Bîrle, Lazăr, 2022). După Spock, adolescenții sunt în perioada când își formează o nouă identitate, și ne referim aici la cea din etapa următoare de dezvoltare și anume cea de adult. Întrucât, dezvoltarea fizică devine din ce în ce mai vizibilă, adolescenților le apare și o problemă prin felul în care se percep pe ei după aceste modificări, și ulterior mai apare și problema cui se raportează ei la percepția societății asupra lor, după aceste modificări (Spock, 2019). Pentru părinți este o sarcină dificilă aceea de a înțelege comportamentul unui adolescent, și de cele mai multe ori aceștia intră în foarte multe conflicte cu ei.

În multe privințe părinții își formează o idee despre adolescent și nu despre comportamentul acestora, care de multe ori este cel conform perioadei de vârstă. Adolescența vine și cu un raționament destul de abstract pentru ei, și cu foarte multe emoții pe care nu sunt formați pe deplin să le autogestioneze, fapt pentru care aceștia privesc societatea prin prisma acestei gândiri abstracte (Spock, 2019). Problema impulsurilor sexuale este și ea una de o importanță deosebită de adus în prim planul discuției, întrucât ea este văzută ca și tabu în anumite culturi și acest aspect îngreunează și mai mult înțelegerea adolescenților despre impulsurile care se nasc în interiorul acestora (Spock, 2019).

Doctorul Spock, menționează ca și problemă centrală, alegerea a ceea ce vor să devină adolescenții, cum ar fi alegerea profesiei sau formarea principiilor de viață care să le fie ca și un far călăuzitor pe parcursul vieții. Fiecare perioadă a adolescenței vine și ea cu diferite problematici. Spock ne vorbește despre adolescența timpurie (12-14 ani), adolescența mijlocie (15-17 ani) și adolescența târzie (18-21 ani) și în funcție de aceste etape de dezvoltare el menționează câteva aspecte care ar putea conduce la o cauză, în funcție dacă sunt sau nu îndeplinite aceste aspecte. În perioada adolescenței timpurii, autorul menționeză prieteniile care apar, modificările de ordin psihic și corporal, importanța aparențelor și sexualitatea precoce. În cadrul adolescenței mijlocii regăsim ca și aspecte ce trebuie luate în calcul libertatea în sine și limitele acesteia, munca și profesiile, sexualitatea și experimentarea ei, și identitatea sexuală. Adolescența târzie vine la pachet cu idealism, inovație și descoperirea drumului propriu (Spock, 2019).

Bert Hellinger aduce în discuție și relațiile din familie, el le mai numește și ca relații de tip capcană. Într-o abordare de tip fenomenologică, prin care dacă anumite persoane nu au fost acceptate în sistemul familial pot apărea probleme în alte generații, această problemă sau efectele problemei se trag de la o cauză inconștientă care este transmisă printr-o formă inconștientă (Hellinger, Hovel, 2001).

O altă clasificare după Porot Antoine și Maurice, și de aici ne putem da seama și de cauzele pe care le menționează autorii, sunt după o personalitate patologică (psihopați, psihotici și prepsihotici), persoane care s-au adaptat în cadrul grupului care a exercitat presiune asupra individului și personalități care sunt imature. Dacă nu este o cauză de natură patologică în personalitatea persoanei, atunci în cadrul personalităților imature autorii îi încadrează pe adolescenți și pe cei cu întârzieri de maturizare.

Aici putem vorbi de adolescenții care au o fragilitate psihică, de cei care au un mediu care este propice comportamentelor de consum de droguri, cât și cei care au anumite trăsături care sunt predispuse la comportamente adictive (Porot, Porot, 1999).

Adolescentul este în perioada în care începe să se regăsească tot mai mult în rolurile ce țin de un adult și în momentul în care nu reușește este destul de greu să-și gestioneze emoțiile sau ajunge să nu mai poată ieși din acele roluri. Aici depinde și de rolurile prin care se identifică, că de multe ori se pot raporta la rolul unui adult care consumă droguri (Zarbock, Loose, Graaf, 2022).

În această perioadă se observă foarte mult nevoia de independență față de familie întrucât este și perioada prin care există necesitatea de a te desprinde de familie și acestea vin și cu nevoia de a construi perspective profesionale, doar că acestea pot veni cu o încărcătură psihică pentru adolescent și pot conduce la anumite comportamente adictive sau la schimbări de caracter (Zarbock, Loose, Graaf, 2022).

Dezvoltarea cogniției este un alt aspect ce trebuie adus în discuție întrucât, creierul este în proces de dezvoltare și în această perioadă. Aducem în prim plan gândirea abstractă, perspectiva de tip relativ asupra celor înconjurătoare. În perioada adolescenței, aceștia tind să meargă spre o gândire de autodevalorizare și de autoacuzații. Trecerea atitudinii egosintonice spre atitudinea egodistonică este tot o manifestare ce ține de această perioadă plină de schimbări. Autonomia, multele întrebări ce țin de propria identitate și stima de sine sunt piloni foarte importanți la care trebuie să ne raportăm pentru această categorie de vârstă, întrucât acestea pot duce la modificări comportamentale și la diferite trăiri interioare ale adolescenților dacă apar dezechilibre sau nu sunt gestionate eficient (Loose, Graaf, Zarbock, 2022).

Viktor Frankl, aduce în discuție lipsa unui sens în viață, lipsa de modele sănătoase pe care tinerii nu îl au în viață, și care poate conduce la refulări și chiar la a alege să nu mai urmeze viața și să renunțe la căutare și să dezvolte comportamente de suicid, oricare ar fi această formă, inclusiv un suicid lent prin consum de substanțe psihoactive (Frankl, .2022).

Bowlby aduce în discuție teoria atașamentului pe care a elaborat-o, iar prin aceasta putem să considerăm că în funcție de tipul de atașament al adolescentului, acesta poate fi predispus spre un grup sau spre altul (Buzducea, 2018) care să favorizeze un comportament adictiv și în același timp să-l și susțină. Putem să presupunem că poate fi și un grup de risc, iar prin acest aspect să discutăm despre o posibilă problematică.

3. *Motivele adicției*

Printre motivele adicției, conform lui Spock poate fi și asumarea riscurilor de către adolescenți, mai ales că este o perioadă prin care aceștia se cred indestructibili, și că nimic nu s-ar putea întâmpla cu ei. Această asumare a riscurilor are și ea partea ei bună întrucât prin aceasta ei învață deprinderi noi și își cresc și propria încredere, dar atunci când ne uităm pe fața cealaltă a monedei, observăm și fața întunecată, atunci când pentru a obține un grad de popularitate în cadrul grupului său cu care se identifică și ajunge să consume țigări, alcool sau droguri ilegale în majoritatea cazurilor aceste comportamente duc la instalarea dependenței fizice și/sau psihice (Spock, 2019).

Ca și motiv de asumare a acțiunilor de către adolescent este invocat și de către Dindelegan, făcând referire la o asumare a responsabilităților, urmată și de o valorizare a Sinelui cu acțiuni de opoziție față de valorile unui sistem sau mai multe. Autoarea menționează că, există o integrare corporal-spirituală și integrarea acesteia se poate realiza atunci când o persoană se raportează la evoluția sistemului corporal sub o formă asumată și la fel raportându-se și la destinul său, aici referindu-se ca sens existențial (Dindelegan, 2012).

Dacă această asumare nu este realizată de către adolescent atunci poate să conducă la comportamente posibil dăunătoare pentru sănătatea sa fizică și psihică sau am putea spune că se va observa și o altă fațetă a acestei neasumări.

Dindelegan este unul din autori care ne arată că și personalitatea joacă un rol foarte important în a conduce adolescentul spre un consum de droguri. Aceasta pune accentul mai ales pe tulburările de personalitate (Dindelegan, 2012)

Hellinger nu aduce în discuție motive ale adicție, ci el aduce în discuție o întreagă paletă care are semnificații pe toate planurile bunăstării vieții unei persoane, și în acest tablou putem introduce și adicțiile. Fapt pentru care motive care pot duce un adolescent de a avea o adicție poate fi și momentul în care datorită faptului că fiecare pesoană este legată de altă persoană în propriul lui sistem familial, cât și faptul că orice persoană are dreptul să aparțină, are propriul său loc și statut în cadrul sistemului familial, și dacă aceste așa zise reguli nu sunt respectate, pot să apară motive care să conducă spre o adicție. La fel și atunci când cineva a fost exclus sau nu se discută despre acea persoană, în viitor o persoană din cadrul sistemului familial la nivel inconștient se va identifica cu acea persoană, și la fel poate fi un motiv de adicție a unui adolescent (Godeanu, 2018).

Motiv de adicție poate fi și divorțul părinților sau atunci când unul sau ambii părinții sunt dependenți de alcool (Stancu 2018a). Dacă unui adolescent i s-au satisfăcut toate poftele încă din copilărie, fără ca familia să știe să impună unele limite sănătoase poate să conducă la a dezvolta o personalitate de tip hedonistă, și prin aceasta adolescenții să considere că tot ce le creează plăcere este considerat un aspect pozitiv, iar acest tip de gândire poate să conducă la un comportament adictiv de substanțe psihoactive (Stancu, 2018b).

Durerea și suferința foarte mare, din cauza unei pierderi a unui membru de familie, a unui adolescent în perioada adolescenței sau în copilăria acestuia, poate conduce și într-un comportament adictiv imediat sau mai târziu pe parcursul vieții dacă această durere nu este înțeleasă, nu este recunoscută sau dacă această durere nu este validată. Inclusiv pierderea unei relații de iubire din diferite cauze, poate conduce adolescentul la un comportament adictiv (Buzducea, 2018).

Mitrofan, menționează că o nevoie neîmplinită a adolescenților de a avea sprijin din partea părinților poate avea impact foarte mare pentru ei. Întrucât li se instalează reacții de durere datorită faptului că, aceștia experimentează o separare a unui obiect intern de care aceștia s-au atașat (Mitrofan, 2018).

În funcție de ce văd ca și comportamente la părinții lor, adolescenții pot să preia aceste comportamente ca și modele de coping, mai ales dacă părinții au dezvoltat comportamente adictive. Există probabilitatea ca și copiii sau adolescenții să dezvolte și ei acel comportament (Zarbock, Loose, Graaf, 2022). Motiv al adicției poate fi și faptul că datorită hiperactivității aceștia să caute să consume substanțe psihoactive pentru a-și liniști activitatea motorie și anxietatea pe care la nivelul subiectiv ei o percep mai crescută decât este în realitate (Cucu-Ciuhan , 2014). Opoziționismul provocator poate fi o altă formă de motivare a consumului de substanțe psihoactive de către adolescenți. Acestea pot fi din varii motive și trebuie luate individual (Cucu-Ciuhan, 2014). Abuzul fizic, emoțional sau sexual din copilăria unui adolescent poate să conducă la comportament adictiv. Inclusiv, comportamentul de neglijență manifestat asupra adolescentului în copilărie pote să conducă la a dezvola un comportament adictiv de substanțe psihoactive (Veleanovici, Marc, 2014).

Autorii Veleanovici și Marc, mai menționează ca și posibile situații care să conducă la motive de consum, intoxicațiile non-accidentale din istoricul copilăriei sau vieții intra-uterine, sindromul copilului scuturat,violența prin internet la care a luat parte în viața sa de zi cu zi de la o vârstă foarte

fragedă, sindromul Münchausen sau Stockholm în cazul în care acesta s-a instalat la adolescent. Maltratarea în copilărie și nu numai, poate conduce adolescentul în consum de droguri (Veleanovici, Marc, 2014).

Agresivitatea care se manifestă în adolescență asupra adolescentului de către grupul de prieteni poate să conducă la un comportament adictiv al acestuia. În această perioadă cel mai des, agresivitatea este manifestată verbal, indirect sau social, mai puțin fizic. Conform Anghel, observăm ca forme de agresivitate, cum ar fi răspândirea de minciuni, o coaliție a celorlalți pentru a-l exclude din grup, hărțuirea, injuriile, glumele cu tentă răutăcioasă, insultele la adresa adolescentului și trebuie să se țină cont de acest aspect pentru că pentru cel în cauză sunt foarte importante (Anghel, 2014a).

Sexualitatea este o componentă greu de gestionat de adolescenți, întrucât nici nu sunt ajutați prin programe de psihoeducație și sexualitatea este considerată încă tabu și prin acest aspect adolescenții datorită internalizării diferite a informației și de multe ori chiar eronată de pe internet sau din alte surse de cele mai multe ori poate să genereze așteptări care nu sunt în concordanță cu realitatea și chiar foarte multe angoase. Acestea pot duce către o schimbare comportamentală sau chiar către un consum de substanțe psihoactive (Anghel, 2014b).

Imaginea sexuală este un pilon foarte important pentru adolescent, ea fiind parte din Eul corporal și psihologic care sunt înglobate în conștiința de sine (Mitrofan, Ciupercă, 2002). Adolescentul caută să-și clarifice identitatea, în tot ansamblul ei, după ce reușește să-și echilibreze partea emoțională (Negreț, 2014a). În cazul în care nu reușește acesta poate să conducă către un consum de substanțe.

Anna Freud a asociat comportamentul adictiv cu persoanele care au rămas blocate în stadiul oral și au avut un parcurs mai dificil sau chiar defectuos cu tendința spre autodistructivitate (Freud, 2002).

Comportamentul de rebeliune al adolescentului față de familia sa este menționat de către Negreț ca fiind o normalitate spre independența acestuia. Tot spre normalitate este și dependența care se adaugă față de persoanele de aceeași vârstă, dar problema care apare este presiunea grupului. Întrucât, adolescentul este încă într-o etapă vulnerabilă, acesta poate în funcție de grupul din care face parte să se ducă într-un comportament adictiv pe care grupul îl adoptă (Negreț, 2014a).

Forța interioară care conduce adolescentul spre independență, se poate manifesta într-un mod armonios dacă voința acestuia se poate manifesta fără elemente care pot constrânge. Parenting-ul incomplet poate duce la depresie, anxietate, singurătate, stimă de sine, ostilitate și agresivitate, care la rândul lor pot conduce mai departe la dezvoltarea unor comportamente adictive în viitor (Bonchiș, Dindelegan, 2011).

Concluzii

Provocările adolescenței sunt continue și dinamice, în funcție și de contextul sociocultural și de perioada de timp în care acest context se regăsește. Comunicarea dintre adolescenți și părinți joacă și ea un rol vital pentru dezvolarea acestora. O comunicare deschisă și bazată pe respect reciproc, având în vedere că fiecare este o ființă umană, ceva sacru. Se observă și o acceptare a ideii de integrare corporal-spirituală în cele expuse mai sus. Totodată, se observă și o acceptare a ideii de integrare a spiritualității atunci când vorbim de anumite cauze ale unei probleme sau mai ales a unei adicții, deci nevoia unei abordări integrate pe următoarele paliere bio-psiho-socio-spirituale.Anumite studii ne arată cum în funcție de tipurile de droguri consumate ne pot duce cu gândul la anumite cauze specifice care să fi facilitat acel tip de drog și nu altul. Înțelegerea modului și în același timp și recunoașterea dezvoltării problemelor apărute în adolescență, ne poate ajuta să optimizăm cât mai eficient programe de profilaxie pentru adolescenții cu comportamente adictive de substanțe psihoactive (Anghel, 2014a).

Bibliografie

1. Anghel (Stemate), Ramona. Capitolul VII: Manifestările agresive și comportamentale delincvente ale adolescenților – intervenția terapeutică. În: *Copii și adolescenți: probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică*. Cucu-Ciuhan, Geanina, Vladislav, elena, Otilia, Anghel-Stemate, Ramona, Negreț, Mădălina, Albișor, Grațiela, Olteanu, Andreea, Veleanovici, Armand, Marc, Gabriela, coord. Mitrofan, Iolanda. București: Editura SPER, 2014. pp. 242-262. ISBN 978-606-8429-34-2
2. Anghel (Stemate), Ramona. Capitolul VIII: Problemele dezvoltării psihosexuale în adolescență – intervenția psihoterapeutică. În: *Copii și adolescenți: probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică*. Cucu-Ciuhan, Geanina, Vladislav, Elena, Otilia, Anghel-Stemate, Ramona, Negreț, Mădălina, Albișor, Grațiela, Olteanu, Andreea, Veleanovici, Armand, Marc, Gabriela, coord. Mitrofan, Iolanda. București: Editura SPER, 2014. pp. 263-285. ISBN 978-606-8429-34-2
3. Bîrle, Delia. Capitolul IV: Gratitudinea la vârsta copilăriei și adolescenței. În: Psihologia Gratitudinii: perspective teoretice și implicații practice, Roman, Daniela, Bîrle, Delia, Anghel Stănilă, Elena, SECUI, Monica, Liana, Drugaț, Marius, Dindelegan, Camelia, Maria, Dindelegan, Vasile, Marin, coord. Bonchiș, Elena. București: Editura SPER, 2024. pp. 66-75 ISBN 978-606-8429-78-6
4. Bîrle, Delia, Lazăr, Adela. Capitolul 4: Tendința spre plictiseală la vârsta adolescenței. În: Plictiseala la copii și adolescenți: O perspectivă psihologică, coord. Bonchiș, Elena. Iași: Editura Polirom, 2022. pp. 97-113. ISBN 978-973-46-8906-4
5. Bîrle, Delia, Roman, Daniela. Partea III: Programe de consiliere psiho-educaționale. În: *Dezvoltarea socio-emoțională a copilului și adolescentului în condiții de parenting incomplet*. Dindelegan, Camelia, Secui, Monica, Bîrle, Delia, Roman, Daniela, Stan, Rosana, (coord.) Bonchiș, Elena, Oradea: Editura Universității din Oradea, 2011. pp. 93-182. ISBN 978-606-10-0641-0
6. Bonchiș, Elena, Dindelegan, Camelia. Partea I: Fundamentare teoretică. În: *Dezvoltarea socio-emoțională a copilului și adolescentului în condiții de parenting incomplet*. Dindelegan, Camelia, Secui, Monica, Bîrle, Delia, Roman, Daniela, Stan, Rosana, (coord.) Bonchiș, Elena, Oradea: Editura Universității din Oradea, 2011. pp. 11-51. ISBN 978-606-10-0641-0
7. Buzducea, Doru. Capitolul XIII Psihosocioterapia pierderilor multiple. Transmutarea suferinței și tehnici de supraviețuire – abordare existențială și spirituală. În: *Psihoterapie (Repere Teoretice, Metodologice și Aplicative)*, Ed. a 2-a, Mitrofan Iolanda. București: Editura SPER, 2018. pp. 337-362.ISBN 978-606-8429-67-0.
8. Cecan, Diana, Racu, Iulia. Anxietatea și stările depresive ale adolescenților. În: *„Cercetarea în ştiinţe ale educaţiei şi în psihologie: provocări, perspective*", conferinţă ştiinţifică naţională, 16 septembrie 2021, Chişinău. Chişinău: "Print-Caro" SRL, 2021, pp. 252-257. ISBN 978-9975-56-934-7.
9. Cheianu, Silvia. Aspecte generale privind criminalul de drog din perspectiva psihologică. În: *Vector European*, 2015, nr. 2, pp. 118-123. ISSN 2345-1106
10. Cucu-Ciuhan, Geanina. Capitolul 1: Psihopatologia copilului și adolescentului. În: *Copii și adolescenți: probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică*. Cucu-Ciuhan, Geanina, Vladislav, Elena, Otilia, Anghel-Stemate, Ramona, Negreț, Mădălina, Albișor, Grațiela, Olteanu, Andreea, Veleanovici, Armand, Marc, Gabriela, coord. Mitrofan, Iolanda. București: Editura SPER, 2014. pp. 13-66. ISBN 978-606-8429-34-2
11. Dindelegan, Camelia. *Incursiune în psihopatologie și psihologie clinică*. București: Editura SPER, 2012. 234 p. ISBN 978-606-8429-13-7.
12. Frankl, Viktor, Emil. *Spune da vieții. Orice s-ar întâmpla*. București: Editura Litera 2022. 144 p. ISBN 978-606-33-7398-5
13. Freud, Anna. *Normal și patologic la copil. Evaluări ale dezvoltării*. București: Editura Fundației Generația, 2002. 210 p. ISBN 973-85683-3-1.
14. Godeanu (Stoica), Cristina, Denisa. Capitolul XIV Psihoterapia în toxicodependență: Modul III. Relații-capcană în familia toxicomanului. În: *Psihoterapie (Repere Teoretice, Metodologice și Aplicative)*, Ed. a 2-a, Mitrofan Iolanda. București: Editura SPER, 2018. pp.466-501. ISBN 978-606-8429-67-0.

15. Golovei, Lilia, Savca, Lucia. Psihologia interacţiunii familie-şcoala prietenoasă copilului. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică* , 2011, nr. 3, pp. 90-95. ISSN 1857-2502.
16. Hellinger, Beck, Hovel, Gabrielle. *Constellations familiales*. Gap: Editura Le Souffle d'Or, 2001. 250 p. ISBN 978-284-0581-98-7.
17. Jelescu, Raisa, Savca, Lucia. Profilaxia şi terapia stresului şcolar. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică*, 2009, nr. 2, pp. 55-66. ISSN 1857-2502.
18. Loose, Christof, Graaf, Peter. Capitolul 5: Terapia schemelor în cazul adolescenților. În: *Terapia schemelor pentru copii și adolescenți*. Loose, Christof, Graff, Peter, Zarbock, Gerhard (coord.). București: Editura Trei, 2022. pp. 215-251. ISBN 978-606-40-1568-6
19. Mitrofan, Iolanda. *Psihoterapie (Repere Teoretice, Metodologice și Aplicative)*, Ed. a 2-a. București: Editura SPER, 2018. 526 p. ISBN 978-606-8429-67-0.
20. Mitrofan, Iolanda, Ciupercă, Cristian. *Psihologia vieții de cuplu*. București: Editura SPER, 2002. 500 p. ISBN 973-8383-13-7
21. NEGREȚ, Mădălina. Capitolul IX: Adolescenții și dependența. În: *Copii și adolescenți: probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică.* Cucu-Ciuhan, Geanina, Vladislav, Elena, Otilia, Anghel-Stemate, Ramona, Negreț, Mădălina, Albișor, Grațiela, Olteanu, Andreea, Veleanovici, Armand, Marc, Gabriela, coord. Mitrofan, Iolanda. București: Editura SPER, 2014. pp. 286-302. ISBN 978-606-8429-34-2
22. Negreț, Mădălina. Capitolul X: Adolescentul stigmatizat: provocări, blocaje și șanse de evoluție. În: *Copii și adolescenți: probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică*. Cucu-Ciuhan, Geanina, Vladislav, Elena, Otilia, Anghel-Stemate, Ramona, Negreț, Mădălina, Albișor, Grațiela, Olteanu, Andreea, Veleanovici, Armand, Marc, Gabriela, coord. Mitrofan, Iolanda. București: Editura SPER, 2014. pp. 303-319. ISBN 978-606-8429-34-2
23. Porot, Antoine, Porot, Maurice. *Toxicomaniile*. București: Editura Științifică, 1999. 218 p. ISBN 973-44-0273-0.
24. Racu, Igor, Tabora, Marina. Dezvoltarea stimei de sine la adolescenţii agresivi. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistenţă Socială*, 2014, nr. 34, pp. 36-46. ISSN 1857-0224.
25. Racu, Iulia. Anxietatea și trăsăturile de personalitate la adolescenți. În: *Integrare prin cercetare si inovare*. Științe sociale, 10-11 noiembrie 2020, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 2020, R, SS, pp. 36-40. ISBN 978-9975-152-54-9.
26. Racu, Iulia, Damaschin, Cătălina. Starea de bine și optimismul la adolescenți. În: *Acta et commentationes (Ştiinţe ale Educaţiei)*, 2023, nr. 1(31), pp. 147-156. ISSN 1857-0623. DOI: https://doi.org/10.36120/2587-3636.v31i1.147-156
27. Racu, Iulia, Melniciuc, Galina. Bunăstarea psiho-emoțională a adolescenților în contextul noilor realități. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistenţă Socială*, 2021, nr. 1(62), pp. 119-127. ISSN 1857-0224
28. Racu, Iulia, Stanciu, Mirela. Cercetarea experimentală a emoțiilor negative în adolescență. În: *Science and education: new approaches and perspectives*, Ed. 25, 24-25 martie 2023, Chișinău. Chișinău: CEP UPSC, 2023, Seria 25, Vol.1, pp. 57-61. ISBN 978-9975-46-773-5. DOI: https://doi.org/10.46727/c.v1.24-25-03-2023.p57-61
29. Racu, Iulia, Vlas, Irina. Diferențe de gen în manifestarea stresului la adolescenți. În: *Vector European*, 2021, nr. 1, pp. 168-172. ISSN 2345-1106. DOI: https://doi.org/10.52507/2345-1106.2021-1.31
30. Racu, Iulia, Vlas, Irina. Diminuarea stresului la adolescenți. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistenţă Socială*, 2020, nr. 2(59), pp. 84-95. ISSN 1857-0224
31. SAVCA, Lucia. Ariile de influenţă în ameliorarea comportamentului hiperchinetic la elevi. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică*, 2009, nr. 4, pp. 53-63. ISSN 1857-2502.
32. Savca, Lucia. Aspecte ale securității sănătății copiilor . În: *Securitatea psihologică la copii în perioadă de criză*, Chișinău: CEP UPSC, 2023, pp. 39-44. ISBN 978-9975-46-824-4.
33. Savca, Lucia. Masă rotundă: problema educaţiei sexuale o necesitate a secolului . În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică* , 2012, nr. 1, pp. 89-96. ISSN 1857-2502.
34. Savca, Lucia. Obstacole în calea fericirii. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică* , 2015, nr. 1-2, pp. 89-95. ISSN 1857-2502.

35. Savca, Lucia. Perspective psihologice în abordarea terapeutică a depresiei la preadolescenți. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică*, Nr. 4, 2010, pp. 28-35, ISSN 1857-2502
36. Savca, Lucia. *Psihologia personalității în dezvoltare*. Chișinău: Sirius, 2003. 152 p. ISBN 9975-921-35-3
37. Savca, Lucia. Rolul familiei în evoluţia la copil a comportamentului opozant . În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică* , 2012, nr. 1, pp. 52-59. ISSN 1857-2502.
38. Savca, Lucia. Singurătatea ca fenomen socio-psihologic la adolescenții în conflict cu legea. În: *Current Affairs and Perspectives in Psychological Research.* International conference of applied psychology, Ed. 2, Chișinău, Republic of Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 2022, Ediția 2, pp. 136-143. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.7356697
39. Savca, Lucia. Strategii de dezvoltare a toleranţei la frustrare. În: Psihologie, revista ştiinţifico-practică, 2010, nr. 1, pp. 50-56. ISSN 1857-2502.
40. Savca, Lucia. Violența domestică asupra copiilor. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică*, 2017, nr. 3-4(31), pp. 69-76. ISSN 1857-2502.
41. Savca, Lucia, Patrașcu, Alina. Efectele tipului de atașament asupra comportamentului la adolescenți. În: *Psihologia în mileniul III – provocări și soluții*, 25-26 octombrie 2019, Bălți. Bălți: Universitatea de Stat „Alecu Russo" din Bălţi, 2020, Vol.1, pp. 115-120. ISBN 978-9975-50-246-7.
42. Savca, Lucia, Trubca, Tatiana. Sentimentul de gelozie la tineri (în normalitate şi patologie). În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică* , 2019, nr. 1-2 (34), pp. 3-10. ISSN 1857-2502.
43. Secui, Monica, Bîrle, Delia, Stan, Rosana. Partea II: Dezvoltarea socială și emoțională a copilului și adolescentului în condiții de parenting incomplet. Cercetare preliminară. În: *Dezvoltarea socio-emoțională a copilului și adolescentului în condiții de parenting incomplet*. Dindelegan, Camelia, Secui, Monica, Bîrle, Delia, Roman, Daniela, STAN, Rosana, (coord.) Bonchiș, Elena, Oradea: Editura Universității din Oradea, 2011. pp. 57-92. ISBN 978-606-10-0641-0
44. Spock, Benjamin. *Dr. Spock. Îngrijirea sugarului și a copilului*, Ed. a IX-a. București: Editura Sian Books, 2019. 850 p. ISBN 978-606-8657-37-0.
45. Stancu, Ioana. Capitolul X Consilierea și psihoterapia copilului în situații familiale de risc. În: *Psihoterapie (Repere Teoretice, Metodologice și Aplicative)*, Ed. a 2-a, MITROFAN Iolanda. București: Editura SPER, 2018. pp.274-281. ISBN 978-606-8429-67-0.
46. Stancu, Ioana. Capitolul XIV Psihoterapia în toxicodependență. Modul I. Abordarea individuală a toxicomanilor. În: *Psihoterapie (Repere Teoretice, Metodologice și Aplicative)*, Ed. a 2-a, Mitrofan Iolanda. București: Editura SPER, 2018. pp.363-417. ISBN 978-606-8429-67-0.
47. Veleanovici, Armand, Marc, Gabriela. Capitolul IV: Abuzul și neglijarea copilului. În: *Copii și adolescenți: probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică*. Cucu-Ciuhan, Geanina, Vladislav, Elena, Otilia, Anghel-Stemate, Ramona, Negreț, Mădălina, Albișor, Grațiela, Olteanu, Andreea, Veleanovici, Armand, Marc, Gabriela, coord. Mitrofan, Iolanda. București: Editura SPER, 2014. pp. 134-195. ISBN 978-606-8429-34-2
48. Vlas, Irina, Racu, Iulia. Particularitățile strategiilor de coping la adolescenți. În: *Dezvoltarea personală și integrarea socială a actorilor educaționali*, 12 noiembrie 2021, Chișinău. Chișinău: CEP UPS, 2021, pp. 85-89. ISBN 978-9975-46-570-0.
49. Zarbock, Gerhard, Loose, Christof, Graaf, Peter. Capitolul 1: Fundamentele aplicării terapiei schemelor la copii și adolescenți. În: *Terapia schemelor pentru copii și adolescenți*. LOOSE, Christof, Graaf, Peter, Zarbock, Gerhard (coord.). București: Editura Trei, 2022. pp. 26-105. ISBN 978-606-40-1568-6

ROLUL SOCIAL AL BISERICII ÎN PREVENIREA TRAFICULUI DE PERSOANE

Liliana Elisabeta ORZA
Doctorand domeniul Sociologie în cadrul Facultății de Filosofie și Științe Social-Politice,
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" din Iași

Rezumat

Fenomenul traficului de persoane pune în pericol orice societate democratică atât prin formele de manifestare cât și prin consecințele dezastruoase pe care le produce la nivel uman, social, economic, legislativ etc. Împotrivindu-ne acestui fenomen apărăm valorile democrației și utilizăm în mod constructiv resursele de care dispune societatea.

Succesul în această acțiune este dat de răspunsul concertat al instituțiilor antitrafic, atât cel din plan judiciar, cât și cel din planul protecției și asistenței victimelor traficului de persoane. Între aceste resurse se află Biserica, ea având impact major atât în prevenirea și stoparea traficului de persoane, cât și în recuperarea victimelor. Abordarea acestui subiect din perspectivă interdisciplinară aduce un plus de valoare în ceea ce privește identificarea unor noi modalități de prevenire, dar și de combatere a acestui fenomen. Articolul are ca scop prezentarea nivelului de implicare a Instituției Bisericii în prevenirea și combaterea acestui fenomen, cercetarea fiind aplicată în județul Suceava .

Ca metodă a fost aleasă metoda focus grupului aplicat unui număr de șase preoți ortodocși din diferite parohii, șase preoți catolici și cinci reprezentanți ai cultelor protestante (selecția acestor culte a fost conform statisticii privind numărul de credincioși afiliați cultelor din județul Suceava realizată de Institutul Național de Statistică 88, 4% ortodocși, 6,3% cultul protestant și 1,2 % catolici). În respondenții din cadrul cultelor protestante au fost incluși pastori protestanți, baptiști sau creștini după evanghelie, apartenența fiind declarată pe propria răspundere.

Cuvinte cheie: Trafic de persoane, Victime ale traficului de persoane, Exploatare, Exploatare sexuală, Factori de risc, Strategia Națională Împotriva Traficului de Persoane, Focus Grup, Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane ANITP.

1. Introducere

Abordarea traficului de persoane din perspectivă legislativă (forțe de ordine, instanțe de judecată) este completată și de abordarea fenomenului din perspectivă socială (organizații nonguvernamentale și furnizori de servicii sociale). În legislațiile internaționale și naționale, Biserica și grupurile spirituale sunt menționate ca și parteneri în lupta împotriva acestui flagel. Consecințele psihologice și implicațiile etice ale acestui fenomen determină ca Biserica și asociațiile nonguvernamentale religioase să reacționeze și să aibă un rol important. Preocupările acestora asupra acestui subiect s-au materializat în diferite conferințe și mese rotunde, dar și sesiuni de informare a preoților/pastorilor de către specialiștii antitrafic în ultima perioadă atât la nivelul Bisericii Ortodoxe, cât și a Bisericii Catolice, dar și a altor confesiuni religioase.

2. Cadru teoretic

Dincolo de respectarea drepturilor omului, Instituția Bisericii consideră traficul de persoane un păcat grav, ce contrazice principiile fundamentale ale învățăturii creștine despre demnitatea umană. Conform Codului Penal aprobat prin Legea 286/2009 (cu modificările și completările ulterioare) art.210, în România infracțiunea de trafic de persoane este definită ca:

„Recrutarea, transportarea, transferarea, adăpostirea sau primirea unei persoane în scopul exploatării acesteia, săvârșită: a) prin constrângere, răpire, inducere în eroare sau abuz de autoritate; b) profitând de imposibilitatea de a se apăra sau de a-şi exprima voința ori de starea de vădită vulnerabilitate a acelei persoane; c) prin oferirea, darea, acceptarea sau primirea de bani ori de alte

foloase în schimbul consimțământului persoanei care are autoritate asupra acelei persoane, se pedepsește cu închisoarea de la 5 la 12 ani și interzicerea exercitării unor drepturi."

Când vorbim despre vulnerabilitate ne referim atât la vulnerabilitatea situațională, circumstanțială sau personală care a predispus persoana la acest tip de infracțiune. Atât în legislația internațională, cât și cea națională, traficul de persoane are următoarele forme: exploatarea sexuală (cu formele conexe cum ar fi obligarea la prostituție, pornografia infantilă), exploatarea prin muncă (în agricultură, construcții, domeniul hotelier etc.), obligarea la cerșetorie, obligarea la comiterea de infracțiuni (ex. furturi), prelevarea ilegală de organe. În România, pornografia infantilă este prevăzută în Codul Penal în categoria infracțiunilor care aduc atingere unor relații privind conviețuirea socială, respectiv Infracțiuni contra ordinii și liniștii publice dar conform Noului Mecanism de Identificare și Referire a Victimelor Traficului de Persoane este o infracțiune conexă infracțiunii de trafic de persoane fiind cercetată de aceeași instituție.

Privind acest fenomen din punct de vedere istoric, dar și din perspectiva amplificării lui de-a lungul timpului, traficul de persoane, așa cum este definit azi în Convențiile Internaționale și Codurile Penale specifice legislațiilor naționale, este vechea sclavie pe care o găsim în vechile scrieri de la începutul vremurilor. ,,Curtea Europeană a Drepturilor Omului a notat că, la fel ca și sclavia, traficul ființelor umane, prin natura și scopul de exploatare, este bazat pe exercitarea puterii atașată dreptului de proprietate; acesta tratează ființele umane în calitate de produse care pot fi cumpărate și vândute și impuse cu forța să lucreze; implică supravegherea îndeaproape a activităților victimei, ale cărei mișcări adesea sunt limitate și implică folosirea violenței și a amenințărilor asupra victimei" (Ștefănoaia, M., 2012, p. 85).

La nivel național, Mecanismul de Identificare și Referire a victimelor traficului de persoane nominalizează categoria profesională a preoților/pastorilor, ca și parteneră a membrilor instituțiilor specializate în lupta împotriva traficului de persoane (polițiști, avocați, asistenți sociali, medici, cadre didactice etc.). Rolul preoților/pastorilor în comunitățile din România continuă să fie foarte important și nu trebuie să fie subestimat. Din punct de vedere legislativ traficul de persoane începe cu etapa recrutării, apoi transportul, transferul, cazarea sau adăpostirea și la final exploatarea. Din perspectivă psihologică vulnerabilitatea victimei apare cu mult timp în urmă. Aici se are în vedere sărăcia, istoricul de abuz sau neglijare în familia de origine, factori ce țin de comunitate și excluziune socială, dizabilități, migrația nereglementată, dar și proveniența dintr-o zonă cu conflicte armate.

Specific tuturor acestor etape este faptul că, mijloacele de realizare sunt caracteristice criminalității: fraudă, răpire, abuz de autoritate, șantaj, amenințare, forță, oferirea sau acceptarea unei plăți pentru obținerea consimțământului. O singură persoană (traficantul) poate comite infracțiunea în toate etapele de desfășurare (de la recrutare până la exploatare), dar în cele mai multe situații procesul de traficare este susținut de o grupare infracțională, în care fiecare individ are rolul lui în aceste etape (aici ne putem referi și la indivizii din comunitate care semnalizează persoana vulnerabilă; persoane care se ocupă de perfectarea actelor false sau cele implicate în organizarea transportului; angajatorii sau proprietarii de bordeluri; proprietarii de fabrici sau proprietarii de terenuri care au nevoie de forță de muncă cât mai ieftin; solicitanți de servicii sexuale etc.).

Tocmai aceste argumente stau la baza implicării Instituției Bisericii în reducerea efectelor acestui flagel. Fiind în permanent contact cu credincioșii, atât pe parcursul slujbelor religioase, cât și cu diferite ocazii (nunți, botezuri, înmormântări etc.), preoții/pastorii din țara noastră au ocazia să sesizeze anumite aspecte în comunitatea unde profesează. Observarea și sesizarea unor vulnerabilități care ar putea deveni factori de risc pentru acest tip de infracțiune, dar și implicarea concretă în

reintegrarea unei victime a traficului de persoane în comunitate sunt doar câteva din acțiunile pe care această categorie profesională le poate realiza. O parte din aceștia sunt și profesori de religie la diverse unități școlare (școli primare, gimnaziale și licee) ceea ce este un mare avantaj. ,,Religia, după cum știți, este mai mult decât o materie de studiu informațională. Profesorul de religie se adresează mai mult sufletului decât minții tânărului," a declarat Prof. Diac. Nicu D. Octavian cu prilejul seminarului ,,Participarea Bisericii Ortodoxe Române la prevenirea și combaterea traficului de ființe umane" susținut în 2001. (Îndrumar pastoral, 2003, p. 20).

Reintegrarea în comunitate se face mai ușor, iar vindecarea spirituală stă la baza vindecării psihice și fizice. De multe ori, victimele nu se adresează psihologului sau organelor de cercetare penală (din diverse motive: rușine, frică, lipsa resurselor materiale etc.), dar vorbesc cu preotul/pastorul și sesizarea rămâne pe acest palier. Biserica, fiind situată chiar în centrul comunităților din punct de vedere al interesului, are cunoștințe, putere și resurse care ar fi bine utilizate în cooperare cu alte structuri guvernamentale și nonguvernamentale pentru a preveni și reduce traficul de persoane. Încrederea în această categorie profesională rămâne la cote înalte mai ales în mediul rural. Este o resursă importantă în lupta împotriva fenomenului și ar putea contribui în mod semnificativ la reducerea efectelor pe plan național. Această instituție are un rol important în creșterea gradului de conștientizare și la nivelul indivizilor care contribuie la creșterea cererii de servicii sexuale, dar și a angajatorilor care nu respectă legislația muncii privind respectarea drepturilor angajaților.

În prezent, România are o legislație complexă și cuprinzătoare asupra fenomenului de trafic de persoane. Începând cu anul 2006 (când s-a constituit Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane) la un interval de 4 ani a fost elaborată câte o Strategie Națională Împotriva Traficului de persoane, act care a statuat rolul fiecărui organism guvernamental și nonguvernamental în lupta împotriva traficului de persoane.

Obiectivele stabilite în Strategie sunt aduse la îndeplinire numai printr-un efort comun, concertat întrucât acest fenomen, prin magnitudinea lui, necesită forțe multiple de contracarare. Scopul acestui act normativ elaborat la nivel guvernamental are în vedere patru piloni: prevenirea fenomenului, pedepsirea traficanților, protecția și reintegrarea socială a victimelor, dar și parteneriatul împotriva acestui fenomen. Agenția Națională Împotriva Traficului de persoane are parteneriate cu organizații neguvernamentale internaționale și naționale urmărind mai multe obiective: prevenire, legislație și reintegrarea socială a victimelor. Pe lângă diferite asociații laice cum ar fi UNICEF, eLiberare, Asociația pentru dezvoltarea Practicilor Alternative de Reintegrare și Educație (ADPARE), Salvați Copiii ș.a. în rândul partenerilor sunt menționate și asociații religioase cum ar fi Asociația Ecumenică a Bisericilor din România – AIDRom (București), Fundația ,,Episcop Melchisedec'' Bacău, Asociația "Sfinții Spiridon și Irina" Pitești, Asociația "Lumină Lină" Suceava (web ANITP).

Conform Mecanismului de Identificare și Referire a Victimelor Traficului de Persoane la acordarea serviciilor de asistență în ceea ce privește reintegrarea și reinserția acestora ,,victimele traficului de persoane vor primi tratament egal, indiferent de gen, orientare sexuală, origine etnică sau rasială, vârstă, credințe și practici religioase, convingeri politice, mediu de proveniență social și cultural". După primul protocol semnat între Patriarhia Română și Ministerul de Interne în cursul anului 2003 (Goschin et al, 2009, p. 255), în data de 10.12.2020 cu ocazia Zilei Internaționale a Drepturilor Omului a urmat semnarea protocolului între Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane și Biserica Ortodoxă (*basilica.ro*).

La nivel internațional, o dovadă a conștientizării rolului pe care îl are Instituția Bisericii în prevenirea și combaterea acestui fenomen în cadrul preocupărilor din cadrul bisericii este punerea pe

agendă a acestei problematici la nivelul tuturor confesiunilor. ,,De exemplu, în 2014, principalii lideri globali din marile religii ale lumii, inclusiv creștinismul, islamul, iudaismul, hinduismul și budismul, au semnat Declarația comună a liderilor religioși împotriva sclaviei moderne ”(K. Logan et N. Kagotho, 2022, p. 227). Cu această ocazie, Papa Francisc a declarat ,,Chemăm la acţiune toate persoanele de credinţă, liderii, guvernele, firmele, pe toţi bărbaţii şi femeile de bunăvoinţă, pentru ca să dea sprijinul lor puternic şi să se alăture mişcării împotriva sclaviei moderne, în toate formele sale.”

„Traficul de persoane este un păcat grav, care afectează integritatea chipului lui Dumnezeu în om....Dumnezeu nu a dat nimănui drept de viață și de moarte asupra omului și nimeni nu are dreptul să transforme persoana umană în obiect de profit,“ a declarat Preafericitul Daniel în 2008 la deschiderea seminarului „Acțiunea creștină împotriva traficului de persoane. Combaterea traficului de ființe umane - dincolo de aparențe“.

Decalogul Combaterii Traficului de Persoane inițiat de către Arhiepiscopul Calinic al Sucevei și Rădăuților în anul 2022 confirmă implicarea activă a bisericii ortodoxe în lupta împotriva traficului de persoane la nivel național. „Manifestaţi prudenţă faţă de cei care nu respectă demnitatea și drepturile fundamentale ale omului, pentru a nu vă transforma în obiect de profit, în marfă, în instrument de escrocare a celor de bună-credinţă.” (https://basilica.ro/decalogul-combaterii-traficului-de-persoane-propus-de-arhiepiscopul-sucevei-si-radautilor).

3. Studiu pe bază de focus-grup: ” Biserica- instituție importantă în prevenirea traficului de persoane și reintegrarea socială a victimelor”

3.1 Contextul cercetării

Prezenta cercetarea a fost realizată în perioada ianuarie - martie 2025 cu reprezentanți ai cultului ortodox, catolic și protestant din județul Suceava. Pentru mărirea probabilității ca aceștia să aibă o oarecare experiență sau familiaritate cu acest fenomen din perspectivă profesională, am contactat Arhiepiscopia Sucevei și Rădăuților și Episcopia Romano Catolică din Iași pentru a indica un număr minim de preoți, urmată de tehnica bulgărelui de zăpadă pentru a ajunge la un număr de 6 preoți reprezentativi pentru fiecare cult.

Metoda exclusivă a eșantionării prin tehnica bulgărelui de zăpadă a fost utilizată în cazul celor 5 pastori evanghelici selectați din județul Suceava. Majoritatea respondenților erau implicați în activități de voluntariat sau aveau propriile fundații în vederea întrajutorării categoriilor vulnerabile identificate în aria de competență.

Obiectivele acestui studiu aplicat la nivelul județului Suceava au fost: stabilirea activităților specifice de implicare a Instituției Bisericii în lupta împotriva traficului de persoane; identificarea unor noi modalități de implicare a Bisericii în prevenirea traficului de persoane și în protecția victimelor precum și propunerea unor activități prin care Biserica să se implice în asistența acordată victimelor traficului de persoane dar și în acțiunile de advocacy.

3.2. Întrebările cercetării

1. Care sunt activitățile specifice de implicare a Instituției Bisericii în lupta împotriva traficului de persoane? 2. Care sunt modalitățile concrete de implicare a Bisericii în prevenirea traficului de persoane și în protecția victimelor? 3.Care sunt modalitățile de eficientizare a activităților Bisericii în reducerea fenomenului de trafic de persoane la nivel național?

3.3 Metoda cercetării

Ștefan Cojocaru prezintă focus grupul ca fiind o “discuție de grup planificată organizată pentru obținerea percepțiilor legate de o arie de interes strict delimitată, desfășurată într-un mediu permisiv; discuția este relaxată și adesea plăcută pentru participanții care își împărtășesc ideile și percepțiile;

membrii grupului se influențează reciproc, răspunzând ideilor și comentariilor" (Cojocaru, Ș., 2005, p. 1134). Focus group este o metodă de cercetare diferită de interviul de grup. „Interviul este un instrument care poate fi utilizat cu mult succes, dar trebuie să ținem cont de anumite variabile (pregătirea acestuia, respondenți voluntari sau nu, vechimea și experiența respondentului, locul unde se ține interviul etc.) (Neamțu, Gh., Stan, D., 2005, p. 48). Fiind un studiu explorativ al experienței preoților/pastorilor, selectarea respondenților din cele trei culte reprezentative din perspectivă numerică în jud. Suceava a fost importantă recrutarea unei secțiuni transversale de lideri religioși locali.

3.4 Rezultatele cercetării

Participanții au răspuns întrebărilor puse în ghidul de interviu prin împărtășirea experiențelor proprii și ideilor personale. De remarcat este faptul că, printre respondenți au fost identificați și preoți/pastori care au lucrat în „prima linie" în ceea ce privește identificarea victimelor. Este vorba de un pastor protestant care în urma cu șase ani a activat în Roma în cadrul unei organizații numită „Schiavitù Mai Più". Alături de parteneri din mai multe țări (cei mai mulți din România) luau legătura cu persoane ce practicau prostituția (printre ele și victime ale traficului de persoane pe străzile Romei) încercând să le fie alături din punct de vedere spiritual dar și material. Atunci când își manifestau voința proprie de a ieși din situația în care se aflau erau preluate și cazate în spații puse la dispoziție de către Biserica Catolică din Italia unde li se acordau servicii de asistență socială atât în urgență cât și pe termen lung.

Interviul de tip focus grup la categoria preoților ortodocși și pastorii protestanți s-a desfășurat în format fizic în spații puse la dispoziție de respondenți dar în cazul preoților catolici interviul s-a desfășurat în format online (distanța fiind foarte mare între respondenți). În general, respondenții își desfășoară activitatea de pastorație în comunități din județul Suceava. O singura excepție a fost înregistrată în cadrul preoților catolici conform căreia un preot care a fost timp de 17 ani în diferite parohii de pe raza județului Suceava, la momentul interviului fiind repartizat în jud. Botoșani. În ceea ce privește criteriul mediului de desfășurare a activității, s-a evidențiat următoarea situație:

Categorie	Mediul urban - 7	Mediul rural - 10
Preoți ortodocși Mediul urban -2 Mediul Rural-4	**Preoți catolici** Mediul urban – 2 Mediul rural - 4	**Pastori protestanți** Mediul urban – 3 Mediul rural - 2

În cadrul celor opt întrebări am abordat 5 subteme principale: T1) părerea proprie a preoților despre problematica traficului de persoane din perspectiva cauzelor la nivel național; T2) acțiunile concrete de contracarare a fenomenului din partea statului și a Bisericii; T3) prezentarea modurilor de implicare a Bisericii în prevenirea, protecției fizice și morale dar și în asistența acordată de această instituție în recuperarea fizică, morală și socială a victimei; T4) rolul rugăciunii colective sau individuale în recuperarea din toate punctele de vedere a unei victime; T5) părerea proprie a respondenților cu privire la gradul de implicare a cultului la care aparțin în prevenirea și combaterea acestui fenomen.

Cauzele cele mai frecvente pentru dezvoltarea fenomenului de trafic de persoane în România prezentate de respondenți au fost: sărăcia, lipsa educației dar și constatarea unei disfuncționalități la nivelul familiei de bază. Alte cauze precizate de respondenți au fost stereotipurile sociale în ceea ce privește rolul femeii în societate, dorința de libertate, naivitatea dar și lipsa de model moral la nivel de societate (răspunsurile preoților ortodocși); existența unui raport cerere-ofertă, lipsa oamenilor de

calitate din punct de vedere moral din societate, libertinajul acceptat de societate (răspunsurile preoților catolici) și distanțarea de Dumnezeu și Biserică, lipsa de educație a părinților, criza de identitate (categoria pastorilor protestanți).

Evidențierea acțiunilor de contracarare a acestui fenomen a fost vizată de două întrebări: „Ce face societatea românească pentru contracararea acestui fenomen?" și „Ce face Instituția Bisericii împotriva traficului de persoane?"

Părerile privind acțiunile pe care societatea românească le întreprinde împotriva acestui fenomen au fost extrem de diversificate. Respondenții din categoria preoților ortodocși au sugerat faptul că „nu se fac la nivel de entitate statală" decât statistici și informează populația cu privire la riscurile asociate traficului de persoane.

O perspectivă mai optimistă cu privire la implicarea societății românești în contracararea acestui fenomen au avut-o reprezentanții cultelor protestante care au nominalizat câteva instituții cu relevanță în domeniul antitrafic respectiv Agenția Națională Împotriva Traficului de persoane cu centrele regionale, Direcția Generală de Asistență și Protecția Copilului, Inspectoratul de Jandarmi. Respondenții au amintit de 18 octombrie - Ziua Europeană de Luptă Împotriva Traficului de Persoane. Campaniile de informare auzite la radio sau TV au fost aduse în discuție, constatând faptul că statul informează și totodată încearcă să eficientizeze sistemul legislativ, juridic dar și de protecție al victimei.

Respondentul care a lucrat mulți ani în Italia în cadrul asociației antitrafic a declarat faptul că persoanele cu care a intrat în contact pe timpul activității erau conștiente de rolul instituțiilor statului dar mai degrabă acestea erau evitate decât să apeleze la ajutorul lor din varii motive. Singura instituție pe care o acceptau era Instituția Bisericii „dar nu Biserica care le spune că e păcat ci aceea Biserică care nu le judecă".

În ceea ce privește problematica Bisericii Catolice în lupta împotriva acestui flagel, la fel ca și confrații protestanți au vorbit despre rolul extrem de important al predicilor și catehezelor. O altă modalitate de implicare a Bisericii Catolice este și organizarea de seminarii și conferințe pe diferite teme printre care și tema traficului de persoane.Discuțiile au evidențiat aspecte comune privind modalitățile de prevenire a celor trei confesiuni, accentul fiind pus în mod diferit pe ele.

Confesiune religioasă	**Aspecte comune**	**Aspecte specifice**
Preoți ortodocși	Predici în cadrul liturghiilor/slujbelor religioase	Școli de vară Prevenire activă Spovedania
Pastori protestanți		Conferințe naționale și regionale cu tinerii Mărturii în fața comunității
Preoți catolici		Catehează cu tinerii

Categoria preoților ortodocși au recunoscut rolul important al organizațiilor nonguvernamentale care se implică în mod activ atât în prevenirea cât și în asistența acordată victimelor traficului de persoane. Există posibilitatea ca prin Biserică să se dezvolte diferite asociații cu preocupare pe acest domeniu deoarece în rândul preoților sunt persoane care sunt pregătite din acest punct de vedere (au nivelul de studii necesar pentru a susține atât activități de prevenire cât și activități de asistență acordate acestui tip de victime) dar nu există finanțare din partea statului.

Aceeași idee a fost susținută și de preoții catolici care au remarcat faptul că statul are legi care reglementează bine această problematică, susține campanii de informare vizibile dar nu este suficient.

La nivelul Bisericii ortodoxe activitățile de implicare sunt mai evidențiate în cadrul programelor de reducere a vulnerabilității a diferitelor categorii sociale. Asigurarea unei mese calde, construcția de case și altele care nu sunt prezentate în presă, accentul fiind pus mai mult pe aspectele negative în mediul jurnalistic.

Toți respondenții au fost conștienți de faptul că o persoană care a fost victimă a traficului de persoane când se întoarce în comunitate nu se mai comportă sau gândește ca înainte de a intra în situația de trafic, fiind traumatizată. De aceea, preotul/pastorul ca și reprezentant al Bisericii ar trebui să manifeste înțelegere față de comportamentul ei. Când ne-am referit la protecția fizică toți respondenții au fost de acord că acest deziderat nu ar putea fi realizat de către Biserică ci numai prin intermediul asociațiilor neguvernamentale susținute de către aceasta și numai în anumite condiții (colaborarea cu alte instituții de apărare ale statului). ,,Biserica nu se poate expune. Preotul nu poate fi urmărit de traficanți sau familia acestuia.... Sunt situații delicate care nu se pot rezolva decât prin parteneriate cu alte instituții."

Deși nu au studii de asistență socială, pastorii protestanți au considerat că se pot implica în mod direct în ceea ce privește recuperarea fizică, morală și socială prin consiliere personală și aflarea nevoilor din acel moment. ,,Rugăciunea poate să devină acțiune dar și acțiunea poate deveni rugăciune" a declarat un respondent ortodox. Reprezentanții celor trei culte care au acceptat să participe la acest focus grup au subliniat rolul extrem de important al rugăciunii atât cea personală cât și cea comunitară. Din perspectiva pastorilor protestanți, victimele acestui tip de infracțiune au o problemă cu expunerea la rugăciune. ,,Sunt prea păcătoasă ca cineva să se roage pentru mine", ,,e prea mare vina mea", acestea sunt cuvintele pe care le-a auzit în unele situații respondentul care a activat în Italia. Chiar dacă victima refuza rugăciunea făcută pentru ea, reprezentanții cultului protestant se rugau pentru ea în mod particular având o mare încredere în această activitate. Rugăciunea ca și ,,trusă de prim ajutor în Biserică" este invocată ca fiind cel mai de preț ajutor care poate fi adus victimei fiind aduse în atenție cuvintele Sf. Ioan Scărarul ,,Rugăciunea ține lumea ".

Concluzii

Având în vedere aspectele prezentate în prezenta cercetare, condiția sine qua non în reușita unui răspuns eficient împotriva acestui fenomen este multidisciplinaritatea abordării atât în prevenire cât și în reintegrarea socială a victimei**.** De eficiența acestui răspuns beneficiază atât individul (în cazul nostru victima) cât și societatea din punct de vedere moral, economic, financiar dar și al siguranței și protecției sociale.

Introducerea unor noi activități de prevenire pe lângă cele existente (discuții cu tinerii, părinți) presupune implicarea membrilor comunității. Alături de preoți/pastori pot veni educatori, psihologi din comunitate care pot iniția diferite jocuri, piese de teatru cu tematică antitrafic pentru copii și tineri. Vizionarea unor filme creștine care au ca subiect exploatarea umană este un alt mod prin care atât părinții cât și tinerii se pot conecta la acest subiect. Totodată, profesorii de religie care activează la nivelul școlilor pot iniția diferite proiecte de prevenire în care să fie implicați activ elevii. Întrucât rugăciunea este ,,principalul limbaj", pot fi susținute acțiuni în care atât credincioșii cât și membrii clericali vor dedica rugăciunile dintr-o anumită perioadă eradicării acestui fenomen sau solicitării ajutorului divin pentru recuperarea fizică și psihică a unor victime punctuale, membrii ai comunității. Totodată pot fi stabilite diferite acțiuni cum ar fi susținerea unor marșuri pentru susținerea victimelor traficului de persoane sau desemnarea unor zile speciale de rugăciune sau de meditație special dedicate eradicării acestui fenomen.

La data de 18 Octombrie, Ziua Europeană de Luptă Împotriva Traficului de persoane instituțiile bisericești (din toate cultele) se pot alătura specialiștilor și la predica aferentă zilei respective vor putea aduce în atenția enoriașilor acest subiect, urmând ca la finalul ei să fie constituit într-un loc separat un spațiu special amenajat unde se pot aprinde lumânări dedicate victimelor traficului de persoane identificate sau potențiale. Sentimentul de unitate împotriva acestui flagel ar putea încuraja persoanele care au trecut prin diferite forme de exploatare să aibă curajul să vorbească în fața autorităților contribuind astfel la destructurarea unor grupări infracționale dar și la scăderea numărului de victime din statistici.

Bibliografie

1. Cojocaru, Ștefan (2005), „Focus grupul - tehnica utilizata pentru evaluarea nevoilor din comunitate", în *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, Vol. 8/martie, Editura Lumen, Iaşi, 2005;
2. Goschin Z., Constantin, D.,Roman, M., „Parteneriatul dintre stat și biserică împotriva traficului de persoane" în *Journal for the Study of Religions and Ideologies,* 8, 24, (iarna 2009);
3. Neamțu George, Stan Dumitru, (coordonatori), *Asistența socială. Studii și Aplicații,* Editura Polirom, Iași, 2005;
4. Patriarhia Română et International Organization for Migration „ Prevenirea și combaterea traficului de ființe umane - Îndrumar Pastoral", 2003;
5. Ștefănoaia Mihai, „ Obiectul juridic și obiectul material al infracțiunilor privind traficul de persoane în Dreptul Comparat -*Partea II* " în *Revista națională de drept,* nr. 8, Chișinău, 2012;

Legislatie:

1. Art. 210 din Legea 286/2009 (cu modificările și completările ulterioare) din Codul Penal https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/109854 consultat la data dec 1.12.2025
2. Mecanismul Național de Identificare și Referire a victimelor traficului de persoane https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/265243 consultat la data de 28.11.2025

Pagini web/site-uri online:

1.https://kirchen-rumanien.org/index.php?menu=EVEA&id=32223 consultat în data de 20.11.2025;
2.https://basilica.ro/patriarhia-ministerul-de-interne-si-primaria-capitalei-vor-coopera-pentru-prevenirea-traficului-de-persoane/ consultat în data de 21.05.2024, orele 14.00;
3. https://basilica.ro/decalogul-combaterii-traficului-de-persoane-propus-de- arhiepiscopul-sucevei-si-radautilor/ consultat în data de 15.05.2024
4. https://ercis.ro/actualitate/viata201412.asp?id=20141206 consultat in data de 15.11.2025

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF ORGANIZATIONAL LOYALTY AMONG INFORMATION TECHNOLOGY SPECIALISTS

Hanna RYK
PhD Student of Psychology, Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav, Ukraine
Mykola RYK
PhD in Philosophy, Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav, Ukraine

Introduction

The issue of organizational loyalty is becoming increasingly relevant in studies of the Information Technology labor market in Ukraine. Given the rapid development of this sector and the substantial rise in employee turnover within companies, there is a need to identify the key organizational factors that influence job satisfaction. Organizational loyalty shows a significant positive correlation with job satisfaction. However, from methodological and conceptual perspectives, loyalty and satisfaction should be clearly distinguished. Current research indicates that there is a wide range of concepts related to commitment or loyalty to an organization.

The problem of organizational loyalty has been examined by both international and domestic scholars, including J. Meyer (1993), N. Allen (1996), H. Bekker (1996), R. Kanter (1968), L. Karamushka and I. Andreieva (2012), A. Kovalenko (2020), N. Pylat (2010), A. Poplavska (2012), A. Partyko (2023), O. Zimovin (2019), and others. The level of organizational loyalty has also been empirically studied among employees in various professional settings (Karamushka & Andrieieva, 2012; Lipatov & Sinchuk, 2015; Romanova, 2019).

Traditionally, organizational loyalty is defined as the desire to work for an organization, emotional attachment, identification with the organization's norms and values, acceptance of its goals, and increased effort in the company's interests.

In contemporary research, the following terms are most frequently used: loyalty, commitment, dedication, patriotism, and fidelity (Hrubi, 2015; Karamushka & Andrieieva, 2012; Nesterenko, 2022).

In English-language literature, two terms are commonly used: *organizational commitment* and *employee loyalty*. There are no substantial differences in how these concepts are applied; they often function as synonyms or closely related constructs. The term *organizational commitment* is more common in scholarly literature, whereas *employee loyalty* is more frequently used in popular discourse.

H. Becker (2011) defines loyalty as the result of investments accumulated by an employee during their work within an organization, such as skills, rewards, and other resources. In this perspective, employee behavior is formed as a derivative of the organization's satisfaction of certain individual needs. Accordingly, if an employee decides to leave the company, the losses incurred may significantly outweigh the potential benefits of a new job, which in turn fosters loyalty and commitment to the organization.

L. Jewell (1985) emphasizes the relationship between the employee and the organization as the foundation of employee loyalty. Loyalty is characterized by an emotional response toward the organization, which includes feelings of trust, a sense of belonging to a professional community, and concern for colleagues and the company. This definition corresponds to the attitudinal approach, within which loyalty is viewed as a synthesis of previous work experience, personal characteristics, and perceptions of the organization, resulting in positive feelings toward the company. These feelings can be conceptualized as professional commitment.

Three components of organizational loyalty are distinguished:

Identification – the extent to which the organization's values and goals are perceived as one's own and correspond to the employee's value structure. Identification depends on awareness of the organization's current state and future prospects, the alignment of personal and organizational goals, satisfaction with one's employment in the organization, and positive evaluation of one's work by the organization.

Involvement – the degree of immersion in professional activity and the desire to contribute personally to the development of the organization in order to achieve its professional goals. It depends on the opportunity to exert additional effort beyond formal job duties, a sense of self-respect derived from satisfaction with work outcomes, responsibility for one's activities, and interest in increasing effectiveness to achieve results that are meaningful for the organization.

Loyalty proper – a sense of attachment to the organization and the desire to remain within the professional community. This component depends on job content and satisfaction with it, feelings of security and care from management and the organization as a whole, opportunities for career advancement and satisfaction with professional development, and confidence in the positive benefits of long-term employment with a single organization. According to R. Kanter (1968), loyalty is the

willingness to commit to an organization and to invest one's energy in it. She distinguishes three types of loyalty: - *continuance* – the linkage of social roles with cognitive aspects; - *cohesion* – emotional attitudes; - *control* – norms and evaluation. The affective approach to defining loyalty is characterized by the desire to be part of an organization, pride in its activities, identification with it, and psychological attachment. The moral approach is based on the internalization of organizational norms, goals, mission, and values, as well as identification with the authority of the organization.

Normative loyalty is characterized by the acceptance of an obligation not to leave the organization. Within this approach, commitment often lacks an emotional context or attachment. Employees remain with the organization because they believe it is the right thing to do, understand that such behavior is expected of them, and feel a sense of duty toward the organization.

J. Meyer and N. Allen (1996) define organizational commitment as a construct that influences the desire to remain in an organization over time. Loyalty is conceptualized as a bond between the employee and the organization that reduces the likelihood of voluntary turnover. They distinguish affective and normative loyalty, as well as commitment oriented toward perceived consequences. However, the affective component has been studied most extensively, as it is considered to be most strongly associated with employee involvement and sustained effort on behalf of the organization.

The authors propose a three-component model, distinguishing affective, normative, and continuance loyalty. The first component, affective loyalty, reflects an employee's emotional attachment to the organization. High affective commitment indicates that the organization holds significant personal meaning for the employee; the individual perceives their membership in the organization as belonging to a family and expresses a desire to remain a part of it in the future. The normative component measures the degree of felt obligation toward the organization, indicating that moral and ethical beliefs bind the individual to the organization. Continuance loyalty is conceptualized as a bond between the employee and the organization based on awareness of the potential losses associated with leaving the organization.

International researchers R. Mowday, L. Porter, and R. Steers (1982) conceptualize loyalty as a socio-psychological attitude encompassing emotional attachment to the organization, the desire to remain a member of the company, and readiness to serve its goals and interests. C. O'Reilly and D. Caldwell (1981) define loyalty as a behavioral component reflecting actions related to organizational entry and exit decisions.

D. Gebert and L. von Rosenstiel (2002) note that interest in the study of organizational commitment arises from the fact that, due to narrow specialization in modern organizations, it is very difficult to exercise direct control over specialists who are under direct supervision. This increases the need for identification. Consequently, identification with the organization and internal obligations toward it (the normative aspect) are expected to compensate for the lack of external control. Employees who demonstrate loyalty to the organization tend to identify more strongly with it, its norms, and its values, show a greater willingness to exert additional effort, and are less likely to consider leaving the organization.

Methodology and Research Methods

The following methods were used in the empirical study: – a questionnaire designed to assess working conditions, employee turnover, and subjective reasons for a potential job change; – the questionnaire by J. Meyer and N. Allen, the *Organizational Commitment Scale*, which measures three types of loyalty: affective loyalty, normative loyalty, and continuance loyalty. The questionnaire assessing working conditions, employee turnover, and subjective reasons for a potential job change

included general questions (name, gender, age), questions related to working conditions (type of company, office environment), as well as questions concerning the frequency of job changes and the reasons that might motivate an employee to resign or transition to another company.

The survey was administered to obtain general information about the participants, determine the level of employee turnover, and identify employees' subjective perceptions of the reasons for leaving their jobs, which reflect professional well-being and organizational loyalty.

To assess organizational loyalty, one of the most well-known and authoritative measurement instruments was employed – the *Organizational Commitment Scale* developed by J. Meyer and N. Allen (1993), originally proposed in 1990 in a version consisting of three subscales, in accordance with the authors' three-component model. Within this model, the authors distinguish three approaches to loyalty that explain the nature of the relationship between the employee and the organization, which reduces the likelihood of voluntary turnover: emotional attachment to the organization, awareness of the costs associated with leaving the organization, and a sense of obligation toward the organization.

To denote the components of the model, the authors used the terms affective (AL), normative (NL), and continuance (CL) loyalty. The empirical study involved 54 employees from the Information Technology sector representing various fields and qualification levels. The sample included 17 junior-level specialists (32%; 1–2 years of experience), 17 middle-level specialists (32%; 2–3 years of experience), 15 senior-level specialists (27%; 4–6 years of experience), and 5 participants (9%) in managerial positions (Lead, COO, CTO). The sample comprised software developers, technical support staff, IT marketers, and IT recruiters. Participants ranged in age from 21 to 36 years; 24 were women (44%) and 30 were men (56%).

Results and Discussion

An important aspect of analyzing organizational loyalty is the identification of subjective reasons that may motivate IT specialists to change their place of employment. For this purpose, responses to the questionnaire assessing working conditions, employee turnover, and subjective reasons for a potential job change, which was administered during the study, were analyzed.

In response to the question "What could motivate you to change your job?", participants were given the opportunity to provide open-ended answers. Based on their responses, the following constructs (reasons) were identified: - Lack of development opportunities (68%); - Financial compensation (55%); - Transition to a more interesting project (job interest) (41%); - Transition to a startup or product-based company (18%); - Problems within the team or the search for a more favorable work environment (18%); - Desire to relocate to another country (14%); - Additional benefits (e.g., benefits package, health insurance, meals, etc.) (14%); - Problems with management (9%); - Family-related reasons (5%). The most salient constructs for employees in the Information Technology sector are the following: lack of development opportunities (68%), financial compensation (55%), and transition to a more interesting project (job interest) (41%).

Lack of development opportunities. For employees in the Information Technology sector, career advancement and the opportunity for continuous development and learning are of primary importance. Due to the rapid evolution of the industry, most developers adhere to the principles of lifelong learning. Such employees are highly inclined to change jobs when offered new tasks and opportunities for rapid professional growth. When this need is not satisfied, individuals may experience a sense of underutilization of their potential, which is likely to have a negative impact on productivity and subjective well-being. Consequently, there is a need to develop specialized professional development

programs within organizations in order to ensure a sustainable and supportive process of professional growth for IT specialists.

Financial compensation. Inadequacy of salary relative to job responsibilities negatively affects not only loyalty to the company but also professional well-being, work productivity, and an individual's sense of professional significance. Due to the high demand for skilled professionals in the IT industry, there is a persistent issue of inflated salary expectations among employees. There will almost always be companies willing to offer slightly higher compensation than what a developer or marketing specialist is currently receiving, which undermines organizational loyalty and the perceived value of work. To mitigate this issue, organizations should implement regular salary review practices.

Transition to a more interesting project (job interest). It is often observed that IT professionals may even be willing to sacrifice financial compensation in exchange for working on projects that are of greater interest to them. As work in the IT sector can frequently be monotonous, involve outdated technologies, or be associated with an unengaging product, developers tend to respond more positively to tasks that stimulate their professional interest.

Thus, for IT specialists, the nature of the activity itself – its interest and social significance – appears to be more important than emotional or interpersonal ties in the workplace. Consequently, employees who strive for professional growth may choose to leave their current positions in order to find projects that offer greater opportunities for development. Analysis of the study results using Meyer and Allen's Organizational Commitment Scale made it possible to identify the levels of manifestation of the three components of loyalty (Table 1, Figure 1) as well as the distribution of participants across levels of affective, normative, and continuance loyalty (Table 2).

Table 1. Mean Scores on the Organizational Commitment Scale

Subscales	IT Specialists Sample		Normative Values	
	Mean	SD	Mean	SD
Affective Loyalty	4,98	0,90	4,1	1,26
Normative Loyalty	4,65	1,20	3,9	1,16
Continuance Loyalty	3,93	1,04	3,8	1,48

Affective loyalty (the "I like / I love" orientation), which is characterized by employees' emotional attachment to the organization, has a mean value of 4.98 in the sample of IT specialists, corresponding to a moderate level. The organization holds a moderate degree of significance for employees: participants experience a sense of belonging to the organization but do not perceive it as a family nor envision working for the company until retirement. A high level of emotional attachment to the organization was reported by 46.3% of respondents, indicating that the organization is of considerable importance to them and that they wish to continue being part of it. This suggests the presence of stable interpersonal relationships within the team and a degree of organizational commitment. A total of 48.1% of participants reported a moderate level of affective loyalty, while 5.6% demonstrated a low level, reflecting a lack of emotional attachment to the organization.

Table 2. Distribution of Levels of Organizational Loyalty Types (%)

Subscales	Level of Organizational Loyalty (%)		
	High	Moderate	Low
Affective Loyalty	46,3	48,1	5,6

Normative Loyalty	37	53,7	9,3
Continuance Loyalty	18,5	63	18,5

Normative loyalty (the "I should" orientation) reflects the degree to which employees feel obligated toward the organization. The mean value of this component in the sample of IT specialists is 4.65, indicating a moderate level. Participants are moderately bound to the organization by moral and ethical norms. Employees feel a sense of obligation and gratitude toward the organization for what it has provided and invested in them; however, this form of loyalty is not strong enough to prevent employees from considering resignation in cases of limited development opportunities, insufficient compensation, or the availability of a more attractive project in another company.

Continuance loyalty (the "I need to" orientation) is conceptualized as a bond between the employee and the organization based on awareness of potential losses associated with leaving the organization. This bond is primarily related to financial considerations, difficulties in finding new employment after resignation, fear of job loss, and similar factors. The mean value of this component among respondents is 3.93, corresponding to a moderate level and indicating a relatively limited influence of this type of loyalty. Employees do not exhibit a strong fear of leaving and tend to assess potential losses realistically.

A total of 18.5% of respondents demonstrated high levels of continuance loyalty, reflecting fear of potential losses associated with changing jobs. Such employees tend to seek maximum job stability and do not plan to resign, as they are aware of the possible difficulties that may arise. Participants with high continuance loyalty in the IT specialist sample are inclined to change jobs infrequently or have limited work experience and a heightened fear of resignation (no more than once every four years).

A total of 63% of respondents demonstrate a moderate level of continuance loyalty, indicating that they are aware of the potential losses associated with leaving the organization but assess the situation realistically, without fear of financial instability. In contrast, 18.5% of respondents exhibit a low level of continuance loyalty; these employees do not fear resignation, as they are confident in their ability to secure alternative employment and maintain financial stability, and they tend to change jobs frequently (approximately once a year).

Conclusions

The study empirically identified specific features of organizational loyalty among employees in the Information Technology sector. Professional growth emerged as a key construct of organizational loyalty among IT specialists and as the primary predictor of job change. The pursuit of professional development may motivate employees to change their place of employment in search of new opportunities. Analysis of the relationship among the three components of loyalty, as measured by the Organizational Commitment Scale, revealed that continuance loyalty exerts the least influence on IT sector employees. This finding can be attributed to the characteristics of the labor market, as specialists have numerous employment opportunities and do not experience significant negative consequences associated with resignation. The structure of organizational loyalty among Information Technology professionals exhibits distinct features and requires further in-depth investigation.

Bibliography

1. Andrieieva, I. A. (2008). Psychological components of organizational employee commitment. In S. D. Maksymenko & L. M. Karamushka (Eds.), *Current issues of psychology* (Vol. 1: Organizational psychology. Economic psychology. Social psychology, Issues 21–22, pp. 49–53). Nauk. svit. [in Ukrainian]

2. Hrubi, T. V. (2015). Personnel loyalty as a component of organizational commitment. In *Proceedings of the VII International Scientific and Practical Conference "Current issues of personality and interpersonal psychology"* (pp. 217–220). Kamianets-Podilskyi. [in Ukrainian]
3. Zimovin, O. I. (2019). Motivational predictors of personnel loyalty. *Organizational Psychology. Economic Psychology*, 2(1), 199–204. [in Ukrainian]
4. Karamushka, L. M., & Andrieieva, I. A. (2012). *Psychology of personnel commitment (based on banking institutions)*. Halytskyi drukar. [in Ukrainian]
5. Kovalenko, A., & Ryk, H. (2020). Features of professional well-being of information technology employees. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Psychology*, 2(12), 26–33. https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).5 [in Ukrainian]
6. Kuzmenko, M., Maliuha, V., & Floreskul, O. (2023). Theoretical and methodological approaches to the study of personnel loyalty in contemporary research. *Bulletin of the National Defence University of Ukraine*, 71(1), 107–116. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-71-1-107-116 [in Ukrainian]
7. Lipatov, S. A., & Sinchuk, Kh. I. (2015). Socio-psychological factors of organizational commitment among employees (a case study of commercial organizations). *Organizational Psychology*, 5(4), 6–28. [in Ukrainian]
8. Nesterenko, N. V. (2022). Theoretical and methodological foundations of corporate culture and organizational commitment in management: A general psychological context. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Psychology*, (2), 104–109. https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.21 [in Ukrainian]
9. Partyko, A. (2023). Attributes of organizational identity in classical and contemporary research. *Bulletin of Lviv University. Series: Psychological Sciences*, (16), 72–81. [in Ukrainian]
10. Pylat, N. I. (2010). Personnel loyalty under conditions of professional motivation. *Problems of Modern Psychology*, (10), 601–612. [in Ukrainian]
11. Poplavska, A. P. (2012). Theoretical analysis of personnel loyalty to the organization. *Problems of Modern Psychology*, (2), 64–71. [in Ukrainian]
12. Romanova, O. (2019). Analysis of the level and relationship between organizational loyalty and professional commitment among medical staff. *Organizational Psychology. Economic Psychology*, 4(18), 78–84. https://doi.org/10.31108/2.2019.4.18.9 [in Ukrainian]
13. Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 252–276.
14. Bakker, A. B., & Oerlemans, W. G. M. (2011). Subjective well-being in organizations. In K. Cameron & G. Spreitzer (Eds.), *Handbook of positive organizational scholarship* (pp. 178–189). Oxford University Press.
15. Gebert, D., & von Rosenstiel, L. (2002). *Organizational psychology: Person and organization*. Kohlhammer.
16. Jewell, L. N. (1985). *Contemporary industrial/organizational psychology*. West Publishing Company.
17. Kanter, R. M. (1968). Commitment and social organization: A study of commitment mechanisms in utopian communities. *American Sociological Review*, 33, 499–516.
18. Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 538–551.
19. Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee–organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. Academic Press.
20. O'Reilly, C. A., & Caldwell, D. F. (1981). The commitment and job tenure of new employees: Some evidence of postdecisional justification. *Administrative Science Quarterly*, 26, 597–616.

COMPETENȚA ÎN CONFLICT CA RESURSĂ PSIHOLOGICĂ CHEIE PENTRU PREVENIREA COMPORTAMENTULUI DEVIANT ÎN ADOLESCENȚĂ

Pavel SERAFIMCIUC
doctorand Universitatea de Stat din Moldova https://orcid.org/0009-0009-0577-2708

Rezumat

Această lucrare este dedicată analizei specificului formării competenței de gestionare a conflictelor și a strategiilor de coping la adolescenții care manifestă o predispoziție către comportament deviant. Lucrarea prezintă o metodologie bazată pe joc (metodică ludică) care utilizează un set unic de carduri, special concepute, și principii de joc, menite să dezvolte abilități pentru rezolvarea constructivă a conflictelor,inlocuirea strategiilor de copingdestructive cu cele adaptive reducerea nivelului de anxietate, precum și creșterea empatiei. Rezultate obținute confirm rolul semnificativ al competenței conflictuale și a alegeri a strategiilor de coping ca resurse pentru o corecție psihologică și pedagogică eficientă în adolescență.

Cuvinte cheie: competența conflictuală, strategii de coping, adolescenți cu tendință spre comportament deviant, tehnologii de joc, rezolvarea conflictelor, inteligență emoțională.

Abstract: this article is devoted to the analysis of the specifics of conflict competence formation in adolescents who demonstrate a tendency toward deviant behavior. The paper presents a game-based methodology that utilizes a unique, specially designed set of cards and gaming principles aimed at developing skills for the constructive resolution of conflicts, reducing anxiety levels, and increasing empathy. The results obtained confirm the significant role of conflict competence and the conscious choice of coping strategies as resources for effective psychological and pedagogical correction in adolescence.

Keywords: conflict competence, coping strategies, adolescents with behavioral disorders, game-based technology, conflict resolution, emotional intelligence

Relevanța studiului și fundamentele teoretice

Adolescența este considerată, în mod tradițional, în psihologia dezvoltării, o perioadă sensibilă de criză normativă, a cărei sarcină fundamentală constă în tranziția de la reglarea externă a comportamentului la autoreglarea autonomă, de natură internă. În contextul mediului sociocultural contemporan, caracterizat printr-un nivel ridicat de incertitudine, supraîncărcare informațional-digitală și dinamica accentuată a așteptărilor sociale, tensiunile intrapsihice și interpersonale se intensifică semnificativ. Această etapă de dezvoltare este marcată de un proces activ de căutare și consolidare a identității personale, precum și de reevaluarea figurilor de autoritate, fapt care conduce, în mod firesc, la creșterea frecvenței situațiilor de frustrare și conflict. Conflictele în adolescență sunt considerate un element natural și necesar al socializării, servind drept forță motrice pentru dezvoltarea personalității și formarea abilităților interpersonale și de autoreglare.

Cu toate acestea, în situațiile în care mecanismele adaptative sunt insuficient dezvoltate, frustrarea accentuată creează un teren favorabil pentru manifestarea comportamentelor deviante, precum dependențele, agresivitatea sau autoagresiunea. Din perspectivă psihologică clinică, comportamentul deviant poate fi interpretat drept o încercare inadecvată a individului de a se adapta unor condiții care depășesc capacitatea sa actuală de resurse.

Metodele tradiționale de prevenție, centrate predominant pe forme externe de control, își demonstrează eficacitatea limitată pe termen lung, întrucât nu abordează cauza fundamentală a problemei - deficitul resurselor psihologice interne necesare pentru gestionarea stresului. În acest context, competența în conflict se conturează ca o resursă psihologică esențială, capabilă să transforme

factorii psihotraumatici și stresori inevitabili în experiențe constructive de dezvoltare personală. Un sistem bine dezvoltat de gestionare a conflictelor presupune nu doar un set de abilități comportamentale, ci și integrarea unei componente cognitive (analiza și evaluarea situațională) și a unei componente afective (reglarea emoțională), conferind, în esență, un nivel sporit de „imunitate psihologică" față de impactul distructiv al conflictului.

Enunțarea problemei științifice

Deficitul psihologic fundamental care precede manifestarea comportamentului deviant constă în subdezvoltarea mecanismelor de reglare afectivă și cognitivă în situații conflictuale, ceea ce se reflectă într-un repertoriu rigid și limitat de strategii de coping. Studiile indică faptul că adolescenții cu tendință spre comportament deviant prezintă un nivel semnificativ mai scăzut al competenței în conflict comparativ cu norma lor de vârstă, iar strategiile de coping utilizate sunt predominant ineficiente și maladaptative. Acestea se manifestă fie prin atribuiri ostile și comportamente agresive de tip *acting out*, fie prin evitare pasivă și conduite auto-vătămătoare.

Competența scăzută în gestionarea conflictelor funcționează ca un mediator psihologic esențial între factorul declanșator extern (conflictul) și procesele de dezorganizare internă, împiedicând individul să acceseze și să aplice strategii constructive de cooperare, negociere și asertivitate. Reprezentare schematică a modelului: factor declanșator → competență scăzută în gestionarea conflictelor → adaptare dezadaptativă → comportament deviant. Această problematică dobândește o relevanță socială deosebită în mediile educaționale caracterizate prin prezența elevilor cu dificultăți individuale și comportamentale diverse. În asemenea contexte, dezvoltarea competenței în gestionarea conflictelor devine o sarcină prioritară, orientată spre reducerea tensiunilor intragrupale, consolidarea încrederii interpersonale și cultivarea toleranței în rândul tuturor actorilor implicați în procesul educațional.

Contradicția, scopul și obiectivele studiului

Contradicția actuală a cercetării constă în discrepanța dintre cererea ridicată, existentă în psihologia practică și pedagogie, pentru instrumente validate și avansate din punct de vedere tehnologic, destinate prevenirii primare a comportamentelor deviante, și nivelul insuficient de operaționalizare și dezvoltare metodologică a abordărilor orientate spre formarea țintită a competenței în gestionarea conflictelor ca resursă psihologică fundamentală și durabilă. În contextul educațional contemporan, relevanța tehnologiilor de tip ludic este în continuă creștere, acestea oferind posibilitatea unei intervenții sistematice asupra dezvoltării competenței de gestionare a conflictelor și a unui repertoriu adaptativ de strategii de coping, într-un mediu sigur, accesibil și caracterizat printr-un nivel ridicat de motivație.

Prezenta lucrare își propune să analizeze particularitățile dezvoltării competenței în gestionarea conflictelor și ale strategiilor de coping la adolescenții predispuși la manifestări de comportament deviant. Scopul studiului constă în fundamentarea teoretică, elaborarea și testarea unei metode de dezvoltare a competenței în gestionarea conflictelor la adolescenții predispuși la comportamente deviante, prin utilizarea tehnologiilor de joc, precum și în evaluarea eficacității și a potențialului acesteia de implementare în practica psihopedagogică.

Prezenta lucrare propune o metodologie de intervenție bazată pe joc, care utilizează un set original de fișe și principii ludice special concepute pentru dezvoltarea abilităților constructive de rezolvare a conflictelor, înlocuirea strategiilor distructive de coping cu strategii adaptative, reducerea nivelului de anxietate și stimularea empatiei.

Dezvoltarea competenței în gestionarea conflictelor reprezintă o sarcină complexă și interdisciplinară, integrând contribuții din domeniile psihologiei, pedagogiei, conflictologiei și

sociologiei. Conform lucrărilor teoretice ale lui Yu. I. Valovaya, Yu. A. Krupnov și F. M. Urumov [1], elementul central al dezvoltării competenței în gestionarea conflictelor îl constituie transformarea atitudinii cognitive față de conflict: de la perceperea acestuia exclusiv ca fenomen negativ și distructiv, către capacitatea de a-l conceptualiza ca resursă pentru creșterea personală și dezvoltarea relațiilor interpersonale.

Adolescența reprezintă o perioadă sensibilă pentru dezvoltarea abilităților interpersonale și a inteligenței emoționale, ceea ce evidențiază necesitatea unei instruiri specifice orientate spre formarea interacțiunii constructive. Cercetările contemporane confirmă că adolescenții cu un nivel scăzut al competenței în gestionarea conflictelor tind să recurgă predominant la strategii de evitare sau la modalități distructive de soluționare a conflictelor, fapt care conduce, în mod previzibil, la creșterea riscului de retragere socială și de manifestare ulterioară a comportamentelor distructive [2].

Adolescenții predispuși la comportament deviant se caracterizează printr-o predominanță stabilă a strategiilor de coping dezadaptative. Printre acestea se numără evitarea, confruntarea agresivă, evadarea psihologică și comportamentul adictiv, utilizat ca modalitate de descărcare emoțională. În acest context, competența în gestionarea conflictelor nu reprezintă doar o abilitate de comunicare sau de dialog, ci constituie o resursă psihologică fundamentală, care îi permite adolescentului să realizeze tranziția de la strategii de coping distructive la strategii constructive. Un adolescent cu un nivel dezvoltat al acestei competențe este capabil nu doar să identifice și să înțeleagă o situație conflictuală, ci și să selecteze în mod conștient cea mai adaptivă strategie comportamentală, acționând astfel ca un mecanism direct de corectare a reacțiilor comportamentale deviante. În acest sens, E. A. Kovaleva [3] a demonstrat că dezvoltarea țintită a competențelor legate de gestionarea conflictelor contribuie nu doar la diminuarea nivelului de agresivitate, ci și la formarea toleranței, responsabilității sociale și a abilităților interpersonale.

Avantajele unei abordări bazate pe jocuri include

*Motivația și implicarea active, **d**ezvoltarea integrată a competențelor și formarea și transferul abilităților.* Baza teoretică a metodologiei noastre bazate pe jocuri se fundamentează pe modelul lui M. V. Bashkin [4], care identifică trei componente esențiale ce trebuie dezvoltate în mod intenționat: cognitivă, motivațională și de autoreglare. Dezvoltarea competențelor de gestionare a conflictelor devine deosebit de relevantă în contexte în care adolescenții întâmpină dificultăți în stabilirea relațiilor interpersonale, situații care amplifică frecvența conflictelor și cresc riscul reacțiilor distructive.

Metodele ludice implică activ toate aceste componente, inclusiv prin utilizarea materialelor vizuale. Formatul bazat pe jocuri permite dezvoltarea graduală a conceptelor și abilităților complexe, oferind feedback imediat, ceea ce constituie un cadru optim pentru consolidarea abilităților de autoreglare și pentru încurajarea dialogului constructiv. Această justificare teoretică subliniază necesitatea creării unui instrument avansat, din punct de vedere tehnologic, capabil să atingă în mod eficient obiectivele propuse și să susțină dezvoltarea competenței în gestionarea conflictelor la adolescenți.

Etapele și logica studiului empiric

Dezvoltarea și testarea metodologiei pentru formarea competențelor de gestionare a conflictelor au fost organizate în cinci etape secvențiale, menite să asigure validitatea și fiabilitatea datelor obținute. *1. Etapa teoretică și metodologică.* Analiză aprofundată a surselor științifice. *2. Etapa de constatare și pilot.* În această etapă a fost realizat un experiment preliminar pentru determinarea nivelului de bază al parametrilor studiați în eșantionul general. *3. Etapa corectivă și analitică.* Analiza rezultatelor experimentului pilot și efectuarea modificări în structura setului de joc. Finalizarea verseunii definitive

a metodologiei, pentru experimentul formativ. *4. Etapa formativă.* Aceasta a implicat implementarea directă a experimentului formativ, constând într-o intervenția direcționată asupra grupului experimental. *5. Etapa de control și evaluare.* Post-testarea finală, pentru evaluarea statistică dinamicii schimbărilor, precum și efectelor obținute, confirmând ipoteza de lucru.

Selecția eșantionului și formarea grupurilor experimentale

Studiul empiric a fost inițiat prin selectarea unui eșantion total de 327 de elevi cu vârste cuprinse între 12 și 16 ani, dintre care 169 (52%) fete și 158 (48%) băieți. Pentru a diagnostica predispoziția spre comportament deviant, a fost utilizat un instrument de evaluare complex, incluzând teste standardizate a adolescenților și chestionare completate de toți participanții la procesul educațional (părinți, profesori și psihologi). Pe baza rezultatelor acestei evaluări, a fost identificat un eșantion țintă de 41 de adolescenți cu tendință pronunțată spre comportament deviant, cu vârste între 13 și 15 ani (25 băieți și 16 fete). Pentru desfășurarea experimentului, eșantionul țintă a fost împărțit aleatoriu în patru subgrupuri comparabile:

Grupul Control - 18 adolescenți cu tendință spre comportament deviant fără intervenții corective.

Grupul Experimental: 23 adolescenți cu tendință spre comportament deviant, care au participat la o serie de jocuri orientate spre dezvoltarea competenței în gestionarea conflictelor.

Grupul 3 – Grupul Normativ l: Adolescenți fără tendință spre comportament deviant, care au participat la aceeași serie de jocuri pentru dezvoltarea competenței în gestionarea conflictelor.

Grupul Normativ de control: Adolescenți fără tendință spre comportament deviant, care nu au participat la intervenții corective. Această structură a permis compararea eficienței metodologiei de joc între adolescenții predispuși la comportament deviant și cei fără astfel de tendințe, precum și evaluarea impactului specific al intervențiilor asupra dezvoltării competențelor de gestionare a conflictelor.

Metode și instrumente de diagnostic

Pentru determinarea nivelurilor inițiale ale parametrilor studiați, evaluarea competenței în gestionarea conflictelor, strategiilor de coping și eficacității intervențiilor corective, au fost utilizate următoarele metode psihodiagnostice:

1. Diagnosticarea riscului și a comportamentului deviant: Testul „Propensiune la comportament deviant", E.V. Leus - identifică predispoziția generală a adolescenților spre comportament deviant; *Chestionare pentru părinți și profesori* - permit identificarea obiectivă a problemelor de comportament și verificarea datelor obținute prin testele aplicate adolescenților.

2. Diagnosticarea competenței în gestionarea conflictelor: Chestionarul „Ce știți despre conflict?" - evaluează nivelul de cunoștințe teoretice despre conflicte și modalitățile de rezolvare a acestora; *Determinarea nivelului de toleranță la conflict* - metodologie specifică pentru evaluarea capacității de adaptare la situații conflictuale; *Chestionarul „Stilul de comportament în conflict",* K. Thomas (adaptat de N.V. Grishina) - permite identificarea strategiilor preferate în conflict (cooperare, competiție, evitare); *Chestionarul DTR* - utilizează tipurile de reflexivitate pentru analiza componentei cognitive a abilităților de gestionare a conflictelor.

3. Diagnosticarea strategiilor de coping: Chestionarul pentru determinarea tipurilor de coping la stres - adaptare a chestionarului COPE, dezvoltat de K. Carver, M. Scheier și J. Weintraub, validat în 2013 de E.I. Rasskazova, T.O. Gordeeva și E.N. Osin.

Descrierea metodologiei formative

Metodologia *„Jocul LABIRINTE DE CONFLICT",* dezvoltată în cadrul acestui studiu, se fundamentează pe principiile învățării interactive și ale modelării situaționale. Baza teoretică a structurii

jocului a fost modelul competenței conflictuale al lui M.V. Bashkin [4], care identifică trei componente fundamentale: cognitivă, motivațională și de reglare.

Rezultatele fazei de constatare: Evaluarea nivelului inițial al competenței de gestionare a conflictelor și al strategiilor de coping

În faza de constatare a studiului, s-a realizat o evaluare diagnostică pe eșantionului, pentru a determina nivelul inițial al competenței în gestionarea conflictelor și stilurile de comportament preferate în situații conflictuale, conform clasificării lui K. Thomas.

Analiza stilurilor preferate de gestionare a conflictelor a evidențiat o predominanță a strategiilor dezadaptative și pasive:

- *Evitarea* a fost utilizată de 34% dintre adolescenți (n = 110), indicând tendința de a evita rezolvarea problemelor și de a menține tensiunea și frustrarea internă.
- *Adaptarea* a fost înregistrată la 32% (n = 106), reflectând cedarea intereselor proprii în favoarea adversarului, ceea ce poate conduce la acumularea conflictului intern și, eventual, la autoagresiune.
- *Confruntarea (competiția)* a fost preferată de doar 7% dintre adolescenți (n = 22), ceea ce contrazice stereotipul conform căruia comportamentul agresiv ar fi dominant la adolescenți, sugerând că manifestările agresive sunt episodice și nu constituie un stil stabil.

Strategiile constructive au constituit o minoritate în cadrul eșantionului: *Colaborarea* – 13% (n = 44); *Compromisul* – 14% (n = 45). Rezultatele indică faptul că peste 66% dintre adolescenți utilizează predominant strategii ineficiente și pasive, care nu contribuie la rezolvarea conflictelor pe termen lung. Aceste date susțin ipoteza existenței unui deficit semnificativ în competența de gestionare a conflictelor în rândul adolescenților analizați.

Un studiu privind nivelurile competenței în gestionarea conflictelor a evidențiat rezultate:

- *Nivel scăzut de competență* a fost identificat la 56% dintre respondenți (n = 183), ce indică lipsa cunoștințelor și abilităților necesare pentru un comportament eficient și constructiv în situații conflictuale, precum și dificultatea anticipării evoluției conflictelor.
- *Nivel moderat, instabil*, caracterizat prin comportamente situaționale și lipsă de acțiune sistematică și conștientă în conflicte, a fost observat la 37% dintre adolescenți (n = 121).
- *Nivel ridicat de competență* în gestionarea conflictelor a fost identificat doar la 7% dintre participanți (n = 23). Aceste rezultate au fundamentat formarea eșantionului țintă de adolescenți predispuși la comportamente deviante și au subliniat necesitatea implementării unor intervenții corective specifice, orientate spre dezvoltarea competenței în gestionarea conflictelor.

Dinamica schimbărilor în urma experimentului formativ

În etapa formativă, programul psihocorecțional bazat pe metodologia noastră de joc a fost implementat în *grupul experimental* și în *grupul normativ experimental*, în timp ce *grupul de control* și *grupul normativ de control* nu au beneficiat de nicio intervenție. Această organizare a permis compararea efectelor specifice ale programului asupra competenței în gestionarea conflictelor și a strategiilor de coping, evidențiind impactul direct al intervenției asupra grupurilor expuse metodologiei de joc.

Analiza calitativă a procesului

Observarea desfășurării activităților în grupul experimental a evidențiat faptul că tehnologiile de joc au generat un nivel ridicat de interes și o rezistență minimă în rândul participanților. În timpul jocurilor, adolescenții au demonstrat*:* *atenție sporită* față de interlocutorii lor; *acuratețe crescută* în descrierea stării emoționale, și a propriei, și a adversarului; *abilități îmbunătățite* în identificarea compromisului și a unei baze comune pentru cooperare;

asertivitate sporită, manifestată prin exprimarea clară și sigură a propriilor interese, precum și capacitatea de a identifica adevăratele nevoi ale adversarilor.

Analiza cantitativă a eficacității

După aplicarea seturilor de joc «Labirintul Conflictelor», s-a efectuat post-testarea. Analiza comparativă a datelor din grupul txperimental a confirmat o dinamică pozitivă semnificativă statistic la toți indicatorii și ai strategiilor de coping. Adecvarea utilizării testelor non-parametrice a fost confirmată de testul Shapiro-Wilk. S-a utilizat T-testul Wilcoxon pentru eșantioane perechi, la un nivel de semnificație $p \leq 0.05$ Cea mai importantă schimbare a constat în restructurarea repertoriului de coping al adolescenților. S-a înregistrat o creștere semnificativă statistic a strategiei de Cooperare (de la 8,65 la 10,61) și, concomitent, o scădere semnificativă a strategiilor pasive dezadaptative - Evitare (de la 7,17 la 5,39) și Acomodare (de la 7,52 la 6,04). Această dinamică confirmă faptul că metodologia ludică a reușit să înlocuiască mecanismele de coping ineficiente cu cele adaptative. Ameliorări semnificative statistic ($p \leq 0.05$) au fost înregistrate și la nivelul componentelor CC și a factorilor de risc deviant: Cunoștințe despre conflict (Componenta cognitivă): Punctajul mediu a crescut de la 37,22 la 42,91. Rezistența la Conflict (Componenta reglatoare): Indicatorul a crescut de la 13,04 la 16,35. Comportament Agresiv (Scala devianței): Punctajul mediu a scăzut semnificativ de la 12,39 la 9,91.

Discuția rezultatelor și mecanismul de acțiune corectivă

Rezultatele studiului confirmă că dezvoltarea competenței în gestionarea conflictelor prin activități bazate pe jocuri reprezintă o metodă de predare și corecție extrem de eficientă, în special pentru adolescenți.

1. Simulare și siguranță

Jocurile care reproduc diverse situații conflictuale permit participanților să dobândească nu doar cunoștințe teoretice despre natura conflictului, ci și să exerseze abilități de rezolvare a acestuia într-un mediu sigur și suportiv. Această simulare creează o bază pentru învățarea activă și reducerea anxietății asociate situațiilor conflictuale reale.

2. Dezvoltarea rezolvării conflictelor și a inteligenței emoționale

În timpul jocurilor, adolescenții își dezvoltă gândirea critică, abilitățile de comunicare și inteligența emoțională. Prin aplicarea diverselor strategii de rezolvare a conflictelor, aceștia învață să colaboreze, să recunoască și să înțeleagă emoțiile celorlalți (empatie) și să identifice compromisuri eficiente în cadrul grupului.

3. Dezvoltarea abilităților de gestionare a conflictelor. Intervenția a condus la creșteri semnificative ale componentelor cognitive (Δ +15,3%) și de autoreglare (Δ +25,4%) ale competenței în gestionarea conflictelor, permițând adolescenților să abordeze situațiile conflictuale în mod conștient, structurat și eficient.

4. Restructurarea strategiilor de coping. Experiența de succes în rezolvarea conflictelor în cadrul jocurilor, combinată cu feedback-ul pozitiv pentru acțiuni constructive, a consolidat motivația internă a participanților, favorizând trecerea de la strategii de coping dezadaptative la strategii adaptative, constructive și funcționale în viața reală.

Analiza impactului calitativ

În cadrul utilizării seturilor de joc „*Labirintul conflictelor”*, adolescenții au demonstrat un nivel ridicat de interes și o rezistență minimă față de experiența oferită. Observațiile calitative au relevat că, după finalizarea programului, majoritatea participanților au prezentat îmbunătățiri semnificative ale inteligenței emoționale și ale abilităților de gestionare a conflictelor.

Principalele schimbări calitative identificate au fost: - *Creșterea atenției față de interlocutori,* indicând dezvoltarea empatiei; - *Descriere mai precisă a stărilor emoționale***,** atât proprii, cât și ale celorlalți, reflectând o creștere a componentelor reflexive ale inteligenței emoționale; - *Capacitate sporită de cooperare și compromis*, facilitând găsirea unui teren comun în situații conflictuale; - *Asertivitate crescută*, manifestată prin exprimarea clară și încrezătoare a propriilor interese și identificarea nevoilor esențiale ale colegilor.

Aceste rezultate indică faptul că metodologia de joc a contribuit nu doar la dezvoltarea competenței în gestionarea conflictelor, ci și la îmbunătățirea abilităților socio-emoționale esențiale pentru adaptarea și integrarea socială a adolescenților.

Discuția rezultatelor și mecanismul de corecție

Rezultatele studiului au demonstrat că dezvoltarea competenței de gestionare a conflictelor prin activități bazate pe jocuri reprezintă o metodă de predare și corecție extrem de eficientă, în special pentru adolescenți. Jocurile care simulează diverse situații conflictuale permit participanților nu doar să dobândească cunoștințe teoretice despre natura conflictului, ci și să exerseze abilități de rezolvare a acestuia într-un mediu sigur și suportiv.

Efectul corectiv al tehnologiei jocurilor se manifestă prin mai multe mecanisme:
Dezvoltarea gândirii critice și a inteligenței emoționale adolescenților își îmbunătățesc abilitățile de comunicare și inteligența emoțională, ceea ce contribuie la adaptarea socială și la dezvoltarea personală. *Aplicarea strategiilor constructive de rezolvare a conflictelor,* prin utilizarea diverselor strategii în cadrul jocurilor, participanții învață să colaboreze, să înțeleagă emoțiile celorlalți și să identifice compromisuri eficiente în situații conflictuale. *Consolidarea motivației.* Astfel, competența de gestionare a conflictelor devine o *resursă psihologică cheie*, permițând adolescenților să își restructureze repertoriul dezadaptativ de strategii de coping, înlocuind evitarea și agresivitatea cu dialog constructiv și cooperare.

Concluzie

Studiul confirmă că competența de gestionare a conflictelor și strategiile de coping constructive reprezintă resurse psihologice cheie în corectarea comportamentului deviant la adolescenți. Activitățile bazate pe jocuri s-au dovedit instrumente eficiente pentru dezvoltarea abilităților necesare unei interacțiuni sociale eficiente și constructive. Având în vedere complexitatea crescută a relațiilor sociale în societatea modernă, accentul pe dezvoltarea competenței de gestionare a conflictelor prin metode ludice este deosebit de relevant.

Metoda dezvoltată, bazată pe jocuri, s-a demonstrat extrem de eficientă pentru dezvoltarea competenței de gestionare a conflictelor. Programul facilitează restructurarea strategiilor maladaptative de coping la adolescenții predispuși la comportamente deviante, crescând nivelul lor general de maturitate socio-psihologică și reducând riscurile comportamentale. Metodologia bazată pe jocuri oferă simularea sigură a situațiilor complexe și feedback imediat, demonstrând eficacitate ridicată atât în mediile educaționale obișnuite, cât și în cele incluzive. Aceasta contribuie la dezvoltarea maturității sociale și psihologice a echipelor și sprijină implementarea abilităților de rezolvare constructivă a conflictelor în contexte educaționale diverse.

Bibliografie

1. Valova, Yu.I., Krupnov, Yu.A., Urumov, F.M. *Economică conflictologie și mediul socio-economic contemporan*. Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo universiteta, Nr. 2, 2020, p. 8–18.

2. Istomina, S.V. *Dezvoltarea abilităților de comunicare la adolescenți prin intermediul activităților de training*. Vestnik Shadrinskogo gosudarstvennogo pedagogic universiteta, Nr. 2 (50), Shadrinsk, 2021. ISSN 2542-0291.
3. Kovaleva, E.A. *Rolul abilităților și competențelor socio-psihologice în depășirea comportamentului agresiv*. Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială, Nr. 1, Chișinău, 2014, p. 85–92.
4. *Modele de rezolvare a conflictelor la adolescenți: analiză descriptivă*. International Journal of Interdisciplinary Approach to Research and Science, Vol. 2, Nr. 2, mai 2024, p. 813–821. E-ISSN 2987-226X, P-ISSN 2988-0076.
5. Bashnin, M.V. *Caracteristici structurale și funcționale ale competenței conflictuale la studenți*. Yaroslavskiy pedagogicheskiy vestnik, Nr. 1, Yaroslavl, 2009, p. 128–133.

ROLUL PARTENERIATELOR COMUNITARE ÎN SUSȚINEREA BUNĂSTĂRII COPIILOR AFECTAȚI DE MIGRAȚIA PĂRINȚILOR

Inga BACIU
Psiholog, Instituția Publică Liceul Teoretic „Mihai Eminescu”, Bălți, Republica Moldova

1. Introducere.

Migrația internațională a părinților reprezintă unul dintre cele mai complexe fenomene sociale care afectează familia contemporană și, implicit, dezvoltarea copilului. Deși este frecvent asociată cu îmbunătățirea situației economice a familiei, literatura de specialitate subliniază că efectele acesteia asupra bunăstării copilului sunt adesea negative, mai ales atunci când migrația presupune separarea de lungă durată a copilului de părinți (Bulai, 2006). Fenomenul migrației nu poate fi analizat exclusiv din perspectivă demografică, întrucât impactul său se manifestă pregnant la nivel psihologic, educațional și social.

În Republica Moldova, cercetările realizate de Cheianu A., Prițcan V. și Rusnac D. evidențiază faptul că migrația părinților constituie un factor major de vulnerabilizare a copilului, în special în perioada copilăriei timpurii și preșcolare, când familia reprezintă principalul mediu de socializare și securitate emoțională. Absența părinților afectează exercitarea funcțiilor educative și afective ale familiei, iar copilul este nevoit să se adapteze unui mediu familial modificat, în care sprijinul emoțional este adesea insuficient (Cheianu, ș.a., 2011).

Separarea copilului de părinți este trăită ca o pierdere semnificativă, fiind însoțită de reacții emoționale intense, precum tristețea, dorul, anxietatea și sentimentul de abandon. Lipsa prezenței parentale afectează capacitatea copilului de a-și regla emoțiile și de a construi relații de atașament sigure, ceea ce poate conduce la apariția dificultăților de adaptare emoțională și socială. Aceste dificultăți sunt amplificate de faptul că interacțiunile la distanță, chiar și atunci când sunt frecvente, nu pot substitui contactul direct și continuitatea relațională necesară copilului.

În perioada preșcolară, copilul își formează concepția despre sine prin raportare directă la figurile parentale. Absența acestora influențează negativ imaginea de sine și stima de sine, favorizând apariția fenomenului de neajutorare învățată, descris în literatura psihologică drept rezultat al lipsei de sprijin și validare emoțională constante (Bulai, 2006, p.17). Astfel, carențele afective generate de migrația părinților nu pot fi compensate prin suport material, chiar și atunci când acesta este constant și suficient.

Literatura de specialitate evidențiază faptul că toți copiii au aceleași nevoi fundamentale, însă în cazul copiilor ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate, unele dintre acestea devin accentuate [4]. Copilul are nevoie de satisfacerea nevoilor emoționale de iubire, de disciplină, de protecție fizică și de modele de reglare a emoțiilor. În absența părinților, nevoia de afecțiune, siguranță,

acceptare și comunicare devine prioritară, iar nesatisfacerea acesteia conduce la apariția comportamentelor dezadaptative (Cheianu, ș.a., 2011, p. 19).

Lipsa atașamentului parental și a comunicării autentice determină copilul să caute substituți afectivi, ceea ce poate conduce la relații instabile și la dificultăți de integrare. Eșecul satisfacerii nevoilor de bază favorizează apariția sindromului de privare afectivă, cu efecte negative asupra dezvoltării emoționale, sociale și comportamentale a copilului [Luca, ș.a., 2009].

Conceptul de bunăstare a copilului capătă, în acest context, o semnificație complexă, incluzând dimensiuni emoționale, sociale, educaționale și de sănătate. Conform autorilor, bunăstarea copilului nu poate fi asigurată exclusiv prin resurse materiale, ci presupune existența unui sistem coerent de relații de suport și intervenție (Cheianu, ș.a., 2011). Atunci când familia este afectată de migrația părinților, comunitatea devine un factor esențial de compensare a funcțiilor parentale deficitare. Astfel, rolul comunității în susținerea copilului afectat de migrația părinților devine determinant. Instituțiile educaționale, serviciile sociale, autoritățile publice locale, sistemul de sănătate și alte structuri comunitare au responsabilitatea de a coopera pentru a preveni neglijarea, abandonul școlar și marginalizarea copiilor rămași acasă. De asemenea, intervențiile izolate au un impact limitat, în timp ce abordările integrate, bazate pe cooperare intersectorială, contribuie semnificativ la creșterea nivelului de siguranță și stabilitate emoțională a copilului. În acest sens, parteneriatele comunitare reprezintă, un mecanism fundamental de intervenție, permițând identificarea timpurie a situațiilor de risc, evaluarea complexă a nevoilor copilului și coordonarea acțiunilor de suport psihologic, educațional și social (Cheianu, ș.a., 2011, p. 24-25).

Analiza cadrului teoretic a evidențiat faptul că migrația părinților reprezintă un fenomen social complex, cu implicații multiple asupra bunăstării copiilor, în special în perioada copilăriei timpurii. Studiile și abordările conceptuale existente subliniază vulnerabilitatea emoțională și socială a copiilor rămași fără îngrijire părintească directă, precum și rolul mediului comunitar în susținerea dezvoltării acestora. Cu toate acestea, diversitatea contextelor familiale și comunitare în care trăiesc copiii afectați de migrația părinților impune o analiză atentă a realităților concrete, dincolo de generalizările teoretice.

2. Metodologia cercetării

Cercetarea realizată a avut un caracter calitativ și s-a bazat pe analiza aprofundată a experiențelor copiilor afectați de migrația părinților, precum și pe perspectiva specialiștilor comunitari implicați în educația și protecția acestora. Cercetarea a fost realizată atât în mediul urban, cât și în mediul rural, ceea ce a permis surprinderea particularităților contextuale ale socializării copiilor în diferite tipuri de comunități.

Eșantionul cercetării a fost constituit dintr-un total de 51 de persoane, repartizate după cum urmează: 21 copii de vârstă preșcolară care au unul sau ambii părinți plecați la muncă în străinătate; 12 copii preșcolari implicați în cadrul a două focus-grupuri mixte, alcătuite din copii cu părinți plecați și copii cu părinți prezenți; 18 specialiști comunitari, dintre care: educatori, psihologi, profesori, directori de instituții de educație timpurie, asistenți sociali și reprezentanți ai administrației publice locale. Selecția eșantionului a avut drept criteriu principal experiența directă a participanților în raport cu fenomenul migrației parentale și implicarea lor în procesul de educație, protecție sau sprijin al copiilor rămași acasă.

Pentru colectarea datelor au fost utilizate următoarele *metode și tehnici de cercetare*:

- *Interviul individual structurat*, aplicat celor 21 de copii preșcolari, a avut rolul de a explora starea emoțională a copiilor, percepția acestora asupra plecării părinților, relația cu persoanele de îngrijire, modalitatea de comunicare cu părinții plecați și dificultățile resimțite în viața de zi cu zi.

Instrumentul de cercetare a inclus întrebări referitoare la perioada plecării părinților, schimbările survenite în viața copilului, nivelul de sprijin emoțional perceput și deciziile pe care copilul le-ar lua în legătură cu plecarea părinților.

- *Focus-grupurile,* organizate în două grupuri mixte, au fost utilizate pentru a analiza dinamica relațiilor sociale dintre copii și pentru a evidenția diferențele comportamentale și emoționale dintre copiii cu părinți plecați și cei cu părinți prezenți. Discuțiile de grup au permis exprimarea liberă a trăirilor emoționale și au evidențiat modul în care copiii percep sprijinul oferit de instituțiile educaționale.

- *Observația,* utilizată preponderent sub forma observației spontane, a permis surprinderea manifestărilor emoționale și comportamentale ale copiilor în contexte educaționale naturale, precum activitățile din grădiniță, interacțiunile cu educatorii și relațiile cu alți copii.

- *Studiul de caz*, aplicat în două situații concrete, a oferit o analiză detaliată a contextului familial, a condițiilor de trai și a intervențiilor comunitare realizate în sprijinul copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate.

3. Rezultate obținute

Studiul aplicativ realizat nu își propune să ofere o imagine exhaustivă sau reprezentativă la nivel național asupra situației copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate. Eșantionul investigat este unul limitat ca dimensiune, iar rezultatele obținute nu pot fi extrapolate în mod direct asupra întregii populații de copii aflați în această situație. De asemenea, cercetarea nu are un caracter extensiv sau longitudinal, ci se concentrează asupra unei perioade determinate și a unor contexte educaționale și comunitare specifice.

Cu toate acestea, valoarea studiului nu rezidă în dimensiunea sa cantitativă, ci în posibilitatea de a surprinde, printr-un demers exploratoriu și descriptiv, aspecte relevante ale trăirilor emoționale, comportamentelor sociale și experiențelor cotidiene ale copiilor de vârstă preșcolară afectați de migrația părinților. Prin analiza detaliată a unor situații concrete, cercetarea oferă o perspectivă nuanțată asupra modului în care copiii percep separarea de părinți și asupra dificultăților cu care se confruntă în procesul de socializare. Analiza datelor obținute în cadrul cercetării a permis evidențierea unor particularități clare privind starea emoțională, comportamentală și socială a copiilor de vârstă preșcolară cu părinți plecați la muncă în străinătate. Rezultatele sunt prezentate sintetic, dar explicit, pe principalele dimensiuni investigate.

- *Starea emoțională a copiilor*. Datele obținute în urma interviurilor individuale realizate cu cei 21 de copii preșcolari indică faptul că majoritatea copiilor (16 copii – 76,2%) au manifestat emoții negative persistente asociate plecării părinților, precum dor intens, tristețe și insecuritate. Acești copii au verbalizat frecvent stări de singurătate și lipsă de protecție emoțională, în special în situații percepute ca dificile sau stresante. Un număr de 13 copii (61,9%) au exprimat în mod direct dorința ca părinții să se întoarcă acasă, chiar și în detrimentul beneficiilor materiale obținute în urma migrației. De asemenea, 10 copii (47,6%) au declarat că nu înțeleg pe deplin motivele plecării părinților, fapt ce generează confuzie și sentimente de nedreptate. În ceea ce privește exprimarea emoțiilor, 14 copii (66,7%) au manifestat dificultăți în verbalizarea trăirilor afective, preferând fie retragerea, fie exprimarea indirectă a emoțiilor prin comportamente non-verbale (plâns, izolare, iritabilitate). Aceste date confirmă existența unei vulnerabilități emoționale crescute în rândul copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate.

- *Comportamentul social și relaționarea cu alți copii.* Rezultatele observației și ale focus-grupurilor indică faptul că 12 copii (57,1%) prezintă dificultăți de relaționare cu alți copii, manifestate

prin tendința de izolare, evitarea jocurilor de grup sau conflicte frecvente în interacțiunile cu colegii. În cadrul activităților educaționale, acești copii solicită frecvent atenția adultului, manifestând o nevoie accentuată de validare și sprijin emoțional. Totodată, 9 copii (42,9%) au fost observați prezentând comportamente opoziționale sau dificultăți în respectarea regulilor stabilite în cadrul grădiniței. Educatorii au semnalat că aceste comportamente sunt mai frecvente în rândul copiilor care nu beneficiază de o structură clară de reguli și limite în mediul familial substitutiv. Comparativ, copiii din focus-grupurile mixte care au ambii părinți prezenți au demonstrat un nivel mai ridicat de adaptare socială, cooperare și stabilitate emoțională, diferențele fiind evidente atât la nivel comportamental, cât și emoțional.

- *Adaptarea la mediul educațional*. În ceea ce privește adaptarea la mediul educațional, 11 copii (52,4%) din grupul celor cu părinți plecați au prezentat dificultăți de implicare în activitățile educaționale, manifestate prin scăderea interesului pentru sarcinile propuse, dificultăți de concentrare și rezistență scăzută la frustrare. Aceste dificultăți au fost corelate de educatori cu starea emoțională instabilă și cu lipsa sprijinului parental constant. De asemenea, 8 copii (38,1%) au manifestat comportamente regresive (dependență excesivă de adult, plâns frecvent, dificultăți de separare), în special în primele luni după plecarea părinților, aspect confirmat atât prin observație, cât și prin relatările educatorilor.

- *Relația cu persoanele de îngrijire.* Analiza datelor din interviuri și studiile de caz evidențiază faptul că 15 copii (71,4%) sunt îngrijiți de bunici sau alte rude apropiate. Deși aceste persoane asigură satisfacerea nevoilor de bază ale copilului, în 12 cazuri (57,1%) s-a constatat o dificultate în oferirea unui suport emoțional constant și coerent, din cauza vârstei înaintate, a suprasolicitării sau a lipsei de competențe educaționale specifice. Copiii care beneficiază de o relație stabilă și implicată cu persoana de îngrijire prezintă un nivel mai bun de adaptare emoțională și socială, fapt evidențiat în cele două studii de caz analizate.

Datele obținute de la cei 18 specialiști comunitari indică faptul că toți respondenții (100%) consideră migrația părinților un factor major de risc pentru bunăstarea copilului. 14 specialiști (77,8%) au semnalat lipsa unor mecanisme clare și funcționale de colaborare interinstituțională, în special în mediul rural, ceea ce limitează eficiența intervențiilor de sprijin. În același timp, 15 specialiști (83,4%) au apreciat că parteneriatele comunitare existente, acolo unde funcționează, contribuie semnificativ la îmbunătățirea adaptării emoționale și sociale a copiilor, subliniind importanța colaborării dintre grădiniță, asistență socială și familie. Analiza rezultatelor cercetării a permis identificarea unor modele funcționale de colaborare instituțională, care contribuie în mod direct la susținerea procesului de socializare și la îmbunătățirea bunăstării copiilor preșcolari afectați de migrația părinților.

A) Un prim model de colaborare identificat este modelul grădiniță – servicii de asistență socială, care presupune monitorizarea constantă a situației copilului, evaluarea condițiilor de trai și implicarea asistentului social în sprijinirea familiei substitutive. În cadrul acestui model, educatorii joacă un rol esențial în observarea și semnalarea schimbărilor comportamentale și emoționale ale copilului, iar serviciile de asistență socială coordonează intervențiile necesare și asigură legătura cu autoritățile tutelare.

B) Un al doilea model relevant este modelul grădiniță – psiholog – familie substitutivă, axat pe susținerea dezvoltării emoționale a copilului prin consiliere psihopedagogică și ghidarea persoanelor de îngrijire. Acest model contribuie la diminuarea anxietății copilului, la îmbunătățirea relațiilor sociale și la crearea unui climat afectiv stabil, favorabil dezvoltării armonioase.

C) Un al treilea model identificat este modelul de colaborare intersectorială extinsă, care implică grădinița, administrația publică locală, serviciile de asistență socială și instituțiile medicale. Acest model permite abordarea integrată a nevoilor copilului și asigură continuitatea intervențiilor, prevenind situațiile de neglijare și marginalizare socială. În toate aceste modele, parteneriatele comunitare se dovedesc a fi un factor esențial în susținerea socializării copilului și în compensarea parțială a absenței parentale, contribuind la crearea unui mediu de siguranță, stabilitate și sprijin.

Rezultatele cercetării confirmă faptul că migrația părinților constituie un factor major de vulnerabilizare a copiilor de vârstă preșcolară, afectând în mod direct bunăstarea lor emoțională, socială și educațională. Datele obținute evidențiază că lipsa prezenței parentale constante generează trăiri emoționale intense, precum dorul, tristețea, insecuritatea și sentimentul de abandon, care influențează negativ procesul de socializare și adaptare la mediul educațional.

Analiza integrată a datelor arată că dificultățile emoționale ale copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate nu se manifestă izolat, ci sunt strâns corelate cu relațiile sociale deficitare, cu dificultățile de respectare a regulilor și cu o nevoie accentuată de atenție și validare emoțională. Aceste constatări susțin ideea conform căreia bunăstarea copilului nu poate fi redusă la satisfacerea nevoilor materiale, ci presupune existența unui cadru relațional stabil, predictibil și securizant.

Din perspectivă socio-educațională, datele cercetării evidențiază rolul determinant al instituțiilor de educație timpurie în identificarea timpurie a dificultăților emoționale și comportamentale ale copiilor afectați de migrația părinților. Grădinița se conturează ca un spațiu esențial de observare, prevenție și intervenție, în care educatorii și psihologii pot semnala situațiile de risc și pot activa mecanismele de sprijin comunitar.

Un element central desprins din analiza rezultatelor este eficiența parteneriatelor comunitare în susținerea bunăstării copiilor. Atunci când instituțiile educaționale colaborează constant cu serviciile de asistență socială, administrația publică locală și familia substitutivă, intervențiile devin mai coerente, iar copiii beneficiază de un sprijin emoțional și social mai stabil. În acest context, parteneriatele comunitare acționează ca un mecanism de compensare a deficitului parental, reducând riscul de neglijare emoțională și marginalizare socială. Discuțiile confirmă necesitatea unei abordări sistemice, în care copilul este privit în ansamblul relațiilor sale familiale, educaționale și comunitare. Abordările fragmentate sau limitate la o singură instituție se dovedesc insuficiente, în timp ce cooperarea intersectorială permite abordarea complexă a nevoilor copilului și creșterea eficienței intervențiilor.

4. Concluzii

Migrația părinților influențează semnificativ bunăstarea copiilor, generând dificultăți emoționale, sociale și educaționale, care pot afecta dezvoltarea armonioasă a personalității copilului. Copiii de vârstă preșcolară cu părinți plecați la muncă în străinătate, investigați în cadrul studiului realizat, manifestă o vulnerabilitate emoțională crescută, exprimată prin sentimente de insecuritate, dor, tristețe și dificultăți de adaptare socială, aspecte care necesită intervenții specializate și susținute.

Instituțiile de educație timpurie joacă un rol esențial în identificarea timpurie a dificultăților copilului și în activarea mecanismelor de sprijin comunitar, având o poziție centrală în rețeaua de parteneriate instituționale. În același timp, parteneriatele comunitare reprezintă un factor determinant în susținerea bunăstării copiilor afectați de migrația părinților, contribuind la coordonarea intervențiilor educaționale, psihologice și sociale și la prevenirea marginalizării și neglijării. Modelele de colaborare instituțională identificate în cadrul cercetării demonstrează că abordarea intersectorială și cooperarea

constantă dintre instituții pot diminua efectele negative ale migrației parentale și pot crea un mediu mai sigur și mai stabil pentru copil.

Totodată, rezultatele cercetării subliniază necesitatea consolidării parteneriatelor comunitare în vederea susținerii bunăstării copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate. În acest sens, se recomandă: - dezvoltarea unor mecanisme clare de colaborare între instituțiile de educație timpurie, serviciile de asistență socială și administrația publică locală; - implicarea activă a psihologilor în monitorizarea și consilierea copiilor și a familiilor substitutive; - organizarea de activități de sprijin emoțional și socializare în cadrul grădinițelor, adaptate nevoilor copiilor afectați de migrația părinților; – monitorizarea constantă a situației copiilor rămași acasă și evaluarea periodică a bunăstării acestora; – sensibilizarea comunității cu privire la impactul migrației parentale asupra copilului și responsabilizarea actorilor comunitari.

Bibliografie

1. Legea privind protecţia specială a copiilor aflaţi în situaţie de risc şi a copiilor separaţi de părinţi, nr. 140 din 14.06.2013/ Monitorul Oficial al Republicii Moldova Nr. 167-172 din 02.08.2013
2. Bulai, T. (2006). Fenomenul migraţiei şi criza familială. Editura Lumen, Iaşi, 120 p.
3. Cheianu, A., Grama, R., Prițcan, V., ș.a. (2011). Studiu „Necesitățile specifice ale copiilor și vârstnicilor lăsați fără îngrijirea membrilor de familie plecați la muncă peste hotare". Chișinău: CEP USM, 251 p.
4. Gavriliuc, C., Platon, C. (2007). Copilul meu e singur acasă: carte pentru părinții care pleacă la muncă în străinătate. Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile copilului, Chișinău, 75 p.
5. Luca, C., Pascaru, G., Foca, L. (2009). Manual pentru profesioniştii care lucrează cu copiii rămaşi singuri acasă ca urmare a plecării părinţilor la muncă în străinătate, Iaşi: Terra Nostra, 2009, 80 p.

EVALUAREA ȘI ÎNȚELEGEREA DIZABILITĂȚII PRIN INSTRUMENTUL WHODAS 2.0, OMS - IMPLICAȚII PSIHOLOGICE ȘI SOCIALE ÎN CONTEXTUL REPUBLICII MOLDOVA

Dorina Coval-Goia
master asistență socială; IMSP Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Chișinău, Republica Moldova
Ana Ganea
master în psihologie clinică**;** IMSP Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Chișinău, Republica Moldova
Vasile Russu, licențiat în asistență socială; IMSP Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Chișinău, Republica Moldova
Alexandru Voloc, doctor; Organizația Mondială a Sănătății sediul Republica Moldova
Ecaterina Gîncotă
doctor în științe medicale în reabilitare; IMSP Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

În ultimele decenii, abordarea dizabilității a evoluat de la o perspectivă strict medicală la una holistică, axată pe funcționalitate, participare socială și calitatea vieții. Instrumentul WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0), oferă o metodă standardizată și validată internațional pentru evaluarea nivelului de funcționalitate al persoanelor cu dizabilități elaborat de OMS (Organizația Mondială a Sănătății).

Lucrarea examinează dizabilitatea din perspectiva funcțională și psihosocială, comparând gradele de dizabilitate stabilite de CNDDCM (Consiliul Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă) din subordinea Ministerului Muncii și Protecţiei Sociale (MMPS), (grad sever, accentuat și medie de dizabilitate) cu scorurile obținute prin WHODAS - OMS. Studiul evidențiază că evaluarea WHODAS permite o înțelegere mai complexă a capacităților, limitărilor și participării

persoanelor, oferind informații relevante pentru planificarea intervențiilor de reabilitare, educaționale și sociale.

Scopul cercetării. Evaluarea și înțelegerea dizabilității în rândul persoanelor cu diferite grade de dizabilitate în Republica Moldova, prin utilizarea instrumentului standardizat WHODAS, OMS pentru a evidenția implicațiile psihologice, educaționale și sociale.

Obiective

1. Analiza corelației dintre scorurile obținute prin aplicarea instrumentului WHODAS și gradele de dizabilitate stabilite conform sistemului național de determinare al dizabilității (CNDDCM);
2. Evidențierea utilității instrumentului WHODAS în procesul de evaluare a dizabilității cu elucidarea implicațiilor psihologice, sociale și educaționale.

Materiale și metode. A fost utilizată metoda cantitativă, aplicând chestionarul standardizat WHODAS 2.0 unui eșantion de 218 respondenți cu diferite grade de dizabilitate (148 copii și 70 adulți), pentru a evalua funcționalitatea și participarea socială în 6 domenii ale vieții: cogniție, mobilitate, îngrijire personală, relații interpersonale, activități zilnice și participare socială. Datele au fost prelucrate în Microsoft Excel, calculându-se scorurile pe domenii și scorul total WHODAS. Perioada de efectuare a studiului este martie 2024 - octombrie 2025.

Concluzii

Rezultatele arată o neconcordanță semnificativă între scorurile WHODAS și gradele de dizabilitate stabilite prin sistemul național (CNDDCM): unele persoane cu scoruri WHODAS „ușoare" sunt încadrate în grad accentuat, iar alte persoane cu scoruri „moderate" sau „severe" sunt încadrate în grade inferioare. Această discrepanță rezultă din diferențele dintre cele două abordări: WHODAS evaluează funcționalitatea, participarea, influențele de mediu și factorii personali, în timp ce încadrarea în grad se bazează preponderent pe criterii medicale, adesea fără examinare directă. De asemenea, percepția subiectivă a persoanei și contextul de viață pot influența scorurile WHODAS. În ansamblu, datele confirmă că WHODAS oferă o evaluare mai complexă și mai nuanțată a funcționării decât sistemul medical tradițional, evidențiind nevoia adoptării unei perspective integrate bio-psiho-sociale. Utilizarea WHODAS contribuie la identificarea reală a limitărilor, nevoilor și barierelor, sprijinind fundamentarea intervențiilor de incluziune socială și educațională în Republica Moldova.

Cuvinte-cheie: WHODAS, dizabilitate, evaluare funcțională, incluziune socială, abordare medicală, calitatea vieții.

Introducere

În ultimele decenii, înțelegerea conceptului de dizabilitate a suferit transformări semnificative, reflectând trecerea de la un model medical la unul biopsihosocial. În acest context, instrumentul *WHODAS 2.0,* (World Health Organization Disability Assessment Schedule) elaborat de *Organizația Mondială a Sănătății (OMS),* reprezintă un pas important în evaluarea funcțională a persoanelor cu dizabilități [1]

În Republica Moldova, tranziția către modelul funcțional este un proces în desfășurare, susținut de reformele în sistemul CNDDCM. Comparativ, modelul funcțional pune accent pe potențial, participare și sprijin adaptativ, în timp ce modelul medical limitează evaluarea la deficiențe. [2].

Evoluția conceptului de dizabilitate a evidențiat necesitatea unui cadru standardizat pentru evaluarea sănătății și funcționării persoanelor. În 2001, OMS a creat *Clasificarea Internațională a Funcționalității, Incapacității și Sănătății (CIF),* revizuită în 2007 CIF-CA (copil și adolescent), care oferă un cadru multidimensional pentru evaluarea funcționării în context social și de mediu atât la adulți cît și la copii[3]. CIF tratează dizabilitatea ca rezultat al interacțiunii dintre individ și mediu,

punând accent pe identificarea nevoilor de intervenție și reabilitare. Totuși, CIF are un caracter conceptual și nu oferă instrumente practice de evaluare individuală, ceea ce a generat necesitatea dezvoltării unor instrumente specifice, măsurabile și aplicabile în diverse contexte de sănătate [1].

Fundamentare teoretică: conceptul de dizabilitate și modelul WHODAS (OMS)

Conceptul de dizabilitate a evoluat de la o viziune strict medicală, centrată pe deficiență, către o perspectivă biopsihosocială, care recunoaște interacțiunea dintre individ și mediul social. În cadrul OMS, această schimbare s-a concretizat prin adoptarea *Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (ICF)* în anul 2001 [3]. În acest cadru, *WHODAS* a fost dezvoltat ca un instrument standardizat pentru măsurarea nivelului de funcționare și dizabilitate în diferite domenii ale vieții. Versiunea actuală include șase domenii majore: înțelegerea și comunicarea, mobilitatea, îngrijirea personală, relațiile interpersonale, activitățile zilnice și participarea în societate [1].

Cadrul național al evaluării dizabilității în Republica Moldova

Republica Moldova a adoptat *Legea nr. 60 din 30 martie 2012* privind incluziunea persoanelor cu dizabilități, care stabilește principiile de bază pentru protecția și integrarea socială a acestora. Implementarea instrumentului *WHODAS* în Republica Moldova este gestionată de *Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă (CNDDCM)***,** în baza unor ghiduri metodologice elaborate în cooperare cu OMS și UNICEF [2,4].

Scopul principal al acestei reforme este de a trece de la un sistem medical bazat pe diagnostic la un sistem funcțional care evaluează impactul real al dizabilității asupra vieții individului [2]. Cu toate acestea, procesul de implementare se confruntă cu dificultăți semnificative: curiculele neadaptate, insuficiența specialiștilor instruiți, necesitatea adaptării culturale a instrumentului și rezistența instituțională la schimbare [4].

Implicații psihologice ale aplicării WHODAS (OMS)

Evaluarea prin WHODAS 2.0 are implicații psihologice importante pentru persoanele cu dizabilități. În loc să fie percepută ca o etichetare medicală, această abordare încurajează autoevaluarea realistă și conștientizarea propriului potențial. Instrumentul presupune participarea activă a persoanei evaluate, ceea ce contribuie la creșterea sentimentului de control, autonomie și demnitate personală [5]. Din perspectiva psihologică, acest proces poate reduce anxietatea și stigmatizarea, favorizând acceptarea de sine și integrarea în comunitate. De asemenea, consilierul psihologic are un rol esențial în acest proces, ajutând persoana să înțeleagă sensul evaluării funcționale și să gestioneze emoțiile asociate cu percepția propriei dizabilități [1].

Dimensiuni sociale ale evaluării funcționale

Dimensiunea socială a aplicării *WHODAS (OMS)* constă în modul în care rezultatele evaluării pot fi utilizate pentru promovarea incluziunii sociale și dezvoltarea politicilor publice [5]. Prin identificarea barierelor de participare, instrumentul oferă date relevante pentru politicile orientate spre accesibilitate, educație și angajarea [2]. Aplicarea evaluării funcționale contribuie, de asemenea, la schimbarea percepțiilor sociale despre dizabilitate, transformând persoana evaluată din „beneficiar pasiv” în „participant activ” la viața comunității. Această abordare stimulează solidaritatea socială și dezvoltarea unei culturi a incluziunii – obiective fundamentale pentru Republica Moldova [5].

Relevanța educațională și psihopedagogică

WHODAS își găsește aplicabilitate și în domeniul educațional și psihopedagogic, fiind utilizat pentru evaluarea funcționării psihosociale a elevilor, în special a celor cu cerințe educaționale speciale (CES). *Prin analiza domeniilor referitoare la comunicare, interacțiune și participare socială, se pot identifica barierele educaționale și emoționale care afectează adaptarea școlară. De asemenea,*

instrumentul poate fi utilizat pentru monitorizarea progresului în programele de consiliere psihologică, pentru evaluarea eficienței intervențiilor educaționale sau pentru măsurarea impactului programelor de educație civică și de dezvoltare emoțională [1].

Analiza comparativă între modelul bio medical și cel funcțional (holistic)

Modelul medical al dizabilității se concentrează pe diagnosticarea și corectarea deficiențelor fizice sau psihice, considerând dizabilitatea exclusiv o deficiență a funcției și structurii organismului. În contrast, *modelul funcțional (biopsihosocial)***,** adoptat de OMS, se axează pe interacțiunea dintre individ și factori de mediu, factori personali, participare (restricții) și activități (limitări) [Fig.1].

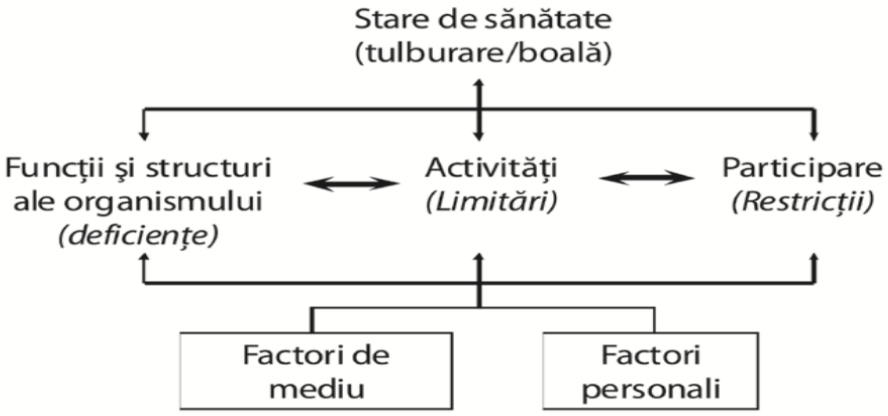


Figura 1 Interacțiuni conceptuale CIF 2001

În Republica Moldova, tranziția către modelul funcțional este în plină desfășurare, fiind impulsionată de reformele din sistemul CNDDCM. Spre deosebire de modelul medical, axat pe deficiențe, modelul funcțional valorizează potențialul, participarea și sprijinul adaptat. În acest context, utilizarea WHODAS oferă un cadru mai corect și mai realist pentru stabilirea gradului de dizabilitate și pentru elaborarea planurilor individuale de reabilitare.

Materiale și metode

WHODAS 2.0 este un chestionar de autoevaluare sau evaluare intervievată, care măsoară dificultățile pe care le are o persoană în activitățile vieții de zi cu zi în ultimele 30 de zile. Instrumentul este transdiagnostic — nu se raportează la o anumită boală, ci la impactul condiției de sănătate asupra funcționalității. Acesta evaluează 6 domenii funcționale principale: cogniție, mobilitate, autoângrijire, relații interpersonale, activități cotidiene, participare, și are 3 variante principale: forma extinsă – 36 de itemi (acoperă toate domeniile detaliat), forma prescurtată – 12 itemi (utilă în screening rapid), forma proxy (evaluare făcută de o altă persoană atunci când subiectul nu poate răspunde singur) [1].

WHODAS a fost dezvoltat în concordanță cu principiile și conceptele din Clasificarea Internațională a Funcționalității, Incapacității și Sănătății (CIF), fiind destinat pentru evaluarea dizabilității la adulți, ulterior WHODAS a fost modificat pentru utilizare la copii (WHODAS-Child) 10-18 ani, pe baza CIF-CA [6].

A fost utilizată metoda cantitativă, aplicând chestionarul standardizat WHODAS unui eșantion de 218 respondenți cu diferite grade de dizabilitate (148 copii și 70 adulți), pentru a evalua funcționalitatea și participarea socială în 6 domenii ale vieții: cogniție, mobilitate, îngrijire personală, relații interpersonale, activități zilnice și participare socială. Datele au fost prelucrate în Microsoft Excel, calculându-se scorurile pe domenii și scorul total WHODAS. Perioada de efectuare a studiului este martie 2024 - octombrie 2025.

Rezultate

Distribuția răspunsurilor indică faptul că majoritatea persoanelor care raportează dificultăți ușoare sau moderate percep un impact semnificativ asupra vieții cotidiene, în special în categoriile *„mult”* și *„foarte mult”*.

- Dificultate „ușoară”: un procent semnificativ de respondenți apreciază influența asupra vieții zilnice ca fiind mare (8–9%) sau foarte mare (10%), ceea ce sugerează că și dificultățile minime pot fi resimțite disproporționat în funcție de contextul personal și funcțional.
- Dificultate „moderată”: această categorie concentrează cele mai înalte niveluri de impact perceput, cu procente similare de aproximativ 9–10% în zona de impact „mult” și „foarte mult”. Rezultatul reflectă o concordanță între severitatea dificultăților și povara funcțională raportată.
- Dificultate „severă”: percepția impactului se distribuie în continuare în zona ridicată, cu aproximativ 5–7%raportând influență „mult” sau „foarte mult”, ceea ce confirmă relația directă între severitate și limitările de funcționare.
- Dificultate „extremă”: răspunsurile sunt mai puține numeric, dar impactul declarat se situează în zona „extrem” (4%), ceea ce indică o afectare profundă a autonomiei și participării cotidiene.
- Cei care nu raportează dificultăți indică în marea majoritate un impact minim sau absent, ceea ce confirmă validitatea internă a măsurătorii.

Datele evidențiază o relație proporțională între gradul dificultăților WHODAS și nivelul impactului asupra vieții de zi cu zi: astfel cum rezultă din (Diagrama1), pe măsură ce severitatea crește, și percepția afectării funcționale se intensifică. Totodată, faptul că inclusiv dificultățile ușoare sunt percepute ca având un impact semnificativ sugerează sensibilitatea ridicată a grupului la schimbările funcționale, posibil asociată unor factori psihosociali sau contextuali.

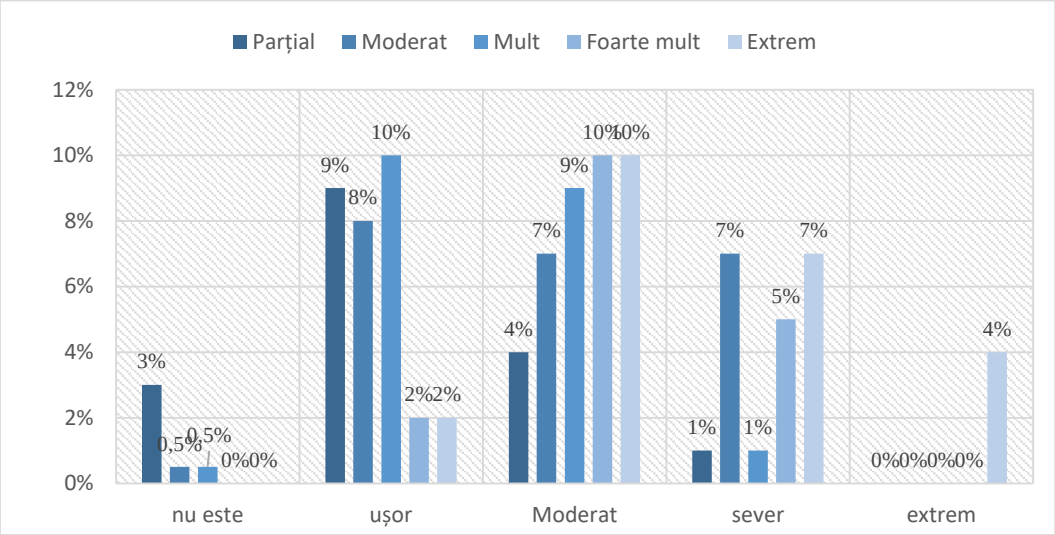


Diagrama 1. Gradul conform WHODAS și modul în care respondenții percep influența dificultăților asupra vieții de zi cu zi

În cadrul studiului au participat *32% adulți* ***și*** *68% copii***,** reflectând o predominanță a populației tinere în eșantion. Conform încadrării CNDDCM, gradul de dizabilitate al participanților a fost distribuit astfel: *51% – grad sever***,** *30% – grad accentuat***,** *19% – grad mediu***.** Această distribuție indică faptul că *majoritatea participanților (peste jumătate)* prezintă un nivel ridicat al dizabilității (grad sever), iar aproape o treime se încadrează în gradul accentuat, ceea ce subliniază *o severitate generală ridicată* a cazurilor evaluate. (vezi Diagrama 2)

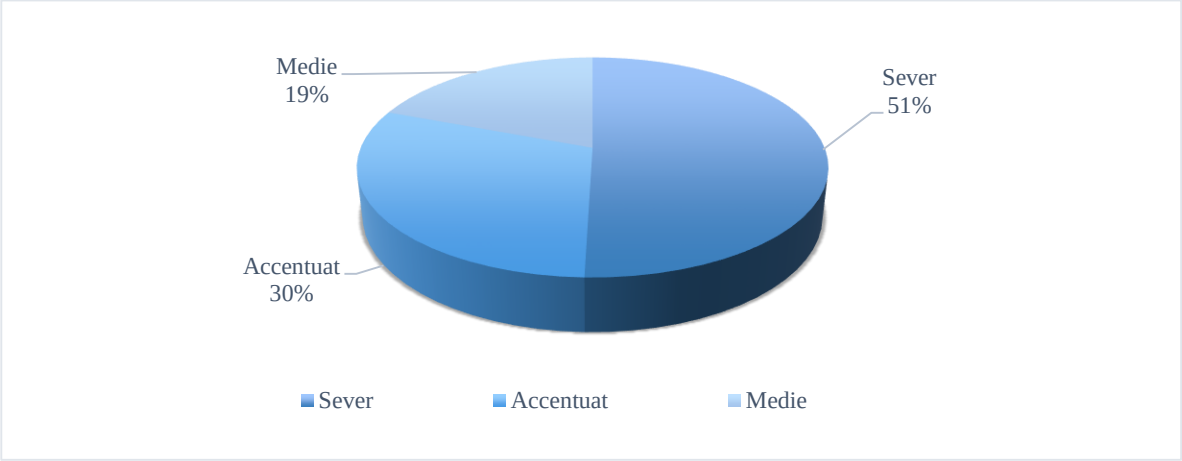


Diagrama 2. Gradul de dizabilitate a participanților conform CNDDCM în R.M.

Observând datele din (Diagrama 3), se evidențiază discrepanțe clare între clasificarea severității dizabilității conform CNDDCM și evaluarea funcționalității prin WHODAS.

1. Nivel sever/extrem: CNDDCM indică 51%, în timp ce WHODAS doar 17%. Diferența sugerează că evaluarea medical (CNDDCM) tinde să supraestimeze severitatea pe baza diagnosticului, în timp ce WHODAS captează nivelul real de funcționare în activitățile zilnice.

*2. Nivel accentuat/moderat***:** CNDDCM – 30%, WHODAS – 44%. Această diferență reflectă faptul că o parte dintre persoanele încadrate sever medical (CNDDCM) prezintă, de fapt, limitări funcționale mai puțin pronunțate.

3. Nivel mediu/ușor: CNDDCM – 19%, WHODAS – 34%. Creșterea procentului în WHODAS indică existența unui grup semnificativ care, deși are un diagnostic, prezintă o capacitate funcțională mai bună decât cea stabilită de CNDDCM.

4. Fără dizabilitate funcțională: Din totalul persoanelor cu grad de dizabilitate stabilit de CNDDCM în urma aplicării WHODAS, au fost identificate un grup de persoane (5%) fără limitări funcționale, cee ace subliniază faptul că un diagnostic medical nu implică automat dizabilitate funcțională.

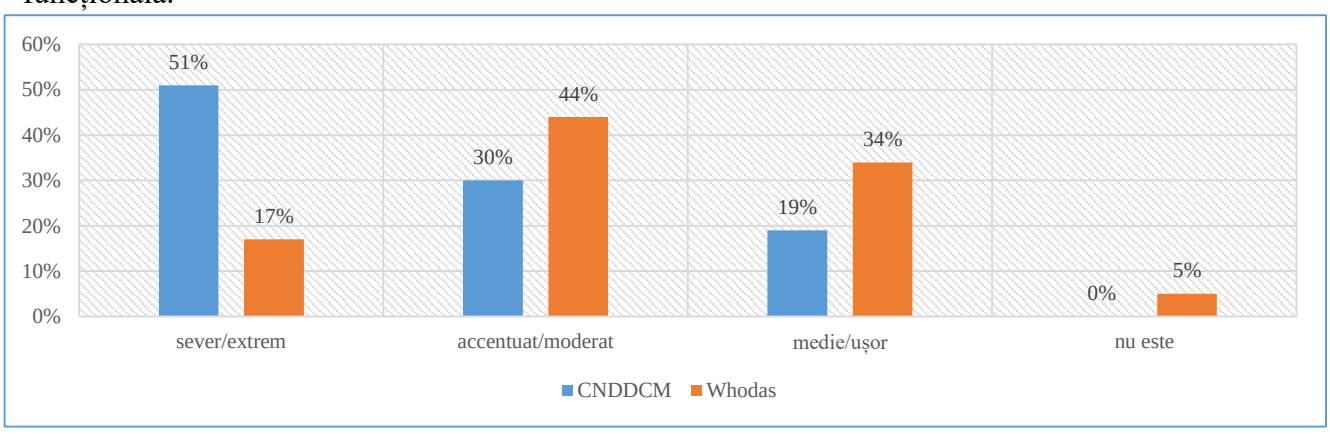


Diagrama 3. Compararea gradului de dizabilitatea conform CNDDCM și WHODAS

Deși toți participanții sunt încadrați oficial cu dizabilitate severă conform CNDDCM, evaluarea funcțională prin WHODAS evidențiază un profil mult mai variat al funcționării. Majoritatea (72%) prezintă un nivel funcțional moderat sau aproape normal, ceea ce indică faptul că, în practică, limitările

lor nu corespund severității stabilite. Doar 28% dintre persoane înregistrează dificultăți severe sau extreme, compatibile cu gradul CNDDCM. Aceste rezultate din (Diagrama 4) arată o discrepanță între încadrarea clinică și funcționalitatea reală, subliniind utilitatea WHODAS a posibilităților de integrare socială și în identificarea nevoilor reale de sprijin, a potențialului de autonomie și a direcțiilor de intervenție personalizată.

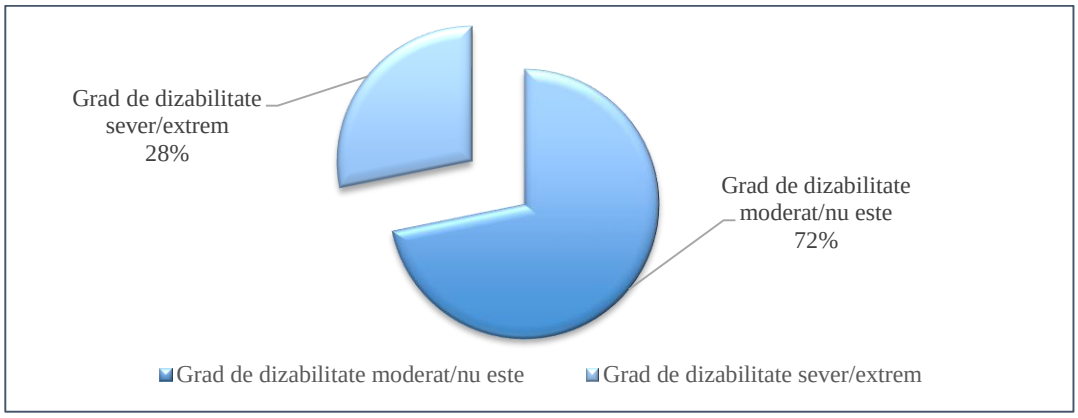


Diagrama 4. Distribuția nivelului funcțional conform WHODAS. 2 în rândul persoanelor cu dizabilitate severă (CNDDCM)

Astfel, se observă o creștere clară a impactului perceput odată cu intensificarea gradului CNDDCM. Grad mediu: impact redus – 8% parțial, 2% moderat, 3% mult, 1% foarte mult, 0% extrem. Grad accentuat: impact moderat–ridicat – 7% parțial, 8% moderat, 8% mult, 6% foarte mult, 2% extrem. Grad sever: impact major – 3% parțial, 6% moderat, 11% mult, 12% foarte mult, 23% extrem. Severitatea mai mare a CNDDCM se corelează cu o creștere substanțială a impactului perceput asupra vieții de zi cu zi, culminând cu 23% dintre respondenți care, în grad sever, resimt dificultățile ca fiind „extreme".

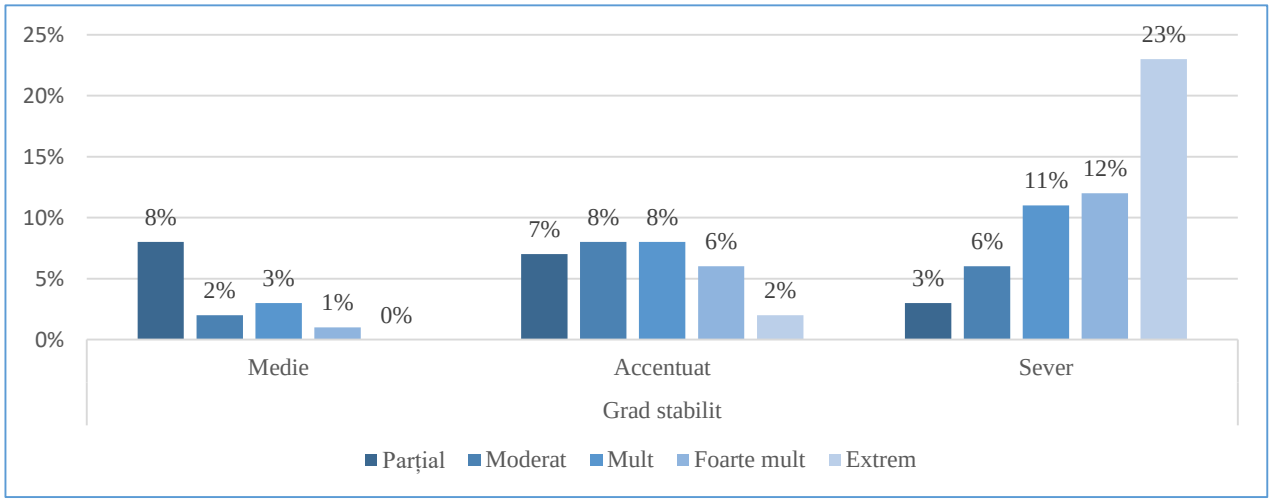


Diagrama.5 Gradul CNDDCM și modul în care respondenții percep influența dificultăților asupra vieții de zi cu zi

Concluzii specifice

Rezultatele arată clar că, pe măsură ce dificultățile evaluate prin WHODAS devin mai severe, oamenii percep un impact tot mai mare asupra activităților lor zilnice. Chiar și dificultățile ușoare sunt resimțite de unii respondenți ca afectându-le vizibil funcționarea, ceea ce sugerează o sensibilitate ridicată la schimbările în starea lor funcțională. În general, severitatea dificultăților se dovedește a fi un indicator sigur al limitărilor percepute în viața de zi cu zi, ceea ce confirmă coerența și utilitatea evaluării realizate.

Datele evidențiază diferențe semnificative între modul în care CNDDCM și WHODAS clasifică severitatea dizabilității. Aceste discrepanțe arată că cele două sisteme evaluează aspecte diferite ale funcționării umane. Categoria „sever/extrem" este mult supra-reprezentată în CNDDCM (51%) față de WHODAS (17%), ceea ce indică faptul că modelul medical privilegiază diagnosticul și deficiențele clinice, conducând la încadrări mai severe. În schimb, WHODAS, axat pe funcționarea efectivă în activitățile cotidiene, arată că doar o parte dintre acești indivizi prezintă limitări severe în viața reală.

Categoria „accentuat/moderat" CNDDCM: 30% și WHODAS: 44% identifică mai mulți participanți cu dificultăți moderate, ceea ce poate indica o sensibilitate mai mare la limitările funcționale reale. Persoanele încadrate sever de CNDDCM pot avea de fapt funcționalitate moderată în mediul lor obișnuit – iar WHODAS surprinde acest lucru.

Categoria „medie/ușor" CNDDCM: 19% și WHODAS: 34% arată un număr mai mare de persoane cu nivel ușor sau moderat de limitare. Aceasta sugerează că, deși există un diagnostic sau o afecțiune, persoanele respective se descurcă funcțional mai bine decât reflectă gradul oficial medical.

Categoria „nu este dizabilitate" WHODAS identifică un mic grup de persoane fără limitări funcționale, ceea ce subliniază faptul că un diagnostic medical nu implică automat dizabilitate funcțională. Doresc redefinirea interpretării strict bazată pe numere și pe diferența dintre CNDDCM și Whodas într-o manieră științifică și succintă

Valorile identificate arată o creștere clară a impactului perceput al dificultăților odată cu intensificarea gradului CNDDCM.Respondenții cu grad *mediu* raportează preponderent influențe reduse, cei cu grad *accentuat* indică un impact moderat–ridicat, iar cei cu grad *sever* resimt dificultățile *foarte mult* și *extrem,* în proporții vizibil mai mari. Acest trend confirmă o relație direct proporțională între severitatea dizabilității și afectarea vieții cotidiene.

Concluzii generale

Deși, teoretic, un scor WHODAS mai ridicat ar trebui să corespundă unui grad mai sever de dizabilitate, rezultatele obținute contrazic această tendință: persoanele cu scoruri WHODAS „ușor" sunt uneori încadrate cu grad accentuat de dizabilitate (20% din total), în timp ce o parte dintre cei cu scoruri „moderat" sau „sever" sunt incluși în grade inferioare.

Această discrepanță dintre evaluarea funcțională realizată prin instrumentul WHODAS și gradele de dizabilitate stabilite conform sistemului național de determinare a dizabilității din Republica Moldova, poate fi explicată prin criteriile diferite de evaluare: WHODAS evaluează limitările funcționale și gradul de participare, activități, factori de mediu și factori personali, în timp ce gradul de dizabilitate este determinat de o comisie medicală, de regulă fără examinarea directă a persoanei, pe baza criteriilor strict medicale, ale funcției și structurii organizmului. Totodată, se pot elucida și diferențe subiective în aplicarea instrumentelor: scorurile WHODAS pot fi influențate de percepția persoanei asupra propriei funcționalități, de sprijinul familial sau de factori contextuali.

Astfel, rezultatele arată că evaluarea funcțională completează și îmbunătățește clasificarea bazată exclusiv pe criterii medicale, subliniind importanța adoptării unei perspective integrate pentru promovarea incluziunii și ameliorarea calității vieții persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova. Drept urmare, studiul evidențiază că instrumentul WHODAS este un instrument relevant și eficient pentru evaluarea factorilor personali, de mediu, a funcționalității participării persoanelor cu dizabilități, oferind o imagine mai complexă decât sistemului național de determinare a dizabilității din Republica Moldova existent. Aplicarea WHODAS permite identificarea limitărilor reale, a nevoilor și barierelor bio-psiho-sociale, contribuind la fundamentarea intervențiilor de incluziune sociale și educaționale în contextul Republicii Moldova.

Bibliografie

1. Organizația Mondială a Sănătății (OMS). (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).*
2. CNDDCM (2021). *Ghid metodologic privind aplicarea WHODAS 2.0 în evaluarea dizabilității.* Chișinău.
3. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2023, *Global report on children with developmental disabilities.*
4. Legea nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea persoanelor cu dizabilități.
5. CNDDCM (2021). *Ghid metodologic privind aplicarea WHODAS 2.0 în evaluarea dizabilității.* Chișinău.
6. Abordarea bazată pe drepturile omului în procesul de determinare a dizabilității la copii. Ghid de instruire pentru colaboratorii CNDDCM, pp. 29-30, Chișinău 2024

